

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol.57 nr.09 2020

**Vår indre
konspiratoriker**

NÅ-intervjuet

**SANG OG
IDENTITET**

Vitenskapelig artikkel

**Sykt eller normalt
- psykiatriske
paradigmer**

Meninger

Dyster søndag

Fagessay



ÅRETS TIDSSKRIFT
2020
NORSK TIDSSKRIFTFORENING

PSY KOL OGI

Vol. 57 nr. 09 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

Kjersti Solhaug Gulliksen, kjersti@psykologtidsskriftet.no,

tlf. 911 78 096 (I permisjon),

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

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

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

Markedskoordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,

e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Åshild Skogerbø, Stavanger universitetssykehus

Astrid Weber, Psykisk helse- og rusklinikken, Tromsø

Denne utgaven ble godkjent til trykk 25.08.2020

Omslagsillustrasjon Mari Kanstad

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

- 640 Konspirasjonsknuser**
NÅ: Asbjørn Dyrendal | Øystein Helmikstøl
- 642 Etterlatt**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 646 Egen stemme - En studie av å synge som individuasjon**
Vitenskapelig artikkel | Maria Jordet & Siri Erika Gullestad
- 657 Somatiske symptomtilstander hos barn og unge
- Fra ny viten til klinisk praksis**
Evidensbasert praksis | Helene Helgeland & Solveig Gjems
- 666 Virker det nå?**
Fagessay | Tomas Formo Langkaas
- 673 MENINGER**
Hovedinnlegg: Overeksponert | Per Thorvaldsen (s. 674),
Debatt: Den kontekstuelle modellen (s. 679, 683 og 685),
Publisering (s. 686), Diskriminering (s. 687)
- 689 INNTRYKK**
Historien om en selvmordssang | Kim Larsen
og Karl Halvor Teigen (s. 690)
Bokanmeldelser: Møtt av egne fordommer (s. 696),
Stoisk selvhjelp (s. 699), Bakom løgnene (s. 700)
- 702 Annonser**
- 711 Stillingsannonser**

642



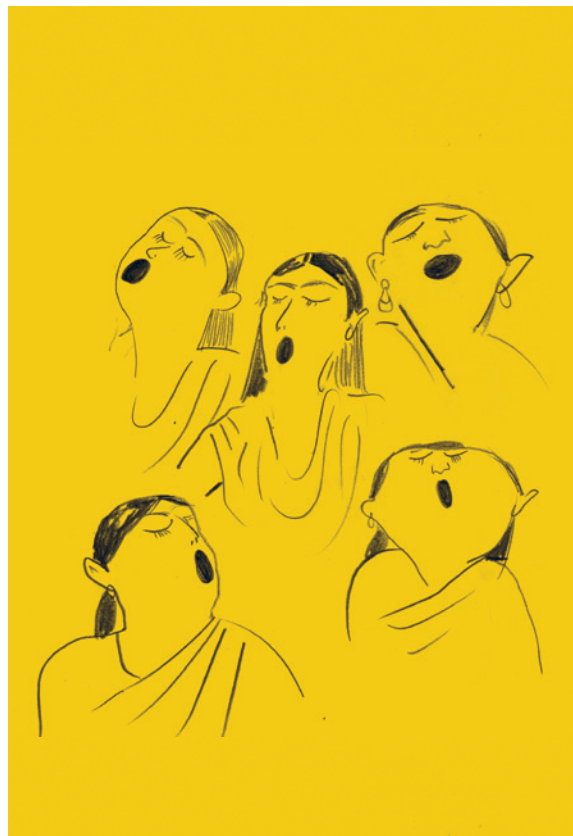
ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN

Å MISTE EN PASIENT

Selvordsfare er en av de største utfordringene for psykologer på jobb. Hva er konsekvensen for de «etterlatte» behandlerne?

Aktuelt

646



ILLUSTRASJON: MARI KANSTAD

SAMKLANG

Kan det å synge bidra til å finne sin egen stemme, både musikalsk og psykologisk?

Vitenskapelig artikkel

657



ILLUSTRASJON: SHUTTERSTOCK

KOMPLEKST SAMSPILL

Mange barn og unge tror at de kroppslige plagene representerer noe farlig. Å fremme trygghet i behandling av somatiske symptomtilstander, blir derfor viktig.

Evidensbasert praksis

666



ILLUSTRASJON: ANDREAS LUND

VIRKNINGSFULLT

Å kunne skille mellom når tiltak virker, og når de ikke virker, er avgjørende for klinikerer for å kunne justere og bedre behandlingen.

Fagessay

NÅ ASBJØRN DYRENDAL

Konspirasjonsknuser

Nordmenn skårer trolig nokså likt med amerikanere på konspirasjonsmentalitet, ifølge Asbjørn Dyrendal.

TEKST Øystein Helmikstøl

– **Du står på talerlista på årets store Psykologikongress og skal snakke om konspirasjonsteorier til landets psykologer. Er de en spesielt utsatt gruppe?**

– Ikke mer enn andre. Men jeg studerte satanisme på midten av 90-tallet. En av de gruppene som var med på å drive fram, og også konstruere, de store konspirasjonsteoriene om «Den store satanistsammensvergelsen», også i Norge, var psykoterapeuter. Noen av dem psykologer. Psykologer har altså bidratt både som konspirasjonsteoretiske entreprenører og med å spre ulike versjoner av konspirasjonsteorier.

– **Er konspirasjonsteorier et økende problem?**

– Det vet vi ikke. Mange tror det. Men konspirasjonsteorier trenger ikke nødvendigvis øke i omfang for å bli et økende problem. Det er mer et spørsmål om hvor i samfunnet de finnes. Når konspirasjonsteorier får større gjennomslag i maktas sentrum, for eksempel i Polen, USA, Ungarn eller Venezuela, da blir det et økende problem for de som blir utsatt for dem.

Populistiske regimer holder seg veldig ofte med mange konspirasjonsteorier, for å demonisere rivaler, for å mobilisere tilhengere, og for å forklare hvorfor ting ikke blir bedre – når de endelig er kommet til makta.

– **Men hva er problemet, kan ikke folk tro på hva de vil?**

– I den grad du setter pris på liberale demokratier, er det et problem. Autoritære regimer holder seg med flere konspirasjonsteorier enn

Hvorfor NÅ?

- Asbjørn Dyrendal holder foredrag på Psykologikongressen i år.
- Han er professor ved Institutt for filosofi og religionsvitenskap ved NTNU, og kommer til jul med boken *Conspiracy Theories and the Nordic Countries* (Routledge) med seks nordiske kolleger.
- Les utvidet versjon av intervjuet på psykologtidsskriftet.no.

andre. Selv i liberale demokratier bidrar konspirasjonsteorier til å senke tilbøyeligheten til vanlig deltakelse i politisk virksomhet og andre former for kollektive tiltak. Det øker tilslutningen til vold som løsning, det sprer hat mot utgrupper, og det øker tilbøyeligheten til å falle utafør i det sosiale systemet. Bare det å bli utsatt for konspirasjonsteoriene gjør oss mer kyniske og mer tilbøyelige til å mene at egen kriminalitet er greit. Folk som tror på konspirasjonsteorier, er for øvrig også mer tilbøyelige til å føle seg utafør, deprimerte, til å ha i seg ulike stoffer, og så videre.

– **Kan du si noe om forskning på konspirasjonsteorier de siste 15 årene?**

– Psykologer har vært i front på viktige biter av konspirasjonsteori-studiene. Rundt 2005 begynte sosialpsykologer, blant annet på universitetet i Kent, å jobbe med konspirasjonsteorier med utgangspunkt i spørsmål som: *Hva er konspirasjonsteorier? Hvor kommer teoriene fra? Hvilke årsaker og virkninger har de? Er konspirasjonsteorier bare negative?* I England, Tyskland, USA og etter hvert mange andre land ble det en bevegelse der sosialpsykologer bidro tungt til at vi har fått en tverrfaglig forskning om konspirasjonsteorier.

– **Dette spørsmålet har du selv ønsket at jeg skulle stille: Er personer som tror på konspirasjonsteorier, litt sprø?**

– Nei. Slike teorier er en del av normalvariansen å tenke på. Men noen av dem som tror mye på konspirasjonsteorier, er nok ikke helt i vater.

Det kan være knyttet til psykisk uhelse, men ikke umiddelbart på en behandlingstrengende måte. Hvis du tror at verden snart går under på grunn av planlagt ondskap, kan det gjøre deg mer deprimert og mer mistenksom overfor andre.

Jeg pleier å si at alle tror litt på minst én konspirasjonsteori, og sannsynligvis tror vi litt på flere. Det er bare om å gjøre å få det til å treffe med noe du allerede tror på. Å være konspiratorisk anlagt er en nødvendig del av å være et velfungerende menneske. Det er en god egenskap å tenke seg at noen av andre personers interesser kan stå i motsetning til våre egne interesser, og at vi kan tenke oss at andre kan samarbeide mot våre egne interesser. Da er vi fryktelig tett på konspirasjonstenkning.

– Finner politiske ledere opp konspirasjonsteorier selv, eller tar de bare i bruk nyttige teorier fra grasrota?

– De finner på dem selv også. Ikke nødvendigvis topplederne selv, de har jo gjerne et partiapparat rundt seg. I denne sammenhengen er konspirasjonsteorier en form for folklore. Det er rykter, sladder og moderne sagn. Det er en del av en kollektiv samtale som foregår over lang tid. Veldig mange stemmer er inne og bidrar, og lager sine versjoner av det. Noen får mer kollektiv suksess. Men også i politisk ledelse, i partiapparat, i totalitære regimer lager man konkrete anklager mot spesifikke andre. For at teorien skal ha en sjanse til å lykkes, hjelper det å inkludere spekulasjoner fra grasrota.

Man behøver heller ikke tro på konspirasjonsteorier for å bruke dem aktivt i sverting av grupper og personer man ikke liker. De blir også brukt med stor grad av kynisme.

– Hvilke grupper er mest tilbøyelige til å falle for konspirasjonsteorier, eller mer interessant: Hvem er *minst* tilbøyelige?

– På individnivå: Sånt som analytisk tenkning, høyere utdanning og høyere IQ bidrar til å senke tilbøyeligheten, først og fremst utdanningsgrad. På samfunnsnivå: Land med høy grad av sosial tillit, fungerende demokrati, rimelig grad av likhet og muligheter for befolkningen er med på å minske konspiratorisk tenkning i befolkningen.

Innenfor samfunn: Jo bedre integrert man er, og jo høyere tillit din gruppe har i samfunnet, jo mindre tilbøyelig er denne gruppen til



KONSPIRASJONSMENTALITET

Det ser ut til at nordmenn og amerikanere skårer nokså likt på konspirasjonsmentalitet, ifølge NTNU-professor Asbjørn Dyrendal. Foto: Jon Eeg / NTB Scanpix

konspiratorisk tankegang. Er man derimot sosialt isolert, har lavere sosial status, er utsatt for flere sosiale og personlige problemer, opplever verden som kaotisk, uoversiktlig og at man er uten kontroll over eget liv, øker tilbøyeligheten til å tro på konspirasjonsteorier.

– Har det noe å si hvor du bor i verden, om du tror på konspirasjonsteorier? Tror for eksempel amerikanere mer på konspirasjoner enn nordmenn?

– Amerikanere tror nok mer på flere konspirasjonsteorier. Men når vi undersøker *konspirasjonsmentalitet*, ser det ut til at nordmenn og amerikanere skårer nokså likt.

– Er tradisjonelle medier mest oppmerksomme på konspirasjonsteorier fra ytre høyre, mens man overser ytre venstre-konspirasjoner?

– Tja. Det mer ekstreme ytre venstre i Norge er ikke så synlige og aktive, og konspirasjonsteorier hefter ikke ved den mer normaliserte delen av venstresida, i samme grad som middels ytre høyre. Kanskje fordi det ikke er en så viktig del av det politiske budskapet som konspirasjonsteorier om islam eller klimaendringer. Deler av det høyrepopulistiske landskapet er jo tydeligere. Norge skårer høyt på konspirasjonsteorier internasjonalt om klimaendringer, kanskje fordi vi synes det er så fint med oljepengene. ✘

Etterlatt

Nederlag, skam, frykten for å ha gjort feil: Kostnadene kan være store når pasienten tar sitt eget liv. Blir du ikke ivaretatt, risikerer du å bli en dårligere terapeut, mener ansatte i psykisk helsevern.

TEKST Per Halvorsen

- DA JEG MISTET en av pasientene, klarte jeg ikke å jobbe. Men jeg ville heller ikke være hjemme, så jeg satt på kontoret og gråt.

Psykologspesialist Annika Hagerman ved Psykisk helsevern for voksne ved SUS forteller lavmælt om hvordan det var å miste en pasient i selvmord, en pasient hun hadde vært behandlingsansvarlig for gjennom lang tid: nederlagsfølelsen, frykten for å ha gjort feil, skammen. Hagerman er glad for støtten hun fikk av kolleger og ledelse. Den var avgjørende for at hun kom seg videre.

TANKEKJØR OG SELVKRITIKK

Vi møter henne sammen med psykiater og overlege Jeanette Bjørke-Bertheussen, også selvmordserfarer.

– I en akuttfase domineres man av en tilstand av sjokk. Har jeg misset noe? Har jeg journalført godt nok hvilke vurderinger jeg har gjort? Kommer Helsetilsynet på besøk? Kommer jeg til å miste autorisasjonen? Slike spørsmål kverner rundt i hodet hele tiden, forteller hun.

Hagerman og Bjørke-Bertheussen forteller om søvnmangel, tankekjør og skyldfølelse fordi man blir bekymret for ikke å ha gjort nok for pasienten. Frykten for hva andre behandlere tenker om en, for sinne fra pårørende og behov for å snakke om det som har skjedd. De beskriver en tilstand med høy grad av selvkritikk:

– Det er alltid noe som kunne har vært gjort annerledes og bedre, hvis man leter lenge nok, sier de.

«DEN STØRSTE UTFORDRINGEN»

Selvmordsfare er en av de største utfordringene for psykologer på jobb. Det framgår av spørreundersøkelse gjennomført av forskere ved

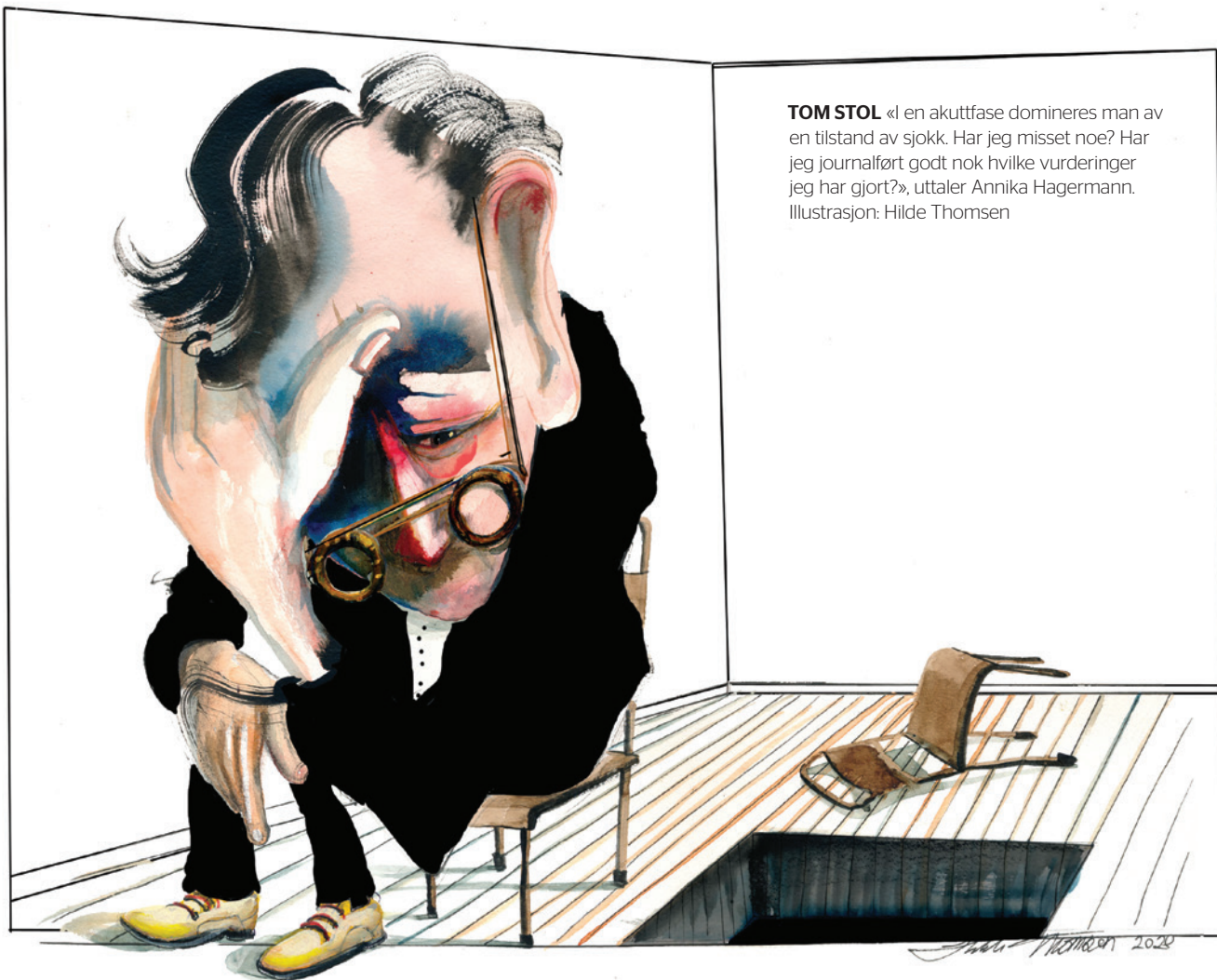
Universitetet i Bergen (1). Erfarne behandlere opplever det ikke som mindre krevende enn terapeuter med kortere fartstid. Selvmordsfare er samtidig en av situasjonene psykologer og psykiatere oftest står i. En rapport fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) ved Universitetet i Oslo viser at i underkant av halvparten av de drøye 600 personene som årlig dør i selvmord, har hatt kontakt med psykisk helsevern og/eller tverrfaglig spesialisert rusbehandling året før dødsfallet. (2) Ved Voksenklinikken på SUS er bortimot 60 prosent av innleggelsene begrunnet i selvmordsrisiko.

Hagerman og Bjørke-Bertheussen er ikke overrasket over funnene til forskerne i Bergen. I dag er de begge med i gruppa som tilbyr kollegastøtte til behandlere som har vært involvert i suicid eller andre alvorlige hendelser ved Voksenklinikken. Den tradisjonelle debrifingen i plenum ble ikke opplevd å ivareta berørt behandler godt nok.

– Det kunne bli for teknisk. En ensom, utrygg og lite ivaretakende affære der behandlerers behov ofte ble oversett, sier de.

Det var Helle Kristine Schøyen, daværende avdelingsoverlege, i dag administrerende direktør ved SUS, som tok initiativet til kollegastøtteordningen for seks år siden. Hun mener de formelle pliktene som utløses ved alvorlige hendelser som selvmord, kan overskygge at også behandlingsansvarlig har behov som må ivaretas.

– Har behandler hatt en langvarig relasjon til en pasient, kan det være en enorm påkjenning når den blir brutt på grunn av selvmord. Relasjonen til pasienten er jo selve aktivumet i behandlingen, og i ettertid blir man enormt selvkritisk. Har vi ikke gode systemer for å fange



TOM STOL «I en akutfase domineres man av en tilstand av sjokk. Har jeg misset noe? Har jeg journalført godt nok hvilke vurderinger jeg har gjort?», uttaler Annika Hagermann. Illustrasjon: Hilde Thomsen

opp behandlerne, kan det føre til sykmelding og uønsket turnover. Det er et tapsprosjekt både for behandler og for avdelingen, påpeker Schøyen.

Hun mener det er et klart lederansvar å etablere gode systemer for å ivareta behandlere som opplever selvmord. Hun kjenner ikke til at andre deler av psykisk helsevern har tilsvarende ordninger som den ved Voksenklinikken ved SUS.

KOLLEGASTØTTE

Kort tid etter at en pasient har begått selvmord, tilbyr kollegastøttegruppa behandleren en prat med en kollega som har vært igjennom det samme selv. Tilbudet kommer seinest dagen etter. Behandleren bestemmer selv premissene for samtalen og videre kommunikasjon. Prosessen foregår helt utenfor linja, uten journalføring og selvsagt med taushetsplikt.

Hagerman og Bjørke-Bertheussen forteller at samtalerne arter seg svært forskjellig: Noen vil gjennomgå saken. Noen trenger å få beskjed om hvordan det er vanlig å reagere på det som har skjedd; søvnmangel og tap av matlyst.

– Dette er ikke terapi, det er kollegastøtte. At alle i gruppa selv har oppved å ha mistet en pasient, bidrar nok til at de aller fleste velger å ta imot tilbudet, sier de.

I løpet av seksårsperioden kollegastøtteordningen har eksistert, har de vært i kontakt med behandlere til 15 pasienter som har avsluttet sitt eget liv. Det er ikke gjennomført noen systematisk evaluering av tiltaket, og det er ikke utarbeidet statistikk som antyder noe om effekt.

Varsling

I følge spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 a skal Helsetilsynet og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten varsles om dødsfall eller svært alvorlige hendelser i helsevesenet. Fra 2010 til 2018 mottok Helsetilsynet over 2000 varsler, cirka halvparten fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Flesteparten dreide seg om selvmord eller selvmordsforsøk.

Kilde: Informasjonsskriv for varsling av hendelser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. Statens helsetilsyn, 2018

»



ETTERLATT Psykologspesialist Annika Hagerman ved Stavanger universitetssykehus har to ganger opplevd å miste en pasient i selvmord. Foto: Per Halvorsen.

– Til det vil tallene uansett være for små. Men flere som har benyttet seg av tilbudet, har gitt uttrykk for at det har vært nyttig, forteller de.

SÅRBARE PSYKOLOGER

Det finnes ikke flust med norsk forskning om hvordan behandlere reagerer på at en pasient begår selvmord. Det bekrefter Fredrik A. Walby, psykologspesialist og forsker ved NSSF. Han sier det blant annet handler om prioritering av forskningsmidler; at det er naturlig å gi forskning på pasient og etterlatte forrang når forskningsressurser skal fordeles.

En amerikansk undersøkelse det refereres hyppig til, daterer seg tilbake til 1989 og ble utført blant psykiatere (3). 57 prosent rapporterte det som et personlig traume når en pasient hadde tatt sitt eget liv, og fikk symptomer på PTSD. De fleste terapeutene fortalte om tristhet, angst, skyldfølelse og rastløshet. Flere kvinnelige terapeuter hadde skamfølelse, skyldfølelse og en trang til å bli trøstet. Flere av dem begynte å tvile på sine egne profesjonelle ferdigheter, ikke minst om pasientrela-

– Noen ganger kan psykologer virke så opptatt av å hjelpe at de glemmer fagets begrensninger.

sjonen hadde vart over tid. Mange års erfaring og en moden profesjonell identitet kan virke beskyttende.

Walby mener det ikke bør overraske ansatte i psykisk helsevern at folk dør i selvmord.

– Avhengig av hvilke tilstander vi jobber med, må vi ta inn over oss at det skjer fra tid til annen, og at vi ikke vil lykkes med å hjelpe alle, sier han.

Han mener psykologer noen ganger kan være så opptatt av å hjelpe at de glemmer fagets begrensninger.

– Det gjør dem sårbare når det viser seg at faget likevel ikke strekker til. Jeg tror sårbarheten kan forebygges hvis behandlere får større bevissthet om at psykiske lidelser kan ha svært alvorlige konsekvenser. I tillegg er det avgjørende med tilstrekkelig kollegial og lederstøtte i etterkant. Jeg tror vi har mye å gå på når det gjelder begge deler, sier han.

HEMMEDE FOR BEHANDLING

Vi tar problemstillingen opp med Hagerman og Bjørke-Bertheussen i kollegastøtteordningen ved SUS.

– *Må man ikke som behandler i psykisk helsevern være forberedt på «yrkesrisikoen» som ligger i at en pasient man har hatt ansvar for, kan begå selvmord?*

– Det er vanskelig å være forberedt på en slik hendelse. Desto viktigere er det at institusjonene etablerer systemer som kan samle erfaring og fange opp behandlere som blir berørt, sier de.

De understreker at få ting er vanskeligere i psykisk helsevern enn å forutsi selvmord.

– Hvordan vi reagerer, vil være avhengig av langt mer enn utdanning og arbeidserfaring: Hvor langvarig og dyptgående forhold hadde behandler til pasienten? Jo mer dyptgående, jo tyngre er det ofte. Og hvilke tidligere personlige erfaringer har behandler med tap og sorg? Alle slik ting spiller inn, forteller de.

– *Hva kan man som terapeut lære av å miste en pasient i selvmord?*

– Man kan bli ekstra oppmerksom ved neste korsvei hvis en ny pasient utviser samme symptom-bilde og reaksjonsmønster som pasienten man har mistet. Men det kan også virke hemmende for god behandling; for eksempel ved at man blir så opptatt av å hindre et nytt selvmord at det blir antiterapeutisk og går utover pasientens autonomi, sier Hagerman og Bjørke-Bertheussen.



ADVARER MOT «SAFING» Det er bekymringsfullt hvis frykten for at pasienten skal dø i selvmord, gjør at behandler hele tiden «safer», mener Tormod Stangeland, leder for ambulant akutteam for barn og unge ved Ahus. Foto: Lisbeth Andresen

«REDD FOR Å BLI ETTERLATT»

Det er poenget også til psykologspesialist og leder for ambulant akutteam for barn og unge ved Ahus, Tormod Stangeland. Han mener det er bekymringsfullt hvis frykten for at pasienten skal dø i selvmord, gjør at behandler hele tiden «safer» når det skal gjøres behandlingsvalg.

– Det gjør deg til en dårligere behandler. Du risikerer å gå glipp av meningen bak ønsket om selvmord, og dermed hva du kan bidra med for å gjøre livet mer levelig for pasienten, sier han.

Han sier at også behandlere er redde for å bli etterlatte, men at det ofte ikke er kultur i behandlingsapparatet for å snakke om det, og at mange derfor blir utslitt. Han mener det vik-

tigste en leder kan signalisere til medarbeidere etter en alvorlig hendelse som selvmord, er at utfallet av gode vurderinger ikke er fagpersonens ansvar.

– Vi skal gjøre gode vurderinger, og de skal vi stå for uavhengig av utfallet. Noen kommer dessverre til å dø, for vi har ingen metode for å avverge alle selvmord. Vårt ansvar som behandlere må være avgrenset til det vi kan påvirke. Vi må motiveres av å yte god hjelp, ikke av frykt for å bli «tatt». Det er det en viktig lederoppgave å få behandlere og helsemyndigheter til å forstå, sier han.

– *Hva gjør du selv for å ivareta egne medarbeidere?*

– «Etterlatte» behandlere gransker behandlingsbeslutningene i lys av utfallet, mens beslutningene ble fattet da disse pasientene var lik alle de andre ungdommene. Ivaretagelsen min av ansatte som er redde for å miste en pasient, tar utgangspunkt i å holde fram dette poenget. De skal kjenne seg helt sikre på at de vil ha ledelsen i ryggen, hvis de havner i en slik forferdelig situasjon. ✘

REFERANSER

1. Stige, S.H. Dundas, I., Schanche, E. Hjeltnes, A. (2019). Kva typar mellom-menneskelege situasjonar opplever norske psykologar oftast og som mest krevjande? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(8), 572–580.
2. Walby, F.A., Myhre, M.Ø. & Kildahl, A.T. (2018). 1910 døde pasienter: Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Hentet fra www.uio.no/kartleggingssystemet, 16–31.
3. Chemtob, C.M., Bauer, G.B., Hamada, R.S., Pelowski, S.R., Muraoka, M.Y. (1989). Patient suicide: Occupational hazard for psychologists and psychiatrists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(5), 294–300.

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2020 S. 646–656 FAGFELLEVDERT

MARIA JORDET, stipendiat ved Institutt for kunstfag og kulturstudier, Høgskolen i Innlandet og SIRI ERIKA GULLESTAD, professor emeritus ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo
KONTAKT maria.jordet@inn.no

EGEN STEMME

- En studie av å synge som individuasjon

I sør-asiatiske kulturer er tilhørighet til fellesskapet en overordnet verdi. Vår studie av syngende jenter i Bangladesh viser samtidig en trang til individuasjon – til å bli sin egen person.

Kan det å synge bidra til å finne sin egen stemme, både musikalsk og psykologisk? Spørsmålet springer ut av en intervjuundersøkelse med jenter på lokale sangsteder i Bangladesh. Jentene, som førsteforfatteren traff der, sang med nærvær, frimodighet og kraft – som om noe vesentlig stod på spill. Hva betyr det å synge for dem? Undersøkelsen viser at sangen gir økt kontakt med egne følelser, og mot til å stå frem med seg selv. På denne bakgrunnen diskuterer vi betydningen av stemme og sang i individets utvikling av autonomi. Vi argumenterer for at det å synge kan spille en vesentlig rolle i en psykologisk individuasjonsprosess.

KULTURELL KONTEKST: DE FATTIGES SANG

Bangladesh er et land med rike muntlige folkesangtradisjoner på morsmålspråket bengali (Sæther, 2005). Folkesangene, som kalles «de fattiges sang» og «visdomssang», inngår i århundrelange muntlige tradisjoner blant fattige folk utenfor storbyene. Sangene er laget av landsbyfolks egne diktere og sangere. Vandrere, kalt sadhuer, og gjetere har sunget om hverdagsliv, arbeid, hjertesorg og gudssøken, båtmenn har sunget mens de rodde over elver. En del av sangtradisjonen kalles «elvesang», og forteller om folks sterke tilknytning til vannet – det bangladeshiske landskapet, sør for Himalaya, er gjennomskåret av elver. Tekstene forholder

ABSTRACT

A voice of one's own: Singing as an individuation process

Background: Vocalizing is key to the individual's psychological development, and singing can be vital in creating a sense of community. There is, however, scant knowledge on how singing can contribute to finding a voice of one's own in youth.

Method: We explored the impact of singing in a qualitative study with Bangladeshi village girls learning folk songs. The data material includes in-depth interviews with 10 girls coming from rural areas where girls often get married off early.

Results: Analysis resulted in three main themes: 1) To become oneself through singing, 2) To comfort oneself through singing, and 3) To get to know oneself through the teacher.

Conclusion: Findings demonstrate that the girls discover and integrate affect through singing, giving them courage to stand up for themselves. The paper argues that singing may be a driving force in psychological individuation processes towards increased autonomy.

Keywords: voice, folk song traditions, singing, individuation, affect integration



Stemmen uttrykker fra starten noe særegent og genuint i mennesket

seg filosofisk undrende til tilværelsen. Selverkjennelse er et hovedtema, som i dette utdraget:

Si meg, galning,
Hva leter du etter
På veiene ute i verden.
Om du leter hos deg selv
Vil du finne juvelen (Fakir, 2015, s. 6).

Disse rike folkesangtradisjonene er i dag truet: En eksplosivt voksende tekstilindustri i storbyene bidrar til at stadig flere unge reiser fra landsbyene for å søke betalt arbeid; tradisjonelt landsbyliv er i oppløsning; sangene er i økende grad gjenstand for digitalisering og kommersialisering (se også Banik, 2016). I 2004 begynte bangladeshiske folkemusikere, i samarbeid med forfatter og psykolog Wera Sæther (WS) fra Norge, et systematisk grasrotarbeid for å redde folkesangene. Metoden og visjonen var enkel, men arbeidskrevende: Ved å undervise barn og ungdommer – jenter og gutter, hinduer og muslimer – i sangpoesi, stemme, rytme og instrumenter ville sangene kunne leve videre til neste generasjon (Sæther, personlig kommunikasjon, januar 2018). I et land som i økende grad er utsatt for naturkatastrofer, blant annet som følge av smeltende isbreer og økt havstigning (Im, Pal, & Eltahir, 2017), kan sangene representere noe bestandig og immaterielt, noe som ikke drukner.

Tradisjonelt ble folkesangene overlevert til gutter, ofte fra fedre til sønner. De nye sangstedene skulle inkludere jenter på lik linje med gutter. Dette er fortsatt en radikal tanke i flere regioner i Bangladesh. I landsbyområdene arbeider jenter i huset fra de er små, og mange giftes bort tidlig i arrangert ekteskap (Alston, Whittenburry, Haynes, & Godden, 2014). Kulturen vektlegger kollektiv identitet, samhold og forpliktelser i storfamilien står sterkt. Jenter er lojale og gjør det de eldre i familien vil, og det som gir familien ære og respekt. Kulturell medgiftspraksis innebærer at det er dyrere å gifte bort jenta jo eldre hun er – dermed er det både et økonomisk og sosialt press på foreldrene om å gifte bort datteren (Alston et al., 2014). Landsbyfamilier lever under harde sosioøkonomiske og økologiske kår, og barns rettigheter, spesielt jenters, har liten plass. Ikke alle familier er villige til å la døtrene synge. I en slik sosiokulturell kontekst er det noe opprørsk ved at jenter synger.

