

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol.57 nr.07 2020

En blindgate i norsk psykiatri

Fagessay

EUROSENTRISK PSYKOLOGI

NÅ-intervjuet

Aktuelt

Meninger

Koronapandemien:

Ungdom, ensomhet og sosiale medier

*Vitenskapelig artikkel
Forskningsintervju*

Hva virker i terapi?

Fagessay

ÅRETS TIDSSKRIFT
2020
NORSK TIDSSKRIFTFORENING

PSY KOL OGI

Vol. 57 nr. 07 2020

Konstituert sjefredaktør Per Olav Solberg,

perolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 950 88 575

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

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

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

Kjersti Solhaug Gulliksen, kjersti@psykologtidsskriftet.no,

tlf. 911 78 096 (I permisjon),

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

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

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

Markedskoordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,

e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Åshild Skogerbø, Stavanger universitetssykehus

Astrid Weber, Psykisk helse- og rusklinikken, Tromsø

Denne utgaven ble godkjent til trykk 24.06.2020

Omslagsillustrasjon Hilde Thomsen

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,

Tekstrekameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell

fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Innhold

- 480 Euroskeptisk psykolog**
NÅ: Sunil Loona | Øystein Helmikstøl
- 482 Behandling under press**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 488 - Fargeløshet er en fare for folkehelsen**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 491 Lover ikke støyfri sone**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 493 Psykisk helse hos ungdom under covid-19**
Vitenskapelig artikkel | Mona Bekkhus, Tilmann Von Soest & Eivor Fredriksen
- 502 Betaler for isolasjon med ensomhet**
Forskningsintervju | Per Halvorsen
- 504 Virksomme elementer**
Fagessay | John Kjøbli et al.
- 510 En blindgate**
Fagessay | Alv A. Dahl
- 515 MENINGER**
Hovedinnlegg: Systematisk diskriminering | Camilla Bärthel Flaaten, Charity van Delft & Linda Holte (s. 516)
Debatt: Diskriminering (s. 519, s. 521 & s. 522), Diagnostisering (s. 526)
- 529 INNTRYKK**
Bokessay: En mann for vår tid | Jon Vøllestad (s. 531)
Bokanmeldelser: Cannabiskunnskap (s. 537), Metakognitive lovord (s. 538)
- 539 Minneord: Turid Nicolaisen (1960–2020)**
- 540 Annonser**
- 544 Stillingsannonser**

483



FOTO: STIAN FOSS

BEHANDLING I SKVIS

Korte eller lange behandlingsløp,
hva er best?

Aktuelt

481



ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN

RASISME I PSYKOLOGIEN

Psykologer retter søkelyset mot
rasisme i psykologien.

NÅ-intervjuet

Aktuelt

Meninger

493



FOTO: NORA SKJERDINGSTAD

DET NÆRE

Manglende fysisk kontakt og stenging av skoler. Mona Bekkhus forsker på hva som skjer med ungdommenes psykiske helse under koronapandemien.

Vitenskapelig artikkel

Forskningsintervju

531

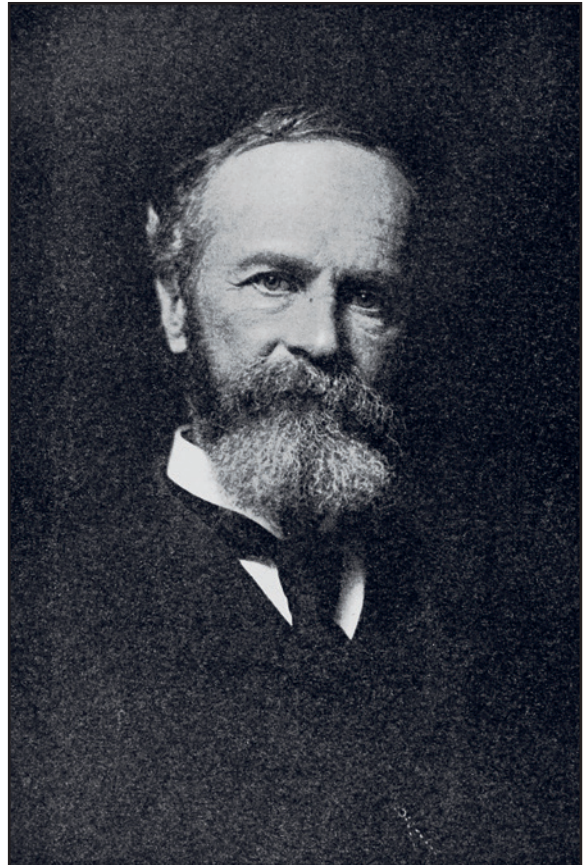


FOTO: WIKIMEDIA

I NYTT LYS

Den amerikanske filosofen John Kaag børster støv av en av psykologiens pionérer. Hvordan kan ny lesing av William James redde liv?

Bokessay

EUROKRITISK Vi trenger en kritisk vurdering av euro-sentrisk oppfatninger som preger psykologifaget, mener psykolog Sunil Loona (71).



NÅ SUNIL LOONA

Euroskeptisk psykolog

Vi er kanskje blitt for følsomme overfor hva som får stempelet «rasistiske ytringer», mener psykolog og antirasist Sunil Loona.

TEKST Øystein Helmikstøl **FOTO** Nora Skjerdingsstad

– Det er nå demonstrasjoner mot rasisme og politivold over hele verden. Hvilke tanker gjør du deg om det?

– Politidrapet på George Floyd i Minneapolis var gnisten som gjorde at flere underliggende spenninger kom til syne. Nyliberalismen har ført til stor økonomisk ulikhet. Høyreekstreme grupperinger har lenge vært på frammarsj. Koronakrisen har rammet minoritetene hardest. Det er oppløftende at det har vært demonstrasjoner i så mange land. Aldri har så mange hvite menn og kvinner i alle aldersgrupper og fra alle samfunns-lag gått hånd i hånd med svarte og brune mennesker for å demonstrere mot rasisme. Sammen har de vist forargelse og sorg over drapet på svarte mennesker, men også begeistring og håp for en felles framtid.

– Men at politiet i USA skyter ved pågrepelse, trenger det ha noe med rasisme å gjøre? Kan det handle like mye om dårlig konflikthåndtering og mangelfull opplæring i politiet?

– Det er vanskelig å si. Politidrap av svarte skjer så ofte i USA at man må kunne si at det er et mønster her. Noen vil ha det til at det er noen «råtne epler» i politiet. Men når man ser slike samhandlingsmønstre i institusjoner som politiet, må vi snakke om strukturell rasisme.

– Er det strukturell rasisme i Norge?

– Ja. Den vanligste definisjon av rasisme går ut fra at det dreier seg om isolerte og individuelle handlinger utført av uvitende, umoralske eller

ondskapsfulle mennesker. I nyliberalismens tid har også rasisme blitt privatisert. Den har blitt forvandlet fra å være et politisk standpunkt til å bli en personlig tilkorkommenhet. Dette mener jeg er feil.

– Sier du at det er feil å kalle folk «rasister»?

– Ja, det kan det være. Rasisme er fordommer pluss makt. Enkelt personer kan ha fordommer, men de aller fleste av dem har ikke makt til å leve ut fordommene sine. Vanlige folk med fordommer kan likevel gi oppslutning til politiske krefter som vil styrke en rasistisk praksis. Og vanlige folk kan også bidra til å svekke den strukturelle rasismen. Demonstrasjonene vi ser nå, kan føre til at den strukturelle rasismen blir svekket.

– Du har jobbet i barnevernet og som sakyndig. Har du sett rasisme der?

– Minoritetsbarn er overrepresentert i barnevernet, men underrepresentert i psykisk helsevern. Jeg mener det skyldes at man har en stereoty-

pisk oppfatning av at utfordringene med minoritetsbarn handler om oppdragelsesproblemer eller omsorgsproblemer i familien. En utbredt holdning er at minoritetsforeldre er mer volde- lige enn andre.

– Hva er forskjellen på rasisme og fordommer? Og er vi dømt til å være rasister fordi vi er oppvokst i Norge, fordi vi har inngrodde fordommer?

– Rasisme har med samfunnsstrukturer å gjøre. Det er fordommer pluss makt. Hvis det ikke finnes fordommer, vil strukturen svekkes betyde- lig. Akademia har spilt en viktig rolle i debatten knyttet til fordommer. Det er noe som kalles akademisk rasisme. Akademikere har kommet med tanker og ideologier som har bekreftet for- dommer. Et klassisk eksempel er den vitenska- pelige rasismen som har gått ut på at folk fra andre steder i verden er mindre intelligente.

– Er det rasistisk å undersøke om asiater har høyere IQ enn personer med europeisk eller afrikansk bakgrunn?

– Da tenker jeg på Flynn-effekten. Fra 1870 har intelligensen i Vesten vokst med tre poeng hvert tiende år, ifølge James Flynn. Det kan umulig ha vært på grunn av arv, men heller på grunn av miljø og stadig større kognitive utfordringer på skolen og i dagliglivet. Flynns hovedkonklusjon er at bedre helse, bedre ernæring, mer og bedre utdanning og økende levestandard fører til økning i IQ. Undersøkelser viser at andrege- nasjons innvandrere som vokser opp i Vesten, har 12,5 til 13,5 poeng høyere IQ enn foreldrege- nasjonen, som vokste opp i hjemlandet. Intel- ligensen øker raskt i Afrika nå, men har stop- pett opp i Vesten.

– Er dette et for følsomt tema å snakke om?

– Neida. Jeg er en sterk tilhenger av ytringsfr- ihet. Vi må ikke sette lokk på noe forskning. Det er viktig for norske psykologer å ha en debatt om dette. Jeg har vært borti flere saker der sak- kyndige psykologer tester nyankomne flykt- ningbarn, som kommer fra krigsherjede land der skolesystemet er rasert. Psykologer tes- ter dem med WISC eller Ravens matriser og diagnostiserer dem som psykisk utviklings- hemmede. Jeg ønsker en debatt om det er for- svarlig å bruke standardiserte intelligens- tester normert på barn i Vesten, på barn som kommer fra for eksempel Somalia.

Hvorfor NÅ?

- Drapet på amerikanske George Floyd utløste en rekke demonstrasjoner over hele verden mot rasisme og politivold.
- Sunil Loona (71) var første innvandrер med embetseksamen i psykologi, ifølge Aftenposten. Han var med på å stifte Antirasistisk senter og har i mange år jobbet med minoritetsbarn og -unge.
- Les utvidet versjon av inter- vjuet på psykolog- tidsskriftet.no.

Vi vet at skolegang er en svært viktig kompo- nent for resultatet av intelligens- tester. Analfa- beter vil komme veldig dårlig ut av slike tester. Vil vi sortere mennesker på denne måten, som allerede har hatt dårlige levekår?

– Er vi blitt for følsomme overfor hva som kan defineres som rasistiske ytringer og ikke? Er ytringsrommet blitt trangere?

– Ja, det kan hende. Det er betent, dette. Og folk får så lett skyldfølelse. Det hindrer dialog om strukturer. Jeg ønsker ingen moralske pekefin- gre. Dette er vi sammen om. Når noen mennes- ker blir kategorisert, så rammes vi alle. De fleste nordmenn er flotte folk som reagerer på rasisme.

– Er pensum på psykologistudiet rasistisk?

– Nei. Men vi trenger en kritisk vurdering av eurosentriske oppfatninger som preger faget. Er vi for eksempel tjent med John Bowlbys til- knyttningsbegrep? Teorien er svært eurosen- trisk, oppstått i Storbritannia. Minoritetsforel- dre har store problemer med å identifisere seg med begrepet. Jeg vil oppfordre til mye mer dialog mellom psykologer og minoritetsforel- dre, og høre hva disse foreldrene sier om barne- oppdragelse.

– Åtte av ti afrikanske flyktninger som inn- legges ved psykiatriske akuttavdelinger i Norge, får diagnosen schizofreni. Forsker Valentina Iversen mener blant annet at mangel på kulturforståelse mellom pasi- enten og helsepersonell kan være en årsak.

– Ja, og vi vet fra Ørnulv Ødegaards forskning på 30-tallet¹ at migrasjon øker faren for psy- kose. Flyktningers psykiske helse bør stå høy- ere på agendaen til Norsk psykologforening. Jeg meldte meg ut for noen år siden, i stilltende protest. Jeg ønsker at foreningen arbeider mer for flerkulturell forståelse. Befolkningsgrunn- laget har endret seg, og det bør psykologifaget også gjøre. Psykologtidsskriftet har veldig lite om mangfoldet i samfunnet. Det var et tema- nummer om det i 1993, det er ikke godt nok. Det er på tide at Psykologtidsskriftet inviterer fagfolk fra mange ulike land til å skrive. Og det finnes en del minoritetspsykologer her i landet. Utvid kunnskapsbasen! ✘

.....

1 Sunil Loona viser til: Ødegaard, Ø. (1932). «Emigration and insanity». *Acta Psychiatrica et Neurologica. Supplement 4*.



BEHANDLER - Vi ser at vi får flere og flere pasienter, men vi har ikke mannskap nok. Vi får ikke nye stillinger, sier psykologspesialist Rune Hartgen ved DPS Strømme.

Behandling under press

Korte behandlingsløp er dårlig samfunnsøkonomi, tror erfaren behandler. Men spørsmålet om kort eller lang behandlingstid er ikke det viktigste, ifølge behandlingsforsker.

TEKST Øystein Helmikstøl

FOTO Stian Foss og Nora Skjerdingsstad

- **PSYKISK HELSETJENESTE** opplever et press på ressurser, hører vi fra samarbeidende tjenester. De forteller om stor pågang av antall henvisninger til poliklinikkene, og at det til tider kan føles overveldende både for ledere og terapeuter å håndtere.

Det sier forsker Karina Egeland ved seksjon for implementering og behandlingsforskning på NKVTS (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress). Egeland har doktorgrad i implementering av kunnskapsbasert praksis i psykisk helsetjeneste.

En medlemsundersøkelse i fjor viste at vilkårene for å yte god behandling er under sterkt press, ifølge Norsk psykologforening. Behandlerne oppga at de ikke har nok tid til å gi god utredning og behandling, samhandling eller behandle samsykelighet. Pasienter må skrives ut før de er ferdigbehandlet, for å gi plass til nye, kom det fram i undersøkelsen. Psykologtidsskriftet har bedt helseminister Bent Høie kommentere dette, men departementet henviser til Helsedirektoratet.

- Hvilken behandlingstilnærming som er egnet for den enkelte pasient, skal være basert på en faglig vurdering av pasientens tilstand og funksjon, og avklares i samråd med pasienten, sier avdelingsdirektør Tor Erik Befring i Helsedirektoratet til Psykologtidsskriftet.

TID, LANG TID

I maiutgaven fortalte Psykologtidsskriftet historien til Jarle Holseter, som ble utsatt for overgrep av en tillitsperson i bygda der han vokste opp.

Holseter råder utsatte menn til å få hjelp av traumepsykologer, og vil at psykologer skal bruke tid på å bli kjent med pasienten. Han fikk hjelp av kommunepsykolog Kim Stampe i Grimstad, og etter hvert også psykologspesialist Rune Hartgen på DPS Strømme ved Sørlandet sykehus.

- Hjelpen jeg fikk, var livreddende for min del, sier Holseter i dag.

Psykolog Rune Hartgen er nettopp et eksempel på en terapeut som får lov til å ha lange behandlingsløp med pasienter innenfor rammene på et Distriktpspsykiatrisk senter. Han har rundt 25 pasienter i behandling, som han møter 45 minutter ukentlig. Det er i all hovedsak kvinner utsatt for seksuelle overgrep. Hartgen har jobbet på DPS Strømme i 12 år.

- Jeg kom raskt inn i traumefeltet da jeg begynte her.

Jeg har fått lov å ha lange behandlingsløp for denne pasientgruppen i hele perioden jeg har vært ansatt, sier Hartgen.

De siste årene har DPS Strømme fått inn stadig flere henvisninger, ifølge Hartgen. Han merker et økt press for kortere behandlingsløp og frykter at man etter hvert får mindre mulighet til å tilby behandlinger med noe lengre varighet.

- Hvordan ser du på det?

- Jeg håper at jeg fortsatt kan få drive med langvarige behandlingsløp. Det vi har gjort for å ha muligheten til å gjennomføre lengre behandlingsløp ved DPS Strømme, er blant annet å forholde oss strengt til prioriteringsveilederen. Tommelfingerregelen sier at milde til moderate tilstander skal behandles i kommunen, mens moderat til alvorlig symptombelastning skal behandles i spesialisthelsetjenesten.

Hartgen opplyser at DPS Strømme har forholdt seg strengt til de mulighetene prioriteringsveilederen gir, for å kunne anbefale kommunal oppfølging. Dette for at de skal prøve å sikre at de har de «riktige» pasientene i behandling.

- Da kan det jo være at vi får en henvisning inn, der det har skjedd seksuelle overgrep, men at symptombildet ikke tilsier at det er moderat »

- Vi ser at vi får flere og flere pasienter, men vi har ikke mannskap nok

*Rune Hartgen, psykologspesialist
på DPS Strømme*

- Jeg håper at jeg fortsatt kan få drive med langvarige behandlingsløp

*Rune Hartgen, psykologspesialist
på DPS Strømme*



til alvorlig. Da kan denne pasienten faktisk få avslag og bli overlatt til kommunen, sier han.

Det faktum at DPS Strømme får holde på så lenge med visse lidelser, tror Hartgen er litt spesielt i forhold til poliklinikker flest.

- Jeg ser at en del andre DPS-er har valgt å legge seg på en annen linje. De tar inn langt flere pasienter per behandler. Med det resultat at man smører det litt tynt utover, som betyr at du ikke kan treffe pasientene hver uke, men hver andre eller tredje uke.

Da kan det etter Hartgens mening bli lite effektive terapier.

- Dette er en stor debatt i behandlermiljøet. Vi ser at vi får flere og flere pasienter, men vi har ikke mannskap nok. Vi får ikke nye stillinger.

TO TIL FIRE ÅR

- Hvorfor mener du at lange behandlingsløp for overgrepsutsatte er så viktig?

- Hvor langt behandlingsløp man trenger, avhenger i stor grad av hva slags type lidelse det er snakk om. Vi ser jo for eksempel svært effektive og kortvarige behandlingsløp for angst- og tvangslidelser. Det har dukket opp komprimerte løp som går over få dager, og som fungerer godt.

- Hvor lange behandlingsløp snakker vi om?

- Typisk for mine pasienter er mellom to og fire år. Jeg tenker at det ikke er spesielt mye for denne pasientgruppen. Jeg ser at så lang behandling som regel må til for denne pasientgruppen.

- Kan du fortelle om behandlingen du tilbyr?

- Jeg følger opp pasienten jevnlig og lærer personen godt å kjenne. Det er avgjørende for utfallet av terapien at pasienten føler en trygghet i relasjonen til behandler. Å klare å stole på andre mennesker er en særlig utfordring for denne pasientgruppen. Jeg jobber ut fra en modell som kalles *faseorientert traumebehandling*. Dette er en allment akseptert måte å tenke traumebehandling på. Fase 1 er stabiliseringsarbeid, fase 2 bearbeiding og fase 3 integreringsarbeid.

I praksis starter man med stabiliseringsarbeid. Senere løper særlig fase 1 og 2 parallelt gjennom store deler av behandlingsløpet. Stabiliseringsarbeid innebærer blant annet å hjelpe pasienten til å regulere seg selv i forhold til påtrengende minner som flashbacks og mareritt, hyper- og hypoaktivering og affektiv dysregulering. Bearbeiding, der det er indisert, handler om å gå mer inn i detaljene i de traumatiserende hendelsene, og arbeide gjennom disse for å forsøke å oppnå en større kognitiv og emosjonell distanse til hendelsene. Fokus på selvivaretagelse og forholdet til andre mennesker er også sentralt.

- DÅRLIG SAMFUNNSØKONOMI

Pasientene som har det Hartgen velger å bruke uttrykket «komplekse traumelidelser», eller kompleks PTSD (posttraumatisk stresslidelse) om, har vært utsatt for gjentatte relasjonelle traumer, for eksempel seksuelle overgrep, over tid.

- Dette er komplekse tilstander med sammensatte utfordringer, som har en gjennomgripende innvirkning på pasientens liv, og som krever langvarig behandling. Andre tilstander en gjerne ser i DPS, og som krever behandling over tid, er personlighetsforstyrrelser og disosiasive tilstander.

Det er også relativt høy komorbiditet mellom kompleks PTSD, visse personlighetsforstyrrelser og disosiasive tilstander, påpeker Hartgen.

Han har et klart budskap til helsemyndighetene om den pasientgruppen han kjenner best:

– Å generelt satse på kortere behandlingsløp for disse pasientene er antakelig dårlig samfunnsøkonomi, i tillegg til at det er et svik mot de som har behov for terapi av lengre varighet, mener Hartgen.

Han understreker at skadene etter overgrep ofte er gjennomgripende.

– Disse folkene er så plaget at vi med korte løp risikerer å få dem tilbake igjen etter relativt kort tid. Jeg ser med jevne mellomrom at pasientene jeg får, blir henvist med en annen problemstilling eller diagnose. De har ofte en historikk i psykisk helsevern og har vært innom flere ulike løp og kan tidligere ha fått diagnoser som depresjon, generalisert angst, bipolar lidelse eller ADHD-diagnoser. Da tenker jeg: Kanskje kan dette bety at det egentlige problemet ikke er avdekket, kanskje fordi de var for kort tid inne i et behandlingsløp.

12 TIMER, 20 TIMER

Behandlingsforsker Karina Egeland ved NKVTS legger mer vekt på symptombildet og behandlingsformen enn varigheten på behandlingen av traumelidelser. Man begynner i feil ende når man snakker om at det er en fordel med lange behandlingsforløp i denne konteksten, mener hun. Først bør man kartlegge for traumer, for deretter å kartlegge om det er traumene eller noe annet som bør behandles.

– Begrepet «komplekse traumelidelser» brukes dessverre litt tilfeldig. Ut fra kriteriene for kompleks PTSD i henhold til ICD-11-kriteriene viser både forskning og våre erfaringer at disse pasientene kan få god PTSD-behandling innenfor vanlige forløp, det vil si korttidsbehandling på 12-20 timer, sier Egeland.

Hun opplyser at det samme gjelder dersom «komplekse traumelidelser» betyr pasienter med primært PTSD-plager, men der det er relatert til en «kompleks» traumehistorie (repeterte traumer, langvarig traumatisering, seksuelle overgrep, osv.), eller hvis det er innslag av dissosiative plager eller komorbide lidelser, for eksempel depresjon og rus.

– Ved mer alvorlig dissosiativ problematikk kan det være mer krevende. Disse pasientene kan ofte ha plager som går over i psykosevaner, og vil dermed ha behov for mer langvarige og omfattende tjenester. »



– Mye forskning viser at kortere behandlingsforløp kan fungere veldig bra. Og særlig innenfor PTSD snakker man om 12 timer for visse typer behandling

Behandlingsforsker Karina Egeland ved NKVTS



- Hvilken behandlingstilnærming som er egnet for den enkelte pasient skal være basert på en faglig vurdering av pasientens tilstand og funksjon, og avklares i samråd med pasienten

Avdelingsdirektør Tor Erik Befring i Helsedirektoratet

Ofte brukes imidlertid «komplekse traumelidelser» veldig vidt, ifølge Egeland, også om pasienter som ikke primært har PTSD-plager, men et bredt spekter av symptomer og relasjonelle vansker som muligens er relatert til traumeopplevelser. Behandlingsforskeren forteller at dette kan være utfordrende for tjenestene, da ofte både problematikk og motivasjon for behandling er uklare. Her er det utfordringer knyttet til både forståelse, utredning og behandling.

- Mye forskning viser at kortere behandlingsforløp kan fungere veldig bra. Og særlig innenfor PTSD snakker man om 12 timer for visse typer behandling.

SAMMENSATT GRUPPE

Helseminister Bent Høie har også fått anledning til å kommentere hva han mener om kortere behandlingsløp som dette, men departementet henviser også her til Helsedirektoratet.

- Å bli utsatt for seksuelle overgrep er en belastning som kan medføre utvikling av behandlingstrengende helsetilstander. Dette er avhengig av flere faktorer, blant annet faktorer knyttet til selve hendelsen, om det eventuelt er gjentakende erfaringer, alder hos den utsatte og kjennskap til overgriper, sier Tor Erik Befring i Helsedirektoratet, som påpeker at pasienter utsatt for seksuelle overgrep derfor er en sammensatt gruppe med ulike behandlingsbehov.

- En del vil nyttiggjøre seg av et avgrenset tilbud i form av psykososial oppfølging i etterkant av hendelsen. Andre vil ha behov for behandling av symptomer eller lidelser som følge av hendelsen, sier Befring.

NKVTS implementerer to av de mest anbefalte behandlingsmetodene for PTSD i voksenpsykiatriske poliklinikker over hele landet, ut fra internasjonale retningslinjer – det finnes ifølge Egeland ikke norske retningslinjer her.

Ved for eksempel EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) og kognitiv terapi for PTSD snakker man om rundt 12 timer for vanlig PTSD. Er det kompleks PTSD, kan man øke til rundt 20 timer.

- Men her er det ingen fasit. Det kommer helt an på personen man har foran seg, og hva slags symptomer man har, presiserer hun.

UTFORDRER TERAPEUTER

Egeland vil gjerne utfordre terapeuter på hva man skal fokusere på i behandling, men sier samtidig at det er terapeuten som har spesialkompetanse på hva pasienten trenger.

Hun trekker fram tre elementer som må være med i vurderingen av hvilken type behandling pasienten skal få: Hva sier forskningen om hva som er god behandling for denne type lidelse? Hvilke behov har pasienten, og hva slags ekspertise har terapeuten?

KARTLEGGING

Egeland framhever god kartlegging, og på bakgrunn av den må man gjennomføre god behandling ut fra de faglige retningslinjene.

- Etter endt behandling er det viktig å vurdere hva slags oppfølging pasienten skal få videre. Alt dette ligger inne i pakkeforløpene. Det er en veldig god måte å systematisere tjenestene på, mener hun.

SINTEF har evaluert pakkeforløpene. Sentrale funn er at mange opplever at pakkeforløp fører til økt negativt arbeidspress og mer tid på administrasjon. Fagsjef Åste Herheim i Psykologforeningen framhe-

ver i et intervju på foreningens nettsider at rapporten slår fast at ett år med pakkeforløp i psykisk helse og TSB (tværfaglig spesialisert behandling av ruslidelser) verken har gitt bedre pasientbehandling eller mindre arbeidspress.

Egeland kjenner til kritikken mot pakkeforløpene. Hun mener imidlertid at dette har mer å gjøre med svakheter i implementeringen av pakkeforløpene, heller enn at pakkeforløpene i seg selv er et problem.

– Det har generelt vært manglende kartlegging av traumer og PTSD. Dette anbefales nå i pakkeforløpene.

Ved å systematisk kartlegge alle pasienter for traumer og symptomer på posttraumatisk stress vil man raskere kunne fange opp de som sliter med PTSD, og som bør få tilbud om kunnskapsbasert behandling for PTSD, påpeker Egeland.

– Men systematisk kartlegging kan også fange opp de som har opplevd traumer, men som har andre symptomer som heller tilsier at man kan ha behov for annen type behandling, sier hun.

SKEPTISK

Tilbake til psykologspesialist Rune Hartgen ved Strømme DPS: Han trekker også fram at det for angst og tvang er kommet korte behandlingsløp.

– Finnes det slike korte, nye løp også for overgrepssatte, som helsemyndighetene vil at du skal drive med?

– Ja, det har vært gjort forsøk på mer målrettet utdanning av traume-psykologer, med såkalt evidensbaserte metoder. Det tenker jeg er nyttig.

Men selv om man lærer seg noen manualbaserte metoder for bearbeiding, mener han like fullt at dette vil ta tid.

– Jeg jobber selv hovedsakelig etter en metodikk for bearbeiding som heter EMDR. Da den metoden kom, var det mye blest rundt at den var veldig effektiv og lite tidkrevende. Den ble også omfavnet av myndighetene.

Men bearbeiding er ifølge Hartgen bare ett trinn i behandlingstrappa for disse pasientene.

