

**Juss og
diagnoser**

NÅ

**ROP-
LIDELSER**

**Fra todelt behandling
til integrering**

Fagessay

Krøll på tråden

**- Om tolk
på telefon**

Frå praksis

**Et psykoanalytisk
blikk på filmen
*Fight Club***

Filmessay

K
K



K
K

PSY KOL OGI

Vol. 57 nr. 11 2020

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams,

katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003

Redaksjonssjef og nettredektør 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

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

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

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

Markedskordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,

e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Åshild Skogerbø, Stavanger universitetssykehus

Astrid Weber, Psykisk helse- og rusklinikken, Tromsø

Denne utgaven ble godkjent til trykk 23.10.2020

Omslagsillustrasjon Andrea Ferkingstad

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

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

er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat,

Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell

fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Psykolog i by eller på land

Med ny utgave av Psykologtidsskriftet melder vi overgang til november, som for meg alltid har vært en tid for konsolidering. I denne utgaven retter vi søkelyset mot flere sentrale temaområder for psykologer, som diagnostikk, karrierekrise og hvordan covid-19 har påvirket våre brukere.

I de siste utgavene har det løpt en debatt knyttet til hvorvidt og i hvilken utstrekning psykologer er lovpålagt å sette diagnoser. I NÅ-intervjuet på side 800 stiller vi dette spørsmålet til Anne Kjersti Befring, som er en av landets fremste eksperter på helserett. Psykologen har ansvar for å vurdere kritisk hva som er i pasientenes interesse, og hva som til enhver tid er forsvarlig yrkesutøvelse. I dette ligger et vurderingsrom for når diagnoser skal settes.

Krav som stilles til psykologer i spesialisthelsetjenestene, har økt, uten at man nødvendigvis opplever at dette økte arbeidspresset kommer brukerne til gode på noen meningsfull måte. Hvis økte krav til tidspress, rapporteringer og koderegimer medfører en slitasje som får psykologer til å søke seg bort fra spesialisthelsetjenestene, er dette en alvorlig situasjon. I høst har temaet blitt reist, blant annet av Jørgen Flor i en kronikk i Aftenposten (Bærebjelken i psykisk helsevern er råtten, 19. august 2020). Vi har sett nærmere på hvilken grad av turnover som gjør seg gjeldende blant psykologer i spesialisthelsetjenestene i Norge. Ikke overraskende varierer dette stort mellom byer og mer perifere strøk. Bildet som tegnes opp, viser store geografiske forskjeller – særlig med hensyn til turnover, men også i hvilken grad dette overhodet kartlegges på de ulike arbeidsstedene. I saken «Store lokale forskjeller i turnover» på side 802 avdekkes ingen klare tegn til at psykologer flykter fra spesialisthelsetjenestene. Likevel fremstår det som viktig å få avdekket hva spesialistene opplever som de største belastningene, og i hvilken grad turnover er et uttrykk for disse.

Trolig vil det ta lang tid før vi har fullstendige kunnskaper om hvilke virkninger smitteverntiltakene som ble iverksatt fra mars i år, har hatt på brukere av tilbud i psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling. Fra før finnes forskningsdata om konsekvensene av storskala sykdomsutbrudd på en befolkning som helhet, men vi vet lite om hvordan koronapandemien har påvirket den psykiske helsen til mennesker som allerede har psykiske helseproblemer. I den vitenskapelige artikkelen på side 813, «Covid-19: reaksjoner hos brukere av behandlingstilbud for psykiske vansker og rusproblemer», redegjør Fosse og medarbeidere for belastninger som følge av smitteverntiltak som ser ut til å særlig ramme denne gruppen. ✖



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@
psykologtidsskriftet.no



I saken «Store lokale forskjeller i turnover» avdekkes ingen klare tegn til at psykologer flykter fra spesialisthelsetjenestene

802



FOTO: RONALD JOHANSEN

IKKE DEL AV EN TREND

John Øystein Ellila (bildet) mistet arbeidsgleden i offentlig psykisk helsevern og etablerte i stedet privat praksis. Men lite tyder på at psykologspesialister flykter i stor stil fra psykisk helsevern.

Aktuelt

812/824



FOTO: NORA SKJERDINGSTAD

PÅVIRKET AV PANDEMIEN

Roar Fosse (bildet) og kolleger spurte 2264 brukere av rus- og psykisk helsetjenester om deres reaksjoner på pandemien. Han ble overrasket over at så mange som 1/3 av brukerne hadde unnlatt å oppsøke psykisk helsetjenester.

Vitenskapelig artikkel

Forskningsintervju

848



STILLBILDE: MARY EVANS PICTURE

SYMBOLSKE KAMPER

Med et psykoanalytisk blikk blir filmen *Fight Club* en fortelling om en usikker gutt i en uoversiktlig voksenverden.

Filmessay

Innhold

- 797 **Psykolog i by eller på land**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 800 **Ikke diagnose alltid**
NÅ | Øystein Helmikstøl
- 802 **Store lokale forskjeller i turnover**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 806 **Terapi med telefontolk**
Frå praksis | Steinar Johannessen
- 812 **Covid-19: Reaksjoner hos brukere av behandlingstilbud for psykiske vansker og rusproblemer**
Vitenskapelig artikkel | Fosse et al.
- 824 **Bekymring bekreftet**
Forskningsintervju | Per Olav Solberg
- 826 **Et både og-tilbud**
Fagessay | Cecilie Skule
- 833 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Køen inn til psykisk helsevern – og en vei ut av uføret | Camilla Batalden & Anders Wahlstedt (s. 834)
Debatt: Skammens funksjon (s. 837), Muslimer i terapi (s. 842), Tilbakemeldingssystemer (s. 844), Forsterkningsbegrepet (s. 846)
- 847 **INNTRYKK**
Filmessay: Fra puslete gutter til rasende menn | Espen Håland (s. 848)
Bokanmeldelse: Flerfoldig familierapi (s. 858)
- 859 **Annonser**
- 862 **Stillingsannonser**

Ikke diagnose alltid

Loven krever ikke at psykologer alltid skal sette en diagnose, understreker helserettsekspert Anne Kjersti Befring.

TEKST Øystein Helmikstøl

– **Det er en pågående debatt om psykologer og diagnostisering her i Psykologtidsskriftet. Kan du hjelpe oss med å rydde litt? Har psykologer og behandlere plikt til å sette en diagnose på pasientene de behandler?**

– Det er ikke et krav i loven om at det alltid skal stilles en diagnose. Pasienten skal få nødvendig og forsvarlig helsehjelp.

– **Du har lest innleggene i debatten. Hva vil du si om dem?**

– Det er nødvendig og viktig å debattere faglige, etiske og juridiske spørsmål knyttet til diagnoser. Det ser ut til at debattantene snakker forbi hverandre. Det er ikke slik at psykologer alltid skal sette en diagnose. Samtidig kan det være uforsvarlig dersom psykologer sier at de aldri vil sette en diagnose, eller at de overlater til pasienten å avgjøre hvordan psykologen skal opptre utover det som ligger i medvirkningsretten. Ut fra innleggene er det ikke enkelt å si hva som er reell uenighet, og hva som er ulike tilnærminger til spørsmål om diagnostisering.

– **Kan du si noe om forholdet mellom fage-tikk og juss her?**

– Etikk er ikke rettslig forpliktende, men kan gi viktige bidrag til hvordan rettslige standarder skal tolkes.

I noen spørsmål vil det være uenighet om etikken. I diskusjoner om terskelen for tvang kan det for eksempel være uenighet både om hva som er faglig riktig og etisk riktig. Det er uenighet blant helsepersonell om det er etisk riktig å foreta abort, og i en forskrift har helsepersonell fått en rett til å reservere seg mot å delta i inngrepet. I faglige spørsmål er det på samme måte uenighet i mange spørsmål. Psy-

Hvorfor NÅ?

- «Å stille som behandlingsbetingelse at psykologen skal sette diagnose, står i motstrid til psykoloetikken og pasientens interesser», skrev psykologspesialist Kristin Nijs i aprilutgaven.
- Innlegget har fått flere svar og startet en debatt om diagnostisering i psykisk helsevern.
- Anne Kjersti Befring er en av landets fremste eksperter på helserett, og Psykologtidsskriftet har bedt henne klargjøre hva loven sier om diagnostisering.

kologer står ikke fritt til å velge selv hvordan man skal innrette seg ut fra egne personlige erfaringer dersom det foreligger vitenskapelig dokumentasjon på hva som er forsvarlig.

– **Psykologer kan oppleve at de begår et etisk overtramp når de «trer diagnose ned over hodet på pasienten» – mot pasientens uttrykte ønske. Samtidig har psykologer en juridisk forpliktelse til å stille diagnose. Da har man vel et eksempel på at juss og etikk kolliderer?**

– Som nevnt har ikke psykologer en juridisk forpliktelse til å stille en diagnose. Psykologer er pålagt å innrette yrkesutøvelsen forsvarlig. I dette ligger som tidligere nevnt at den må baseres på vitenskapelig kunnskap og erfaring. Psykologer skal ikke stille en diagnose dersom det er uetisk og forsvarlig, for eksempel fordi det er usikkert. Da er det viktig å dokumentere tvilen og usikkerheten.

Dersom en psykolog har som prinsipp at det aldri skal stilles diagnoser, også i situasjoner der det er nødvendig for at pasienten skal få forsvarlig og adekvat helsehjelp eller folketrygdytelse, kan det være brudd med kravene til forsvarlighet. Det er forventet at psykologen skal benytte sin faglige kompetanse, faglig dokumentasjon og kjenne sine egne faglige begrensninger. Det kan være nødvendig å henvise pasienten videre eller innhente bistand ved tvil om hvordan pasienten skal få nødvendig og forsvarlig helsehjelp.

– **Men hva hvis pasienten selv ikke ønsker en diagnose?**

– Pasienter har rett til en viss selvbestemmelse, men skal ikke overta psykologens ansvar.

Som hovedregel baseres helsehjelpen på frivillighet fra pasientens side. Det innebærer at pasienten stilltiende eller gjennom atferd viser at hun ønsker helsehjelp. Pasienten kan imidlertid ikke instruere psykologen i hvilken helsehjelp som skal gis, eller at lovpålagte plikter ikke skal overholdes, utover det som ligger i retten til å medvirke ved valg mellom likeartede og forsvarlige helsetilbud.

– Psykologer må forholde seg til det lovgiver Stortinget har bestemt. Kan du kort oppsummere hva politikerne har bestemt om dette?

– Stortinget er lovgiver og har vedtatt flere lover av betydning for hvordan psykologer skal innrette sin yrkesutøvelse. Pasient- og brukerrettighetsloven regulerer rettigheter for pasienter, som i stor grad motsvarer plikter for psykologer i helsepersonelloven. Den inneholder rettigheter til å få informasjon og til å medvirke. Pliktene kan sette grenser for rettighetene, for eksempel kan ikke en pasient få oppfylt et ønske om at psykologen skal opptre uforsvarlig. Helsepersonelloven regulerer autorisasjonsordningen for psykologer og en rekke plikter knyttet til helsehjelpen og behandling av opplysninger om pasienten, for eksempel informasjon til pasienten, taushetsplikten, unntak fra denne plikten og dokumentasjonsplikten.

– Hva med pasienter uten samtykkekompetanse?

– Det er ikke et vilkår for å få helsehjelp at pasienten er i stand til å avgi samtykke og medvirke. Det er egne regler for helsehjelp uten samtykke. Dersom pasienten motsetter seg helsehjelp på grunn av sykdommen, må det vurderes om det foreligger grunnlag for tvang.

– Etter at Fylkesmannen i 2017 slo ned på Stangehjelpa for ulovlig journalføring og mangelfull diagnostisering, kom Regjeringen med et rundskriv¹ som har fått kritikk for å være uklart. Hva mener du at rundskrivet sier?

– Departementet viser til lovgivningen i dette rundskrivet og at det ikke er et diagnosekrav, da det ofte ikke vil være hensiktsmessig.

.....

1. Rundskriv I-4/2017 Om helse- og omsorgstjenestelovgivningens anvendelse ved lavterskeltilbud – særlig om krav til dokumentasjon og diagnostisering



JUSS OG DIAGNOSER Dersom en psykolog har som prinsipp at det aldri skal stilles diagnoser, kan det ifølge førsteamanuensis Anne Kjersti Befring være brudd med kravene til forsvarlighet. Foto: Scanpix

– Hva vil du si til psykologer som er diagnoseskeptiske?

– Det ligger innenfor psykologens ansvar å være kritisk til hva som er i pasientenes interesser, og hva som til enhver tid er forsvarlig yrkesutøvelse. Mitt råd er at psykologer orienterer seg om forskningsfunn og utviklingen av faget. Dersom den enkelte fraviker fra det som er faglige standarder, må begrunnelsen for dette dokumenteres.

– Ett argument for diagnostisering er at det utløser pasientrettigheter. Går det an å tenke seg alternativer til diagnostiseringskrav, alternativer som likevel ivaretar pasientrettighetene?

– Ja, det er begrunnelsen for at det ikke alltid skal settes en diagnose, for eksempel dersom psykologen er usikker på hvordan pasienten kan gis best mulig hjelp. ✕



LOKALE FORSKJELLER Det er store lokale forskjeller når det gjelder turnover fra helseforetakene. Universitetssykehuset i Nord Norge har ikke kunnet gi oversikt over utviklingen til denne reportasjen.

Store lokale forskjeller i turnover

Noen helseforetak sliter med turnover, men foreløpig tyder lite på at psykologer og psykologspesialister «flykter» fra psykisk helsevern i stor stil.

TEKST Per Halvorsen

«**B**ærebjelken i psykisk helsevern er råtten [...] Til tross for takknemlige pasienter, dyktige ledere og kompetente kolleger er jeg redd jeg aldri kommer tilbake.»

Slik lød budskapet i en kronikk skrevet av psykolog Jørgen Flor i Aftenposten 19. august. Flor bidro dermed til narrativet om at rammevilkårene i psykisk helsevern er såpass trange at de kan føre til psykologflukt fra spesialisthelsetjenesten.

MISTET ARBEIDSGLEDEN

Og «flyktningene» fins. Psykologspesialist John Øystein Ellila er én av dem. Når vi snakker med ham i midten av oktober, er det knapt en uke siden han forlot sin gamle arbeidsplass i psykisk helsevern. Ellila opplevde at han ble fanget i drift og kontrollrutiner, og at han fikk dårligere tid til pasientene. Han tolker systemene han var omgitt av, som uttrykk for en mistillitskultur.

– Jeg mistet arbeidsgleden og merket at det samme var i ferd med å skje med interessen for psykologifaget, sier han til Psykologtidsskriftet.

I telefonen fra sin nyetablerte privatpraksis i Tromsø forteller han at det var med tungt hjerte han tok steget.

– Jeg er jo for et sterkt offentlig helsevesen, og innser at jeg nå henvender meg til en annen kundegruppe, som kan betale nærmere 1 500 kroner per psykologtime, sier han.

Han tror flere ville ha valgt som ham om det hadde vært mulig.

– Et par tre stykker jeg kjenner, har sluttet. Flere har vært inne på tanken, men det er jo tross alt mange fordeler med å jobbe i det offentlige også: sikker jobb og inntekt. For meg ble det underordnet, sier han.

OND SIRKEL

Ser vi tendenser til en økende psykologflukt fra psykisk helsevern? Svaret er ikke entydig, til det er de lokale variasjonene for store. En god del turnover er naturlig. Psykologer må flytte på seg som et ledd i spesialisering. Og også blant psykologspesialister er det mer rift om jobber i sentrale strøk.

Ved Finnmarkssykehuset har turnoveren steget jevnt og trutt de siste tre årene; fra 14,5 prosent i 2018 til foreløpig 28,3 prosent i 2020. Tallene får vi fra foretakstillitsvalgt for Psykologforeningen, Alf Martin Eriksen. Han mener imidlertid utviklingen vanskelig kan tolkes som uttrykk for «brain drain» fra psykisk helsevern som sådan, fordi de som slutter ved Finnmarkssykehuset, gjerne finner nye jobber i psykisk helsevern i andre deler av landet. Han mener også turnover har å gjøre med uvilje mot å bo i distriktene, og ikke bare med utarming av fagmiljøene.

– Det er en soleklar faktor. Derfor er satsning på gode fagmiljøer desto viktigere, sier han.

Eriksen mener Finnmarkssykehuset er inne i en ond sirkel.

– Når fagmiljøet utarmes, øker arbeidspresset på dem som er igjen. For å dekke opp ledige stillinger må helseforetaket bruke ressurser på kostbare innleiebyråer. Dermed blir det færre ressurser til å utvikle stabile fagmiljøer og et godt omdømme, og dermed enda vanskeligere å rekruttere folk til faste stillinger, sier Eriksen.

– Jeg mistet arbeidsgleden og merket at det samme var i ferd med å skje med interessen for psykologifaget

John Øystein Ellila, nyetablert privatpraktiserende i Tromsø

»

UT AV DET OFFENTLIGE John Øystein Ellila mistet arbeidsgleden i offentlig psykisk helsevern og har etablert seg med privatpraksis i Tromsø. Foto: Ronald Johansen



Å etablere privat praksis i Finnmark mener han ikke er et alternativ.

– Markedet er rett og slett ikke der, sier han.

NOEN FLERE TIL PRIVAT SEKTOR

En oversikt fra Psykologforeningen viser vekst i turnover blant psykologspesialister i spesialisthelsetjenesten på to prosentpoeng (fra 14 til 16 prosent) i perioden 1. januar 2016 til 1. januar 2019 sammenliknet med perioden 2013 til 2016.

For psykologer og psykologspesialister samlet var veksten på tre prosentpoeng (fra 15 til 18). Med 'turnover' menes her endringer i andelen som har gått ut av en nærmere bestemt sektor i en gitt periode. De som er ansett som spesialister i statistikken, er de som var spesialister i siste år av treårsperioden. Statistikken bygger på opplysninger fra Psykologforeningens medlemmer og sier ikke noe om turnover mellom helseforetakene.

Overgangen fra Spekter Helse-området til selvstendig virksomhet, var fem prosentpoeng høyere i perioden 2016–2019 enn i foregående treårsperiode.