STEMME, SANG OG INDIVIDUASJON

I denne artikkelen er vi spesielt opptatt av stemmens og sangens betydning for utvikling av autonomi. Psykoanalytikeren Margaret S. Mahler beskrev barnets *psykologiske fødsel* (Mahler, Pine & Bergmann, 1975). Denne finner sted gjennom en *separasjons-* og *individuasjonsprosess*: to intrapsykeiske strukturaliseringsprosesser som resulterer i at mennesket trer frem som «a separate and autonomous person» (s. 76). At individet blir en autonom person, er således et resultat av separasjons- og individuasjonsprosessen. Nå gir Mahler aldri en eksplisitt definisjon av autonomi, og hun bruker heller ikke begrepet på noen entydig måte (Gullestad, 1992)¹. Det er imidlertid klart at hennes hovedanliggende er *psykologisk atskilthet*: at barnet utvi-

1. Begrepet brukes dels om utvikling av autonome egofunksjoner (persepsjon, kognisjon osv.), dels om det å bli en atskilt, autonom person og dels om vilje til selvbestemmelse (Mahler et al., 1975) (se Gullestad, 1992, s. 78–81).

kler en selvrepresentasjon som er avgrenset fra indre objekter. Indre objekter er internaliserte representasjoner av viktige personer i barndommen (Zachrisson, 2013, s. 250). Disse kan også inneha kulturens normer. Avgrensning mellom selvet og de indre objektene er en forutsetning for at individet kan uttrykke et selv-varetakende «nei» og representere seg selv utad – altså være autonom (Gullestad, 1992). I denne artikkelen anvender vi begrepet autonomi i en slik relasjonell betydning.

Ungdomstiden er blitt beskrevet som «den andre individuasjonen» (Blos, 1967), og har mye til felles med barneårenes separasjons- og individuasjonsprosess. Det er en sårbar og eksplisiv overgangsfase, der kroppen så vel som den unges rolle i samfunnet forandrer seg. Der det lille barnet er avhengig av morens støtte for å erverve økt autonomi, vender ungdommen seg helst til en gruppe – det å bli medlem i det større samfunnet er sentralt (Blos, 1967). Den andre individuasjonen innebærer en ny «runde» i selvavgrensning og definisjon av hvem man er og vil være.

Hva så med stemmens betydning i denne prosessen? Det latinske ordet for stemme – vox – stammer etymologisk fra vocare: «å kalle på» eller «vekke» (Cavarero, 2005, s. 169). Umiddelbart etter fødselen er lyden barnet lager, et første tegn på livskraft. Lyden er samtidig en henvendelse – å uttrykke seg med stemmen innebærer en meddelelse til en annen. Stemmen (eller fraværet av den) er ladet med informasjon om barnets tilstand. Gråt anvendes som diagnostisk verktøy: En sterk gråt vitner om vitalitet og pust; gråten til et barn som har vært eksponert for rus i svangerskapet, har en særegen klang (Soltis, 2004). I Bowlbys (1978) forståelse er stemme og gråt del av et biologisk gitt signalsystem som sikrer tilknytning: Barnets protestgråt – «gå ikke fra meg!» – har som funksjon å «utløse» foreldrenes omsorg. Samtidig uttrykker stemmen individets egenart. Barnets *vokalisering* er mellom 4 og 36 måneder en sentral markør for begynnende separasjon (Mahler et al., 1975): Å bruke stemmen markerer kroppslig og psykisk atskilthet – den vokale lyden er et selvrepresenterende uttrykk. Stemmen uttrykker fra starten noe særegent og genuint i mennesket (Lagaay, 2007; Cavarero, 2005). Med Roland Barthes formulering: Det er selve kroppen som uttrykkes i stemmen, og især i den syngende stemmen (Bø-Rygg, 2015).

Sang er meddelelse og bærer av budskap, og har stor kulturell betydning. Urbefolkningen på New Zealand (Maori-folket) ser på sang og instrumental musikk som en form for tale (Karpf, 2006). Å synge som barn skaper varige, emosjonelt ladede minner – og å lære sanger som tidligere generasjoner har sunget, kan gi opplevelse av kontinuitet, og videreføre slektens tradisjoner (Vestad & Dyndahl, 2017). Mennesker som synger sammen, forbindes og etablerer en følelse av fellesskap raskere enn ved andre gruppeaktiviteter (Pearce, Lounay, McCarron & Dunbar, 2017). Forskningslitteraturen understøtter altså at den syngende stemmen spiller en unik rolle i barns utvikling og i å skape fellesskapsfølelse.

Kulturelle praksiser i Bangladesh – som arrangerte ekteskap og spesifikke rolleforventninger – representerer barrierer for utvikling av separasjon og individuasjon, især for jenter. På denne bakgrunn er det interessant å undersøke om det å synge kan bidra til å finne sin egen stemme, ikke bare musikalsk, men også psykologisk.

METODE

Studien er kvalitativt utforskende, med ulike metodiske tilnærminger.

Deltakere

Hovedinformantene i studien er et utvalg på ti landsbyjenter i alderen 10–18 år. Alle har vært med i sangstedene i minimum to år (de fleste i lengre tid). Lokale medarbeidere valgte ut deltakerne blant hundrevis av syngende barn. De ble bedt om å velge jenter som de tenkte var i stand til å artikulere seg. I utvalget er det jenter fra ulike landsbyer og sangsteder, med forskjellige bakgrunner (f.eks. både fra hinduiske og muslimske familier) og i forskjellige aldre. For å få kunnskap om den sosiokulturelle konteksten jentene synger i, ble også tre gutter (17–19 år) og tre sanglærere intervjuet. I denne artikkelen har vi valgt å fokusere på hovedinformantene, men trekker inn relevante kontekstvariabler i diskusjonen til slutt.

Datainnsamling

Datainnsamlingen ble gjennomført høsten 2016, med oppfølgende intervjuer året etter. Studien veksler mellom tre metodiske tilnærminger: 1) Førsteforfatter var til stede som deltagende observatør under sangundervisning, »

og intervjuet hver av jentene både i 2) fokusgruppe og 3) med semistrukturert intervju.

Prosedyre

De lokale sanglærerne forberedte deltakerne og foreldrene deres på studien to måneder før feltarbeidet. De forklarte formålet med forskningen: å utforske sangens betydning for jentene. Jentene og foreldrene fikk et informert samtykkeskjema på morsmålet bengali, som de underskrev. Skjemaene inneholdt blant annet praktisk informasjon om gjennomføring av intervjuene – og at de når som helst kunne trekke seg fra å delta. Foreldrene som ikke kunne lese, fikk teksten opplest før de ga sitt samtykke. Gjennomføringen av feltarbeidet ville ikke vært mulig uten den grundige forberedelsen og presise organiseringen som medarbeiderne sørget for.

Førsteforfatteren intervjuet deltakerne, som snakket bengali, tolket av WS. Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert i etterkant. Materialet omfatter mer enn tretti timer råstoff. Lydopptakene muliggjorde en språklig validering av WS' tolkningsarbeid i felten. Intervjuene ble oversatt på nytt, i Oslo, ett år etter feltarbeidet. Bengaler og postdoc-kandidat ved UiO, Mrinal Kumar Das, har oversatt et tilfeldig utvalg av intervjuene. Hans oversettelse samstemmer med den til WS. Det er også gjort sangopptak.

Økologisk validitet

Funnene vil ikke bli generalisert, men brukt for å stille spørsmål og reflektere teoretisk om betydningen av stemmen for individuasjon. Det er ikke sikkert et lite utvalg på ti får fram det som er vesentlig for en mangfoldig gruppe. Det er heller ikke sikkert at informantene var i stand til å si det som er viktigst for dem. I fortolkningen av intervjuene har vi forsøkt å innreflektere deres sosioøkonomiske og kulturelle kontekst, så langt vi som forskere fra en annen kultur kan kjenne den. I dette fortolkningsarbeidet har guttenes og sanglærernes ord vært verdifulle.

Etiske vurderinger

Studien ble godkjent av forskningsetisk komité ved Psykologisk institutt (i 2016 og 2017). I Bangladesh ble feltarbeidet godkjent ved Department of Psychology ved University of Dhaka. Identifiserende detaljer som navn, eksakt alder og landsby er slettet fra teksten.

For flere av jentene var det et stort alvor forbundet med å synge. I intervjuene var det umulig å ikke berøre vanskelige emner, som familiekonflikter og om de fikk lov til å synge eller ikke. Deltakerne ble imidlertid ikke presset til å snakke om potensielt opprivende temaer, men fikk snakke fritt om det de selv tok initiativ til å fortelle om.

Noen fortalte om motstand fra naboer, onkler eller andre mot selve det å synge. I grundig samråd med sanglærerne vurderte vi at intervjuene ikke ville sette jentene i fare. Foreldrenes samtykke – i tillegg til jentenes eget – var en forutsetning for å delta. Noen foreldre uttrykte skuffelse over at navn skulle anonymiseres i publisert tekst. De virket stolte over å være med.

Vi, førsteforfatter, tolk og sanglærerne som koordinerte feltarbeidet, reiste ut til sangstedene for å gjøre intervjuene. Deltakerne ble fulgt hjem før det ble mørkt. Sanglærerne fulgte opp jentene i etterkant.

Intervjusituasjonen

Vi begynte med fokusgruppe-intervju for at deltakerne skulle inspirere hverandre til å snakke, deretter intervjuet vi en og en. Deltakerne ble invitert til å tenke og snakke fritt. Førsteforfatteren understreket at dette ikke var en eksamen med riktige eller gale svar – og forsøkte å stille åpne spørsmål. Enkelte spørsmål viste seg å være for abstrakte, som: «Hva betyr frihet for deg?» Flere av jentene ble tause. Det betyr ikke at de ikke visste noe om frihet, men kanskje snarere at de ikke kjente begrepet eller kunne abstrahere. Det ble fort tydelig at kombinasjonen av konkrete og åpne spørsmål ga mest informasjon, som: «Kan du fortelle om første gangen du hørte sang – hvor var du, når, med hvem?» Slike spørsmål fungerte som et slags springbrett, der flere av jentene tok sats og beveget seg ut i personlige beretninger. Andre spørsmål var: «Fortell om yndlingssangen din», «Har noe forandret seg hjemme eller på skolen etter at du begynte å synge?», «Hva ville du gjort hvis noen nektet deg å synge?». Noen av de forhåndsplanlagte spørsmålene ble justert eller forkastet. Førsteforfatter valgte, i samarbeid med tolken, å følge jenta der hun snakket med nerve.

Analyse

Intervjutranskriptene ble først lest flere ganger for å få tak i den enkeltes subjektive erfaring

med å synge. Dernest forsøkte vi å ekstrahere felles kjernetemaer i de enkelte beretningene. I tråd med fortolkende fenomenologisk analyse fokuserte vi på hvordan deltakerne skaper mening i bestemte sammenhenger (Smith, Flowers, & Larkin, 2009); altså fra «sangstedene». Utsagnene ble samlet under de ulike kjernetemaer med tilhørende undertemaer og til slutt sammenfattet i tre kjernetemaer: 1. Bli seg selv ved å synge, 2. Trøste seg selv ved å synge og 3. Kjenne seg selv gjennom læreren og tekstene. Disse tre konsentrerer mange uttalelser samtidig som de rommer egenartede utsagn – for å speile bredden og dybden i materialet. På bakgrunn av materialet og analysen fremstod individuasjon som et overordnet begrep som samlet innholdet i jentenes beretninger. Nedenfor er det gitt relativt stor plass til deltakernes utsagn, slik at leseren selv skal kunne ta stilling til fortolkningene.

RESULTATER

Tre delvis overlappende kjernetemaer samles i det overordnede temaet individuasjon – det å finne seg selv og sin egenart. Metaforisk kan dette uttrykkes som å finne sin egen stemme. Små utdrag fra intervjuer og fokusgrupper presenteres. I artikkelen er noen jenter valgt ut som representanter, da deres utsagn er spesielt illustrerende for temaene.

TABELL 1 Oversikt over kjernetemaer med tilhørende teoretisk perspektiv

Overordnet teoretisk tema: Individuasjon

Fenomenologisk tema	Teoretisk perspektiv
Bli seg selv ved å synge	Autonomi
Trøste seg selv ved å synge	Affektintegrasjon
Kjenne seg selv gjennom læreren og tekstene	Modellering

Bli seg selv ved å synge

Dette temaet refererer til økt kontakt med noe eget og økt evne til å stå fram med seg og sitt. Deltakerne beskriver å komme i kontakt med seg selv når de synger. Samtidig blir de synlige gjennom sangen. Jentenes utsagn om at de vil forsvare sin rett til å synge, tyder på økt kraft til å fremme sine ønsker og behov. Det fenomenologiske temaet knyttes teoretisk til utvikling av autonomi, forstått som evne til å representere seg selv.

1. «Da var det akkurat som om noe våknet opp i meg. Da var det som om jeg hadde lyst til å lære å synge med en gang ... Det var en følelse som våknet i meg da. Og litt etter litt lærte jeg å synge ... Jeg var litt redd. Kan jeg eller kan jeg ikke, tenkte jeg.»
2. «Hvis jeg kan synge, vil alle vite hvem jeg er, og alle vil kjenne meg.»
3. «Jeg var så heldig at jeg fikk en slik anledning til å uttrykke meg!»
4. «Jeg vil så gjerne at den sangen jeg synger, at alle skal få høre den ... Og hvis jeg ikke kunne synge, ville jeg ikke likt meg, da ville jeg ikke kunnet bli denne Shila.»
5. «Ved å synge kjenner vi frihet inni oss. Det er for å få den friheten at vi synger! Jeg blir friere til å bevege meg i dette samfunnet ved å synge!»
6. [sterkt svaksynt, nesten blind]: «Sangen er pusten min. Og uten pusten går det ikke an å leve. Det jeg tenker, er at uten den sangpusten kan jeg ikke overleve.»



Det dreier seg om
å bevare selvet



Hun kan ikke trosse foreldrenes ord, men hun klarer seg ikke uten å synge

7. «Først måtte jeg bli modig til å synge her, og så ble jeg modig til å synge andre steder også! ... Hvis noen ber meg om å gjøre noe nå, så kan jeg det!»
8. «Hvis naboene ikke vil ha det [sang], hvis naboene sier la være med det, slutt med det. Hvis mamma og pappa sier slutt med det. Da tror jeg at da ville det være slutt på meg også.»
9. «Jo, det fins fiender. I nabohuset. De krangler om sangen. De sier dårlige ord til meg. Det der er ikke bra, slutt med det der. Og da sier jeg: Så lenge jeg lever, så kan ingen ta meg vekk fra det å synge.»
10. «Hvorfor skulle jeg ikke synge? Selvfølgelig skal jeg synge! Jeg vil synge. Og jeg vil slåss for å få synge!»
11. «Jeg vil sprengte meg gjennom ... Det er ved å synge at jeg har laget motet mitt. Det er ved å synge at motet mitt vokser og vokser.»
12. «Med alle krefter vil jeg holde fast, og jeg skal holde fast. Og jeg skal forklare meg i svigerfamiliens hus, at sangen ikke er noen dårlig ting. Det er en uendelig kunnskap der. Jeg kan ikke slippe sangen!»

Trøste seg selv ved å synge

Dette temaet refererer til økt integrasjon av følelser. Deltakerne forteller at å synge bringer dem i kontakt med følelser. Å synge gjør det mulig å holde ut vonde følelser og å få det bedre – en form for trøst. Det fenomenologiske temaet knyttes teoretisk til affektintegrasjon.

13. «Jeg synger når jeg er trist. Jeg elsker å synge. Jeg får så mye lykke. Det som er i hjertet. Jeg kan ikke forklare med ord.»
14. «Men jeg er jente, jeg får ikke dra langt bort. Når presset blir for stort. Det jeg da gjør, er å synge. Jeg lar ikke noen vite at det er trist, jeg synger.»
15. «Når jeg synger, er jeg inne i hjertet og inne i rytmen. Da drar jeg til en annen verden ... Den dype følelsesverdenen.»
16. «Sangen er den virkelige vennen vår. Når ingen andre er der, gir sangen meg noen å være sammen med.»
17. «Du kan jo ikke bli til noe på den måten [sier mor]. Jeg behøver ikke å få noe mer, jeg får glede!»
18. «Hvis vi ikke har mat midt på dagen, så kan vi synge i stedet. Da kan sulten mildne.»
19. «Å, jeg vil synge og gjøre folk lykkelige!»
20. Når jeg er lei meg og plutselig kommer på en sang, så synger jeg. Jeg synger hver eneste kveld før jeg sovner ... Om morgenen synger jeg også!»
21. «Om natten, når alle sover, da synger jeg sanger om det som gjør vondt inni meg. Jeg tror at hvis sangen forsvant fra livet mitt, da kom jeg ikke til å overleve.»
22. «Ønsket er at jeg ved å holde fast på sangen kan holde fast på veien min, og at jeg kan gå riktig her i verden, det er et ønske ... Den som kan holde fast på sangen, kan holde fast på seg selv. Og for å leve midt blant alle så vil jeg holde fast på sangen.»

Kjenne seg selv ved læreren og tekstene

Dette temaet refererer til erfaringer med å lære noe nytt; om sangstemmen sin og fra ordene i sangene. Deltakerne omtaler læreren som en forutsetning for at de kan synge; han er en de har kunnet se og identi-

fisere seg med, som har hørt og veiledet dem. Det fenomenologiske temaet knyttes til teori om modellering og utvidet bevissthet.

23. «Det var ingen sang som trengte dypt inn i meg før jeg kom til sangstedet. Da Nitai-guru sang. Jeg ble helt forbauset og tenkte: Å, om jeg kunne synge som han! Så begynte jeg å komme til sangskolen. Å, han kan, hvorfor skal ikke jeg kunne.»
24. «Jeg vil også bli en som kan synge på den måten! Jeg kunne aldri tenkt meg det på forhånd, at jeg skulle lære å synge slik. Og da var det jeg bestemte meg for at her skulle jeg lære, og her skulle jeg bli stor.»
25. «Først prøvde jeg, men jeg klarte det ikke. Nitai-guru sa: Det er klart at du kan! Og så gikk jeg hjem og øvde og øvde. Moren min sa: Det klarer ikke du, du har ikke noen stemme til slikt. Jeg sa til moren min: Selvfølgelig skal jeg klare det!»
26. «Jeg tenker at hvis jeg har den stemmen jeg nå har, så skyldes det Nitai-guru.»
27. «Han [sanglæreren] har lært meg skalaene, og lært meg om rytmer, og han har sagt hvordan jeg skal bruke stemmen, hvordan jeg skal samle meg i konsentrasjon, og å snakke med meg selv om hva jeg kan og hva jeg ikke kan ... Det er så mye kunnskap å få i sangen. Det utvider bevisstheten min. Og en lærer om å respektere de eldre.»
28. «Jeg har lært om å synge innenfra, med dyp følelse!»
29. «Det er en verden der vi lærer! Jeg har jo ikke vært her lenge, men jeg har lært mye allerede. Rytme, melodi, følelse. Hvordan jeg skal være sammen med de andre som lærer, og hvordan jeg skal være overfor mesterlæreren. Hvordan jeg skal respektere dem. [pause] Her skal jeg bli værende!»
30. «Ordene i sangene er forskjellige fra alle de andre ordene. Det er så store læreord i sangen – ikke som i vanlig prat.»
31. «Se på tidsklokken din. Se hvor lang tid du har brukt, og hvor lang tid du har igjen her i verden.»
32. «Slik det ikke springer friske blader ut av det tørre trestykket, slik kan en ikke gjøre noe nytt i livet uten kjærlighet.»

DISKUSJON

Mahler beskriver den jublende følelsen hos et barn som nettopp har lært å gå – en markør for

begynnende autonomi, til å gå dit man selv vil. Tilsvarende kjennetegnes ungdomstiden ved en trang til å bryte ut og ta nye skritt ut i verden. Bengalske landsbyjenter kan imidlertid ikke bevege seg fritt ute på veiene og mellom husene, noe de selv sier er en viktig forskjell mellom å være jente og gutt. I puberteten innskrenkes bevegelsesfriheten ytterligere: Foreldrene er redde for at de skal bli utsatt for voldelige handlinger, og for at folk skal rakke ned på jenter som «løper rundt». Det dreier seg om familiens ære – det kan bli vanskelig å gifte bort en datter hvis hun er en det sladres om. I en slik kultur kan det å gå ut av huset to dager i uken for å synge være den eneste muligheten en jente har til å utskille seg fra storfamilien og fra det å være «de andres». Samfunnets og familiens holdning til unge jenter er samtidig innvevd i kulturelt betingede normer som vektlegger hensynet til det kollektive fellesskapet. I den vestlige del av verden er det i stor grad gitt at individuasjon og separasjon inngår i en integrerende og dynamisk prosess mot å bli et voksent, selvstendig individ. I asiatiske kulturer, derimot, knyttes begreper som individ og individuasjon i større grad til egoisme og selvopptatthet. Studier har vist at foreldre i asiatiske kulturer ikke støtter utvikling av barnas autonomi (Haag, 2014). De syngende jentene i denne studien er med i en sammenheng som har en helt praktisk funksjon: De deltar aktivt i å bevare sangtradisjoner. Dermed viser de foreldrene og omverdenen at de *kan* noe, og at de *bidrar* med noe. Foreldrene og samfunnet forstår ikke nødvendigvis nytten av jentenes økte autonomi. Men sangene de synger, er høyt ansett i den bengalske kulturen. Det å kunne noe innebærer også et ansvar. Flere deltakere sier at de vil lære andre å synge, slik de selv har fått lære. Å ta ansvar for hva en *gjør*, framfor å legge det på foreldrene en løser seg ut fra, er sentralt i ungdomsårenes individuasjon (Blos, 1967). At ett og ett menneske individueres, får dermed følger for neste generasjon.

Å synge som individuasjon

Sammenfattet knytter jentene i studien det synge til å bli seg selv (3–6). Det å synge er en dypt meningsfull aktivitet – noe som gir lykkefølelse (13, 17, 19). Gjennom sangen uttrykker de nye følelser og erfaringer, og blir derved synlige (1–4). Den syngende stemmen forbinder innsiden med utsiden, og dem selv med omverde- »

nen. Det er denne følelsen av å bli seg selv – og bli synlig som seg selv – vi her sammenfatter i begrepet individuasjon.

Jentene forteller med ulike ord om hva som står på spill for dem når de synger. Det å bli mer autonom kan innebære angst og konflikt. Ti av ti jenter forteller at det å synge har *forandret* hvem de er, og hvordan de ser på seg selv. Flere sier de var redde for å synge helt til de overskred en terskel i seg (1, 7, 25). Hvilket mot som kreves av disse jentene for å gå til sangstedet to ganger i uken, vites ikke, men flere må forholde seg til motstand fra naboer og familie (9, 11, 12, 17). Samtidig forteller de at motet vokser ved å synge – flere er inne på at de nå tør mer enn de gjorde før (1, 7, 11). Ja, det å synge blir selve motoren som driver individuasjonsprosessene fram.

Guttene forteller at for folk flest er det uproblematisk med små jenter som synger. Når jentene kommer i puberteten, derimot, blir det vanskelig. Jentene ble spurt direkte om hva de ville gjort hvis en viktig annen nektet dem å synge. Flere forteller om en spenning mellom forpliktelsen til å være lydig og forpliktelsen til å være tro mot seg selv. Seks av ti jenter svarer med en opprørsk holdning (9–12). Det virker som det å synge gir dem økt tilgang til aggresjon og kraft til å forsvare det som er viktig for dem. De vil slåss for å synge. Foreldrene til jentene i denne studien har ikke blitt intervjuet. Men jentenes beretninger reflekterer en klar motsetning mellom nye erfaringer av seg selv og egen stemme og normer i landsbyene, som krever at de underordner seg kulturell praksis og tradisjon. En jente reflekterer tydelig over konflikten: Hun kan ikke trosse foreldrenes ord, men hun klarer seg ikke uten å synge. Det er noe identitetsoppløsende knyttet til det å gi opp sangen. En annen sier: «... *da ville det være slutt på meg også*» (8). Det dreier seg om å bevare selvet. I lys av begrepet om individuasjon ser det å synge ut til å konsolidere en følelse av et avgrenset selv.

Med utgangspunkt i jentenes beretninger vil vi utdype tre teoretiske perspektiver (tabell 1) i en samlet diskusjon av individuasjonsprosessen: affektintegrasjon, sang som overgangsobjekt mot økt autonomi og læreren som modell for læring.

Affektintegrasjon

En viktig dimensjon ved individuering er å erfare følelser som egne (integrasjon av affekt).

Dette forutsetter at barnets affekt *speiles* av betydningsfulle andre (Kim, Fonagy, Allen, Martinez, Iyengar, & Strathearn, 2014). Barnets utvikling innebærer en prosess der affekt differensieres og omformes – mentaliseres – i et samspill med andre, fra rå, motoriske uttrykk til gradvis økende symbolisering og verbalisering (Lecours & Bouchard, 1997). Speiling av affekt kan også finne sted gjennom ulike former for kunst, som kan bidra til å symbolisere tidligere uerkjente følelser. Fem jenter forteller at de synger når de føler seg triste (13, 14, 20, 21), og at de da får det bedre. Kanskje erfarer de at andre har erfart samme tristhet – at smerten kan deles? Enkelte snakker om sangens verden som et sted for dype følelser (15). Andre betoner følelsen av å forandres – å bli en annen (4). Det synes som jentene anvender metaforene i folkesangene – kulturens symboler (Vetlesen, 2012) – til å bearbeide og kanalisere følelser de ellers ville vært tause om. Dette kan bevege dem i retning av økt affektintegrasjon. Det å synge blir slik en aktivitet som også kan forebygge at jentene utvikler destruktive forsvarsstrategier.

Sang som overgangsobjekt mot økt autonomi

Flere deltakere bruker verbet «å holde seg fast i» sangen (12, 22), som om den var en gjenstand. Utsagnene kan belyses ved begrepet *overgangsobjekt* (Winnicott, 1980), som viser til et behov for noe som er «ikke-meg» å knytte seg til og holde seg i for å overskride seg selv og gå ut i nytt terreng. Sangen er i en selv og samtidig utenfor. Den kan skape et rom tilsvarende det Winnicott betegner som et tredje felt – mellom ytre og indre virkelighet. Det dreier seg om et mulighetsrom der jentene kan improvisere og utforske nye sider ved seg selv. De blir bevisst at de har et indre – noe eget – de er ikke bare de andres (25–29). I dette perspektivet blir det å synge et opprør mot betingelsene i et samfunn der barn, især fattige jentunger, har liten tilgang til noe eget. Én deltaker sier eksplisitt at hun blir friere til å bevege seg i samfunnet ved å synge (5). Kontakt med det *egne* er en forutsetning for autonomi – og en viktig indikator på individuasjon (Gullestad, 1992).

Sanglæreren som mentor og modell

Deltakerne holdes også av noen ytre strukturer – forbindelsen til sangfellesskapet og, ikke

minst, til sanglæreren. Jentene omtaler sanglæreren som en forutsetning for at de synger (23, 25–27). Åtte av ti forteller at de først har sett en annen synge, en de har identifisert seg med, før de selv begynte å synge. Sanglæreren er en modell som hører og veileder dem videre – den enkeltes unike sangstemme utvikles i et felt mellom dem selv og læreren (25–27). Like viktig som å formidle innholdet i sangene er det å gi barna sangens «følelse», forteller sanglærerne. En av dem fremholder at undervisningen dreier seg om å finne ut hvor barnet er, og så «skyve» henne videre derfra (jf. Vygotskij, [1934] 2008). Ikke minst viktig for jentene er det at sanglærerne er menn i en mannsdominert kultur. De får erfare menn som gir stemmene deres betydning. Enkelte synger nærmest i trass; Pael med sjal over håret; Taposhi, som brått ble giftet bort etter feltarbeidet; den sterkt svaksynte Sumena, som sa at sangen er pusten hennes.

Vår analyse understreker at det å finne sin egen (sang)stemme skjer i en personlig forbindelse til sanglæreren. Noen av jentene sier at «bevisstheten utvider seg» når de synger (27). Forskning på terapeutisk forandring har pekt på at dyadiske møtepunkter kan, nettopp, utvide bevisstheten (Tronick, Bruschiweiler-Stern, Harrison, Lyons-Ruth, Morgan, Nahum, Sander, & Stern, 1998). En bevissthetstilstand kan bli mer kompleks og sammenhengende når en samarbeider med en annen (Jordet, 2018). Den bengalske sangtradisjonen betoner at forbindelsen til læreren («guru») er en forutsetning for å lære. Beslektet med Bions begrep om ufordøyd og fordøyd mental aktivitet (beta- og alfa-elementer, 1984), heter det i sangtradisjonen at eleven skal gå til gurun for å få sin «rå» (kaccha) kunnskap «kokt» (pacca). En sangstrofe sier det slik: «Nøkkelen til mitt hus ligger bevart hos en annen. Hvordan åpne døren og hente ut det dyrebare, alene.» (Fakir, 2015, s. 10). Menneskets individuasjonsprosess finner sted i et bekrefrende samspill.

Studiens begrensninger

En hovedutfordring i feltarbeidet var språket: Førsteforfatteren, som intervjuet, kunne bare snakke med deltakerne med tolk til stede. Det er dessuten ikke nødvendigvis en direkte sammenheng mellom det deltakerne sa, og erfaringene deres. De kan ha moderert svarene sine i intervjuet (jf. «Hawthorne-effekten»). De teoretiske begrepene som anvendes, er utviklet av vestlige forskere. Om disse er gyldige for å forstå menneskers erfaringer i en østlig kultur, tas ikke for gitt. I stedet er den kulturelle konteksten forsøkt innreflektert underveis i diskusjonen.

Hvordan det går med landsbyjentene over tid; hvor befestet endringsprosessene er, og i hvor stor grad de faktisk bestyrkes til å si fra/stå opp for seg, undersøkes i oppfølgingsstudier.

Teoretiske implikasjoner av studien

I Mahlers teori (1975) inngår stemmen indirekte ved at vokallyd er en av indikatorene hun og forskergruppen anvender som markør for separasjon. I Blos' videreutvikling av individuasjonsbegrepet for ungdomsårene (1967) er ikke vokaluttrykk vektlagt. Hovedfunnet i denne studien er at det å synge er selve motoren i individuasjonsprosesser for jentene. Vi peker på at en helhetlig teori om individuasjon må integrere kunnskap om stemmen.



Det er noe identitets-
oppløsende knyttet til
det å gi opp sangen



KONKLUSJON

Spørsmålet vi stilte innledningsvis, var: Kan det å synge bidra til å finne sin egen stemme, både musikalsk og psykologisk? Ja, analysen vår viser at å synge kan være en hovedmotor i individuasjonsprosesser. Ved folkesangene blir jentene tydeligere for seg selv og andre, de finner trøst og blir bedre kjent med den de er, gjennom sanglæreren og -poesien. Studien viser altså at å synge kan bidra til økt autonomi gjennom affektintegrasjon og rollemodellering – slik at landsbyjentene klarer å avgrense seg selv fra kulturelle forventninger om taus lydighet.

AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Tusen takk til Hanne Haavind for gode innspill. Takk til Mrinal Das for oversettelse. Feltarbeidet ble støttet økonomisk av Norges forskningsråd (studentstipend administrert ved Psykologisk institutt, UiO). Takk til tre anonyme fagfeller og redaksjonen i *Psykologtidsskriftet*. En spesiell takk til Wera Sæther. ✘

REFERANSER

- Alston, M., Whittenbury, K., Haynes, A., Godden, N. (2014). Are climate challenges reinforcing child and forced marriage and dowry as adaption strategies in the context of Bangladesh? *Women's Studies International Forum*, 47, 137–144.
- Banik, S. (2016). The oral tradition of Bengali folk songs in Tripura. Conference paper. https://www.researchgate.net/publication/305687476_The_Oral_Tradition_of_Bengali_Folk_Songs_in_Tripura
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 22, 162–186. <https://doi.org/10.1080/00797308.1967.11822595>
- Bion, W. (1984). *Learning from experience*. Karnac Books.
- Bowlby, J. (1978). *Attachment. Attachment and Loss* (vol.1). Penguin.
- Bø-Rygg, A. (2015). Hearing, listening and the voice. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 38(2), 141–151. <https://doi.org/10.1080/01062301.2015.1104808>
- Cavarero, A. (2005). *For more than one voice. Toward a philosophy of vocal expression*. Stanford University Press.
- Fakir, L. (2015). Hentet fra Sæther, W. (2015). *Hva sier jeg er mitt og hva er fremmed*. Sanger av Lalan Fakir. [Upublisert manuskript].
- Gullestad, S.E. (1992). *Å si ifra. Autonomibegrepet i psykoanalysen*. Universitetsforlaget.
- Haag, A. (2014). Psychoanalytically oriented psychotherapy and the Chinese self. I Scharff, D.E. & Varvin, S. (red.), *Psychoanalysis in China* (s. 21–32). Karnac Books Ltd.
- Im, E.-S., Pal, J.S., Eltahir, E.A.B. (2017). Deadly heat waves projected in the densely populated agricultural regions of South Asia. *Science Advances*, 3(8). <https://doi.org/10.1126/sciadv.1603322>
- Jordet, M. (2018). *Jeg er med i verden. Jeg også. – Om stemmens betydning*. [Hovedoppgave]. Universitetet i Oslo.
- Karpi, A. (2006). *The human voice. The story of a remarkable talent*. Bloomsbury Publishing Plc.
- Kim, S., Fonagy, P., Allen, J., Martinez, S., Iyengar, U., & Strathearn, L. (2014). Mothers who are securely attached in pregnancy show more attuned infant mirroring at 7 months postpartum. *Infant Behavior & Development*, 37(4), 491–504. <http://doi.org/10.1016/j.infbeh.2014.06.002>
- Lecours, S., Bouchard, M.-A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 855–875.
- Mahler, M.S., Pine, F. & Bergmann, A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant. Symbiosis and Individuation*. Basic Books.
- Pearce, E., Launay, J., McCarron, P. & Dunbar, R.I.M. (2017). How moving together binds us together: The social consequences of interpersonal entrainment and group processes. *Psychology of Music*, 45, 496–512. <https://doi.org/ezproxy.uio.no/10.1515/psych-2018-0018>
- Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009) *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. Sage Publications.
- Soltis, J. (2004). The signal functions of early infant crying. *Behavioral and Brain Sciences*, 27(4), 443–490. <https://doi.org/10.1017/S0140525X0400010X>
- Sæther, W. (2005). *Bengalske sanger. Verdens hellige skrifter*. De norske Bokklubbene.
- Tronick, E.Z., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A.M., Lyons-Ruth, K., Morgan, A.C., Nahum, J.P., Sander, L. & Stern, D.N. (1998). Dyadically Expanded States of Consciousness and The Process of Therapeutic Change. *Infant Mental Health Journal*. 19(3), 290–299. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<290::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<290::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-Q)
- Vetlesen, A.J. (2012). Transport og transformasjon av psykisk smerte. I Gilbert, S., Stånicke, E., Engelstad, F. (red.), *Psyke, kultur og samfunn. Perspektiver på indre og ytre virkelighet* (s. 217–228). Abstrakt forlag.
- Vestad, I.L. & Dyndahl, P. (2017). «This one Grandma knew, too, exactly this one!» Processes of Canonization in Children's Music. *Nordic Journal of Art & Research*, 6(2), 1–19. <https://doi.org/10.7577/information.v6i2.2279>
- Virtala, P., Huotilainen, M., Partanen, E., Fellman, V., Tervaniemi, M. (2013). Newborn Infants' auditory system is sensitive to Western music chord categories. *Frontiers in Auditory Cognitive Neuroscience*, 4(462), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00492>
- Vygotskij, L.S. ([1934] 2008). *Tenkning og tale*. Gyldendal Akademisk.
- Winnicott, D.W. (1980). *Playing and Reality*. Penguin Books Ltd.
- Zachrisson, A. (2013). The internal/external issue: What is an outer object? Another person as object and as separate other in object relations models. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 67(1), 249–274. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1080/00797308.2014.11785497>

EVIDENSBASERT PRAKSIS

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2019 S. 657-665 FAGFELLEVDERT

HELENE HELGELAND Avdeling for barn og unges

psykiske helse på sykehus, Nasjonal kompetansetjeneste for psykosomatiske tilstander hos barn og unge, Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

SOLVEIG GJEMS, Avdeling for barn og unges psykiske helse på sykehus, Barne- og ungdomsklinikken, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

KONTAKT helene.helgeland@gmail.com

SOMATISKE SYMPTOMTILSTANDER HOS BARN OG UNGE

– Fra ny viten til klinisk praksis

Å øke barn og unges trygghetsfølelse er sentralt i behandlingen av somatiske symptomtilstander.

SOMATISKE SYMPTOMTILSTANDER, også kalt funksjonelle tilstander, er kroppslige plager der medisinsk utredning ikke avdekker noen kjent fysisk forklaring (Wessely et al., 1999). Eksempler er tilstander med langvarige smerter, kramper, lammelser og utmattelse. Det er anslått at 4–10 % av barn og unge i befolkningen har denne type plager i slik grad at de har behov for klinisk intervensjon (Garralda & Rask, 2015). Jenter har høyere forekomst enn gutter.

Somatiske symptomtilstander blir ofte oppfattet som uspesifikke og medisinsk uforklarlige. Selv om de fleste fagmiljøer anerkjenner at psykososiale faktorer er av betydning for utvikling og forløp av sykdom, preges klinisk praksis fortsatt av den biomedisinske sykdomsmodellen (Lioffi & Howard, 2016). Denne har som premiss at kun objektive funn gir et gyldig grunnlag for korrekt kunnskap om kroppen (Kirkengen & Næss, 2015). Dette har skapt »

ABSTRACT

Somatic symptom disorders in children and adolescents: From new knowledge to clinical practice

Background: Health care professionals struggle to manage young patients with somatic symptom disorders (SSD). In this article we aim to provide an overview of contemporary knowledge on SSD, including the connections between stress, adverse life events and health, in order to enhance understanding and improve clinical practice.

Method: Informed by our clinical expertise with these patients in secondary and tertiary health care, we did a non-systematic literature review of best current research evidence on the etiology, pathophysiology and treatment of SSD, and identified clinical implications.

Results: SSD appear to reflect dysregulations of the body stress system. Multiple, different biopsychosocial factors in complex interplay contribute to symptom development and maintenance. Accordingly, the patients need a multimodal, individually adjusted treatment based on an integrative biopsychosocial understanding. To enhance the child's feeling of safety is important as this reduces the activity in the body stress regulation system concomitantly.

Conclusion: Current evidence provides ample opportunities to better understand and manage young patients with SSD, with important clinical implications.

Keywords: functional somatic symptoms, stress physiology, cumulative stress, biopsychosocial approach, multidisciplinary management

”

Negative livshendelser og belastninger i tidlige barneår kan bidra til både fysiske og psykiske helseplager senere i livet

et skarpt skille mellom fysisk og psykisk sykdom, noe som har bidratt til en fastlåst og lite hensiktsmessig forståelse av denne type plager (Liossi & Howard, 2016; Malas et al., 2017). I helsevesenet faller ofte pasientgruppen mellom stoler – de hører verken hjemme i psykisk helsevern eller i somatikken, fordi symptomene ikke enkelt kan forstås som en «rett frem» organisk sykdom eller psykisk lidelse (Kozłowska et al., 2020). I vårt arbeid med de dårligste pasientene i andrelinje- og tredjelinjetjenesten forteller majoriteten at de føler seg mistenkeliggjort, ikke trodd og avvist i møte med både somatisk og psykisk helsevern. Mulige forklaringer kan være at helsepersonell mangler kunnskap og/eller reagerer med avvising i møte med fortvilte, frustrerte pasienter med uspesifikke symptomer. Dette hemmer fruktbar kommunikasjon og utvikling av en god relasjon, som er en viktig hjørnestein i all behandling (Epstein et al., 2006).

Sammenhengen mellom psykososial belastning, helse og sykdom har vært kjent lenge. Begrepet «den nye sykkelighet» («the new morbidity») ble introdusert rundt 1975 og viste til at vanlige, men vanskelige livserfaringer kunne bidra til helseplager som tilsynelatende ikke passet med den tradisjonelle medisinske sykdomsforståelsen (Pervanidou & Chrousos, 2018). I dag, mer enn 40 år senere, vet vi at negative livshendelser og belastninger i tidlige barneår kan bidra til både fysiske og psykiske helseplager senere i livet (Pervanidou & Chrousos, 2018). Likevel har overføringen av denne kunnskapen til klinisk praksis gått forbausende langsomt.

Målet med denne artikkelen er todelt. Først ønsker vi å gi en forenklet oversikt over nyere viten om sammenhengen mellom stress, belastning og helse med et særskilt fokus på somatiske symptomtilstander. Deretter ønsker vi å vise hvordan denne kunnskapen kan anvendes i klinisk arbeid med barn og unge med somatiske symptomtilstander. Selv om artikkelen har et barne- og ungdomsperspektiv, vil vi understreke at kunnskapsgrunnlaget som presenteres, ikke er begrenset til barn og unge, men også i stor utstrekning gjelder voksne.

LITTERATURVALG OG METODE

Kunnskapsgrunnlaget i artikkelen bygger på en ikke-systematisk gjennomgang av nyere fagartikler skrevet av anerkjente internasjonale fag- og forskningsmiljøer, samt vårt eget fagmiljøes samlede kliniske erfaring. Ut ifra dette og vårt kliniske arbeid i andrelinje- og tredjelinjetjenesten presenterer vi kunnskap som er av særlig interesse for psykologer og psykiatere, men også annet helsepersonell som ønsker å arbeide evidensbasert med pasientgruppen.

SAMMENHENGER MELLOM STRESS, BELASTNING OG HELSE

I det følgende retter vi søkelyset mot hvordan kroppens stressregulerings-systemer og hjernenettverk er involvert i evaluering av stress og fare, vel vitende om at det dreier seg om kompliserte prosesser, og at også andre faktorer er av betydning. Videre vil vi fremheve at det er *hele mennesket* som erfarer, ikke hjernen eller stresssystemene isolert.

Gjennom evolusjon har alle levende organismer utviklet et samstemt og finregulert indre fysiologisk miljø (homeostase) som styrer alle vitale prosesser og beskytter organismen mot sykdom, skade og ytre fare. En rekke ulike faktorer, *stressorer*, kan gi opphav til *stress*, som i denne sammenhengen defineres som en fysiologisk tilstand der homeostasen er forstyrret eller trues med å bli det (Pervanidou & Chrousos, 2018). Endringer i homeostasen utløser automatiske, nøye regulerte fysiske prosesser

ser (*stressresponser*) og av og endring i atferd for å minimere avvikene og opprettholde et stabilt miljø. Kroppens stressresponser er helt nødvendig for normal fungering, gir økte forutsetninger for overlevelse og er i mange tilfeller ønskelig (f.eks. ved fysisk eller mental aktivitet, lek og trening).

Kroppens stressreguleringsystemer

Kroppens stressreguleringsystemer (heretter kalt stressystemer) spiller en sentral rolle i kroppens stressresponser, er involvert i nær sagt alle vitale prosesser i kroppen og bidrar til effektiv beskyttelse mot fare. Stressystemene omfatter hypothalamus-hypofyse-binyrebarkaksen (HPA-aksen), det autonome nervesystemet (det sympatiske og parasympatiske nervesystemet), immun-inflammasjonssystemet, muskel-skjelettsystemet og hjernenettverk involvert i de kognitive og emosjonelle komponentene i stressresponsen (Kozłowska, 2013; Stavrou et al., 2017). De ulike stressystemene interagerer tett. Aktivitet i ett eller flere stressystemer kan over tid medføre aktivitet i – og dermed symptomer fra – de andre systemene.

Kroppens respons på fare

Ved akutt opplevd fare aktiveres komplekse hjernemekanismer som involverer både evolusjonsmessig eldre, subkortikale og nyere kortikale hjernenettverk (Kleckner et al., 2017). Amygdala spiller en sentral rolle i fortolkning av stress under innflytelse av hippokampus og områder i prefrontal korteks (Elbers et al., 2018). Ved opplevd fare stimuleres det autonome nervesystemet og HPA-aksen sentralt. Økt utskillelse av katekolaminer (adrenalin, noradrenalin) og andre signalstoffer gir endret aktivitet i hjernens stressystemer – blant annet i form av hyperaktivitet i amygdala og hypoaktivitet i hippokampus og prefrontal korteks. Vi får også en endret aktivitet i den autonome responsen i hjernestammen med redusert parasympatisk og økt sympatisk aktivitet. Perifert får man en økning av kortisol og katekolaminer fra binyrene. Dette og flere andre systemer og deres mediatorer (hormoner og cytokiner) interagerer med stressystemene sentralt og perifert for å møte metabolske krav og forberede kroppen på en situasjon med kamp eller flukt. Resultatet er blant annet økt blodtrykk, raskere hjerte- og respirasjonsfrekvens, redusert fordøyelse og (kompleks) påvirkning av immunsystemet,

som forberedes på å håndtere sykdomsfremkallende faktorer og skade. Når faren er over, iverksettes funksjoner som tar seg av bekjempelse av infeksjon, vevsfornying og reparasjon som følge av økt parasympatisk aktivitet (Elbers et al., 2018; Stavrou et al., 2017).

Når man utsettes for intense, langvarige eller tilbakevendende stressorer, kan det oppstå en vedvarende ugunstig aktivering i stressystemene. Det ser ut til at en rekke ulike dysreguleringsmønstre med økt, redusert eller avvikende aktivitet kan oppstå (Kozłowska, 2013, Kozłowska et al., 2020). Dette kan gi økt risiko for utvikling av ulike symptomtilstander, blant annet sammensatte symptomtilstander, langvarige smerter, angst, depresjon, posttraumatisk stresslidelse samt autoimmun, metabolsk og kardiovaskulær sykdom (Pervanidou & Chrousos, 2018).

Barn og unge med somatiske symptomtilstander har ofte svekket kognitiv funksjon i form av oppmerksomhetsvansker, svekket eksekutiv fungering og hukommelsvansker (Malas et al., 2017). Dette kan ha sammenheng med at vedvarende aktivering av stressystemene medfører redusert aktivitet i prefrontal korteks og svekket kognitiv funksjon, fordi eldre, subkortikale, *refleksive* hjernefunksjoner fremmes på bekostning av nyere kortikal, *reflektiv* kognitiv funksjon (Arnsten, 2015). Dette er hensiktsmessig ved akutte farefulle situasjoner, men uheldig i vår moderne hverdag, der vi i større grad trenger høyere kognitive funksjoner.

Døgnrytmens betydning

For å sikre overlevelse har kroppen gjennom evolusjonen utviklet en innebygget, synkronisert og gunstig rytme som er tilpasset døgnetts vekslinger mellom lys og mørke. Vår sentrale døgnrytmeklokke er lokalisert i hypothalamus og påvirker alle fysiologiske funksjoner (f.eks. søvn/våkenhet, reparasjonsprosesser, regulering av kroppstemperatur og energiforbruk). «Småklokker» som styres av den sentrale klokken, finnes i alt kroppsvev, der de bidrar til regulering og opprettholdelse av et gunstig indre miljø (Nicolaidis et al., 2017). Døgnrytmen sørger for en funksjonell kobling mellom stressystemene slik at systemer som er involvert i energimobilisering og forsvar (sympatisk, HPA-aksen) – enkelt sagt – er «på» om dagen og «av» om natten. Systemer som er »

involvert i energibevaring, vevsfornyning og reparasjon (parasympatikus), er «av» om dagen og «på» om natten.

Forstyrrelse av døgnrytmen påvirker de ulike stresssystemene slik at de ikke lenger fungerer optimalt (Nicolaidis et al., 2017). Dysregulering av HPA-aksen som følge av forstyrret døgnrytme kan medføre at den gunstige døgnvariasjonen av kortisol forstyrres. Dette kan få omfattende konsekvenser, siden nesten alt vev i kroppen har kortisolreseptorer. Langvarig stress kan også forstyrre døgnrytmen via nevrane og endokrine mekanismer. Slik oppstår selvforsterkende, onde sirkler som gir økt risiko for blant annet fordøyelsesbesvær, kvalme, tretthet, hodepine og svimmelhet. Over tid gir langvarig stress og døgnrytmeforstyrrelse økt risiko for hjerte-karsykdom, autoimmun sykdom, metabolske forstyrrelser, angst, depresjon og kroniske smerter (Nicolaidis et al., 2017).

Fortolkninger og tidligere erfaringer

I møte med mulig fare gjør vi automatiske, ubevisste fortolkninger av omfang, varighet og mulighet for kontroll og mestring (Kleckner et al., 2017). Fortolkningene er preget av tidligere livserfaringer. Grad av opplevd fare påvirker tanker, følelser, persepsjon og handlinger, og justerer stresssystemene slik at vi mest mulig effektivt kan møte utfordringene vi står overfor. Sanseinformasjon fra kroppen og omgivelsene er også av betydning, men for ikke å «bombarderes» er det mye sanseinformasjon vi ikke legger merke til (Van den Bergh et al., 2017). Så lenge sansesignalene svarer til våre ubevisste fortolkninger i en gitt situasjon, reagerer vi i tråd med disse. Når derimot sansesignalene avviker signifikant, korrigeres fortolkningene automatisk. Slik får vi stadig nye erfaringer som vi kan anvende i fortolkning og håndtering av nye situasjoner.

Det er nylig foreslått at en «mismatch» mellom ubevisste fortolkninger og sanseinformasjonen som registreres, kan være av betydning for utvikling av somatiske symptomtilstander (Hechler et al., 2016; Van den Bergh et al., 2017). I tilfeller der den ubevisste fortolkningen av for eksempel ømhet eller stikking i muskulatur er sterk og entydig («Dette er farlige smerter!»), mens sansesignalene fra kropp og omgivelser er vage og upresise, «vinner» den ubevisste fortolkning av hendelsen. Dette vil prege vår bevisste opplevelse og håndtering av sympto-

mene, og kan gjenspeiles i økt aktivitet i smertenettverket, nettverk som er involvert i frykt og engstelse, og i kroppens stresssystemer. En slik forklaring kan hjelpe oss å forstå a) hvorfor en person som har erfart alvorlig sykdom hos nær pårørende, feiltolker lignende, men ufarlige symptomer hos seg selv, b) hvorfor symptomer som i utgangspunktet var knyttet til sykdom eller skade, vedvarer selv etter at sykdom/skade er helet, og c) hvorfor mange pasienter med kjent somatisk sykdom (f.eks. astma, epilepsi, hjertesykdom) utvikler somatiske symptomtilstander i tillegg.

Stress er kumulativt

Det er kjent at ulykker, krig, naturkatastrofer, overgrep eller omsorgssvikt kan ha alvorlige konsekvenser for menneskets helse, men også mer vanlige livsbelastninger som sorg, skilsmisse, prestasjonspress og mobbing kan gi helsemessige konsekvenser (Malas et al., 2017). Tilsvarende gjelder for sykdom, smerter, skader og medisinske prosedyrer (Pervanidou & Chrousos, 2018). At stress er kumulativt, innebærer at summen av flere tilsynelatende «mindre» hendelser over tid kan gi langvarig, lavgradig aktivering og «slitasje» i kroppens stresssystemer (allostatisk overlast) (You et al., 2019). På et gitt tidspunkt er «begeret fullt», og en tilsynelatende mindre stressor, for eksempel en infeksjon, ubetydelig skade, eksamensperiode, foreldrekonflikt eller tap av vennskap kan utløse kroppslige symptomer. Forhold knyttet til stressor (type og «timing») kombinert med individuelle sårbarhetsfaktorer som personlighet, sosiale og kognitive ferdigheter gjør den enkelte mer eller mindre sårbar. Gener, kjønn, livserfaringer og epigenetiske mekanismer vil også være faktorer som påvirker individets sårbarhet for og håndtering av stress (Stavrou et al., 2017). Stor eller langvarig belastning i sårbare utviklingsperioder (fosterlivet, tidlige barneår og pubertet) ser ut til å kunne medføre varige, ugunstige virkninger på hjernestrukturer og -funksjoner og kroppens stresssystemer. Dette kan utgjøre en sterk biologisk risikofaktor for symptomer og sykdom senere i ungdoms- og voksenår (Pervanidou & Chrousos, 2018).

KLINISKE IMPLIKASJONER

I det forgående har vi pekt på kunnskap som samlet sett gir støtte til at somatiske symptomtilstander er relatert til en ugunstig, økt og ved-

varende aktivitet i kroppens stressystemer som følge av en rekke ulike biopsykososiale stressorer i komplekst samspill. I tråd med dette anbefaler anerkjente fag- og forskningsmiljøer en biopsykososial, tverrfaglig og multimodal tilnærming og behandling (Garralda & Rask, 2015, Kozłowska et al., 2020). Likevel er vår erfaring at dette i liten grad er implementert i klinisk holdning og praksis. Noe av forklaringen kan være at mange klinikere mangler kunnskap og erfaring med å håndtere pasientgruppen, men også at mange ikke riktig vet hva en slik tilnærming og behandling innebærer *i praksis*. I det følgende vil vi utdype noen sentrale kliniske implikasjoner.

Biopsykososial forståelse

Å arbeide fram en helhetlig, biopsykososial forståelse av det enkelte barns symptomer og funksjonsfall er avgjørende for å lykkes i behandlingen fordi dette vil vise vei til *persontilpasset* behandling (Liozzi & Howard, 2016). En slik forståelse bygger på pasientens sykehistorie, utviklingshistorie, familiehistorie og livssituasjon, og har en spesiell oppmerksomhet rettet mot kumulativt stress (Liozzi & Howard, 2016). I en helhetlig forståelse integreres kjent fagkunnskap, behandlerens ekspertise og pasientens og familiens erfaringer, verdier og preferanser (British Psychological Society, 2011). Dette innebærer at pasient, foresatte og behandler utveksler informasjon, drøfter symptomer og ser etter mulige sammenhenger samt disponerende, utløsende og opprettholdende faktorer.

Denne måten å arbeide på dreier seg i vid forstand om en biopsykososial, helhetlig utredning og diagnostikk som bidrar til å identifisere målrettede behandlingstiltak, snarere enn tradisjonell og mer avgrenset utredning og diagnostikk av et enkelt symptom eller en sykdom (British Psychological Society, 2011). Det er viktig å være klar over at den biopsykososiale forståelsen er *dynamisk*. Dette betyr at faktorer som bidrar til å vedlikeholde aktivitet i stressystemene – og dermed også gi symptomer – kan skifte over tid og kan være helt andre enn de som bidro til å utløse plagene. Dette får naturligvis konsekvenser for behandlingen. En helhetlig forståelse kan også være *terapeutisk* når den fremkommer som et resultat av et gjensidig samarbeid mellom behandler og pasient/familie (Winters et al., 2007). For pasi-

enten og familien kan økt forståelse av barnets plager redusere usikkerhet, gi økt mestring og bedre behandlingsetterlevelse (Street et al., 2009).

Kontroll, forutsigbarhet og mestringsmuligheter

I tråd med kunnskapen som er formidlet i første del av artikkelen, bør vi i utredning og behandling rette oppmerksomheten mot menneskets iboende behov for hele tiden å *forutse* hva som kommer til å skje, samt hvordan fortolkning av mulig fare kan komme til uttrykk som både kroppslige og emosjonelle symptomer. I vårt kliniske arbeid er det derfor et mål å gi barnet (og familien) forutsigbarhet, oversikt, kontroll og mestringsmuligheter som gir økt opplevelse av trygghet. Dette vil ha en gunstig effekt på kroppens stressystemer og hjernenettverk som er involvert i evaluering av stress og fare (Kozłowska et al., 2020).

Tverrfaglighet

Et tverrfaglig perspektiv er sentralt i utredning og behandling av alle pasienter med somatiske symptomtilstander gitt tilstandenes multifaktorielle etiologi (Wren et al., 2019). For de dårligste pasientene vil et tett, tverrfaglig samarbeid mellom somatisk og psykisk helsetjeneste og skole/barnehage være nødvendig (Garralda & Rask, 2015). Dette innebærer at pasienten ikke bare henvises fra fagperson til fagperson, og at informasjon kun utveksles skriftlig, men at involverte fagpersoner har gjensidig dialog og samarbeid. Slik sikres felles forståelse, enighet når det gjelder valg og gjennomføring av tiltak, samt koordinerte tjenester (Malas et al., 2017). Hvilke faggrupper som involveres, vil variere avhengig av barnets utfordringer. Vi ser ofte at det er hensiktsmessig at fastlege, psykolog / barne- og ungdomspsykiater, fysioterapeut, lærer og spesialpedagog samarbeider. Siden disse pasientene finnes på alle helsetjenestenivåer, er det – ut fra vår erfaring – nødvendig med økt samhandling og tverrfaglighet innad og mellom de enkelte helsetjenestenivåene. Økt samarbeid mellom helsevesen og skole er også nødvendig. For pasienter med milde til moderate symptomer er det ofte tilstrekkelig at det tverrfaglige perspektivet ivaretas av færre fagpersoner, men samarbeid mellom somatisk og psykisk helsetjeneste er som regel nødvendig. >>



Mange barn og unge tror at plagene representerer noe farlig i kroppen

Multimodal behandling

I tråd med kunnskapen som er presentert i artikkelens første del, vil mange pasienter med somatiske symptomtilstander ha behov for multimodal behandling som omfatter ulike behandlingstiltak rettet parallelt mot individet, familien og skolen (Kozłowska et al., 2020; Wren et al., 2019). Å rette behandlingen mot sentrale opprettholdende faktorer og legge til rette for mestringsmuligheter vil dempe ugunstig aktivitet i kroppens stressystemer. Høyst sannsynlig er den totale effekten av slike tiltak større enn summen av de enkelte tiltakene alene (Wren et al., 2019). Tiltakene velges ut fra hva som vurderes å være de viktigste opprettholdende faktorene for det enkelte barn. Det kan for eksempel dreie seg om søvnvansker, forstyrret døgnrytme, angst og depresjon, uheldige tankemønstre, stor symptomoppmerksomhet i familien, lærevansker, sosial isolasjon, mobbing, vanskelige familieforhold og bakenforliggende traumer. Siden dette vil variere fra barn til barn, vil hva som er effektiv behandling, også variere.

Medisinsk utredning og behandling

En viktig oppgave for fastleger og barneleger er å utrede symptomer hos barn og unge med det formål å påvise eller avkrefte sykdom. Dessverre finnes det utallige eksempler på at pasienter med somatiske symptomtilstander gjennomgår stadig nye, unødvendige og potensielt skadelige undersøkelser i en «evigvarende» utredning (Geist et al., 2008). I håp om å få en forklaring kan både helsepersonell, foreldre og pasient være pådrivere. I stedet for svar virvles nye spørsmål opp. Dette bidrar gjerne til bekymring, usikkerhet og uheldig symptomoppmerksomhet, og dermed manglende opplevelse av kontroll og forutsigbarhet (Geist et al., 2008). Slik kan stadig ny eller gjentatt medisinsk utredning føre til at aktivisering av kroppens stressystemer opprettholdes. Å begrense og fullføre utredning er derfor en nødvendig forutsetning for å komme videre i behandlingen (Kozłowska et al., 2020). Samtidig er det avgjørende at pasient og familie kjenner seg trygge på at utredningen er god og grundig.

En god medisinsk vurdering handler imidlertid ikke bare om å påvise eller avkrefte sykdom, men også om å gi gode forklaringer og å forstå hva pasienten og familien trenger (Kozłowska et al., 2020). Først da er det mulig for pasienten og familien å åpne for at andre, viktige faktorer – for eksempel frykt for uoppdaget sykdom, inaktivitet, foreldrekonflikt, langvarig skolefravær eller at barnet møter større krav enn det det har forutsetninger for å mestre – kan bidra til å opprettholde eller forverre barnets symptomer og funksjonstap.

Individuell psykologisk utredning og behandling

Pasienter med alvorlige symptomer og funksjonstap bør utredes i psykisk helsevern for å fange opp eventuelle komorbide tilstander (f.eks. angst, depresjon, kognitive utfordringer, utviklingsforstyrrelser) (Chacko, 2020). Utfordringer som avdekkes, må inngå i en helhetlig forståelse og behandlingsplan. Det er imidlertid viktig å være klar over at mange av pasientene *ikke* fyller kriteriene til en diagnostiserbar psykisk tilstand, nettopp fordi emosjonell belastning kommer til uttrykk som somatiske symptomer (Bujoreanu et al., 2014). Dessverre møter vi stadig unge pasienter som har fått avslag på videre oppfølging i psykisk helsevern på grunn av dette.

Mange barn og unge tror at plagene representerer noe farlig i kroppen, eller at plagene ikke kommer til å gå over (Hechler et al., 2016). Ved å tilby god informasjon og forklaring tilpasset barnets alder og utviklingsnivå, kan

Eksempel på forklaring som kan gis til en ung pasient.

Du har i lang tid hatt smerter både i hodet og i kroppen. Etter hvert har du blitt mer sliten og du strever med å sove. Du har vært hos mange leger og det er gjort mange undersøkelser uten at det har blitt funnet en tydelig årsak til plagene dine. Du har kanskje opplevd at noen ikke tror på plagene dine? Kanskje har de sagt at du overdriver, «faker» eller at det «bare» er psykisk? Det er ikke greit! Alt dette kan være med på å gjøre situasjonen verre. I dag vet vi heldigvis mer om hvorfor man kan ha langvarige smerter uten at man kan se det på blodprøver, røntgenbilder eller andre undersøkelser. Har du lyst til å høre litt mer om dette?

I kroppen har vi noe som kalles stressreguleringssystemet som består av det automatiske nervesystemet, hormonsystemet, immunsystemet og døgnrytmeklokken. Dette systemet virker hele tiden og har mange viktige oppgaver, for eksempel reparasjon og fornying av kroppen, god døgnrytme og søvn. Systemet er også ekspert i å varsle oss om fare. Har man for eksempel opplevd noe skummelt eller leit, skadet seg eller vært

mye syk tidligere, så er stresssystemet mer på vakt og vil sette i gang «jobbingen» straks det oppdager noe som minner om tidligere opplevelser. Vi vet også at det ikke trenger å være én stor fare, men at mange mindre ting over tid kan slite på stresssystemet, for eksempel vansker med skolefag og lekser, at man ofte er småsyk og har infeksjoner i kroppen, mobbing eller foreldre som krangler. Hos noen kan stresssystemet «henge seg opp» slik at det ikke skrur seg av når «faren er over» – akkurat som en brannalarm. Henger du med?

Går man lenge med et «påskrudd» stresssystem, kan det føre til slike plager som du har. Vi mener at stresssystemet ditt har vært påskrudd lenge, fordi det i flere år har vært vanskelig på skolen uten at du har fått nok hjelp. I tillegg døde mormor, som du var veldig glad i, samtidig som du ble utestengt av vennene dine. Du tenkte kanskje at det ville ordne seg, derfor sa du ikke noe. Verken lærerne eller foreldrene dine forsto helt hvor vanskelig du hadde det, men kroppen din la merke til det. Etterhvert gikk stressalarmen og den skrudde seg ikke

av igjen. Da du fikk influensa i vinter, var det «dråpen som fikk begeret til å renne over». Du ble helt utmattet, fikk enda mer vondt i hodet og i kroppen, du fikk ikke sove om kvelden og måtte sove lenge utover morgenen. Dette gjorde deg enda mer sliten og hodepinen ble skikkelig ille hele tiden. Alt dette er tegn på at alarmen har hengt seg opp. Du og foreldrene dine har vært redde for at du har en farlig sykdom og at du kanskje ikke blir frisk igjen. Slike bekymringer får alarmen til å varsle enda mer slik at plagene blir verre. Gir dette mening for deg?

Nå er du grundig undersøkt av mange leger og du har tatt mange prøver. Heldigvis vet vi nå at du ikke har en farlig sykdom som du ikke blir bra av. Derfor skal det ikke gjøres flere undersøkelser. Vi vet at med mer hjelp på skolen, mindre bekymring for hva plagene betyr og bedre søvn vil stresssystemet langsomt skru seg ned. Vi skal også snakke om ting du og foreldrene dine kan gjøre for å hjelpe til. Vi mener at plagene dine med tiden kan bli mye bedre – antagelig helt borte.

man endre uheldig forståelse og forventning om plagene. Dette kan bryte et uheldig samvirke mellom barnets symptomoppmerksomhet og tro på at sansningen representerer noe farlig i kroppen («sensing is believing») (Schaefer et al., 2014). Tekstboks 1 gir et eksempel på en mulig forklaring som kan gis til en ung pasient.

Mange barn unngår ulike aktiviteter av frykt for symptomforverring (Hechler et al., 2016). Derfor bør behandlere og foreldre hjelpe dem å bryte uheldige unngåelsesmønstre. Unngåelse kan medføre at nøytrale aktiviteter (fysiske, sosiale, kognitive) kobles til symptomforverring. Etter hvert kan aktivitetene i seg selv gi en forventning om smerter eller ubehag og dermed bidra til forverring (Hechler et al., 2016). I slike situasjoner er det nødvendig å arbeide med barnet og foreldrene for å øke trykgheten på at tilpasset aktivitet ikke vil gjøre plagene verre på lengre sikt.