– Selv om en behandling er manualbasert, presumtvt veldig effektivt og myndighetene vil at vi skal bruke det, så kan man ikke regne med at disse pasientene er ferdigbehandlet på 20 timer, sier Hartgen. ✘

LES OGSÅ

Aktuelt / Nyheter

- Symptomene betyr mer enn traumerfaringene

Sandra Ekelund Eidhammer og kollegaer var nysgjerrige på om TF-CBT kunne hjelpe barn med kompleks PTSD. For det ble de belønnet med Bjørn Christiansens minnepris.

PSYKOLOGI

PSYKOLOGI.no er et nettsted for psykologer og psykiatere som vil ha en profesjonell og sikker kommunikasjon med sine kollegaer. Det er et forum for utveksling av erfaringer og kunnskap, og et sted for å diskutere aktuelle saker i psykiatri og psykologi. Det er et nettsted for utveksling av erfaringer og kunnskap, og et sted for å diskutere aktuelle saker i psykiatri og psykologi.

2. april 2020

I slutten av april i år fikk Eidhammer en hyggelig telefon fra Håkon Skarst, president i Norsk psykologforening. Han gratulerte, og meddelte at Eidhammer og kollegaer var vinnere av dette minneprisen i Psykiatridagene.

– Det var veldig spennende og overraskende. Og utrolig gøy at en artikkel om traumer og barn, som er en såfjerde gruppe. For denne typen opparbeidelse, sier hun.

Prisvinnere om behandling

Sandra Ekelund Eidhammer og kollegaer var nysgjerrige på om TF-CBT kunne hjelpe barn med kompleks PTSD. Artikkelen ble belønnet med Bjørn Christiansens minnepris. Barna (mellom 6 og 18 år) som har deltatt i studien, har alle mottatt TF-CBT, og denne behandlingsformen gjennomføres vanligvis i løpet av 12-15 timer.



AKTUELT

- Fargeløshet er en fare for folkehelsen

Usman Chaudhry er unik. Uten ham ville 2019-kullet ved profesjonsstudiet i Oslo vært enda mer blendahvitt. - Fargeløsheten ved studiet er en fare for folkehelsen, sier han.

TEKST OG FOTO
Per Halvorsen

VI TREFFER 30-ÅRINGEN på Stovner, der han jobber i Rask psykisk helsehjelp. For bare et år siden ble han uteksaminert fra Universitetet i Oslo. Tre kvinnelige studenter hadde flerkulturell bakgrunn. Men som andregenerasjons pakistaner og mann var Usman den eneste av sitt slag ved profesjonsstudiet.

At det ikke er mange som ham, er inntrykk han har fått forsterket av googlesøk for å finne

ut om det fins flere mannlige norsk-pakistanere med psykologutdanning i Norge.

- Det nærmeste jeg kom, var en fyr med dansk utdanning som jobbet i Namsos, sier han.

Tematikken engasjerer. Usman Chaudhry mener at mangfold på psykologkontoret er viktig for folkehelsen.

- I mange kulturer er psykiske helseproblemer ukjent og tabubelagt. Vi må ufarliggjøre det ved

å snakke om det. Det kan være lettere å nå fram med kommunikasjon og hjelp hvis det er større kulturell spredning blant psykologene. Mangelen på kulturell representasjon er derfor en utfordring universitetene må ta på alvor, sier han.

MANGLER OVERSIKT

Leder for Psykologisk institutt ved Universitetet i Tromsø (UiT) Ingunn Skre erkjenner problemet:

– Hos oss er tallet på studenter med en annen etnisk bakgrunn enn norsk eller samisk, svært lavt, sier hun.

Det er bare noen dager siden hun takket av årets avgangsstudenter ved profesjonsstudiet i psykologi. Navnelisten hun sitter med foran seg, viser at maks fem prosent av studentene i årets kull antas å ha en annen etnisk bakgrunn enn norsk eller samisk.

– Navnene på listen er det eneste som antyder noe om etnisk bakgrunn.

– *Hvor stort problem er det?*

– I verste fall kan en skjevfordeling i etnisk representasjon blant helsepersonell føre til en skjevfordeling av helsetilbudet. Som psykologer skal vi jo betjene hele befolkningen, og da trenger vi psykologer med en variert kulturbakgrunn. Ut fra det perspektivet er det helt klart en utfordring, sier hun.

Skre forteller at UiT har lange tradisjoner for å være oppmerksomme på betydningen av kultursensitivitet.

– Samiske psykologer underviser blant annet i hvilke kulturelle føringer som kan prege samisk kultur, og som det kan være nyttig for behandler å ha i bakhodet i møte med pasienter med samisk bakgrunn. Har de ikke det, risikerer psykologen en pasientrelasjon full av blindflekker, sier hun.

DOBBELT SÅ MANGE MED PSYKISK UHELSE

Dette vet vi: Dobbelte så mange innvandrere som den øvrige befolkningen rapporterer om psykiske plager. Risikoen for psykisk uhelse er blant annet knyttet til opplevelsen av forskjellsbehandling på grunn av innvandrerbakgrunn, til lavere sosioøkonomiske status, språkbarrierer og negative livshendelser (kilde: levekårsundersøkelsen blant innvandrere SSB 2017).

Leder for Helsedirektoratets fagråd for innvandrerhelse Hege Linnestad mener mangelen på representativitet bidrar til ulikhetene.

– Det kan svekke tilliten mennesker med innvandrerbakgrunn har til helsevesenet, fordi de opplever å bli møtt med mangel på forståelse.

Det kan igjen føre til at de unnlater å oppsøke helsevesenet når de har behov for det, og dermed får et dårligere helsetilbud enn de ellers ville ha fått, sier hun.

PROBLEMATISK MED KVOTERING

Ingen av universitetene som utdanner psykologer i Norge, og som Psykologtidsskriftet har vært i kontakt med, kan redegjøre for andelen studenter som har en annen etnisk bakgrunn enn norsk.* Personvern hensyn setter ifølge Datatilsynet som hovedregel foten ned for at studiestedene kan registrere og lagre særlige kategorier personopplysninger, eksempelvis opplysninger om studenters etniske opprinnelse.

Visedekan Per-Einar Binder har imidlertid et klart inntrykk av at det ville være en fordel å øke andelen studenter med flerkulturell bakgrunn ved studiet i Bergen.

– Vi har drøftet muligheten for å få til en kvoteordning eller tilleggspoeng for søkere med minoritetsbakgrunn, men har ikke kommet så langt som til å formelt foreslå det for Kunnskapsdepartementet, skriver han i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Å kvotere inn studenter på bakgrunn av etnisitet er imidlertid lettere sagt enn gjort. Juridisk rådgiver Shorish Azari hos Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) sier til Psykologtidsskriftet at 'positiv særbehandling' forutsetter en klar underrepresentasjon av visse grupper, og at underrepresentasjonen må være godt dokumentert. Han sier også at særbehandlingen må stå i rimelig forhold til formålet som skal fremmes, og at den bare kan være av midlertidig karakter; altså at den må opphøre når formålet er oppnådd.

– Det skal i praksis mye til å innfri disse kravene, blant annet fordi en kan gjøre mye for å appellere til de gruppene man vil tiltrekke seg, på annen måte enn å ty til særbehandling, opplyser han i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Azari sier at det å gi menn og samer 'positiv særbehandling' ved opptak til profesjonsstudiet har skjedd etter nøye utredning og erfaringer med at andre tiltak ikke har virket.

– Før man eventuelt begynner å 'positivt særbehandle' studenter med en annen etnisk bakgrunn enn norsk, må man først ha prøvd ut effekten av andre og mindre inngripende tiltak, sier han.

KJØNNspoeng

Fra 2019 innførte Universitetet i Oslo sammen med Universitetet i Bergen en ordning med »



SKJEVT – I verste fall kan en skjev fordeling i etnisk representasjon blant helsepersonell føre til en skjevfordeling av helsetilbudet, sier instituttleder ved UiT Ingunn Skre. Foto: Lars Aarønæs



KUNNSKAP Utdanningsleder Vibeke Moe: De som utdannes som psykologer, må ha god nok kunnskap slik at de kan gi hjelp til alle, uansett etnisk bakgrunn. Foto: Nora Skjerdingstad

kjønns-poeng for å rekruttere flere menn til studiet. I Oslo gikk andelen mannlige studenter opp fra et gjennomsnitt på 21 prosent i tidsrommet 2014–2018 til 39 prosent høsten 2019 og 31 våren 2020. Utdanningsleder Vibeke Moe sier at universitetet ønsker å beholde ordningen for å se om suksessen fortsetter.

Argumentasjonen for særordningen er at profesjonen bør speile mangfoldet i befolkningen for å kunne tilby likeverdige helsetjenester. Moe mener begrunnelsen også kan brukes for å rekruttere flere som representerer kulturelt mangfold. En egen kvoteordning for folk med flerkulturell bakgrunn har hun imidlertid vanskelig for å se for seg.

– Jeg tror en slik ordning hadde vært praktisk vanskelig å gjennomføre. Hva skulle ha vært kriteriene? Opprinnelsesland? Antall generasjoner man har oppholdt seg i Norge? Her er det mange dilemmaer som gjør seg gjeldende, sier hun.

Hun minner om arbeidet med å tilpasse profesjonsstudiet til nye Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene, RETHOS.

– Kultursensitivitet er ikke bare noe som ivaretas gjennom kulturell representasjon ved profesjonsstudiet. De som utdannes til psykologer, må ha god nok kunnskap slik at de kan gi hjelp til alle, uansett etnisk bakgrunn. Fra 2021 får det flerkulturelle perspektivet økt plass i undervisningen, sier Moe. Moe mener likevel UiO har en jobb å gjøre for aktivt å rekruttere flere studenter med en annen etnisk bakgrunn enn norsk.

ALI-YRKER

– Vi har tradisjon for å gjennomføre besøk på videregående for å tiltrekke oss en variert gruppe studenter til profesjonsstudiet. Jeg tror vi må intensivere dette arbeidet, benytte representanter for ulike kulturer aktivt som rollemodeller, sier Moe.

Usman Chaudhry er inne på samme tanker. Han sier at psykologyrket ikke har like stor prestisje i andre kulturer som det har i Norge.

– Har du poeng nok fra videregående, er det ALI-yrkene som gjelder i det pakistanske miljøet: advokat, lege eller ingeniør. Hvis flere med flerkulturell bakgrunn får vist fram psykologifaget, kan det skje en gradvis endring. Vi bør inn i skolene, undervise i livsmestringsfaget, vise fram hvor kult faget og yrket vårt er. Da vil neste generasjon finne veien til profesjonsstudiet, mener han. ✘

** Psykologtidsskriftet har forsøkt å få kontakt med profesjonsstudiet i Trondheim, men lykkes ikke før deadline.*

Hudfarge mindre viktig enn status og makt

Hvis mennesker føler at en profesjon hjelper dem og forstår dem, vil de i større grad tiltrekkes av profesjonen og utdanne seg til den.

TEKST Per Halvorsen

DET MENER PSYKOLOGSPESIALIST Akiah Ottesen Berg. Sammen med Karin Holt er hun aktuell med boka *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid*. Hun mener at jo mer homogen profesjonen er, jo mindre blir den i stand til å møte all variasjonen som finnes i samfunnet, og de ulike verdiene og holdningene denne variasjonen representerer.

– Å treffe noen som deler våre erfaringer, verdier og bakgrunn roer oss. Å ha flere med minoritetsopplevelser i psykologmiljøet og under utdannelsen vil dessuten utfordre fastlåste tanker. Vi lærer ikke mest og best i et ekkokammer. Det er forskjellen på psykologi og ideologi – noen ganger blir det siste presentert som det første, sier hun.

Ottesen Berg etterlyser større grad av kultursensitivitet blant psykologer, og med det mener hun økt selvrefleksjon blant psykologer om egne kulturelle blindflekker. Hun mener likevel ikke at representativitet og sensitivitet primært handler om hudfarge, men om å være seg bevisst hvilken makt og sosioøkonomisk status man representerer.

– Hvor mange psykologer som utdannes i dag, kommer fra familier uten akademisk bakgrunn? Hvor mange har innvandret til Norge og fra hvor? Hvor mange har erfaring som minoritet? Hvor mange har vokst opp i fattigdom? spør hun retorisk.

Hun mener mangel på representativitet kan føre til mindre likeverdige helsetjenester; at mennesker som trenger det, ofte ikke får hjelp tilpasset deres livserfaringer.

– Og det bidrar i neste omgang neppe til en bredere kulturell rekruttering til psykologyrket, sier Ottesen Berg. ✘



NYANSATT Katharine Cecilia Williams
blir ny sjefsredaktør i Psykologtidsskriftet.

AKTUELT

Lover ikke støyfri sone

Hun vil ha mer vitenskap og fagformidling, men lover ikke et tidsskrift som aldri vil skape støy.

TEKST Per Halvorsen **FOTO** Nora Skjerdingsstad

KATHARINE CECILIA WILLIAMS endte opp som den foretrukne av tre aktuelle kandidater til å overta jobben som sjefredaktør i Tidsskrift for Norsk psykologforening. Bestillingen, slik den blant annet fremgår av tidsskriftets reviderte formålsparagraf, samsvarer med det hun selv brenner for; at fagformidling og vitenskapelig publisering skal være ryggraden i Psykologtidsskriftets redaksjonelle linje.

– Jeg vil relansere Psykologtidsskriftet som publiseringskanal for vitenskapelige artikler, sier hun, men medgir at det kan bli en utfordring:

– Per i dag har tidsskriftet registrert et rekordlavt antall publiseringspoeng. Å ta tidsskriftet derfra til at vitenskapelige artikler skal være rygggrad, er ikke gjort over natten.

ATTRAKTIVT FOR FORSKERNE

Hun har vært redaktør i psykologiredaksjonen i Gyldendal Akademisk og psykologspesialist på Gaustad og ved Lovisenberg distriktpsikiatriske senter. De siste 12 månedene utviklingssjef i det tyske testselskapet Hogrefe. Hun er spesialist både i klinisk arbeidspsykologi og organisasjonspsykologi, har en doktorgrad om hørselstap og mestring i arbeidslivet fra 2015 og er forfatter av to bøker om utfordringer knyttet til hørselstap.

Hun vil øke tilfanget av vitenskapelige artikler ved å gjøre det mer attraktivt for forskerne å publisere i Psykologtidsskriftet. Hun mener tidsskriftet har det beste utgangspunktet fordi klinikknær forskning er et høyt ideal.

– Tidsskriftet når ut til alle psykologer. Du kan publisere i et anerkjent internasjonalt tidsskrift, men da vil fortsatt få psykologer i Norge vite om det.

Hun understreker at alt som handler om indeksering og registrering i databaser er viktig for å gjøre det attraktivt for forskere å publisere i Psykologtidsskriftet.

– Tidsskriftet må gjøre omstillinger for å sikre at publisering hos oss fortsetter å generere publiseringspoeng, sier hun.

Hun tror mange vil ha mer vitenskap, men ikke bare det.

– Mye fagstoff som psykologer trenger, kan ikke finne plass i en fagartikkel. Derfor er det et privilegium å ha journalister i redaksjonen som kan løfte fram slikt stoff, sier hun.

Hun synes det er spennende at Psykologtidsskriftet også går ut i felten og avslører ting som det blir debatt om.

– Journalistikk er under stort press i verdenssamfunnet. «Fake news» er blitt et uttrykk for å karakterisere informasjon man er uenig i. Hvis vi ikke skal ha journalistikk bare fordi folk ikke liker det vi skriver om, vil det være forferdelig, sier hun.

Hun har ved flere anledninger vært forundret over støynivået i kjølvannet av saker Psykologtidsskriftet har satt på trykk.

– Noen av de sakene som har skapt mest debatt i tidsskriftet det siste året, er ikke de sakene jeg personlig har hisset meg mest opp over. Jeg er forberedt på å stå i støy, sier hun. ✘

Les hele intervjuet med den nye sjefredaktøren på psykologtidsskriftet.no

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2020 S. 492-501 FAGFELLEVDERT

MONA BEKKHUS, TILMANN VON SOEST og EIVOR FREDRIKSEN,

alle ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT mona.bekkhuss@psykologi.uio.no

PSYKISK HELSE HOS UNGDOM UNDER COVID-19

– Ensomhet, venner og sosiale medier

Stengte skoler og rådet om sosial distansering skulle hindre smitte under covid-19-pandemien. Men hvordan påvirket sosial distansering deres psykiske helse?

Den 12. mars 2020 vedtok myndighetene de sterkeste begrensningene for sosial samhandling i fredstid, for å bekjempe covid-19-pandemien. Alle skoler i Norge ble stengt, og det meste av organiserte fritidsaktiviteter kunne ikke gjennomføres som en følge av restriksjonene. I tillegg ble det innført svært strenge regler om sosial distansering. Samlet sett har tiltakene mot spredning av viruset ført til store inngrep i hverdagslivet for alle i Norge. Dette gjelder i stor grad også for ungdom. Fra før av finnes det lite forskningsbasert kunnskap om hvordan sosial distansering påvirker ungdoms mentale helse (Lee, 2020). Det er derfor av interesse å kartlegge hvordan det går med ungdom under slike ekstreme forhold vi har hatt under covid-19-pandemien våren 2020.

Restriksjonene under covid-19-pandemien, med vekt på sosial distansering, kan for mange ha ført til en betydelig innsnevring av viktige sosiale kontakter. Sosial distansering er vanskelig, da mennesker har et grunnleggende behov for å opprettholde stabile nære relasjoner til andre (Baumester & Leary, 1995). Dette gjelder ikke minst for ungdommer, fordi ungdomstiden er karakterisert av sterke sosiale relasjoner med jevnaldrende, og jevnaldrende spiller en særlig viktig rolle for sosialisering, nærhet, intimitet og fortrolighet (Bukowski, Newcomb & Hartup, 1996; Vitaro, Boivin & Bukowski, 2009). Ifølge Ungdata (Bakken, 2019) rapporterer 89 % av ungdom på videregående skole at de vanligvis deltar i en eller annen organisert aktivitet, og 40 % av ungdom på videregående skole i Norge er aktive i idrettslag. De strenge innskrenkningene i hverdagen har imidlertid gjort det umulig for ungdom å delta i mesteparten av disse aktivitetene under covid-19-pandemien.

Vi vet ennå lite om hvorvidt restriksjonene under covid-19-pandemien fører til mer ensomhet blant ungdom. Men det er nærliggende å

ABSTRACT

Adolescent mental health during the COVID-19 pandemic

– *Loneliness, friends, and social media*

Aim: During the COVID-19 pandemic, people in Norway were encouraged to keep physical distance to persons outside the family. This study examined whether substituting physical contact with peers with digital contact was associated with poor mental health and loneliness among Norwegian adolescents.

Method: High school students were recruited to an online survey through social media. A total of 540 girls and 140 boys answered both open and closed end questions about experiencing loneliness and symptoms of anxiety and depression, their social media use and their contact with friends, both physical and through online gaming.

Results: A large share of the adolescents ($n = 192$; 27.9 %) reported missing physical contact with friends. Regression analyses showed that a lack of physical contact with peers and social media use was associated with both loneliness and mental health problems. Gaming, however, was neither associated with loneliness nor mental health problems.

Implications: Promoting physical contact with peers may help prevent feelings of loneliness and mental health problems during adolescence.

Keywords: COVID-19, adolescence, social distancing, mental health, loneliness, peers, social media, gaming

»



Ungdomstiden er karakterisert av sterke sosiale relasjoner med jevnaldrende

anta at manglende fysisk kontakt med jevnaldrende og manglende skole- og fritidstilbud kan bidra til opplevelse av sosial isolasjon og ensomhet blant ungdom. Samtidig har mange mulighet til å være mer sammen med familien sin, noe som for mange kan ha bidratt til bedre samhold i familien, men som for andre kan ha ført til økte konflikter med foreldre eller søsken. Relasjonene ungdommer har med andre jevnaldrende, er annerledes enn relasjoner med søsken eller foreldre, fordi vennskapene med jevnaldrende er basert på et fritt og selvstendig valg, og skiller seg sånn sett fra relasjoner innad i familien, som er mer vertikale og hierarkiske og ikke selvvalgt (Hartup & Moore, 1990). Man kan derfor tenke seg at familierelasjoner ikke fullt ut kan kompensere for mindre sosial kontakt med venner under pandemien.

Vi vet også lite om forandringer i psykiske plager under pandemien. Men en norsk studie gir en første indikasjon på et økt nivå av angst- og depresjonssymptomer blant voksne (Ebrahimi, Hoffart & Johnson, 2020). En annen nylig publisert studie viste at ungdommer hadde lavere livstilfredshet under covid-19-pandemien (von Soest, Bakken, Pedersen, & Sletten, 2020). Ungdomstiden er en tid med forhøyet sårbarhet for psykiske lidelser, og mange psykiske lidelser debutterer nettopp i ungdomsalderen (Whiteford, et al., 2013). Likevel er det viktig å huske på at flertallet av ungdommer vanligvis har god tilpasningsevne (Masten, 2014).

Selv om restriksjonene under koronapandemien kan føre til manglende *fysiske* sosiale interaksjoner med venner, er det mulig at bruk av sosiale medier kan motvirke effektene av sosial distansering. Ifølge Ungdata (Bakken, 2019) bruker de fleste ungdommer mellom 2 og 4 timer hver dag foran en skjerm, og andelen som bruker mer enn 3 timer per dag, har økt fra 7 % til 13 % de siste 5 årene. Denne økningen gjaldt hovedsakelig bruk av sosiale medier. Mange timer på sosiale medier er imidlertid assosiert med flere depressive symptomer (Kelly, Zilanawala, Booker & Sacker, 2018), mens gaming, spesielt for jenter, henger sammen med lav sosial kompetanse (Hygen et al., 2019). Man kan likevel tenke seg at økt skjermtid og økt digital sosial interaksjon under covid-19-pandemien kan bidra til mindre ensomhet og psykiske helseplager, dersom digital kontakt erstatter fysisk kontakt med venner, som ikke er mulig i like stort omfang som før. I denne studien ønsket vi derfor å

1. undersøke hvor mange ungdommer som rapporterer om psykiske helseplager, ensomhet og sosial isolasjon når de i et åpent spørsmål blir spurt om forandringer under covid-19-pandemien.
2. kartlegge omfang av fysisk kontakt med venner og utbredelse av ensomhet og symptomer på angst og depresjon 2 til 6 uker etter at de sosiale distanseringstiltakene ble iverksatt 13. mars 2020.
3. undersøke om graden av fysisk kontakt med venner, tid på sosiale medier og online gaming med venner henger sammen med ensomhet og symptomer på angst og depresjon.

METODE

Utvalg og rekruttering

Deltakerne i studien var elever ved videregående skoler, og ble rekruttert gjennom en annonse på offisielle nettsider ved Universitetet i Oslo, medieomtale, Facebook-annonser og «snøballmetoden» (det vil si at nye deltagere kan ha hørt om studien via andre). Datainnsamlingen startet 1. april 2020, to uker etter at skolene ble stengt og deltakelse i sosiale

aktiviteter ble sterkt begrenset. Rekruttering av deltakere varte til og med 23. april.

Etikk

Studien ble godkjent av Regional etisk komité sør-øst (REK Sør-Øst D: 124909) og Norsk senter for forskningsdata.

Gjennomføring

Et elektronisk spørreskjema ble sendt ut til 930 ungdommer, hvorav 689 (74,1 %) ungdommer svarte. Utvalget bestod av 540 (79,4 %) jenter og 140 (20,6 %) gutter (missing på kjønn: 26 respondenter). Gjennomsnittlig alder var 17,21 år, med standardavvik (SD) = 1,13, og varierte fra 16 til 19 år. I gjennomsnitt ble spørreskjemaet besvart 30 dager (SD = 7 dager) etter at de omfattende sosiale distanseringstiltakene ble iverksatt 13. mars, og vi har inkludert dette i analysene som variabelen *svardato*. Ungdommene ble videre invitert til å besvare det samme spørreskjemaet tre ganger til, med én ukes mellomrom mellom hver datainnsamling. Data som presenteres i denne artikkelen er fra første måletidspunkt.

Instrumenter

Åpent spørsmål om endringer. For å få informasjon om hva ungdom selv ville trekke frem av forandringer de opplevde i denne tiden, spurte vi: «Hva er de største forandringene i hverdagen din etter at koronakrisen kom?»

Ensomhet ble målt med en validert kortversjon på tre spørsmål fra UCLA Loneliness Scale (Russel, 1996; Luhmann & Hawkley, 2016). Skalaen består av spørsmålene «Hvor ofte føler du at du mangler selskap av andre?», «Hvor ofte den siste uken føler du deg utelatt?» og «Hvor ofte føler du deg isolert fra andre?». Svaralternativene var rangert på en firepunktsskala fra 0 (aldri) til 3 (alltid). En gjennomsnittsskåre ble beregnet. Det var god indre konsistens ($\alpha = 0,70$). I tillegg spurte vi «Hvor ofte er du ensom?» med en firepunktssvarkala fra 0 (aldri) til 3 (alltid).

Symptomer på angst og depresjon ble målt ved å bruke en kortversjon av Hopkins Symptom Checklist, SCL-8 (Tambs & Moum, 1993). I denne kortversjonen ble deltakerne spurt om de i løpet av den siste uken hadde opplevd for eksempel «følelse av håpløshet med hensyn til fremtiden», «mye bekymret, tungsindig» og «plutselig redd eller bekymret». Svaralternativene gikk fra 1 (slett ikke

plaget) til 4 (veldig plaget). En gjennomsnittsskåre ble beregnet. SCL-8 har blitt validert med en korrelasjon på 0,92 med SCL-25 (Tambs & Roysamb, 2014). Skalaen viste god indre konsistens ($\alpha = 0,90$).

Fysisk og digital kontakt med venner. Vi spurte om ungdommene hadde en eller flere gode venner på skolen (ja/nei). Videre spurte vi om ungdommene hadde møtt en eller flere venner fysisk den siste uken, og i så fall hvor mange ganger, med svaralternativene «ingen», «1–2», «3–4», «5–6» og «7 eller flere». Ungdommene rapporterte også hvor mye tid de brukte på sosiale medier, med svaralternativene «ingen» (0), «1–2 timer» (1), «3–4 timer» (2) «mer enn fire timer» (3). I tillegg svarte de på hvor ofte de gamer online sammen med venner, på en skala fra 1 (aldri) til 5 (alltid).

Analyser

Tredjeforfatter leste samtlige besvarelser fra deltakerne på det åpne spørsmålet, for å identifisere eventuelle besvarelser som reflekterte temaer innenfor psykisk helse, ensomhet og sosialt liv. I dette arbeidet identifiserte tredjeforfatter seks ulike kategorier innenfor disse tre hovedtemaene. Alle tre forfattere diskuterte så i fellesskap hvilke besvarelser som falt inn under de seks respektive kategoriene.

For deskriptive analyser beregnet vi gjennomsnitt, SD og frekvens for hele utvalget, og separat for gutter og jenter. Sammenhengen mellom fysisk kontakt med venner og bruk av sosiale medier med ensomhet og symptomer på angst og depresjon ble undersøkt gjennom å teste for bivariate korrelasjoner, og gjennom multipel lineær regresjonsanalyse, kontrollert for kjønn, svardato og om respondentene hadde en eller flere gode venner på skolen. Vi undersøkte også interaksjonseffekter mellom kjønn og de uavhengige variablene, med ensomhet og symptomer på angst og depresjon som utfallsmål.