– I det store og hele er psykologer fortsatt relativt trofaste mot psykisk helsevern. Det kan

se ut som om turnover ut fra andre sektorer er større enn fra helseforetakene, sier spesialrådgiver i Psykologforeningen Julius Okkenhaug.

Han mener imidlertid det er grunn til å følge med på utviklingen, og presiserer at statistikken bygger på to år gamle tall, og dermed ikke fanger opp hele bildet.

REGIONALE OG LOKALE FORSKJELLER

For å få vite mer om regionale forskjeller ba Psykologtidsskriftet om turnover-tall fra de regionale helseforetakene. Vi spurte om det stemte overens med erfaringene i RHF-ene at psykologer blir såpass «fanget i drift» at det blir for lite tid til pasientene, og at de dermed ønsker jobb andre steder, for eksempel som privatpraktiserende.

– Dette stemmer ikke med erfaringene til Helse Vest RHF og klinikkdirektørene i de fire helseforetakene, får vi beskjed om fra kommunikasjonsavdelingen.

I en e-post til Psykologtidsskriftet opplyser direktør for medarbeider, organisasjon og teknologi Hilde Christiansen at ekstern turnover for psykologgruppen er på om lag én prosent for foretakene i Helse Vest i 2020 og 2019, og at en naturlig turnover ligger på om lag tre prosent. Hun vet ikke årsaken til at psykologer slutter.

– Det kan være ulik aldersprofil i helseforetakene. En av årsakene til turnover kan derfor være alderspensjon. Noe av turnover skyldes også at psykologer går fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, skriver hun.

Foretakstillitsvalgt for Psykologforeningen i Helse Vest Njål Bjørge Haugen mener tallene fra Helse Vest kan skjule store lokale variasjoner.

Han opplyser at han kjenner til at flere erfarne psykologspesialister har sagt opp grunnet arbeidsbetingelser.

– Ellers ser jeg en tendens til at søkerlistene blir kortere og kortere. Noen faste stillinger lyses ut flere ganger uten napp. Et minst like stort problem er at en del studenter og nyutdannede psykologer jeg har snakket med, sier de kvier seg for å jobbe i psykisk helsevern på grunn av arbeidsbetingelsene, skriver han i en e-post.

HØYT ARBEIDSPRESS

På vegne av Helse Midt RHF svarer kommunikasjonsrådgiver Kai Kristiansen. Han har fått informasjon fra klinikkledere om turnover både innenfor og ut av foretakene. Ved Divisjon psykisk helsevern på St. Olavs hospital var turnover i gruppen psykologspesialister 10 prosent i 2017, seks prosent i 2019. Kristiansen bekrefter inntrykket av at psykologer slutter først og fremst på grunn av økningen i pasientantall, og at rammene de har for å utføre det faglige arbeidet, ikke er gode nok.

Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin har tre kliniske avdelinger (poliklinikk og to døgnavdelinger). Kristiansen skriver at det er svært lav turnover i poliklinikken, som definitivt har mest arbeid knyttet til koding og diverse registreringer. I døgnavdelingene har den vært noe høyere. «Det er heller ikke slik at blant de som har sluttet så har de valgt å gå over til privat praksis, men til PH, BUP og BUFETAT», forteller han i e-posten.

Tillitsvalgt for Psykologforeningen ved St. Olav Chris Aanonsen sier til Psykologtidsskriftet at hun har inntrykk av at de som velger å slutte, primært gjør det på grunn av høyt arbeidspress og frustrasjon over å ikke kunne tilby faglig god behandling på grunn av ressursituasjonen.

– I poliklinikkene blir pasientenes vansker stadig mer alvorlige og komplekse på grunn av nedbygging av sengeplasser, og vi får større krav til at ting skal forankres hos spesialist, sier hun til Psykologtidsskriftet

GRÜNDERTYPE

Aanonsen påpeker at de som slutter, ikke nødvendigvis forsvinner ut av offentlig helsevesen.

– Noen begynner i kommunene, der de kanskje vil oppleve større mulighet til å påvirke psykologrollen, og der grunnlønnen i noen tilfeller er høyere. Men ikke alle opplever kommunen som noe alternativ. Du må være litt tøff for å begynne som eneste psykolog i en kommune eller for å starte opp for deg selv med eller uten hjemmel, litt gründertype, sier Aanonsen.

I Helse Møre og Romsdal er det ifølge Kristiansen mest turnover i gruppen unge psykologer. «De får ikke jobber der de kommer ifra eller i de store byene, og søker seg ut i distriktet. Etter 1–3 år har de god grunnleggende erfaring og kan konkurrere om arbeidsplasser i andre regioner i landet som rekrutterer bedre», skriver han. I Helse Nord-Trøndelag er det stor turnover fordi psykologene gjerne ønsker å jobbe i Trondheim når de har kommet langt nok i spesialiseringen.

PROBLEMER I OSLO

Verken Helse Nord RHF eller Helse Sør-Øst RHF har kunnet levere overordnede tall for turnover til denne reportasjen. Birgit Aanderaa, foretakstillitsvalgt for Psykologforeningen ved Oslo universitetssykehus, opplyser at OUS i 2017 hadde 204 ansatte psykologspesialister. I 2020 har 58

– Dette underbygger påstandene om at det er vanskelige tider i spesialisthelsetjenesten, og at flere går til selvstendig praksis enn før

*Birgit Aanderaa, foretakstillitsvalgt for
Psykologforeningen ved OUS*

av dem, mer enn hver fjerde spesialist, sluttet. I tillegg kommer de som slutter fordi de går av med pensjon, opplyser Aanderaa.

Hun sier det er spesialistene som utgjør kjernen og stabiliteten i tjenestetilbudet og mener utviklingen er alvorlig.

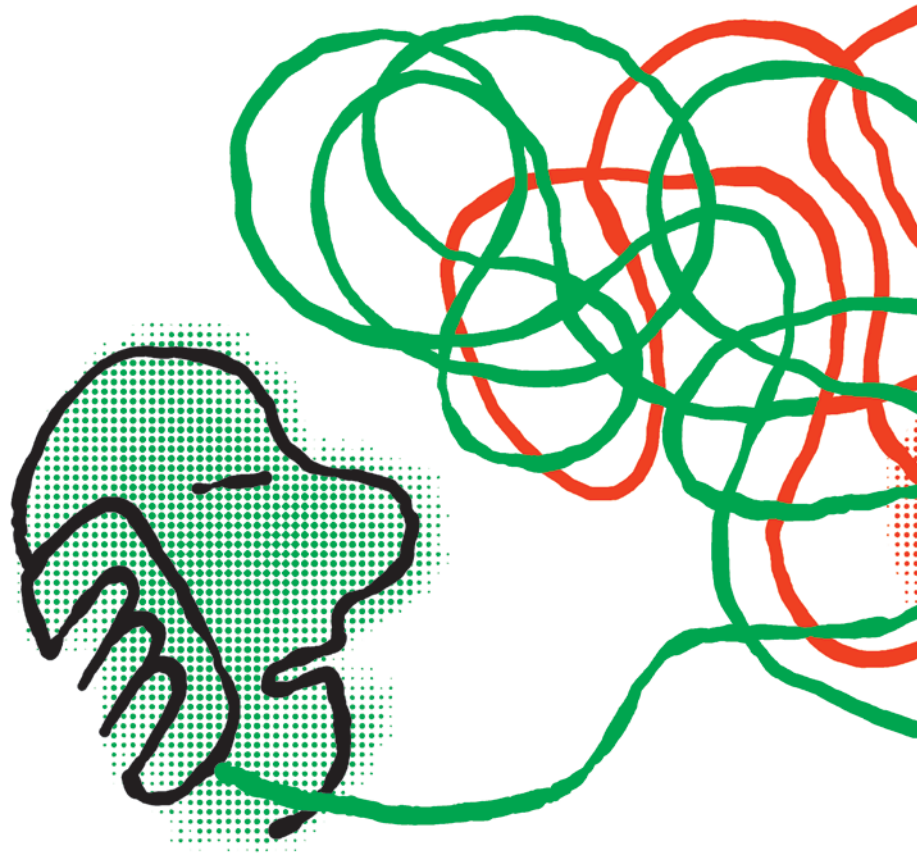
– Av spesialistene som slutter går nå 35 prosent til selvstendig virksomhet, en økning på 10 prosent. Dette underbygger påstandene om at det er vanskelige tider i spesialisthelsetjenesten, og at flere går til selvstendig praksis enn før. Nesten en dobling siden 2013–2016 perioden, påpeker Birgit Aanderaa.

Konstituerte avdelingsleder Morten Pedersen Ørbæk ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) ved OUS, sier det er blitt stadig vanskeligere både å holde på og rekruttere psykologspesialister og legespesialister.

– Det skaper store utfordringer ikke minst fordi spesialistene har en sentral rolle i arbeidet for å sikre kvalitet i pakkeforløpene, sier han til Psykologtidsskriftet.

BUPA undersøker nå nærmere hva spesialistene opplever som de største belastningene.

– Før vi setter i verk konkretet tiltak må vi ha en presis tilstandsbeskrivelse, men inntrykket er at spesialistene opplever at kontrollfunksjonen de har fått etter innføring av pakkeforløpene har fått for stor plass på bekostning pasientrettet arbeid. Vi vet også at faglig utvikling og psykosial støtte er faktorer som har betydning, sier han. ✘



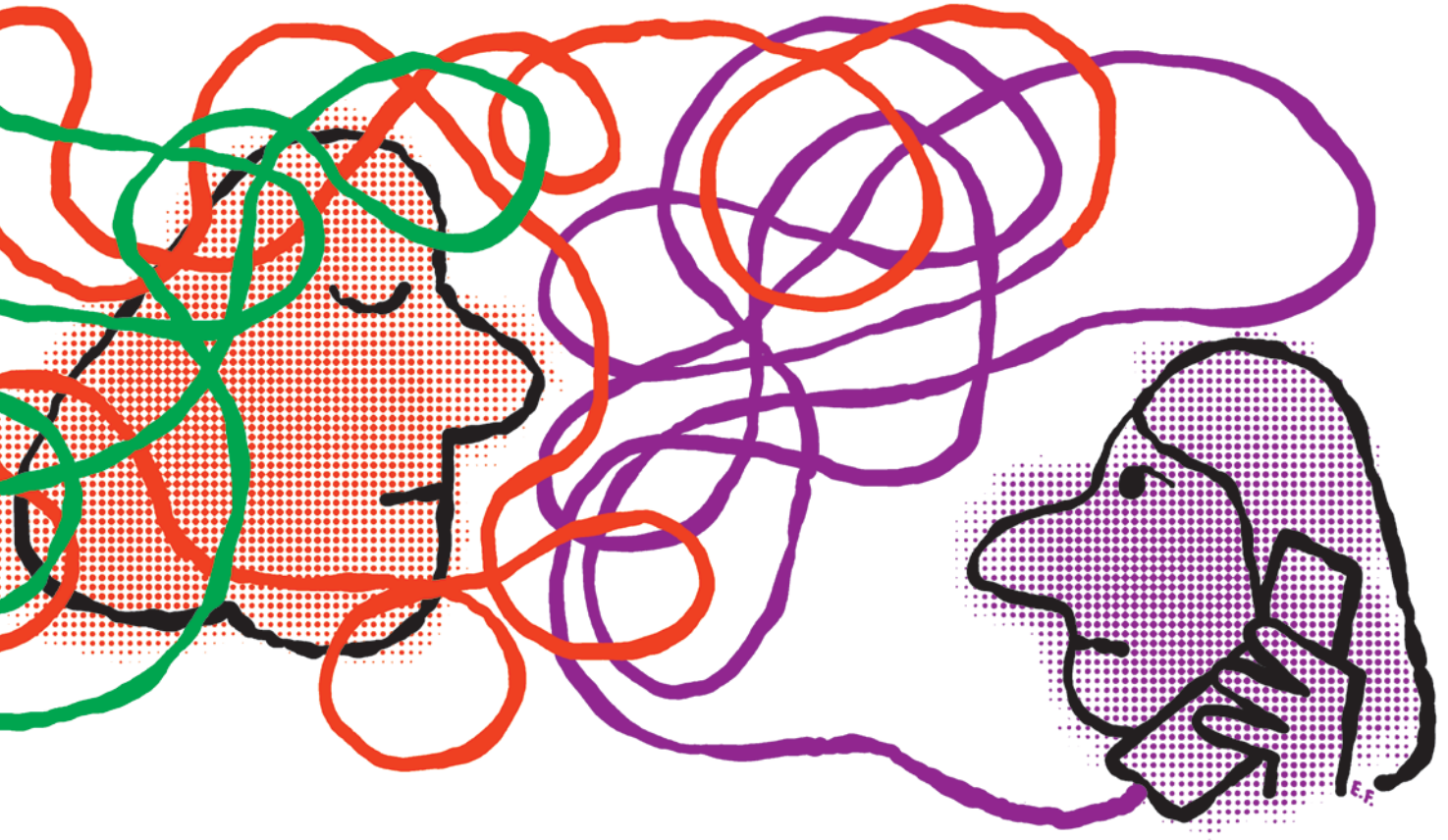
Terapi med telefontolk

Det hender ofte at telefontolk er det einaste alternativet samtaleterapeutar har for å drive terapi på tvers av språkelege barrierar. Eit slikt samarbeid har praktiske, men ikkje minst relasjonelle implikasjonar.

TEKST Steinar Johannessen

KONTAKT steinarjohannessen@hotmail.no

ILLUSTRASJON Espen Friberg



Eg henta pasienten,¹ ringde telefontolken, og sa han kunne introdusere si rolla som tolk. Vi starta samtalen, klienten frå eit sentralafrikansk land og eg. Eg irriterte meg fort over at tolken snakka lenge når eg snakka kort, og at han fleire gonger gjekk i dialog med klienten. Eg minna han venleg på å omsetje alt som vart sagt. Telefonforbindelsen var dårleg, og fleire gonger bad han meg om å gjenta ting eg hadde sagt. Sakte og nølende fortalde pasienten om sine vanskar og overgrepsopplevingar. Tolken heldt fram som før, og eg vart stadig strengare med han, og då eg hørde han fylle vatn frå springen, vart eg veldig tydeleg med han at han måtte konsentrere seg. Idet eg tek blikket av telefonen som står på bordet mellom oss (som eg jo så klart hadde snakka direkte til), ser eg at pasienten ser redd ut, og ho sluttar å fortelje. Med eit bevisst mildt blick og venleg stemme prøver eg å få henne i tale igjen, tolken omsett med ein noko oppskjorta stemme, og ho svarar berre med få ord. Samtalen var over, eg la på røyret, gav pasienten ein ny time, og var sint på den udugelege tolken.

Slike erfaringar gjer at mange samtaleterapeutar grøsser ved tanken om å jobbe psykote-

rapautisk i samarbeid med telefontolk. Dersom det går, vil dei gjerne sleppe det. Samstundes finst det enkle grep du som terapeut kan ta for å unngå liknande fadesar som eg skildrar her.

Det er kanskje ikkje så unaturleg at samtaleterapeutar vil unngå å bruke telefontolk. *Oppmøtetolk* vert anbefalt både i rettleiarar og i faglitteraturen, medan telefontolk blir sett på som ein siste utveg (Boyles & Talbot, 2017; Cambridge, Singh, & Johnson, 2020; Helsedirektoratet, 2010; Miletic et al., 2006; Searight & Searight, 2009). Samstundes skjer om lag halvparten av all tolking i offentleg sektor via telefon, og av økonomiske og praktiske omsyn er telefontolk ofte det einaste tilgjengelege alternativet for samtaleterapeutar i Noreg (IMDi, 2017; Langedal & Bjørknes, 2020).

Det finst lite forskning på terapi i samarbeid med tolk over telefon. I mine søk i PsycINFO, PubMed og Web of Science med søkeorda «remote

”

Ganske kjapt irriterte eg meg over at tolken snakka lenge når eg snakka kort

»

1 Historia er sett saman av somme av mine opplevingar i arbeidet med tolk.

interpretation / telephone interpretation AND psychotherapy» finn eg ingen publiserte artiklar om psykoterapi med telefontolk per april 2020. Boyles og Talbot (2017) meiner at å samarbeide med telefontolk har fleire likskapstrekk med det å jobbe med oppmøtetolk. Jensen, Hansen og Carlsson (2017, s. 5) undersøkte psykoterapi i samarbeid med tolk og skriv at sjølvbehandling utfallet ikkje vert påverka av å samarbeide med oppmøtetolk. *Det er den terapeutiske alliansen som vert annleis*. Og som vi veit, har alliansen stor betydning for behandling utfallet (Flückiger, Del Re, Wampold, & Horvath, 2018).

DEN TRIADISKE ALLIANSEN

Samspelet mellom tolken og meg, som beskrive i innleiinga, peika på mi implisitte forståing av tolken som ein omsetjingsboks, heller enn som ein kollega. Etter kvart har eg samarbeida med tolkar både i inn- og utland, i møte med einlege mindreårige asylsøkjjarar og papirlause migrantar og menneske i humanitære katastrofar. Erfaringa mi er den same som det som vert beskrive i litteraturen: *Terapeuten og tolken utgjør eit tverrfagleg team* (Boyles & Talbot, 2017). I dette perspektivet vert det klart at den terapeutiske alliansen ikkje lenger er dyadisk, men triadisk.