Noen barn kan ha nytte av pusteteknikker, avspenningsmetoder og mindfulness som en integrert del av behandlingen (Wren et al., 2019). Dette er kroppsorienterte intervensjoner som tar sikte på å dempe kroppens stressrespons (Kozłowska et al., 2020). Klinisk hypnose er vist å være nyttig i behandling av funksjonelle magesmerter og andre langvarige smertetilstander hos barn og unge (Wren et al., 2019). Å tilby avspenningsteknikker eller hypnose uten samtidig å arbeide med opprettholdende faktorer i barnets familie, skole- og/eller sosiale situasjon vil imidlertid ha begrenset effekt, og kan i verste fall bidra til forverring.

Familiebehandling

Et familieperspektiv er avgjørende i møte med barn med somatiske symptomtilstander (Malas et al., 2017). Erfaringsmessig vil mange familier også trenge familiebehandling. Vi ser at noen »

”

Når denne kunnskapen kombineres med pasientens erfaringer, verdier og preferanser, kan evidensbasert behandling tilbys denne pasientgruppen

familier preges av «unntakstilstand» og stor bekymring knyttet til barnets plager. Dette gir grobunn for utrygghet, symptomoppmerksomhet og uheldig tilrettelegging rundt barnet; forhold som kan bidra til å opprettholde barnets plager (Liozzi & Howard, 2016). Enkelte familier avviser en helhetlig forståelse og tverrfaglig tilnærming. Dette er uheldig siden foreldres aksept av en biopsykososial forståelse er vist å ha sammenheng med bedring hos barnet (Gao et al., 2018). Derfor er regelmessig foreldreveiledning med siktemål å skape en bedre forståelse og håndtering av barnets plager en sentral del av behandlingen. Tilsvarende vil tiltak for gradvis å normalisere familie- og hverdagsliv være viktig. Av og til er det andre familieforhold som bidrar til å utløse og opprettholde symptomene. Det kan dreie seg om for høye forventninger og krav til barnet, sykdom eller helseplager hos foreldre eller søsken, dysfunksjonell familiekommunikasjon, familiekonflikt eller omsorgssvikt (Liozzi & Howard, 2016). Slike forhold må også tas med i betraktning og ses i sammenheng med barnets symptomer.

Tiltak rettet mot skolen

Langvarige somatiske symptomer fører ofte til stort skolefravær slik at barnet går glipp av læring og sosiale erfaringer (Malas et al., 2017). I vårt arbeid møter vi ofte samvittighetsfulle, pliktoppfyllende barn der læringsutfordringer ikke har blitt fanget opp tidligere, eller barn som sikter mot høyere akademiske prestasjoner enn de har forutsetninger for. Slike forhold kan bidra til å utløse og opprettholde symptomer og skolefravær (Malas et al., 2017).

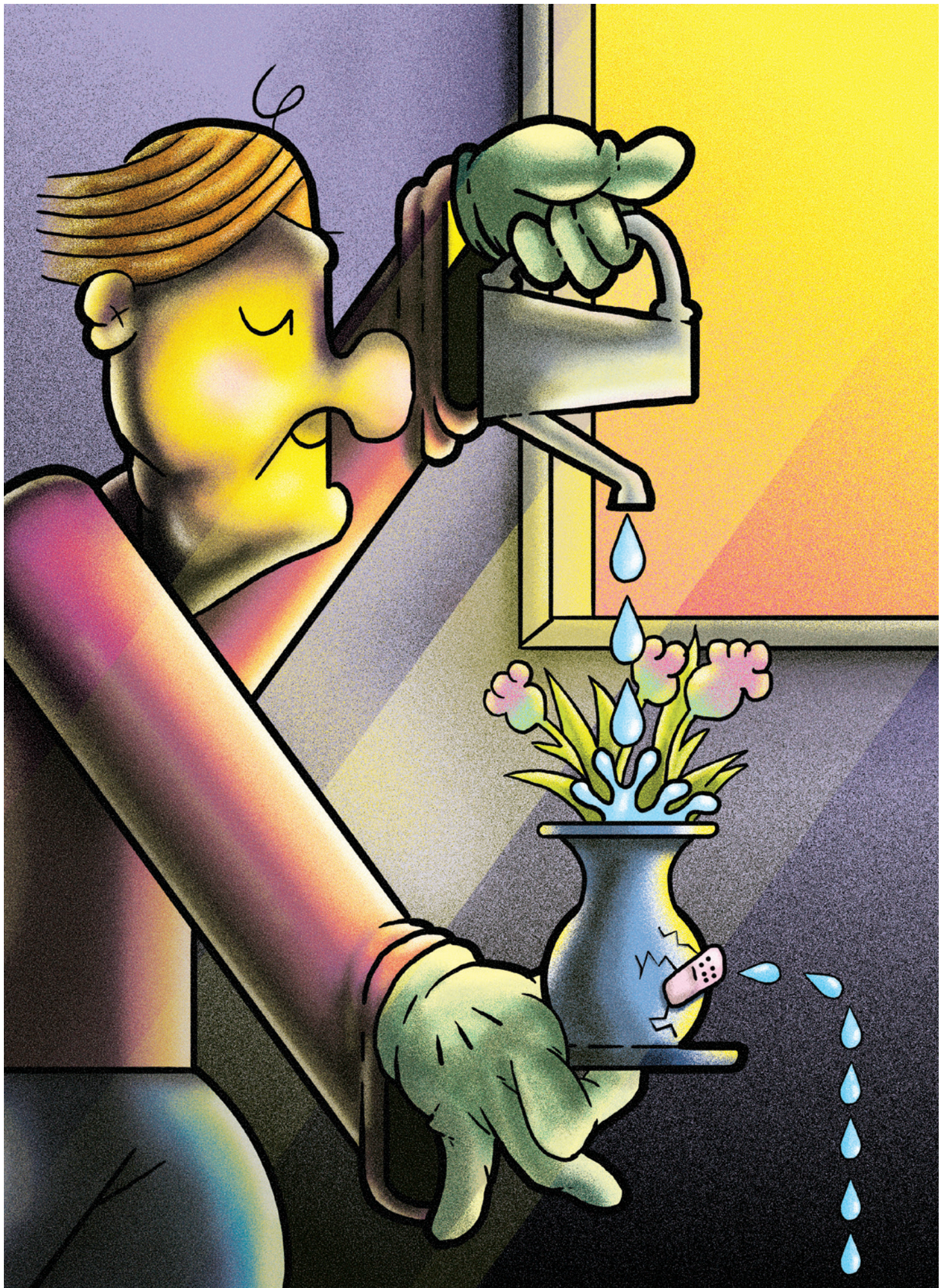
Erfaringsmessig blir terskelen for å komme tilbake til skolen høy – noen ganger uoverstigelig – selv når barnet ikke har lærevansker eller andre kognitive utfordringer. Etter hvert kan skolefraværet i seg selv bli en opprettholdende faktor. Uforutsigbarheten og opplevelsen av mangel på kontroll ved skolefravær synes å være bakenforliggende drivkrefter i å opprettholde barnets plager. Å hjelpe barnet gradvis tilbake til skolen er derfor god behandling (Malas et al., 2017). Tilretteleggingen tilpasses det enkelte barns utfordringer, må springe ut fra barnets ressurser og motivasjon, og må ta sikte på å gi barnet oversikt, kontroll og mestringsmuligheter (Kozłowska et al., 2020). Å skape en forutsigbar skolehverdag vil øke barnets opplevelse av trygghet, og dermed dempe aktiviteten i stresssystemene. Vi ser ofte at målrettede tiltak som redusert timetall, tilpasset timeplan og oppgaver, leksepause og sosial tilrettelegging kan være avgjørende for å få barnet i gang igjen på skolen.

KONKLUSJON

I denne artikkelen har vi presentert nyere forskning som viser at somatiske symptomtilstander ikke lenger er medisinsk uforklarlige, men snarere relatert til ugunstig aktivitet i kroppens stresssystemer som følge av en rekke ulike biopsykososiale stressorer i komplekst samspill. Vi har også presentert forsknings- og erfaringsbasert kunnskap knyttet til behandling av denne type tilstander. Det er først når denne kunnskapen kombineres med pasientens erfaringer, verdier og preferanser, at *evidensbasert* behandling kan tilbys denne pasientgruppen. Pasientene bør tilbys tverrfaglig, multimodal og persontilpasset behandling innenfor rammene av en helhetlig, biopsykososial forståelse av den enkelte pasient. Å øke pasientens opplevelse av trygghet er sentralt i behandlingen siden dette demper aktiviteten i stresssystemene. ✕

LITTERATUR

- Arnsten, A.F. (2015). Stress weakens pre-frontal networks: Molecular insults to higher cognition. *Nature Neuroscience*, 18(10), 1376-1385. <https://doi.org/10.1038/nn.4087>
- British Psychological Society, Division of Clinical Psychology. (2011). Good practice guidelines on the use of psychological formulation. <http://www.sisdca.it/public/pdf/DCP-Guidelines-for-Formulations-2011.pdf>
- Bujoreanu, S., Randall, E., Thomson, K., & Ibeziako, P. (2014). Characteristics of medically hospitalized pediatric patients with somatoform diagnoses. *Hospital Pediatrics*, 4(5), 283-290. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2014-0023>
- Chacko, M.R., Chio, E. (2020). Functional abdominal pain in children and adolescents: Management in primary care. I.M.M. Torchia (red.), *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/functional-abdominal-pain-in-children-and-adolescents-management-in-primary-care>
- Elbers, J., Jaradeh, S., Yeh, A.M., & Golianu, B. (2018,). Wired for threat: Clinical features of nervous system dysregulation in 80 children. *Pediatric Neurology*, 89, 39-48. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2018.07.007>
- Epstein, R.M., Shields, C.G., Meldrum, S.C., Fiscella, K., Carroll, J., Carney, P.A., & Duberstein, P.R. (2006). Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 68(2), 269-276. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000204652.27246.5b>
- Gao, X., McSwiney, P., Court, A., Wiggins, A., & Sawyer, S.M. (2018). Somatic symptom disorders in adolescent inpatients. *Journal of Adolescent Health*, 63(6), 779-784. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.06.026>
- Garralda, E.M., & Rask, C.U. (2015). Somatoform and related disorders. In *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (6th ed., pp.1035-1054). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118381953.ch72>
- Geist, R., Weinstein, M., Walker, L., & Campo, J.V. (2008). Medically unexplained symptoms in young people: The doctor's dilemma. *Paediatrics & Child Health*, 13(6), 487. <https://doi.org/10.1093/pch/13.6.487>
- Hechler, T., Endres, D., & Thorwart, A. (2016). Why harmless sensations might hurt in individuals with chronic pain: About heightened prediction and perception of pain in the mind. *Frontiers in Psychology*, 7, 1638. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01638>
- Kirkengen, A.L., & Næss, A.B. (2015). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Kleckner, I.R., Zhang, J., Touroutoglou, A., Chanes, L., Xia, C., Simmons, W.K., Quigley, K.S., Dickerson, B.C., & Barrett, L.F. (2017). Evidence for a large-scale brain system supporting allostasis and interoception in humans. *Nature Human Behaviour*, 1. <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0069>
- Kozłowska, K. (2013). Functional somatic symptoms in childhood and adolescence. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(5), 485-492. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283642ca0>
- Kozłowska, K., Scher, S., & Helgeland, H. (under utgivelse). *Functional somatic symptoms in children and adolescents: The stress-system approach to assessment and treatment*. Palgrave Macmillan.
- Liossi, C., & Howard, R.F. (2016). Pediatric chronic pain: Biopsychosocial assessment and formulation. *Pediatrics*, 138(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-0331>
- Malas, N., Ortiz-Aguayo, R., Giles, L., & Ibeziako, P. (2017). Pediatric somatic symptom disorders. *Current Psychiatry Reports*, 19(2), 11. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0760-3>
- Nicolaidis, N.C., Charmandari, E., Kino, T., & Chrousos, G.P. (2017). Stress-related and circadian secretion and target tissue actions of glucocorticoids: Impact on health. *Frontiers in Endocrinology*, 8, 70. <https://doi.org/10.3389/fendo.2017.00070>
- Pervanidou, P., & Chrousos, G.P. (2018). Early-life stress: From neuroendocrine mechanisms to stress-related disorders. *Hormone Research in Paediatrics*, 89(5), 372-379. <https://doi.org/10.1159/000488468>
- Schaefer, M., Egloff, B., Gerlach, A.L., & Witthoft, M. (2014). Improving heartbeat perception in patients with medically unexplained symptoms reduces symptom distress. *Biological Psychology*, 101, 69-76. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2014.05.012>
- Stavrou, S., Nicolaidis, N.C., Critselis, E., Darviri, C., Charmandari, E., & Chrousos, G.P. (2017). Paediatric stress: from neuroendocrinology to contemporary disorders. *European Journal of Clinical Investigation*, 47(3), 262-269. <https://doi.org/10.1111/eci.12724>
- Street, R.L., Makoul, G., Arora, N.K., & Epstein, R.M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes (rapport). *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.11.015>
- Van den Bergh, O., Witthoft, M., Petersen, S., & Brown, R.J. (2017). Symptoms and the body: Taking the inferential leap. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 74(Pt A), 185-203. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.01.015>
- Wessely, S., Nimnuan, C., & Sharpe, M. (1999). Functional somatic syndromes: One or many? *Lancet*, 354(9182), 936-939. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(98\)08320-2](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(98)08320-2)
- Winters, N.C., Hanson, G., & Stoyanova, V. (2007). The case formulation in child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(1), 111-132. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2006.07.010>
- Wren, A.A., Ross, A.C., D'Souza, G., Almgren, C., Feinstein, A., Marshall, A., & Golianu, B. (2019). Multidisciplinary pain management for pediatric patients with acute and chronic pain: A foundational treatment approach when prescribing opioids. *Children (Basel)*, 6(2). <https://doi.org/10.3390/children6020033>
- You, D.S., Albu, S., Lisenbardt, H., & Meagher, M.W. (2019). Cumulative childhood adversity as a risk factor for common chronic pain conditions in young adults. *Pain Medicine*, 20(3), 486-494. <https://doi.org/10.1093/pm/pny106>



Virker det nå?

Tilbakemeldingsverktøy er basert på et sviktende premiss om at det er mulig å følge med på om behandlingen faktisk virker.

VI MANGLER gode metoder for å undersøke hvordan behandling virker i vanlig psykoterapeutisk praksis. Tilbakemeldingsverktøy og regelmessig utfallsmåling er ment å hjelpe klinikerne i å vurdere dette, men bidrar i stedet til at *endring i pasientens tilstand* forveksles med *den faktiske virkning av terapien*. Dermed kan tilbakemeldingsverktøy og utfallsmåling vil lede behandlere, forskere og pasienter i stedet for å rettlede dem. Dette er et problem vi bør ta på alvor.

ET PRAKTISK BEHOV

Ingen behandling er garantert å være virksom i ethvert tilfelle. Å følge med på virkningen av tiltak er derfor en forutsetning for å justere behandlingen underveis. Observasjon av behandlingsvirkning danner grunnlaget for kliniske beslutninger om å videreføre, endre eller avslutte behandlingstiltak. En antakelse om at systematisk måling vil hjelpe klinikere i å følge med på behandlingsvirkning, har ført til utvikling av tilbakemeldingsverktøy (Lambert & Shimokawa, 2011) – i form av måleinstrumenter som brukes for å følge med på og gi tilbakemelding om enkeltpasienters behand-

lingsutvikling. Eksempler på veletablerte tilbakemeldingsverktøy er OQ-systemet (Lambert, 2015), *Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (CORE; Barkham, Mellor-Clark & Stiles, 2015) og *Partners for Change Outcome Management System* (PCOMS; Duncan & Reese, 2015) – i Norge kjent som klient- og resultatstyrt praksis (KOR). Helsedirektoratet (2018) anbefaler bruk av tilbakemeldingsverktøy og regelmessig måling av behandlingsvirkning i pakkeforløp for psykisk helse og rus.

Å følge med på hvordan behandlingen virker, kan også brukes til å fange opp problematisk eller skadelig utvikling. Forskning på tilbakemeldingsverktøy antyder at tilbakemelding bidrar til å bedre behandlingsresultater ved å fange opp problematisk utvikling tidlig (Lambert & Shimokawa, 2011). I litteraturen om negative effekter av behandling trekkes også bruk av tilbakemeldingsverktøy frem som anbefalt tiltak for å fange opp og forhindre skadevirkninger av behandling (Barlow, 2010; Rozental et al., 2018). En større forskningsoppsummering konkluderer imidlertid med at systematisk tilbakemelding ikke gjør noen forskjell (Kendrick et al., 2016).

TEKST Tomas Formo
Langkaas, Vestre
Viken HF

KONTAKT tomas.
langkaas@gmail.com

ILLUSTRASJON
Andreas Lund





Det er lett å forveksle endring og virkning

Å kunne skille mellom når tiltak virker, og når de ikke virker, er avgjørende for å kunne justere og forbedre egne ferdigheter, med andre ord lære av erfaring. I ferdighetsforbedrende praksis (*deliberate practice*; Rousmaniere, Goodyear, Miller, & Wampold, 2017), der fagutøvere aktivt og målrettet arbeider for å bedre egne ferdigheter, er systematisk tilbakemelding en forutsetning for ferdighetsforbedring.

Kunnskap om behandlingsvirkning kan også brukes for å vurdere ekspertise. Behandleres resultater kan gi informasjon om den enkeltes ferdighet i å oppnå virksom behandling (Goodyear, Wampold, Tracey & Lichtenberg, 2017). Dette åpner for å både kunne studere gode behandlere og å vurdere kompetanseutvikling hos behandlere under opplæring.

Disse praktiske fagområdene – å justere behandling, oppdage skadelig behandling, forbedre ferdigheter fra egen erfaring og vurdere ekspertise fra behandlingsresultater – er alle basert på et premiss om at det er mulig for den enkelte kliniker å fange opp hvordan behandling faktisk virker. Tilbakemeldingsverktøy – og utfallsmåling generelt – kan imidlertid kun gi informasjon om pasienter oppnår *endring* i løpet av behandling. Dette er ikke det samme som informasjon om *virkning*. Forveksling av endring og behandlingsrespons er et tema som Bruce Wampold, Asle Hoffart og jeg tidligere har utforsket i en engelskspråklig artikkel (se Langkaas, Wampold & Hoffart, 2018). Vi viste der hvordan tilbakemeldingsverktøy og rutinemessig utfallsmåling (*routine outcome monitoring*) tilrettelegger for feilinformerte beslutninger i klinisk praksis.

Denne problemstillingen er imidlertid ikke ny. At endring ikke nødvendigvis gir informasjon om virkning, er en kjent begrensning ved observasjonsstudier (se f.eks. Higgins et al., 2019). At behandlere, forskere og pasienter kan forklare gode utfall med behandlingen, men på feil grunnlag, er også påpekt før (se f.eks. Meehl, 1955). Det er imidlertid mer usikkert om behandlere, forskere og pasienter er klar over *hvor* misvisende det kan være å anse endring som tegn på behandlingsrespons – slik som bruk av tilbakemeldingsverktøy og rutinemessig utfallsmåling tilrettelegger for.

Med utgangspunkt i den nevnte artikkelen vår ser jeg her nærmere på de forutsetningene som må ligge til grunn når en kliniker vurderer virkning i vanlig praksis. Hvordan klinikere kan

vurdere behandlingsrespons i vanlig praksis, er fortsatt et uløst praktisk problem. Jeg argumenterer her for at bruk av tilbakemeldingsverktøy og rutinemessig utfallsmåling inntil videre har begrenset nytteverdi i klinisk praksis.

ENDRING OG VIRKNING

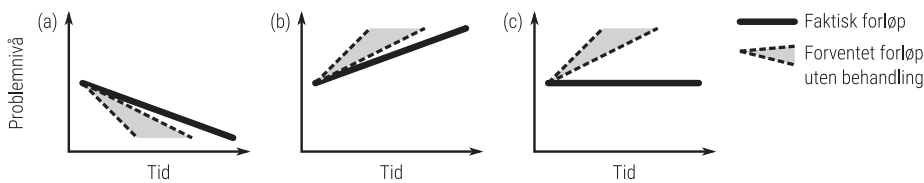
Det er lett å forveksle endring og virkning. Om jeg for eksempel av en eller annen grunn tror at jeg kan få været til å skifte ved å gjennomføre et ritual jeg har funnet på selv, vil jeg etter hvert erfare at været faktisk skifter, bare jeg holder på lenge nok. Det er da lett å feilaktig tro at det var jeg som forårsaket endringen i været, siden det jeg prøvde på, faktisk skjedde. På samme måte er det lett å tro at endring som oppnås i løpet av behandling, er tegn på virkning av behandlingen.

For å få vite om noe virker, hjelper det ikke å observere at endring inntreffer når vi gjør noe vi har tro på. Vi må sammenlikne med hva som ville skjedd om vi ikke hadde gjort noe: Gjorde det egentlig noen forskjell? Fordi mange ting er i stadig endring uansett – slik som været eller menneskers mentale tilstand – er det avgjørende spørsmålet om resultatet egentlig ville vært annerledes om vi ikke hadde grepet inn. Dersom vi kan sannsynliggjøre et annet resultat uten inngrep, har vi samtidig sannsynliggjort at det vi gjorde, hadde en virkning. Dette resonnementet danner generelt grunnlag for vurdering av virkning og omtales som *kontrafaktisk årsaksslutning* (Lewis, 1973).

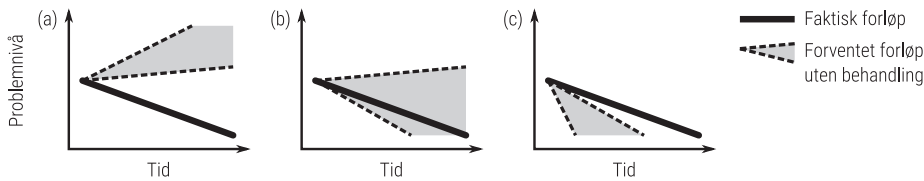
Samme logikk danner også grunnlag for årsaksslutning i eksperimentell metode (Shadish, Cook & Campbell, 2002) – der poenget med kontrollbetingelser er å vise hva utfallet ville vært uten noe inngrep. Dersom resultatene er forskjellige i eksperimentbetingelsen og kontrollbetingelsen, har vi sannsynliggjort virkningen av å gripe inn. Om eksperimentbetingelsen viser endring eller ikke, er derimot ikke relevant.

TILSTAND, TID OG RIKTIG SAMMENLIKNINGSGRUNNLAG

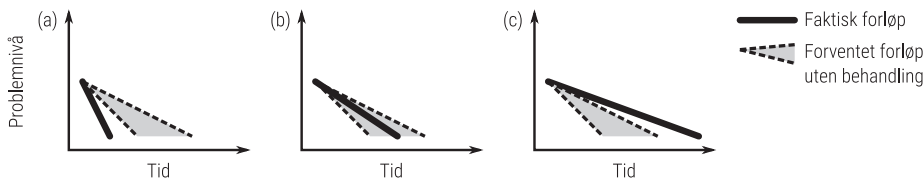
For å vise at endring ikke nødvendigvis sammenfaller med virkning, beskrev vi (Langkaas, Wampold & Hoffart, 2018) hvordan positiv terapeutisk endring kan sammenfalle med en faktisk negativ virkning av terapien – og omvendt – som illustrert i figur 1a og 1b. For tilstander som ofte bedres av seg selv uten behandling, slik som for eksempel belastningsreaksjoner eller depresjon, er forløpet i figur 1a en reell mulighet. Her har



FIGUR 1 Det er ikke gitt at endring og virkning sammenfaller. Illustrasjon av (a) positiv endring med negativ virkning, (b) negativ endring med positiv virkning, og (c) null endring med positiv virkning.



FIGUR 2 Samme endring kan være tegn på svært ulike behandlingsresultater ved ulike tilstander. Grafene illustrerer forskjellige tilstander med ulik utvikling uten behandling. Samme endring er her tegn på (a) virksom behandling, (b) uvirksom behandling og (c) skadelig behandling.



FIGUR 3 Samme endring kan være tegn på helt ulike behandlingsresultater ved ulik lengde på behandling. Illustrasjon av hvordan samme endring ved samme tilstand kan være tegn på både (a) virksom behandling, (b) uvirksom behandling og (c) skadelig behandling ved varierende behandlinglengde.

pasienten opplevd bedring i løpet av behandling, men bedringen ville sannsynligvis ha inntruffet tidligere uten behandling. Dette er et eksempel på at positiv endring kan sammenfalle med negativ virkning – behandling har sannsynligvis forhindret bedring i å inntreffe tidligere.

Figur 1b beskriver en omvendt situasjon. Pasienten har her opplevd forverring i løpet av behandling, men forverringen ville sannsynligvis ha inntruffet tidligere og blitt større uten behandling. Dette er et eksempel på at negativ endring av tilstanden kan sammenfalle med positiv virkning av terapien – behandling har sannsynligvis bidratt til å bremse og utsette forverring.

Figur 1c beskriver en liknende situasjon, men her sammenfaller null endring i tilstanden med positiv virkning av behandlingen. Dette er et eksempel på at endring i seg selv ikke er en forutsetning for virkning. Her har behandling sannsynligvis hindret forverring ved å holde tilstanden konstant – uten behandling ville tilstanden ha vært verre.

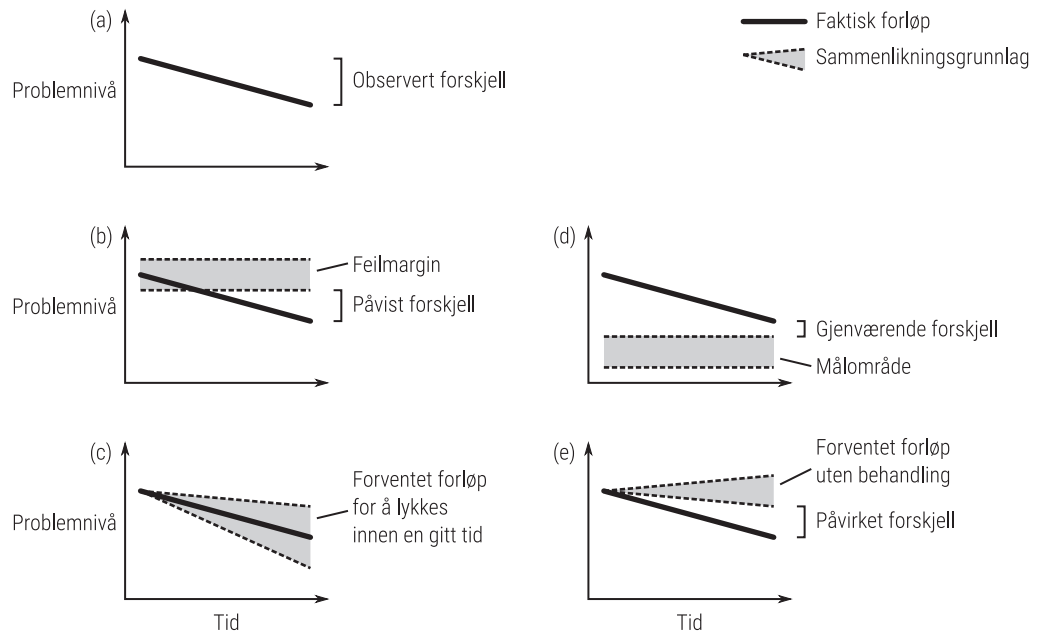
Disse tre eksemplene illustrerer at endring og virkning ikke nødvendigvis henger sammen, og at det ikke er mulig å entydig slutte seg til

hva som er en virkning, kun fra å observere endring. De viser også at for å kunne fange opp om behandling virker, er vi avhengige av (a) å vite hva slags *tilstand* vi har med å gjøre, (b) å ha et kunnskapsbasert *sammenlikningsgrunnlag* som viser hvordan tilstanden sannsynligvis ville utviklet seg uten behandling, og (c) å anvende et sammenliknbart *tidsperspektiv*.

Noen tilstander er kjent for å kunne gå over av seg selv, slik som depresjon og belastningsreaksjoner. Noen tilstander er ansett for å være mer stabile og varige ubehandlet, slik som personlighetsproblemer. Andre tilstander kan derimot føre til forverring uten behandling – slik som en begynnende psykose eller mani. Ved kun å følge med på endring uten å ta hensyn til forskjeller i tilstand er det ikke mulig å tolke eller sammenlikne behandlingsresultater på noen entydig måte. Det er derfor et poeng å skille mellom tilstander som utvikler seg ulikt uten behandling. Figur 2 viser hvordan samme endring kan være uttrykk for helt ulike behandlingsresultater som følge av at forskjellige tilstander utvikler seg ulikt uten behandling.

Eksisterende tilbakemeldingsverktøy som OQ, CORE og PCOMS/KOR skiller ikke mellom ulike tilstander – alle tilstander anses slik sett som om de skulle være like. Mens det ofte fremheves som en fordel at disse verktøyene er ment å brukes uavhengig av hvilken tilstand som behandles, illustrerer figur 2 hvordan det i stedet er en grunnleggende svakhet å ikke skille mellom ulike tilstander.

Men selv ved samme type tilstand kan samme endring være uttrykk for helt forskjellige behandlingsresultater dersom tidsperspektivet varierer, noe som er illustrert i figur 3. Dette er relevant i alle sammenhenger »



FIGUR 4 Fem former for forskjell å følge i praksis, med tilhørende sammenlikningsgrunnlag. Illustrasjonen viser (a) observert forskjell (*observed difference*), (b) påvist forskjell (*detected difference*), (c) forventet forskjell (*predicted difference*), (d) gjenværende forskjell (*attainment difference*) og (e) påvirket forskjell (*induced difference*). Kun den siste av disse kan gi informasjon om virkning.

Basert på illustrasjon fra Langkaas, Wampold og Hoffart (2018). Opphavsrett: 2018 American Psychological Association (APA). Tilpasset og gjengitt med tillatelse. APA er ikke ansvarlig for kvaliteten på oversettelsen.

der behandlingens lengde kan variere, slik det ofte gjør i vanlig praksis. Det er ofte naturlig å forsøke behandling inntil ønsket endring opptrer, noe som da gjerne tas til inntekt for at behandlingen var virksom, og at det i enkelte tilfeller er nødvendig med langvarig behandling for å oppnå resultater. Selv om dette under noen omstendigheter kan være riktig, kan det i mange tilfeller være en helt feil konklusjon. Som figur 3 illustrerer, kan det for enkelte typer tilstander være slik at ønsket endring kan være tegn på virksom behandling innen et gitt tidsperspektiv, uvisst om behandlingen i et lengre tidsperspektiv og skadelig behandling i et enda lengre tidsperspektiv.

For å vurdere virkningen av en behandling har vi sett at det er relevant å sammenlikne det observerte behandlingsforløpet med forventet forløp uten behandling. Dersom det ikke foreligger god kunnskap om hva som er et forventet forløp uten behandling, vil behandlere eller andre som tolker behandlingsresultatene, stå fritt til å tolke resultater i hvilken som helst retning de skulle ønske. Det er alltid mulig å forestille seg at det kunne gått annerledes uten

behandling – både gode og dårlige utfall kan slik sett alltid feiltolkes som virksom behandling når det ikke foreligger et relevant kunnskapsbasert sammenlikningsgrunnlag.

I artikkelen vår beskrev vi fem typer sammenlikningsgrunnlag for å vurdere behandlingsutvikling, som vist i figur 4. Kun den siste av disse – *påvirket forskjell* (figur 4e) – kan gi informasjon om virkning av behandling. Dette er samtidig den eneste av disse fem sammenlikningsgrunnlagene som ikke er tatt i bruk for tilbakemeldingsverktøy eller rutinemessig utfallsmåling. Statistiske tilnærminger som i dag anvendes for tilbakemeldingsverktøy, samsvarer med de øvrige sammenlikningsgrunnlagene. Ingen av disse kan gi informasjon om virkning.

PRAKTISKE KONSEKVENSER

Når klinikere anser endringer i pasientens tilstand som tegn på virkning av behandlingen, risikerer de å fatte kliniske beslutninger på feil grunnlag.

For å justere behandlingen på riktig måte trenger klinikeren informasjon om *virkning* –

ikke endring. Figur 1 illustrerer konsekvensene av å forveksle endring med virkning, slik tilbakemeldingsverktøy tilrettelegger for. Figur 1a viser en tilsynelatende god behandlingsutvikling dersom vi kun har informasjon om endring, noe som vil gi behandler og pasient tilbakemelding om å videreføre det som allerede ser ut til å fungere bra. Men med informasjon om sannsynlig virkning vil tilbakemeldingen være helt motsatt – dette ser nå ut til å være en problematisk og potensielt skadelig behandlingsutvikling som bør avbrytes og revurderes. På samme måte viser figur 1b og 1c tilsynelatende problematisk behandlingsutvikling dersom vi kun har informasjon om endring, noe som vil gi behandler og pasient tilbakemelding om å avbryte og revurdere tilnærming. Men i realiteten er det motsatt – med informasjon om sannsynlig virkning ser behandling faktisk ut til å virke bra, noe som tyder på at den heller bør videreføres.