RESULTATER

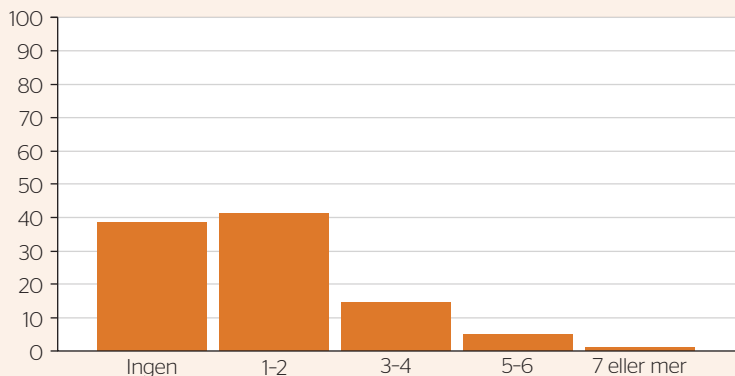
Åpent spørsmål om endring

På det åpne spørsmålet om hva ungdommene opplevde som de største forandringene i hverdagen etter rådet om sosial distanse kom under covid-19-pandemien, beskrev mange ungdommer opplevelser relatert til psykisk helse, ensomhet og sosialt liv. Totalt svarte 672 (97,5 %) på dette spørsmålet. Flere av ung- »

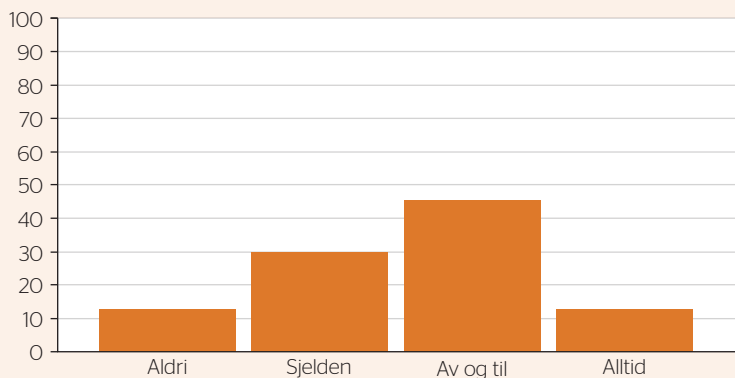
dommene beskrev også temaer som ikke er behandlet i denne artikkelen (eksempelvis skole, trening og økonomiske vansker). Den største kategorien av svar på det åpne spørsmålet, som ble identifisert av tredjeforfatter, omhandler *savn av venner*, og 193 respondenter nevnte dette. Eksempler på slike svar er: «Skole, jeg savner vennene mine på skolen og utenfor. Jeg har ikke møtt noen...» og «Aldri med venner».

En annen kategori som tredjeforfatter identifiserte blant svarene fra ungdommene, er nær beslektet med den forrige, og omhandler *reduisert sosial kontakt, isolasjon og opplevd ensomhet*, og 147 ungdommer skrev om dette. Eksempler på svar i denne kategorien er: «Sitter mye stille og alene på rommet. Lite sosial», «Ekstremt ensomt, og ingenting å gjøre» og «Jeg føler meg mye mer isolert enn før, og føler meg mindre sosial».

En tredje kategori, *aktivitet*, omhandler opplevelsen av en monoton hverdag med reduserte aktiviteter, og det var 179 som rapporterer om dette. Eksempler på svar i denne kategorien er: «Er veldig mye hjemme, går vekk fra gamle rutiner», «Daffe dager» og «Det å gå fra å være borte fra huset nesten hele dagen, til å være der hele tiden».



FIGUR 1 Prosent av ungdom fordelt etter antall ganger de møtte en eller flere venner fysisk.



FIGUR 2 Prosent av ungdom som følte seg ensomme.

En fjerde kategori omhandler *konkrete beskrivelser av depresjons- og angstplager*, her var det 35 ungdommer som beskrev dette. Eksempler på slike beskrivelser er: «Verre depresjon, større ensomhetsfølelse» og «Jeg klarer ikke delta i nettundervisning pga depresjonen».

En femte kategori er knyttet til regulering av *søvn, spising og å strukturere hverdagen*, og 35 ungdommer beskrev slike erfaringer. Eksempler på slike beskrivelser er: «Jeg sover bort mye av dagen fordi jeg synes at det er så lite å gjøre at det blir for kjedelig å våkne», og «Jeg ligger i senga HELE dagen». En siste kategori som tredjeforfatter identifiserte i svarene til ungdommene, omhandler *opplevelser av tomhet og kjedsomhet*, og 18 ungdommer beskrev dette. Eksempler på slike beskrivelser er: «Tomhet av å ikke ha noe å gjøre» og «Kjedsomhet, alenetid, konsentrasjonsvansker, mye tanker om hva som skjer videre».

Deskriptiv statistikk

Hver tredje ungdom (38,3 %) rapporterte å ikke ha hatt noe fysisk samvær med venner siste uken, 41,5 % svarte at de hadde vært sammen med en eller flere venner 1 til 2 ganger den siste uken, mens 20,1 % av ungdommene hadde vært sammen med venner opptil flere ganger (figur 1). Det var liten forskjell mellom jenter og gutter når det gjaldt hvor ofte de hadde møtt venner fysisk den siste uken. Nesten alle ungdommene rapporterte at de hadde en eller flere gode venner på skolen (93,6 %). Det å ha en eller flere gode venner ble tatt med som kontrollvariabel i regresjonsanalysene.

Omtrent halvparten (47,3 %) av ungdommene svarte at de brukte fire timer eller mer på sosiale medier den siste uken, mens bare 2 % svarte 'ingen'. Av de som svarte at de gamet (49,6 %), var det 33,7 % som gamet som oftest eller alltid med venner online.

På spørsmålet «hvor ofte har du følt deg ensom den siste uken?», svarte 12,9 % at de alltid følte seg ensom, mens 45,5 % følte seg ensom av og til, og 41,6 % var aldri eller sjelden ensom (figur 2). Gjennomsnitt og standardavvik for alle studievariablene er presentert for hele utvalget og separat for jenter og gutter i tabell 1. Antall dager siden 13. mars, da skoler og andre sosiale arenaer ble stengt, var 30 dager (SD = 7,4). Jenter var gjennomsnittlig mer ensomme ($p < 0,01$) og rapporterte mer sympto-

TABELL 1 Gjennomsnitt, standardavvik og korrelasjon for studievariablene

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. UCLA Ensomhet-skala	-							
2. Følt seg ensom	0,68**	-						
3. Symptomer på angst og depresjon	0,49**	0,54**	-					
4. Har minst en god venn	0,15**	0,15**	0,13**	-				
5. Fysisk møtt venner	-0,15**	-0,19**	-0,12**	-0,12**	-			
6. Sosiale medier	0,11**	0,17**	0,20**	-0,10*	0,08*	-		
7. Online gaming med venn	-0,09	-0,09*	-0,18**	0,07	0,05	-0,02	-	
8. Svardato (dager etter 13. mars 2020)	0,04	0,01	0,09*	0,06	0,10*	-0,04	-0,05	-
9. Kjønn	-0,12**	-0,13**	-0,22**	-0,01	0,05	-0,20**	0,45**	-0,03
N	689	688	689	687	687	687	483	689
M (SD)	1,51 (0,67)	1,59 (0,87)	2,02 (0,75)	1,06 (0,25)	1,89 (0,90)	2,20 (0,87)	2,55 (1,50)	30,0 (7,4)
M Jenter (SD)	1,50 (0,65)	1,65 (0,85)	2,11 (0,74)	1,06 (0,24)	1,87 (0,88)	2,28 (0,81)	2,14 (1,40)	29,9 (7,4)
M Gutter (SD)	1,36 (0,67)	1,39 (0,89)	1,70 (0,68)	1,06 (0,25)	1,97 (0,95)	1,86 (0,97)	3,63 (1,17)	29,5(7,23)

mer på angst og depresjon enn gutter ($p < 0,01$). Gutter gamet oftere online med venner enn jenter ($p < 0,01$), mens jentene brukte gjennomsnittlig mer tid på sosiale medier enn gutter ($p < 0,01$).

Korrelasjon mellom studievariablene

Tabell 1 viser en signifikant negativ korrelasjon mellom fysisk kontakt med venner og både ensomhet og symptomer på angst og depresjon. Svardato hang positivt sammen med det å ha møtt en venn fysisk og symptomer på angst og depresjon. Korrelasjonsanalysene viste også at mer tid på sosiale medier var signifikant positivt korrelert med ensomhet og symptomer på angst og depresjon. Det var ingen sammenheng mellom hvor ofte ungdommene gamet online med venner, og ensomhet eller symptomer på angst og depresjon. Tilsvarende var det en signifikant korrelasjon for jenter og tid på sosiale medier.

Regresjonsanalyser

Vi foretok en lineær regresjonsanalyse med fysisk samvær med en eller flere venner som prediktor og ensomhet som utfallsmål. Vi kontrollerte for kjønn, svar dato og om de har en eller flere gode venner på skolen der de går. Resultatene viste at manglende fysisk samvær med venner predikerte ensomhet, selv når vi kontrollerte for kjønn, svar dato og det å ha en eller flere gode venner på skolen (tabell 2). Tilsvarende fant vi at mindre fysisk samvær med venner predikerte flere symptomer på angst og depresjon, kontrollert for kjønn, svar dato og tidligere vennskap på skolen.

Vi undersøkte videre om sammenhengen mellom fysisk samvær med venner og ensomhet eller symptomer på angst og depresjon ble moderert av kjønn. Vi fant en signifikant interaksjonseffekt for fysisk samvær med venner og kjønn for ensomhet som utfallsmål ($b = -0,21, p < 0,01$), men ikke for symptomer på angst og depresjon som utfallsmål ($b = -0,03, p = 0,68$).

Vi foretok et nytt sett med lineære regresjonsanalyser med tid brukt på sosiale medier og online gaming med venner som prediktorer for



Vi vet ennå lite om hvorvidt restriksjonene under covid-19-pandemien fører til mer ensomhet blant ungdom



TABELL 2 Lineære regresjonsanalyser for sammenhengen mellom fysisk og digital kontakt med venner og ensomhet og symptomer på angst og depresjon

	Ensomhet					Symptomer på angst og depresjon						
	<i>b</i>	<i>SE</i>	β	95 % KI		<i>p</i>	<i>b</i>	<i>SE</i>	β	95 % KI		<i>p</i>
				<i>LV</i>	<i>HV</i>					<i>LV</i>	<i>HV</i>	
Truffet venner fysisk	-0,10	0,03	-0,13	-0,15	-0,04	<0,001	-0,08	0,03	-0,10	-0,15	-0,02	< 0,01
Tid på sosiale medier	0,08	0,03	0,11	0,03	0,14	<0,01	0,15	0,03	0,18	0,09	0,22	< 0,001
Online gaming med venn	-0,01	0,02	-0,03	-0,06	0,03	0,54	-0,03	-0,04	-0,09	-0,09	0,01	0,08

Notat. Alle estimatene er justert for kjønn, svardato og om de har en eller flere gode venner på skolen der de går.

b = ustandardisert regresjonskoeffisient. β = standardisert koeffisient. KI = Konfidensintervall; LV = laveste verdi; HV = høyeste verdi

symptomer på angst og depresjon og ensomhet (tabell 2). Vi justerte for kjønn, svardato og om de har en eller flere venner på skolen. Som vist i tabell 2, fant vi at mer bruk av sosiale medier predikerte høyere grad av både ensomhet og symptomer på angst og depresjon. Vi fant ingen interaksjonseffekter med sosiale medier og kjønn for verken ensomhet eller symptomer på angst og depresjon som utfallsvariabel. Online gaming med venner predikerte verken ensomhet eller symptomer på angst og depresjon.

DISKUSJON

De strenge sosiale restriksjonene etter 12. mars 2020 innskrenket fysisk sosial kontakt for de fleste i Norge, inkludert ungdom. På spørsmål om hva som var den største forandringen i hverdagen, svarte en stor andel ungdom at de ikke var like aktive, og at de kjedet seg. Mange av ungdommene skrev også at det de merket mest, var at de ikke lenger kunne være sammen med venner, og at de følte seg isolert. For mange ungdommer har de sosiale restriksjonene vært belastende. Noen beskrev en følelse av tomhet og manglende motivasjon til å stå opp. Andre skrev at de tenkte mye på hva som skal skje fremover. En mindre gruppe nevnte mer konkret depressive tanker, eller fokus på psykiske problemer. Mange av disse svarene gjenspeiles også i noen av de kvantitative resultatene, noe vi kommer tilbake til under.

Resultatene viste imidlertid at graden av symptomer på angst og depresjon og ensomhet hos ungdom i denne studien ikke er høy, sammenlignet med funn fra tidligere studier (se for eksempel, Bakken, 2019). Videre indikerer resultatene at ungdom som hadde vært fysisk sammen med venner under covid-19-pandemien, rapporterte færre symptomer på angst og depresjon, og at de var mindre ensomme. Tid på sosiale medier hang imidlertid sammen med flere symptomer på angst og depresjon og ensomhet, mens det var ingen assosiasjon med online gaming med venner.

Mangel på fysisk samvær med venner ser altså ut til å være viktig for ungdoms psykiske helse, og dette samsvarer med tidligere forskning, som har vist at mye tid alene henger sammen med dårlig tilpasning (Rubin, & Coplan, 2004). Det er rimelig å anta at fysisk samvær med venner er viktig for opplevelse av nærhet og intimitet. Dette vil igjen gi en opplevelse av å høre til og vil øke velvære og god psykisk helse, ifølge teoriene til Baumeister og Leary (1995). Disse resultatene må imidlertid også ses i lys av at ungdommenes relasjoner til foreldre og søsken kan ha bidratt med viktig sosial støtte. Våre funn tyder likevel på at fysisk

samvær med venner er viktig for ungdommene. Det er gjerne i samspill med venner at man har mulighet til å få bekreftelse på at man er likt av andre. Fysisk samvær med venner kan blant annet bidra til økt selvfølelse, opplevelse av aksept og følelse av egenverdi (Vitaro et al., 2009). Vi har imidlertid ikke kontrollert for effekten av familierelasjoner i denne studien.

I denne perioden med sosial distansering er det tenkelig at mer tid på sosiale medier eller online gaming med venner kunne bidra til mindre ensomhet og færre symptomer på angst og depresjon, ved at man opprettholdt den sosiale relasjonen med jevnaldrende gjennom digitale plattformer. Vi fant derimot at mer tid på sosiale medier hang sammen med høyere nivå av angst- og depresjonssymptomer og ensomhet. Dette stemmer med funn fra tidligere studier, som også viser at tid på sosiale medier henger sammen med psykiske helseplager (Kelly et al., 2018).

Årsaksforholdet for sammenhengene vi fant, er imidlertid ikke avklart gjennom denne studien. Det er mulig at ensomme ungdommer og de som har psykiske plager, i større grad bruker sosiale medier for å søke bekreftelse. Men det er også mulig at utstrakt bruk av sosiale medier fører til mer ensomhet og plager fordi ungdom som regel blir eksponert for positive selvpresentasjoner av andre i denne typen medier, og disse kan stå i sterk kontrast til hvordan man selv føler seg. En annen mulig forklaring kan være at en vesentlig kvalitet ved å være sammen med venner i fysiske møter inkluderer mellommenneskelige og umiddelbare former for bekreftelse, noe som mangler ved bruk av digital kommunikasjon. Dette stemmer også med at online gaming ikke var signifikant for verken mer eller mindre symptomer på angst og depresjon eller ensomhet. Online gaming kan forstås som et felles prosjekt, der man gir og får respons på hverandres handlinger, sammenliknet med sosiale medier, der det er svakere rammer for opplevelsen av et fellesskap.

Jenter rapporterte flere symptomer på angst og depresjon enn gutter og var oftere ensomme. Dette samsvarer med tidligere forskning som viser at jenter rapporterer flere internaliserende psykiske helseplager enn gutter (Bakken, 2019; Rose, & Rudolph, 2006). Derimot rapporterte gutter om å bruke mer tid med online gaming med venner, og jenter om å bruke mer tid på sosiale medier. Tidligere studier har også funnet at gutter bruker betydelig mer tid på gaming enn jenter (Hygen et al., 2019), og flere jenter bruker tid på sosiale media enn gutter (Bakken, 2019). En mulig forklaring på kjønnsforskjeller i bruksmønstre av digitale medier er at gutter engasjerer seg sterkere i aktiviteter som er konkurranseorienterte (Rose, & Rudolph, 2006), noe som kan trekke gutter mot gaming. Jenter derimot vektlegger samhold og intimitet i sosiale interaksjoner (Rose, & Rudolph, 2006), noe som kan være en av årsakene for jenters utstrakt bruk av sosiale medier.

Styrker og begrensninger

Denne undersøkelsen er, så vidt vi kjenner til, den første studien i Norge som har sett på sammenheng mellom kontakt med venner og både opplevd ensomhet og psykisk helse hos ungdom under covid-19-pandemien. En styrke er at vi samlet data allerede 2-6 uker etter skolestengninger og tiltak for sosial distansering, derfor hadde vi mulighet til å spørre ungdommene om situasjonen deres der og da, og ikke retrospektivt. Vi



Den største kategorien for svar på det åpne spørsmålet omhandler savn av venner





Jenter rapporterte flere symptomer på angst og depresjon enn gutter og var oftere ensomme

har både et åpent spørsmål og kvantitative spørreskjema-data, noe som gir oss muligheten til å få en bedre forståelse av hvordan ungdommene hadde det, siden det gir oss flere metodiske vinklinger. Spørreskjemaet vi utviklet for denne studien, inkluderte etablerte og validerte instrumenter for å måle mental helse og ensomhet. Videre har studien et relativt stort utvalg.

Det er imidlertid vanskelig å si noe om representativiteten til utvalget i studien, da det er selvselektert. Dette kan ha ført til den påfallende større andelen jenter enn gutter i utvalget. Forekomst av symptomer på angst og depresjon og ensomhet kan også være skjevfordelt ved selvselekterte studier og vanskelig å generalisere til hele populasjonen av ungdom. Videre viser analysene små statistiske sammenhenger, og det kan være andre forhold som kan forklare både ensomhet og angst og depresjon hos deltakerne, som vi ikke har kontrollert for. For eksempel målte vi ikke i hvilken grad hjemmeforhold og relasjoner med søsken og foreldre kan ha påvirket ungdommen og svarene de oppga. Vi har benyttet tverrsnittsdata og kan derfor ikke si noe om årsaksforhold.

En videre begrensning er at analysen av besvarelsene på det åpne spørsmålet er begrenset til å telle opp besvarelser som passet inn under ulike kategorier innen hovedområdene psykisk helse, ensomhet og sosialt liv, og at identifiseringen av de seks ulike kategoriene ble gjort av kun en av forfatterne av artikkelen og ikke av flere personer uavhengig av hverandre. Dette kan ha medført til en selektiv tolkning av ungdommenes besvarelser. For eksempel kan det tenkes at enkelte tvetydige svar kunne ha blitt kategorisert annerledes, dersom flere deltok i tolkningsarbeidet.

Implikasjoner for videre forskning

Sosial distanseringstiltakene for å hindre smitte etter 12. mars rammet ungdom på videregående skole i en lengre periode enn mange andre grupper. Vi viser her at det fysiske samværet henger sammen med færre symptomer i en periode som har vært vanskelig og med strenge sosiale restriksjoner. Videre forskning bør undersøke stabilitet og endringer i psykisk helse og fysisk kontakt med venner. På den måten kan man undersøke om de sosiale restriksjonene under covid-19-pandemien har langtidseffekter på psykisk helse hos ungdommene, eller om disse sosiale restriksjonene kun har en kortvarig sammenheng. Det vil også være sentralt å få kunnskap om hvordan familieforhold kan kompensere for manglende samvær med venner.

KONKLUSJON

Funnene fra denne studien viser at fysisk kontakt med venner ser ut til å ha betydning for ungdommenes opplevelse av ensomhet og psykiske helseproblemer. I forebygging av psykiske helseplager kan pedagoger og helsepersonalet legge til rette for at ungdom har sosiale areaer der de kan treffes, og samtidig redusere tid på sosiale medier.

Arbeidet med studien ble støttet av prosjektmidler fra Norges forskningsråd (prosjekt 288083).



REFERANSER

- Bakken, A. (2019). Nasjonale resultater 2019, NOVA Rapport 9/19. Oslo: NOVA, OsloMet.
- Baumeister, R.F., & Leary, M.R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, *117*, 497–529. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
- Bukowski, W.M., Newcomb, A.F., & Hartup, W.W. (red.) (1996). *Cambridge studies in social and emotional development. The company they keep: Friendship in childhood and adolescence*. Cambridge University Press.
- Ebrahimi, O.V., Hoffart, A., & Johnson, S.U. (9. mai 2020). The mental health impact of non-pharmacological interventions aimed at impeding viral transmission during the COVID-19 pandemic in a general adult population and the factors associated with adherence to these mitigation strategies. <https://doi.org/10.31234/osf.io/kjzsp>
- Hartup, W.W. & Moore, S.G. (1990). Early peer relations: developmental significance and prognostic implications. *Early Child Research Quarterly*, *5*(1), 1–17. doi:10.1016/0885-2006(90)90002
- Hygen, B.W., Belsky, J., Stenseng, F., Skalikka, V., Kvannd, M.N., Zahl-Thandem, T., & Wichstrøm, L. (2019). Time Spent Gaming and Social Competence in Children: Reciprocal Effects Across Childhood. *Child Development* *91*:861–875. <https://doi.org/10.1111/cdev.13243>
- Kelly, Y., Zilanawala, A., Booker, C. & Sacker, A. (2018). Social media use and adolescent mental health: Findings from the UK Millenium Cohort Study. *EClinicalMedicine*, *6*, 59–68. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.12.005>
- Lee, J. (2020). Mental health effects of school closures during COVID-19. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, *S2352-4642(2320)30109-30107*. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7)
- Luhmann, M., Hawkey L.C. (2016). Age differences in loneliness from late adolescence to oldest old age. *Developmental Psychology*, *52*, 943–959. <https://doi.org/10.1037/dev0000117>.
- Masten, A.S. (2014). *Ordinary Magic. Resilience in Development*. The Guildford Press, NY.
- Rose, A.J., & Rudolph, K. D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: Potential trade-offs for the emotional and behavioural development of girls and boys. *Psychological Bulletin*, *132*, 98–131. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.1.98>
- Rubin, K.H., & Coplan, R.J. (2004). Paying attention to and not neglecting social withdrawal and social isolation. *Merrill-Palmer Quarterly*, *50*, 506–534. <https://doi.org/110.1353/mpq.2004.0036>
- Russel, D.W. (1996). UCLA loneness scale (v3): Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment*, *66*, 20–40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Tambs, K., & Moum, T. (1993). How well can a few questionnaire items indicate anxiety and depression? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *87*(5):364–367. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1993.tb03388.x>
- Tambs, K., & Roysamb, E. (2014). Selection of questions to short-form versions of original psychometric instruments in MoBa. *Norsk Epidemiologi*, *24*(1–2):195–201. <https://doi.org/10.5324/nje.v24i1-2.1822>
- von Soest, T., Bakken, A., Pedersen, W., & Sletten, M.A. (2020). Livstillfredshet blant ungdom før og under covid-19-pandemien. *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.0437>
- Vitaro, F., Boivin, M., & Bukowski, W.M. (2009). *The role of friendship in child and adolescent psychosocial development*. I K. H. Rubin, W.M. Bukowski, & B. Laursen (red.), *Social, emotional, and personality development in context. Handbook of peer interactions, relationships, and groups* (s. 568–585). The Guilford Press.
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Erskine, H.E., Chalson, F.J. Norman, R.E., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J.L., & Vod, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the global burden of disease study 2010. *The Lancet*, *382*, 1575–1586. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)

FØRSTEAMAUENSIS Mona Bekkhus fant lavere nivå av symptomer på angst og depresjon blant ungdommer som hadde vært sammen med venner fysisk.



Betaler for isolasjonen med ensomhet

Hvis ungdom må isolere seg på nytt som følge av oppblomstring av koronasmitte, bør det legges bedre til rette for at de kan ha fysisk kontakt med venner.

TEKST

Per Halvorsen

FOTO

Nora Skjerdingsstad

Slik lyder rådet fra førsteamanuensis ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, Mona Bekkhus.

Da covid-19-restriksjonene slo inn i midten av mars, ble skoler og fritidsaktiviteter stengt. Kort tid etter var Bekkhus og hennes kolleger på banen med en spørreundersøkelse for å utforske hvordan elever i videregående skole taklet den sosiale distan-

seringen: Hva opplevde de som den største forandringen i hverdagen de to til seks ukene etter at de ikke lenger kunne ha fysisk kontakt med hverandre?

Ikke overraskende var nettopp savn av venner og opplevelse av ensomhet en framtrekkende tilbakemelding fra de til sammen 689 respondentene (cirka 80 prosent jenter, 20 prosent gutter). Det fremgår av den vitenskapelige

artikkelen «Psykisk helse hos ungdommer under covid-19. Om ensomhet, venner og sosiale medier», som er publisert i denne utgaven av Psykologtidsskriftet.

MÅ LEGGE TIL RETTE

Cirka 15 prosent svarte at de alltid følte seg ensomme, 45 prosent at de følte seg ensomme av og til, og drøye 40 prosent at de aldri eller sjelden følte seg ensomme.

– *Er disse funnene såpass urovekkende at det er grunn til å advare mot en ny isolasjonsperiode hvis behovet skulle oppstå på nytt?*

– Nei, men vi mener likevel at det ved en eventuell ny nedstengning bør legges mer til rette enn sist for at unge mennesker skal ha fysisk kontakt med venner. Ungdomsskoler og fritidstilbud var noe av det som åpnet seinest. Ungdom var altså blant dem som ble rammet lengst av restriksjonene. Det er ikke sikkert at digitale plattformer som sosiale medier kan kompensere for fysisk samvær med venner, sier Bekkhus.

Bekkhus viser til tidligere forskning som dokumenterer at det å ha minst én betydningsfull venn er viktig for hvordan det går med deg senere i livet.

TRENGER FYSISKE MØTER

– Barn og unge som mangler en god venn, har økt risiko for psykiske helsetrekk og skjevutvikling. Kanskje er det slik for noen at det er noe ved et fysisk møte som er viktigere enn vi tidligere har vært klar over. At man får annen type samspill når man er sammen fysisk i et rom, enn når man er sammen digitalt, sier hun.

– *Hva er det viktigste vi kan bruke funnene til?*

– I vår undersøkelse fant vi at ungdommene som hadde vært sammen med venner fysisk, hadde lavere nivå av symptomer på angst og depresjon og i mindre grad opplevde å være ensomme. Det må myndigheten ta hensyn til, og det bør foreldre og lærere være oppmerksomme på dersom myndighetene igjen stenger skoler og fritidstilbud, sier Bekkhus.

– *Hva vil du si er eventuelle begrensninger ved denne undersøkelsen?*

– Det er vanskelig å generalisere våre funn til ungdom generelt, fordi studien er selvselektert. For eksempel var det en betydelig stor andel jenter som svarte fremfor gutter. Vi har også benyttet tverrsnittsdata og kan derfor ikke si noe om årsaksforhold, sier Bekkhus.

GJØR SOM DE BLIR FORTALT

Undersøkelsen tyder på at norske ungdommer under krisen i stor utstrekning har gjort som de er blitt fortalt; at mange har vært lojale overfor myndighetenes krav om isolasjon da koronarestriksjonene ble innført. Nærmere 40 prosent oppgir at de ikke møtte venner fysisk i det hele tatt i perioden de rapporterte fra. En noe høyere andel hadde møtt 1–2 venner.

Deltakerne i undersøkelsen ble rekruttert blant annet gjennom sosiale medier og annonsering i Vestfold og Telemark-området. De besvarte et elektronisk spørreskjema, og de ble invitert til å besvare det fire ganger i løpet av isolasjonsperioden. Dataene som nå presenteres, er hentet fra først spørsmålsrunde. I løpet av høsten håper forskerne å undersøke om de sosiale restriksjonene eventuelt har langtidseffekter på ungdommenes psykiske helse. ✖



Ved en eventuell ny nedstengning bør det legges mer til rette enn sist for at unge mennesker kan ha fysisk kontakt med venner



..OG HER ER
VERKTØYENE VI
SKAL BENYTTJE
OSS AV...

Virksomme elementer

Vi trenger å vite mer om hvilke elementer i en behandling som er virksomme. Først da kan terapien tilpasses den enkelte klients behov på en effektiv måte.

INorge og internasjonalt har det de siste tretti årene vært en økning i forskning på manualbaserte program- og tiltakspakker rettet mot å forebygge og behandle psykiske vansker og lidelser hos barn og unge. Selv om enkeltstudier viser at noen slike programmer har god effekt, tyder oppsummert forskning på at tiltakene kun har lave til moderate positive effekter (Weisz et al., 2017). Det betyr at de ikke hjelper så mange som vi kunne ønske. Det ser heller ikke ut til at effektene har økt med tiden. Hvorfor viser ikke programmene bedre effekt?

En mulig årsak kan være at man hovedsakelig har utviklet og evaluert *hele* programpakker, og i begrenset grad har vært opptatt av effekten av enkeltelementene i tiltakene eller behandlingene. Vi vet for eksempel at foreldretrening har positiv effekt på barns atferdsvansker (Leijten et al., 2019), men vi vet mye mindre om *hva* det er ved foreldretreningsprogrammene som fører til denne endringen hos barna. Vi vet heller ikke om effekten er avhengig av om programmene gis som en komplett pakke, om rekkefølgen av elementer kan endres, eller om enkelte deler kan tas ut uten at effekten reduseres. Hvis klinikere plukker de bestanddelene de antar er mest nyttige i et behandlingsprogram, risikerer de faktisk å helle barnet ut med badevannet – å ta vekk det som virker.