Nye relasjonar oppstår i terapirommet når det er tre eller fleire til stades. Av og til oppstår det ein sterkare allianse mellom pasienten og tolken enn mellom terapeuten og tolken, då pasienten og tolken kan ha felles historie, opplevingar, kultur og språk. Av erfaring kan det då hende at tolken gjerne vil hjelpe pasienten etter samtalen. Eg har òg erfart eit sterkare band med tolken enn med pasienten, der både tolken og eg implisitt kan ha liknande opplevingar av pasienten, utan at pasienten veit om det. Dersom eg eller klienten opplever telefontolken som inkompetent, er det ein fare for at oppgitte blikk og gestar kan gje ein sterkare allianse mellom terapeuten og klienten. Dette siste er sjeldnare, då tolken ofte vert bytta ut. Dei relasjonelle dynamikkane mellom klient, telefontolk og terapeut vil vere til stades i større eller mindre grad gjennom heile terapiforløpet, og kan forsterkast av at tolken og terapeuten ikkje ser kvarandre. I somme tilfelle

kan kanskje relasjonen til tolken vere det som gjer at klienten framleis er motivert til å kome, andre gonger er det relasjonen



Dersom vi ikkje beherskar klientens føretrekte språk, skal vi nytte tolk

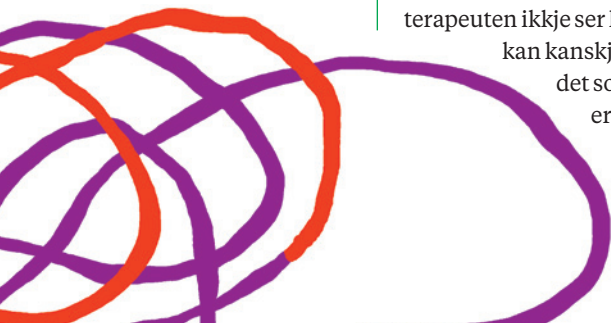
til terapeuten (Kuay et al., 2015). Det hender òg at samarbeidet mellom tolken er det som gjev terapeuten håp, eller det som gjer at tolken orkar å halde fram med tolkeoppdraget over tid.

I tettertid har eg tenkt at delar av fadese som er beskrive i innleiinga, skuldast at tolken og eg hamna i ein kamp om kontrollen over det som vert sagt. Tolken er ekspert på å omsetje meininga med orda mine (Boyles & Talbot, 2017; Skaaden & Felberg, 2011). Som samtalerapeut er eg ekspert på terapi (Skaaden & Felberg, 2011). Samstundes kan eg ikkje ha ekspertrolla utan at tolken gjev meg den, på same måte som tolken ikkje kan hjelpe utan at eg anerkjenner hans ekspertise. Som terapeutar er vi prosessansvarlege og må difor ha eit vakent blikk på korleis våre rolleforståingar verkar inn på terapiprosessen (Tribe & Thompson, 2009). Eg må tole å ha mindre kontroll over terapien. Tolken må tole at det skjer misforståingar mellom pasienten og meg.

Boyles og Talbot (2017) tilrår å tenkje om samarbeidet med tolk i tre ledd: Før og etter samtalen snakkar terapeuten og tolken om relasjonen dei imellom, medan det under sjølv samtalen er meir tolketekniske moment som står sentralt. Desse samtaleene har hjulpet meg til å unngå å ende i uføre som det eg beskriv i innleiinga. Men før ein kjem så langt, må ein avgjere kva tid (telefon)tolk skal nyttast.

KVA TID, KVEN OG KOR LENGE?

Dersom vi ikkje beherskar klientens føretrekte språk, skal vi nytte tolk (Le, Kale, Jareg, & Kumar, 2013; pasientrettighetsloven, 1999). Helsepersonell er ikkje kvalifiserte til å vurdere språkferdigheiter, skriv Le, Kale, Jareg og Kumar (2013), og klare retningslinjer finst ikkje (Kale, Ahlberg, & Duckert, 2010). Helsepersonell overvurderer ofte pasientar sine norskkunnskapar, og pasientar meiner dei treng tolk oftare enn det helsepersonell vurderer (Le et al., 2010). Mi pragmatiske tilnærming er å heller nytte tolk ein gong for mykje enn ein gong for lite.



Samtaleterapeutisk arbeid krev høg språkleg presisjon, noko som stiller høge krav til tolken. Tolkar bør ha dokumenterte kvalifikasjonar på det språket og dialekten pasienten føretrekk (Farooq & Fear, 2003; Helsedirektoratet, 2011). Barn skal ikkje tolke mellom pasientar og helsepersonell, ei heller der den vaksne eller barnet ynskjer det (Forvaltningsloven, 1967). Trass i at det kan verke praktisk å nytte familiemedlemmer, familievenner eller omsorgspersonell som tolkar, er dette sterkt fraråda (Helsedirektoratet, 2011; Hunt & Swartz, 2017).

Terapeuten bør òg tenkje over korleis både tolkens og klientens kjønn, alder og etnisitet, sett i ljøs av henvisningsårsak eller problem, kan verke inn på pasientens tillit til tolken. Til dømes har eg opplevd at ein klient med paranoide vrangførestillingar ikkje ville samarbeide med ein tolk som var frå den kurdiske delen av Irak.

Dersom pasienten snakkar litt norsk, har eg forsøkt å diskutera kva rolle tolken sin alder, kjønn eller etnisitet har, før tolken vert bestilt. Spør òg gjerne om pasienten snakkar fleire språk flytande, slik at ein har fleire tolkar å spele på. Klienten du har frå Bukavu i DR Kongo kan kanskje snakke mashi (lokalt språk), kiswahili (regionalt språk) og fransk (nasjonalt språk). I tillegg kan hen ha studert i Russland og beherske russisk.

Terapeuten gjer klokt i å vurdere kor mykje tid ein treng med tolk for å gje pasienten eit forsvarleg helsetilbod. I regelen tek alt arbeid ein gjer med tolk, minst dobbelt så lang tid som om ein hadde gjort det utan tolk. I somme tilfelle må vi terapeutar våge å argumentere overfor arbeidsgivar kvifor det er naudsynt med meir enn 45 min. samtalar når ein jobbar med telefontolk.

ALLIANSEBYGGING I FORSAMTALEN

Klienten i innleiinga ville fått mykje betre hjelp hadde eg teke meg tida til å jobbe med relasjonen til tolken idet eg kontakta han før første samtale. Eg ville forklart at eg ringde for å

snakke om korleis vi skulle samarbeide (Tribe & Thompson, 2009). Ein slik forsamtale er ekstra viktig når ein jobbar over telefon og ikkje ser kvarandre. Eg tenkjer at tolken skal kunne vere så transparent som mogleg, både når det gjeld ting hen ikkje forstår, ikkje finn orda for eller om han vert emosjonelt overvelda (Searight & Searight, 2009). Ei slik openheit fordrar ein trygg samarbeidsrelasjon.

Ofte er det enklast å ha forsamtalen ein halvtime før pasienten kjem, som ein del av tida ein tingar frå tolkeleverandøren. Dersom ein finn ut at tolken kjenner pasienten privat, må ein avlyse timen og tinge ny tolk. I forsamtalen er det klokt å vere innom kva språk tolken meistrar, kva erfaringar han/ho har med å tolke for terapeutar, og å avklare kva kvar enkelt si rolle er. Spesielt viktig er det å seie noko om kva tolken kan gjere dersom han/ho opplever at terapeuten snakkar for lenge om gongen eller nyttar for mykje sjargong. Det er òg essensielt å seie korleis du som terapeut vil opptre dersom du vert uroleg for at det vert lagt til eller trekt frå ting frå det du har sagt, eller om du blir i tvil om tolken held seg til si rolle (Boyles & Talbot, 2017; Skaaden & Felberg, 2011). Gå gjennom kva hensikta med den terapeutiske samtalen skal vere, og ikkje minst korleis tolken skal forhalde seg til augneblinkar med stille.

Eg har funne det svært nyttig å snakke om viktigheita av at tolken er kjenslemessig inntona på måten eg forhold meg til pasienten på, at tolken legg seg på same tempo og toneleie som meg. Dette fordi den non-verbale kommunikasjonen mellom tolk og terapeut forsvinn ved telefontolking, samstundes som at tolken ei heller ser klienten og hans eller hennar reaksjonar.

Å saman gå gjennom fagspesifikke omgrep som truleg vil kome til bli nytta i den følgjande samtalen, gjer at begge har ei omforeint forståing av kva som ligg i til dømes mentalisering, omsorgsevne eller aktivering (O'Hara & Akinsulure-Smith, 2011). Fleire tolkar melder tilbake at det er viktig for tolken å vite kven som skal vere med i samtalen; namn, alder, kjønn og nasjonalitet. Kjønn og alder avgjer av og til korleis verb og pronomen vert bøygde, setningar vert bygde opp, og kva vokabular som vert nytta. I tillegg bør tolken og terapeuten diskutere korleis tolken kan forklare nok om den kulturelle og historiske samanhengen pasienten står i, til at terapeuten forstår, samstundes som ein må halde slike forklaringar på eit minimum, »



Mi pragmatiske tilnærming er å heller nytte tolk ein gong for mykje enn ein gong for lite

for at pasienten si fortelling ikkje vert forstyrra av tolken si eiga forståing (Hunt & Swartz, 2017).

Forsamtalen er òg eit god høve til å forsikre seg om at dei praktiske føresetnadane for telefontolkning er til stades; korrekt telefonnummer, teknisk utstyr som fungerer, at begge høyrer kvarandre, at tolken er på eit stille rom, og at tolken og terapeuten forstår kvarandre si dialekt.

UNDER TERAPISAMTALEN

Klienten i introduksjonen hadde òg fått betre hjelp om eg hadde vore tydeleg og eksplisitt på korleis både terapeut, tolk og klient saman kan få samtalen til å fungere. Det viktigaste er at terapeuten snakkar i få nok setningar til at tolken kan omsetje presist. Eg tenkjer ofte på at eg berre skal formidle *eit poeng* per ytring som skal omsetjast (Farooq & Fear, 2003). Utan tolk kan eg til dømes kort beskrive påtrengjande minne, kanskje illustrere med eit bilete og så høyre om pasienten kjenner seg igjen. Med telefontolk må dette delast opp, slik at eit eller to symptom vert omsett om gongen, før ein til slutt spør om dette er noko pasienten kan kjenne seg igjen i.

Det har vist seg å vere nyttig å gjenta viktige omgrep fleire gonger, på ulike måtar, og dvide ved viktige tema litt lenger enn det ein gjer i terapi utan tolk. For telefontolken er det ei ekstra utfordring å ikkje sjå kva som skjer i rommet. Å spegle pasienten verbalt på det som skjer non-verbalt («eg ser at tårene dine renn når du seier dette»), tener ein dobbel funksjon med at pasienten opplever å bli sett, samstundes som at tolken får vite kva som skjer i rommet. Å jobbe med telefontolk er òg ei god øving i å nytte alt ein kan som terapeut, utan å måtte ty til fagsjargong. Faglege omgrep kan ofte ikkje omsetjast, og å nytte faguttrykk aukar dermed sjansen for at tolken må gje pasienten si forståing av eit uttrykk hen ikkje er heilt van med (Farooq & Fear, 2003).

Det er òg nyttig å sjekke med pasienten korleis han eller ho opplever tolkinga undervegs, og gjerne på intuisjon sjekke med tolken om ordet du nett brukte, er eit ord dei har på språket han omset til (Boyles & Talbot, 2017). Terapeuten bør non-verbalt formidle venlegheit, tryggleik og empati, både når tolken omset det terapeuten seier og det pasienten seier. Er ein ikkje bevisst på dette, risikerer ein å hamne i ein dynamikk der empatien og forståinga alltid er forsinka, altså etter at pasienten har uttrykt sin faktiske følelse. Dersom du finn det naudsynt å snakke med tolken om samarbeidet under samtalen, er det vik-

tig at tempo og den emosjonelle kvaliteten på det som er sagt, ligg tett opp til det som går føre seg i samtalen mellom terapeut og klient. Viss ikkje risikerer vi det eg trur eg utsette min klient i introduksjonen for. Kven skulle ho forhalde seg til; den milde eller den frustrerte terapeuten?

ETTER TERAPISAMTALEN

Etter at pasienten er gått, kan terapeuten gjerne ringe tolken. I tilfellet eg skriv om i starten, hadde det vore på sin plass å kontakte tolken igjen og beklaga måten eg kommuniserte på. Vidare skulle vi saman ha evaluert kvaliteten på kommunikasjonen (Miletic et al., 2006). Korleis opplevde tolken samarbeidet? Kva fungerte bra? Var det mykje sjargong («reptilhjernen»), ord som var vanskelege å omsetje («dugnad»), eller metaforar som var kulturelt upassande («å hoppe etter Wirkola»)? Var setningane passe lange? Er det ting som burde vore sagt eller gjort annleis? Med auka tryggleik vert det enklare å kome med og ta imot konstruktive tilbakemeldingar.

Fordi psykoterapi gjerne rører ved fellesmeneskelege erfaringar som er vanskelege, plar eg å spørje tolken varsamt kva samtalen gjorde med han (Miletic et al., 2006; Nygard, 2007; Tribe & Lane, 2009). Dette kan bidra til å halde flinke tolkar motiverte til nye oppdrag. Samstundes er det ekstra viktig å rutinemessig gjere dette når ein jobbar med telefontolk, då terapeuten ikkje kan registrere non-verbale indikasjonar på korleis denne samtalen verka på tolken. Hensikta er å gjere samarbeidet mellom tolk og terapeut så trygt at òg private omstende, som vil kunne verke inn på jobben tolken gjer, kan tematiserast. Terapeuten skal ikkje her bli terapeut for tolken, men heller henvise tolken til relevante hjelpeinstansar dersom det trengs.

Det kan vere lett å komme til å diskutere pasienten eller klienten, anten fordi terapeuten spør, eller fordi tolken gjerne vil kome med sine synspunkt. Her har begge eit ansvar for å kjenne si rolle: Det er berre terapeuten som skal gjere vur-



I regelen tek alt arbeid ein gjer med tolk, minst dobbelt så lang tid som om ein hadde gjort det utan tolk



Eg tenkjer ofte på at eg berre skal formidle *eit poeng* per ytring som skal omsetjast

deringar knytt til psykisk helse, basert på egne observasjonar (Skaaden & Felberg, 2011).

MEIR SYSTEMATISK OPPLÆRING TRENGS

Gjennom å jobbe med samarbeidsrelasjonen til telefонтolken og tematisere enkle tolketek-

niske problemstillingar, kan fleire av dei negative sidene ved psykoterapi med telefontolk avgrensast. Med ved å følgje prinsippa som er beskrevet over, vil terapeut og tolk kunne auke kvaliteten på hjelpa dei gjev. Samstundes kan dette berre vere ei mellombels løysing, for kvaliteten på hjelpa skal ikkje vere opp til den enkelte tolk og terapeut sin interesse og kunnskap. Det trengs meir systematisk opplæring av både tolkar og terapeutar som over telefon skal samarbeide i psykoterapeutiske prosessar. Her har både tolkeleverandørar, helseføretak, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, og ikkje minst Psykologforeninga, eit ansvar. ✕

REFERANSAR

- Boyles, J., & Talbot, N. (2017). *Working with Interpreters in Psychological Therapy: The Right To Be Understood*. Taylor & Francis.
- Cambridge, J., Singh, S., & Johnson, M. R. (2020). The Challenges of Interpreting in Psychotherapy. I M. Schouler-Ocak & M.C. Kastrup (red.), *Intercultural Psychotherapy* (s. 317–330). Springer.
- Farooq, S., & Fear, C. (2003). Working through interpreters. *Advances in psychiatric treatment*, 9(2), 104–109. doi:https://doi.org/10.1192/apt.9.2.104
- Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316.
- Forvaltningsloven (1967). Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker (LOV-1967-02-10).
- Helsedirektoratet. (2010). *Helsetjenestetilbudet til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente*. https://www.fylkesmannen.no/contentassets/ab144bb100e04a2cb1d40135bfe00f45/is-1022-helsetjenestetilbudet-til-asylsøkere-flyktninger.pdf
- Helsedirektoratet (2011). *Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene*. https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-kommunikasjon-via-tolk-for-ledere-og-personell-i-helse-og-omsorgstjenestene
- Hunt, X., & Swartz, L. (2017). Psychotherapy with a language interpreter: Considerations and cautions for practice. *South African Journal of Psychology*, 47(1), 97–109. doi:https://doi.org/10.1177/0081246316650840
- IMDi. (2017). *Behovet for tolk i 2017*. https://www.imdi.no/contentassets/9471e477a7494d11826d63cf9af21ac1/behovet-for-tolk-i-2017
- Jensen, R.S., Hansen, T.M.N., & Carlsson, J.M. (2017). Effekt af brug af tolk i psykoterapi. *Ugeskrift for Læger [online]*, 179(21).
- Kale, E., Ahlberg, N., & Duckert, F. (2010). Hvordan håndterer helsepersonell språklige barrierer? En undersøkelse av tolkebruk i helsevesenet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(9), 818–823.
- Kuay, J., Chopra, P., Kaplan, I., & Szwarc, J. (2015). Conducting psychotherapy with an interpreter. *Australasian Psychiatry*, 23(3), 282–286.
- Langedal, S.S., & Bjørknes, R. (2020). Forsvarleg bruk av telefontolking i barnevernet? *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 97(01), 58–74.
- Le, C., Kale, E., Jareg, K., & Kumar, B.N. (2013). Når pasienten snakker litt norsk: En dypere forståelse av underforbruk av tolk i helsetjenester. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(10), 999–1005.
- Miletic, T., Piu, M., Minas, H., Stankovska, M., Stolk, Y., & Klimidis, S. (2006). *Guidelines for working effectively with interpreters in mental health settings*. Victorian Transcultural Psychiatry Unit Victoria, Australia.
- Nygard, B. (2007). Hvordan bruke tolk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(2), 154.
- O'Hara, M., & Akinsulure-Smith, A.M. (2011). Working with interpreters: Tools for clinicians conducting psychotherapy with forced immigrants. *International Journal of Migration, Health and Social Care*. doi:10.1108/17479891111176287
- Pasientrettighetsloven (1999). Lov om pasientrettigheter (LOV-1999-07-02, nr.63 §3).
- Searight, H.R., & Searight, B.K. (2009). Working with foreign language interpreters: Recommendations for psychological practice. *Professional psychology: Research and practice*, 40(5), 444. doi:https://doi.org/10.1037/a0016788
- Skaaden, H., & Felberg, R. (2011). Språkbarrierer og profesjonell integritet i psykologers virke. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48, 535–537.
- Tribe, R., & Lane, P. (2009). Working with interpreters across language and culture in mental health. *Journal of mental health*, 18(3), 233–241. doi:https://doi.org/10.1080/09638230701879102
- Tribe, R., & Thompson, K. (2009). Exploring the three-way relationship in therapeutic work with interpreters. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 5(2), 13–21.
- Tribe, R., & Tunariu, A. (2009). Mind your language: Working with interpreters in healthcare settings and therapeutic encounters. *Sexual and Relationship Therapy*, 24(1), 74–84. doi:https://doi.org/10.1080/14681990802666023

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2020 S. 812-823 FAGFELLEVDERT

ROAR FOSSE¹, MARIANNE SKOGBROTT BIRKELAND², INES BLIX², MONICA STRAND¹,
PAUL MØLLER¹ og SIRI THORESEN²¹Klinikk for Psykisk helse og rus, Vestre Viken, ²Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

KONTAKT roar.fosse@vestreviken.no

COVID-19: REAKSJONER HOS BRUKERE AV BEHANDLINGSTILBUD FOR PSYKISKE VANSKER OG RUSPROBLEMER

Hvordan har pandemien påvirket brukere av tilbud i psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling? Svarene brukerne gir kan gjøre tjenestene bedre rustet til å møte behovene deres.