Observasjon av endring kan heller ikke legges til grunn for å fange opp problematisk eller potensielt skadelig behandlingsutvikling. Dersom vi kun har informasjon om endring, vil vi i tilfeller som illustrert i figur 1a, feiltolke skadelig behandling som virksom, og i tilfeller som illustrert i figur 1b, feiltolke virksom behandling som skadelig.

For å lære av erfaring er vi avhengige av informasjon om når iverksatte tiltak virker, og når de ikke virker. Uten mulighet for å avgjøre om endring forveksles med virkning, risikerer vi å trekke helt feil konklusjoner fra erfaring om når tiltak virker, og når de ikke virker. I ytterste konsekvens kan behandlere i god tro ende opp med å bli bedre i å gjøre mer som ikke virker, eller som er skadelig, uvitende om at dette er tilfelle. Forveksling av endring og virkning kan på samme måte forklare hvordan behandlere, forskere og pasienter kan bli lurt av egen erfaring til å ha tro på uvirksom eller skadelig behandling.

Vi kan også risikere å feilvurdere grad av ekspertise dersom vi forveksler endring og virkning. Om vi tenker oss en svært kompetent behandler som i hovedsak arbeider med vanskelige tilstander, der effektiv behandling handler om å hindre forverring, vil denne behandleren feilaktig bli vurdert som en av de med dårligst ekspertise dersom vi kun ser på oppnådd endring. Som kontrast kan vi tenke oss en inkompetent behandler som i hovedsak arbeider med enkle tilstander som ofte bedres av seg selv. Denne behandleren kan gjennomføre både uvirksom og skadelig behandling uten at noen fanger det opp, fordi ved å følge pasientene over lang nok tid bedres tilstandene uansett, som illustrert i figur 3b og 3c. Dersom vi kun ser på oppnådd endring, vil denne behandleren feilaktig bli vurdert som en av de med best ekspertise. Uten riktig sammenlikningsgrunnlag vil begge behandlere også kunne feilvurdere egen ekspertise, dersom de også selv vurderer oppnådd endring som tegn på egen ekspertise.

MULIG Å UNDERSØKE VIRKNING?

Å undersøke virkning av behandling i enkelttilfeller er en utfordrende metodisk problemstilling, som ofte blir undervurdert og ignorert i klinisk forskning. Mens det tradisjonelle randomiserte eksperimentet er en metode som kommer nær i å avklare virkning på gruppenivå, kreves eksperimentelle metoder basert på gjentatt veksling av betingelser (*repeated period cross-over*) for å anslå virkning av behandling hos enkeltpersoner (Senn, 2016). I vanlig klinisk praksis er det derimot sjelden mulig å anvende slike metoder.



Å vurdere behandlingsrespons i vanlig praksis er fortsatt et uløst praktisk problem





For å justere behandlingen på riktig måte trenger klinikerer informasjon om *virkning* – ikke endring

Vi bør derfor utvikle metoder for å følge med på det vi har betegnet som *påvirket forskjell* (Langkaas, Wampold & Hoffart, 2018). Måling av påvirket forskjell forutsetter at behandlingsforløp sammenliknes med (1) hva som ville vært forventet forløp uten behandling (2) for tilsvarende tilstand (3) i tilsvarende tidsperspektiv. Usikkerhet rundt hvilke andre og samtidige tiltak eller endringer i pasientens liv en eventuell virkning kan tilskrives, vil være en uunngåelig begrensning ved all ikke-eksperimentell metode. Selv om denne begrensningen også vil gjelde observasjon av påvirket forskjell, vil en slik tilnærming fortsatt gi et betydelig bedre grunnlag for å vurdere virkning i vanlig praksis enn det dagens tilnærminger kan gi. ✖

REFERANSER

- Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Stiles, W.B. (2015). A CORE approach to progress monitoring and feedback: Enhancing evidence and improving practice. *Psychotherapy*, 52(4), 402–411. <https://doi.org/10.1037/pst0000030>
- Barlow, D.H. (2010). Negative effects from psychological treatments: A perspective. *American Psychologist*, 65(1), 13–20. <https://doi.org/10.1037/a0015643>
- Duncan, B.L., & Reese, R.J. (2015). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) revisiting the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 52(4), 391–401. <https://doi.org/10.1037/pst0000026>
- Goodyear, R.K., Wampold, B.E., Tracey, T.J.G., & Lichtenberg, J.W. (2017). Psychotherapy Expertise Should Mean Superior Outcomes and Demonstrable Improvement Over Time. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 54–65. <https://doi.org/10.1177/0011000016652691>
- Helsedirektoratet. (2018). *Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp for psykisk helse og rus 2018–2020 (IS-2734)*. Helsedirektoratet.
- Higgins, J.P.T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M.J., & Welch, V.A. (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Wiley.
- Kendrick, T., El-Gohary, M., Stuart, B., Gilbody, S., Churchill, R., Aiken, L., ... Moore, M. (2016). Routine use of patient reported outcome measures (PROMs) for improving treatment of common mental health disorders in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011119.pub2>
- Lambert, M. J. (2015). Progress feedback and the OQ-system: The past and the future. *Psychotherapy*, 52(4), 381–390. <https://doi.org/10.1037/pst0000027>
- Lambert, M.J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72–79. <https://doi.org/10.1037/a0022238>
- Langkaas, T.F., Wampold, B.E., & Hoffart, A. (2018). Five types of clinical difference to monitor in practice. *Psychotherapy*, 55(3), 241–254. <https://doi.org/10.1037/pst0000194>
- Lewis, D. (1973). *Counterfactuals*. Blackwell.
- Meehl, P. E. (1955). Psychotherapy. *Annual Review of Psychology*, 6(1), 357–378. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.06.020155.002041>
- Rousmaniere, T., Goodyear, R.K., Miller, S.D., & Wampold, B.E. (2017). *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. John Wiley & Sons.
- Rozental, A., Castonguay, L., Dimidjian, S., Lambert, M., Shafran, R., Andersson, G., & Carlbring, P. (2018). Negative effects in psychotherapy: Commentary and recommendations for future research and clinical practice. *BJPsych Open*, 4(4), 307–312. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.42>
- Senn, S. (2016). Mastering variation: Variance components and personalised medicine. *Statistics in Medicine*, 35(7), 966–977. <https://doi.org/10.1002/sim.6739>
- Shadish, W., Cook, T.D., & Campbell, D.T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Houghton Mifflin.

Meninger



Menneske i miljø

Alv A. Dahls kritikk av den kontekstuelle modellen for psykisk helse skyter over mål, mener Trond F. Aarre som får støtte av Halvor Kjølstad. Se side 683 og 684



BILDE: LEONARDO DA VINCI / STORE NORSKE LEKSJON



Man trenger ikke behandlere med kun ett redskap i verktøykassen

Les hovedinnlegget på de neste sidene

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

DELTA I DEBATTEN

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

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

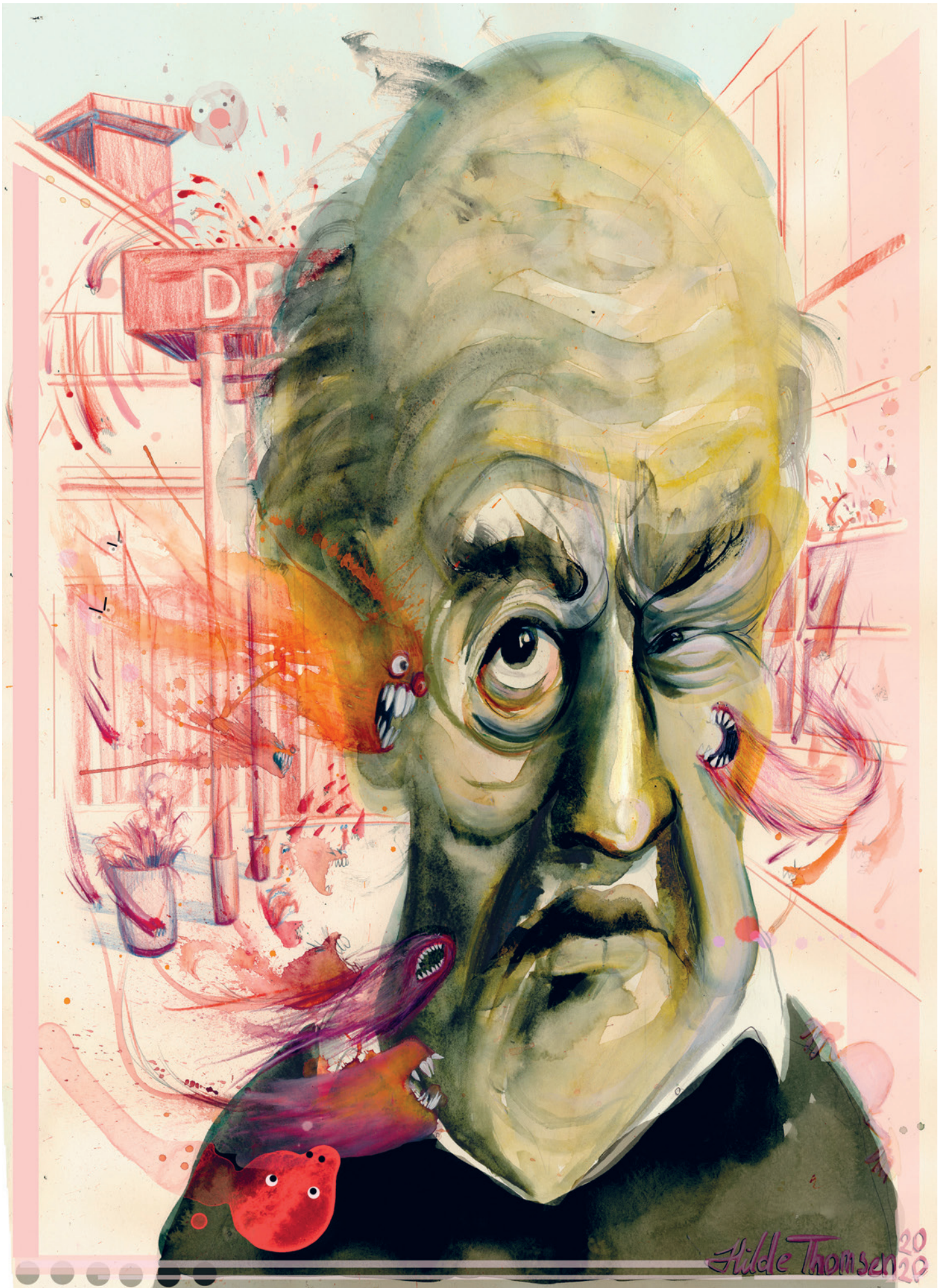
REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

HOVEDINNLEGG

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

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



Overeksponert

Mangelen på tilbud i psykisk helsevern diskuteres ofte. Men min fortelling om egen innleggelse på et DPS viser at vi også må rette søkelyset på kvaliteten på hjelpen som tilbys.

HJERTET HAMRER OG HAMRER. Det har det gjort i dagevis. Jeg ligger fullstendig utslått på en seng i et DPS. Jeg stiller meg fullstendig likegyldig til om jeg overlever eller ikke. Månedsvise med eksponeringsterapi har kjørt meg fullstendig i senk. En sykepleier sitter ved siden av meg og sier de befriende ordene «du må gi opp denne terapien», og gir meg medisinen jeg egentlig trenger. Hvordan jeg havnet i denne situasjonen? La oss starte der det begynte.

FRA MITT STÅSTED

Jeg har etter hvert rukket å bli 60 år og fikk bipolar diagnose etter en manisk episode i 2004. Da var jeg 45 år og hadde tidligere vært plaget med depresjoner og angst. Jeg bruker stemningsstabiliserende medisin og har vært i remisjon de siste ti årene. Påkjenninger som min kones død og egen kreft gjorde meg deprimert med lett insomnia våren 2018. Etter noen måneder fikk jeg tvangstanker og redsel for å skade noen i psykotisk tilstand. Siden jeg ikke tidligere hadde hatt slike tvangstanker, var det skremmende. Det jeg opplevde, var en bipolar depresjon med komorbid angst og tvangslidelse. Jeg gikk til min fastlege, og til min lettelse fikk jeg plass ved en åpen mental institusjon. Velferdsstaten fungerte.

DPS-et som hadde plass til meg, bruker kognitiv atferdsterapi for å behandle sine pasien-

ter. Jeg fortalte psykologen at jeg hadde bipolar depresjon og ønsket å komme i kontakt med min psykiater, som kjenner meg godt, slik at man kunne diskutere behandlingsmetode. Det ble ikke gjort, og jeg ble fortalt at den eneste måten å bli bedre på, riktignok aldri frisk, i det lange løp, var ved hjelp av eksponeringsterapi. Da hadde jeg faktisk vært i remisjon i ti år før innleggelse. Jeg ble også fortalt at jeg var ansvarlig for mine egne handlinger under oppholdet. I en tilstand av konstant panikk og følelse av manglende selvkontroll ble jeg gitt en lav dose antipsykotika primært for å bedre den dårlige søvnen. Institusjonen støttet aktivt opp under mine fordommer mot å bruke Sobril, og det gjorde at jeg ble utsatt for ekstreme mengder angst. Jeg har senere lært (Abramowitz et al., 2011) at beroligende tabletter kan minske effekten av eksponeringsterapi. Det eneste jeg ønsket, var skjerming, fred og ro. I stedet fikk jeg eksponeringsterapi.

Etter tre uker med behandling ble jeg ansett som frisk nok til å klare meg selv. Jeg ble utskrevet. Det virket mest som om det var DPS-ets behov for et ledig rom som var styrende. Ikke min mentale tilstand.

RIGID EKSPONERING

Ute følte jeg meg alt annet enn frisk, så jeg flyttet inn til min 86 år gamle mor. Der var jeg en



TEKST

Per Thorvaldsen, førsteamanuensis ved Høgskulen på Vestlandet

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

BEHANDLING I PSYKISK HELSEVERN



måned. I den perioden hadde jeg store problemer med søvnen samtidig som angst og tvangstanker satte meg ut av spill. Den siste uken før jeg ble innlagt igjen, var angsten ekstrem. Etter fastlegens anbefaling tok jeg 20 mg Sobril daglig. Den samme fastlegen fikk meg innlagt på ny, selv om det virket som institusjonen vegret seg.

På DPS-et fikk jeg tildelt den samme psykologen på ny. Psykologen bestemte at jeg skulle få enda mer intens eksponeringsterapi. I min desperasjon etter å bli frisk sa jeg ja til hva som helst. De ba meg slutte med Sobril, og dermed ble angsten og tvangstankene nærmest utålelige. I min andre periode i institusjonen følte jeg meg torturert av eksponeringsterapi og begynte å miste troen på at jeg noen gang skulle kunne fungere normalt i samfunnet igjen. Jeg tenkte at menneskene som behandlet meg, var vennlige, men at metoden var grusom.

I ren desperasjon ringte jeg min faste psykiater som jeg har hatt i mange år, og spurte om råd. Han foreslo å bruke antidepressiva for å bli kvitt depresjonen med tilhørende tvangstanker. Han fortalte meg også at de skremmende tvangstankene var angst. Jeg uttrykte bekymring for at antidepressiva kunne indusere uønsket mani. Min psykiater sa at jeg ikke trengte å engste meg siden jeg sto på stemningsstabiliserende medikamenter. Psykologen likte ikke denne vendingen og startet å forhøre meg om antidepressiva og dens effekter på meg. Jeg ble paranoid. Jeg følte meg midt i en profesjonsstrid mellom psykologer og psykiatere og hadde intet ønske om å bli liggende igjen på slagmarken.

Mot slutten av andre opphold ved DPS-et sendte psykologen meg hjem for å sove alene. Det mest skremmende jeg kunne tenke meg. Men hjem reiste jeg. Jeg var et døgn hjemme med ekstrem panikk og dro så tilbake til DPS-et. Der fortsatte panikken i to døgn til. Til slutt fant en sykepleier meg i sengen på DPS-et med ekstrem frykt og konstant hjertebank. Jeg brydde meg ikke lenger om jeg døde eller ikke. Sykepleieren sa at dette ikke kunne fortsette og ba meg om å gi opp. Jeg tok villig imot Sobril.

Her startet mitt opprør. Jeg ga opp eksponeringsterapien, som bare gjorde meg sykere, og ba om å bli overflyttet til en annen institusjon for å få medisinsk hjelp. Institusjonens respons var å ta fra meg medisinerne og kaste meg ut, helt uten å hjelpe meg med å finne et bedre behandlingssted.

Fastlegen hjalp meg med å bli bra igjen. Medisinene gjorde sin virkning, og innen kort tid var jeg frisk med kun bruk av stemningsstabiliserende og litt antidepressiva.

FRA INSTITUSJONENS STÅSTED

Min dagbok og journalen er rimelig samstemte om de objektive forhold, men journalen består primært av observasjoner og er nærmest fri for refleksjoner og tolkninger. Min smerte knyttet til behandlingen er selvfølgelig vanskelig å få fremstilt i en journal. Snarere observerer de en pasient som er vennlig og samarbeidsvillig under oppholdene, om enn preget av angst og uro.

Psykologens refleksjoner i journalen idet jeg til slutt gir opp eksponeringsterapien, er at det er rasjonelt for meg å tematisere behandlingsformen da det har påført mye ubehag uten noen varig effekt.

Legens notat i journalen ved utskrivning lyder:

Til tross for at pasienten har fulgt behandlingsplanen angir han at han opplever et tynge lidelsestrykk enn ved innkomst, noe han attribuerer til selve behandlingstilnærmingen (eksponeringsterapi med fokus på å mestre dagligdagse situasjoner). Pasienten er som nevnt motivert til videre behandling så lenge det medikamentelle vektlegges. Det benevnes at u.t. har diskutert med flere behandlere i avdelingen samt tatt saken opp i tverrfaglig team hvor vi kommer frem til en enighet om at medikamentell behandling for hans angstsymptomer sannsynlig ikke vil føre til en langvarig virkning slik som han ønsker. Ettersom våre anbefalinger går i strid med hva pasienten selv ønsker og, ikke minst, er motivert for, kan døgninnleggelse ikke lenger forsvarliggjøres.

KUNNSKAP ER MAKT

Både min fastlege og min psykiater ba meg glemme det jeg hadde blitt utsatt for ved DPS-et, men frykten for å havne i en liknende situasjon ved en senere anledning drev meg til å foreta noen forpostfektninger for å gjenreise min tillit til psykiatrien og behandlingstilbudet. Jeg tok kontakt med Sandviken sykehus, der jeg tidligere har vært pasient og fått god behandling. Jeg fikk audiens hos en overlege. Jeg forberedte meg på å måtte argumentere for å bli deres pasient om jeg skulle bli syk igjen,

da DPS er standard behandlingstilbud, men han hadde lest min journal fra DPS-et og skrevet ferdig legeerklæringen som ga meg carte blanche adgang ved Sandviken. Med denne oppsøkende handling har jeg sørget for å legge til rette for å få faglig forsvarlig behandling når det trengs.

Neste punkt på programmet var å tilegne meg kunnskap om egen sykdom. Overlegen lyste opp og ga meg nesten halve bokhyllen sin og meldte meg på neste kurs i psykoedukasjon om bipolare lidelser. Jeg tenkte i mitt stille sinn at jeg kanskje kunne skrive min egen kasuistikk og innkassere et publikasjonspoeng som en mager trøst for all den ekstreme smerten jeg hadde opplevd. Hvordan burde jeg så vært behandlet? Selvfølgelig i tråd med Nasjonale faglige retningslinjer for utgreiing og behandling av bipolare lidelser (Helsedirektoratet, 2012) og forskning på feltet. I retningslinjene er ikke eksponeringsteori nevnt med et ord, og det generelle behandlingsprinsipp er medisinerer samt å lytte til pasientens behov. Forskningen viser at en bør behandle bipolar depresjon først, for da forsvinner som regel den komorbide tvangslidelsen og angsten av seg selv (Morken, 2012). I tilfeller med komorbiditet ved bipolar depresjon er det vist at bruk av eksponeringsterapi har lite for seg (Stratford et al., 2015; Scott et al., 2006). Også bruk av antidepressiva, så som SSRI, er debattert, og effekten av å behandle bipolar depresjon er usikker (Gitlin, 2018) (Goodwin, 2009), men i mitt tilfelle var det det som gjorde meg frisk.

Siden eksponeringsterapien ikke virket på meg, ble jeg nysgjerrig på den. Eksponeringsterapi har både vært og er vanlig i behandling av fobisk angst og tvangslidelse, og effekten virker å være god (Abramowitz et al., 2011). Ved å eksponere pasienten målrettet for det han frykter inntil frykten forsvinner, finner studier at 70 prosent av de behandlede OCD-pasientene blir bedre (Kvale & Hansen, 2013). Men hva med resten? Hva sitter den siste tredjedelen igjen med? Det snakkes mye om medisiners bivirkninger, men hva med bivirkninger av psykologisk behandling og dens utøvere? Disse bivirkningene er absolutt til stede (Berk & Parker, 2009).

For min del gjorde eksponeringsterapi meg bare verre, med tvangstanke som nærmest brente seg fast i hjernebarken, og paranoia. Behandlingen testet grensene for hvor mye angst og smerte et menneske kan tåle over tid. Om ikke annet har jeg lært at det er vanskelig å dø av angst. Min viktigste lærdom er likevel at selv om min fortelling kun er anekdotisk bevis, så forteller den om en villighet til å fortsette en behandling lenge etter at dens nederlag er et faktum. I blind tro på metoden fortsatte institusjonen og jeg med en behandlingsform som er svært stressende og ikke det en bipolar pasient trenger.

Etikken som ligger til grunn for å velge langtids intensiv eksponeringsterapi, bør i høyeste grad diskuteres. Bruken av eksponeringsterapi gjorde meg redd for institusjonen og alle dens metoder. Eksponeringsterapien forlenget min sykdom i tillegg til at jeg ble utsatt for store mengder meningsløs angst og OCD. Det tok meg et halvt år å komme tilbake i fullt arbeid. Riktig behandling fra starten av ville minimalisert mine lidelser og samfunnets kostnader.

I etterkant har jeg spurt meg selv om jeg er immun mot eksponeringsterapi. Jeg bestemte meg for å teste ut dette på meg selv i frisk tilstand på en fobi der eksponeringsterapi er dokumentert å fungere. I løpet av kort tid ble jeg kvitt min høydeskrekk. Det er altså ikke terapien det er noe i veien med, men man må kjenne dens begrensninger.



Det virket mest som om det var DPS-ets behov for et ledig rom som var styrende. Ikke min mentale tilstand





Behandlere
må konsen-
trere seg
om å gjøre
pasienten
bedre

Behandling bør være pragmatisk. Hva virker for hvem? Min fortelling og forskning viser at eksponeringsterapi ikke er en fornuftig behandlingsform for bipolar depresjon med komorbid angst/OCD. Det en virkelig ikke trenger, er behandlere med kun ett redskap i verktøykassen. Behandlere må konsentrere seg om å gjøre pasienten bedre. Ved å bruke retroskopet virker det åpenbart for meg at medikamentell behandling er mye mer human og effektiv enn eksponeringsterapi.

ER KVALITET OFRET PÅ KVANTITETENS ALTER?

I offentligheten er det mye snakk om mangelen på tilbud i psykisk helsevern. Men vi må også ta den nødvendige debatten om kvaliteten på hjelpen som tilbys. Vi har valgt en desentralisert struktur på institusjonen i psykisk helsevern her til lands. Det er verdt å spørre seg

om dette har gått for langt, slik at institusjonene mangler kompetanse til å behandle utfordrende mentale lidelser. I mitt tilfelle var verdien av en ekspert, min psykiater, vesentlig større enn kunnskapen om bipolar lidelse som en hel institusjon hadde.

TAKKSIGELSER

Jeg vil få takke min kjære mor, fastlegen og psykiateren som hjalp meg når behandlingsapparatet ikke fungerte.

Jeg vil takke professor ved UiB Medisinsk fakultet og overlege ved Haukeland sykehus avd. Psykiatri Anders Lund for debrifing.

Til slutt vil jeg få takke sykepleieren som ba meg slutte med eksponeringsterapien. ✕

Det omtalte DPSet har fått forelagt kritikken i dette innlegget, men ønsker ikke å svare på den.

REFERANSER

- Abramowitz, J.S., Deacon, B.J., Stephen P.H. Whiteside S.P.H. (2011). *Exposure Therapy for Anxiety Principles and Practice*. New York: Guilford press 2011 978-1-4625-0969-0.
- Berk, M. & Parker, G., (2009). The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Australian & New Zealand Journal of psychotherapy*, 43(9), 787-794.
- Gitlin, M.J. (2018). Antidepressants in bipolar depression: an enduring controversy, *Int J Bipolar Disord* 6:25: <https://doi.org/10.1186/s40345-018-0133-9>. Besøkt 3. juli, 2019.
- Goodwin, J.M. Consensus Group of the British Association for psychopharmacology (2009). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition – recommendations from the British Association for Psycho-pharmacology. *J Psychopharmacol.*, 23(4), 346-348.
- Helsedirektoratet (2012). Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidinger. IS-1925. Helsedirektoratet.
- Kvale, G. & Hansen, B. (2013). *101 Ting vi gjerne skulle visst da vi begynte å behandle pasienter med angst-lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Morken, G., (2015). Håndbok i kognitiv terapi, 2. utgave. Torkil Berge, Arne Repål (red.). Gyldendal akademisk.
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kindermann, P., Johnson T., et al. (2006). Cognitive-behavioural therapy for severe and recurrent bipolar disorders: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 313-320.
- Stratford, H.J., Cooper, M.J., De Simplicio, M., Blackwell, S.E., & Holmes, E. (2015). Psychological therapy for anxiety in bipolar spectrum disorders: systematic review. *Clinical Psychology Review*, 35, 19-34.



Faksimile fra juliutgaven av Psykologtidsskriftet

Mot eit nytt paradigme

Alv A. Dahls kritikk av den kontekstuelle modellen for psykisk helse skyt over mål. Den vidare utviklinga av fagfeltet vårt vil neppe byggje på ei medisinsk forståing av psykiske vanskar og rusproblem.

MED UTGANGSPUNKT i boka mi *En mindre medisinsk psykiatri* (Aarre, 2018) kritiserer Alv A. Dahl i juliutgåva av Psykologtidsskriftet den kontekstuelle modellen for psykiske lidningar og rusproblem. Eg er takksam for at Dahl har lese boka mi grundig og tek seg bryet med å fremje kritikk. Men kritikken hans yter ikkje den kontekstuelle modellen full rettferd og skyt difor over mål.

Utgangspunktet mitt er at det finst ein del heilt reelle problem i psykisk helsevern. Dette vonar eg at Dahl er samd i, jamvel om han har ein tendens til å tone dei ned. Sivilombodsmannen dokumenterer lovbrøt, pasientorganisasjonar er kritiske, og resultatata av innsatsen er ikkje så gode som me skulle ynskje. Me opplever fagleg stagnasjon, til dømes i psykofar-

TEKST Trond F. Aarre

DEN KONTEKSTUELLE MODELLEN

BLINDEI
Kontekstualistene angripe «den medisinske modellen» og får avstand fra evidens og ekspertise. Psykiatrisen har følgelig seg inn i ein blindgate, meiner artikkelforfatteren. Foto: Pieterpauline / Peter Franck



smått om å heilte eit individ for plager som kommer inneftra, 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, klassifisering, og definisjonen av usunne psykiske erfaringer forakt 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 helsestien arbeider med somatisk og psykisk patologi. Om det ikke foreligger patologi, trengs heller ikke helsestien. 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. Ubevisteste konflikter, utvridingsvår, tilknytningsvansker, felisklig læring og negative automatiske tanker er irrelevante for kontekstualistene.

IKKE DIAGNOSER, MEN PROBLEMER
Mange psykologer er kritiske til bruken av psykiatriske diagnoser (Torgalsboen & 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

makologien, der det er langt mellom nyvinningane og nye medikament ikkje er stort meir effektive enn dei gamle. Eg trur ikkje at me kjem oss vidare med dei same tankane og handlingane som har styrt fram til no. Me lyt tenkje annleis om dei me skal hjelpe, og dei tenestene me gir. Eg meiner at ei kontekstuell forståing av psykiske vanskar og rusproblem er meir fruktbar.

Dahl si avvising av den kontekstuelle modellen byggjer på ei karikert framstilling av den. Føremålet med denne artikkelen er ikkje å overtyde Dahl, men å rydde unna tilsynelatande usemje og gjere det klårt kva det faktisk er strid om. For det er nok avstand mellom oss til å halde liv i faglege ordskifte i lang tid framover. Eg vil gå punktvis gjennom Dahl sine seks tesar om den kontekstuelle modellen. Så vil eg slutte, som Dahl, med å drøfte om det er eit paradigmeskifte det her er snakk om.

«DEN «MEDISINSKE MODELLEN» ER EN STRÅMANN»

I boka mi gjer eg det klårt kva eg forstår med «den medisinske modellen» (s. 36). Denne modellen er høgst aktuell, slik Dahl sin eigen argumentasjon viser. Komponentane i modellen er 1) definisjon av lidinga, problemet eller plaga, 2) ei teoretisk forståing av lidinga, 3) ei teoretisk forståing av mekanismar for endring, 4) terapeutiske tiltak i samsvar med teorien og 5) tru på at dei spesifikke tiltaka gjev effekt (Wampold, 2015, s. 26). Modellen nyttast både i psykiatrisk og psykologisk forskning. Påstanden om at den er ein stråmann, er difor ei mistyding.

Eg påstår ikkje at moderne psykiatri ikkje tek høgde for psykologiske eller sosiale tilhøve, men at den tek utgangspunkt i ei medisinsk forståing av dei plagene folk har. Denne tenkjemåten fører til stor interesse for diagnostikk, og den «kunnskapsbaserte» behandlinga byggjer på diagnostikken. Det er ingen grunn til å tru at dagens psykiatriske diagnostikk er gyldig, og det er aldri vist at diagnosane er uttrykk for noko sikkert patologisk. Etter mitt syn er dette akilleshælen til den medisinske modellen. Det hadde vore nyttig om diskusjonen kunne dreie seg meir om desse fundamentale problema, der det er reell usemje og rom for fruktbare ordskifte.

«PSYKOPATOLOGI OG PERSONLIG SÅRBARHET FINNES IKKE»

Den kontekstuelle modellen avviser ikkje at folk er individuelt sårbare. Tvert om: Ulike individ utviklar forskjellige plager når dei er utsette for dei same påkjenningane, og det må skuldast individuelle skilnader. Skilnadene kan ha med genetikk, levekår, livssoge, traume og andre psykologiske tilhøve å gjere. Den kontekstuelle modellen er skeptisk til å kalle desse variasjonane patologiske, unormale eller uttrykk for sjukdom eller defekt før det er uomtvisteleg vist at dei faktisk er patologiske.

Spørsmålet om patologi er truleg sentralt i usemja mellom Dahl og meg. Eg er skeptisk til påstandar om at andre menneske sine opplevingar er sjuklege i seg sjølv og har til denne tid ikkje kome over argument som kan overtyde meg om at diagnosane våre, eller symptoma dei byggjer på, avgrensar patologiske tilstandar. Bevisbøra bør kvile på dei som vil kategorisere andre som sjuke.

Dahl skriv at «helsetjenesten arbeider med somatisk og psykisk patologi. Om det ikke foreligger patologi, trengs heller ikke helsetjenesten.» Det er ikkje rett. Fødselsomsorga i Noreg byggjer på helsetenesta, både i kommunane og sjukehusa. Det ligg ikkje i dette at graviditet er eit uttrykk for patologi. Helsetenesta, også den som rettar seg mot psykiske plager

og rusproblem, kan godt ta seg av normalitet. Innsatsen kan grunnjevast med at folk treng hjelp, og det treng ikkje å feile dei noko.

«IKKE DIAGNOSER, MEN PROBLEMER»

Det er uklårt kva ein diagnose eigentleg er for noko, anna enn eit omgrep som femnar om kliniske karakteristika som nokre menneske har felles. Men dei nyttast ofte som namn på postulerte underliggjande patologiske prosessar, som når me seier at Per eller Pål «har» schizofreni. Etter hundre års forskning er det framleis uklårt om det er råd å «ha» noko slikt. Det som er sikkert, er at det går an å ha dei opplevde eller observerte problema som førte til diagnosen. Det er råd å drive kunnskapsbasert behandling for desse problema.