Med mål om å utvikle mer effektiv behandling har flere fremtredende fagfolk i de senere årene tatt interesse for hvilke *elementer* i programmer som er virksomme i forebygging og behandling (Collins & Kugler, 2018; Leijten et al., 2019). Med elementer menes spesifikke handlinger, prosedyrer og aktiviteter terapeuten og klienten gjennomfører som en del av et tiltak eller program (Engell, Kirkøen, Hammerstrøm, Kornør, Ludvigsen & Hagen, 2020). Et eksempel på et element er eksponering i behandling av angst. I utviklingen av tiltak kan kunnskap om elementer gjøre oss i stand til å ta vekk «overflødige» elementer og ved behov legge til «manglende» elementer. Å slanke tiltakene kan også øke deres implementerbarhet, ved at de blir mer kompakte og dermed enklere å lære og gjennomføre. »

TEKST John Kjøbli¹, Thomas Engell², Truls Tømmerås², Kristian Rognstad², Karianne Thune Hammerstrøm² og Arild Bjørndal²

KONTAKT john.kjobli@b-up.no

ILLUSTRASJON Andrea Ferkingstad

INTERESSEKONFLIKTER

John Kjøbli har tidligere ledet evalueringen av «Modular Approach to Therapy for Children» (MATCH) i Norge og har vært medforfatter på bokkapitlet om MATCH (Laland et al., 2017). Kjøbli har ingen finansielle interesser i MATCH.

Thomas Engell arbeider med evalueringen av «Kunnskapsoverføring i Barnevernet» og er førsteforfatter på artiklene som omhandler «Forsterket skolestøtte» (Engell et al., 2018) og felleselementer i skolestøttetiltak (Engell et al., 2020). Engell har ingen finansielle interesser i «Forsterket skolestøtte».

Karianne Thune Hammerstrøm har vært medforfatter på en artikkel som omhandler felleselementer i skolestøttetiltak (Engell et al., 2020). Thune Hammerstrøm har ingen finansielle interesser i «Forsterket skolestøtte».

-
1. Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP)
 2. Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU)

I tillegg kan klinikerne potensielt utnytte dem på en mer fleksibel måte. I dette bidraget presenterer vi forskning og programmer basert på virksomme elementer, og argumenterer for at denne kunnskapen kan hjelpe klinikere til å gi bedre hjelp til barn og unge med psykiske plager. Idéen om elementer er ikke begrenset til en bestemt kontekst eller aldersgruppe.

FELLESELEMENTER

Noen elementer går igjen i behandlingen av en rekke problemer og lidelser, mens andre elementer er mer spesifikke. For eksempel vil psykoedukasjon kunne ha en plass i ulike tiltak rettet mot flere lidelser, mens grensesetting gjerne inngår i behandlingsformer rettet mot atferdsvansker, og sjeldnere i tiltak for å redusere depresjon eller angst. *Felleselementer* er altså de elementene man finner igjen på tvers av ulike behandlinger og tiltak for en målgruppe (Engell et al., 2020). For eksempel vil foreldretrening for å redusere atferdsvansker hos barn ofte inneholde både felleselementene psykoedukasjon og grensesetting. Felleselementer må ikke forveksles med fellesfaktorer, som viser til forhold som er felles på tvers av ulike teoretiske retninger og terapier, og som blant annet omfatter den terapeutiske relasjonen og klientens forventninger til behandlingen (Mulder, Murray & Rucklidge, 2017; Wampold, 2015).

FORSKNING PÅ ELEMENTER

Vi kan finne og undersøke virksomme elementer på flere måter: (1) Vi kan identifisere og vurdere felleselementer i forskningslitteraturen og praksisfeltet. For eksempel kan vi ved bruk av systematiske litteraturgjennomganger avdekke antatt effektive elementer, for deretter å la praktikere rangere elementenes relevans og viktighet gjennom spørreundersøkelser. (2) Vi kan teste ut elementer empirisk, noe som blant annet innebærer å undersøke hvorvidt et element er avhengig av andre elementer for å gi ønsket effekt. For å empirisk teste elementer bør vi bruke egnede forskningsdesign, som faktorielle design, mikrostudier¹

.....

1. Mikrostudier er randomiserte eksperimenter der man evaluerer effekten av elementer fremfor hele programmer, gjerne ved at deltakere blir tilfeldig trukket ut til å motta et element eller ikke i løpet av et behandlingsforløp.

(Howe, Beach & Brody, 2010) og eksperimentelle tidsseriedesign. I eksperimentelle tidsseriedesign følger forskerne opp deltakerne tett ved å samle inn data på mange tidspunkter. Tiltakretningen muliggjør en detaljert evaluering av elementene og endringsmekanismene i et tiltak ut fra hvordan enkeltindividene utvikler seg over tid. Slike design kan være et robust alternativ til randomiserte kontrollerte studier (Kazdin, 2019).

FRA FORSKNING TIL PRAKSIS

Kunnskap om felleselementer kan brukes til å utvikle nye tiltak. Slike tiltak kan være mer fleksible enn de klassiske programmene. Der programmene ofte begrenses av å følge en bestemt sekvens og struktur, kan praktikere som jobber med elementer, selv gjøre vurderinger av hvordan man skal ta i bruk og skreddersy behandlingsforløp for å møte den enkelte klients behov. Elementbaserte tiltak kan på den måten være mer egnet for sammensatte problemer hos barn og unge. Til forskjell fra de klassiske programmene ligner en fleksibel bruk av felleselementer mer på hvordan praktikere jobber til vanlig, der behandlingen i stor grad tilpasses pasienten. Forskjellen er imidlertid at tiltak basert på forskning om felleselementer kan øke sjansene for at klinikere velger *virksomme* elementer i møtet med klienten. Selv om kunnskapsgrunnlaget er begrenset, er det allerede gjort forskning på enkelte elementer som har vist seg virksomme, for eksempel felleselementet eksponering i angstbehandling (Arch & Craske, 2009).

I hvilken grad elementene skal brukes i en viss rekkefølge eller i bestemte mengder og lengder, vil kunne variere ut fra individuelle behov og symptomenes alvorlighetsgrad. Eksempelvis kan det tenkes at noen problemområder krever større grad av struktur enn andre. Nedenfor gir vi tre eksempler på hvordan tiltak kan utvikles på basis av felleselementer.

MATCH

Et eksempel på en behandling som bygger på felleselementer, er «Modular Approach to Therapy for Children» (MATCH; Laland, Fuglesang & Kjøbli, 2017). MATCH er et transdiagnostisk program for barn og unge, der felleselementer fra behandling av angst, depresjon, traumer og atferdsvansker er satt sammen til én behand-

ling. På den måten gjør MATCH det mulig for klinikerer å tilby en bred meny av felleselementer for flere problemer innenfor et behandlingsforløp. Flytskjemaer, grafiske framstillinger av behandlingsprosessen, brukes i behandlingsplanleggingen og til å gjøre tilpasninger underveis i behandlingen basert på informasjon om barnets fungering underveis i forløpet. Flytskjemaene angir både hvilke elementer MATCH består av, og i hvilken rekkefølge det anbefales at man jobber med elementene. Dessuten skisserer flytskjemaene når det kan være fornuftig å avvike fra behandlingen, og hvilke elementer som kan være egnet til å håndtere hindringer som oppstår underveis i behandlingen. Eksempel: En engstelig jente på 12 år gjør ikke hjemmeoppgavene hun får i behandlingen, fordi hun er lite motivert. Flytskjemaet for behandling av angst angir at man så snart som mulig etter psykoedukasjon og utarbeiding av fryktstige eller angsthierarki (der angstfremmende situasjoner rangeres) skal gå i gang med eksponering. Siden terapeuten opplever jenta som umotivert, avviker han fra denne planen og tar i bruk elementet belønning, som egentlig skal brukes for atferdsvansker, for på den måten å øke motivasjonen for å gå i gang med eksponeringstrening.

CETA

Tiltaket «Common-Elements Treatment Approach» (CETA) retter seg mot en rekke problemer som angst, depresjon, traumer og rusproblemer hos ungdom i flyktningleirer (Murray et al., 2018). Programmet bygger på en systematisk litteraturgjennomgang for å identifisere elementer som inngår i de ovennevnte problemområdene. Basert på felleselementene, som psykoedukasjon og avspenningsøvelser, har forskerne utviklet en intervensjon som kan gis fleksibelt ved å tilpasse de viktigste elementene til ungdommenes behov. Intervensjonen har blitt testet i flere studier og med lovende resultater (se Murray et al., 2018).

KOBA - Forsterket skolestøtte

I studien «Kunnskapsoverføring i barnevernet» (KOBA; Engell, Follestad, Andersen & Hagen, 2018) danner felleselementer grunnlaget for å hjelpe barn og familier i barnevernet med å mestre skolen og forebygge skolefravall. Denne studien identifiserte felleselementene i virksomme skolestøttetiltak, hva som sannsynligvis kreves for at elementene skal virke, og hvilke kombinasjoner av elementer som ser ut til å fungere best (Engell et al., 2020). Felleselementene inkluderte blant annet veiledning i leksehjelp til foreldre, foreldreinvolvering i barnas skolehverdag og bruk av ros og oppmuntring. Elementene og kombinasjonene har så blitt skreddersydd til barneverntjenester gjennom et samarbeid med barnevernansatte, skolepersonell, foreldre og ungdom med erfaring fra barnevernet. Resultatet ble «Forsterket skolestøtte», et fleksibelt tiltak basert på felleselementer for barnevernansatte. Tiltaket kan gjennomføres som et eget strukturert tiltak, eller man kan integrere elementene i annen veiledning og hjelp til familiene.

I den pågående studien samles det inn data om hvordan elementene brukes og fungerer, hvilke tilpasninger praktikere gjør, hvordan elementet forstås og oppleves av barn og foreldre, og utfordringer knyttet til gjennomføring. Dette gjør forskerne i stand til å undersøke hvor implementerbare elementene er, og hvordan hvert element og eventuelle tilpasninger er assosiert med utfall, med andre ord faktisk nytteverdi. En naturlig forlengelse vil være å velge ut elementene som både



Tiltak basert på forskning om felleselementer kan øke sjansene for at klinikere velger *virksomme* elementer i møtet med klienten





Felles-
elementer
kan, som
vi har vist,
være egnet
til å fornye
og gjøre
behandling
mer effektiv

skårer høyt på implementerbarhet og nytteverdi, for videre forskning og implementering i praksis.

VEIEN VIDERE

Fremover vil det bli viktig å fortsette å identifisere elementer på tvers av studier fra flere områder, der også mindre utprøvde eller ikke-evaluerte elementer kan fanges opp. Fagmiljøer kan legge slike klassifiseringer og identifiseringer inn i databaser, der de kan vurdere kunnskapsgrunnlaget for hvert identifisert element. På denne måten kan vi avklare i hvilke settinger elementene er virksomme: i behandling eller i forebygging, alene, eller sammen med andre elementer? Et slikt kunnskapsgrunnlag vil være nyttig for å avdekke kunnskapshull og vise vei for hva vi bør forske på.

Felleselementer kan, som vi har vist, være egnet til å fornye og gjøre behandling mer effektiv. I tillegg kan felleselementene berede grunnen for nett- og opplæringsressurser med oversikter over virksomme elementer for ulike problemområder, samt betingelser som må være til stede for at man skal kunne forvente bedring hos klienten. Med slike ressurser kan praktikere lett få tilgang til hvilke elementer de bør bruke for barn med ulike problemer i ulike kontekster. En annen mulighet er å vektlegge elementer i fagutdanninger, slik at kunnskap om virksomme elementer i større grad blir en del av kompetansen blant fagpersonene som skal hjelpe sårbare barn. Kort oppsummert: Ved å flytte kunnskapsnivået fra program- til elementnivå har vi en mulighet til å bygge bro mellom forskning og praksis, slik at flere barn og unge kan få effektiv hjelp. ✕

REFERANSELISTE

- Arch, J.J., & Craske, M.G. (2009). First-line treatment: A critical appraisal of cognitive behavioral therapy developments and alternatives. *Psychiatric Clinics*, 32(3), 525–547. doi:10.1016/j.psc.2009.05.001
- Collins, L.M. (2018). *Optimization of behavioral, biobehavioral, and biomedical interventions: the multiphase optimization strategy (MOST)*. Springer International Publishing. doi:10.1007/978-3-319-72206-1
- Engell, T., Follestad, I.B., Andersen, A. & Hagen, K.A. (2018). Knowledge translation in child welfare – improving educational outcomes for children at risk: study protocol for a hybrid randomized controlled pragmatic trial. *Trials*, 19(1), 714. doi:10.1186/ISRCTN38968073.
- Engell, T., Kirkøen, B., Hammerstrøm, K.T., Kornør, H., Ludvigsen, K.H. & Hagen, K.A. (2020). Common elements of practice, process and implementation in out-of-school-time academic interventions for at-risk children: a systematic review. *Prevention Science*, 21(4), 545–556. doi: 10.1007/s11121-020-01091-w
- Howe, G.W., Beach, S.R. & Brody, G.H. (2010). Microtrial methods for translating gene-environment dynamics into preventive interventions. *Prevention Science*, 11(4), 343–354. doi:10.1007/s11121-010-0177-2
- Kazdin, A.E. (2019). Single-case experimental designs. Evaluating interventions in research and clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 117, 3–17. doi:10.1016/j.brat.2018.11.015
- Laland, H., Fuglesang, S., Kjøbli, J. (2017). MATCH – Modulbasert behandling for barn og unge med angst, depresjon, traumatisk stress og atferdsproblemer. I J. Kjøbli, Eng, H., Ertesvåg, S.K., & Frønes, I. (red.), *Å mestre det vanskelige. Individrettede intervensjoner for barn og unge*. Gyldendal Akademisk.
- Leijten, P., Gardner, F., Melendez-Torres, G.J., van Aar, J., Hutchings, J., Schulz, S., ... & Overbeek, G. (2019). Meta-analyses: Key parenting program components for disruptive child behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(2), 180–190. doi:10.1016/j.jaac.2018.07.900
- Mulder, R., Murray, G. & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: Opening the black box. *The lancet psychiatry*, 4(12), 953–962. doi:10.1016/S2215-0366(17)30100-1
- Murray, L.K., Hall, B.J., Dorsey, S., Ugueto, A.M., Puffer, E.S., Sim, A., ... & Harrison, J. (2018). An evaluation of a common elements treatment approach for youth in Somali refugee camps. *Global Mental Health*, 5(e16). doi:10.1017/gmh.2018.7
- Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270–277. doi:10.1002/wps.20238
- Weisz, J.R., Kuppens, S., Ng, M.Y., Eckshtain, D., Ugueto, A.M., Vaughn-Coaxum, R., ... Fordwood, S.R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72(2), 79–117. doi:10.1037/a0040360

Fra arkivet: 2006

Ikke norsk

Jeg har studert psykologi både i hjemlandet, Iran, og i vertslandet Norge. Den første faglige tilbakemeldingen jeg fikk på min første semestereksamen, var at jeg måtte slutte å studere på grunn av for dårlige norskkunnskaper. (...)

Språk er kanskje det viktigste kommunikasjonsverktøy i psykoterapien. Språk er en varig utviklingsprosess, med mange lag, og utallige nyanser som er synlige på tvers av dialekter, generasjoner, samfunnslag og subkulturer. Norsk er et fremmedspråk for meg. For eksempel hadde de eldre klientene jeg møtte, et annet vokabular enn den yngre generasjonen som jeg hadde lært språket av. En annen utfordring var denne generasjonens kulturelle verdier, referanser og koder. (...)

Min kulturelle bakgrunn kom meg også til gode i forhold til eldre pasienter. I min opprinnelige kultur hadde man et annet syn på eldre enn i den vestlige verden. Man respekterte dem på grunn av deres livserfaringer og visdom og så ikke på deres kunnskaper som gammeldagse og ubrukelige. Eldre ble ansett som nyttige samfunnsmedlemmer. Slike holdninger var tidlig internalisert i meg og var synlig til stede, særlig i kroppsspråket mitt, fikk jeg tilbakemeldinger om fra mine eldre pasienter. (...)

Jeg har senere jobbet både på en poliklinikk i psykisk helsevern og i kommunehelsetjenesten. Det har vært meget sjelden å møte pasienter som åpent har uttrykt å ikke ville ha meg som terapeut. Men det har vært interessante møter med skeptiske pasienter, også enkelte ganger personlig sårende. (...)

En pasient som ble fulgt opp av poliklinikken i flere år, måtte komme til meg fordi hans behandler hadde sluttet hos oss. Pasienten fikk time hos meg. Han kom til resepsjonen og spurte om mitt kjønn og min kulturelle bakgrunn. Han fikk vite at jeg var mann og opprinnelig iransk. Jeg hørte hyl, skrik og diskusjon fra resepsjonen. Pasienten ville ikke gå til en fremmed, mannlig psykolog, «ikke hos en iransk psykolog, i hvert fall». Jeg gikk ut til ham i resepsjonen og ba ham meget høytidelig og respektfullt å bli med meg til kontoret mitt. (...) Vi fant fort tonen sammen. (...) Det viste seg at bakgrunnen for hans reaksjon var at han hadde opplevd seg som uønsket hos oss. Hans første behandler hadde vært en erfaren og kjent psykiater, den neste var en fersk psykiater, deretter en assistentlege og til slutt en psykolog med et rart navn og «uakseptabel» bakgrunn. (...)

I noen tilfeller har jeg ikke klart å overvinne pasientenes skepsis. Nylig fikk jeg henvist en pasient med palestinsk bakgrunn. Hun hadde sagt til min kollega at hun ikke kunne ha en iransk behandler, fordi iranere hater arabere og ara-

berne hater dem. Hun var dessuten så uheldig at hennes fastlege var iransk! Min kollega prøvde å overbevise henne om min sympati for palestinerne, og hun gikk til slutt med på å møte meg. Vi gikk hjem til henne, men hun åpnet ikke døren for oss likevel. Hun skiftet sin fastlege også. (...)

Jeg har opplevd forandringer både i holdninger og språket hos nordmenn når det gjelder immigranter. Det har skjedd en utvikling i ordbruken som gjenspeiler seg både i media, hos privatpersoner og i den offentlige språkbruk. (...)

På en av mine tidlige arbeidsplasser (...) ble jeg betraktet som «eksotisk» og hørte bestandig til «de»-kategorien. Det tok tid før jeg klart ble oppfattet som et individ og en fagperson. De typiske spørsmålene om jeg spiste svinekjøtt, drakk «alkohol» og hadde sett snø før, tok imidlertid aldri slutt. (...)

Jeg har ikke selv vært direkte utsatt for åpen rasisme, fremmedfrykt eller fordommer fra mine medarbeidere. Det har imidlertid vært unngåelig å registrere en subtil eller moderne rasisme gjenspeilet i hverdagspråket hos kollegaer: «Jeg har ikke fremmedfrykt, men...», eller «Jeg vil ikke ekskludere dem, men ...» Det har også dukket opp mer primitive utsagn i pauser, ved lønningspils eller på julebord.

Hverdagslige kontakter, samarbeid og samhandling har påvirket holdningene til mine kollegaer overfor meg. (...) Jeg har blitt mer et individ og ikke en kategori. Jeg kan noen ganger høre den typiske setningen «men du er ikke som de andre utlendingene!» – Men jeg er det!

Fra Manouchehr Darakhshanfars «Psykolog med en ikke-norsk etnisk bakgrunn», publisert desember 2006

En blindgate

Norsk psykiatri er på ville veier med en kontekstuell modell som ønsker å erstatte diagnoser, årsaksforklaringer, evidens og ekspertise med problembehandling.

TEKST

Alv A. Dahl, psykiater,
Ressursklinikken AS,
Lillestrøm

KONTAKT a.a.dahl@
medisin.uio.no

I DE SENERE ÅR er den kontekstuelle modellen for psykiatri blitt presentert av psykologer og psykiatere. Modellen hevdes å være mer pasientvennlig og ha bedre behandlingsresultater enn den etablerte biopsykososiale modellen. En samlet fremstilling av det kontekstuelle standpunktet finner vi i boka til psykiater Trond F. Aarre (Aarre, 2018). I psykologtidsskriftet anmeldes den slik:

Men selv om Aarre altså tidvis blir i overkant polariserende, oppfordrer han oss – godt begrunnet – til å tenke nytt om arbeidet vårt. *En mindre medisinsk psykiatri* er derfor et helt sentralt innlegg i en debatt der det trengs flere uredde fagstemmer som Aarres (Lunde, 2018).

Jeg vurderer boka helt annerledes og skal begrunne det i seks punkter.

EN STRÅMANN

Kontekstualistene påstår at den «medisinske modellen» er uegnet for å forstå og hjelpe folk med psykiske problemer. Aarre sier det slik: «Valget står, etter mitt syn, mellom å fastholde den medisinske modellen for psykiske lidelser og rusproblemer, eller å gå i motsatt retning og forfekte et kontekstuellt perspektiv med større interesse for levekår og hvilke liv folk har levd» (Aarre, s. 22). Modellen som kontekstualistene kaller «medisinsk», kalles vanligvis «biomedisinsk». Den forklarer sykdom som avvik i mål-

bare somatiske funksjoner og omfatter ikke psykologiske og sosiale forhold (Engel, 1977). Modellen er bare aktuell for den lille kurative delen av medisinen. Derfor er den «medisinske modellen» for lengst erstattet av *den biopsykososiale modellen*. For at kontekstualistenes modell skal få monopol på psykologiske og sosiale forhold, fortier de dette faktum. Psykolog Gert Henrik Vedelers (2016) briljante slakting av den «medisinske» modellen er således rettet mot en stråmann. Somatikk og psykiatri har den biopsykososiale modellen felles. Den ivaretar både somatiske, psykologiske og sosiale forhold.

PSYKOPATOLOGI FINNES IKKE

Ifølge kontekstualistene har ikke pasientene psykiske symptomer, men problemer.

Den andre fortellingen, den kontekstuelle, er mindre opptatt av de konkrete plagene folk har og mer opptatt av sammenhengen de oppstår i. Folk kan utvikle mange forskjellige problemer når de blir traumatisert eller lever under vanskelig kår. Vi bør forstå plagene som i bunn grunn normale og rimelige reaksjoner på det de har opplevd, ikke som symptomer på noen underliggende psykisk forstyrrelse. Siden reaksjonene er normale, er det ikke plagene i seg selv vi bør være mest opptatt av, men de omstendighetene som førte til at de oppsto eller som nå opprettholder dem. Det er ikke



BLINDVEI

Kontekstualistene angriper «den medisinske modellen» og tar avstand fra evidens og ekspertise. Psykiatrien har beveget seg inn i en blindgate, mener artikkelforfatteren. Foto: Plainpicture / Peter Franck

snakk om å helbrede et individ for plager som kommer innenfra, men å gjøre det i stand til å leve et godt liv til tross for vanskene det har eller har hatt (Aarre, s. 22–23).

Kontekstualistene avviser *beskrivende psykopatologi*, som er «den presise beskrivelsen, klassifiseringen, og definisjonen av unormale psykiske erfaringer fortalt av pasienten eller observert ved hans atferd» (Oyebode, 2018). Psykopatologi finnes ikke ifølge kontekstualistene, bare normale reaksjoner på ytre påkjenninger. Den sentrale utfordringen her er at helsetjenesten arbeider med somatisk og psykisk patologi. Om det ikke foreligger patologi, trengs heller ikke helsetjenesten. Normalreaksjoner håndteres av personen selv, eventuelt med bistand fra familie, nettverk eller empatiske godfolk.

Stress-sårbarhet-tenkningen er en integrert del av den biopsykososiale modellen. Sårbarheten kan være av genetisk, biologisk, psykologisk og/eller sosial natur. Den kontekstuelle modellen avviser individuell sårbarhet. Alt handler om ytre påkjenninger og normale reaksjoner uten noen mellomliggende sårbarhet. Ubevisste konflikter, utviklingssvikt, tilknytningsvansker, feilaktig læring og negative automatiske tanker er irrelevante for kontekstualistene.

IKKE DIAGNOSER, MEN PROBLEMER

Mange psykologer er kritiske til bruken av psykiatriske diagnoser (Torgalsbøen & Vaskinn, 2014). Kritikken har både filosofisk og praktisk karakter (Dahl & Løvlie, 2018). Psykolog Birgit Valla, tidligere leder av Stangehjelpa, hevder: »



Psykopatologi finnes ikke ifølge kontekstualistene

Psykisk helsefeltet handler ut ifra en forståelse om at jorda er flat, altså ut fra et paradigme som ikke stemmer med virkeligheten. Psykiske problemer forstås som sykdommer, navngitt ved hjelp av diagnoser. Diagnose settes etter utredninger og kartlegginger utført av fagekspertisen – svært hierarkisk med psykiaterne og psykologene på toppen – som i neste omgang iverksetter behandling. Selv om mange som jobber i det psykiske helsefeltet ikke tror på dette paradigmet og til dels handler annerledes, er tjenestene bygd opp etter dette tankesettets språk og logikk (Valla, 2017).

Hun fremmer et kontekstuelte alternativ:

Det går også an å jobbe med en forståelse om at jorda er rund. Stangehjelpa i Stange kommune er en tjeneste for familiehjelp, psykisk helse og rus for alle aldre og alle typer problemer uansett alvorlighetsgrad. Vi er en tverrfaglig sammensatt gruppe der alle er likeverdige, uten profesjonshierarki. (...) Folk forteller selv hva de ønsker hjelp med, og de beskriver sine vansker. Vi lytter til deres historie, for så i samarbeid å komme frem til hvordan vi kan hjelpe dem best mulig. Vi diagnostiserer ikke, og vi bruker ikke kartlegginger som er laget for å komme frem til en diagnose (Valla, 2017).

Etter tilsyn hos Stangehjelpa sier Fylkesmannen (2017): «Det å sette en diagnose utelukker ikke å utforske og tillegge pasientens eksistensialistiske oppfatning av sin livssituasjon vesentlig verdi, snarere tvert imot. Dette er dimensjoner som utfyller hverandre, det ene utelukker ikke det andre.» Den vurderingen er jeg helt enig i.

Kontekstualistene vil erstatte diagnoser med pasientbaserte problembeskrivelser. Jeg har tre innvendinger: 1) *Norge er med i Verdens helseorganisasjon* (WHO) og lovmessig forpliktet til å bruke ICD-klassifikasjonen. Skal vi gå over til problembeskrivelser, må Norge enten melde seg ut av WHO eller be om dispensasjon fra ICD-10/11. 2) *Diagnoser er kommet for å bli*. Danske psykologer forsker på «diagnosekulturen» og beskriver hvordan diagnoser brer seg i offentligheten, mediene og blant legmenn for å forklare avvik og fremme rettigheter (Brinkmann & Petersen, 2015). 3) *Problemer må også klassifiseres*. Den britiske psykologen Peter Kinderman (2016) krever problemer fremfor diagnoser. Trond Aarre følger opp: «Kindermann og

medarbeidere peker på at diagnostikk som tar utgangspunkt i psykiske problemer, og ikke i oppdiktete psykiske lidelser, vil ende opp med langt færre overskrifter enn en diagnosemanual. Kanskje finnes det ikke mer enn noen og seksti problemer, mens det i dag finnes 400 psykiske lidelser» (Aarre, s. 77).

Individet er utfordringen for problemtenkingen. Siden alle har individuelt utformete problemer, kan vi ikke samle inn generell kunnskap om dem. Jobbproblemet til Per er forskjellig fra Pål's. Erfaringene fra ett individ er ikke overførbare til det neste. Generell kunnskap oppstår bare fra det pasienter har felles. Dessuten må kontekstualistene vise at problemer har bedre reliabilitet og validitet enn diagnoser. En utfordring er også påstanden deres om at problembehandling gir bedre resultater enn den diagnosebaserte. Jeg har ikke sett en eneste sammenlignende studie som viser det.