Tidligere studier tilsier at konsekvensene av storskala sykdomsutbrudd, som ved en pandemi, ikke bare omfatter befolkningens fysiske helse, men også befolkningens atferd og psykiske helse. Vanlige konsekvenser for befolkningens psykiske helse er økte stressreaksjoner og økt forekomst av angst og depresjon (Perrin et al., 2009). Ved virusutbrudd frykter vi for vår egen og våre næres helse og for å smitte andre (Brooks et al., 2020). Uro og angst kan også øke ved at flere av virussyptomene er generelle og diffuse og kan forveksles med vanlige symptomer på forkjølelse og allergi (Folkehelseinstituttet, 2020). Anbefalte samfunnsmessige tiltak som sterkt hygienefokus, sosial distan-

ABSTRACT

Covid-19: Reactions among service users in mental health and substance abuse care

Background: Previous studies have documented negative impacts of the covid-19 pandemic on mental health in the general community. Less is known about how the pandemic has impacted users of mental health and substance abuse services.

Methods: We invited users of mental health and substance abuse services to an online survey concerning their reactions to the pandemic (N = 2264, response rate = 15.1 %). Specifically, we investigated potential associations between strains and worries due to covid-19 and current stress reactions, anxiety-depression, somatic complaints, suicidality, and loneliness.

Results: Pandemic-related strains and worries were highly prevalent and explained a significant proportion (up to 31 %) of current mental and physical health problems. Issues related to reduced access to health care and treatment had consistent associations with the current health problems.

Conclusion: Users of mental health and substance abuse treatments are particularly vulnerable to experiencing stress and strains due to the pandemic. It may be of vital importance for such services to secure continuity of treatment throughout the pandemic to avoid unnecessary burdens on service users.

Keywords: covid-19, mental health problems, substance abuse, service users, treatment services

»

sering, karantene og isolasjon kan ytterligere belaste den psykiske helsen, kanskje særlig hos sårbare individer slik som personer med pågående psykiske vansker (Brooks et al., 2020). Studier i Norge peker på et forhøyet nivå av psykiske helseplager blant både voksne og ungdom under covid-19-utbruddet, som symptomer på angst, depresjon og stressreaksjoner (Bekkhus et al., 2020; Ebrahimi et al., 2020; Thoresen et al., 2020). Det foreligger allerede flere oversiktsartikler som viser tilsvarende funn fra en rekke andre land, for eksempel Rajkumar (2020), Salari et al. (2020), Vindegaard og Benros (2020) og Xiong et al. (2020).

Vi vet imidlertid lite om hvordan koronaviruspandemien så vel som tidligere pandemier har påvirket den psykiske helsen til mennesker som allerede har psykiske helseproblemer. Fra enkelte covid-19-studier i land som Spania, Tyrkia og Australia er det rapportert at personer i den generelle befolkningen som har psykiske vansker, skåret høyere på mål av stress, angst og depresjon enn andre, men uten at studiene kunne svare på om disse personene hadde fått mer symptomer under pandemien (Gonzalez-Sanguino et al., 2020; Ozdin & Ozdin, 2020; Van Rheenen et al., 2020). Personer med alvorlige psykiske vansker kan reagere spesielt sterkt på en pandemi siden de generelt er sensitive for belastninger og stress (Yao et al., 2020). Psykiske vansker kan også forverres ved sosial isolasjon og tap av vanlige kontaktpunkter med helsepersonell. Lauveng og Skjeldal (2020) rapporterte i mai at personer med egenerfaring i psykisk helsevern oppga å ha fått mer angst, depresjon og selvmordstanker samt økt ensomhet og rusmiddelbruk under pandemien.

Til tross for den raske forskningsinnsatsen om pandemiens effekter på psykisk helse vet vi i dag lite om hvordan pandemien påvirker brukere av tilbud i psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling. Dermed er det vanskelig å vite hvordan behandlingstilbudene best skal tilrettelegges for å møte brukernes behov. I denne studien kartla vi derfor belastninger og bekymringer knyttet til pandemien blant brukere med psykiske vansker og rusproblemer, og undersøkte hvilke belastninger og bekymringer som var knyttet til deres psykiske og fysiske helse.

METODE

I denne tverrsnittsstudien besvarte voksne brukere av tjenestetilbud i psykisk helsevern og

tverrfaglig spesialisert rusbehandling en spørreundersøkelse om reaksjoner på pandemien og nedstengingen av samfunnet. Vi gjennomførte undersøkelsen i perioden onsdag 20. mai – søndag 31. mai 2020. Dette var en tidlig «åpneopp»-fase, der man hadde bedre kontroll over smittespredningen i Norge. «Hytteforbudet» var tilbakelagt, barnehager var gjenåpnet, og skolene var i ferd med å åpne for alle elever. Fremdeles gjaldt oppfordringene om god hygiene og fysisk avstand til andre mennesker og å unngå bruk av kollektivtransport, i tillegg til bruk av karantene ved mulig smitte og isolasjon ved bekreftet smitte. Det var heller ikke mulig å avholde idretts- og kulturarrangementer.

Etikk

Hovedformålet med denne kvalitetsstudien i spesialisthelsetjenesten for psykisk helse og rus var å kvalitetssikre og tilrettelegge tjenestetilbudet under pandemisituasjonen på grunnlag av informasjon fra brukerne om deres reaksjoner på pandemien. Klinikkleidelsen i Psykisk helse og rus, Vestre Viken gav sin tilslutning til studien. Kvalitetsstudien ble tilrådt av Personvernombudet i Vestre Viken, reg.nr. 20/042 8–1. Autorisert personell hentet ut kontaktinformasjon (telefonnummer) til pasientene fra elektronisk pasientjournal. Deltakerne fikk tilsendt invitasjon per SMS med lenke til å besvare spørreundersøkelsen, sendt fra UiOs løsning «Nettskjema». Deltakerne besvarte anonymt, og dataene ble lagret i Tjenester for Sensitive Data (TSD). Deltakerne fikk informasjon om formålet med undersøkelsen, at besvarelsene var anonyme, hvordan data ble oppbevart, og kontaktinformasjon til den ansvarlige i Forsknings- og utviklingsavdelingen i Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken. Deltakerne bekreftet at de ønsket å delta, før de besvarte spørsmålene i undersøkelsen.

Deltakere

Vi inviterte alle voksne personer (18 år og oppover) som hadde brukt behandlingstilbud mellom 1. mai 2019 og 10. mai 2020 ved fem distriktpsikiatriske sentre (DPS) (Asker, Bærum, Drammen, Kongsberg, Ringerike), Psykiatrisk avdeling Blakstad (unntatt alderspsykiatri) og Avdeling for rus og avhengighet (ARA) i Vestre Viken helseforetak og som hadde registrert telefonnumre i elektronisk pasientjournal (N =15030).

Totalt 2264 brukere (15,1 %) besvarte undersøkelsen, 1589 kvinner (70,2 %) og 661 menn (29,2 %) (14 oppgav «annet» for kjønn, 0,6 %). Alder varierte fra 18 til 73 år, gjennomsnitt var 41,1 år (SD = 13,0). Et flertall av deltakerne oppgav å ha benyttet behandlingstilbud det siste året ved DPS (76,5 %), 7,4 % hadde mottatt spesialisert behandling for rusmiddelproblemer (inklusive LAR), 6,7 % hadde mottatt behandlingstilbud ved Blakstad sykehus og 32,3 % tilbud fra psykisk helse i kommunen.

Deltakerne oppgav å ha psykiske vansker (forut for pandemien) innenfor følgende områder, med et snitt på 2,9 (SD = 1,9) områder per person: depresjon – 70,5 %, angst eller fobi – 63,4 %, stresslidelse (f.eks. PTSD) – 38,6 %, tvangsproblematikk – 21,5 %, spiseforstyrrelser – 16,8 %, hyperaktivitet (ADHD mv.) – 14,3 %, dissosiasjon – 13,1 %, bipolar lidelse – 10,7 %, psykosevansker – 10,0 % og rusmiddelproblematikk – 9,9 %. Denne fordelingen er grovt sett i tråd med at det blant brukere av behandlingstilbud i psykisk helsevern er vanligst med fobier og andre angstlidelser (F40–49 i ICD-10) (30–35 %) og depresjon, mani og bipolar lidelse (F30–39) (30–35 %) (Helsedirektoratet, 2018). Kjønnfordelingen i utvalget var sammenliknbar med den i psykisk helsevern og rusfeltet generelt. Ifølge offentlige statistikker har dobbelt så mange kvinner som menn angst- og depresjonslidelser, med likere fordeling for psykoser og ruslidelser (Folkehelseinstituttet, 2018). I vårt utvalg var fordelingen av kvinner og menn omtrent 70–30 for angst og depresjon og 50–50 for psykoser og rusproblemer.

Måleinstrumenter

I denne artikkelen presenterer vi data fra spørreundersøkelsen som omhandler belastninger og bekymringer knyttet til pandemien og deltakernes aktuelle psykiske og fysiske helse. I analysene brukte vi belastningene og bekymringene som prediktorer og psykisk og fysisk helse, selvmordstanker og ensomhet som utfallsmål for å undersøke eventuelle sammenhenger.

Pandemirelaterte belastninger og bekymringer

Spørreskjemaet inkluderte spørsmål om 18 belastninger og 11 bekymringer knyttet til pandemien (tabell 1 og figur 1). Disse spørsmålene er hentet fra en tysk studie om covid-19, «COSMO» (Betsch et al., 2020), og ble oversatt til norsk og tilpasset de tiltakene som myndighetene hadde iverksatt i Norge ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Spørsmålene som omhandlet belastninger, hadde svaralternativene «ja»/«nei», mens spørsmålene som omhandlet bekymringer, skulle skåres på en skala fra 1 («bekymrer meg ikke i det hele tatt») til 7 («bekymrer meg mye»). Vi definerte responser som 'bekymret' ved skårene 5, 6 eller 7 på skalaen. I regresjonsanalyser brukte vi imidlertid spørsmålene som kontinuerlige variabler.

Psykisk helse

Stressreaksjoner. Vi undersøkte stressreaksjoner på pandemien med en kort skala for posttraumatiske stress (PTSD)-symptomer i DSM IV (Lang & Stein, 2005). Vi ba deltakerne om å svare ut fra stressreaksjoner på pandemien som helhet eller en hendelse ved pandemien som pekte seg ut som spesielt belastende. Skalaen har seks spørsmål for henholdsvis (1) gjentatte, forstyrrende og uønskede minner om det som skjedde (her: pandemien som helhet eller en hendelse ved den), (2) å føle seg



Vi fant betydelige sammenhenger mellom pandemirelaterte belastninger og bekymringer og brukernes nåværende nivå av angst/depresjon, PTSD-symptomer, ensomhet og somatiske smerter

»

veldig opprørt når noe minner en om det som skjedde, (3) forsøk på å unngå påminnelser om den stressende hendelsen, (4) irritabel atferd, sinte utbrudd eller at en har opptrådt aggressivt, (5) vanskeligheter med å konsentrere seg, og (6) å føle seg fjern / avskåret fra andre mennesker. Deltakerne skåret hvor plaget de hadde vært den siste måneden, fra 1 («ikke plaget») til 5 («ekstremt plaget»). I analysene ekskluderte vi spørsmål 6 fordi det i denne konteksten har en annen betydning enn ellers, siden sosial distansering var en del av samfunnets håndtering av pandemien. Cronbachs alfa for skalaen var 0,86.

Angst og depresjon, somatiske smerter og suicidalitet. Vi brukte spørsmål eller påstander fra Hopkins Symptoms Checklist (HSCL) for å måle symptomer på henholdsvis (i) angst og depresjon, (ii) somatiske smerter og (iii) suicidalitet. På disse spørsmålene (se nedenfor) svarte deltakerne ut fra hvor plaget de hadde følt seg de siste to ukene, der skalaen gikk fra 1 («ikke plaget») til 4 («veldig mye plaget») (Derogatis et al., 1974).

Vi brukte fem spørsmål eller påstander fra HSCL for symptomer på angst og depresjon: (1) følt deg redd eller engstelig; (2) å føle håpløshet om framtida, (3) følt deg anspent eller oppjaget (uroelig), (4) følt deg nedfor eller trist, og (5) bekymret deg for mye om forskjellige ting. Denne skalaen for angst/depresjon har vist god reliabilitet og validitet (Strand et al., 2003), og i vår studie var Cronbachs alfa 0,92. Videre brukte vi fire spørsmål fra HSCL for somatiske smerter (Cronbachs alfa = 0,73), med fokus på (1) hodepine, (2) magesmerter, (3) smerter i nakke, skuldre eller øvre del av ryggen og (4) smerter i nedre del av ryggen. Vi brukte ett spørsmål fra HSCL for å kartlegge selvmordstanker blant deltakerne, formulert som «(jeg) har tanker om å gjøre slutt på livet mitt».

Ensomhet. Vi målte ensomhet med en norsk versjon av «Three-Item Loneliness scale» (Hughes et al., 2004). Respondentene ble spurt om hvor ofte de (1) savner samvær med andre, (2) føler seg utelatt og (3) føler seg isolert, der de svarte på en skala fra 1 («aldri/ nesten aldri») til 2 («noen ganger») og 3 («ofte») (Cronbachs alfa = 0,82).

Statistiske analyser

Vi brukte lineære regresjonsanalyser (SPSS versjon 25) til å undersøke eventuelle sammenhenger mellom pandemirelaterte belastninger og bekymringer (prediktorer) og deltakernes aktu-

elle PTSD-symptomer, angst/depresjon, somatiske smerter, selvmordstanker og ensomhet (utfallsmål). For å kontrollere for mulige konfunderende effekter kontrollerte vi for alder, kjønn og hvorvidt behandling i spesialisthelsetjenesten var avsluttet eller ei før pandemiutbruddet. Inspeksjon av spredningsplott tydet på lineære sammenhenger mellom prediktorene og de avhengige variablene. Vi brukte VIF-tester («variance inflation factor») til å undersøke fravær av multikollinearitet. VIF-verdiene var mellom 1,03 og 2,04, hvilket tilsa at multikollinearitet ikke var et problem (VIF over 5 anses gjerne å indikere høy multikollinearitet). I resultatdelen rapporterer vi part-korrelasjoner som mål på effektstørrelse – som er korrelasjonen mellom hver av de uavhengige variablene og den avhengige variabelen etter at de andre uavhengige variablene er kontrollert for (Dudgeon, 2016).

Vi brukte også lineære regresjonsanalyser til å beregne hvor stor del av variasjonen på utfallsmålene blant deltakerne som kunne forklares med belastningene og bekymringene knyttet til pandemien. Vi brukte her justert R^2 (forklart varians) som et uttrykk for andelen av variasjonen mellom deltakerne i aktuelle helsetjenester som kunne forklares med pandemibelastningene og bekymringene.

RESULTATER

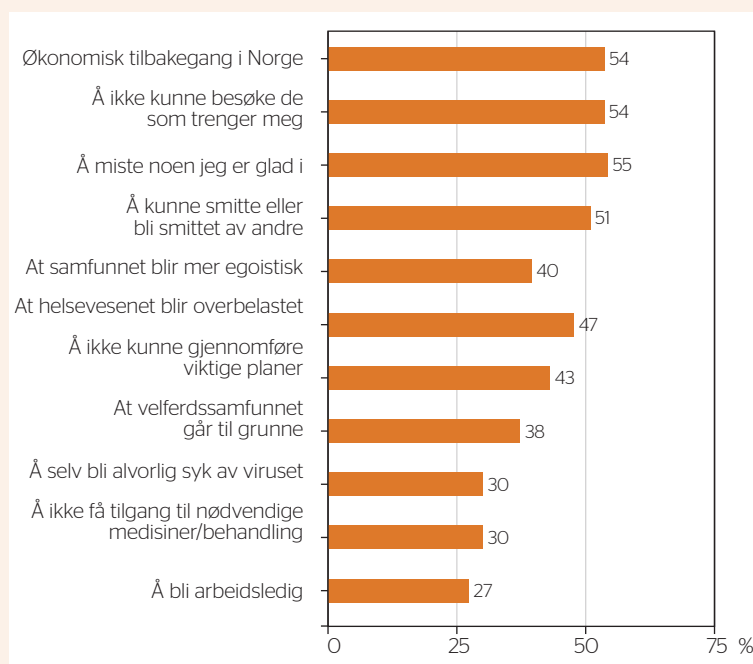
Belastninger knyttet til pandemien

Av de 2264 deltakerne hadde 2161 (94 %) erfart minst en pandemirelatert belastning, med et gjennomsnitt på 3,7 (SD = 2,0) belastninger per deltaker. De vanligste belastningene direkte knyttet til covid-19 (tabell 1), var å ha hatt fysisk nærhet til mange mennesker i jobben, å ha hatt covid-19-liknende symptomer, men uten bekreftet smitte og å ha en kronisk sykdom med risiko for alvorlig forløp ved covid-19. Omtrent en femdel av deltakerne oppgav hver av disse belastningene. En større andel hadde erfart belastninger knyttet til smittevernstiltak, der de vanligste var å ha fått avlyst eller utsatt viktige begivenheter (64 % av deltakerne), å ha fått utsatt helsehjelp (54 %) og i mindre grad enn vanlig kunnet gi omsorg til nærstående som trenger det (40 %). Av spesiell interesse er at 30 % opplevde å ha fått avbrutt behandling for psykiske helseproblemer på grunn av pandemien, og at 36 % hadde unnlatt å oppsøke helsetjenester på grunn av redsel for smitte eller for å belaste helsevesenet.