Dahls kritikk av Kinderman si tilnærming til psykiske problem byggjer på ei mistyding. Problema som Kinderman omtalar, er ikkje idiosynkratiske, men velkjende kliniske problem som til dømes plagsame hallusinasjonar, angst og unngåing, overforbruk av rusmiddel, m.m. Poenget til Kinderman er at me ikkje oppnår noko med å patologisere dei. Sjølv om me oppfattar dei som normale reaksjonar, veit me meir om korleis me skal behandle desse problema enn korleis me skal behandle dei postulerte psykiske lidningane. Reint vitskapleg veit me kanskje meir om å lindre hallusinasjonar og vrangtankar enn om å behandle «schizofreni».

Dahl skriv vidare at «Diagnoser er kommet for å bli», og at WHO pålegg oss å bruke ICD-klassifikasjonen. Diagnosane vert ikkje meir gyldige eller nyttige av slike argument.

Diverre er det mange pasientar som fortel at dei ikkje får kome fram med soga si fordi psykisk helsevern er for oppteke av å stille diagnoser. Dei opplever det gjerne som om det er diagnosen det gjeld, ikkje kva liv du lever, eller kva problem du har. «Mens de misfornøyde brukerne ofte mener at de sliter med skader etter traumer og krenkelser (...) kan personalet arbeide etter en modell som at pasienten har en sykdom (angst, depresjon, psykose) som skyldes arvelig sårbarhet» (Norvoll & Husum, 2011).

«SKEPSIS TIL FORSKNING OG KUNNSKAPSBASERING»

Problemdiagnostikk kan sameinast med kunnskapsbasert medisin fordi effekten av intervensjonar ikkje avheng av at medmenneske blir definerte som sjuke, avvikande eller defekte. Effekten av medikament og psykoterapi let seg undersøke vitskapleg uavhengig av om dei rettar seg mot tilstandar som er normale eller patologiske. Me veit mykje om korleis me skal hjelpe folk med problema deira. Dei fiktive lidningane dei vert diagnostiserte med, veit me ofte langt mindre om.

Før årsskiftet var transseksualitet ei psykisk lidning (F64.0 i ICD-10). No er det ikkje lenger ei psykisk lidning, og namnet er endra til kjønnsinkongruens (HA60 i ICD-11). Pasientane er dei same, problema dei same, innsatsen den same. Effekten av tiltaka er også den same, sjølv om problemet – som før var definert som patologi – no vert sett på som uttrykk for normal variasjon.

I den grad eg er skeptisk til forskning, er det val av forskingsprogram og -metodar eg er kritisk til. Eg trur Kuhn har rett når han skriv at paradigmet sine prosedyrar og apparat «innsnevrar det fenomenologiske feltet som er tilgjengeleg for vitskapleg utforsking» (Kuhn, 1970, s. 60). Eit av problema med den paradigmatru forskinga, til dømes innanfor den medisinske modellen for psykiske lidningar og rusproblem, er at den fører



Dahl si avvising av den kontekstuelle modellen byggjer på ei karikert framstilling





Den medisinske modellen nærmar seg vegs ende

til «an immense restriction of the scientist's vision» og til betydeleg motstand mot paradigmeskifte (Kuhn, 1970, s. 64).

Kontekstualistane ynskjer endring. Me ynskjer at helsestyresmaktene tek inn over seg problema med den medisinske modellen og gjer dei endringane, også i faglege retningslinjer, som skal til for å utvikle feltet i tråd med deira eigne signal om auka vekt på meistring, myndiggjering og *recovery*.

«DE AVMEKTIGE PASIENTENE»

Dahl meiner visst at lovheimla brukarmedverknad automatisk fører til maktutjamning. Elles verkar det som om han i dette avsnittet har meir omsorg for dei tilsette enn for pasientane. Og det er jo nettopp det eg meiner er ein utilsikta konsekvens av den medisinsk orienterte psykiatrien sitt ekspertvelde. Trengst det dokumentasjon for korleis makttilhøva kan framstå i norsk psykiatri, vil eg vise til NOU 2011:9, NOU 2019:14 og rapportane frå Sivilombudsmannens forebyggingsenhet.

«DE MAKTKÅTE EKSPERTENE»

Dahl verkar lite viljug til å gå inn på dei openberre problema som makttilhøva i psykisk helsevern fører til. Eg får talrike telefonar og e-postar frå fortvila pasientar og pårørande som har avskrekkande røymsler med tenesteapparatet. Dei psykiatrickritiske pasientorganisasjonane er ikkje til å misforstå. Eg mistrur ikkje fagleg dugleik, men ser korleis ein del fagfolk ter seg. Det er ein observasjon det ikkje har vore råd å lukke auga for etter snart tretti år i norsk psykiatri.

«ET PARADIGMESKIFTE?»

Diskusjonar om vitenskaplege paradigme byggjer oftast på Kuhns klassikar *The Structure of Scientific Revolutions* (Kuhn, 1970). Kuhn viser korleis paradigmeskifte oppstår frå innsida: Fagfolk tvinger fram endring fordi det gamle paradigmet ikkje lenger kan forsvarast på sine eigne premiss. Eller som Kuhn seier det: Naturen bryt med dei forventningane paradigmet har skapt (s. 52–53). Det er dette eg prøver å vise i bøkene mine. Paradigmet gjev vitenskapleg stagnasjon. Forskinga finn stadig fleire bitar av puslespelet som ikkje passar inn, for å nytte Kuhn sin metafor. Eg meiner at den medisinske modellen nærmar seg vegs ende og ikkje lenger tilbyd eit freistande og fruktbart forskingsparadigme. Difor vil den vidare utviklinga av fagfeltet vårt neppe byggje på ei medisinsk forståing av psykiske vanskar og rusproblem. Ei kontekstuell tilnærming kan vere frigjerande for oss alle. ✕

REFERANSAR

- Dahl, A.A. (2020). En blindgate. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 57, 510–514.
- Kuhn, T.S. (1970). *The structure of scientific revolutions*, 2. utg. University of Chicago Press.
- Norvoll, R. & Husum, T.L. (2011). *Som natt og dag?* AFI-notat 9. Arbeidsforskningsinstituttet.
- Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate*, 2. utg. Routledge.
- Aarre, T.F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget.



PILLETRILLENE Psykiatrien kan kritiseres for mye, skriver Halvor Kjølstad, blant annet den tette koplingen til legemiddelindustrien. Foto: Mary Evans Picture / NTB Scanpix (mrk. foto er egentlig vertikalt)

Alv A. Dahl, en blindgjenger i norsk psykisk helsevern

Diagnosesystemene er ikke så kunnskapsbaserte som Alv A. Dahl vi ha det til.

I TIDSSKRIFTETS JULINUMMER konstaterer psykiater Alv A. Dahl at «Norsk psykiatri er på ville veier». I friske vendinger kritiserer Dahl fagfolkene han kaller kontekstualister, i alminnelighet, og sin kollega Trond F. Aarre i særdeleshet. Selv har jeg stor respekt for Aarre og hans humane/relasjonelle/kontekstuelle bidrag til utviklingen av fagfeltet psykisk helsevern i mange år, og regner med at han kan svare mer enn godt nok for seg selv.

Dahl sparer ikke på kruttet; med skarpe overskrifter som «psykopatologi finnes ikke» og «de maktkåte ekspertene» langer han ut mot kontekstualistene, og heiser den klassiske psykiatrifanen rød og ren med å konstatere at «Helsevesenet vårt er tuftet på kunnskapsba-

sert medisin (KBM)». Kunnskapsbasert? Alt sammen? Dahl synes ikke å tvile, og viser blant annet til at Norge etter hans syn må melde seg ut av WHO hvis vi ikke er fornøyde med ICD-klassifikasjonen. Dessuten minner han om at «Diagnoser har kommet for å bli», og at «Problemer må også klassifiseres.»

Er ICD og det nærliggende DSM-systemet kunnskapsbasert?

I boka *Sammenbrudd – Hvorfor psykiatri gjør mer skade enn gagn*, viser James Davis hvordan kategoriene i de store diagnosesystemene i hovedsak er basert på flertallsavgjørelser i (amerikanske) ekspertgrupper (Davis, 2016). Dette kan neppe kalles vitenskapelig eller evidensbasert.



TEKST Halvor Kjølstad, psykologspesialist*

**DEN
KONTEKSTUELLE
MODELLEN**

.....

* Artikkelforfatteren er styremedlem i Stiftelsen Humania, der forlagsredaktør i Abstrakt forlag, Einar Plyhn, er styreleder.



Allen Francis, verdenskjent psykiater og redaktør av DSM-IV, reiser på sine eldre dager verden rundt og beklager det han har vært med på. I et intervju i 2019 (Aftenposten 24.03.19) sa han blant annet: «Vi gjorde katastrofale feil. Vi tok ikke høyde for Big Pharma (den store legemiddelindustrien, red.anm.). Vi forsto ikke den gigantiske legemiddelindustriens pengebegjær, makt og politiske nettverk. Vi laget diagnosene, og de utnyttet det til fulle. USA er blitt en pil-trillende nasjon, barna ikke minst, og livene våre er psykiatisert».

Heldigvis er ikke Trond Aarre en enslig svale blant norske psykiatere. I forordet til Davis' bok skriver Magnus Hald tankevekkende om sammenvevingen av psykiatrifaget og legemiddelindustrien.

Det er ellers ikke tilfeldig at Davis i Norge er publisert på Abstrakt forlag. Forlegger Einar Plyhn har i en årrekke hentet inn internasjonale forfattere som på ulike vis skriver kritisk om moderne psykiatri og legemiddelindustri. Her kan kort nevnes Robert Whitakers bok *En psykiatrisk epidemi – Illusjoner om psykiatriske legemidler* (Whitaker, 2014) og Gøtzsches *Dødelig medisin og organisert kriminalitet – Hvordan den farmasøytiske industrien har korrumpert helsevesenet* (Gøtzsche, 2014). Et ferskt hjemlig bidrag publisert på samme forlag er Kolstad og Krogstads (2019) bok *Medikalisering av psykososiale problemer*, som ble omtalt i tidsskriftets augustnummer i år. Det er ikke sikkert at Alv A. Dahl vil ha glede av disse og andre Abstrakt-publikasjoner, men de anbefales for fagfolk og alle andre som ønsker at det psykiske helsevernet i Norge skal tuftes på en menneskevennlig sammensetning av vitenskapelighet, bruker-medvirkning og klinisk kompetanse. ✕

REFERANSER

- Davies, J. (2016). *Sammenbrudd – Hvorfor psykiatri gjør mer skade en gang*. Abstrakt Forlag.
- Gøtzsche, P.C. (2014) *Dødelig medisin og organisert kriminalitet – Hvordan den farmasøytiske industrien har korrumpert helsevesenet*. Abstrakt forlag.
- Kolstad, A. & Kogstad, R. (2019) *Medikalisering av psykososiale problemer*. Abstrakt forlag.
- Skårderud, F. (24.3.19). Intervju med Allan Francis. Aftenposten.
- Whitaker, R. (2014). *En psykiatrisk epidemi. – Illusjoner om psykiatriske legemidler*. Abstrakt forlag..

Debattert

Blikk på skam

Zemir Popovac skrev hovedinnlegg om skam i augustutgaven. Vi har fanget opp noen reaksjoner på innlegget fra Facebook-gruppa Psykologer og profesjonsstudenter:

Jeg tror at det vi først og fremst har behov for her, er en begrepsavklaring, og det er nettopp dette det veldig gode innlegget til Zemir Popovac er med på å løfte frem.

Kaja Asbjørnsen Betin

Synes dette debattinnlegget preges av stråmannsargumentasjon. Tror knapt noen kan være uenig i at skam, slik Popovac definerer det, er et onde.

Tor Erik Befring

Jeg likte dette innlegget veldig godt og leste det med stor glede. (...) Samtidig så undrer jeg meg litt over argumentasjonen. (...) Dette blir mer en diskusjon om hva vi legger i begrepet skam, enn om skam er positivt eller negativt.

Aksel Inge Sinding

Det problematiske her er at eksemplene som gis, og som for så vidt er greie nok, ikke dekker alt det som vår kultur oppfatter som skamløs atferd og skamløse holdninger.

Kjell Totland

Får to tanker i hodet samtidig av Popovacs innlegg. Både at det er en fin belysning av de mørkeste sider av skammen, og at skam her i sum defineres overdrevent negativt.

Rune Lauvanger

Et problem vi som fagfelt har, i hvert fall ut fra hva jeg har erfart gjennom åtte år på universitetet og åtte år som psykolog, er at vi er skrekkelig dårlige på å definere skam, men også på å skille mellom skyld og skam.

Pål E. Olsen

Skam kan kanskje defineres som den forskjellige enkeltmennesket opplever mellom det ideelle selvet og det reelle selvet, altså når ens egne handlinger ikke er i samsvar med ens idealer.

Mia Fremming

Uholdbar vitenskapsposisjon

Årsakssammenhenger lar seg ikke kun forklare ut fra sosiale forhold.

EN TAKK TIL psykiater Alv A. Dahl for hans fagessay «En blindgate» i *Psykologtidsskriftets* julinummer 2020, der han retter en grunnleggende kritikk mot den såkalte kontekstuelle modellen, som de senere år er blitt lansert som alternativ til mer etablerte og benyttede modeller i psykiatrisk teori og praksis.

LOGISK-TEORETISK PRESISERING

Etter mitt syn lykkes Dahl gjennom sitt relativt kortfattede essay på en overbevisende måte å demonstrere det forfeilede i det kontekstuelle prosjektet. Kort fortalt forsøker dette prosjektet å eliminere all individforståelse og alle forklaringer når det gjelder psykiske lidelser, til fordel for en modell som utelukkende tar utgangspunkt i sosiale belastninger mennesker er utsatt for. Pasientenes reaksjoner på dette er da for normale å regne. Noen egentlig psykisk sykdom med opphav i individet selv, det være seg av biologisk eller psykisk art, eksisterer følgelig ikke.

Den biopsykososiale modellen, som den kontekstuelle modellen altså ser ut til å avvise, er imidlertid nøkkelen til å forstå årsakssammenhengene, både når det gjelder psykiske lidelser i seg selv og samtidig det uholdbare vitenskapskonseptet den kontekstuelle tenkingen er beheftet med. En logisk-teoretisk presisering kan være på sin plass: Det er ikke mulig å forklare psykiske problemer, enten en forstår disse som sykdommer eller som naturlige reaksjoner, som resultat utelukkende av de stressrelaterte og belastende omstendighetene de oppstår i. Slike faktorer er naturligvis av signifikant betydning som utløsende faktorer, men ikke som overordnede kausalbetingelser som ekskluderer andre kausalkonsept, slik kontekstualismen forutsetter.

EGENBETINGELSER

Kausalforhold lar seg ikke forklare ut fra én-faktorbetingelser – i dette tilfellet sosiale forhold – som kontekstforståelsen ensidig vektleg-

ger, fordi en da ikke er i stand til å redegjøre for hvordan og hvorfor et observert fenomen kan oppstå i det hele tatt. Et fenomen kan ikke være årsak til seg selv. Det må minst to eller flere faktorer til. Hvis for eksempel sosiale forhold skal forklare menneskelige problemer, må en i tillegg ha begrep for egenbetingelser hos mennesket som berøres av disse forholdene, for å forklare hvorfor de reagerer på den måten de gjør.

Et enkelt bilde klargjør dette: Hvis vi forestiller oss at vi blander to kjemiske stoffer, får vi en helt bestemt reaksjon. Men denne reaksjonen må selvsagt fremkomme som et resultat av begge stoffers egenskaper i utgangspunktet, noe annet ville være en umulighet. Kontekstualismen på sin side vil bare kunne «forklare» at sosiale betingelser er årsak til menneskelige problemer *fordi* de er årsak til dem, altså en ren tautologi, eller selvforklaring. Et lignende problem står atferdsteorien overfor, når den vil forklare atferdsreaksjoner ut fra utelukkende forsterkning. Også her blir den «forklarende» konklusjonen at «forsterkeren forsterker fordi den forsterker».

Med andre ord, rene absurditeter fordi disse retningene ikke tar inn over seg at det ikke kan være snakk om mono-kausale enten eller-forklaringer, men i stedet både og-forklaringer som er i stand til å inkludere flere variabler og betingelser på ulike nivå. Noe den biopsykososiale modellen, som Dahl refererer til, på sin side er i stand til. ✕

REFERANSER

- Dahl, A.A. (2020). En blindgate. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(7) 510–514.
- Hillestad, T.M. (2020). *Objektivitetslogikk og vitenskapsteori*. Concreto Forlag.
- Kinderman, P. (2016). *Fra sykkelgjort til aktiv deltaker*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Aarre, T.F. (2018). *For en mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget



TEKST Torgeir M. Hillestad, professor i psykologi, Universitetet i Stavanger

**DEN
KONTEKSTUELLE
MODELLEN**



Vitenskapelighet i psykologien

Psykologtidsskriftet bør gå tilbake til sin tidligere praksis med å skille mellom fagfelleverderte artikler og ikke-fagfelleverderte bidrag, uavhengig av formen.



TEKST Jon Sletvold, psykologspesialist i privatpraksis, veileder og læreanalytiker ved Norsk Karakteranalytisk Institutt

PUBLISERING

JEG HAR TIDLIGERE gitt uttrykk for at det er uheldig at Psykologtidsskriftet bruker betegnelsen fagessay på bidrag som ikke er fagfelleverdert. Det problematiske forsterkes ved at fagfelleverderte bidrag betegnes som «vitenskapelig artikkel». Selv om mange fagfelleverderte artikler i tidsskriftet har essayistisk form, gir denne praksisen et inntrykk av at essayformen *ikke* representerer det mest vitenskapelige i psykologien.

De bidrag som har dannet det faglige grunnlaget for psykologprofesjonen, særlig psykoterapien, har stort sett vært publisert i form av essays. Praktisk talt alt som blir publisert i psykoanalytiske tidsskrifter, har essayform. I tillegg gjelder dette i stor grad humanistisk psykologi og deler av sosialpsykologien. For øvrig har psykologien denne publiseringsformen felles med filosofi, det meste av humanistiske fag og mye av sosialvitenskapen.

Jeg mener at databasert forskning og essayistisk argumentasjon bygd på kliniske erfaringer, utfyller hverandre. Vi trenger begge deler. Men det er ingen grunn til å idealisere data/statistikk-basert forskning i psykologien. Jeg tenker her på problemene med replikasjon og i det hele tatt vanskene med å dokumentere akkumulert kunnskap. Det er ikke lett å avgjøre hva som kan anses som gitte fakta i psykologien. Å gjøre psykologiske fenomener til «data», kan lett bli som å forsøke å studere en elv som om den besto av steiner.

Jeg synes derfor at det er uheldig at tidsskriftet til norske praktiserende psykologer anvender redaksjonelle retningslinjer som er egnet til å gi inntrykk av at bidrag som publiseres i essayform, er mindre vitenskapelige enn databaserte bidrag.

Jeg vil foreslå at tidsskriftet går tilbake til sin tidligere praksis med å skille mellom fagfelleverderte artikler og ikke-fagfelleverderte bidrag, uavhengig av formen. Dette vil bringe tidsskriftet på linje med de internasjonale psykologiske tidsskriftene jeg kjenner til.

Jeg synes for øvrig at det er helt riktig at Psykologtidsskriftet trykker en rekke ulike ikke-fagfelleverderte bidrag. Det er imidlertid viktig at lesere (og forfattere) ikke blir forvirret med hensyn til hva som er hva. Det betyr at når et bidrag ikke er godtatt etter fagfellevurdering, bør det *ikke* bli trykket. Å trykke et avvist bidrag under en annen betegnelse (fagessay, fra praksis) uten å gjøre oppmerksom på at dette er en tekst som ikke er godtatt etter fagfellevurdering, finner jeg betenkelig fra et fage-tisk perspektiv.

Mitt forslag er derfor at bidrag i essayform bør vurderes på lik linje med andre former for faglig argumentasjon. Og videre synes jeg at Psykologtidsskriftet bør tilstrebe et klart mulig skille mellom fagfelleverderte (vitenskapelige) bidrag og andre typer meddelelser/innlegg. ✕

Aktiv innsats for likebehandling

Håkon Skard har vært tydelig i rasisme-debatten. Nå er det tid for konkret handling.

TAKK FOR AT du som president kom med en så tydelig uttalelse i rasisme- og diskrimineringsdebatten i juliutgaven av Psykologtidsskriftet. I ditt innlegg formidler du at vi har en jobb å gjøre, og at alle psykologer har et ansvar for å forebygge diskriminering, bekjempe rasisme og jobbe sammen for å skape likeverdige tjenester.

Du skriver blant annet at du «oppfordrer våre medlemmer til å se på egne arbeidststeder og tjenestetilbud med dette blikket. Har vi strukturer som hindrer likebehandling? Er det barrierer som hindrer minoriteter i å benytte helsetjenester de trenger?»

Forening for interkulturell psykologi og flere tilsluttede psykologer har fem forslag til hvordan Psykologforeningen kan starte arbeidet med å sørge for at likeverdige helsetjenester blir en realitet:

- Vi foreslår at Psykologikongressen 2021 har rasisme og mangfold som tema.
- Vi oppfordrer til at NPF oppretter et mangfoldsutvalg. Utvalget skal ha som oppgave å *tilføre organisasjonen kunnskapen den trenger for å lage en strategi for å bli en mangfoldig og antirasistisk organisasjon.*
- Vi oppfordrer NPF til å sammenstille et kunnskapsgrunnlag om hvordan psykologtjenester kan være strukturelt diskriminerende, og hvordan disse strukturene kan motvirkes.
- Vi foreslår at Fagetisk råd gjøres kjent også som et klageorgan for rasistiske angrep.
- Vi oppfordrer NPF til å arbeide for at kunnskap om mangfold og rasisme blir obligatorisk i alle ledd av psykologutdanningene.

Disse anbefalinger for arbeidet kan du som er psykolog støtte ved å signere oppropet: Fem anbefalinger for arbeidet mot rasisme i Norsk Psykologforening: https://www.opprop.net/fem_anbefalinger_for_arbeidet_mot_rasisme_i_norsk_psykologforening

Du avsluttet ditt innspill slik:

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 krevende. Da krever det aktiv innsats.

Vi synes våre fem oppfordringer er en bra start på dette viktige og nødvendige endringsarbeidet, og vi heier på at Norsk psykologforening nå kommer i gang med aktiv innsats! ✕



TEKST Akiah Astral Ottesen, psykologspesialist, Usman Chaudhry, psykolog, Jessica Harnischfeger, psykologspesialist, Karin Holt, psykologspesialist, May Lene Karlsen, kommunepsykolog, Juliane Monstad, psykologspesialist, Malin Øyen, psykologspesialist, Reidar Jessen, psykolog, Sidsel Fjelltn, psykolog, Helén Ingrid Andreassen, psykolog, Elisabeth Adams Kvam, psykolog, Judith van der Weele, psykologspesialist, Sara Furuholmen, psykologstudent, Garce Tabea Tenga, psykologistudent, Anne Kristine Solhaug, psykolog og forsker, Silje Holter, psykolog, Anja Hallan Wolff, psykolog, Valeria Markova, psykolog, Heidi Gjervik, psykolog, Pål Halle Johnsen, psykolog, Anna Tungodden, psykolog, Lisa Marie Husevik, psykolog, Runa Kongsvik, psykologspesialist, Shanti Gylseth Sachane, psykolog, Winnie Nyheim-Jomisko, psykologspesialist

DISKRIMINERING

Fra arkivet: 2007

Psykologstøtte

Tanken med kollegastøttegruppene, også kalt seniorrådgivergrupper, er at erfarne psykologer stiller seg til disposisjon for psykologer som sliter, enten på grunn av personlige forhold eller i sammenheng med jobben. Bekymringer for å ha foretatt fagetisk overtramp, konflikter med overordnede eller med kolleger, ubehagelige medieoppslag og beskyldninger fra pasienter eller pårørende er eksempler på utfordringer en kan få hjelp til å takle. Seniorkollegene har taushetsplikt. (...)

Åse Hoff i Akershusavdelingen har ti års erfaring som seniorkollega, og har nylig fått avsløsning. Det var en meningsfylt oppgave, syntes hun. Men hennes bekymring for å bli nedrent av psykologer som trengte støtte, var ubegrunnet.

- Antallet var greit å håndtere, sier hun. - Jeg tror mange føler at veiledning fyller viktige behov når en står overfor for eksempel vanskelige fagetiske spørsmål. Men jeg synes det er viktig at kollegastøtten finnes likevel.

- Hvorfor det?

- **Veiledning er jo først og fremst faglig rettet.** Men en kan ha utfordringer av mer privat art, for eksempel et samlivsbrudd eller rusproblemer, som det kan føles mer naturlig å ta opp et annet sted. Samtalene jeg hadde, kunne ofte ende med at jeg formidlet kontakt videre, for eksempel til en terapeut eller en jurist. Nettopp det å fungere som en sluse til videre hjelp er en viktig side ved kollegastøtten, mener jeg. Kollegastøtteordningen er dessuten fin fordi den gir mulighet til å henvende seg til noen som vet hva arbeidet vårt går ut på, og som har lang erfaring. Jeg har gitt råd også i forhold

til faglige og fagetiske spørsmål, så behovet for en utenforstående samtalepartner om slike temaer er til stede. (...)

Gjermund Tveito har fungert som en av seniorrådgiverne i Oslo siden ordningen ble etablert i denne avdelingen. - Henvendelsene til meg har kommet jevnlig, mellom tre og fem i året, skulle jeg tro. Det har vært stor bredde i temaene, og innholdet i samtalene har derfor variert veldig, forteller han. Det kan dreie seg om å tenke sammen om en akutt hendelse, rydde i en kaotisk situasjon eller i kaotiske følelser. Samtalene kan ha preg av rådgivning, personlig coaching, men også emosjonell debrifing. Bakgrunnen kan være at psykologen er beskyldt for å ha gjort feil, og trenger råd om hvordan han eller hun skal håndtere det i forhold til pasient, pårørende eller media. Brutale kollegafeider eller konflikt med ledelsen er et annet eksempel hvor psykologer har hatt behov for drøftinger med en utenforstående og snakke om hva slike konflikter gjør med en. Fagetiske problemstillinger har det også vært en del av.

- **Det er jo ikke alt som er så lett** å snakke med kolleger om, og det er ikke alltid en har kolleger en kan snakke åpent med, sier Tveito. - Det er her dette med å være senior kommer inn. Vi som tilbyr oss å være kollegastøtte, har «vært i krigen» selv. Det kan være godt å tenke høyt sammen om vanskelige situasjoner, og få en «second opinion». Og vi har taushetsplikt, en kan være trygg på at samtalen skjer i et lukket rom.

Fra Nina Strands aktuelt-sak «Seniorpsykologene hjelper deg», publisert i januar 2007



FOTO: WILLIAM P. GOTTLIEB / STORE NORSKE LEKSIKON

Sang om selvmord

Låten *Gloomy Sunday* har et tvilsomt rykte som selvmordssang. Billie Holiday (bildet) fremførte sin versjon i 1941.

Les fagessayet til Kim Larsen og Karl Halvor Teigen på de neste sidene.

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 redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

THE SENSATIONAL HUNGARIAN SUICIDE SONG

GLOOMY SUNDAY

WORDS BY
LASZLO JAVOR

MUSIC BY
REZSO SERESS

ENGLISH WORDS BY
SAM M. LEWIS

CHAPPELL

CO., INC.
RKO BUILDING
ROCKEFELLER
CENTER-N.Y.C.

MADE IN U.S.A.

Historien om en selvmordssang

En ungarsk hit fra 1933 skal ha gitt støtet til en internasjonal selvmordbølge. Men i beretningen om selvmordssangen *Gloomy Sunday* er det vanskelig å skille mellom fakta og fiksjoner.

DET FINNES FARSOTTER av mange slag. Noen er livsfarlige, selv om de ikke angriper oss fysisk. Dette er fortellingen om en selvmordsbølge, utløst av en romantisk låt som slo an i et omfang og på måter ingen kunne ha forestilt seg. Heller ikke låtskriveren ble spart. Vi redegjør i dette essayet for hovedtrekk av denne historien, og beskriver noen av mytene og spekulasjonene som oppsto, uten pretensjoner om å gi en samlende og fyllestgjørende analyse. Ett er sikkert: Man spøker ikke med en dyster søndag.

EN DYSTER SØNDAG

Søndag 7. januar 1968 hoppet komponisten Rezső Seress ut av vinduet i sin leilighet i Dob utca 46/b i Budapest. Han overlevde, men på akuttavdelingen på sykehuset strupte han seg med en vaier. Slik bidro han til den ungarske selvmordsstatistikken, som i mange år har ligget på verdenstoppen, tre-fire ganger høyere enn den norske (Lester, 1994; Rihmer, Gonda, Kapitany & Dome, 2013).

Men dette var ikke Seress' første bidrag til denne statistikken. Han var opphavsmann til selvmordsangen *Szomorú vasárnap* (*Gloomy Sunday*), som ble lansert i 1933 med tekst av vennen László Jávör. Komponisten hadde selv skrevet en opprinnelig tekst kalt «Verdens undergang», som ble forkastet fordi den var for deprimerende. Den nye versjonen handler om en etterlatt som vil forenes med sin kjæreste i

døden. Den ble en hit, først i Ungarn, spilt av Pál Kalmárs orkester, senere i USA og England, fremført av Paul Robeson og andre etablerte skikkelser i musikkverden. Mest kjent er Billie Holidays versjon fra 1941. Både hennes mesterlige fremføring og tragiske liv ga sangens budskap en ekstra dimensjon. Senere har minst 80 artister spilt inn sangen, mange med betydelige navn, som Elvis Costello, Sinead O'Connor, Marianne Faithful og Heather Nova. *Gloomy Sunday* har også blitt benyttet i mange filmer, deriblant *Schindlers liste* (1993), *Wristcutters: A love story* (2006) og *Gloomy Sunday – Ein Lied von Liebe und Tod* (1999).

Samtidig med suksessen fikk sangen et tvilsomt rykte som inspirasjon til selvmord. Det første fant sted i februar 1936 da en skomaker i Budapest tok sitt liv og siterte sangen i sitt avskjedsbrev. I løpet av kort tid fulgte det angivelig 17 relaterte selvmord i Ungarn. Det ble rapportert om tilsvarende hendelser i Michigan og Indiana. I Roma ga et sykkelbud penger til en gatemusikant for sangen, parkerte sykkelen og druknet seg i Tiberen. Sangen ga gjenklang i alle aldre. En mann på 80 år hoppet fra syvende etasje til tonene av *Gloomy Sunday*, og en jente på 14 druknet seg med sangteksten i hånden. Ikke alle beretningene er like godt dokumentert, eller kommer fra pålitelige kilder. Likevel, i boken *Rumour*, som tar for seg sannhetsgehalten i utbredte rykter og vandrehistorier, kon-

TEKST Kim Larsen, psykologspesialist, Sykehuset Østfold og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, UiO og Karl Halvor Teigen, professor emeritus, UiO

KONTAKT

Kim.Larsen@so-hf.no

”

Ett er sikkert:
Man spørker
ikke med
en dyster
søndag

kluderer forfatterne med at ryktene om *Gloomy Sunday* er «til dels sannferdige» (Morgan & Tucker, 1984, s. 15).

Mange var bekymret over selvmordbølgen, og gikk til skritt for å begrense smitekilden. BBC nektet å spille *Gloomy Sunday* under 2. verdenskrig, angivelig fordi den skadet kampviljen. Dette forbudet ble først opphevet i 2002. Også andre radiostasjoner og nattklubber lot være å spille sangen etter anmodning fra myndighetene eller som en følge av egen vurdering, enten det nå var for å ta avstand fra sangens nedslående budskap eller frykten for å medvirke til flere selvmord.

EN ULYKKELIG OPPHAVSMANN

Komponisten Rezső Seress (født Rudolf Spitzer) (1899–1968) var en selvlært pianist, som tross gjennombruddet forble fattig. Han opparbeidet betydelige royaltynntekter i USA som han aldri fikk hentet. Som jøde ble han under krigen deportert til Ukraina av nazistene. Moren døde i konsentrasjonsleir, mens Seress overlevde, etter sigende fordi en nazi-offiser gjenkjente ham som komponisten av *Gloomy Sunday*. Etter krigen livnærte han seg blant annet som kafémusiker. En skade, angivelig som trapesartist(!), gjorde at han måtte lære seg å spille med bare én hånd. Han komponerte fortsatt sanger om mindre høytt travende tema, med titler som «Kelner, bring meg regningen!» og «Jeg elsker å være full». Han opptrådte jevnlig på den brune puben Kis Pipa, og det sies at Ray Charles, Louis Armstrong og andre musikalske notabiliteter besøkte dette skjenkestedet når de var i Budapest. Den dag i dag er Kis Pipa stedet der man kan høre *Gloomy Sunday* strømme fra en innretning på veggen, designet av «geriljakulptøren» Mihaly Kolodko.