SKEPSIS TIL FORSKNING

Trond Aarre holder også fram skepsisen til psykiatrisk forskning:

Den medisinske tilnærmingen vil være mer interessert i hjerneforskning og psykologiske teorier, mens den kontekstuelle modellen vil fremme undersøkelser av levekår og andre samfunnsforhold. (...) Dersom det er individet det er noe i veien med, er det kanskje fornuftig med en presis diagnostikk på bakgrunn av de plagene folk presenterer. Dersom det er kontekstuelle problemer vi arbeider med, er det mindre sikkert at fagfolkenes oppgave skal være å «oppdage» eller «påvise» sykdommer i hjernevevet eller i sjelens dyp (Aarre, s. 23).

Helsevesenet vårt er tuftet på *kunnskapsbasert medisin* (KBM), en biopsykososial ideologi med krav om dokumentert effekt av behandlinger. KBM forankrer medisinske avgjørelser i forskning, klinisk erfaring og pasientenes ønsker (Bjørndal, Flottorp, & Klovning, 2015). KBM krever at fagfolk har viten om grunnlaget for behandlingene de tilbyr, og KBM ordner slik viten i et hierarki fra randomiserte kontrollerte studier til pasienterfaringer.

Behandlingsanbefalingene i den biopsykososiale modellen, nedfelt i de nasjonale retningslinjene, bygger på at pasienter har noe felles som gjør at effektiv behandling kan generaliseres. Det motsier ikke at fagfolk fokuserer

på unike forhold hos hver pasient. Ved fokusering på problemer fremfor diagnoser avviker kontekstualistene KBM, og de er påfallende tause angående kravet fra helsemyndighetene om at fagfolk skal følge nasjonale retningslinjer.

I denne sammenheng er Aarres anbefaling av «Recovery» relevant:

Istedenfor kontekstfri forskning med randomiserte, kontrollerte forsøk og systematiske oversiktsartikler, vil recovery være utpreget kontekstuell og preget av rollemodeller. Forståelse får større betydning enn beskrivelse, oppmerksomheten rettes mot personen og ikke diagnosen, tiltakene tar utgangspunkt i ressurser istedenfor symptomer, bygger på håp og drømmer og har selvstendig mestring som mål. Recovery er ikke en metode for å bekjempe sykdom, men for å fremme helse, egne valg og mestring. Målet er ikke å bli frisk, men å leve et meningsfullt liv og å fungere i verdsatte roller (Aarre, s. 173).

Beskrivelsen viser at Recovery unndrar seg de kravene til dokumentasjon som kreves av KBM og nasjonale retningslinjer.

DE AVMEKTIGE PASIENTENE

Kontekstualistene fokuserer på pasientenes maktesløshet: «Makten i psykisk helsevern og rusbehandlingen er svært asymmetrisk fordelt mellom de overmektige ansatte og de avmektige pasientene» (Aarre, s. 139). Jeg mener at påstanden er uriktig fordi lov og forskrift klart hjemler brukermedvirkning. Pasientene har klagerett til en rekke instanser, og kan ramme fagfolk hardt. Klage utløser tilsyn med tilhørende langvarig uvisshet om sanksjoner og konsekvenser. Begrepet «defensiv psykiatri» beskriver en kultur preget av fagfolks frykt for klager, slik at de blir mer opptatt av å ha juridisk ryggdekning enn å gi pasientene optimal hjelp (Reuveni, Pelov, Reuveni, Bonne, & Canetti, 2017).

Informasjonssamfunnet gir også pasientmakt. Flere helsepolitiske styringsdokumenter oppfordrer til å ansette folk med egenerfaring, såkalte *erfaringskonsulenter*, i psykisk helse- og rustjenester. I tråd med den kontekstuelle modellen støtter Aarre slik praksis: «Vi trenger medarbeidere med brukererfaring, vel å merke dersom de tør å være åpne om disse erfaringene.» (Aarre, s. 132). Den biopsykososiale modellen fokuserer mer på likemannsarbeid, selvhjelps-

grupper og lærings- og mestringssentre. Etter min vurdering er nytten av erfaringskonsulenter dårlig dokumentert, og hva de kan tilby av effektiv helsehjelp er uklart (Ibrahim, Thompson, Nixdorf, Kalha, Mpango, Moran & al. 2020).

DE MAKTKÅTE EKSPERTENE

Generelt har pasientene to krav til helsepersonell: 1) Å bli møtt med interesse, varme og respekt, og 2) at fagfolk er håndverksmessig kyndige slik at sykdom ikke blir oversett eller feilbehandlet. Kontekstualistene er skeptiske til slik fagkyndighet, som de hevder blir brukt av fagfolk til å hevde egen maktposisjon på pasientenes bekostning (Aarre, s. 135). Påstanden om at profesjonene (leger og psykologer) er mer opptatt av egen posisjon enn av å hjelpe pasientene, mangler imidlertid dokumentasjon.

Aarre hevder at den kompetansen som gir makt er mest ettertraktet blant fagfolkene, og han setter kunnskapskompetanse opp mot relasjonskompetanse. Kontekstualistene og de biopsykososiale er dermed helt uenige om kravet til *håndverksmessig kyndighet*. De første mener at kyndighet er uten betydning fordi pasientene selv har løsningen på problemene. Siden de er eksperter på seg selv, trengs det bare behandlere med relasjonskompetanse. De biopsykososiale, derimot, hevder at fagfolk har en kyndighet som trengs for forståelsen og behandlingen av noe som pasientene ikke har greid å løse selv.

Slik mistror Aarre faglig kyndighet:

Men fra mitt perspektiv er ekspertrollen et problem i seg selv. Dersom du er passe god, skal det godt gjøres at du ikke – i egne eller andres øyne – blir viktigere enn den du skal hjelpe. Kompetansen gir makt, og makta brukes for det den er verd. Vi ser ofte hvordan det blir tatt urimelige store hensyn til leger og psykologer, selv når det går på bekostning av dem det var meningen de skulle hjelpe (Aarre, s. 123).

Igjen hadde det vært fint med dokumentasjon av påstanden.

Til tross for at de nasjonale retningslinjene er laget av tverrfaglige grupper med brukerrepresentanter, hevder Aarre:

Profesjonene definerer hva som skal gjelde som forsvarlig behandling, og dernest hevder de at disse behandlingene bare kan gjennomfø-



En utfordring er også påstanden deres om at problembehandling gir bedre resultater enn den diagnosebaserte



res forsvarlig av dem selv. De metodene som profesjonene bygger sine privilegier på, blir gjerne fremstilt som uvurderlige og uunnværlige. Men ved nærmere ettersyn er de vanligvis ikke spesielt effektive (Aarre, s. 127).

Som tilhenger av den biopsykososiale modellen virker disse påstandene helt urimelige for meg.

ET PARADIGMESKIFTE?

Paradigmer handler om tidens gjeldende tenkemåter. Psykiatri-historikeren Edward Shorter slår fast:

Most medical specialties do not periodically scrap their entire knowledge base to rebuild it again from zero. In the retrospect of time, as we look back over the past hundred years, this is exactly what has happened in psychiatry, leaving the field vulnerable to bad ideas along with good as psychiatry slowly rebuilds (Shorter, 2013, s. 555).

Er den kontekstuelle modellen et nytt paradigme? Modellen kan oppsummeres i fem punkter: 1) *Problemforståelsen* handler om at folk får normale reaksjoner på stress. Ut fra individuell problembeskrivelse skal hver pasient ha sin unike hjelp. 2) *Sårbarhet* er et irrelevant begrep. 3) *Kunnskapsbasert medisin* og

nasjonale retningslinjer er ikke til hjelp siden de bygger på en modell som er fremmedgjørende og til skade for pasienten. 4) Dagens psykiatri skaper *avmektige pasienter* fordi fagfolk ignorerer brukermedvirkning. 5) *Profesjonene er ikke på pasientenes side*, men opptatte av makt og å tre sine løsninger ned over pasientene.

Kontekstualistene vil erstatte den biopsykososiale modellen med sin egen. Siden så mye er ulikt, anser jeg det som et paradigmeskifte i psykiatrien. Den biopsykososiale modellen står for sekvensen utredning, diagnostikk og behandling i nært samarbeid med pasienten. Diagnostikk er nødvendig for at pasientene skal få riktig omsorgsnivå, behandling og trygderettigheter. Biologi er viktig for at relevante somatiske forhold ikke overses. Forskning på psykisk sårbarhet, behandling og prognose trengs for å øke kunnskapsbasen. Behandlingen er kunnskapsbasert og følger nasjonale retningslinjer. Empati, brukermedvirkning og sosial forståelse er selvsagte i møtet med pasientene.

Det er store forskjeller mellom de to paradigmene. Dersom den kontekstuelle modellen innføres, er det rimelig å flytte psykiatri fra helse- til sosialtjenesten fordi den vesentlig bygger på sosiale forhold. Om modellen innføres i helsetjenesten, er den så avvikende fra somatikken at psykiatri risikerer å bli en særomsorg igjen. ✕

REFERANSER

- Bjørndal, A., Flottorp, S., & Klovning, A. (2015). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag. 3. utg.* Gyldendal Akademisk.
- Brinkmann, S., & Petersen, A. (red.) (2015). *Diagnoser – perspektiver, kritikk og diskusjon.* Århus: Klim forlag.
- Dahl, A.A., & Løvlie, A. (2018). *Psykiske lidelser: Forståelse, diagnostikk og juss.* Universitetsforlaget.
- Engel, G.E. (1977). The need for a new medical model: A challenge to biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136. <http://doi.org/10.1126/science.847460>
- Fylkesmannen i Hedmark. (2017). *Rapport fra tilsynet med Stange kommune.* <https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/tilsynsrapporter/hedmark/2017/stange-kommune-tjenester-til-pasienter-med-psykisk-lidelse-og-mulig-samtidig-ruslidelse-2017/>
- Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., & al. (2020). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(3), 285–293. <http://doi.org/10.1007/s00127-019-01739-1>.
- Kinderman, P. (2016). *Fra sykeliggjort til aktiv deltaker.* Oslo: Abstrakt forlag.
- Lunde, C. (2018). En medisinsk klimakrise. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(11), 1050–1055.
- Oyebode, F. (2018). *Sims' Symptoms in the Mind. Textbook of descriptive psychopathology.* (6. utg.) Elsevier.
- Reuveni, I., Pelov, I., Reuveni, H., Bonne, O., & Canetti, L. (2017). Cross-sectional survey on defensive practices and defensive behaviors among Israeli psychiatrists. *BMJ Open*, 7, e014153. <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014153>.
- Shorter, E. (2013). Psychiatry and fads: Why is this field different from all other fields. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(10), 555–559. <http://doi.org/10.1177/070674371305801003>
- Torgalsbøen, A.-K., & Vaskinn, A. (2014). Diagnostisering: Norske psykologers unnlattessynd? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(9), 753–758.
- Valla, B. (2017). Tid for et paradigmeskifte. *Dagens Medisin* 26.02.2017 <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/02/26/tid-for-et-paradigmeskifte/>
- Vedeler, G.H. (2016). Passer den medisinske modellen i psykisk helsevern. (<https://psykologisk.no/2016/03/passer-den-medisinske-modellen-i-psykisk-helsevern/>)
- Aarre, T.F. (2018). *For en mindre medisinsk psykiatri.* Universitetsforlaget.

Meninger



RASISME BLANT PSYKOLOGER

Psykologer er trent opp i å være bevisste på egne holdninger og fordommer, men hvor bevisst er vi på våre holdninger til rasisme? spør Victoria Tran Huynh.

Les innlegget på s. 519-520.



FOTO: PRIVAT

«Skal vi beholde troverdighet og faglig integritet, må psykologforeningen endre strategi angående diagnoser», skriver Birgit Valla. Diagnosedebatten fortsetter.

Les innlegget på s. 373.

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.



A. L. Thomas
2020

Systematisk diskriminering

Mangel på flerkulturell kompetanse hos psykologer slår inn i psykologiske utredninger og gjør at flerkulturelle risikerer lavere kvalitet i tjenestene.

VILEVERI I en tid der det av tragiske grunner blir rettet økende oppmerksomhet mot rasisme og diskriminering. Til tross for at vi er psykologer med erfaring fra ulike felt som NAV, habiliteringstjeneste, klinisk arbeid, sakkyndighetsarbeid, forskning og PPT, var behovet for økt kvalitet på utredningen for mennesker med flerkulturell bakgrunn et tema som raskt ble fremmet da vi forrige landsmøteperiode møttes i Testpolitisk utvalg (TPU) for første gang.

LAVERE TJENESTEKVALITET

Begrepet 'flerkulturalitet' inkluderer blant annet hudfarge, etnisitet, kultur, språk, alder, kjønn og kjønnsidentitet, seksuell orientering, religion, sosioøkonomisk bakgrunn, funksjonsnedsettelse og evner. En stor andel av de utredningene psykologer gjør, krever flerkulturell kompetanse i en slik vid forstand.

Flerkulturell kompetanse er nødvendig både i møte med den norsk-pakistanske småskoleeleven med lesevansker, klienten fra det tidligere Jugoslavia med erfaringer fra krig og flukt som kommer for å få hjelp med PTSD, og forelderen som ankom fra Eritrea for tre år siden og nå skal ha en omsorgsevnevurdering. Men også i møte med den norske eleven som testes med utredningsverktøy normert i USA, transpersonen som sliter med diskriminering,

eller forelderen med funksjonsnedsettelse som skal utredes kognitivt i forbindelse med rettssak. Vi mener det er grunnlag for å si at slik forholdene er i dag, risikerer flerkulturelle lavere kvalitet i tjenestene (Holt, 2020). Dette ønsker vi å ta tak i ved å tilgjengeliggjøre retningslinjer for psykologisk utredning i en flerkulturell kontekst.

RISIKOFAKTORER

Å leve i et samfunn der man tilhører en minoritetsgruppe, kan utgjøre en helsemessig risikofaktor og føre til økt behov for psykologfaglige tjenester (Straiton & Kjøllestad, 2019). Det kan dreie seg om traumehistorikk, migrasjonsstress og vansker med andrespråktilegnelse, manglende skolegang, opplevd diskriminering og lavere sosioøkonomisk status. Alle er faktorer som kan bidra til å øke risiko for psykiske lidelser, lærevansker, arbeidsløshet og utenforskap.

Samtidig kan det være mindre sannsynlig at man faktisk får den hjelpen man skal ha. Eksempelvis ble det i fjor høst avdekket at flerspråklige elever i voksenopplæring ikke fikk tilpasning for dysleksi (NRK, 2019). Bruk og tilgjengelighet av kvalifiserte tolketjenester er en annen faktor som påvirker hjelpetilbudet til flerspråklige. Delvis av systemiske grunner



TEKST

Camilla Bärthel Flaaten, psykolog, stipendiat og master i kognitiv nevrovitenskap, Charity van Delft, spesialist i klinisk voksen og nevro-psykologi, og Linda Holte, spesialist i klinisk nevropsykologi. Alle sitter i Testpolitisk utvalg i Psykologforeningen.

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

DISKRIMINERING



er det et sannsynlig underforbruk av tolk i helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011).

En tredje faktor er at forskjeller i erfaringer kan føre til at man selv i møte med tjenester som leverer som «normalt», ikke får det samme ut av tjenestene, grunnet forskjeller i forventninger til og erfaringer med slike tjenester og ulikheter i hvordan man oppfatter relasjonen til utreder (Mosdøl et al., 2018). Flerkulturelle utredninger kan av mange grunner føre til økt behov for tid, tid til å forklare rasjonale for utredningen, tid til å finne egnede metoder, tid til å forberede og gjennomføre utredning, tid til å vurdere og tid til å gi en god tilbakemelding. Dette er tid det kan være lite av i systemene vi jobber innenfor, noe som gjør at vurderinger kanskje ikke skjer fullt så grundig som de burde for å sikre likeverdig kvalitet for alle.

LITE KULTURSENSITIVE TESTER

Mange kilder til diskriminering kan skapes gjennom lite kultursensitive testbruk. Språket er en åpenbar feilkilde ved flerkulturell bruk av utredningsverktøy normert i Norge. En annen er utredningsverktøy som er tilpasset norsk kultur, og der man bruker norske normer. Ett eksempel er WAIS, der rekkefølgen av informasjonsspørsmålene måtte endres fra den amerikanske versjonen grunnet kulturell variasjon i hvilken kunnskap en nordmann og en amerikaner med samme IQ forventes å ha. I tillegg kommer kompleksiteten som ligger i å skulle fange hele språkkompetansen til personer med ulike typer flerspråklighet.

Språket er en kilde til diskriminering som mange er klar over. Færre er seg bevisst myten om at nonverbale tester er «kulturfri» bare fordi de er språkfrie, eksempelvis matrise-type-tester som Ravens. I manualen til Ravens Progressive Matriser kan man lese at Ravens selv forventet forskjeller på tvers av kulturer (Raven, 1981). Det viste seg å stemme (Flynn, 1987). Mindre åpenbar er kanskje risikoen for feilvurdering som kan skje ved ukritisk bruk av såkalt kulturfolkning. På samme måte som man bør være klar over at kultur er en viktig faktor i møte med enkeltmennesket, mener vi det er viktig å ikke redusere enkeltpersonen til ett aspekt ved sin kulturtilhørighet.

En fellesnevner ved disse feilkildene, som ved andre typer bias, er at de reduseres ved en bevisstgjøring hos den enkelte av at de eksiste-

rer, og vilje til å endre egen praksis. Dette er utfordringer som det er vanskelig å komme rundt på en god måte, eksempelvis på grunn av mangel på egnede verktøy og tilgjengelige tolketjenester med tilstrekkelig kvalitet. Eksempelvis har det til tross for forespørsler fra TPU, vært liten vilje blant helsemyndighetene og testutviklere til å bruke midler på oversettelse og normering av tester som vil gjøre dem bedre egnet til å møte behovet hos brukere, elever og pasienter.

TRENGER RETNINGSLINJER

På bakgrunn av problemstillingene som er skissert ovenfor, har Testpolitisk utvalg søkt etter retningslinjer som kan fremme flerkulturell kompetanse i psykologiske utredninger. Vi har sluttet oss til og oversatt retningslinjer fra Association for Assessment in Counseling and Education (AACE, en del av American Counseling Association), og arbeider nå med å sette dem inn i en norsk kontekst ved å utarbeide utfyllende kommentarer før den norske versjonen legges ut på TPUs nettside. Vi er åpen for innspill i dette arbeidet, som vi håper vil føre til et anvendelig og nyttig dokument for å reflektere rundt flerkulturell utredning.

Omstendighetene for at problemstillingene aktualiseres nå, er som nevnt tragisk. Vi kan likevel håpe at det vil skje reell endring for å redusere diskriminerende praksiser i samfunnet. Som psykologer vet vi at endring starter med en selv. ✕

KILDER

Flynn, J.R. (1987). «Massive IQ gains in 14 nations: What IQ tests really measure»: Correction to Flynn. *Psychological Bulletin*, 101(3), 427. <https://doi.org/10.1037/h0090408>

Helsedirektoratet (2011). Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene, IS-1924.

Holt, Karin (2020). Hvem skal få? Om likeverdige tjenester i psykisk helsevern. I Holt, Karin (red.), *Kultur og kontekst i praktisk psykologarbeid*, s 158–172, Gyldendal.

Larsen, Kristine Næss, NRK. «Innvandrere med dysleksi får ikke bruke samme hjelpemidler som norske dyslektikere», <https://www.nrk.no/norge/innvandrere-med-dysleksi-far-ikke-bruke-samme-hjelpemidler-som-norske-dyslektikere-1.14706889>. Oppdatert 21.09.2019.

Mosdøl, A., Vist, G.E., Straumann, G.H., Spilker, R.D., Austvoll-Dahlgren, A., (2018). OVERVIEW OF SYSTEMATIC REVIEWS: Adapted health information and patient education for persons with immigrant or minority ethnic background. Folkehelseinstituttet.

Raven, J. (1981). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Mill Hill Vocabulary Scales*. (Res. Suppl. No. 1). H.K. Lewis.

Straiton, M.L. og Kjøllesdal, M. (2019). Psykiske plager. I Kjøllesdal, M. (red.). <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/levkarsundersokelsen-blant-innvandrere-i-norge-2016-rapport-2019-v2.pdf>. Folkehelseinstituttet.

Rasisme på psykologkontoret

Som psykolog med en annen hudfarge enn hvit har jeg ved flere anledninger fått rasistiske kommentarer fra klienter. Det som har overrasket mest, er holdningene til kolleger.



ETTER POLITIDRAPET på George Floyd i USA har det blitt rettet mye oppmerksomhet mot systematisk rasisme. Systematisk rasisme eksisterer også i Norge, og temaet engasjerer mange. Jeg håper det også kan engasjere flere norske psykologer. Da jeg gikk på psykologstudiet i Bergen fra 2009 til 2014, var temaene rasisme og diskriminering lite omtalt. Kulturpsykologi var ikke obligatorisk pensum, kun et lite valgfag. Et valgfag som jeg valgte å ta, som den eneste fra mitt kull, i selskap med utvekslingsstudenter. Jeg var også en av få psykologstudenter med minoritetsbakgrunn. Da kullet mitt avla slutteksamen, var jeg den eneste med en annen hudfarge enn hvit.

Jeg undret meg ofte over hvorfor kulturpsykologi ikke var et fag som interesserte flere på studiet, med tanke på den økte globaliseringen. Heller ikke på kurs under spesialiseringen, ble dette perspektivet tematisert. Ettersom innvandrerbefolkningen utgjør nesten 17 prosent av den norske befolkningen, er det svært skuffende at vi psykologer får så lite opplæring i kulturpsykologi i grunnutdanningen og spesialiseringsprogrammet.

HUDFARGE SOM STØYKILDE

Hvor godt rustet er vi da i møte med klienter med annen etnisk bakgrunn enn oss selv? Hvor mye kan vi om andre kulturer? Og hvor bevisst er vi på vår posisjon som psykologer med den hudfargen vi har? Kan min hudfarge være en støykilde i samarbeidet med klienter? Som psykolog med minoritetsbakgrunn, kan jeg ikke la være å tenke på disse spørsmålene. Psykologer er trent opp i å være bevisste på egne holdninger og fordommer, men hvor bevisst er vi på våre holdninger til rasisme? En tidligere studie (Helms & Carter, 1991) har vist at klienter anså lyshudete terapeuter som dyktigere enn mørkhudete terapeuter, og derfor foretrakk terapeuter med lys hud. Dette gjaldt for både klienter med lys og mørk hud.

The doll study-eksperimentene på 40-tallet av Clark & Clark støtter også preferansen de fleste har for lyshudete. Som psykolog med annen hudfarge enn hvit, er det vanskelig å la være å bli berørt av slike forskningsresultater i møte med klienter. Det fører til en usikkerhet som jeg har lært å bli bevisst på. Usikkerhet om klienter vil forhåndsstemple meg ut ifra min hudfarge, eller faktisk vurdere meg ut ifra mine ferdigheter og kompetanse. Har jeg samme utgangspunkt som andre, lyshudete psykologer? »

TEKST

Victoria Tran Huynh, spesialist i samfunns- og allmennpsykologi

DISKRIMINERING



DEMONSTRASJON Hvor bevisst er vi på fordelene og ulempene som følger av vår hudfarge? spør artikkelforfatteren. Her fra Black Lives Matter-demonstrasjonen i Oslo. Foto: Stain Lysberg Solum / NTB Scanpix



Det overrasket meg at det fantes slike holdninger også hos psykologer

Mine erfaringer som psykolog med minoritetsbakgrunn har vært både fordelaktige og ufordelaktige. Noen klienter med minoritetsbakgrunn har satt pris på at jeg også har minoritetsbakgrunn som dem, og at det har bidratt positivt til en større felles forståelse som har styrket vår allianse. Andre klienter har gitt meg både direkte og indirekte rasistiske kommentarer, som alltid har vært interessant å utforske. Noen ønsker ikke å ha meg som deres behandler. Om det har skyldtes mitt utenlandske navn vet jeg ikke. De færreste oppgir det som årsak. Ofte har de heller begrunnet det med min alder; at de tror jeg mangler livserfaring fordi jeg er ung. Uansett årsak, kan det å bli utsatt for rasisme og diskriminering oppleves sårende. Likevel kan jeg tolerere å oppleve rasisme fra klienter, og det blir en del av jobben å kunne håndtere det.

«DÅRLIG BUSINESS»

En gang hadde jeg en muntlig avtale om å begynne i praksis ved et privat psykologkontor. Alt virket lovende. Da jeg dro innom kontoret for å signere kontrakten, fremsto psy-

kologen som var leder usikker, og sa at han hadde hatt dårlig erfaring med psykologer med utenlandsk navn. Han opplevde at det var færre klienter som ville gå til slike psykologer, og at det ville være dårlig business for hans psykologkontor. Derfor kunne jeg ikke få jobben.

Det overrasket meg at det fantes slike holdninger også hos psykologer. Denne viktige opplevelsen og bevegelsen #blacklivesmatter har fått meg til å undre over hvor bevisste vi psykologer er på våre holdninger og fordommer mot andre med minoritetsbakgrunn og annen hudfarge?

Hvor bevisst er vi på fordelene og ulempene som følger av vår hudfarge? Kan det være at vi ubevisst utsetter andre for rasisme? Hvordan vet vi når det er rasisme eller ikke? Dette er spørsmål og temaer som jeg håper psykologer i Norge vil engasjere seg mer i.

Heldigvis er jeg stolt av min minoritetsbakgrunn og anser den som et viktig bidrag til å utvide mangfoldigheten blant psykologer i Norge. ✕

Vi skal være aktivt mot diskriminering

Psykologforeningen skal jobbe for at flere med mangfoldig bakgrunn skal påta seg verv, og se på hvordan helsetjenester kan bli mer kultursensitive.

VI SER NÅ en mobilisering verden over mot rasisme og diskriminering, med opphav i George Floyds tragiske død og det forståelige sinnet som følger av politiets forskjellsbehandling av svarte i USA.

Norsk psykologforening stiller seg bak dem som krever endring, også her i Norge. Ikke bare fordi vi som nasjon har sett flere terrorhandlinger utført basert på rasistisk ideologi. Ikke bare fordi det flommer over av vitnesbyrd fra de som har opplevd og opplever rasisme her i Norge. Men fordi vi vet fra eget fag at diskriminering tar så subtile former at det krever aktive mottiltak. Fordommer, heuristikker og gruppetenkning må alle utfordres for å oppnå mer likeverd. Prisen for diskriminering er høy. Både for den som blir rammet, og for samfunnet, fordi diskriminering tærer på tilliten fellesskapet er bygd på.

FEIE FOR EGEN DØR

Her må myndigheter og ikke minst media kjenne sin besøkelsestid. Det er behov for aktiv rekruttering av representanter for minoriteter og imøtegåelse av feilslutninger basert på gruppetilhørighet.

Vi kan begynne med å feie for egen dør. Vi vet at det er ufullstendig kunnskap om minoriteters psykiske helsebehov. Vi vet at det er behov for større kultursensitivitet i de tjenestene vi utformer og tilbyr. Ikke minst trenger vi større diversitet og inkludering i vår egen profesjon. Jeg vet at universitetene har diskutert hvordan de kan sørge for større diversitet på profesjonsstudiet. I Psykologforeningen diskuterte vi dette temaet på ledersamlingen vår i januar.

Men diskusjon, støtteerklæringer og gode intensjoner er lite verdt hvis de ikke følges opp med handling. Psykologforeningen er beredt til både å se på eget og medlemmenes virke. Fjorårets landsmøte fattet vedtaket: *Landsmø-*

tet ber om at det skaffes til veie et bredere kunnskapsgrunnlag om fordelingen av psykologtjenester og de samfunnsmessige konsekvenser av dette. Det er naturlig å se på etnisitet og kulturell bakgrunn når man prøver å avdekke eventuelle forskjeller i tilbudet til befolkningen.

BARRIERER

Det er likevel ikke nødvendig å vente på resultatet av disse undersøkelsene for å handle. Jeg oppfordrer våre medlemmer til å se på egne arbeidsteder og tjenestetilbud med dette blikket. Har vi strukturer som hindrer likebehandling? Er det barrierer som hindrer minoriteter i å benytte helsetjenester de trenger? Eller, for å gjøre det mer konkret: Har du øvd nok på bruk av tolk i terapier? Tar du med kulturell kunnskap eller mangel på denne i forståelse av dine klienter? Har du som psykolog et kritisk blikk på hvor din egen praksis kan bidra til å fremmedgjøre minoritetsklientene dine? Dette er spørsmål vi bør stille oss, uten at det oppleves som anklager. Diskusjonen om diskriminering og hvilke tiltak som kan motvirke den, er vanskelig, men den behøver ikke å være vond.