TABELL 1 Belastninger knyttet direkte til covid-19 og til smitteverntiltak.

Belastninger direkte knyttet til covid-19	Andel av brukere (N=2264)
Har du vært i fysisk nærhet av mange mennesker i jobben (kunder, pasienter, andre)?	23,8 %*
Har du en kronisk sykdom eller helseproblem som gir økt risiko for alvorlig sykdom av covid-19 (f.eks. kreft, hjertesykdom, diabetes)?	22,2 %
Har du hatt covid-19-lignende symptomer, men ikke bekreftet smitte?	20,9 %
Har du arbeidet med personer i høyrisikogruppe (f.eks. sykehjem, sykehus, hjemmesykepleie)?	11,0 %
Kjenner du noen som er død av covid-19?	4,9 %
Har du hatt arbeidsoppgaver som innebærer fysisk nærhet til personer med mistenkt eller påvist covid-19 infeksjon?	6,5 %
Har du hatt nærkontakt med en person som har vært bekreftet smittet av covid-19?	0,8 %
Har du vært bekreftet smittet av covid-19 (har vært testet positivt)?	0,5 %
Har du vært innlagt på sykehus for covid-19-symptomer?	0,8 %
Belastninger knyttet til smitteverntiltak	
Har viktige begivenheter blitt avlyst, utsatt eller vesentlig begrenset (f.eks. bryllup, begravelse, jubileum, konfirmasjon, ferie)?	63,7 %
Har du i mindre grad kunnet gi omsorg eller hjelp til nærstående som trenger det (f.eks. ikke kunnet besøke eldre familiemedlem)?	44,3 %
Har du fått utsatt helsehjelp fordi tjenesten ikke har tatt imot pasienter under pandemien (f.eks. tannlege, fysioterapi, lege)?	54,1 %
Har du unnlatt å oppsøke helsetjenester på grunn av redsel for smitte eller for ikke å belaste helsevesenet?	36,4 %
Har du blitt permittert fra jobb (helt eller delvis)?	13,0 %
Har du fått utsatt planlagt medisinsk behandling (f.eks. operasjon, kreftbehandling)?	9,1 %
Har du fått økonomiske problemer?	13,8 %
Har du fått avbrutt behandling for psykiske helseproblemer på grunn av pandemien?	30,1 %
Har du mistet jobben?	2,8 %

* Andelen av deltakerne med «ja»-svar



FIGUR 1 Bekymringer knyttet til pandemien. Andel som svarte 5-7 på en skala fra 1 (bekymrer meg ikke i det hele tatt) til 7 (bekymrer meg mye).

Bekymringer knyttet til pandemien

Figur 1 angir andelen av deltakerne som var bekymret for hvert av 11 forhold knyttet til pandemien. Nitti prosent av deltagerne (n = 2244) bekymret seg (skåre på 5 eller høyere på 1-7-skalaen) for minst ett av de 11 temaene, med 4,7 (SD = 3,0) slike temaer i snitt. Over halvparten av deltakerne bekymret seg henholdsvis for å miste noen en er glad i, økonomisk tilbakegang i Norge, å ikke kunne besøke de som trenger en, og å kunne bli smittet av eller smitte andre. Av spesiell interesse er også at 47 % bekymret seg for at helsevesenet blir overbelastet, og 30 % for å ikke få tilgang til nødvendige medisiner og behandling.

Betydningen av belastninger for psykisk og fysisk helse

Vi fant signifikante sammenhenger mellom pandemirelaterte belastninger og alle de fem utfallsmålene for nåværende psykisk og fysisk helse (dette var analyser der alle belastningene var kontrollert for hverandre, og der vi også kon-

»

TABELL 2 Sammenhenger mellom pandemirelaterte belastninger og deltakernes nåværende psykiske og fysiske helse.

Pandemirelaterte belastninger (nei, ja)	PTSD-symptomer					Angst/ depresjon				
	Beta	95 % CI	p	β	r_p	Beta	95 % CI	p	β	r_p
Har kronisk risiksykdom/helseproblem	,22	,13 ,31	<,001	,09	,09	,15	,07 ,24	<,001	,07	,07
Unnlatt å oppsøke helsetj. gr. smitte/belast.	,35	,27 ,43	<,001	,17	,16	,27	,19 ,34	<,001	,14	,13
Fått økonomiske problemer	,47	,35 ,59	<,001	,17	,15	,32	,21 ,43	<,001	,12	,11
Fått avbrutt behandling for psykiske vansker	,30	,22 ,39	<,001	,14	,14	,37	,29 ,45	<,001	,18	,18
Fått utsatt helsehjelp	,05	-,03 ,13	,268	,02	,02	,05	-,02 ,13	,157	,03	,03
Hatt covid-19-lign. sympt. – ikke bekreftet	,02	-,08 ,11	,749	,01	,01	-,02	-,11 ,07	,658	-,01	-,01
Kjenner noen som er død av covid-19	,15	-,02 ,32	,093	,03	,03	,12	-,04 ,28	,135	,03	,03
Fysisk nærhet av mange mennesker i jobben	-,04	-,14 ,07	,496	-,02	-,01	-,03	-,12 ,07	,602	-,01	-,01
Arbeidet fysisk nær mulig smittede personer	,11	-,08 ,30	,253	,03	,02	,01	-,17 ,19	,915	,00	,00
Nærkontakt med en bekreftet smittet	,06	-,49 ,62	,821	,01	,00	,23	-,28 ,74	,380	,02	,02
Bekreftet smittet av viruset	,33	-,37 1,0	,352	,02	,02	,35	-,29 1,0	,284	,03	,02
Vært innlagt på sykehus for covid-19	-,20	-,68 ,27	,403	-,02	-,02	-,25	-,69 ,19	,268	-,02	-,02
I mindre grad gi omsorg/hjelp til ens nære	,03	-,05 ,11	,477	,01	,01	-,01	-,08 ,06	,763	-,01	-,01
Fått utsatt planlagt medisinsk behandling	,12	-,01 ,25	,072	,04	,04	,02	-,10 ,14	,748	,01	,01
Mistet jobben	,01	-,23 ,24	,963	,00	,00	,12	-,10 ,34	,275	,02	,02
Arbeidet med personer i høyriskogruppe	-,03	-,19 ,12	,683	-,03	-,01	-,17	-,32 ,03	,021	-,06	-,04
Blitt permittert fra jobb	-,02	-,14 ,10	,704	-,01	-,01	-,11	-,23 ,00	,044	-,04	-,04
Fått viktige begivenheter avlyst/utsatt	,06	-,02 ,14	,152	,03	,03	-,06	-,14 ,01	,089	-,03	-,03
Justert R ²	14,7 %					18,1 %				
F(21, 2238)	19,5, <,001					24,8, <,001				

Notater: I alle analysene er alle variablene kontrollert for hverandre. Vi kontrollerte også for kjønn, alder og om deltakerne hadde avsluttet behandling eller ei forut for pandemiutbruddet. For beta-verdier med minustegn var belastningen assosiert med lavere (mer positive) skårer på utfallsmålet. r_p angir «part-korrelasjoner».

TABELL 3 Sammenhenger mellom pandemirelaterte bekymringer og deltakernes nåværende psykiske og fysiske helse.

Pandemirelaterte bekymringer (1–7-skala)	PTSD-symptomer					Angst/depresjon				
	Beta	95 % CI	p	β	r_p	Beta	95 % CI	p	β	r_p
Ikke kunne gjennomføre viktige planer	,11	,09 ,13	<,001	,21	,18	,10	,07 ,12	<,001	,21	,17
Ikke få tilgang til medisiner/behandling	,07	,05 ,09	<,001	,14	,11	,05	,03 ,07	<,001	,12	,09
Samfunnet blir mer egoistisk	,04	,02 ,06	<,001	,09	,07	,02	,01 ,04	,005	,05	,05
Miste noen en er glad i	,07	,05 ,10	<,001	,15	,10	,07	,05 ,09	<,001	,15	,11
Velferdssamfunnet går til grunne	,02	-,00 ,04	,100	,04	,03	,04	,02 ,07	<,001	,09	,07
Smitte eller bli smittet av andre	,01	-,01 ,03	,201	,03	,02	,02	,00 ,04	,014	,05	,04
Ikke kunne besøke de som trenger en	,00	-,02 ,02	,988	,00	,00	-,02	-,05 ,00	,031	-,05	-,04
Selv bli alvorlig syk av viruset	,03	,01 ,05	,008	,06	,05	-,00	-,02 ,02	,891	-,00	-,00
Økonomisk tilbakegang i Norge	,01	-,02 ,03	,451	,02	,01	-,01	-,03 ,02	,541	-,01	-,01
Helsevesenet blir overbelastet	,01	-,02 ,03	,556	,02	,01	,01	-,01 ,04	,353	,02	,02
Bli arbeidsledig	-,01	-,02 ,01	,528	-,01	-,01	-,01	-,02 ,01	,410	-,02	-,02
Justert R ²	27,7 %					26,1 %				
F(14, 2245)	62,8, p <,001					57,9, p <,001				

Notater: I alle analysene er alle variablene kontrollert for hverandre. Vi kontrollerte også for kjønn, alder og om deltakerne hadde avsluttet behandling eller ei forut for pandemiutbruddet. For beta-verdier med minustegn var bekymringen assosiert med lavere (mer positive) skårer på utfallsmålet. r_p angir «part-korrelasjoner».

Ensomhet					Selvmordstanker					Somatiske smerter				
Beta	95 % CI	p	β	r_p	Beta	95 % CI	p	β	r_p	Beta	95 % CI	p	β	r_p
,17	,11,24	<,001	,11	,11	,21	,11,30	<,001	,09	,09	,22	,15,30	<,001	,12	,11
,14	,08,19	<,001	,10	,10	,12	,04,20	,002	,07	,06	,20	,14,27	<,001	,13	,12
,23	,15,31	<,001	,12	,17	,24	,12,35	<,001	,09	,08	,29	,19,38	<,001	,13	,12
,15	,09,20	<,001	,11	,17	,21	,13,29	<,001	,11	,10	,16	,09,23	<,001	,09	,09
,06	,01,12	,026	,05	,04	-,08	-,16,-00	,046	-,04	-,04	,17	,11,23	<,001	,11	,10
,04	-,02,10	,230	,02	,02	-,00	-,10,08	,843	-,00	-,00	,09	,02,16	,017	,05	,05
-,05	-,17,07	,395	-,02	-,02	,05	-,12,22	,575	,01	,01	,23	,09,37	,001	,06	,06
-,07	-,14,00	,055	-,05	-,04	-,06	-,16,04	,240	-,03	-,02	,02	-,06,11	,571	,01	,01
-,01	-,14,12	,836	-,01	-,00	-,07	-,25,12	,462	-,02	-,02	,04	-,11,19	,589	,01	,01
,09	-,28,47	,630	,01	,01	,18	-,36,72	,509	,02	,01	,26	-,18,70	,254	,03	,02
,05	-,42,52	,820	,01	,00	-,14	-,82,53	,675	-,01	-,01	-,04	-,59,52	,895	-,00	-,00
,05	-,27,37	,759	,01	,01	,12	-,34,59	,602	,01	,01	-,12	-,50,26	,525	-,01	-,01
,02	-,03,08	,402	,02	,02	-,07	-,14,01	,089	-,04	-,03	,03	-,04,09	,403	,02	,02
,01	-,08,10	,880	,00	,00	,09	-,03,22	,147	,03	,03	,05	-,05,16	,343	,02	,02
,08	-,08,24	,352	,02	,02	,03	-,20,26	,801	,01	,01	,04	-,15,23	,699	,01	,01
-,04	-,14,07	,505	-,02	-,01	-,06	-,21,10	,479	-,02	-,01	-,09	-,22,03	,148	-,04	-,03
-,07	-,15,02	,117	-,03	-,03	-,08	-,20,03	,158	-,03	-,03	-,09	-,18,01	,081	-,04	-,03
,01	-,04,07	,635	,01	,01	-,10	-,18,-02	,014	-,05	-,05	,02	-,05,08	,643	,01	,01
11,5 %					7,8 %					15,4 %				
15,0, <,001					10,1, <,001					20,6, <,001				

Ensomhet					Selvmordstanker					Somatiske smerter				
Beta	95 % CI	p	β	r_p	Beta	95 % CI	p	β	r_p	Beta	95 % CI	p	β	r_p
08	,07,10	<,001	,25	,20	,05	,03,07	<,001	,12	,09	,05	,03,07	<,001	,12	,10
,03	,01,04	<,001	,09	,07	,05	,03,07	<,001	,13	,09	,03	,01,05	,001	,08	,06
,03	,01,04	<,001	,09	,07	,03	,01,05	,016	,06	,05	,02	-,00,03	,088	,04	,03
,01	-,01,03	,279	,03	,02	,01	-,01,04	,376	,03	,02	,03	,01,05	,007	,07	,05
,01	-,01,02	,350	,02	,02	,04	(01,06	,003	,08	,06	,04	,02,06	<,001	,09	,07
,00	-,01,02	,691	,01	,01	,02	-,01,04	,160	,04	,03	,02	-,00,04	,062	,04	,04
,03	,01,04	,002	,08	,06	-,05	-,07,-03	<,001	-,11	-,08	,01	-,01,03	,251	,03	,02
-,00	-,02,01	,823	-,01	-,00	-,05	-,07,-03	<,001	-,11	-,09	,01	-,01,03	,226	,03	,02
,00	-,01,02	,729	,01	,01	-,02	-,04,01	,179	-,03	-,03	-,01	-,03,01	,494	-,02	-,01
-,01	-,02,01	,497	-,02	-,01	,02	-,01,05	,178	,04	,03	,00	-,02,03	,732	,01	,01
-,01	-,02,01	,297	-,02	-,02	-,01	-,02,01	,497	-,02	-,01	-,00	-,02,01	,628	-,01	-,01
19,6 %					8,3 %					15,6 %				
40,4, p <,001					15,6, p <,001					30,8, p <,001				

trollerte for alder, kjønn og tidspunkt for avsluttet behandling) (tabell 2). Fire av belastningene var signifikant knyttet til høyere nivå av både PTSD-symptomer, angst/depresjon, somatiske smerter, selvmordstanker og ensomhet; å ha en kronisk sykdom med forhøyet risiko for alvorlig forløp av covid-19, å ha fått økonomiske problemer, å unnlate å oppsøke helsetjenester og å ha fått avbrutt behandling for psykiske vansker.

Betydningen av bekymringer for psykisk og fysisk helse

Vi fant signifikante sammenhenger også mellom pandemirelaterte bekymringer og nåværende psykisk og fysisk helse (tabell 3). To av bekymringene var signifikant knyttet til høyere nivå av alle typene psykiske og fysiske helseplager som vi målte; å ikke kunne gjennomføre viktige planer og å ikke få tilgang til nødvendige medisiner eller behandling. I tillegg var tre bekymringer knyttet til høyt nivå av minst tre av utfallsmålene; det å miste noen en er glad i, at velferdssamfunnet skal gå til grunne, og at samfunnet skal bli mer egoistisk.

Størrelsen på sammenhengene

I avsluttende regresjonsanalyser kunne de 18 belastningene og 11 bekymringene forklare mest av variasjonen (justert R^2) i PTSD-symptomer (31,1 %) og angst/depresjon (27,3 %) og minst av variasjonen i selvmordstanker (9,0 %), med verdier midt mellom dette for somatiske smerter og ensomhet (tabell 4).

DISKUSJON

Majoriteten av deltakerne i denne undersøkelsen rapporterte om en rekke pandemirelaterte belastninger og bekymringer. De oftest rapporterte belastningene og bekymringene stemmer godt overens med resultatene fra en

undersøkelse av den norske befolkningen, som ble gjennomført på samme tidspunkt og brukte identiske spørsmål (Thoresen et al, 2020). Samtidig fant vi også noen forskjeller. Det ser ut til at personer med psykiske vansker og rusproblemer oftere har belastninger knyttet til utsatt helsehjelp (54 % i vårt utvalg og 37 % i den generelle befolkningen), avbrutt behandling i psykisk helsevern (30 % vs. 3 %) og å ha unnlatt å oppsøke helsetjenester (36 % vs. 20 %), i tillegg til å ha fått økonomiske problemer (14 % vs. 3 %). En større andel av våre deltakere var også bekymret for å bli arbeidsledig (27 % vs. 13 %), minste noen en er glad i (55 % vs. 39 %), å kunne smitte eller bli smittet av andre (51 % vs. 35 %), ikke få tilgang til nødvendige medisiner eller behandling (30 % vs. 19 %) og at helsevesenet blir overbelastet (47 % vs. 32 %).

Vi fant betydelige sammenhenger mellom pandemirelaterte belastninger og bekymringer og brukernes nåværende nivå av angst/depresjon, PTSD-symptomer, ensomhet og somatiske smerter. Belastningene og bekymringene kunne forklare opp mot en tredel av variasjonen i slike vansker. De mest alvorlige *belastningene* var å ha fått økonomiske problemer på grunn av pandemien, å oppleve at de fikk avbrutt behandling for psykiske vansker og rus, det å unnlate å oppsøke helsetjenester på grunn av redsel for smitte eller for å belaste helsevesenet, samt det å ha en kronisk risikosykdom for covid-19. De mest alvorlige *bekymringene* var å ikke få tilgang til nødvendige medisiner og behandling og å ikke kunne gjennomføre viktige planer. I den grad disse sammenhengene representerer en negativ påvirkning fra pandemien, er det urovekkende ettersom deltakerne i utgangspunktet var i behandling for en psykisk lidelse / rusproblematikk.

Stressreaksjoner, angst og depresjon

En rekke pandemirelaterte belastninger og bekymringer var knyttet til høyere nivåer av angst, depresjon og stressreaksjoner samt til somatiske smerter som ofte er knyttet til disse psykiske vanskene. I tillegg til flere temaer om helsetjenestetilbud og behandling inkluderte belastningene det å ha fått økonomiske problemer og å ha en risikosykdom for alvorlig covid-19-forløp, mens bekymringene inkluderte å ikke kunne gjennomføre viktige planer, miste noen en er glad i, og at velferdssamfunnet skal gå til grunne og samfunnet bli mer egoistisk.