Berømmelsen ble ingen velsignelse for Seress. Etter suksessen med *Gloomy Sunday* var han dømt til å leve i skyggen av sin egen landeplage. Nekrologen i New York Times hevdet at den gjorde ham ulykkelig, «because he knew that he would never be able to write a second hit». Men en uttalelse av Seress selv treffer kanskje bedre: Han følte at hans egen skyld bare vokste med suksessen. «I stand in the midst of this deadly success as an accused man» (Demain, 2011).

FIKSJON SOM SPORE TIL SELVMORD

Selv mord inspirert av kunstneriske fremstillinger har vært kjent i Europa siden Goethe



TRIST LÅT Komponisten Rezső Seress (1899–1968) skrev låten *Gloomy Sunday*. Men berømmelsen ble ingen velsignelse for Seress. Foto: Wikimedia commons

skrev *Den unge Werthers lidelser* i 1774, en bok som oppnådde å bli forbudt flere steder, blant annet i København, skjønt omfanget av denne «selvmordsepidemi» kan diskuteres (Thorson & Oberg, 2003; Wasserman, 1984). I Japan skal et Kabuki-skuespill av Chikamatsu Monzaemon på 1700-tallet ha fremkalt en bølge av romantisk motiverte dobbeltselv mord. Skuespillet ble forbudt av myndighetene, og elskende som kopierte slike selvmord, ble nektet vanlig begravelse. Likene ble utstilt offentlig, og eventuelle overlevende anklaget for mord (Krysinska & Lester, 2006).

Den systematiske forskningen på slike selvmord startet med David Phillips' (1974) artikkel om nettopp Werther-effekten. Senere skrev Phillips (1982) en artikkel om selvmordsskildringer i såpeoperaer vist på amerikansk fjernsyn. I en nyere gjennomgang av forskningslitteraturen fant Hawton og Williams (2005) 13 studier av denne typen, hvorav fem påviste en økning av fullbyrdede selvmord. Den mest kjente av disse er Schmitke og Hafners (1988) studie av den tyske TV-serien *En students død*,

der alle seks episodene viste studentens selvmord ved utsprang foran tog. Slike selvmord økte med 175 prosent for mannlige tenåringer i perioden serien ble vist. Selvmordene økte også, om enn i mindre grad, da serien ble sendt i reprise.

Det er lettere å påvise imitative effekter statistisk hvis man også tar med selvmordsforsøk uten dødelig utgang. Hawton og kolleger (1999) fant en signifikant økning av paracetamol-intoksikasjoner etter en episode i den engelske TV-serien *Casualties*, der en slik forgiftning forekommer. Et ferskere eksempel er studier av antall selvmordsrelaterte søk på Google etter visningen av Netflix-serien *13 Reasons Why* (Ayers et al., 2017). Det kan imidlertid diskuteres hvor mye av denne interessen som avspeilet egne selvmordstanker (Ferguson, 2018; Mattson, 2019). Men selv små effekter har potensial til å forstørres gjennom internett, som spres til millioner. Suicidologiske fagmiljøer i både USA og Norge gikk derfor ut med advarsel mot *13 Reasons Why* på nettet.

SELMORDSTONER

Gloomy Sunday er ikke den eneste sangen som er beskyldt for å ta liv. Vi finner flere tilfeller av rettssaker der artister er saksøkt av foreldre til ungdommer som har endt sitt eget liv etter å ha lyttet til dystre sanger. Eksempler er saken mot Judas Priests *Better by you, Better than me* (1978), Ozzy Osbournes *Suicide solution* (1980), og *Adam's song* av Blink-182 (1999). I alle disse sakene tapte saksøkerne, men samtidig kan nok musikk skape stemninger som ensomme og forlatte mennesker trekkes mot, og kan forsterke suicidaliteten. Den amerikanske sosiologen Steven Stack har påvist korrelasjoner mellom flere musikksjangre og selvmordsrate: heavy metal (Stack, 1998; Stack, Gundlach & Reeves, 1994), country (Stack & Gundlach, 1992), opera (Stack, 2002) og blues (Stack, 2000). Slike korrelasjoner kan imidlertid også forklares av kulturelle og sosiale forhold. Ungarn var i 1930-årene, da *Gloomy Sunday* ble utgitt, preget av økonomisk utrygghet, arbeidsløshet, en ustabil politisk situasjon og trusler fra den fremvoksende nazismen, som bidro til angst og håpløshet hos mange (Stack, Krysinska & Lester, 2007–08).

Gloomy Sunday går i C-moll,¹ kjent som en trist toneart. Ved siden av tonearten vil det være forskjeller i tempo, lydstyrke og toneleie som karakteriserer trist musikk (Justlin, 2001). Rihmer (1997) antydte en sammenheng mellom en nasjons selvmordsrate og lave toner i nasjonalsangen og påpekte at den ungarske nasjonalsangen er særlig trist. Lester og Gunn (2011) spilte nasjonalsangene fra 18 land i Europa for et lite utvalg av amerikanske studenter og fant at antall lave toner korrelerte med hvor triste de ble oppfattet å være, og faktisk i noen grad med selvmordsraten i de aktuelle nasjonene.

Ungarn ligger ikke bare høyt på selvmordsstatistikken, men også på et mål for akseptabilitet av selvmord (Stack, 1999). Landet plasserer seg dessuten på toppen når det gjelder forekomsten av affektive lidelser (Hasin, Goodwin, Stinson & Grant, 2005; Van de Velde, Bracke & Levesque, 2010). I den internasjonale suicidologien har det vært diskutert hvorvidt det finnes en finsk-ugrisk genetisk variant som gjør den ungarske populasjonen særlig sårbare for selvmord (Kondrichin & Lester, 1997; Marusic & Farmer, 2001; Voracek, Loibl, & Kandrychyn, 2007). Vi har en parallell i Japan, som også viser høye selvmordstall og som nevnt har en lang his-

.....

1 For originalinnspillingen se Lin, 2013.

Du-faktoren

Hva skaper en hit? Packard og Berger (2020) har analysert 4200 låter rangert på amerikanske Billboard-listen over en treårsperiode, og finner at det lille personlige pronomen «you» utgjør en forskjell. Ikke når det brukes som subjekt i setningen («you can think about it»), men som objekt («thinking about you»). Dermed blir lytteren på subtilt vis identifisert med sangeren og opplever at det er ens egne følelser og tanker for en annen som kommer til uttrykk. Slike sanger spilles oftere enn andre. Tre eksperimenter der deltagerne vurderte eller ga eksempler på sanger, bekreftet at de likte bedre og levde seg mer inn i tekster der *du* ble brukt på denne måten.

Packard og Berger studerte ikke *Gloomy Sunday*, men you-faktoren i denne teksten er ikke til å komme forbi: «Sunday is gloomy, my hours are slumberless. Dearest, the shadows I live with are numberless. Little white flowers will never awaken you, Not where the black coach of sorrow has taken you. Angels have no thought of ever returning you. Would they be angry if I thought of joining you?» (Første vers av *Gloomy Sunday* i Sam M. Lewis' oversettelse).





En sang om
kjærighet,
savn og død
kan være
sterke saker

torie med dobbeltselv-mord. Kanskje nasjonale særtrekk bidrar til å fremme selvmordsepide-mier (Krysinska & Lester, 2006).

I tillegg til toneart og kulturelle forhold kan man spekulere på om det er trekk ved teksten som gjorde at den kunne komme under huden på så mange. Som et eksempel viser vi til forskningen av Packard og Berger (2020) om bruk av ordet «you» i sangtekster (se tekstboksen).

SUICIDALE ARTISTER

Også artister med eksistensielle og emosjonelle problemer på repertoaret har vært tiltrukket av selvmordet. Seress er langt fra den eneste som har avsluttet livet sitt slik. Kjente eksempler fra nyere tid er Ian Curtis (1956–1980) og Nick Drake (1948–1974), selv om det i enkelte tilfeller kan være vanskelig å fastslå om for eksempel død fremkalt av en overdose legemidler (Nick Drake) er intendert eller ikke.

Et av de mest åpenbare tilfellene er Kurt Cobain (1967–1994) som utførte selvmord ved skudd mot hodet. Cobain skrev sanger om ensomhet, angst og emosjonelle problemer, deriblant en sang om bipolar lidelse *Lithium* (som inneholder tekstlinjen «Every day is Sunday morning»). Etter gjennombruddet med *Nevermind* (1991) befant plutselig Kurt Cobain seg i sentrum som trendsetter for musikalsk smak og livsstil blant ungdom i hele verden. På denne bakgrunn hadde hans selvmord karakteristika som kunne ført til en spredning. Dette ble søkt unngått ved en rekke svært godt timede selvmordsforebyggende tiltak. Lederen for krise-telefon tilbudet i Seattle gikk ut med en advarsel samme dag som sørgeseremonien fant sted. Courtney Love, enken etter Kurt Cobain, spilte en særlig avgjørende rolle. Ekteskapet hadde vært turbulent, preget av voldelige krangler og alvorlig rusmisbruk. Under seremonien ble det spilt et opptak der Courtney Love gråtende leste opp deler av Cobains selvmordsbrev. Hun la vekt på å ikke romantisere selvmordet, men fordømte det i utvetydige ordelag («Great person, great music, but stupid act»). Slik kunne publikum også bli vitne til effekten av selvmord på etterlatte. Det er sannsynlig at disse tiltakene bidro til å forhindre imitative selvmord (Jobs, Berman, O'Carroll, Eastgard & Knickmeier, 1996).

MYTEDANNELSER

Det er vanskelig å skille mellom fakta og fiksjoner i beretningene om Seress og *Gloomy Sunday*,

særlig gjelder det tilblivelseshistorien. Noen kil-der vil ha det til at sangen kom til ham etter at kjæresten hadde brutt med ham og siden tatt sitt eget liv. Ved siden av henne lå et papir hvor det stod ganske enkelt *Szomorú Vasárnap* («Gloomy Sunday»). Andre hevder at det var poeten Jávors kjæreste som hadde begått selvmord. Forleg-geren som utga sangen, skulle også ha tatt sitt eget liv. Historien om at Seress ble gjenkjent av en nazi-offiser, kan være diktet opp i ettertid. Seress' angivelige karriere som sirkusartist og fallet fra trapesen er også sparsomt belagt.

En korrigert historikk med kildegransking faller utenfor rammene av dette essayet. Det ville kreve en gjennomgang av ungarske avi-ser og arkiver fra 1930-tallet og fremover, og selv da ville antagelig mye være uklart. Aviser har preferanse for sensasjoner og kan gi spal-teplass for vandrende legender som etter hvert blir deler av den etablerte historien. Vi ser den samme mekanismen i sving i dag når «falske fakta» trosser faktasjekkerne ved å spres ras-kere og i et større omfang på internett enn de kan ettergås og dementeres. Det gjelder særlig historier som sier noe pirrende og treffende om temaer som opptar mange.

Apokryfe beretninger om liv og død er godt kjent fra musikkhistorien, fra Beethoven (Scho-enberg, 1971) til Chet Baker (Gavin, 2002). Chet Baker ble funnet midt på natten på fortauet utenfor Prins Hendrik Hotell i Amsterdam, med knust hodeskalle etter et fall fra tredje etasje, og det tok tid å identifisere liket. Like-vel florerer det journalistiske beretninger om at hans ansiktsuttrykk da han falt, ikke var pre-get av frykt, men av et avklaret og fornøyd smil.

Kanskje slike fortellinger springer ut av folks behov for å dikte mening inn i opprørende og «meningsløse» hendelser. De kan forbedre tra-gedien slik at den får større, nesten overnatur-lige proporsjoner. Jo mindre man kjenner eller forstår detaljene, desto større er plassen for kre-ative projeksjoner som syr seg sømløst inn i per-sonenes biografi og forsterker den narrative og pedagogiske kraften i beretningen. Slik frem-står den som «sannere» og mer betydningsfull enn det som faktisk skjedde.

Det gjelder også *Gloomy Sunday*, 1900-tal-lets klart mest kjente «selvmordssang». Hvor mange selvmord den faktisk ga støtet til, vet vi ikke. Det som imidlertid er sikkert, er at en sang om kjærighet, savn og død kan være sterke saker, om ikke annet når det gjelder

de fantasier folk vil spinne om dens opprinnelse og resepsjonshistorie. Her synes grensene mellom liv og diktning å være flytende og tynne, mytene florerer, og utfordringene står i kø for nøkterne historikere og forskere på selvmord. ✘

Takk til den årlige suicidologiske diskusjonsgruppen The Golden Gatekeepers på Gundel i Budapest, professor Zoltan Rihmer og psykolog dr. Xenia Gonda, og takk til dr. Blanka Støren-Váczy for undersøkelse av det ungarske kildematerialet. Takk også til fagmiljøet på Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) på Medisinsk fakultet ved Universitetet i Oslo og Fagbiblioteket ved Sykehuset Østfold.

REFERANSER*

- Ayers, J.W., Althouse, B.M., Leas, E.C., Dredze, M. & Allem, J.-P. (2017). Internet searches for suicide following the release of 13 Reasons Why. *JAMA Internal Medicine*, 177(10), 1527–1529.
- Demain, F. (2011). This song's a killer: The strange tale of «Gloomy Sunday». <https://www.mentalfloss.com/article/28525/songs-killer-strange-tale-gloomy-sunday>
- Ferguson, C.J. (2018). 13 Reasons why not: A methodological and Meta-Analytic review of evidence regarding suicide-contagion by fictional media. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49, 1178–1186.
- Gavin, J. (2002). *Deep in a dream. The long night of Chet Baker*. Chicago: Chicago Review Press.
- Hasin, D.S., Goodwin, R.D., Stinson, F.S. & Grant, B.F. (2005). Epidemiology of major depressive disorders: results for the National Epidemiological Survey on alcoholism and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 62, 1097–1106.
- Hawton, K. & Williams, K. (2005). Media influences on suicidal behavior: evidence and prevention. I Keith Hawton (red.). *Prevention and treatment of suicidal behavior. From science to practice* (s. 293–306) Oxford: Oxford University Press.
- Hawton, K., Simkin, S., Deeks, J.J., O'Connor, S., Keen, A. & Altman, D.G. et al. (1999). Effects of a drug overdose in a television drama on presentation to hospital for self-poisoning: time series and questionnaire study. *British Medical Journal*, 318, 972–977.
- Jobes, D.A., Berman, A.L., O'Carroll, P.W., Eastgard, S. & Knickmeyer, S. (1996). The Curt Cobain suicide crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 260–271.
- Justlin, P.N. & Svoboda, J.A. (red.). (2001). *Music and emotion. Theory and research*. Oxford: Oxford University Press.
- Justlin, P.N. (2001). Communicating emotion in musical performance: A review and theoretical framework. I P.K. Justlin & J.A. Svoboda (red.), *Music and emotion. Theory and research* (s. 309–337). Oxford: Oxford University Press.
- Kondrichin, S.V. & Lester, D. (1997) Finno-Ugrians and suicide. *Perceptual and Motor Skills*, 85, 514.
- Krysinska, K. & Lester, D. (2006). Comment on the Werther effect. *Crisis*, 27, 100.
- Lester, D. (1994). Suicide in Hungary. *Psychiatria Hungaria*, 9, 225–230.
- Lester, D. & Gunn, J. (2011). National anthems and suicide rates. *Psychological Reports*, 108, 43–44.
- Lin, K. (2013). Gloomy Sunday – The Hungarian suicide song. *Historic Mysteries*. <https://www.historicmysteries.com/gloomy-sunday-suicide-song/>
- Mattson, Å.L. (2019). Sjølv-mord, smitte og 13 Resasons Why. *Suicidology*, 24,(2), 18–28.
- Marusic, A. & Farmer, A. (2001). Genetic risk factors as possible causes of the variation in European suicide rates. *British Journal of Psychiatry*, 179, 194–196.
- Morgan, H. & Tucker, K. (1984). *Rumour*. New York: Penguin.
- Packard, G. & Berger, J. (2020). Thinking of you: How second-person pronouns shape cultural success. *Psychological Science*. <https://doi.org/10.1177/0956797620902380>
- Phillips, D.P. (1974). The influence of suggestion on suicide: Substantive and theoretical implications of the Werther effect. *American Sociological Review*, 39, 340–354.
- Phillips, D.P. (1982). The impact of fictional television series on U.S. adult fatalities: New evidence on the effect of the mass media on violence. *American Journal of Sociology*, 87, 1340–1359.
- Rihmer, Z. (1997). Studies of suicide and suicidal behavior in Hungary. I L.L. Judd, B. Saletu & V. Filip (red.), *Basic and clinical science of mental and addictive disorders* (s. 171–174). Basel: Karger.
- Rihmer, Z., Gonda, X., Kapitany, B. & Dome, P. (2013). Suicide in Hungary – epidemiological and clinical perspectives. *Annals of General Psychiatry*, 12, 12–21.
- Schoenberg, H.C. (1971). *The lives of the great composers*. London: Davis-Poynter.
- Stack, S. (1998). Heavy metal, religiosity and suicide acceptability. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28, 388–394.
- Stack, S. (1999). The influence of rational suicide on nonrational suicide. I J. Werth (red.). *Contemporary perspectives on rational suicide* (s. 41–47). New York: Taylor & Francis.
- Stack, S. (2000). The relationship of Blues fandom to suicide acceptability. *Death Studies*, 24, 223–231.
- Stack, S. (2002). The effect of opera fandom on suicide acceptability. *Death Studies*, 26, 431–437.
- Stack, S. & Gundlach, J. (1995). The effect of country music on suicide. *Social Forces*, 72, 211–218.
- Stack, S., Gundlach, J. & Reeves, J. (1994). The heavy metal music subculture and suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 15–23.
- Stack, S., Krysinska, K. & Lester, D. (2007–08). Gloomy Sunday: Did the «Hungarian suicide song» really create a suicide epidemic? *Omega*, 56, 349–358.
- Thorson, J. & Oberg, P.A. (2003). Was there a suicide epidemic after Goethe's Werther? *Archives of Suicide Research*, 7, 69–72.
- Van de Velde, S., Bracke, P. & Levesque, K. (2010). Gender difference in depression in 23 European countries: cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science and Medicine*, 71, 305–313.
- Voracek, M., Loibl, L.M. & Kandrychyn, S. (2007). Testing the Finno-Ugrian suicide hypothesis. *Perceptual and Motor Skills*, 104(3), 985–994.
- Wasserman, I.M. (1984). Imitation and suicide. A reexamination of the Werther effect. *American Sociological Review*, 49, 427–436.

* Lenker til det engelske og ungarske materialet om Seress og *Gloomy Sunday* som ikke er oppgitt i referanselisten, kan fås ved henvendelse til forfatterne.

Møtt av egne fordommer

Holmås skriver gjenkjennelig og forfriskende om det å ha en «usynlig sykdom», men møter seg selv i døra når hun forsøker å rive ned fordommene knyttet til egen lidelse.



BOK *Men du ser ikke syk ut*

FORFATTER

Ragnhild Holmås

FORLAG

Cappelen Damm

SIDER 240

ANMELDT AV

Krister W. Fjermestad, professor i klinisk psykologi, spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi

DA JEG BLE spurt om å anmelde boka *Men du ser ikke syk ut* av Ragnhild Holmås, kjente jeg verken boka eller forfatteren. På baksiden av boka kan man lese at forfatteren lever med usynlig sykdom. Om boka står det følgende: «Med humor og lekenhet utforsker hun [forfatteren] hvor fordommene kommer fra, hvorfor kunnskapshullet om sykdommer som rammer flest kvinner, er så stort, og hvorfor i alle dager folk prøver å kurere henne med yoga og rare juicer.» På innsiden av omslaget får vi vite at «Denne boken er skrevet fra sengen». Det var da jeg fattet mistanke. På side 42 fremkommer det at Holmås er diagnostisert med myalgisk encefalopati, ME. Holmås forstår selv dette som en komplikasjon i immunforsvaret etter kysesyken, hun beskriver kjernen ved lidelsen som «anstrengelsesutløst symptomforverring», og at tilstanden er «like invalidiserende som aids, MS og cellegiftbehandling».

Holmås virker selv opptatt av å skille ME fra andre begreper som for eksempel kronisk tretthetssyndrom. Det vitenskapelige feltet synes i større grad å bruke disse termene overlappende. Den siste oversiktsartikkelen fra den helsefaglige databasen Cochrane, som omhandler ME, bruker for eksempel termen «kronisk trøtthetssyndrom» og mener dette er det klareste defi-

nerte begrepet (Larun et al., 2019). De beskriver kjernen i syndromet som vedvarende, uforklart fatigue, og at hovedsymptomene foruten alvorlig og funksjonsnedsettende trøtthet er muskel- og skjelettsmerter, søvnforstyrrelser, hodeverk samt forringet konsentrasjon og arbeidsminne. Tilstanden beskrives som svært invalidiserende, og det anerkjennes i Cochrane-reevnen at totalbelastningen ved sykdommen kan forsterkes av manglende forståelse fra andre, inkludert helsepersonell (Larun et al., 2019).

UTFORDRER FORDOMMER

Det er nettopp denne manglende forståelsen fra omgivelsene Holmås vil til livs i boka. Hun skriver at hun «utfordrer fordommer, kunnskapsmangel og språk». Så er spørsmålet hvor godt hun lykkes med dette. Det positive med boka først: Den er lettlest, og har en humoristisk og selvironisk grunntone. Den gir innsikt i livet med svært belastende kronisk sykdom, mest via korte øyeblikksbilder og springende vignetter – mer enn utmalende og detaljerte beskrivelser. Dette er en forfriskende og lett tilgjengelig måte å formidle et alvorlig og tungt budskap på. Utover i boka dannes gradvis et mer helhetlig bilde av forfatterens sykehistorie. Sykdomsfor-



USYNLIG SYK I boken *Men du ser ikke syk ut* gir Ragnhild Holmås et ansikt til dem som er «usynlig syke». Foto: Åsmund Holien Mo

løpet startet med kysseyken. Hun forsøkte å trene bort slitenheten, men opplevde økende muskelsvakhet, kognitiv svikt (f.eks. problemer med å stove). Etter hvert må hun slutte i jobben sin, noe som hun først skjuler for sin samboer. Hun beskriver sterk motstand mot å bli del av NAV-systemet eller ha sykmelding. Etter et halvt års utredning påvises ingen patologi utover Epstein-Barr (kysseyken), og ME-diagnose settes rundt ett år etter den første morgenen forfatteren våkna fullstendig utmatta.

Lesere med egenerfaring med kronisk sykdom vil kjenne seg igjen i mye av dette – uklarheten, motstanden og ambivalensen i seg selv med å erkjenne vanskene, ønsket om å «oppføre seg frisk». For psykologer, som nok oftest møter pasienter med ME etter at de har fått diagnosen, gir historien noe (men begrenset) innsikt i hvordan veien frem mot diagnose kan arte seg. Lesere med egenerfaring vil også kjenne igjen frustrasjonen over andres (velmente?) råd, som i dette sitatet: «andre tror man enkelt kan skjerpe seg frisk ved å spise grønnkål og utstråle en disneysk «alt blir bra bare jeg ønsker det godt nok!»-holdning.» Hun beskriver godt og gjenkjennbart for mange med sykdom følelsen av å kjenne seg fremmedgjort

og fanget i egen kropp; «denne kroppen var ikke min». Hun trekker inn viktige perspektiver om den sosiale isolasjonen man kan oppleve som kronisk syk, om hvordan arbeidsliv, karriere og relasjoner rammes, og om hvordan oppfølgingen i helsevesenet treffer sosialt ulikt.

MER ENN GJENKJENNELSE?

Så er spørsmålet hva boka tilfører utenom gjenkjennelse. I hvilken grad klarer forfatteren å utfordre fordommer, kunnskapsmangel og språk, slik hun skriver at hun ønsker? For å ta konklusjonen først: Hun lykkes delvis. Som leser og helsepersonell er det treffende når jeg leser at «Dette er en bok om kronisk, usynlig sykdom, og særlig den typen som leger sukker over og naboer rynker på nesen av». Jeg rødmet i sofaen da jeg leste dette, for hadde jeg ikke selv nettopp sukket og tenkt, «å nei, den handler om ME ...». Hvorfor tenker jeg sånn? Fordi det er en vanskelig sykdom å forstå, både for meg og pasienten? Fordi jeg opplever mange at pasienter med denne tilstanden er vanskelige å finne en felles forståelsesramme med? Fordi jeg også blir sliten, og kanskje fanget av, håpløsheten, uforutsigbarheten, usikkerheten og kompleksiteten i tilstanden? Eller er det fordi

”

Så er spørsmålet hva boka tilfører utenom gjenkjennelse

»



Jeg blir sittende og undre meg over hvor fordommene forfatteren ønsker å bygge ned, finnes

jeg sjelden lykkes med å hjelpe pasienter med denne type tilstander med å nansere egne oppfatninger, og dermed kjenner dårlig opplevd mestringsevne med denne gruppa?

FOLK MENER GODT

I min videre lesning av boka prøvde jeg hardt å forestille meg om jeg møter pasienter ulikt om diagnosen deres er MS eller ME. Hadde jeg lest denne boka på en annen måte om forfatterens diagnose var MS? Jeg håper svaret mest er nei, og at jeg klarer å vise en profesjonell åpenhet og anerkjennelse i møte med alle pasienter med kronisk sykdom. Jeg håper at jeg klarer å gjennomføre i praksis det jeg vet er teoretisk riktig – nemlig å alltid utforske pasientens egen sykdomsforståelse – enten hen har MS, ME, kreft eller en sjelden kromosomfeil – og bruke denne sykdomsforståelsen som utgangspunkt for terapeutisk arbeid. Det er her jeg sliter med boka, primært knyttet til en opplevelse av at Holmås, slik jeg leser henne, mangler anerkjennelse av at fordommer er naturlige og forståelige. Det fremstår gjennomgående som uklart for meg hvordan forfatteren ønsker å møtes, både av venner, familie, naboer og helsepersonell. Jeg skjønner at det er frustrerende å få råd om å drikke grønne kåldrikker, men jeg blir sittende og undre meg over om ikke forfatteren er vel streng med sine medmennesker. Folk blir klønete og hjelpeløse i møte med sykdom i sine omgivelser. Da jeg fortalte i lunsjen på jobb at min mor hadde fått kreft, valgte en kollega å følge opp med en lang og dramatisk historie om sin egen fars død. Ikke det jeg trengte høre, men kanskje det hun trengte å si. En nabo som sier «Har du prøvd grønnkål?» mener kanskje å si «Så vondt å høre at du er syk, kanskje det finnes noe som kan hjelpe?». Livet med ME ville nok ikke endret seg mye av å tenke annerledes om folks reaksjoner, men det kunne kanskje hjulpet å spørre seg om folk mener godt, heller enn å basere seg på en grunninnstilling om at folk flest er håpløse?

Holmås problematiserer sin egen åpenhet, og åpenhetskulturen generelt. Et sentralt spørsmål for en anmelder som meg blir: Er hun åpen? Er hun avslørende? Er hun ærlig? Gir hun «de kronisk syke» et sant, ærlig, nyanisert ansikt, eller snarere et mer endimensjonalt, forulempet, bittert ansikt? Hovedinntrykket mitt heller dessverre mot det siste. Dette blir spesielt tydelig i sekvenser der forfatteren argumenterer sterkt for at ME er fundamentalt annerledes enn kronisk tretthetssyndrom. Det er meget mulig at dette skillet er riktig og viktig – men som leser blir jeg spørrende om hva forfatteren da mener om pasienter som lever med kronisk tretthet. Hvordan skal de møtes og anerkjennes? Jeg kan ikke helt fri meg fra en opplevelse av at forfatteren går i sin egen fordomsfelle og hierarkiserer ME som en mer ekte sykdom enn kronisk tretthet – og dermed bidrar til samme fordomsfullhet som hun selv vil til livs. Jeg blir sittende og undre meg over hvor fordommene forfatteren ønsker å bygge ned, finnes. Ligger de alltid hos «de andre», eller oppstår de snarere i de krevende og komplekse møtene mellom personer som lever med sykdom, og omgivelsene som prøver å forstå. Et spørsmål blir om forfatteren slår inn åpne dører – eller om det er mitt eget fordomsfulle, overforenkende helsepersonellblikk som bare ønsker at dørene var åpne? ❌

REFERANSE

Larun, L., Brurberg, K. G., Odgaard-Jensen, J., & Price, J. R. (2019). Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd003200.pub8

Stoisk selvhjelp

Boken lover stoisk livsmestring, men oppfyller kun delvis sine lovnader.

ET PAR TUSEN år har gått siden Epiktet, slaven som endte som stoisk filosof, fikk utgitt sine visdomsord om kunsten å leve. *Håndbok* bygger på forelesninger og filosofiske samtaler. Kjernen i Epiktets budskap er at livskvalitet i stor grad handler om hvordan du håndterer tankene dine. Perseren Abu Zayed al-Balkhi viste for 1100 år siden hvordan stoisk filosofi kunne omsettes i praktiske øvelser for å mestre egne følelser. Manuskriptet hans har mange likheter med moderne selvhjelpsbøker basert på kognitiv atferdsterapi. Det rasjonelle mennesket synes å være idealet i stoicismen, kanskje en av grunnene til at tankesettet har slått så godt an i vår vestlige verden.

Filosof Jens Oscar Jenssens bok *Stoisk ro* er en av mange bøker som i de senere årene har tatt utgangspunkt i stoisk filosofi. Mange av disse har hatt preg av selvhjelps litteratur, noe som også er Jenssens ærend. Forfatterens intensjon synes å være todelt: å opplyse med hovedvekt på å lære folk å mestre livet. La meg begynne med det siste. Dette er nok ikke boken jeg ville gitt til noen som ønsket råd bygget på stoisk filosofi. Til det er den for akademisk i formen. Da fungerer den langt bedre som en innføring i grunntanken bak stoicismen, og som en diskusjon rundt tema som hva et menneske egentlig er, og begreper som fri vilje og rasjonalitet.

SAVNER KRITIKK

Siden jeg først og fremst leser boken som en akademisk filosofisk utlegning, savner jeg en motstemme og et kritisk blikk på den stoiske livsholdningen. Kommer det virkelig bare an på hvordan vi tar det? De mer ekstreme varian-

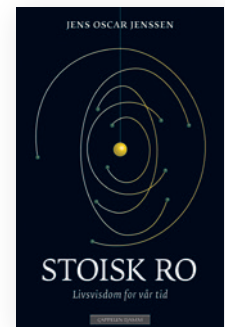
tene av retningen positiv psykologi har hentet deler av sitt tankegods fra stoisk filosofi, men fremstår som moraliserende og urealistiske. Individet blir alene ansvarlig for sin skjebne og tankens kraft uten grenser. Kognitiv terapi har også hentet mye fra stoikerne, men vektlegger terapi som et *samarbeid* mellom pasient og terapeut, der man i fellesskap utformer realistiske målsettinger.

Jeg er helt enig med Jenssen i at stoisk filosofi har mye å tilby oss også i dag, og han redegjør for dette på en grundig og innsiktsfull måte. Men individet er ikke arnestedet for alt som er godt eller vondt, og idealene som presenteres, kan nok for mange lesere bli litt for høyt-hengende.

KLØNETE DIALOG

Boken er utformet som en dialog mellom en eldre lærd og en ung søkende mann. Selv om dialogformen er i tråd med hvordan de stoiske filosofene formidlet sin filosofi, virker grepet noe påklistret. Det blir for tydelig at spørsmål og svar har samme kilde, og en del steder bidrar det ikke til annet enn å brette opp teksten. Spørsmål som «Hvorfor det?», «Hva så?», eller utsagn som «Det høres spennende ut!» tilfører ikke teksten noe. Enkelte steder virker det rett og slett litt irriterende.

Boken fungerer best om den leses som en relativt grundig innføring i stoisk filosofi. Jenssen får greit frem kjernen i filosofien, som lever i beste velgående både i terapeutiske samfunn og i hverdagspråket: enten vi tar det hele med «stoisk ro» eller «står han av», som de sier nord på. ❌



BOK *Stoisk ro.*
Livsvisdom for vår tid
FORFATTER Jens Oscar Jenssen
FORLAG Cappelen
Damm, 2020
SIDER 170

ANMELDT AV

Arne Repål, spesialist i klinisk psykologi

Bakom løgnene

Jeg frykter at folk flest vil bli negativt påvirket av den amerikanskpregete hangen til polarisering i Løgn eller Sannhet.