Vi har arbeid mot diskriminering nedfelt i vårt prinsippprogram og vår fagetikk. Jeg er smertelig klar over at både våre medlemmer og foreningen selv hele tiden må prioritere og balansere mellom mange ulike gode hensyn. Likevel mener jeg at systematisk diskriminering er et for viktig tema til å kun være gjenstand for festtaler eller forbigående oppmerksomhet.

Psykologforeningen skal jobbe for at flere som har mangfoldig bakgrunn, skal påta seg verv, og se på hvordan helsetjenester kan bli mer kultursensitive. Når et problem ligger i systemet, må det jobbes systematisk både individuelt og innad i organisasjonen. Endring er krevede. Da krever det aktiv innsats. ✕



TEKST Håkon Kongsrud Skard, president i Norsk psykologforening

DISKRIMINERING



Bortenfor ubehaget, innenfor huden

Det vekker mye motstand i gode hjelpere å bli konfrontert med at man er del av et system som forskjellsbehandler. Kraften i ubehaget kan imidlertid omsettes til konstruktiv handling.



TEKST Ingvill Hekne, psykolog i Forebyggende psykisk helsetjeneste Lørenskog kommune

DISKRIMINERING

HANNA FORTELLER meg at hun ikke har spist mat fra opprinnelseslandet sitt på mange år. Hun sluttet etter at sjefen hennes fortalte at samarbeidspartnere hadde klaget på hvordan hun luktet. «Nordmenn spiser ikke jo så mye hvitløk og krydder», sier hun med et skuldertrekk. «Nå som jeg bor her, må jeg gjøre det samme som dem, det er naturlig.»

Alexander blir stadig spurt om hvor han kommer fra, selv i sin egen hjemby: «De slutter ikke å spørre heller, når jeg sier at jeg er herfra. Dem har liksom sin egen versjon. Det er så mange versjoner til sammen nå at jeg ikke vet hvilken jeg tror på sjøl lengre.» Alexander er bare et av mange navn han har blitt gitt. Det fineste av dem.

«Jeg var sikker på at det var noe galt med meg, men så manglet jeg bare trygghet», konstaterer Devran mens han tørker bort snørr og tårer med håndbaken. I dag har han fått permanent oppholdstillatelse. I dag får jeg for første gang se ham gråte og høre latteren hans. Det var verken depresjonen eller Cipraleksen som hadde lånt følelsene hans.

ORDENE VI FINNER

Som terapeut leter jeg etter ord som kan bekrefte eller utvide pasientens virkelighet. I noen sammenhenger er vokabularet mitt veldig fattig. Jeg leter i uttrykkene til den som sitter foran meg, i mine egne følelser og i den

indre arkivskuffen med teorier og studier. I pensumbøker og artikler, skrevet av hvite europeere og amerikanere. I forskning, gjort med hvite mennesker og på vestlige behandlingsmodeller.

Jeg leter i egne opplevelser og virkelighetsoppfattelse, som hvit kvinne fra bygda. Ofte finner jeg likevel ordene, og synes egentlig at jeg kan forstå mye. For utenforskap, utrygghet og identitetskrise er vel noe alle kan oppleve? Selv om verdenene våre er litt ulike, så er jo følelsene universelle? Og jeg som har vært så mange steder og møtt så mange folk og lest så mange bøker, jeg er vel ganske flink på det der med kultur? Jeg er en god hjelper, som strekker meg langt for andre. Jeg skriver uttalelser til NAV og blir med til fastlegen, tilpasser meg pasientens behov og husker å bestille tolk. Det må vel bety at når pasientene ikke får det bedre eller slutter å komme, så handler det ikke om meg? Og det at mange av de jeg strever mest med å hjelpe, har en annen kultur eller hudfarge enn meg selv, det er kanskje tilfeldig?

STØRRE PLAGER, MINDRE HJELP

Vi har rapportene som viser at helsetjenestene diskriminerer. Vi vet at innvandrerbefolkningen har større psykiske helseplager og samtidig får dårligere hjelp. Tjenestene som er utformet for majoritetsbefolkningen, hjelper flyktninger og innvandrere i mindre grad. Vi har kronikker og tall som forteller om rasismen mot etniske minoriteter i Norge. Men hvorfor er det slik? Hva har det med oss psykologer å gjøre? Og hvordan kan det endres?

Jeg klarer ikke å finne kloke svar på disse spørsmålene, som stiller meg i et godt lys eller rettfærdiggjør at vi fortsetter på samme måte som før. For hvem er det som bestemmer hva som lukter vanlig, eller hvem som er norsk nok, om ikke den hvite majoriteten som jeg er en del av? Og hvem er det som kan påvirke hvem som får hvilken helsehjelp, om ikke psykologstanden jeg representerer? Og hvem er det som får mer når noen får mindre, om ikke jeg og mine venner i middelklassen?

MOSTANDEN HOS MAJORITETEN

Det kan vekke sinne, forvirring og skam å ta innover seg at man er del av et system som forskjellsbehandler, at man er delaktig i en rasistisk kultur. Reaksjonene på dette kan bli så store at de overskygger det originale problemet: at rasisme finnes og medborgere diskrimineres. Da jeg skulle skrive denne teksten, tenkte jeg mer på hvordan og hvorvidt jeg skulle la være å krenke hvite kollegaer enn på hvordan jeg kunne omtale Hanna, Aleksander og Devran på en respektfull måte. Derfor ønsker jeg ikke å vie enda mer plass til disse reaksjonene. Vi må forbi det. Som hvit er man nødt til å innse at man er en del av problemet, for å kunne bli en del av løsningen. Følelser knyttet til potensielle tap av makt og privilegier kan fordøyes i stillhet, fordøyes og omsettes til handling som tjener saken. Så hvor kan vi begynne?

HVITHETEN I ROMMET

Som hvit kan jeg starte med å erkjenne min egen hvithet og betydningene av det. Har det for eksempel relevans for hvilke historier jeg får og ikke får? Hvem representerer jeg for Hanna når det blir viktig for henne å fortelle meg hvor norsk hun er, og hvor god mor hun er? Som hvit tilhører jeg gruppen med størst definisjonsmakt. Jeg får være med på å bestemme hvem som hører til, og hva god barneoppdragelse betyr. Det å vektlegge



Det kan vekke sinne, forvirring og skam å ta innover seg at man er del av et system som forskjellsbehandler



hudfarge kan kjennes som å introdusere et forstyrrende fremmedelement mellom menneskekroppene våre, og det er det. Men det er heller ikke slik at den dimensjonen blir borte når vi velger å overse den. Muligheten til å ignorere ulikheter i farge, makt og kultur er et av mange privilegier jeg har som hvit.

Som hvit terapeut kan jeg begynne med å anerkjenne ansvaret som følger med maktrollen. Anerkjenne vekten ordene mine kan ha. Innse hvor mye jeg har å lære, og hvor mye jeg aldri vil forstå. At det alltid vil være flere spørsmål enn svar. For hva skal jeg si når Aleksander forteller at han blir holdt øye med i butikker fordi de tror han er kriminell? Skal jeg svare «er det andre måter å tolke det på?», og med det vennlig avvise hans virkelighet? Eller når Devran sier at NAV mener han er verdiløs, skal jeg forstå det som selvfølelsesproblematikk eller et samfunnsproblem? Og når Hanna sier at hun hamstret under koronaepidemien fordi hun var redd for at mat ville bli rasjonert, og at «såanne som henne» skulle få minst, skal jeg tolke reaksjonen hennes i lys av traumeteori eller som en konsekvens av politisk ideologi? Skal vi diagnostisere rammebetingelsene eller mennesket de rammer?

KART OG TERRENG

Som ansatte kan vi begynne med å legge merke til hvorvidt kollegagruppen, kompetanseområdene og pasientgruppa på arbeidsplassen reflekterer mangfoldet i byen, i landet vi jobber i. Har du samiske, rumenske og somaliske navn i bokhylla eller i timeboka? Eventuelt, hvorfor ikke? Kanskje fordi de ikke finner de riktige orda. Jeg var veldig i tvil om Hanna var egnet for kortidsterapitilbudet jeg jobber i, fordi jeg ikke skjønnte hva som var motivasjonen eller målet hennes. De tre første timene snakket vi om hagearbeid og så på babybilder, og jeg ble utålmodig og forvirra. Alexander kom forsinket eller aldri til timene, og jeg ble så irritert at jeg ville avslutte forløpet. Og når jeg blir i tvil

om noen pasienter skal avvises eller avsluttes, så drøfter jeg det med mine kolleger. Kolleger med liknende bakgrunn, likende kompetanse og liknende blinde flekker. Vi utgjør vel et ganske eminent team når det kommer til å avgjøre hvem som bør få hjelp, og hvordan den hjelpen skal se ut?

Kanskje kommer ikke enkelte til terapimene fordi de ikke har råd til bussbilletten eller ikke tror på at å si ting høyt til en fremmed gjør deg frisk. Kanskje fordi de ikke stoler på at den samme staten som har knekt deg, nå prøver å hjelpe deg. Jeg husker da jeg var med Devran på møte hos NAV og de spurte ham om hvorfor han ikke klarte å jobbe. Han svarte at han ofte ble trøtt, og saksbehandleren sukket oppgitt. Devran sover ikke om nettene fordi han er livredd for at noen skal komme og ta døtrene hans.

VÅR PLESS I SYSTEMET

Det er selvsagt også mange med minoritetsbakgrunn som ikke trenger terapi. Sykeliggjøring av minoriteter er også en fallgrube forskning og formidlingen vår kan havne i. Jeg burde kanskje heller ha skrevet om kompisen til Alexander, sønnen til Hanna eller kjæresten til Devran. Jeg har aldri møtt dem, de har det altfor bra til å komme til mitt kontor eller opp tre i denne fortellinga. Det er også mange som ikke trenger terapi, men som kan trenge noe annet for å kunne kjenne seg trygge og holde seg friske. Mindfulness fjerner ikke muggsoppen på badet og slitasjeskader fra vaskejobben. Ubesvarte jobbsøknader hjelper deg ikke til å bygge selvtillit og nettverk. Som premisslevere randører for hva god psykisk helse er, og hvordan den skapes, bør vi tenke bredt. Sammen, som psykologer, kan vi si ifra om at vi ikke lenger godtar å jobbe innenfor rammer som er støpt av, med og for hvite mennesker. Vi kan kreve økt representativitet, tilpassede tjenester og satsning på folkehelseiltak som gagnar alle. ✕

KILDER

- Boehnlein, J.K., Kinzie, J.D., Sekiya, U., Riley, C., Pou, K., & Rosborough, B. (2004). A Ten Year Treatment Outcome Study of Traumatized Cambodian Refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(10), 658-663. doi: 10.1097/01.nmd.0000142033.79043.9d
- Burnett, A. & Peel, M. (2001). Health needs of asylum seekers and refugees. *British Medical Journal* Mar 3; 322(7285): 544-547.
- Carlsson, J.M., Olsen, D.R., Kastrup, M., & Mortensen, E.L. (2010). Late Mental Health Changes in Tortured Refugees in Multidisciplinary Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(11), 824-828. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181f97be3
- Donà, G., & Young, M. (2016). Refugees and forced migrants. I David L. Sam & John W. Berry (red.), *The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology* (2 utg., s. 153-172). Cambridge: Cambridge University Press
- Gorst-Unsworth, C., & Goldenberg, E. (1998). Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq: Trauma-related factors compared with social factors in exile. *British Journal of Psychiatry*, 172(1), 90-94. doi: 10.1192/bjp.172.1.90
- Johnson, H., & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 36-47. doi: https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.017
- Sue, D.W., & Sue, D. (2008). Counseling the culturally diverse: Theory and Practice Hentet fra <https://archive.org/stream/CounselingTheCulturallyDiverseTheoryAndPractice/Counseling%20the%20Culturally%20Diverse%20Theory%20and%20Practice#page/n455>
- Statistisk sentralbyrå. (2011): Helse og levekår for flyktninger i Norge. Rapport, SSB.
- Straiton M., Blystad H.H., Reneflot A., & Arnesen T.M. (2018). Helse i innvandrerbefolkningen. Folkehelseinstituttet: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/helse-i-innvandrerbefolkningen/>
- Toleikyte, L., Salway, S. (2018). Local action on health inequalities: Understanding and reducing ethnic inequalities in health. London, UK: Public Health England.

Debattert

Fordommer og diskriminering

Ubevisste holdninger: Det er ikke alltid slik at mennesker er bevisste på alle sine fordommer. Mange av fordommene våre blir forankret i oss før vi kan tenke og bestemme for oss selv. Helt fra barndommen av utsettes vi for forskjellige holdninger og meninger. Disse kan være nok til å danne ubevisste antakelser og fordommer om forskjellige grupper mennesker.

Özel Despina Hansen, psykolog i Halden kommune, i Halden Arbeiderblad 19. Juni.

Kjenn på skammen: Skam er en nedarvet emosjonell mekanisme, som forteller oss at vi har gjort noe uakseptabelt som trenger å repareres. I mange tilfeller er den unødvendig påført utenfra. Men skammen over å ha sagt eller gjort noe uakseptabelt ovenfor medborgere uten annen begrunnelse enn at de tilfeldigvis er født med en annen hudfarge, er en skam vi godt kan tillate oss å kjenne mer på og lære oss å håndtere her på bjerget.

Erik Rudi, psykologspesialist, i Bergens Tidende 17. Juni

Om å være hvit: Jeg skulle gå i gruppeterapi og snakke om egen hvithet. Hvis man, som meg, er preget av en typisk norsk 80-tallsoppvekst med en solid dose ironi som en grunnleggende kulturell ryggmargsrefleks, så er det vanskelig å komme inn i et rom i en nedlagt gammel kirke, nå samfunnshus, med et bord dekket med te og tørre kjeks, for å snakke om hvordan det føles å være hvit, uten å føle at man er med i en Åpen Post-sketsj. Men nå var det ikke fylkeskommunen, men amerikansk strukturell rasisme vi skulle snakke om.

Ane Farsethås i Morgenbladet 12. Juni

Ikke vår natur: Rase er fremdeles kun en tilfeldig markør for inn- og utgrupper, allianser eller koalisjoner. Det skaper en rekke paradokser. For å bygge ned enkelte oss - dem-linjer må vi kanskje lage nye inn- og utgrupper. Det kan skape nye problemer. Det er derfor viktig å være seg bevisst også våre mindre attraktive tilbøyeligheter. Samtidig er det jo ganske greit å vite at rasisme ikke er en del av vår natur.

Leif Edward Ottesen Kennair, professor i psykologi i VG 9. Juni

Åpne øyne: Vi må slutte å føle at vi blir angrepet hver gang noen kjemper for sine rettigheter og hever sin stemme med et ønske om å bli hørt. Det handler aldri om å angripe fellesskapet, for fellesskapet kan ikke fordra rasisme, og ingen ønsker å være vitne til diskriminering. Det er heller da vi må åpne øynene og forsikre oss om at vår grunnleggende kunnskap og verdier svarer med våre handlinger.

Mohamed Yusuf i Aftenposten 16. Juni



Faksimile fra juniutgaven av Psykologtidsskriftet.

Diagnosemakt fremfor fag?

Vi psykologer må se på oss selv med kritisk blick når vi bruker makt. Og bruk av diagnoser er et maktmiddel.



TEKST Birgit Valla, psykologspesialist, tidligere leder av Stangehjelpa

DIAGNOSTISERING

ETTER Å HA LEST Zimmermann og Auberts innlegg «Ikke opp til pasienten» i tidsskriftets juninummer, er det behov for en oppklaring. Saken om Stangehjelpa brukes til inntekt for at diagnoser må stilles, men det var ikke utfallet av saken. Intensjonen med rundskrivet (rundskriv I-4/2017 «Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved lavterskeltilbud – særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering») som kom i kjølvannet av saken, var heller ikke slik Zimmerman legger det frem.

Zimmermanns utgangspunkt er Kristin Nijs debattinnlegg «Påtvungne diagnoser» i Psykologtidsskriftets aprilutgave. Nijs skriver: «... å stille som behandlingsbetingelse at diagnose skal settes, synes jeg taler imot enhver psykologfaglig etisk forståelse og kan i verste fall stå i motstrid til pasientens interesser.» Det var nettopp denne problemstillingen jeg stod overfor da jeg ble satt under tilsyn av Fylkesman-

nen i Hedmark våren 2016. Et halvt år senere satte Fylkesmannen hele tjenesten som jeg var leder for (Stangehjelpa), under tilsyn av samme grunn. Bakgrunnen for å åpne tilsynet var et intervju med meg på napha.no, der jeg tok til motmæle mot diagnosesystemet og den medisinske modell.

Jeg tok kontakt med Psykologforeningen for å få hjelp, siden jeg er medlem der. Jeg fikk imidlertid samme beskjed fra advokat Christian Zimmermann som Kristin Nijs. Så lenge man jobber som psykolog, SKAL man stille diagnose. Det er både en rettighet som skal oppfylles (enten klienten ønsker det eller ikke), og det eneste faglige forsvarlige. Å ikke stille diagnose, fikk jeg beskjed om, er ikke faglig forsvarlig og dermed lovbrudd.

Det var også Fylkesmannens konklusjon et år etterpå. Å ikke stille diagnose var brudd på faglig forsvarlighet. I sitt lange svar tok de også

med tilfeller der vi ikke hadde god nok dokumentasjon (basert på 10 tilfeldig utvalgte journaler), noe som til en viss grad var riktig, men som nok ikke var spesielt særegent for oss. Man finner det man leter etter, og jeg tror ikke det finnes noen tjenester som har plettfrie journaler. Psykologtidsskriftet grep tak i sensasjonen rundt dette og smurte tykt utover en tosiders artikkel. Det utrolige var at dette var en sak jeg selv gav dem, i håp om at de ville vinkle det mot det urimelige og faglig utdaterte i Fylkesmannens avgjørelse. Så feil tok jeg!

HØIE: ALLE BURDE ARBEIDE SLIK

Etterspillet ble imidlertid annerledes. Stangehjelpa hadde gjennom årene hatt besøk av hundrevis av kommuneansatte, byråkrater og ledende politikere både fra kommuner, Storting og departement. Helseminister Bent Høie uttalte i 2016 at alle landets kommuner burde arbeide slik. Den knusende konklusjonen kunne ha stengt tjenesten slik den var bygget opp, og tvunget Stangehjelpa inn i en diagnosebasert arbeidsmåte. Men vi ba om hjelp og fikk det. Rundskrivets som kom i etterkant av saken, og som Zimmermann refererer til, var ment som en redning for Stangehjelpa, for å ta vekk presset fra alltid å diagnostisere. Det vi ba om, var en åpning for valgfrihet.

Rundskrivets er imidlertid problematisk. Det er skrevet så rundt og delvis ullent at det kan brukes til alles favør, noe psykiater Trond Aarre (2018) påpeker i sin bok *En mindre medisinsk psykiatri*, der han omtaler Stangesaken: «Det ble en del styr rundt denne saken, og i et forsøk på klargjøring kom Helse- og omsorgsdepartementet med et rundskriv som er forbilledlig uklart, og kan tolkes omtrent slik en vil (Hatling, 2017). Her går det frem at en skal diagnostisere, men ikke når det er unødvendig eller irrelevant.»

FAGLIG FEIL

Zimmermann legger vekt på den delen av rundskrivets som antageligvis er mest faglig feil: «En diagnose eller foreløpig diagnose, kan tjene flere formål. Den kan si noe om pasientens prognoser, gi en retning for hva som anses som riktig behandling, planlegging av tjenester som tilbys i kommunen, forebyggende tiltak som må iverksettes og sykdomsovervåking.» Denne påstanden møter mye motbør både gjennom forskning og fra fagfeltet i en rekke land. Storbritannia har lenge tatt til motmæle, og i Belgia frarådes bruk av diagnosesystemet for å planlegge behandling på grunn av dets uvitenskapelige grunnlag. I Norge er det også både fagfolk og brukerforeninger som kjemper for en annen forståelse, noe de kan gjøre med faglig forsvarlighetskravet høyt hevet. At Psykologforeningen i Norge blir en pådriver for å opprettholde diagnosesystemet på en så absolutt måte som Zimmermann viser, er betenkelig og urovekende for fremtidens psykologpraksis.

Diagnoser utløser rettigheter, og det er et problem. I Stangehjelpa sa vi aldri at diagnoser aldri kunne brukes, så fremt det hadde et tjenlig formål. Hvis personer hadde behov for en diagnose for å få utløst rettigheter, så sørget vi for at de fikk det. Men dette er også i endring. Vi opplevde at dette ble et mindre bastant krav, både fra NAV og skole, og at gjennom samarbeid og gode funksjonsbeskrivelser fikk folk det de hadde krav på, og ofte med bedre kvalitet. Når noe endres et sted i systemet, så knaker det i sammenføyningene andre steder, og endringen kan forflytte seg.

Tilbake til Fylkesmannen og tilsynssaken. Etter at rundskrivets hadde kommet, hadde vi et møte med Fylkesmannen. De presiserte at når de



På sluttmøtet ble det uttalt at «verden går fremover, så det må Fylkesmannen også gjøre». Dette var en seier



krever at man skal stille diagnose, så mener de egentlig *problemforståelse* og at den kan være deskriptiv. Det lød underlig den gang, for hvis det hadde vært riktig, hadde vi neppe fått avvik i første omgang. Alle journalene inneholder en problemforståelse, det er en del av utgangspunktet for hjelp. Samme høst skulle saken opp igjen på et planlagt ROP-tilsyn. Hvis alt var OK med journalene, var vi frikjent. Vi fikk ingen avvik når det kom til diagnostisering og journalføring. På sluttmøtet ble det uttalt at «verden går fremover, så det må Fylkesmannen også gjøre». Dette var en seier, vår deskriptive fremgangsmåte var god nok.

Da Kristin Nijs innlegg stod i Psykologtidsskriftet, hadde jeg et håp om at Psykologforeningen kunne bli en pådriver for å gjøre det helt klart at (psykiatriske) diagnoser ikke er strengt nødvendige for å gi faglig forsvarlig helsehjelp innenfor det psykiske helsefeltet. I stedet gjorde de det motsatte, med Christian Zimmermann i spissen. Skal jurister definere hvordan psykologer skal jobbe? I Stangesaken fikk vi hjelp både fra Storting og departement, og til og med Fylkesmannen snudde til slutt. Men Psykologforeningen står på sitt, der var det aldri noe hjelp å få. Hvorfor er det slik?

MYE MAKT I DIAGNOSTISERING

Det ligger mye makt i diagnostisering. Som Zimmermann skriver: «Psykologer er, ved siden av leger, den yrkesgruppen som i kraft av sin grunnutdanning har diagnostisk kompetanse når det kommer til psykiske lidelser.» Diagnostisk kompetanse gir makt og posisjon, og mange psykologer har bygget opp sin identitet rundt dette. Å si at diagnoser ikke er så viktige likevel, vil for noen muligens fremstå som en identitetskrise, ikke minst for Psykologforeningen selv. Det er også urovekkende

når vår nye generasjon psykologer lærer at kartlegging, diagnostikk og påfølgende metodikk er den eneste måten å hjelpe folk på. En student sa til meg for ikke lenge siden: «Hvis vi ikke skal kartlegge og diagnostisere, hvordan vet vi hva vi skal gjøre da?» Det er et skremmende utsagn for fremtiden. Studenter burde lære om mennesker, relasjoner og endringsprosesser i vid psykologisk forstand, ikke en teknisk fremgangsmåte der man følger en «oppskrift». Det er absolutt ingen tjent med.

Psykologforeningen har satset mye på den medisinske modell og tilhørende diagnoser i sin iver etter å gi psykologer makt og posisjon på linje med legene. Det har de langt på vei lyktes med. Ikke minst har det vært en viktig lønnsstrategi, muligens så viktig at Psykologforeningen ikke vet hvordan de skal forhandle psykologers lønn uten diagnosene, og derfor holder de så hardnakket på dem. Rune Flaaten Bjørk skriver godt om psykologers makt i tidsskriftet i november i fjor under tittelen Maktkamp om psykologtittelen. Flaaten Bjørks innlegg handler ikke om diagnoser, det handler om at vi psykologer må se på oss selv med et kritisk blikk når det gjelder bruk av makt. Og bruk av diagnoser er et maktmiddel.

Hvis vi skal beholde troverdighet og faglig integritet, må Psykologforeningen endre strategi. Zimmermann og Psykologforeningen må, som Fylkesmannen, innse at verden går videre. Jeg er stolt over å være psykolog når jeg baserer det jeg gjør, på psykologisk kunnskap, erfaringskunnskap, gamle innsikter og ny forskning. Og jeg vet at det finnes mange psykologer som baserer sin praksis på noe annet enn diagnosene. La fremtidens psykologer utvikle en identitet de kan være stolte av, og som er det verden trenger og ønsker. ✕

REFERANSER

- Zimmermann C., Aubert, I. (2020). Ikke opp til pasienten. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(6), 452–453.
- Hatling, T. (2017). Forsøker å rydde opp i uklarheter om dokumentasjon og diagnostisering. *Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid*. <https://www.napha.no/content/21888/Forsoker-arydde-opp-i-uklarheter-om-dokumentasjon-og-diagnostisering>

- Valla, B. (2020). Voksende bevegelse for å gå bort fra de psykiatriske diagnosene. *Mad in Norway*. <https://madinnorway.org/2020/02/voksende-bevegelse-for-a-ga-bort-fra-de-psykiatriske-diagnosene/>

Inntrykk

Bokessay, anmeldelser og forfatterintervjuer



”

En bred oversikt over
cannabisens funksjon
i samfunnet

Les anmeldelsen av Cannabisboka på s. 537.

METATANKER

En enkel løsning på et komplekst problem vekker både nysgjerrighet og skepsis hos psykologspesialist Filip Myhre. Han har anmeldt boka *Lev mer tenk mindre* av Pia Callesen.

Les anmeldelsen på s. 538

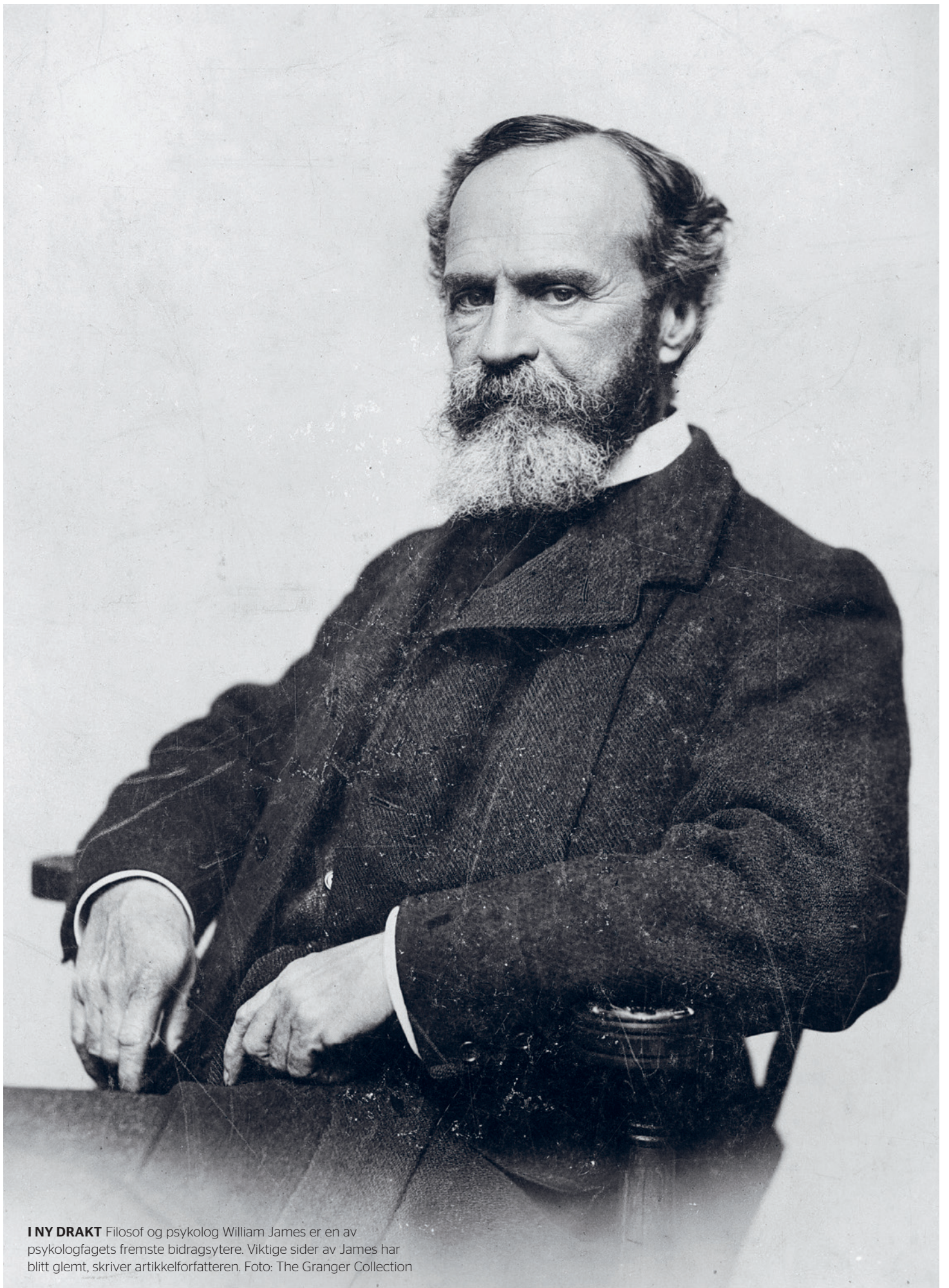
Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Ønsker du å anmelde fagbøker for Psykologtidsskriftet eller har du tips til bøker som bør omtales? Ta i så fall kontakt med redaksjonen. 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.