TABELL 4 Betydningen av belastningene og bekymringene for deltakernes nåværende psykiske og fysiske helse estimert i form av forklart varians (R^2) i regresjonsanalyser.

Utfallsmål	F	p	Justert R^2
PTSD-symptomer	36,3	< ,001	31,1 %
Angst/depresjon	30,2	< ,001	27,3 %
Ensomhet	30,0	< ,001	20,4 %
Selvmordstanker	8,7	< ,001	9,0 %
Somatiske smerter	19,2	< ,001	18,9 %

Økt angst, depresjon og stressreaksjoner er blant de vanligste konsekvensene av samfunnskatastrofer, inklusive virusangrep (Perrin et al., 2009), som under det forrige sars-utbruddet i Kina og Hongkong i 2002-2003 (Cheng & Cheung, 2005). Ebrahimi, Hoffart og Johnson (2020) sammenliknet med før-tilstanden i andre land og beregnet at angst og depresjon forekom 2–3 ganger oftere i den generelle befolkningen i Norge de første ukene av pandemien. Et voksende antall internasjonale studier har rapportert tilsvarende funn (Salari et al., 2020; Vindegaard & Benros, 2020; Xiong et al., 2020). Helsetjenestene bør være forberedt på å møte økte stressreaksjoner, angst og depresjon både blant personer med eksisterende psykiske vansker og rusproblemer og i befolkningen for øvrig under en storskala pandemi (Parrish, 2020; Pfefferbaum & North, 2020).

Redusert tilgang til helsetjenester

Deltakernes aktuelle psykiske og fysiske helse var konsistent knyttet til å ha fått avbrutt behandling for psykiske vansker og rus, å ha fått utsatt helsehjelp og å ha unnlatt å oppsøke helsetjenester av redsel for å bli smittet eller være til belastning, samt til en bekymring om å ikke få tilgang til nødvendige medisiner og behandling. Resultatene understreker behandlingen – og behandlernes – avgjørende rolle for brukernes mestring av en vanskelig livssituasjon under pandemien. Det kan være viktig å prioritere økte ressurser til behandlingstilbudene i psykisk helsevern og rusfeltet under en pandemi, som påpekt av andre (Antiporta & Bruni, 2020; Rossell et al., 2020). Det trengs muligens særlig tilpasset oppsøkende virksomhet for å trygge brukerne slik at de tør å fortsette behandlingen, ekstra personell for å styrke smittevern og bedre tilrettelegging for behandling ved alternative kontaktformer.

Smittevernstiltakene som ble innført i Norge var nok en utfordring for psykisk helsevern. I en periode var det blant annet vanskeligere å gjennomføre ansikt-til-ansikt-samtaler. Fra vår erfaring med psykisk helsevern i denne perioden tror vi at mange institusjoner og behandlere strakk seg langt for å imøtekomme behandlingsbehovet på alternative plattformer, som ved bruk av telefon- eller videokonsultasjoner. Til tross for denne innsatsen fant vi at belastninger og bekymringer knyttet til helsetjenesten var konsistent og spesifikt knyttet til utfallsmålene for psykisk helse. Noen deltakere kan ha oppfattet omleggingen til telefon- og videokonsultasjoner som avbrutt behandling, mens andre kanskje ikke ønsket å ta imot slike konsultasjoner. Flere deltakere fikk trolig også direkte avbrutt behandling, både i gruppe, på døgnavdeling og i ambulante tilbud, noe som ikke lett kunne erstattes med andre konsultasjonsformer.

Økonomi

Over halvparten av deltakerne i studien bekymret seg for økonomisk tilbakegang i Norge, og en av sju hadde fått økonomiske problemer som følge av pandemien. Sistnevnte hang sammen med høyere skårer for både PTSD-reaksjoner, angst og depresjon, somatiske smerter, selvmordstanker og ensomhet. Også i den generelle befolkningen er økonomiske problemer knyttet til psykiske vansker så vel som rusmiddelbruk, både som en følge av covid-19 (Rossell et al., 2020; Yamamoto et al., 2020) og ellers (Frasquilho et al., 2016), der personer med eksisterende psykiske vansker er mest utsatt (Evans-Lacko et al., 2013). Helsetjenesten bør vurdere å støtte brukere av tjenestetilbudene til å ta grep for å sikre egen



Funnene tilsier at behandling og behandlerne i psykisk helsevern og rusavdelingene har stor betydning for brukerne under pandemien



økonomi og være oppmerksom på sosiale og økonomiske tilleggsbelastninger som denne gruppen kan være spesielt utsatt for.

Styrker og begrensninger

Vi inviterte alle voksne brukere av behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling over ett år i et stort opptaksområde til å delta i studien. Responsraten på drøyt 15 % var forholdsvis lav, og det er et spørsmål om selv-seleksjon kan ha farget resultatene (Sedgwick, 2013). Dette vil være et problem hvis de som ikke svarte, hadde en annen forekomst av belastninger og bekymringer knyttet til pandemien, eller hvis de hadde reagert annerledes på slike belastninger og bekymringer enn deltakergruppen. For eksempel kan deltakelse i studien ha vært motivert av å ville si fra om at man har det vanskelig eller er misfornøyd med helsetilbudet. En annen mulighet er at personer som ikke har vært så plaget, kan ha tenkt at studien ikke var relevant for dem. Vi hadde dessverre ikke mulighet til å analysere eventuelle systematiske forskjeller mellom de som deltok, og de som ikke deltok i studien.

Siden vi ikke hadde hypoteser om spesifikke effekter av pandemien på psykisk helse, har vi forsøkt å identifisere robuste sammenhenger på et bredt spekter av helsemål. Samtidig er årsak-virkning-fortolkninger usikre i tverrsnittsstudier. En mulighet er reversert kausalitet, slik at det å ha mye psykiske pla-

ger kan gjøre at en opplever mer pandemirelaterte belastninger og bekymringer. Utenforstående faktorer som vi ikke kontrollerte for, kan også ha påvirket resultatene. Vi kontrollerte for alder og kjønn, som er knyttet til psykologiske reaksjoner på covid-19 i generelle befolkningsutvalg (Xiong et al., 2020), og for om behandling i spesialisthelsetjenesten var avsluttet da pandemien brøt ut. Uavhengig av kausale retninger er det grunn til å være oppmerksom på at pandemien utgjør en vesentlig utfordring for brukere av tjenestetilbud i psykisk helsevern.

KONKLUSJON

Resultatene fra denne studien er i tråd med en bekymring fremmet av brukerorganisasjoner og fagpersoner om at viruspandemien kan ha bidratt til å forverre den psykiske helsen til mange med eksisterende psykiske vansker og rusproblemer. Funnene tilsier at behandling og behandlerne i psykisk helsevern og rusavdelingene har stor betydning for brukerne under pandemien. Til tross for innsatsen i tjenesteapparatet for å møte pandemisituasjonen, tyder våre resultater på at tilgjengeligheten til behandling er redusert på en måte som er belastende og knyttet til stressreaksjoner, angst, depresjon, ensomhet, selvmordstanker og somatiske smerter hos brukerne. Det kan være avgjørende for brukerne at helsetjenestene sikrer kontinuiteten i behandlingstilbudene gjennom pandemien. ✘

REFERANSER

- Antiporta, D.A., & Bruni, A. (2020). Emerging Mental Health Challenges, Strategies and Opportunities in the context of the COVID-19 Pandemic: Perspectives from South American Decision-makers. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.07.16.20155630>
- Bekkehus, M., Von Soest, T., & Fredriksen, E. (2020). Psykisk helse hos ungdommer under covid-19. Ensomhet, venner og sosiale medier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(7), 492–501.
- Betsch, C., Wieler, L., Bosnjak, M., Stollorz, M., Omer, S., Korn, L., Sprengholz, P., Felgendreff, L., Eitze, S., & Schmid, F. (2020). Germany COVID-19 Snapshot MOonitoring (COSMO Germany): Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours, and public trust in the current coronavirus outbreak in Germany. *PsychArchives*. <http://dx.doi.org/10.23668/psycharchives.2776>
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

- Cheng, C., & Cheung, M.W. (2005). Psychological responses to outbreak of severe acute respiratory syndrome: a prospective, multiple time-point study. *Journal of Personality*, 73(1), 261–285. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00310.x>
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S., Rickels, K., Uhlenhuth, E.H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioral Sciences*, 19(1), 1–15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
- Dudgeon, P. (2016). A Comparative Investigation of Confidence Intervals for Independent Variables in Linear Regression. *Multivariate Behavioral Research*, 51(2–3), 139–153. <https://doi.org/10.1080/00273171.2015.1121372>
- Ebrahimi, O., Hoffart, A., & Johnson, S. (2020). *The mental health impact of non-pharmacological interventions aimed at impeding viral transmission during the COVID-19 pandemic in a general adult population and the factors associated with adherence to these mitigation strategies*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/kjzsp>
- Evans-Lacko, S., Knapp, M., McCrone, P., Thornicroft, G., & Mojtabai, R. (2013). The mental health consequences of the recession: economic hardship and employment of people with mental health problems in 27 European countries. *PLoS One*, 8(7), e69792. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0069792>
- Folkhelseinstituttet. (2018). *Folkhelserapporten på nett*. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>
- Folkhelseinstituttet. (2020). *Hva skal du gjøre hvis du mistenker at du er smittet med koronavirus (covid-19)?* Nedlastet 28. september fra https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/fakta/hvis_du_mistenker_at_du_er_syk_med_covid-19/
- Frasquilho, D., Matos, M.G., Salonna, F., Guerreiro, D., Storti, C.C., Gaspar, T., & Caldas-de-Almeida, J.M. (2016). Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC Public Health*, 16, 115. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2720-y>
- Gonzalez-Sanguino, C., Ausin, B., Castellanos, M.A., Saiz, J., Lopez-Gomez, A., Ugidos, C., & Munoz, M. (2020). Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain, Behavior and Immunity*, 87, 172–176. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.040>
- Helsedirektoratet. (2018). *Bruk av tjenester i det psykiske helsevernet for voksne 2013–2017. Analysenotat 6/2018, SAM-DATA spesialisthelsetjenesten*. Helse-direktoratet
- Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkey, L.C., & Cacioppo, J.T. (2004). A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Research on Aging*, 26(6), 655–672. <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
- Lang, A.J., & Stein, M.B. (2005). An abbreviated PTSD checklist for use as a screening instrument in primary care. *Behaviour Research and Therapy*, 43(5), 585–594. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.04.005>
- Lauveng, A., & Skjeldal, E. (2020). *Hvordan har mennesker med psykiske vansker og/eller rus opplevd pandemien våren 2020?* https://erfaringskompetanse.no/wp-content/uploads/2020/05/Koronarapport_28052020_Erfaringskompetanse.pdf
- Ozdin, S., & Ozdin, S.B. (2020). Levels and predictors of anxiety, depression and health anxiety during COVID-19 pandemic in Turkish society: The importance of gender. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 504–511. <https://doi.org/10.1177/0020764020927051>
- Parrish, E. (2020). The next pandemic: COVID-19 mental health pandemic. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(3), 485. <https://doi.org/10.1111/ppc.12571>
- Perrin, P.C., McCabe, O.L., Everly, G.S., Jr., & Links, J.M. (2009). Preparing for an influenza pandemic: mental health considerations. *Prehospital and Disaster Medicine*, 24(3), 223–230. <https://doi.org/10.1017/s1049023x00006853>
- Pfefferbaum, B., & North, C.S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6), 510–512. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2008017>
- Rajkumar, R.P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102066. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102066>
- Rossell, S., Neill, E., Phillippou, A., Tan, E., Toh, W.L., Van Rheenen, T., & Meyer, D. (2020). An overview of current mental health in the general population of Australia during the COVID-19 pandemic: Results from the COLLATE project. *medRxiv*, <https://doi.org/10.1101/2020.07.16.20155887>
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Rasoulpoor, S., & Khaledi-Paveh, B. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*, 16(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>
- Sedgwick, P. (2013). Questionnaire surveys: sources of bias. *The BMJ*(347), f5265. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5265>
- Strand, B.H., Dalgard, O.S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113–118. <https://doi.org/10.1080/08039480310000932>
- Thoresen, S., Blix, I., Birkeland, M.S., & Andreassen, A.L. (2020). Cope covid-19: Helse og bekymringer under pandemien. <https://www.nkvts.no/cope-covid-19-helse-og-bekymringer/>
- Van Rheenen, T.E., Meyer, D., Neill, E., Phillipou, A., Tan, E.J., Toh, W.L., & Rossell, S.L. (2020). Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. *Journal of Affective Disorders*, 275, 69–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.037>
- Vindegaard, N., & Benros, M.E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, Behavior and Immunity*, <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L.M.W., Gill, H., Phan, L., Chen-Li, D., Jacobucci, M., Ho, R., Majeed, A., & McIntyre, R.S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 277, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>
- Yamamoto, T., Uchiumi, C., Suzuki, N., Yoshimoto, J., & Murillo-Rodriguez, E. (2020). The psychological impact of ‘mild lockdown’ in Japan during the COVID-19 pandemic: a nationwide survey under a declared state of emergency. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.07.17.20156125>

Bekymring bekreftet

Noen ganger kan forskningens jobb være å få bekreftet det man allerede tror man vet. Roar Fosse og kollegaer fant at pandemien har bidratt til å forverre den psykiske helsen til mennesker som allerede strever.

TEKST

Per Olav Solberg

FOTO

Nora Skjerdingsstad

STUDIEN, som kan leses på side 813 i denne utgaven av Psykologtidsskriftet, konkluderer blant annet slik: Resultatene indikerer at pandemien har bidratt til å forverre den psykiske helsen til mange med eksisterende psykiske vansker og rusproblemer. Funnene tyder på at tilgjengeligheten til behandling er redusert, noe som har gitt stressreaksjoner, angst, depresjon, ensomhet, selvmordstanker og somatiske smerter hos brukerne.

Roar Fosse er psykolog og forsker og jobber ved Klinikk for psykisk helse og rus – Vestre Viken. Han og kollegaer ville undersøke hvor store belastninger personer med eksisterende psykiske vansker gikk gjennom som følge av pandemien:

– Utgangspunktet for denne kvalitetsstudien var at det manglet kunnskap, både nasjonalt og internasjonalt, om hvilke reaksjoner brukerne av tjenestetilbud i psykisk helsevern og rusfeltet kan ha hatt på pandemien. Det har vært mye bekymring i samfunnet, men vi har manglet data. Vi ønsket å gjøre noe med denne situasjonen, sier Fosse.

MANGE BELASTNINGER

I studien ble de 2264 deltakerne som valgte å delta, spurt om både belastninger knyttet direkte til covid-19, og belastninger knyttet til selve smitteverntiltakene. Det Fosse synes er mest overraskende med funnene, er hvordan belastninger og bekymringer knyttet til helsevesenet og fravær av behandling for ens lidelse hadde en så gjennomgående sammenheng med hvordan brukerne hadde det:

– En rekke belastninger og bekymringer knyttet til behandling og helsetjenestene hang nøye sammen med brukernes psykiske og somatiske helse der og da, og denne sammenhengen gjentant vi for alle de ulike utfallsmålene vi brukte, sier forskeren.

Han hadde også forventet sterkere funn knyttet til brukernes bekymring for at de selv, eller de som stod dem nære, skulle bli syke eller dø av covid-19, og at spørsmålene om smitte ville stått frem som mer sentrale.

– I tillegg trodde jeg ensomhet ville tre mer tydelig frem på grunn av sosial distansering, og at en rekke andre pandemitemaer vi spurte om, ville henge nøye sammen med ensomhet. Slik var det ikke, forklarer Fosse.

– *Ifølge studien var de som svarte, langt mer bekymret for folk rundt seg enn for seg selv. Er det overraskende?*

– Det har jeg ikke tenkt på, men det er et godt poeng. Jeg vet ikke i hvilken grad det er positivt eller negativt at nesten dobbelt så mange var bekymret for å miste noen de er glad i, som å selv bli alvorlig syk av viruset. Det er naturlig å bekymre seg for ens kjære, men er det likevel bekymringsfullt hvis mange kanskje ikke bryr seg om seg selv i samme grad? Jeg vet ikke. NKVTS fant for øvrig det samme forholdstallet i et utvalg i den generelle befolkningen. Kanskje handler det om at man har kontroll på seg selv, men ikke over hva andre gjør? spør Fosse.

UNNLOT Å FÅ HJELP

30 prosent av brukerne som svarte på undersøkelsen, opplevde å ha fått avbrutt behandling



LÆRING Roar Fosse mener studien han og kollegaer har utført, er et bidrag til å gjøre tjenestene mer bevisste på hva brukerne trenger, og hvordan komme dit.

for psykiske helseproblemer på grunn av pandemien, mens hele 36 prosent hadde unnlatt å oppsøke helsetjenester på grunn av redsel for smitte eller for ikke å belaste helsevesenet. Det siste uroer Fosse:

– Jeg synes det er overraskende at over 1/3 av brukerne har unnlatt å oppsøke psykisk helsevern og rusbehandling. På ett vis er dette positivt med tanke på samfunnsansvaret, men det er likevel urovekkende at disse personene ikke turte å benytte seg av behandlingstilbudet og kanskje ble gående alene med de vanskene de hadde, sier han.

Kun i overkant av 15 prosent av de som fikk utdelt spørreundersøkelsen, svarte. Er det de mest ressurssterke i en fra før sårbar gruppe som velger å bruke tid på en omfattende spørreundersøkelse? Fosse er usikker på hvordan man skal tolke den lave svarprosenten.

– Vi har ikke noe spesielt godt grunnlag for å mene noe informert om verken det ene eller det andre her. Kanskje noen ønsket å delta fordi de var misfornøyde med behandlingstilbudet, og ville si fra om det, mens andre kan ha unnlatt å delta av de samme grunnene. Kanskje unnlot en overvekt av de som ikke var plaget, å delta i studien, eller kanskje deltok en overvekt av de som var plaget, nettopp for å kunne si fra om dette. Dette blir bare spekulasjoner, sier han.