BOK *Løgnene vi forteller oss selv*

FORFATTER

Jon Frederickson

FORLAG

Cappelen Damm

SIDER 176

ANMELDT AV

Sigmund Karterud,
professor i psykiatri

BOKEN MED DENNE tittelen, *Løgnene vi forteller oss selv*, er forfattet av den amerikanske psykoterapeuten Jon Frederickson. Han er kjent av mange norske psykologer gjennom sin lærervirksomhet for Institute for Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) Training and Research. ISTDP er en psykoterapiretning som har vind i seilene for tiden, og det var med positiv nysgjerrighet at denne anmelderen åpnet boken. Dette til tross for at bokens undertittel bar bud om noe som lignet på selvhjelps litteratur: «Hvordan se sannheten i øynene, akseptere seg selv og få et bedre liv». Allerede i forordet blir mistanken om selvhjelpssjanger bekreftet: «Denne boken kan hjelpe deg til å bli et fritt menneske.» Selv om målgruppen følgelig er «folk flest», har boken likevel relevans for psykoterapeuter. Forfatteren beskriver terapeutiske prosesser som isenesettes gjennom lengre utdrag av terapeutiske dialoger med plagede mennesker som oppsøker kontoret hans.

DIKOTOMIER

Fredericksons budskap er enkelt: «Vi mennesker blir syke på grunn av alle løgnene vi svelger, og alle løgnene vi forteller oss selv for å unngå smerte.» I motsetning til *Løgnene står Sannheten*. Målet med terapi er «helbredelse», og «vi trenger å utforske løgnene som gjør oss syke, for å kunne velge sannhetene som gjør oss friske». I 55 små vignetter fra

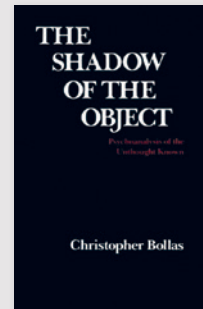
terapirommet utdyper forfatteren disse enkle påstandene.

ISTDP er kjent som en terapiform der terapeuten raskt og aktivt forsøker å finne en vei gjennom forsvaret. Frederickson illustrerer dette i boken, og som terapeuter kan vi nikke eller rynke på nesen av hans forskjellige tekniske grep, alt etter som hvilken stil vi personlig foretrekker. I tillegg har jeg selv sans for hans eksistensielle grunnholdning. Men eksistensielle idealer som «kjenn deg selv», «lev i nuet», «grip dagen», «kast løgnene om deg selv over bord», «våg å se sannheten i øynene», «våg å leve autentisk» blir i denne boken ofte til klisjeer. Når det i tillegg blir slik at løsningen på mange av de psykologiske dilemmaene i de 55 vignettene er at klienten endelig «tør å lytte til sine innerste følelser» og velger å skille seg fra ektefellen, forsterker det inntrykket av noe lettkjøpte dikotomier. Enten lever man i løgn eller i sannhet, enten i et undertrykkende eller et frigjørende ekteskap, enten i en jobb som er kjedelig og for-dummende, eller en som er kreativ og utfordrende.

«VÅRT EGENTLIGE JEG»

Disse dikotomiene gjøres også gjeldende for vårt indre liv. «Når vi oppgir fornektelsen ... Da kan vårt egentlige jeg, personen vi ennå ikke har møtt, komme frem.» Og følelsene er ofte nøkkelen, de drar oss ned til «våre dypeste

KLASSIKEREN



Dette er en bok som må oppleves

Christopher Bollas: *The Shadow of the Object* (1987)

Ganske ofte når jeg passerer bokhylla, fester blikket seg ved omslaget til *The Shadow of the Object*, og jeg kjenner et blaff av oppstemthet blandet med et mer dunkelt lag av vemod. Så det får bli den. Boken som for alvor introduserte meg for psykoanalysen. Boken som satte ord på det jeg hadde ant siden jeg var liten: at det interessante gjerne ligger i det usagte; i formen mer enn i innholdet.

Bollas skriver om det som er kjent, men ennå ikke tenkt: «The unthought known». Om de tidligste relasjonelle erfaringene; fra tiden før ord og mentale bilder frøs episoder fast og gjorde dem tilgjengelige for ettertiden som minner. I stedet – som relasjonelle avtrykk – setter de seg i form av vår karakter; i måten vi iscenesetter oss selv på, i det våkne liv og i drømmer. Gjennom kliniske vignetter illustrerer Bollas hvordan ordløse erfaringer trer frem i terapirelasjonen. Spesiell vekt legger han på de indre tilstandene som aktiveres i terapeuten, og nødvendigheten av å la seg bevege inn i det ukjente og stå i det. Betydningen av egenanalyse blir åpenbar. Bollas skriver vakkert, levende og engasjert. Han appellerer like mye til følelsene som til tankene, og setter dem i forbindelse. Mer enn en bok å lese er *The Shadow of the Object* en bok som må oppleves.

Dette er noen av tankene som dukker opp når jeg ser tilbake på tiden da jeg, sammen med et par studiekamerater, fordypet meg i Bollas' tekst. Det var en fin tid. Og kanskje er det der noe av vemodet trer inn: lengselen etter det forgangne.

Til minne om min psykoanalytiske lekekamerat gjennom mange år, Petter Alexander Olsen.

Kjell Grønnevik utfordrer Olaf Rørosgaard, lærer ved Institutt for psykoterapi, til å ta stafettpinnen videre.

rom, der kilden til all vår kunnskap ligger». Denne ha-stemte måten å skrive på, om «vårt egentlige jeg» og «kilden til all vår kunnskap», skaper en undrende avstand hos meg. Hva er det med disse amerikanske terapeutene som skriver på denne måten? Det eksistensielle får noe kvasireligiøst og, på samme tid, noe kommersielt ved seg. Man aner en amerikansk forlagsredaktør i bakgrunnen, som heier på formuleringer som skal «selge».

Har norske terapeuter noe å lære av dette? Tidvis er det interessant å lese hvordan en eksistensielt orientert aktiv-dynamisk terapeut håndterer innledende motstand hos en klient. Vi terapeuter kan føre en indre dialog med Frederickson om tekniske utfordringer i dette. Men folk flest, som er den egentlige målgruppen, kan de lære noe fruktbart? Det er jeg mer usikker på. Jeg frykter at folk flest vil bli negativt påvirket av denne amerikansk-pregete hangen til polarisering i Løgn eller Sannhet og derav følgende lettkjøpte løsninger. Frederickson fremstår for mye som en som har sett lyset. Jeg er enig i at terapeuter bør formidle håp. Det er lys i tunellen. Og som terapeuter kan vi bidra til å kaste nytt lys over ting. Men sjelden er det slik at selve SANNHETEN åpenbarer seg. ❌

Arbeider du klinisk med sorgproblematikk?

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

Utdanningen består av:

- 2 samlinger: 18.-19.11.20 og 12.-14.01.21
- veiledning

Søknadsfrist 28.09.2020

Samlingene vil bli gjennomført digitalt ved behov

www.uio.no/cgt

UiO : Universitetet i Oslo **NSSF**  Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging

Utdanning i Dialektisk atferdsterapi (DBT)

Fullt utdanningsløp:

- 2 samlinger à 1 uke (oppstart 1.02.2021)
- veiledning i 12 måneder
- søknadsfrist 1.10.2020

DBT er en evidensbasert behandlingsform utviklet for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsproblematikk

www.dbt.no

UiO : Universitetet i Oslo **NSSF**  Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging



Mentaliseringsbasert terapi (MBT) har økende utbredelse og anvendelsesområde. Utgangspunktet var borderline (emosjonelt ustabil) personlighetsforstyrrelse, men terapiteknikken, i samspill med mentaliserings- og personlighetsteorien, har vist seg effektiv også for andre typer personlighetsproblemer. Institutt for Mentalisering har et omfattende kursprogram som er tilpasset alle nivåer i helsevesenet, fra døgningstusjoner, til DPS'er og poliklinikker, til privat praksis. Mer informasjon om kursene finnes på vår hjemmeside www.mentalisering.no.

INTRODUKSJONSKURS I MENTALISERING OG MENTALISERINGSBASERT TERAPI

Kurset gir en innføring i teorien som ligger til grunn for mentaliseringsbegrepet, grunnleggende kunnskap om mentaliseringsbasert terapi (MBT), og praktisk trening i å kunne forstå klienter i henhold til en mentaliserende tilnærming og forståelsesramme. Lærere er professor Finn Skårderud og professor Sigmund Karterud.

28.-30. januar 2021, Felix Konferansesenter.

VIDEREGÅENDE KURS I MENTALISERINGSBASERT INDIVIDUALTERAPI

Mentaliseringsbasert individualterapi er i hovedsak et teknisk terapeutisk kurs. I tillegg til gjennomgang av teori og manual for MBT, undervises og veiledes det ut fra deltakernes obligatoriske video-opptak fra egen terapeutisk praksis. Lærere er professor Finn Skårderud og professor Sigmund Karterud.

Kurset er fordelt over 8 samlinger, med oppstart i januar 2021. Avholdes på Felix Konferansesenter, Aker brygge.

VIDEREGÅENDE KURS I MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

Kurset er organisert på samme måte som MBT individualterapi med gjennomgang av teori, manual, video-opptak av egen gruppepraksis samt rollespill av psykoedukativ og dynamisk MBT gruppeterapi. Lærer er professor Sigmund Karterud.

Kurset er fordelt over 8 samlinger, med oppstart i januar 2021. Avholdes på Felix Konferansesenter, Aker brygge.

KURS I MENTALISERINGSBASERT TERAPI MED UNGDOM (MBT-A) OG BARN(MBT-C)

5.-6. November 2020 arrangeres introduksjonskurs i MBT-A, med påfølgende videregående kursrekke i januar 2021. Introduksjonskurs i MBT-C arrangeres 19.-21. april 2021, med påfølgende videregående kursrekke 22.-23. april.

Kursrekkene avholdes på Villa SULT i Oslo. Ta kontakt ved interesse.

Påmelding og informasjon: mentalisering.no

Besøk vår hjemmeside www.mentalisering.no
Kontakt oss post@mentalisering.no

 INSTITUTT FOR MENTALISERING



Pearson



BASC-3 består av en samling vurderingskalaer. Ved å integrere informasjon og perspektiv fra flere kilder, har BASC-3 som hensikt å gi både et bredt og detaljert bilde av forskjellige typer atferd, tanker og følelser hos barn og ungdommer i alderen 8 - 19 år.

pearsonclinical.no/basc3-info



Raven's 2 er en ikke-verbal test for bedømming av generelle evner. Raven's 2 er en revidert versjon av Raven's Progressive Matrices, og samler alle tidligere versjoner i én og samme test. Raven's 2 har oppdaterte europeiske normer og er avsatt for alderen 4 - 69.

pearsonclinical.no/ravens2-info

Vil du avtale et digitalt møte med psykologene våre?

- Ønsker du en presentasjon av en ny test?
- Vil du prøve våre digitale produkter kostnadsfritt?
- Møter du pasienter på nett og har spørsmål om digital testing?
- Har du spørsmål om noen av testene eller vurderingsinstrumentene våre?

Send e-post til oss:
info.no@pearson.com

www.pearsonclinical.no

iap institutt for
aktiv psykoterapi

Barne- og ungdomspsykologi 2021–2022 fra 20. januar

Obligatorisk program (18 mnd) www.iapnett.no

Kursene er rettet mot hvordan en kan jobbe terapeutisk i direkte kontakt med det enkelte barn og familien, eller indirekte, gjennom arbeid med foreldre og familiens sosiale økologi som barnehage, skole, nærmiljø og utvidet familie. Parallell gruppeveiledning tar utgangspunkt i kandidatenes egne praksiserfaringer. Det forutsettes at en er i pågående arbeid med barn og/eller ungdom.

- > **Søknadsfrist:** 1.11.2020
- > **Oppstart:** 20.1.2021
- > **Antall plasser:** 36
- > **Kurstimer:** 96
- > **Dager for selvstudier, kollokvier eller øvedager:** 4
- > **Timer med veiledning:** 96

LIVSKOMPASS

ACT – takle stress og fremme helse

Bli kursholder i en evidensbasert metode for å styrke psykisk helse og velbefinnende, Acceptance & Commitment Therapy.

Vitenskapelige studier viser at kurset blant annet reduserer stress, depressivitet, angst og fremmer mental helse.

Du får en 300 siders manual, fire dagers utdanning, powerpoint-presentasjoner, filmer, samtalekort, ACT-online og andre materialer for å holde et variert og engasjerende kurs.

Kursstart online 9. november

Mer informasjon: <https://livskompass.se/norge/>

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook

EMDR MED BARN

Kurs i EMDR med barn:

Trinn I: 27. oktober 2020 i Oslo

Trinn II: 28. oktober 2020 i Oslo

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



KRONISK TRAUMATISERING OG TRAUMERELATERT DISSOSIASJON

12 dagers kursrekke (4x3 dager)
med Arne Blindheim
og Marianne Straume (psyk. spes.)
Stavern mars 2021–november 2021

For mer informasjon om kurset
og om påmelding, gå til:
www.krisepsykologi.no
eller skriv e-post til ar-blind@online.no

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. oktober**,
frist for å bestille annonse
til oktober-utgaven er **17. september**

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



Ukjent farvann.

Vi går en krevende høst i møte. Ny utvikling i smittetallene kan medføre at sentrale råd og regler endres, som igjen krever raske lokale tilpasninger av både drift og klinisk praksis: Kan pasientene fortsatt være trygge hos meg? Hvem skal informeres hvis noen blir smittet? Hvordan veier jeg hensynet til personvern opp mot smittesporing? Kan jeg dokumentere at jeg har gode rutiner i tilfelle noe går galt? Hvilke støtteordninger gjelder hvis jeg må redusere driften i neste uke? Og hvordan sikrer jeg at jeg driver i tråd med et regelverk som stadig forandres?

TrinnVis er et spesiallaget kvalitetssystem for små og mellomstore helsevirksomheter. Vår redaksjon overvåker kontinuerlig regler og råd fra myndigheter og profesjonsorganisasjoner, og utarbeider konkrete forslag til rutiner og retningslinjer for den enkelte virksomhet. Forslagene kan enkelt tilpasses og deles med ansatte og kolleger.

Alle helsevirksomheter er pålagt å ha et kvalitetssystem. Nå er det viktig å ha et som virker.

 **TrinnVis**

utvikles i samarbeid med



DEN NORSKE
LEGEFORENING



Den norske
tannlegeforening



NORSK
FYSIOTERAPEUTFORBUND



Norsk
Kiropraktorforening



Norsk
Manuellterapeutforening



NORSK
PSYKOLOG
FORENING



NKI
Norsk Karakteranalytisk Institutt
utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

To-årig grunnseminar

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

Videreutdanning i karakteranalyse og kropporientert 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

Søknadsfrister:
Oslo snarest, Bergen 1. november 2020, Kristiansand 1. mai 2021.

www.karakteranalyse.no/nyheter/neste-seminarer/

Personlighetsfokuseret terapi (PFT)

KURS OG VEILEDNING VED professor Sigmund Karterud

Personlighetsfokuseret terapi er myntet på flertallet av klienter i psykologisk/psykiatrisk praksis, som strever med en blanding av symptomlidelser og personlighetsmessige problemer uten nødvendigvis å ha en klar personlighetsforstyrrelse. Ofte vil det være snakk om korttidsterapier. PFT gir retningslinjer for psykoedukasjon, problemformulering og en dynamisk psykoterapi som integrerer emosjoner, tilknytning og mentalisering med sikte på personlighetsintegrering og personlighetsutvikling.

Kurs 1 (19/11.2020) er teoretisk og kurs II (15/1.2021) er klinisk-terapeutisk. Oppfølging i veiledningsgruppe er mulig. Mer informasjon: personlighetsfokuseretterapi.no eller pfterapi@online.no

12 dagers Treningsprogram i Acceptance and Commitment Therapy (ACT).



Bedre Terapeuter

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

Vil du lære ACT eller videreutvikle eksisterende ACT-ferdigheter? Vi tilbyr et omfattende program med nok dybdetrening til å kunne anvende ACT i din kliniske praksis. Kurset gir også mulighet til å lære ACT direkte fra en verdensledende ACT-trener. Dr Walser er *Associate Director at the National Center for PTSD* i USA. Hun har en særegen kompetanse innen ACT-behandling av traumer og rus. Godkjent som 72 timer vedlikeholdskurs for psykologspesialister.

Sted: Tønsberg. Tollboden, Nedre Langgate 38.

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

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

Hjemmeside: www.bedreterapeuter.no.

Kontakt: kontekstuell@gmail.com

INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI

For psykologar og legar blir det våren 2021 sett i gang:

2-årig INNFØRINGSSEMINAR i:

OSLO – seminarleiar blir Rune Johansen
BERGEN – seminarleiar Carl Fredrik Gamst
STAVANGER - seminarleiar Tormod Knutsen

2-årig VIDAREGÅANDE SEMINAR i:

OSLO –seminarleiar blir Kjartan Thu
STAVANGER – seminarleiar ikkje avklart

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

- Innføringsseminaret omfattar 196 undervisningstimar over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong og to spesialseminar / fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar. Desse blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår på faste vekedagar, 11 pr. år, og spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

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

- Vidaregåande seminar omfattar 196 undervisningstimar over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gang og to spesialseminar / fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimar som blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- Dagseminar føregår vanlegvis på faste vekedagar, 11 pr. år, og spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

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

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

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

Søknadsfrist: 15. oktober 2020.

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

For nærmare informasjon:

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



Kurs for nytilsatte psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester

Innføringskurset vil gi kunnskap om kommunen som arbeidsplass for psykologer, om myndighetenes føringer, om viktige juridiske rammebetingelser og ulike måter å ta psykologers kompetanse i bruk på i kommunale tjenester. Kurset vil også gi innblikk i viktige nettverk og ressurser samt være en nettverksskapende arena i seg selv. Hovedinnretningen er knyttet til nytt lovkrav i Helse- og omsorgstjenesteloven om psykologkompetanse fra 2020. Det vil være rikelig tid til erfaringsutveksling og drøfting av problemstillinger i plenum.

Målgruppe

Psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester

Temaer:

- Samfunnsoppdraget til psykologer i kommunale tjenester
- Konkret om roller og oppgaver som psykolog i kommunen
- Ulike roller og funksjoner psykologer kan ha og hvordan utvikle dem og romme dem?
- Med særlig fokus på tilbudet til barn og unge
- Hvordan bruke psykologen i en forebyggende tjeneste for barn og unge
- Styrking av psykisk helse og livskvalitet for utsatte ungdommer i bydelen med fokus på kvalitet og kompetansebygging, inkludering, tilgjengelig hjelp med lav terskel
- Psykolog i kommunen, på lag med loven
- Psykologisk lavterskeltilbud i en stor kommune vs psykologfaglig arbeid i 6 små kommuner
- Med forebehold om endringer i programmet
- Resurser og nettverk

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 15 timer.

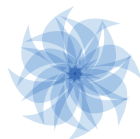
Sted og dato: Oslo, 26.-27. oktober 2020

Påmeldingsfrist: 21. september 2020

Medlemspris: kr 7 200

Kursnr.: 116-20

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



Valgfritt program i

Systembasert arbeid med familier

Målet med det valgfrie programmet er å øke deltakernes forutsetninger for å arbeide systembasert med familier. Programmet vil være spesifikt rettet mot utvikling av psykologenes ferdigheter til å ivareta familier og deres medlemmer.

Målgrupper

Psykologer som jobber i psykisk helsevern for barn og unge eller voksne, rus- og avhengighetsbehandling, i kommunale tjenester, barne- og familievern eller habilitering. Programmet er også relevant for psykologer med erfaring fra somatiske tjenester og fra pårørendearbeid.

Psykologspesialister kan søke opptak på kursene som vedlikeholdsaktivitet. Da stilles det ikke krav til praksis og veiledning.

Om kurslederne

Pia C. Aursand er spesialist i familiepsykologi og har jobbet 12 år i familievernet. Hun er ansatt ved Homansbyen familiekontor og har lang erfaring med parterapi, flerkulturelle familier, æresrelatert vold og partnervold. Hun underviser i kulturforståelse, vold i nære relasjoner og parterapi.

Trine Eikrem er spesialist i familiepsykologi. Hun har lang erfaring fra familievernet, og er nå leder for familievernets kompetanseteam for vold og høykonflikt. Hun har skrevet bokkapitler og underviser i kulturforståelse og æresrelatert vold, og tar doktorgrad på barn og foreldres samlivsbrudd.

Sted og dato: Oslo, 7.-8. desember 2020 (1. samling)

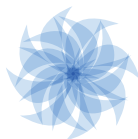
Påmeldingsfrist: 5. november 2020

Medlemspris: kr 7 200 per samling

Kursnr.: 171-20

Påmelding og ytterligere informasjon

<https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning>



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



Fond til videre- og etterutdanning

I klinisk psykologi og psykoterapi for medlemmer
av Norsk psykologforening. Tildeling 2021

Søknadsfrist 1. november 2020

Ved tildeling vil avtalespesialister prioriteres.

Tapt arbeidsfortjeneste dekkes helt/delvis kun ved artikkelskriving for publisering.

Fondets formål er å høyne det faglige kunnskapsnivå innen klinisk psykologi og psykoterapi.

Dette skjer ved støtte til:

- 1 a. Videre- og etterutdanning i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 1 b. Styrking av veilederkompetanse i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 1 c. Formål som har sammenheng med etterutdanning av spesialister i klinisk psykologi.
- 2 a. Fondet kan gi hel eller delvis dekning av kurs- og reiseutgifter og andre utgifter i forbindelse med videre- og etterutdanning i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 2 b. Fondet kan gi midler til vitenskapelig forskning og til utarbeiding av skriftlige arbeider og publikasjoner i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 3 a. Fondets midler kan søkes av eller til psykologer i videreutdanning i klinisk psykologi og spesialister i klinisk psykologi.
- 3 b. Fondet skal ved tildelingen prioritere søknader fra privatpraktiserende spesialister i klinisk psykologi.
- 3 c. Fondet skal ved tildelingen prioritere søknader som ikke kan få støtte på annen måte.

Utover ordinære tildelinger ønsker Fondsstyret også å gi midler til:

Skriving av artikler/essays om utfordringer i privatpraksis med formål publisering.

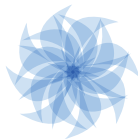
Fondsstyret vil vurdere søknadene ut fra:

- Søkere uten driftstilskudd eller refusjonsrett vil ikke bli prioritert
- Hvor mye søkeren har mottatt fra fondet tidligere år
- Skrivning av artikler/essay om tema og utfordringer i privatpraksis med tanke på publisering
- Kursavgift vil bli prioritert over reise- og oppholdsutgifter
- At søknaden er i tråd med prinsipperklæringen om evidensbasert praksis
- Åpne søknader der det ikke er tatt stilling til hva midlene skal brukes til utelukkes.
- Aktiviteter som anses å være kvalifiserende på en måte som gjør at søkeren blir aktuell til nye typer oppdrag blir ikke prioritert. Eksempelvis vil kvalifisering innen rettspsykiatri/arbeid for retten anses som utgifter til inntekts erverv.

Begrunnet søknad sendes på eget skjema: <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/stipendordninger/fond-til-videre-og-etterutdanning>

Prosjektbeskrivelse eller annen relevant dokumentasjon må vedlegges søknaden.

OBS: Uleselige søknader og søknader som ikke er riktig utfylt vil ikke bli vurdert



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30
E-post nppost@psykologforeningen.no

PSYKOLOGSPESIALISTER

Har du ekte interesse for rusproblematikk og ønsker å være med å videreutvikle en ny klinikk er dette jobben for deg. Det er avgjørende at du deler vårt verdigrunnlag og vårt syn på behandlingsmetodikk.



Vi legger stor vekt på tverrfaglighet. Det tverrfaglige teamet består av flere psykologspesialister, psykiater, leger, sykepleiere, sosionom, gestaltterapeuter og miljøarbeidere.

PASIENTHANDLINGEN ER INDIVIDUELT TILPASSET OG BESTÅR BLANT ANNET I:

- Delta i vurderingsteam
- Utforming av behandlingsplan
- Utredning og individuell terapi
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten
- Arbeide i tverrfaglig team basert på nært og fortløpende samarbeid

Vi søker en medarbeider som kan arbeide selvstendig. Samtidig er det svært viktig at du fungerer i et tverrfaglig team. Personlig egnethet og gode samarbeidsevner blir vektlagt.

KVALIFIKASJONER:

- Autorisasjon som psykologspesialist
- Ønskelig med videreutdanning i eller erfaring fra rusbehandling
- Ønskelig med erfaring fra TSB
- Gode kommunikasjonsferdigheter
- Gode språkferdigheter i norsk muntlig og skriftlig
- Evne til fleksibilitet og selvstendighet
- Personlig egnethet og gode samarbeidsevner

PERSONLIGE EGENSKAPER:

- Gode samarbeidsevner, fleksibilitet og personlig egnethet veier tungt
- Interesse for å jobbe i tverrfaglige team er avgjørende
- Må beherske norsk skriftlig og muntlig

SPRÅK:

Skandinaviske

VI TILBYR:

- Gode muligheter til å påvirke et behandlingsfelt i vekst og utvikling
- Være med å forme det tverrfaglige miljøet
- Et aktivt, mangfoldig og tverrfaglig fagmiljø som er i spennende utvikling
- Konkurransedyktige betingelser
- Personlig utvikling gjennom kurs, etter- og videreutdanning
- Fleksibilitet i forhold til arbeidstid
- Muligheter for overnatting dersom det velges å jobbe turnus/flere døgn i strekk

ARBEIDSGIVER:

Mestringshusene Tysnes AS

STILLINGSTITTEL:

Psykologspesialist

FRIST: Snarest

VARIGHET: Fast stilling / eventuelt langsiktig innleie

STILLINGSBRØK: 100 %, men lavere kan avtales

KONTAKTPERSON:

André Olsvik, avdelingsleder,
tlf. 928 90 037 / 35 01 95 00,
e-post andre@mestringshusene.no

OM ARBEIDSGIVEREN: Mestringshusene Tysnes AS er en del Mestringshusene AS. Mestringshusene Tysnes AS er godkjent innenfor Fritt Behandlingsvalg for tverrfaglig spesialisert behandling for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP) med 4 avgiftningsplasser og 26 døgnbehandlingssenger. Mestringshusene AS driver i dag en behandlingsskole på Bolkesjø i Notodden kommune i Vestfold og Telemark fylke.

Vår erfaring er at vi har et tilbud som passer målgruppen svært godt. Vi får gode tilbakemeldinger fra pasientene og pårørende og har svært lite avbrudd i behandlingen. Våre samarbeidspartnere innenfor Helseforetakene gir oss også gode tilbakemeldinger. Med bakgrunn i dette har vi besluttet å etablere ny klinikk på Tysnes med oppstart januar 2021.

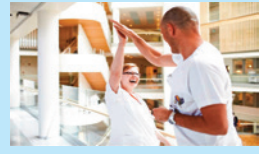
Lokalene er et tidligere sykehjem som Tysnes kommune oppgraderer i forhold til våre behov som rusklinikk. Lokalene vil holde høy standard i naturskjønne omgivelser.

Vår målgruppe er kvinner og menn over 18 år som har et alkohol-, medikament- og/eller narkotikamisbruk. Vi tilbyr også terapi/behandling for pårørende som en del av pasientens behandlingsforløp. Mestringshusene sitt nøkkelpersonell har mer enn 15 års erfaring med behandling av avhengighet og personalet har stor bredde av utdanning og bakgrunn. Vi arbeider med hele mennesket og problematikken rundt misbruket ut fra tankemønstre, atferd, relasjoner, familie og oppvekst. Vi ser hvert menneske for den de er, ikke det de har gjort.

www.mestringshusene.no | Facebook: [@mestringshusene](https://www.facebook.com/mestringshusene)

Velkommen med din søknad.

Helse Sør-Øst RHF søker:



Ledig to 100 % avtalehjemler i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Sarpsborg

Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,
e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no,
telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk
søknadsskjema: helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 22. september 2020



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

Blå Kors Haugaland A-senter søker: Psykologspesialist og psykolog

Vi søker etter psykologspesialist og psykolog til vårt behandlerteam.

Stillingene inngår i behandlerteamet som består av psykologspesialister, psykologer, leger og fagkonsulenter. Behandlingsmodellen legger stor vekt på kontinuitet i relasjonen mellom pasient og behandler der behandler følger pasienten i hele det sekvensielle behandlingsforløpet.

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

Personlig egnethet og evne til samarbeid tillegges betydelig vekt.

Ønsket tiltredelse 1.november 2020 eller etter avtale.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til klinikkssjef Johanna S. Bjørkavåg eller leder for behandlerteam Kirsten Braatveit på tlf. 52 73 30 00

Søknadsfrist: 27.09.2020



For fullstendig stillingsutlysning, se

www.jobbdirekte.no/haugaland-asenter

Søknader sendt utenfor søknadsskjema, vil ikke bli vurdert.

Helse Sør-Øst RHF søker:



Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Moss

Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,
e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no,
telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk
søknadsskjema: helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 22. september 2020



Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no



**KARMØY
KOMMUNE**

Karmøy kommune ligger i Nord-Rogaland og er regionens største kommune med mer enn 42000 innbyggere. Hos oss finner du et godt bo- og oppvekstmiljø og et rikt kultur- og fritidstilbud. Vi legger vekt på å yte god service og høy kvalitet på alle våre tjenester. I kommunen er det ca 3200 ansatte i hel- og deltidsstillinger og kvalitet, respekt og ansvar er verdiene som ligger til grunn for vår organisasjon.

Karmøy kommune – kommunen som vil at du skal lykkes

Psykolog/psykologspesialist i psykisk helseteam ved Karmøy PPT 100 % fast stilling

Søknadsfrist: 17.09.2020

Utlyst dato: 20.08.2020

Vår. ref: 6145

Beskrivelse av arbeidsplass

PP-tjenesten på Karmøy er med 28 stillinger et stort og bredt sammensatt fagmiljø innenfor det spesialpedagogiske fagfeltet. Kontoret er organisert i fagteam og tverrfaglige kompetanseteam og har en utadrettet arbeidsprofil. PPT har et eget psykisk helseteam som kun arbeider med psykisk helse-relaterte oppgaver, i aldersgruppen 0–16 år.

Psykisk helseteam består per i dag av tre stillinger. Leder av teamet er dr.philos./spesialist i klinisk pedagogikk. I tillegg består teamet av en spesialist i barne- og ungdomspsykiatri (lege) og en psykolog.

Det er fra 1. november ledig 100 % fast stilling som psykolog/psykologspesialist i psykisk helseteam i PPT.

Arbeidsoppgaver

- Kartlegging og behandling av lette til moderate psykiske vansker
- Gi veiledning til foreldre, barnehager og skoler angående psykisk helseproblematikk
- Bidra til kompetanseutvikling om psykisk helse på system- og individnivå i barnehager og skoler
- Utviklingsarbeid knyttet til organisering av det psykiske helsetilbudet i kommunen for barn og unge

Kvalifikasjoner

- Ønskelig med autorisasjon som psykolog/psykologspesialist
 - Andre med aktuell kompetanse på master/spesialistnivå kan bli vurdert som aktuelle kandidater
 - Relevant arbeidserfaring
 - Gode kommunikasjons- og veiledningsferdigheter
 - Personlig egnethet og evne til tverrfaglig samarbeid
 - God skriftlig og muntlig fremstillingsevne
- Personlig egnethet knyttet til veiledning og kommunikasjon vil bli tillagt stor vekt.

Personlige egenskaper

- Vi vektlegger at vårt personale har evne til:
- samarbeid, fleksibilitet, kreativitet og serviceinnstilling
 - å jobbe målrettet og resultatorientert
 - å gi og ta imot veiledning
 - å arbeide selvstendig og strukturert

Vi kan tilby

- utfordringer i et faglig sterkt, stabilt og positivt arbeidsmiljø
- tidsmessige kontorer lokalisert sentralt i Kopervik
- gode muligheter for faglig videreutvikling/etterutdanning
- gode pensjons- og forsikringsordninger
- generelle lønnplasseringer i henhold til Hovedtariffavtalen

Ansettelse på vilkår og avtaler som gjelder innen skole- og barnehagefeltet. Det blir krevd gyldig politiattest for alle som skal arbeide i skole og barnehage. Den som blir ansatt må ha førerkort for bil.

Slik søker du

Karmøy kommune mottar bare elektroniske søknader, se under avsnittet Søk til høyre. Ta kontakt med servicetorget på rådhuset eller NAV dersom du trenger hjelp til å søke elektronisk. Vi minner om at eposter sendt fra personer som ikke ligger i dine kontakter kan sorteres til søppelpostfilteret ditt. Vi oppfordrer derfor til at du sjekker dette i perioden etter du har sendt en jobbsøknad.

Kontaktpersoner

Kjetil Andreas Hansen, leder PPT, tlf. 52 81 14 51 / 996 98 630, e-post kah01@karmoy.kommune.no
Liv Mette Strømme, avdelingsleder, tlf. 51 81 18 77, e-post lms@karmoy.kommune.no

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

Varamedlemmer

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 Sørlie 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

SPEKIALITETSRADET

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

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

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

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

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:
17.09, 16.10, 18.11