I NY DRAKT Filosof og psykolog William James er en av psykologfagets fremste bidragsytere. Viktige sider av James har blitt glemt, skriver artikkelforfatteren. Foto: The Granger Collection

En mann for vår tid

William James er en av psykologiens pionérer. Men er tenkningen hans fortsatt relevant i dag? Den amerikanske filosofen John Kaag hevder at James kan hjelpe oss å finne mening i tilværelsen – og i beste fall redde liv.

Kaags bok er en kortfattet og engasjerende innføring i William James' liv og tenkning. Den heter *Sick souls, healthy minds: How William James can save your life* (Kaag, 2020). Når jeg leser den slår det meg at viktige sider av James har blitt glemt av faget vårt. Gjennom min utdanning har jeg kun møtt ham i små bruddstykker, gjerne med henvisning til emosjonsteorien hans eller til at han er religionspsykologiens far. Historisk interessant, har jeg tenkt – men kanskje ikke så engasjerende? En av styrkene til Kaags bok er at den kan hjelpe oss til å se at han har en mye mer direkte relevans for livet enn det man skulle tro ut fra psykologihistoriske fremstillinger.

DETERMINISMENS DILEMMA

Våren 1870 var William James en plaget ung mann. Han hadde fullført medisinstudiene,

men var ikke sikker på hvilken vei han skulle velge videre. Han hadde lenge slitt med synsforstyrrelser, hodepine, ryggplager og fordøyelsesproblemer. I tillegg var han nedstemt, urolig, irritabel og selvkritisk. Ulike vann- og hvilekurer ved europeiske kurbad hadde ikke vært til hjelp. I mars døde en kusine han var svært knyttet til (Richardson, 2006). Dette tapet var en mulig utløsende faktor for det som skulle bli hans største krise. Han opplevde et psykisk sammenbrudd som han senere skildret i all sin gru i *The varieties of religious experience* (James, 1985). Og for Kaag står dette sammenbruddet sentralt både for å forstå hvem James var og hva han fortsatt kan ha å si til oss i dag.

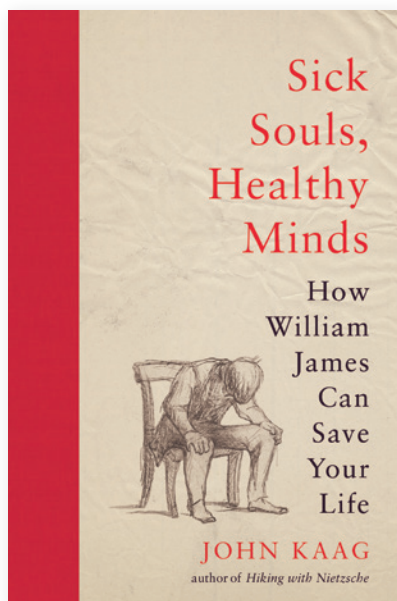
I tekstene til James møter vi en romslig forfatterstemme som lite menneskelig er fremmed for. På levende vis inviterer han oss til å komme tett på hverdagslige opplevelser: Nølingen med å stå opp fra en varm seng en kald morgen, veg-

TEKST Jon Vøllestad, psykolog ved Solli DPS og førsteamanuensis II ved Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen





James viser oss også at mørke og vonde tilstander kan være innenfor



BOK *Sick Souls, Healthy Minds: How William James Can Save Your Life*
FORFATTER John Kaag
FORLAG Princeton University Press
ÅR 2020
SIDER 224

ringen mot å gå i gang med dagens arbeidsoppgaver, eller den kognitive famlingen når en har et ord man forsøker å huske så og si på tungespisen. Han viser oss også at mørke og vonde tilstander kan være innenfor opplevelshorisonten til folk flest.

William James hadde hatt en privilegert men rotløs oppvekst. Som ung mann strevde han med å finne fotfeste i tilværelsen. Fra sin dominerende fritenker av en far hadde unge William fått innprentet at både frihet og åndelighet var avgjørende dimensjoner i menneskelivet. Han begynte å studere naturvitenskap ved Harvard da striden om evolusjonsteorien raste på sitt mest intense. James trodde at Darwin hadde rett, men så samtidig at tankene hans førte med seg en mulig determinisme som truet menneskets frie vilje. Det rystet ham dypt.

I følge filosofen James Campbell (2017) er det store spørsmålet for William James nettopp vår plass i det naturlige kosmos. Hvordan forene det nye vitenskapelige verdensbildet med et rom for menneskelig tro, frihet og subjektiv mening? Vil et empirisk ansvarlig blikk på virkeligheten tvinge oss ut i pessimisme og resignasjon? Eller kan vi fortsatt bevare en verden av håp og muligheter? Denne spenningen løper gjennom hele hans intellektuelle og moralske prosjekt (Campbell, 2017).

Det er i lys av dette determinismens dilemma Kaag forstår det psykiske sammenbruddet som mange år senere formidles til leserne av *The varieties of religious experience*. Her beskriver James et syn han fikk av en epileptisk og sannsynligvis også psykotisk pasient han hadde møtt på et asyl (se James, 1985, s. 160). For James ble denne pasienten et bilde på determinismen i menneskelig form. Våre liv er bestemt av materielle krefter som vi ikke er frie til å velge våre responser på. Når vi erkjenner dette, åpnes det opp en avgrunn i tilværelsen. Kaag hevder således at James på dette viset ga uttrykk for den eksistensielle angsten i sin rene form, nesten hundre år før Sartre.

Et sentralt trekk ved James er evnen hans til å vende lidelse til intellektuell og emosjonell vekst (Richardson, 2006). Mest sannsynlig hadde han en slags åpenbaring da han leste den i dag glemte franske filosofen Charles Renouvier den tunge våren 1870. Renouvier tok den frie viljen i forsvar mot datidens rådende positivisme. Han mente at et individ kunne hevde sin frihet ved å bryte mekaniske kausalkjeder, og dermed forårsake nye rekker av fenomener som ikke var forutbestemt. Kaag ser James' lesning av Renouvier som en slags gjenfødelse. Den ledet ham ut av hans deterministiske dilemma, og åpnet et rom for spontanitet, sjansespill og tilfeldigheter i menneskelivet. På den måten fant han energi og retning for sine egne prosjekter. Han erklærte at «min første frie viljeshandling skal være å tro på den frie viljen» (Kaag, 2020, s. 49). Mye av hans tenkning er slik Kaag skildrer det et forsøk på legge til rette for et aktivt og engasjert menneskeliv, tross grunnleggende uvisshet. Sjelden har vi sikker viten når vi skal velge vei i livet. Men livet krever av oss at vi handler like fullt, at vi kaster oss inn i striden og forplikter oss, uten at vi har hele bildet klart for oss.

Påstanden om at det å lese James kan redde liv, høres nok *vel* dramatisk ut. Men Kaag holder fra begynnelsen fokus på at selvmordet kan bli en mulig løsning når mennesker mister mening og retning. Slik gjør han det klart hva som står på spill. James opplevde selv en grad av fortvilelse som gjorde at han vurderte å gjøre slutt på livet, men klarte å arbeide seg ut av håpløsheten på en måte som har inspirert Kaag og som kan inspirere andre.

Historier om plutselige omvendelser må vanligvis tas med en klype salt. Kanskje gjelder det også James. For eksempel viser Menand (1998)

at kronologien når deg gjelder James' «krise» og «gjenfødelse» er uklar. Det skjedde også andre ting i samme periode som hjalp James å komme i gjenge. Han fikk en solid mestringsopplevelse da han begynte å undervise ved Harvard. Han traff kvinnen som skulle bli hans kone og livslange støtte. Og han fikk tilbud fra forleggeren Henry Holt om å skrive en lærebok i psykologi. *Principles of psychology* tok riktignok tolv år å skrive, men ble etter utgivelsen raskt både en bestselger og en klassiker i faget.

BEVISSTHETSSTRØMMEN

Principles of psychology ble skrevet for å gjøre psykologien vitenskapelig, uten å gå i reduksjonismegrøften. I tillegg forsøkte James å besvare det som i dag gjerne omtales som «the hard problem»: Hvordan gir livets biologiske prosesser opphav til menneskelig bevissthet? James er i ettertid blitt stående fremfor alt som bevissthetsstrømmens psykolog. Det skulle en gjerne tro var mer overfladisk enn å være en utforsker av sinnets mørke dyp – men slik er det ikke for James. Overflaten er langt mer kompleks enn vi tror. For ham er bevisstheten først og fremst en prosess i stadig endring som våre ord og begreper ikke fullt ut kan yte rettferdighet.

Han er til tider krass i omtalen av sin egen tids rådende laboratorieforskning på sinn og bevissthet. Den objektive og analytiske tilnærmingen hadde sin plass, men det innebar også en tingliggjøring av fenomenet som kunne føre til at en mistet av syne det vesentlige ved bevissthetens natur.

For James er erfaringen vår kjennetegnet av en serie av «flyvninger og landinger», hvor vi vekselvis samler oss om noe og så drives videre. I tillegg er bevissthetsfeltet ofte diffust, og James er like opptatt av hva som foregår i overgangene og randsonene som av hva som skjer i fokusområdet. På denne måten sørget han for å rydde plass til det vage, det forgjengelige og det vanskelig definerbare i hjertet av både den menneskelige erfaring og psykologifaget. Her treffer han godt lesere som Kaag og meg selv, som gjerne trenger at vitenskapen anerkjenner dette elementet av uhandgripelighet i livet før vi kan begynne å lytte til dens teorier og modeller.

EMOSJONENE

James er også emosjonenes psykolog. Snarere enn å lage et klart skille mellom tanker og følelser, så la han vekt på at fornuften er sammen-

vevd med kropp og affekter. I James-Lange-teorien har vi lært noe om at vi ikke løper fordi vi er redde, men er redde fordi vi løper. Selv synes jeg dette var litt uklart når jeg fikk det presentert som grunnfagspensum. Men før James var det vanlig å anta at en emosjon var en kognitiv respons på en situasjon (Richardson, 2006). James var ikke helt uenig i det, men han ville ha resten av vårt kroppslige vesen med i prosessen. I denne forstand utfordret han kropp-sinn-dualismen, og var ifølge Kaag en forløper for det vi i dag gjerne kaller «embodied cognition».

Dersom rasjonaliteten reduseres til logiske prosedyrer, så mister vi av syne hvordan intellektet vårt virker. Vi er handlende mennesker med preferanser, verdier og lidenskaper- og når vi tenker på noe så har vi hele oss selv med i prosessen. Erfaringen vår er først og fremst nær, intim og personlig. Det *føles som* noe å tenke og huske. Selv det mest abstrakte resonnement er ledsaget av fysiologisk aktivering. Subjektiviteten vår er kjennetegnet av skiftende mønstre av intensitet og varierende grader av klarhet, vi erfarer til enhver tid energi og spenning både i kroppen og bevissthetsfeltet. Mange vil hevde at James i sin skildring av dette følelsesladete førstepersonsperspektivet foregrep fenomenologien som metode.

Å tenke og å handle innebærer å hele tiden være i livets strøm, uten full kontroll eller oversikt, hele tiden på øyeblikkets knivsegg mot en uvisst fremtid. Her kan følelsene ifølge James være veivisere for oss, ved at vi kjenner oss mest vitale når vi er på vårt rette spor i livet. Men han er også åpen for at følelsene kan bli både forstyrrende og overveldende, og tilbyr mer stoiske råd om hvordan de best kan utholdes eller reguleres. Da handler det gjerne om ved viljens hjelp å bruke kroppen til å endre egne affektive tilstander – som å rett og rygge eller glatte ut bekymringsrynkene når du kjenner deg nedfor.

VANENS MAK

Som vi har sett er menneskets frihet vesentlig for James. Det å finne gode måter å håndtere følelseslivet på er et område hvor denne friheten kommer til uttrykk. Han var også en talsperson for å organisere livet ut fra gode vaner. Her foregriper han senere godt etablerte psykologiske prinsipper som hebbiansk læring og nevralt plastisitet: gjennom repetisjon kan



vi bygge opp nye nettverk og tilbøyeligheter til handling. I denne forstand kan *Principles* leses som selvhjelpsbok – kapittelet om vanen gir gode råd også i dag.

Samtidig skal en ikke lese mye om James før en forstår at vektleggingen av vanen var et forsøk på å skape orden og oversikt i eget liv. Det var et liv som ofte var preget av rastløshet og motstridende impulser. Når James snakker om menneskelig sårbarhet, så klinger det all tid med en egenerfaring om at det slett ikke er lett å endre seg. Det gjør de ulike selvhjelpsteknikkene han tilbyr i for eksempel *Principles* lettere å forholde seg til enn om de kom fra en som selger raske løsninger.

KAAGS FORM

Kaag bruker i likhet med James seg selv som eksempel. Han har gjort seg en karriere på å fortelle filosofihistorie med en personlig vinkling. I de foregående bøkene hans *American philosophy: A love story* og *Hiking with Nietzsche* får vi levende innføringer i tenkere, men historien fortelles også på et personlig plan. Kaag er her rimelig selvutleverende, om egne familieforhold, om sitt tidvis turbulente kjærlighetsliv, og om sitt eget strev for å finne mening i tilværelsen.

Sammenlignet med de to foregående bøkene, så trer han selv litt mer i bakgrunnen denne gangen. Når han er til stede, så synes jeg hans bruk av egne erfaringer bidrar til å illustrere viktige poenger i James' tenkning. Han beskriver hvordan han forsøkte å ta i bruk James' prinsipper om fri vilje, aktivt engasjement, følelsesregulering og gode vaner. Men til tross for iherdige forsøk på selvivaretagelse gjennom rutiner, yoga og løpeturer, så slet Kaag fortsatt med å finne seg til rette i eget liv. Dette endret seg når han fikk grep om en annen strømning i James' forfatterskap, som handler om noe annet enn strategier for å forbedre seg selv.

OPPMERKSOMHETEN

William James er nemlig også oppmerksomhetens psykolog. Oppmerksomheten er et aktivt og selektivt element, hvor hele vår virkelighetsoppfatning formes av hva vi retter oppmerksomhet mot. Derfor er det viktig å velge dette med omhu. Men oppmerksomheten står i James sin tenkning også som en motvekt til vilje og kontroll.

Han er opptatt av oppmerksomhet i betydning åpenhet for eksistensen, som evnen til å ha en mottakelig og ikke-dømmende holdning til livet slik det utfolder seg. Her kan vi lett se koblinger til såkalte «tredje-bølge»-tilnærminger innen kognitiv atferdsterapi, som ser det menneskelige som en dialektikk mellom endring og aksept, mellom målrettet strev og det å åpne opp for å bare være. Kaag får godt frem hvordan denne mindre vektlagte tendensen hos James fikk stor betydning for ham personlig.

Slik Kaag selv har erfart det, så kan en slik holdning være til hjelp for en grublende og bekymret person som har lett for å bli sittende fast i sitt eget hode. Det kan gi en erfaring av at det går over, uten at vi roter det til for oss ved å forsøke å fikse det. Men det peker også på et annet potensiale: muligheten for å erfare verden på en ny måte.

James selv var åpen for det mystiske, og skal ha hatt en dyp naturopplevelse under en fottur i fjellene som påvirket ham sterkt. I det mystiske erfarer vi oss som del av noe større, på en måte som er vanskelig å passe inn i ord, begreper eller systemer. Den språkløse erfaringen av at virkeligheten er noe mer enn våre modeller av den kan romme, kan riktignok være skremmende. Men for James er det like mulig at det kan inngi tillit, takknemlighet og undring. Slike dype opplevelser av tilhørighet blir en del av Kaags forklaring på hvordan James kan gi mot og håp til å fortsette når livet blir vanskelig.

ET ÅPENT SINN

James' lærdom og intellekt er imponerende. Men i dag har vi kanskje enda mer å lære av nysgjerrigheten og evnen til å ikke konkludere for raskt. Han var i besittelse av det den romantiske poeten Keats kaller «negative capability» – evnen til å hvile i det uvisse uten å måtte ty for hurtig til fakta og fornuft. Han var også åpen for nye måter å arbeide med sinnet på for å tilrettelegge for et skift ut av nevrotisk selvfokus og selvfordømmelse.

Selv om han aldri arbeidet klinisk selv, var James en ivrig prøvekanin for tidlige varianter av psykoterapi eller «mind cures» som de da ble kalt. Han var tilhenger av fysisk aktivitet og avspenning for å lindre egne plager, men også for å motvirke det han anså som et kulturelt sykdomstegn i Amerikas ensidige fokus på hvileløs aktivitet og prestasjoner.

For min egen del går James' åpenhet og entusiasme noen ganger lenger enn jeg selv er

komfortabel med ut fra eget lynne. For eksempel kan hans åpenhet for det parapsykologiske og det religiøse være utfordrende for en ateist som meg. Men her hjelper det at han nærmer seg disse feltene først og fremst psykologisk, i et forsøk på å forstå hva det er i oss mennesker som søker mening i det overnaturlige og hinsidige. Som han selv fremstiller det, så handler det jo ofte om «den syke sjelens» rop om hjelp. Slik sett er det for James ikke så stor forskjell på religion eller andre meningsskapende systemer, som politisk ideologi eller psykoterapi. Og han var av natur svært motvillig til å sette seg til doms over andres løsninger på meningsløshetens problem – kanskje et eksempel til etterfølgelse for både troende og ikke-troende? Hvilket bringer oss til et siste punkt i hvordan James fortsatt har verdi for oss i dag – nemlig hans nyanserte forståelse av sannheten som noe som er vanskelig å enes om.

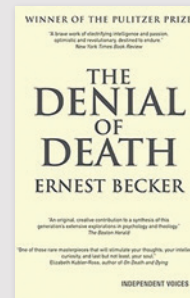
IKKE RELATIVIST

I tillegg til bidragene vi allerede har sett på, er James blant opphavspersonene til den filosofiske retningen pragmatisme. Pragmatisme legger vekt på at sannhet ikke er et spørsmål om å få begreper og teorier til å speile virkeligheten. I stedet må hva som er sant forstås ut fra sine praktiske effekter, det vil si hvordan våre modeller setter oss i stand til å løse problemer i virkeligheten. Kaag får godt frem hvordan dette er et forsøk fra James sin side på å få psykologi og filosofi ned fra elfenbenstårnet og ut på gaten. Handlingsvalg skjer som oftest under suboptimale betingelser. Det finnes heller ikke noe guddommelig utkikkspunkt fra hvor vi kan avgjøre hvem som har rett og galt. I enhver strid om hva sannheten skal være, så er aktørene involvert med hele seg – sjelden bare med sin rene fornuft.

James ble i sin tid anklaget for å være en relativist med en «anything goes»-holdning. Dette forsøkte han alltid å forsvare seg mot. Han så aldri på vitenskap eller kunnskap som rene maktstrategier. Og han trodde at en gjennom prøving og feiling gradvis kunne nærme seg sannheten. Men James var samtidig ikke villig til å godta forsøk på å selge inn bestemte modeller som seierherrer i kampen om å beskrive virkeligheten. For ham var det for tidlig å konkludere.

Han insisterte også på at ulike sannheter kan fungere for ulike personer. Herunder fin-

KLASSIKEREN



Becker avkler det innerste i mennesket

Ernest Becker: *The Denial of Death* (1973)

I studietiden ble jeg kjent med en greker som jobbet i disken der jeg kjøpte min faste taco. Denne grekeren var glad i Homer, Dostojevskij og Ingmar Bergman, særlig Bergman. Han og jeg ble gode venner. Da han forlot Bergen for å studere klinisk psykologi i Edinburgh, kjøpte han en bok til meg. Boka het *The Denial of Death*. Den var skrevet i 1973 av forfatteren og antropologen Ernest Becker, og vant Pulitzerprisen i 1974.

Boka var en vitamininnsprøytning for meg som student, som var mett på forskning om sære avgrensede spørsmål med praktisk talt ubetydelige effektstørrelser, og mett på lære om deskriptive diagnoser. Her var dype eksistensfilosofiske utledninger og psykoanalytiske teorier i eggende synteser. Jeg leste boken med en blanding av fascinasjon, frykt og fornemmelsen av et hjerte som slo litt hardere. Lesningen ga en opplevelse av konfrontasjon og avkledning. Og det er sikkert mange lesere som kan relatere: Når livsløgnen og angstdempende forsvarsverk mot personlige sannheter får et skudd for baugen. Det kan høres dramatisk ut, og det var det jo, for en mann som ufrivillig uvitende og forurettet søkte sannheter om livet og seg selv i bøkene.

The Denial of Death er skrevet med hyppige referanser til Freud og Fromm, Kierkegaard og Norman Brown, Otto Rank og William James. Becker påpeker feil i Freuds teori og kretser rundt et sentralt problem i den menneskelige tilstand ved hjelp av parallelle, dialektiske ordpar. Han drøfter mennesket som biologisk og symbolsk; som nødvendighet og mulighet; som kosmisk ubetydelig og betydelig; som dødelig og udødelig. Galskap og psykisk lidelse tegnes deretter opp som logiske følger ved vår tilstand.

Peter Haugene, psykolog ved Institutt for psykologisk rådgivning i Bergen, utfordrer psykologspesialist Florian Johannes Richarts til å ta stafettspinnen videre.



James sykelligjør ikke. Et plaget sinn er ikke til hinder for å finne mening eller å komme med viktige bidrag

ner vi hans syn på tro som noe vi kan velge, selv om vi ikke er sikre på det – og som vi gjennom valget kan bidra til å realisere for oss selv i verden. Kaag peker her på at dette strekker seg langt utover vitenskapsteoretiske debatter. Det har også betydning for hvordan vi nærmer oss relasjoner, som er noe vi går inn i uten perfekt kunnskap og med høy grad av uvisshet.

Personlig synes jeg at et slikt pragmatisk kunnskapssyn gir mening. Verden er et lappeteppe av motstridende perspektiver. Selv angivelig evidensbaserte prosjekter som vårt eget fag, bygger langt oftere på lidenskap og subjektive preferanser enn på nøkterne analyser av foreliggende empiri.

FORBAUSENDE AKTUELL

James sykelligjør ikke. Et plaget sinn er ikke til hinder for å finne mening eller å komme med viktige bidrag. Samtidig er det ikke slik at James romantiserer den lidende sjelen. Han minner oss om at det finnes ulike mennesketyper, og at verken de sunne eller de syke sinn kan ha hele definisjonsmakten.

Hans verk er også en påminnelse om at dersom en filosofi eller psykologi skal være relevant, så må den hjelpe oss å leve bedre. Det er også en oppfordring til faget vårt om å ikke fastne i sine begreper og teorier og modeller. Videre finner vi en invitasjon til å jobbe med oss selv for å etablere gode mønstre – samtidig som selvforbedringen ikke må ta overhånd. En sunn personlig teori og praksis må gi rom for spontanitet, hengivelse og åpenhet for det verden har å by på.

Å lese William James er å møte et spennende sinn. Han står frem som menneskelig gjennom sin sårbarhet, sine skiftende selvtilstander, sin rastløshet og sin vitalitet. Forfatterstemmen hans er ledig, vennlig og oppriktig utforskende. Han prøver aldri å tvinge leseren inn i noe teoretisk system. Han ønsker i stedet å holde både faget og livet åpent fordi det er så mye vi ennå ikke vet. Han er en samtalepartner som jeg tror svært mange i dag ville finne forbausende aktuell for vår egen tid. Det er å håpe at mange vil la seg invitere inn, enten gjennom Kaags fine lille bok eller ved å oppsøke James i originalversjon. ✕

REFERANSER

- Campbell, J. (2017). *Experiencing William James. Belief in a pluralistic world*. Charlottesville: University of Virginia Press.
- James, W. (1985). *The varieties of religious experience. A study in human nature*. New York: Penguin
- Menand, L. (1998). «William James & the case of the epileptic patient». *New York Review of Books*, 17.12.98.
- Kaag, J (2020). *Sick souls, healthy minds. How William James can save your life*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Richardson, R. D. (2006). *William James. In the maelstrom of American modernism*. Boston, MA: First Mariner Books.

Cannabiskunnskap

Bretteville-Jensen og Bramness planter cannabisen i kulturen i en leservennlig og solid antologi.

CANNABISBOKA ER EN bredt anlagt artikkelsamling, der norske forfattere skriver om cannabis, hovedsakelig ut fra et samfunns-perspektiv. Redaktørene Anne Line Bretteville-Jensen og Jørgen G. Bramness er kjente og anerkjente forskere, og står bak en rekke forskningsarbeider og publikasjoner om cannabis og andre rusmidler. Kapitler om jus, mediedebatt samt utbredelse av bruk i Norge og andre land gir en bred oversikt over cannabisens funksjon i samfunnet. Det kliniske perspektivet kommer også inn gjennom kapitler om behandlingsmetoder, cannabiskultur og skadevirkninger. Medisinsk bruk, trafikkfarlighet og syntetiske cannabinoider har fått egne kapitler. Disse er grundige og opplysende ut fra ny forskning. Boka er nyttig bakgrunnskunnskap for psykologers praksis og generelt for å forstå dagens mediedebatt om cannabisbruk. For en som har arbeidet lenge med rusbehandling og formidling av cannabiskunnskap i spesialisthelsetjenesten, gir boka god oppdatering.

SAMFUNNSPERSPEKTIV

I det første kapitlet viser Øystein Skjælaaen hvordan mediedebatten de siste seks tiårene har speilet samfunnets forståelse av cannabisbruk. Videre presenterer Thomas Anton Sandøy og Ragnar Hauge juridiske aspekter ved cannabisbruk. De skiller mellom *nedkriminalisering* – stadig lavere straffeutmåling over tid, *avkriminalisering* – besittelse og salg flyttes fra kriminallovgivning til sivilrett, men er fortsatt ulovlig, og *legalisering* – bruk og besittelse – blir lovlig. Denne redegjørelsen fant jeg spesielt nyttig for å forstå nåtidens debatt om rusreformen.

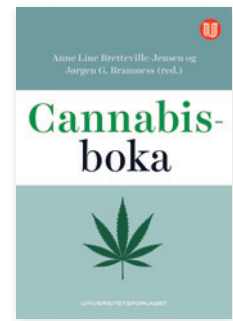
VERDILADET

I kapittel 12 av Bretteville-Jensen og Astrid Skretting deles cannabisbruk inn i kategorier som for meg gjenspeiler verdistandpunkter. De skiller mellom *eksperimentell bruk* – kortvarig utprøving av cannabis, *rekreasjonsbruk* – man har kontroll på bruken og livet for øvrig – og *problembruk*; når forbruket er høyt, kontroll er liten og identiteten ofte subkulturell. Betyr ordbruken i dette kapitlet at noens bruk er greit, men at andre har problem med bruken? Eller er det samfunnet som har problem med noen av brukerne? Å referere til brukshyppighet hadde vært mer deskriptivt og nøytralt enn de nevnte inndelingene.