TJENESTEUTVIKLING

Et av de viktigste formålene med studien, ifølge Fosse, var å få tydelige tilbakemeldinger fra brukerne, som kan bidra til at psykisk helsevern utvikler seg videre.

– Vi håper at publisering av resultatene fra studien i Psykologtidsskriftet bidrar til at nettopp spørsmålet om tjenesteutvikling tas på alvor og diskuteres blant klinikere, ledere og politikere. Utover det er jo poenget å få med seg hvilke belastninger og bekymringer knyttet til pandemien, som har sterkest sammenheng med brukernes psykiske og somatiske helse – altså hva brukerne virker å ha reagert mest gjennomgående på.

– *Hva anser du som viktige lærepunkter klinikere skal ta med seg etter å ha lest denne studien?*

– At klinikere og behandlingstilbud er spesielt viktige for mange av brukerne i en pandemi-situasjon. Endringer og bekymringer knyttet til helsevesenet ser ut til å være blant det ved pandemien som preger brukerne mest med tanke på deres psykiske vansker og somatiske helse. Det er viktig å sikre kontinuitet i tilbudene og fortsette å bry seg om hvordan brukerne har det, og hva de ønsker og trenger av helsetjenesten. Økonomiske vansker som følge av pandemien bør tjenestene også være oppmerksomme på, avslutter Roar Fosse. ❌

- Jeg trodde
ensomhet
ville tre mer
tydelig frem

Et både og-tilbud

Pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse bør inkluderes i psykisk helsevern. Vi trenger pakkeforløp for å sikre at rusmiddelproblemene deres blir utredet.

TEKST Cecilie Skule, avdelingsdirektør Helse Sør-Øst RHF og førsteamanuensis II, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT cecilie.skule@helse-sorost.no

ILLUSTRASJON Andrea Ferkingstad

Helsetilsynet (2019) slår fast at behandlingstilbudet til pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelse) er mangelfullt. Konklusjonen er basert på et landsomfattende tilsyn ved poliklinikkene i distriktpspsykiatriske sentre (DPS), der Helsetilsynet fant lovbrudd i hele 18 av 20 tilsyn. Blant temaene som går igjen, er at DPS-ene ikke fanger opp, kartlegger og beskriver rusmiddelbruk på en faglig tilfredsstillende måte. Videre finner de at det er mangelfull avdekking og utredning av både rusmiddelproblemer og somatisk helse, og svikt i oppfølgingen av mindreårige barn som bor sammen med foreldre med rus- og psykiske lidelser. I tillegg avdekker tilsynet uklarhet i ansvarsforhold og arbeidsdeling mellom psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling og mellom fastleger og DPS.

Frem til Rusreformen i 2004 lå ansvaret for behandlingstiltak til pasienter med rusmiddelproblemer hos fylkeskommunen, og var regulert etter sosialtjenesteloven. Ved innføringen av Rusreformen ble fagområdet «tverrfaglig spesialisert rusbehandling» (TSB) etablert.

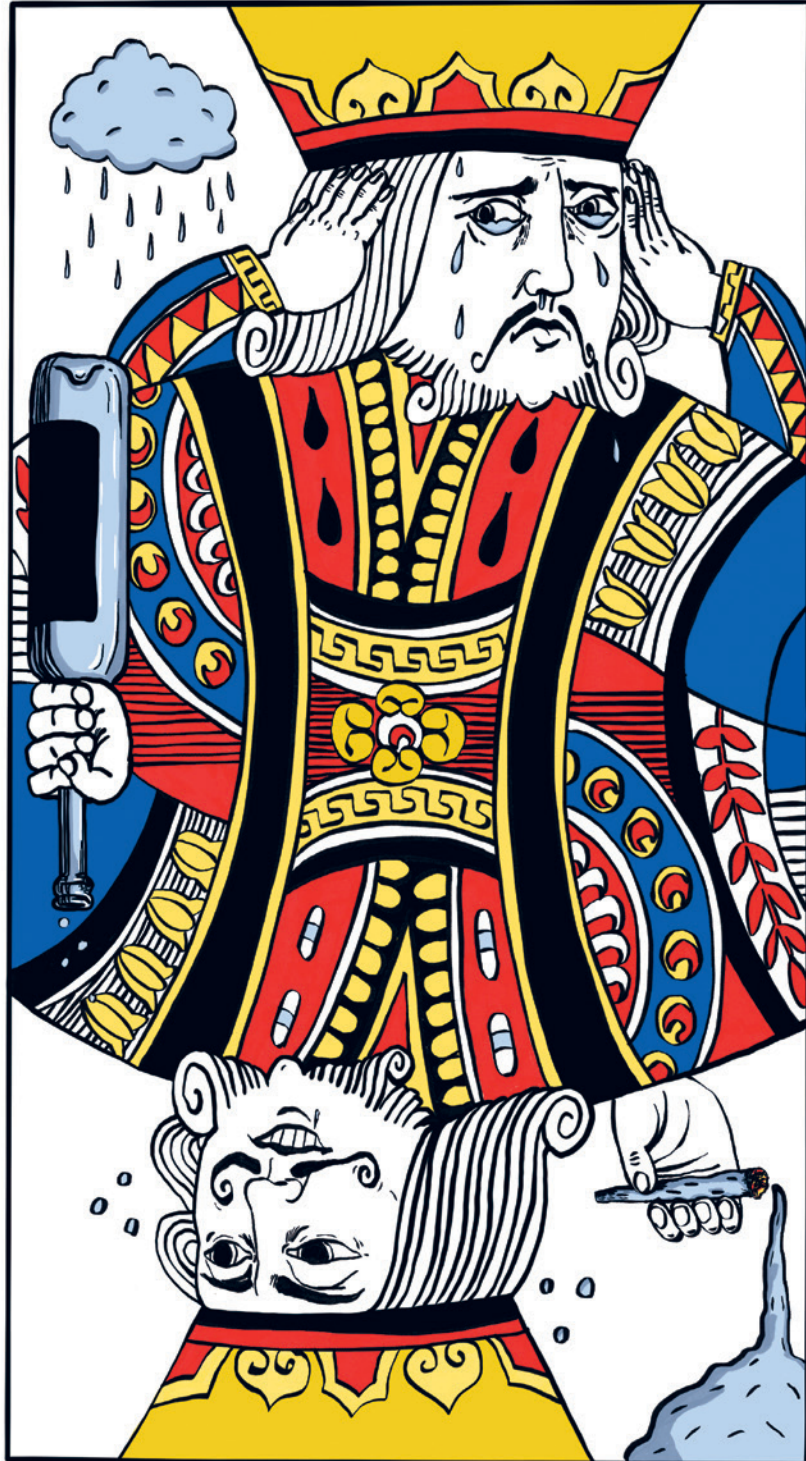
En nasjonal faglig retningslinje – ROP-retningslinjen – ble lansert i 2012, og et omfattende implementeringsarbeid skulle sikre

nødvendig kompetanseheving i helsetjenesten, slik at pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse skulle få utredning og behandling for begge problemene. Etableringen av det nye fagområdet sikret pasienter med rusmiddelproblemer rett til utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten, men medførte også at pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse fikk sitt behandlingstilbud i enten psykisk helsevern eller i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse er én av de fire gruppene Nasjonal helse- og sykehusplan (2020–2023) [Meld. St. 7 (2019–2020)] ønsker å prioritere høyere. Blant disse pasientene vil det være en del som strever med å møte til poliklinisk behandling ved et DPS. Behandlingen bør derfor tilrettelegges slik at det blir færrest mulige avbrudd i oppfølgingen, og ansvarsforhold på tvers av nivåer og fagområder må ikke stå i veien for helhetlig og samordnet hjelp (Helsedirektoratet, 2012).

Seksten år etter Rusreformen (2004) og åtte år etter ROP-retningslinjen (2012) er det altså fortsatt betydelig svakheter ved behandlingstilbudet (Helsetilsynet, 2019). Jeg vil peke på noen forhold som kan ha medvirket til at målene med Rusreformen og ROP-re-

K



K



Frykten for å støte pasienten kan hindre både pasienter og helsepersonell i å ta opp temaet

ningslinjen fortsatt ikke er fullt ut realisert, og vil konsentrere meg om to av hovedfunnene ved ROP-tilsynet: mangelfull kartlegging og utredning av rusmiddelproblemer, og uklar ansvarsdeling mellom psykisk helsevern og rusmiddelbehandling. Jeg vil også drøfte mulige forklaringer på svikten i behandlingstilbudet.

LIGNER ANDRE PASIENTER

Ettersom psykiske lidelser og rusmiddelproblemer ofte opptrer samtidig, er det viktig at behandlere spør pasienter med psykiske lidelser om deres rusmiddelvaner. Tilsynets oppsummeringsrapport (2019) finner at det ved flere DPS var påfallende få pasienter med rusmiddeldiagnoser, til tross for at det er en kjent økt risiko for rusmiddelproblemer blant dem som har psykiske lidelser. Underdiagnostisering av rusmiddelproblemer kan indikere at det både mangler faglig eierskap til rusmiddelproblemer i psykisk helsevern, og at spesialisert rus- og avhengighetsbehandling ikke alltid når ut til den store gruppen av pasienter med rusmiddelproblemer i DPS-poliklinikkene.

Rusmiddelproblemene blant pasienter ved DPS-ene kommer ikke alltid til overflaten av seg selv. Symptomene på psykiske lidelser kan fremstå på samme måte, uavhengig av om pasienten har et samtidig rusmiddelproblem. Medhus og kolleger (2013) undersøkte 285 pasienter innlagt i akuttpost med psykotiske symptomer. En del av pasientene hadde amfetamin i blod eller urin ved innleggelse. Forskerne fant likevel ingen forskjeller i psykotiske symptomer mellom pasienter med amfetaminutløst psykose og pasienter med schizofreni. Lignende funn gjorde jeg og kollegaer i en studie om depresjon og alkoholproblemer. Symptomene, mestringsopplevelsen og effektene av behandlingen var i hovedsak like hos pasientene med depresjon, uavhengig av om de i tillegg hadde samtidige alkoholproblemer (Skule, 2017). Uten faste rutiner for å spørre om rusmiddelvaner eller -problemer vil behandlerne derfor kunne overse pasienter som også kunne trenge hjelp med å redusere sitt rusmiddelbruk.

KREVER TID OG KOMPETANSE

Underdiagnostisering av rusmiddelproblemer i DPS-ene kan også ha sammenheng med et

sterkere stigma knyttet til rusproblemer enn til andre psykiske lidelser. I en norsk registerstudie om selvmord hos pasienter som har vært i behandling for rusmiddelproblemer, inkluderes stigmaet forbundet med rusmiddelproblemer som en av flere belastninger hos denne gruppen (Walby, Myhre & Kildahl, 2020). En del pasienter sier at det oppleves mer skamfullt å ha rusmiddelproblemer enn andre psykiske lidelser (Bjøntegård, Andreassen & Skule, 2018).

Skam og skyld forbundet med rusproblemer angår ikke bare den som har rusmiddelproblemer og deres pårørende, men kan også påvirke behandlere og forskere i feltet (Muller, 2016). Pasienter som er intervjuet i forbindelse med Helsetilsynets landsomfattende tilsyn av tilbudet til pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse, sier at de erfarte vegring og usikkerhet hos behandlere når det gjaldt rusmiddelproblemer (Helsetilsynet, 2019). Slike funn kan bety at helsepersonell, på samme måte som andre i samfunnet, er påvirket av stigmaet knyttet til alkoholproblemer. Frykten for å støte pasienten kan hindre både pasienter og helsepersonell i å ta opp temaet, og dermed hindre at kartlegging av rusmiddelproblemer gjennomføres på en faglig god måte (Lid, Nesvåg & Meland, 2015; Nygaard, Paschall, Aasland & Lund, 2010).

Problemer med stigma og manglende kartlegging av rusmiddelproblemer er ikke uoverkommelige. I en studie fant man at pasienter innlagt i psykisk helsevern, under godt tilrettelagt kartlegging, rapporterte ærlig og korrekt om sitt rusmiddelbruk (Helseth, Lykke-Enger, Aamo & Johnsen, 2005). En åpen og konkret kartlegging, gjerne med standardiserte kartleggingsskjemaer, kan hjelpe både pasienter og behandlere med oversikt over omfang og mønster i rusmiddelbruk.

Riktig diagnostisering av samtidige rus- og psykiske lidelser kan også hindres av at døgnopphold i akuttavdelinger i psykisk helsevern vanligvis er av kort varighet, noe som gjør det vanskelig med omfattende strukturert kartlegging, som for eksempel PRISM-intervju (Helseth, Samet, Johnsen, Bramness & Waal, 2012; Rognli, Medhus & Bramness, 2015). Behovet for raske avklaringer, slik det ofte er i akuttavdelinger, kan medføre risiko for at diagnoser settes på mangelfullt grunnlag. Det innebærer også fare for at psykotiske symptomer blir

vurdert som rusutløste hos pasienter med rusmiddelproblemer. Konsekvensen av feildiagnostisering kan være for tidlig utskriving og mangelfull utredning og behandling for psykoselidelsen (Øydna, 2006). En studie fra USA viste for eksempel at pasienter med samtidig depresjon og rusmiddelproblemer hadde mindre sannsynlighet for å få behandling for depresjon enn pasienter uten rusmiddelproblemer (Han, Olfson & Mojtabai, 2017). Dette indikerer at pasienter med slike sammensatte tilstander er i risiko for å få et dårligere behandlingstilbud enn andre pasienter.

Identifisering og utredning av pasienter med samtidige rus- og psykiske lidelser krever tid og kompetanse. Klinikere og tillitsvalgte påpeker at tidsrammene for å tilby behandlingsforløp av god kvalitet i psykisk helsevern er under press (Næs, 2019). Frykten for å støte pasientene ved å ta opp rusmiddelvaner, utrygghet i kartleggingssituasjonen, kombinert med tidsnød, kan være medvirkende årsaker til at rusmiddelproblemer hos pasienter i DPS-poliklinikkene ikke fanges opp.

UKLAR ANSVARFORDELING

Etableringen av et eget fagområde for pasienter med rusmiddelproblemer har ført til et mer tilgjengelig behandlingstilbud, noe som viser seg ved at det har vært en klar økning i polikliniske konsultasjoner etter Rusreformen i 2004 og frem til 2017 (Helsedirektoratet, 2019). Men fortsatt finner vi et høyt antall pasienter med rusmiddelproblemer i DPS-poliklinikkene, noe som antakelig har sammenheng med at det ved de mest vanlige psykiske lidelsene, som angstlidelser og depresjon, er høyere forekomst av rusmiddelproblemer enn i befolkningen for øvrig. I studien gjennomført av Walby, Myhre & Kildahl (2020) fant de at i gruppen med pasienter som gjennomførte selvmord, var det nettopp de vanlige psykiske lidelsene som var hyppigst forekommende: alkoholavhengighet i kombinasjon med angst og/eller depresjon. Forfatterne peker likevel på at slike sammensatte tilstander kan ha mer kompliserte og underliggende årsaker, og anbefaler at det i både psykisk helsevern og TSB bør være kompetanse til å behandle kombinasjoner av ruslidelse og psykisk lidelse.

Problemene oppstår når behandlere i DPS ikke har kompetanse eller de nødvendige rammene til å sørge for integrert eller samordnet behandling for begge lidelsene. Etableringen av et eget fagområde for rusmiddelproblemer kan ha brakt med seg noen utilsiktede negative konsekvenser i form av økt skille mellom psykisk helsevern og rusmiddelbehandling, og dermed også et mindre helhetlig behandlingstilbud til pasienter med ROP-lidelser. Inndelingen i psykisk helsevern og TSB kan altså være noe av forklaringen på uklar ansvarsfordeling innad i spesialisthelsetjenesten for pasienter med ROP-lidelser.

Enkelte DPS har åpnet for å inkludere flere pasienter med ROP-lidelser i psykisk helsevern. Et eksempel er Bærum DPS, der inndelingen mellom poliklinikkene i TSB og psykisk helsevern er opphevet. Oppgaver som krever høy grad av spesialisering, ivaretas ved at ansatte organiseres i team og nettverk på tvers av poliklinikkene, i en form for matriseorganisering. Erfaringene er at kompetansen til å utrede og behandle både psykiske lidelser og rusmiddelproblemer blir mer jevnt fordelt gjennom en slik ordning. Det samme gjelder arbeidsbyrden. Omleggingen innebærer en dreining av nåværende praksis, og kan få positive konsekvenser i form av tettere samarbeid mellom spesialistene, redusert stigma og økt rusmiddelkompetanse i DPS.



Uten faste rutiner for å spørre om rusmiddelvaner eller -problemer vil behandlerne derfor kunne overse pasienter som også kunne trengt hjelp med å redusere sitt rusmiddelforbruk





Det er snarere likheter enn forskjeller som kjennetegner forholdet mellom pasienter med ROP-lidelser og pasienter med psykiske lidelser uten komorbide rusmiddelproblemer

IMPLIKASJONER FOR HELSETJENESTEN

Det landsomfattende tilsynet av behandlingstilbudet til pasienter med ROP-lidelser indikerer at mangler i behandlingstilbudet er regelen heller enn unntaket. Inndelingen i to fagområder innebærer at den mest spesialiserte kompetansen på henholdsvis psykiske lidelser og rusmiddelproblemer ligger i hvert sitt fagområde, selv om mange av pasientene har begge lidelsene. Det er derfor en risiko for at pasienter med ROP-lidelser ikke får samme tilgang til, og heller ikke lik rett til behandling for psykiske lidelser som pasienter uten samtidige rusmiddelproblemer. Man kunne tenke seg at problemet kunne løses gjennom en strukturell og organisatorisk endring, som for eksempel en sammenslåing av fagområdene. Faren er imidlertid at behandlingstilbudet til pasienter som kun har rusmiddelproblemer, vil kunne bli skadelidende.