Bramness og Ingeborg Rossows kapittel omtaler skadevirkninger av cannabisbruk, og beskriver her avhengighet som todelt: fysisk og psykisk. Denne todelingen av avhengighet oppfatter jeg som utdatert. De diagnostiske avhengighetskriteriene fra ICD-10 illustrerer at fenomenet «avhengighet» regnes som et samspill av atferd, kognitive faktorer og fysiologisk abstinensstilstand. Dette beskrives i kapittel 7, der skribentene redegjør for behandling av skadelig bruk og avhengighet. Den tverrfaglige forståelsen gjenspeiles også i organiseringen av rusbehandling i Norge, som er satt sammen av psykologiske, sosiale og medisinske fag.

SOLID

Boka gir alt i alt en solid historisk oversikt og har faglig bredde. Alle temakapitlene er grundig vitenskapelig forankret, med gode kildehenvisninger og anerkjente forfattere. Kapitlene er oversiktlige, passe lange og avslutter med en ryddig oppsummering og referanselister. Organiseringen av boka gjør den oversiktig og leservennlig. ❌



BOK Cannabisboka
FORFATTER Anne Line Bretteville-Jensen og Jørgen G. Bramness (red.)
ÅR 2019
FORLAG Universitetsforlaget
SIDER 248

ANMELDT AV
 Helga Tveit,
 psykologspesialist

Metakognitive lovord

Å forenkle komplekse terapeutiske fenomener har sine fordeler. Men å devaluere andre terapiformer er mindre konstruktivt.



BOK *Lev mer tenk mindre*

FORFATTER

Pia Callesen

ÅR 2019

FORLAG Cappelen Damm

SIDER 160

«**DROPP GRUBLERIENE** og slipp fri fra nedstemthet og depresjon med metakognitiv terapi», loves det på forsiden av boka *Lev mer tenk mindre* av Pia Callesen. En enkel løsning på et komplekst problem vekker både nysgjerrighet og skepsis hos en som jobber med behandlingsresistente tilstander.

I forordet utelukkes de fleste kjente forklaringer på hva som er drivere for psykisk uhelse. Årsaken til lidelsene er i stedet «... først og fremst feilslåtte mentale og atferdsmessige strategier, helt i tråd med Adrian Wells' teorier». Videre konkluderes det med at metakognitiv terapi overlegent har «bedre effekt mot depresjon enn noe annet som hittil er observert». En munnfull der, altså, for styrelederen i Norsk Institutt for ISTDP. Jeg er vant med å arbeide ut ifra en modell som omhandler årsaker og drivere til «feilslåtte strategier», men blir nysgjerrig på potensielle fordeler og kostnader ved å utelate en dynamisk forståelse av psykisk uhelse.

SAVNER FORBEHOLD

Tidlig i boken blir fordelene med en modell som så tydelig avgrenser seg fra en dynamisk årsaksforståelse, fremtredende for meg. Fra været av motsetninger, dilemmaer og problematiseringer er befriende når man ønsker å tilegne seg ny lærdom. Den metakognitive modellen presenteres på en oversiktlig og god måte. Begreper, nivåer og mekanismer eksemplifiseres gjennom relevante, kliniske eksempler og beskrivelser fra pasienter som har vært i metakognitiv terapi. Leseren får en lettfattelig og forståelig introduksjon til kjernebudskapet som går ut på at «... man får det bedre ved å gjøre *mindre* – ikke mer – med tankene og følelsene sine», og at man selv har fullstendig kontroll over sine egne mentale prosesser.

Boken berører i liten grad kostnadene ved å fremstille veien inn og ut av psykiske plager på

denne måten. De som ikke har, eller gjennom boken får, denne distansen til egne, mentale prosesser, tilføres ytterligere en stein til byrden: Du har ledet deg selv inn i dette uføret, og du burde selv klare å komme deg ut! Jeg savner flere forbehold i boken. Eller mener forfatteren at det ikke finnes mentale prosesser som på et gitt tidspunkt har makten over en? Jeg håper ikke det, og velger heller å tro at dette perspektivet utelates fordi det vil gå på bekostning av enkelhetens appell.

OGSÅ FOR TERAPEUTER

Selv om boken nok primært er skrevet som en selvhjelpsbok, vil den også kunne ha nytteverdi for de som ønsker en introduksjon til metakognitiv terapi fra et behandlerperspektiv. Prinsipper og intervensjoner er beskrevet på en måte som gir grunnlag for å vurdere om denne behandlingstilnærmingen er noe man ønsker å fordype seg i. Å hjelpe pasientene våre med å observere og forstå hvordan de forholder seg til sine mentale prosesser, samt å øke bevisstheten vår rundt destruktiviteten i grublerier, bekymringer, kontrollatferd og uhensiktsmessig mestring, er uten tvil nyttig uavhengig av hvilken modell man har som utgangspunkt for sitt terapeutiske virke. Enkelheten, tydeligheten og eksemplifiseringen av dette budskapet gjør det mulig å sette noe av denne kunnskapen ut i praksis ganske umiddelbart.

Om forenkling av komplekse terapeutiske fenomener har tydelige fordeler knyttet til seg, så gjør forenkling og devaluering av andre modeller bokens innhold mindre tilgjengelig for oss utenfor menigheten. Dette blir særlig tydelig i første del av boken, der metakognitiv terapi sammenlignes med andre måter å forstå og arbeide med psykiske vansker på. Den metakognitive modellen, og bokens formidling av den, står seg godt på egen hånd, så det bør ikke være behov for å sparke hverken oppover eller nedover. ❌

ANMELDT AV

Filip Myhre, psykologspesialist ved Norsk Institutt for ISTDP

MINNEORD

TURID NICOLAISEN

1960–2020



VÅR KJÆRE KOLLEGA Turid Nicolaisen døde den 15. mai. Hun skulle fylt 60 år den 14. juli i år.

«Dette kan jeg gjøre», tenkte 19-årige Turid etter å ha lest Marie Cardinals *Gjennom ordene*, og bestemte seg der og da for å bli psykolog. Det krevde mot av henne å gjøre klassereisen fra foreldrenes småbruk. Fra tidlig barndom passet Turid andres barn, og som psykolog var hun alltid engasjert i de minste. Hun begynte å arbeide med barn, først som PP-rådgiver, senere som psykolog på Statens senter for barne- og ungdomspsykologi (SSBU) og deretter som psykolog ved Familievernkontoret i Asker og Bærum. I 1997 ble hun spesialist i barne- og ungdomspsykologi, og fordypet seg i psykodynamisk terapi ved SSBU med undervisning på Nic Waals Institutt. Senere fordypet hun seg i barneanalyse ved Norsk forening for psykoanalytisk terapi for barn og ungdom. I de senere år tok Turid den psykoanalytiske utdanningen ved Norsk psykoanalytisk institutt. Bare det skriftlige arbeidet gjensto.

Fra 1998 arbeidet hun som avtalespesialist, hvorav de siste 11 årene hos oss i Leiefellesskapet i Professor Dahls gate. Hun kjempet for at den psykoanalytiske forståelsen skulle bli flere til del, og ble leder for Norsk forening for psykoanalytisk terapi for barn og ungdom. Der gjorde hun en enorm og utrettelig innsats, og bidro til å etablere en utdanningsinstitusjon for leger og psykologer i psykoanalytisk orientert terapi for barn og ungdom. Ved instituttet var hun både lærer og veileder. Hun har blitt kalt selve «moderskipet» i dette arbeidet. Turids betydning for å styrke kunnskap om terapi med barn og ungdom kan neppe overvurderes. Slik spilte hun en svært viktig rolle for vårt fag.

Turid var en usedvanlig dyktig psykolog. I det kliniske rommet evnet hun å se det unike og verdifulle i hvert barn. Hun kunne med sin sensitivitet og innlevelsesevne fange opp barnets opplevelsesverden, dets følelser og behov. Hun var vel innforstått med barnets ubevisste prosesser og dets primitive språk, det infantile i menneskesinnet, noe hun også tok med seg i forståelsen av behandling av voksne. Med sin ro og evne til å lytte grundig skapte hun et rom som gjorde at barnet kunne

åpne opp og uttrykke seg gjennom lek og språk. I timene tenkte hun høyt, og fant fram til de rette ordene som gjorde at barnet følte seg møtt og forstått. Hun sto tålmodig i de vanskelige følelsene barnet ikke selv kunne bære, og ga dem tilbake i et tempo som barnet kunne tåle. Hun evnet også å få barn og foreldre til å snakke sammen.

Hun var en av de få barnepsykologene i Norge som arbeidet trofast og helhjertet med langtidsterapi for barn og ungdom. Det er ikke få hun har hjulpet.

Turid var en vakker kvinne med bred livserfaring og mange rom inni seg. Hun holdt en høy faglig standard, og utstrålte tilstedeværelse, varme og ro i sitt hvilende blikk. Hun var intellektuelt skarpskodd og belest både i fag- og i skjønnlitteratur. Hun betydde mye for vårt kollegafellesskap. Leken og latteren var aldri langt unna på lunsjmøtene våre. Hun engasjerte seg i kultur, særlig i bilder, musikk og teater, og hadde sans for det vakre.

Det er ufattelig vanskelig å forstå at Turid ikke lenger er blant oss. Vi er takknemlige for alt hun har gitt. Vi har sett Turid på det sterkeste og på det mest sårbare, og vi savner henne dypt. Hun har satt spor i hver enkelt av oss. Våre tanker går til Herman og til resten av familien, som hun satte så inderlig høyt.

Britt Bonnevie og Karl Eldar Evang

Lyst til å lære deg skjemat terapi?

Skjematerapi er en integrativ og transdiagnostisk psykoterapimodell som benyttes i dag overfor barn, ungdom og voksne. Norsk Forum for Skjematerapi i samarbeid med Norsk Forening for Kognitiv Terapi arrangerer ny utdanning i skjemat terapi og gruppeskjemat terapi med oppstart 15. oktober 2020.

6 samlinger over et år, torsdag–fredag.
Bli med og lær deg en spennende og evidensbasert terapitilnærming.

Kursene er godkjent av Norsk psykologforening som 96 timers vedlikeholdsaktivitet.

Les mer på: www.psykologbehandling.no



OSLO, SKILLEBEKK, FROGNER

Vi har ledige kontorer i hyggelig tverrfaglig fellesskap. Hele eller halve dager, fra en til fem dager i uken.

For mer informasjon, ta en telefon til Arve på 924 97 111 eller Elisabeth på 924 33 652.
www.skillebekk-klinikken.no

PLASS I LANGTIDSGRUPPE, OSLO HOSPITAL

Mandager kl. 17:30–19:00. Kr 250 pr. gruppemøte.
Gruppepsykoterapeut Ragnhild Telhaug,
e-post ragnhildtelhaug@yahoo.com, tlf. 922 42 488.

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



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

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2020

SPESIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

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

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

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

SMÅANNONSER:

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

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 600, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 500. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no 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
8	17.07	03.08
9	19.08	01.09
10	17.09	01.10
11	16.10	02.11

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.

KURS I KLINISK SUICIDOLOGI FOR LEGER OG PSYKOLOGER SOM ARBEIDER MED VOKSNE

Fra selvmordsrisikovurdering
til behandling av kronisk suicidalitet

Tid/sted: 12.–14. oktober 2020,
Clarion Collection hotel Gabelshus i Oslo

Pris: kr 5 400,- inkl. lunsj, kaffe/te
Påmeldingsfrist: 14. august 2020

Spesialister i psykiatri og klinisk
psykologi vil bli prioritert.

For mer informasjon og påmelding:
www.selvmord.no

NSSF  Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

UiO : Universitetet i Oslo

Arbeider du klinisk med sorgproblematikk?

Da er utdanning i behandling
av komplisert sorg
noe for deg!

- 2 samlinger à 2 og 3 dager
- første samling 18.-19.11.
- veiledning mellom samlingene

Søknadsfrist 28.09.2020

www.uio.no/cgt

UiO : Universitetet i Oslo

NSSF  Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging



NKI
Norsk Karakteranalytisk Institutt
utdanning i karakteranalyse og kroppsorientert psykoterapi

To-årig grunnseminar

Oppstart Oslo november 2020, Bergen januar 2021 og Kristiansand januar 2021

Videreutdanning i karakteranalyse og kroppsorientert psykoterapi

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

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

Søknadsskjema og
ytterligere informasjon:
www.karakteranalyse.no
eller på telefon 412 56 600

Søknadsskjema sendes til
kontor@karakteranalyse.no

Søknadsfrist 1. september
for seminar med oppstart på
høstsemesteret og **1. november**
for seminarene med oppstart på
vårsemesteret.



Kurs for spesialister i voksen og barn/ungdom som ønsker vedtakskompetanse

Lovkurs; Tvangsvedtak i psykisk helsevern

Kurset retter seg mot psykologspesialister som jobber med barn/unge eller voksne, og som skal fatte tvangsvedtak. Kurset egner seg også som vedlikehold for spesialister som fatter vedtak.

Kurset tilfredsstillende kravene til lovkunnskap hos den faglig ansvarlige for vedtak innen psykisk helsevern. Det vil være innlegg fra aktører med ulike perspektiv på psykisk helsefeltet. Økt vektlegging på brukermedvirkning og medbestemmelsesrett medfører en styrket bevissthet. Kurset gir en god innføring i de fire helselovene.

Aktuelle tema:

- Tvangens etikk
- Oversikt over grunnprinsippene i norsk helserett og helselovgivning
- Psykisk helsevernloven
- Psykologspesialistens rolle i forvaltning av Psykisk helsevernloven, ansvarlig for tvangsvedtak
- Erfaringer med behandling og tvang i psykisk helsevern
- Psykologspesialistens møte med Kontrollkommissjonen
- Endringer i Psykisk helsevernlov, erfaringer og praksis. Samtykkekompetanse
- Hvilken betydning har nevropsykologiske svekkelser for pasienters samtykke?

Kurset er godkjent som 16 timers vedlikeholdsaktivitet.

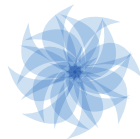
Sted og dato: Oslo, 12.-13. oktober 2020

Påmeldingsfrist: 7. september 2020

Medlemspris: kr 7 200

Kursnr.: 115-20

Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92



WAIS-IV – Administrasjon og tolkning

Målgruppe:

Psykologer som bruker eller ønsker å ta i bruk WAIS-IV (Wechsler Adult Intelligence Scale). For å få fullt utbytte av kurset forutsettes kompetanse tilsvarende norsk cand. psychol. grad med grunnleggende kjennskap til statistikk knyttet til testbruk. Ved behov kan repetisjon av dette kombinert med å gjøre seg kjent med WAIS-IV være nyttig før en kommer på kurset. Psykologforeningens testkurs er forbeholdt psykologer.

Målsetting:

Gi grunnlag for selvstendig og faglig oppdatert bruk av WAIS-IV i klinisk psykologarbeid på tvers av ulike psykologroller og problemstillinger.

Innhold:

Dette er et kurs som tar for seg både administrasjon og tolkning av WAIS-IV. Det gis en presentasjon av Wechsler-testene generelt og WAIS-IV spesielt, samt de amerikanske og skandinaviske standardiseringsprosjektene. Endringer fra WAIS-III i oppbyggingen av testen gjennomgås, herunder nye og gamle deltester og indekser. Kurset vil innbefatte øvelser i administrering av de nye deltestene og tilbakemelding av resultatene, fokusering på unngåelse av typiske administreringsfeil, samt gjennomgang og øvelse på en trinnsvis modell for tolkning av testresultatene med verktøy/metoder som går utover det som finnes i manual og skåringsprogram.

Ta med WAIS-IV kofferten hvis mulig. Deler av kurset vil bli casebasert og kursdeltagerne oppfordres til å ta med kasuistikker/testprotokoller.

Om kurslederne:

Arne Holen har vært norsk klinisk ekspert på det skandinaviske WAIS-IV prosjektet. Han er utdannet cand psychol fra UiB i 1998, spesialist i klinisk nevropsykologi og har tatt NPFs veilederutdanning. Han jobber som avtalespesialist i klinisk nevropsykologi i Oslo og er ansatt ved Avdeling for Rus og Avhengighet (ARA), Oslo Universitetssykehus i et PhD-prosjekt.

Håvard Sørli er utdannet cand psychol fra UiB i 1998 og er spesialist i klinisk nevropsykologi. Han er ansatt ved Avdeling for Akuttpsykiatri og Psykosebehandling på Reinsvoll i Sykehuset Innlandet. Sørli er ansatt som norsk klinisk ekspert på det skandinaviske WAIS/WMS-V prosjektet.

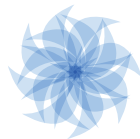
Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

Sted og dato: Oslo, 6.-7. oktober 2020

Avmeldingsfrist: 1. september 2020

Medlemspris: kr 7 200

Kursnr: 114-20



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92



Fast stilling som forsker ved Folkehelseinstituttet

AVDELING FOR BARNES HELSE OG UTVIKLING

Vil du bidra til å bedre psykisk helse hos barn og unge?

Vi lyser ut en fast stilling for en forsker som skal ha psykisk helse hos barn og unge som forskningstema. Kandidaten må ha oversikt over dette forskningsfeltet og god kunnskap om vanlige psykiske plager og lidelser hos barn og unge. Vi søker en engasjert og kunnskapsrik person som vil bruke sin kompetanse for å bedre barn og unges oppvekstvilkår, psykiske helse og livskvalitet. Stillingen gir store muligheter for faglige utfordringer, arbeid med unike datamaterialer og samarbeid med sterke fagmiljøer.

Du har doktorgrad innen psykologi, samfunnsfag, medisin eller annet relevant fagfelt og har publisert forskning siste fem år.

Dine arbeidsoppgaver vil bl.a. være å lede eller bidra i forskning og helseanalyse innen avdelingens temaområder. Du vil også analysere data og publisere forskningsartikler i høyt rangerte internasjonale tidsskrifter og bidra aktivt til å sikre ekstern finansiering.

Flere opplysninger om stillingen kan fås på Folkehelseinstituttets nettsider (www.fhi.no) eller ved å ringe Heidi Aase på telefon 975 38 324 eller Pål Surén på telefon 928 98 631.

Søknadsfrist: 20. august

Helse Bergen, Avdeling for rusmedisin (AFR), Poliklinikk kanalveien søker:

Psykolog/ Psykologspesialist

Avdeling for rusmedisin (AFR) har ledig fire stillingar som psykologspesialist eller psykolog på døgneining og i poliklinikk, tre faste stillingar og eit vikariat. Stillingane er ledige etter nærare avtale. Psykologar som ikkje er spesialistar kan og søkje.

AFR har om lag 570 medarbeidarar fordelt over fleire poliklinikkar og døgnsesjonar. Det vil i dei neste åra gå føre seg spennande utvikling knytta til differensiering av tenester og forskning.

Post for avrusing tilbyr akutt medisinsk avrusing i psykososiale rammer. Vi tilbyr pasientane trygge omgjevnader, der dei blir møtt med tryggleik, fagleg forståing og omsorg når dei står i vanskelege psykiske og fysiske abstinensar. Post for døgnsbehandling er eit tilbod for pasientar i aldersgruppa frå 18 år, som vel å arbeide med rusmeistring. Tilbodet er heilskapleg og kjønnsesifikk. Målsetjinga er at pasientane sjøve skal få moglegheit til å utforske og utforme eigen endringsprosess saman med fagpersonar, pårørande og medpasientar. Våre arbeidsmetodar byggjer på faglege tilnærmingar som motiverande samtale, mentaliseringsbasert terapi, kognitiv terapi, treningsterapi, musikkterapi, erfaringskompetanse, brukarmedverknad og kunnskap om avhengigheit og endringsprosessar.

Poliklinikken held til i moderne lokale i Kanalveien 5 og har 37 tilsette, derav 19 psykologar, av desse pt 7 spesialistar i klinisk psykologi. Den tverrfaglege bemanninga består av lege, sosionomar, spesialisjukepleiarar, vernepleiar og musikkterapeut.

Poliklinikken er organisert i tverrfaglege team, og det er godt lagt til rette for samarbeid og drøftingar. I avdelinga er det faste fag- og forskingsdagar og avdelinga legg og til rette for individuell vidareutdanning, samt felles kompetanseheving.

Poliklinikken gjev tilbod til pasientar med rusmiddelproblem frå 15 år og oppover. Poliklinikken har fast samarbeid med "Jobb Først"-konsulentar (IPS) som er knytt opp til AFR og til poliklinikken.

Ta Kontakt med Seksjonsleiar Mai-Elin Lillevik Hagenes, tlf. 91148461 eller Seksjonsleiar Erlend Wittrup Djup, tlf. 90027883.



Ref.nr. 4253000788 - Søknadsfrist: 12.07.2020

HEDALEN I VALDRES – 12 MIL FRA OSLO/GARDERMOEN

PSYKOLOGSPESIALIST/ PSYKOLOG



Fekjær psykiatriske senter (Fekjær) er en stiftelse innen spesialisthelsetjenesten og har avtale med Helse Sør Øst RHF. Senteret består av døgnerhet, poliklinikk og overgangsboligene Fekjærtunet. Døgnerheten behandler voksen ungdom i aldersgruppen 18–35 år med alvorlige psykiatriske problemstillinger. Noen har tilleggspålegg rus. Vi er en aktiv behandlingssenter og behandlingstiden er 3–4 måneder. Vi vektlegger en psykodynamisk tenkning, men også med andre forståelsestilnærmeringer.

«Midt i et levende kulturlandskap danner et gardstun med småhus og tømmerhus en annerledes ramme, der aktiviteter og deltagelse er en viktig del av behandlingen»

Fekjær har et stort og godt fagmiljø med bl.a. psykiatere, psykologspesialister, spesialsykepleiere, sosionomer, idrettskonsulenter. En stilling er besatt med erfaren psykologspesialist.

I tillegg til avtalen med Helse Sør Øst RHF har Helfo godkjent Fekjær for inntak etter ordningen Fritt behandlingsvalg (FBV). Fekjær vil gjennom denne ordningen utvide kapasiteten. Dette vil kreve mer fagpersonell og søker derfor etter

Psykologspesialist/psykolog i 100 % stilling

ARBEIDSOPPGAVER:

- Diagnostisering og kartlegging
- Gi psykoterapi/individualterapi og gruppeterapi, som koordineres med tilrettelagt miljøterapeutisk behandling
- Delta innen FOU-arbeid
- Arbeidet vil vesentlig være ved døgnerheten, men etter nærmere avtale noe i poliklinikken

PERSONLIGE EGENSKAPER/ KVALIFIKASJONER:

- Klinisk spesialist i psykologi (psykolog kan søke – vil få veiledning)
- Interesse og forståelse for miljøterapeutisk arbeid
- Bred erfaring fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste
- Gode tverrfaglige samarbeidsevner
- Evne til å arbeide systematisk og målrettet
- Interesse for veiledning og undervisning

VI TILBYR:

- Et stort og godt fag- og arbeidsmiljø med bl.a. faste fagdager
- Engasjerte og dyktige medarbeidere i en hektisk hverdag
- Et arbeidsmiljø preget av trygghet, engasjement og respekt
- Lønn etter avtale med pensjons- og forsikringsordning
- Gode og moderne boliger til leie også for familie
- 6 måneder prøvetid

For mer informasjon om Fekjær: www.fekjaer.no

For mer informasjon om Hedalen: www.hedalen.no

KONTAKTPERSONER:

Psykologspesialist Rigo Mozart, tlf. 902 58 571, e-post: rigo.mozart@fekjaer.no

Institusjonssjef Elling Fekjaer, tlf. 905 91 545, e-post: elling.fekjaer@fekjaer.no

Skriftlig søknad med referanser sendes innen 3 uker pr. post eller elektronisk til: post@fekjaer.no

FEKJÆR PSYKIATRISKE SENTER

3528 HEDALEN I VALDRES

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

Dagmar Patricia Steffan
dagmar.patricia.steffan@finnmarkssykehuset.no
971 95 996

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

Reidar Hjermann, leder,
e-post rh@hjermann.no,
tlf. 994 47 291

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@psykologforeningen.
no, tlf. 976 11 591
Stine Vedvik, nettredaktør,
e-post stine.vedvik@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

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

Forhandlingsavdeling

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

Fagpolitisk avdeling

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

Utdanningsavdeling

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Privatpraksis
Kjersti Arefjord,
Universitetet i Bergen

Eva Dalsgaard Axelsen,
Universitetet i Oslo

Henning Bang,
Universitetet i Oslo

Per-Einar Binder,
Universitetet i Bergen

Anne Inger Helmen Borge,
Universitetet i Oslo

Tim Brennen, Universitetet
i Oslo

William Brochs-Haukedal,
Norges handelshøyskole

Nikolai Czajkowski,
Universitetet i Oslo

Knut Dalen, Universitetet i
Bergen

Guðrun Dieserud, Nasjonalt
folkehelseinstitutt

Fanny Duckert,
Universitetet i Oslo

Atle Dyregrov, Senter for
krisepsykologi

Tor-Johan Ekeland,
Høgskulen i Volda

Ståle Einarsen,
Universitetet i Bergen

Hege R. Eriksen, Univer-
sitetetsforskning Bergen

Anders Martin Fjell,
Universitetet i Oslo

Magne Arve Flaten,
Universitetet i Tromsø

Rolf W. Gråwe, St. Olavs
hospital

Siri Erika Gullestad,
Universitetet i Oslo

Roger Hagen, Norges
teknisk-naturvitenskapelige
universitet

Odd E. Havik, Universitetet
i Bergen

Anthony Hawke, Familie-
vernkontoret i Stavanger

Asle Hoffart, Modum Bad

Arne Holte, Nasjonalt
folkehelseinstitutt

Hanne Haavind,
Universitetet i Oslo

Reidun Ingebretsen, Norsk
institutt for forskning om

oppvekst, velferd og aldring

Tine K. Jensen, Nasjonalt
kunnskapscenter om vold og
traumatisk stress

**Leif Edward Ottesen
Kennair**, Norges teknisk-
naturvitenskapelige
universitet

Stein Knardahl, Statens
arbeidsmiljøinstitutt

Gerd Kvale, Universitetet i
Bergen

Øyvind Kvello, Norges
teknisk-naturvitenskapelige
universitet

Kim Larsen, Sykehuset
Østfold

Arild Lian, Bredtvet
kompetansesenter

Gro Therese Lie,
Universitetet i Bergen

Astri J. Lundervold,
Universitetet i Bergen

June Ullevoldsæter Lystad,
Oslo Universitetssykehus

Svein Magnussen,
Universitetet i Oslo

Øyvind Lund Martinsen,
Handelshøyskolen BI

Willy-Tore Mørch,
Universitetet i Tromsø

Simon-Peter Neumer,
RBUP Øst og Sør, Oslo

Geir Høstmark Nielsen,
Universitetet i Bergen

Hans Nordahl, Norges
teknisk-naturvitenskapelige
universitet

Inger Hilde Nordhus,
Universitetet i Bergen

Terje Ogden, Nasjonalt
utviklingscenter for barn
og unge (NUBU)

Ståle Pallesen, Universitetet
i Bergen

Magne Raundalen, Senter
for krisepsykologi

Ivar Reinvang, Universitetet
i Oslo

Astrid M. Richardsen,
Handelshøyskolen BI

Jan H. Rosenvinge,
Universitetet i Tromsø

Bjørn Rishovd Rund,
Universitetet i Oslo

Frida Gullestad Rø,
Universitetet i Oslo

Michael Helge Rønnestad,
Universitetet i Oslo

Gro Mjeldheim Sandal,
Universitetet i Bergen

Per Øystein Saksvik,
Norges teknisk-naturviten-
skapelige universitet

Borrik Schjødt, Haukeland
universitetssykehus

Jan Skjerve, Universitetet i
Bergen

Ingunn Skre, Universitetet
i Tromsø

Arvid Skutle, Stiftelsen
Bergensklinikkene

Lars Smith, Nasjonalt
kompetansenettverk for
sped- og småbarns psykiske
helse

Håkan Sundberg,
Universitetet i Bergen

Frode Svartdal,
Universitetet i Tromsø

Nora Sveaass, Psykologisk
institutt, Universitetet i Oslo

Stephen von Tetzchner,
Universitetet i Oslo

Odd Arne Tjersland,
Universitetet i Oslo

Bente Træen, Universitetet
i Oslo

Merete Øie, Sykehuset
Innlandet HF

Simon Øverland,
Universitetet i Bergen

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: bjornar@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller 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:
17.07, 19.08, 17.09, 16.10, 18.11



Holder *ganske* sikkert for deg?

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

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

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

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