Basert på resultatene fra ROP-tilsynet og gjennomgangen ovenfor, vil jeg fremme to forslag til hvordan vi kan ivareta behandlingsbehovet til pasienter med ROP-lidelser: For det første utvikle pakkeforløp som sikrer utredning av rusmiddelproblemer i psykisk helsevern. En av fordelene med pakkeforløpene er kravene til kartlegging av rusmiddelproblemer i psykisk helsevern og vise versa i rusmiddelbehandling. Samtidig er pakkeforløpene inndelt i *enten* psykisk helsevern *eller* rusbehandling. Dersom nåværende pakkeforløp ikke kan ivareta behovet for integrering av behandlingen eller annen viktig samhandling mellom de to fagområdene, kan neste trinn være å utforme et forløp som sikrer pasienter med ROP-lidelser rett til helsehjelp på tvers av fagområdene psykisk helsevern og rusmiddelbehandling.

For det andre, inkludere heller enn å ekskludere pasienter med ROP-lidelser i psykisk helsevern. Det er snarere likheter enn forskjeller som kjennetegner forholdet mellom pasienter med ROP-lidelser og pasienter med psykiske lidelser uten komorbide rusmiddelproblemer (Medhus et al., 2013; Skule, 2017). Pasientene kan derfor i større grad enn i dag benytte seg av samme behandlingstilbud. Det ville være hensiktsmessig, ettersom pasientene med ROP-lidelser beveger seg innenfor både psykisk helsevern og rusmiddelbehandling (Lillevold, 2016). Dette er også i tråd med Helsedirektoratets (2012) anbefalinger av behandling for henholdsvis psykisk lidelse og rusmiddelproblemer, som innebærer å følge gjeldende faglige retningslinjer, uavhengig av komorbiditet.

De to tiltakene som er nevnt ovenfor, kan bidra til å styrke de delene av tjenesten der Helsetilsynet har påpekt svikt. Hvis det utvikles behandlingsforløp som sørger for sammenhengende og gode tilbud til pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser, og pasientene inkluderes i et psykisk helsevern med kompetanse til å utrede og behandle rusmiddelproblemer, er helsetjenesten et skritt nærmere et både og-tilbud for denne pasientgruppen. Pasienter med sammensatte rus- og psykiske lidelser bør oppleve at hjelpen er tilgjengelig og av god kvalitet, uavhengig av om de blir henvist til psykisk helsevern eller rusbehandling. ❌

REFERANSER

- Bjøntegård, K.S., Andresen, J.F. & Skule, C. (19. september, 2018). Enhetlig og helt, ikke stykkevis og delt – om tilbudet til pasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse. [Kronikk]. *Dagsavisen*.
- Han, B., Olfson, M. & Mojtabai, R. (2017). Depression care among depressed adults with and without comorbid substance use disorders in the United States. *Depression and Anxiety*, 34, 291–300.
- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser. Sammensatte tjenester – samtidig behandling*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2019). *Distriktpsikiatriske tjenester 2017*. Rapport IS- 2825. Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2004). *Rusreformen – pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven*. Rundskriv 1–8/2004.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Meld. St. 7.
- Helseth, V., Lykke-Enger, T., Aamo, O. & Johnsen, J. (2005). Rusmiddelscreening av pasienter i alderen 17–40 år innlagt med psykose. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125, 1178–1180.
- Helseth, V., Samet, S., Johnsen, J., Bramness, J. & Waal, H. (2012). Feasibility of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) in an acute ward. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 8, 96–104.
- Helsetilsynet (2019). *Et stykke igjen til likeverdige tjenester. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2017–2018 med spesialisthelsetjenester til pasienter med psykisk lidelse og mulig samtidig ruslidelse*. Rapport fra Helsetilsynet 5/2019.
- Lid, T.G., Nesvåg, S. & Meland, E. (2105). When general practitioners talk about alcohol: Exploring facilitating and hampering factors for pragmatic case finding. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43, 153–158.
- Lillevoold, H.J. (2016). Mellom to stoler. utfordringer ved behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53, 994–999.
- Medhus, S., Mordal, J., Holm, B., Mørland, J., Bramness, J.G. (2013). A comparison of symptoms and drug use between patients with methamphetamine associated psychoses and patients diagnosed with schizophrenia in two acute psychiatric wards. *Psychiatry Research*, 206(1), 17–21, doi: 10.1016/j.psychres.2012.09.023.
- Muller, A. (2016). *Jeg jobber med rus! Å snakke om avhengighetsforskning uten skam*. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/blogg/jeg-jobber-med-rus.html>
- Nygaard, P., Paschall, M.J., Aasland, O.G. & Lund, K.E. (2010). Use and barriers to use of screening and brief interventions for alcohol problems among Norwegian general practitioners. *Alcohol and Alcoholism*, 45, 207–212.
- Næs, S., og foretakstillitsvalgte kolleger i Norsk psykologforening (2019). *Psykisk helsevern er ikke et «valgvalg»*. <https://www.dagensmedisin.no>
- Rognli, E.B., Medhus, S.E. & Bramness, J.G. (2015). Amfetaminutløst psykose eller schizofreni? Kronikk. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135, 249–251.
- Skule, C. (2017). *Kliniske karakteristika ved depresjon, med og uten alkoholproblemer: symptomprofil, mestrings, oppmøtemønster og effekt av behandling*. Dr.philos.-avhandling, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Walby, F.A., Myhre, M.Ø., Kildahl, A.T. (2020). *Selvmod under og etter kontakt med tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2009 til 2017 – en nasjonal registerstudie*. Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. www.uio.no/kartleggingssystemet
- Øydnå, A.T. (2006). Diagnostisering av rusutløst psykose ved en akuttpost. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43, 234–239.



B4DT kan spre seg

Helseministeren åpner for at modellen The Bergen 4-Day Treatment er overførbart til behandling av andre lidelser.

TEKST Øystein Helmikstøl

ISEPTEMBERUTGAVEN av Psykologtidsskriftet ble The Bergen 4-Day Treatment (B4DT) omtalt. Der kom det blant annet fram at det ikke finnes noen studier som sammenligner B4DT med aktive kontrollgrupper, altså med annen terapi.

Likevel har helse- og omsorgsminister Bent Høie (H) kalt metoden for «revolusjonerende». Helsedirektoratet opplyste til Psykologtidsskriftet i september at de mener det ordinære behandlingstilbudet med 16–20 timer (senere endret til 17–17 sesjoner) har tilsvarende behandlingsresultater som B4DT, samt at B4DT ikke egner seg for alle pasienter. Likevel har mer enn 40 klinikker i Norge nå rullet ut B4DT eller er i gang med dette.

Psykologtidsskriftet har spurt helseminister Bent Høie (H) om han mener at modellen B4DT er overførbart til behandlingen av andre lidelser / psykisk helsevern generelt.

– Når det gjelder tvangslidelser, er effekten av firedagersmetoden godt dokumentert. Det gjenstår å se om formatet gir tilsvarende resultater ved andre lidelser. Ved panikk-lidelse foreligger det en studie som peker i retning av dette. Her er det selvsagt lov til å håpe, sa helseministeren blant annet. ✘

Uenige om psykologer kan jobbe selvstendig

ESA og norske helsemyndigheter er uenige i synet på om psykologer i Norge jobber selvstendig.

TEKST Per Halvorsen

I slutten av september leverte Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) sitt svar på ESAs grunngitte uttalelse fra 29. april i år. På en rekke punkter mener HOD at ESAs analyse og faktagrunnlag svikter. Striden står blant annet om i hvor stor grad psykologer etter endt profesjonsutdanning i Norge kan jobbe selvstendig. ESA (EFTA Surveillance Authority) hevder at «... professional support from a psychologist specialist is a general principle that applies to all settings in which psychologists perform clinical activities».

Dette er regelrett feil, mener HOD. Departementet viser både til lov om helsepersonell og til uttalelser fra Statens helsetilsyn, som stadfester at psykologer i Norge både kan utrede, diagnostisere og behandle pasienter uten at spesialist er involvert.

ESAs grunngitte uttalelse kom etter at norske studenter hadde klaget på at de var blitt nektet lisens av norske helsemyndigheter etter avsluttet psykologstudium ved Eötvös Loránd University i Budapest. ESA konkluderte med at forskjellene mellom kvalifikasjonene i Norge og ved ELTE-universitetet, så vel som mellom yrkene i de to landene, ikke er vesentlige nok til at Norge kan nekte å anerkjenne den ungarske utdanningen. Velger ESA å stå på sitt, kan de bringe saken inn for EFTA-domstolen, der Norge risikerer å bli dømt for traktatbrudd. ✘

Selvmondsforebygging inn i rusfeltet

Nye retningslinjer for forebygging av selvmord utvides til å omfatte rusfeltet og utsettes til 2022.

TEKST Per Halvorsen

I januar publiserte Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling tall som viste at 9,3 prosent av de som dør i selvmord i Norge, hadde vært i kontakt med Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) siste leveår. Av disse hadde 64 prosent også vært i kontakt med psykisk helsevern. Dermed ble det besluttet at forebygging av selvmord i TSB skal inngå i de nye retningslinjene.

Psykologspesialist og ph.d. ved Lovisenberg diakonale sykehus Nikolaj Kunøe hilser initiativet velkommen.

– Flere oppfølgingsundersøkelser av overdoseofre har vist innslag av ‘tause overdoser’; personer med ingen eller lite kjent brukererfaring

og kontakt med helsevesenet. Disse er kanskje ‘blindpassasjerer’ i ruslivet og har som formål å bruke rusen til en siste reise.

Kunøe viser til at statistikken over overdoser har beveget seg lite over flere år.

– La oss derfor komme disse brukerne i møte med en samtale om livet og døden. Å snakke direkte og åpent om disse temaene er virksomt for selvmordsnære mennesker, både i og utenfor rusbehandling. Sjekklistene og nesepreparatene er ikke nok til å redde dem, sier han. ✘

Meninger



FOTO: ERWAN PILOUGOVEN / WIKIMEDIA COMMONS



Åndelige løsninger

Muslimsk terapi innebærer blant annet åndelige løsninger basert på kjærlighet til Allah, skriver Rania Al-Nahi (s. 842).

SKAM ≠ UTVIKLING

«Jeg vil tilbakevise at skam er en grunnleggende og biologisk medfødt affekt, og at den spiller en viktig rolle i utviklingen av barnets selv og barnets tilknytning til andre.»

Zemir Popovac, side 837

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.



1

2

3

4

H. J. J. 2020

Køen inn til psykisk helsevern – og en vei ut av uføret

Det er på tide å tilpasse attføringssystemet til den enkelte slik at psykiske lidelser som varer mer enn fire år, ikke ender i uførhet. Tidsavgrensningen av arbeidsavklaringspenger bør opphøre.

ANDELEN UFØRE har i de siste årene steget betydelig. I juli 2020 publiserte SSB en rapport som viste at 1 av 10 i Norge nå er uføretrygdet. Mange unge uføre er uføre grunnet psykiske helseplager. Økningen i psykiske helseplager har ført til press på helsetjenesten. Det har derfor vært en klar målsetting å øke forebyggingsinnsatsen og å effektivisere psykisk helsevern.

Satsing på kommunepsykologer har på mange måter ført til et mer tilgjengelig tilbud, og i noen kommuner senket presset på spesialisthelsetjenestene. Men kommunesatsingen ser ikke umiddelbart ut til å endre *tilstrømmingen* av pasienter til spesialisthelsetjenesten eller senke andelen nye uføre. Den økende satsingen på forebygging og fra «døgn til dag» ser altså pr. dags dato ikke ut til å ha effekt på funksjonsgraden hos befolkningen på lengre sikt.

RETT MEDISIN?

Spørsmålet dette reiser, er hvorvidt befolkningen er blitt sykere eller om systemene som er lagt for tilrettelegging av hjelp, fungerer som de skal. Det er fremmet flere teorier om økningen i psykiske lidelser hos unge, og hvorvidt denne skyldes samfunnsmessige faktorer eller

en faktisk økning i lidelse. I Psykologtidsskriftet har det vært en debatt om den kontekstuelle modellen og den biopsykososiale modellen for psykisk lidelse og de kausalforhold som kan ligge bak økningen i diagnoser og bruk av medisiner generelt.

Det er også blitt stilt spørsmål om «dagens unge» er en mer sårbar generasjon og i større grad utsatt for psykisk press enn tidligere generasjoner. Dette har blant annet blitt problematisert av Jean M. Twenge (2018).

Uavhengig av årsaksforhold er det betimelig å spørre om det vi gjør som fagfolk, faktisk virker og resulterer i bedre psykisk helse og økt funksjonsevne og livskvalitet hos dem som er innom behandlingsapparatet.

Ordningen med arbeidsavklaringspenger (AAP) ble innført i 2010, og som en følge falt andelen nye unge uføretrygdede i alderen 20–29 dette året for så å øke igjen i nye data fra 2015 (maksimal periode for AAP er beregnet til fire år).

FOR LENGE UTEN SKOLE OG ARBEID

For å få arbeidsavklaringspenger må en ha en sykdom, skade eller lyte som medfører mer enn



TEKST Camilla Batalden, spesialist i organisasjonspsykologi og klinisk voksenpsykologi, og Anders Wahlstedt, spesialist i arbeids- og organisasjonspsykologi

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

UNGE UFØRE



50 prosent arbeidsuførhet. Sykdommen skal være utredet av lege (og spesialist i noen tilfeller), og den som mottar AAP, skal ha en aktivitetsplan som kan innebære medisinsk behandling, behandling i psykisk helsevern og/eller arbeidsrettede tiltak. Altfor ofte utsettes tiltak til etter utredning og behandling er gjort. Det fører til at mennesker med psykiske lidelser går unødige lenge utenfor skole og arbeid. Noen tilretteleggingstiltak som eksempelvis jobbresept eller skoleresept, har sågar som krav at den som deltar i tiltaket, er i pågående behandling ved et DPS.

Slik sett blir en diagnose og en plass på distriktspsykiatrisk senter en inngangsbillett til nødvendige tiltak og økonomisk støtte. Når dette er på plass, har det ofte gått mange år for den unge pasienten som har ventet, og mulighetsrommet for å komme i arbeid og/eller utdanning har blitt mindre.

I spesialisthelsetjenestene skrives det i dag mange spesialistklæringer som grunnlag for uføresøknader. Det skjer uten at behandler får innsikt i tiltakene som er gjort via NAV, eller har mulighet til å bidra i veiledning rettet mot arbeidsutprøving. Ofte søkes pasientene inn til spesialisthelsetjenesten året før AAP går ut. Spesialisthelsetjenestens rolle blir da – satt på spissen – å validere en uføresøknad.

KREVER TID

Når ytelser gis under en gitt tidsfrist (som eksempelvis AAP), og bedring av arbeidsfunksjon er avhengig både av egen helse og motivasjon, konjunkturer i arbeidsmarkedet og sosiale forhold, skaper det et press på brukerne og usikre fremtidsutsikter. Det kan i sin tur bidra til (mer) psykisk uhelse. Mange sykdommer krever tid før tilfriskning eller stabilisering, og det gjør det vanskelig med tidsfrister. Når våre systemer i både helsevesenet (pakkeforløp) og i trygde- og velferdssystemene (AAP) eller vide-regående opplæring (oppfølgingstjenesten, skoleresept) bare tas i bruk under visse premisser eller innenfor bestemte tidsrammer, skaper det stress hos brukeren og kan føre til at flere søker uføretrygd når de ikke har hatt den ønskede bedringen innen de fire årene som forventet.

Dersom systemene er mer individtilpassede og fleksible og det i større grad satses på veiledning og støtte uten tidsfrister, men med krav om yrkes- eller utdanningsrettet aktivitet for ytelse, vil det kanskje i større grad være lettere å velge å prøve seg ut i yrkeslivet. En måte å gjøre



Når retten til hjelp til å komme i gang med arbeidstiltak eller skoletiltak forutsetter en lang rekke utredninger og spesialistklæringer, skaper det motløshet og usikkerhet på brukersiden

dette på er å gi insentiver til bedrifter som ønsker å satse på mennesker med helseutfordringer. Mennesker med helseutfordringer bør få hjelp til å komme i jobb uten å måtte gå rundene innen spesialisthelsetjenesten først. Her kan en styrke de arbeidspsykologiske tjenestene innad i NAV, tilknyttet veiledning og oppfølging av den enkelte.

TILTAK UTEN DIAGNOSER

Muligheten for å fremme tiltak uavhengig av diagnoser med økt fokus på inkludering og mer fleksible ordninger kan for eksempel bidra til at unge mennesker ikke faller ut av arbeidslivet for tidlig. Det krever også at politikere og helseaktører er villige til å tenke utenfor den patogene boksen når det gjelder behandling og forebygging av psykiske lidelser som helhet, og i større grad ser på effektene av de systemene behandlingen gis under.

Når retten til hjelp til å komme i gang med arbeidstiltak eller skoletiltak forutsetter en lang rekke utredninger og spesialistklæringer, skaper det motløshet og usikkerhet på brukersiden.

Fremtidige politiske prioriteringer bør gå til styrking av systemarbeid på alle nivåer og i større grad se på om organiseringen av den hjelpen som blir gitt, og de systemene som hjelpen blir gitt under, medfører bedre helse og bedret funksjon.

Psykologforeningens satsing på arbeid og utdanning er i denne sammenheng en viktig og riktig satsing for å forebygge sosial isolering og frafall fra utdanning og arbeidsliv for unge mennesker med psykiske vansker. ✕

REFERANSER

- SSB (2020). 1 av 10 er uføretrygdet. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/1-av-10-er-uforetrygdet>
- Twenge, J.M. (2018). *iGen: Why Today's Super-Connected Kids Are Growing Up Less Rebellious, More Tolerant, Less Happy – and Completely Unprepared for Adulthood – and What That Means for the Rest of Us*. Atria Books.



Skam ekspedert

Skam er «et avfallsstoff» etter manglende anerkjennelse av barnets vitalitet og kjærlige følelser. Den bør avgiftes og ikke tillegges positive funksjoner.

I AUGUSTUTGAVEN til Psykologtidsskriftet skriver jeg at det ikke er noe godt ved skam, og at det er problematisk at vi, fagpersoner innenfor psykologi og psykisk helse, fortsetter å hevde at skam har positive funksjoner. Teksten har skapt en viktig debatt om vår forståelse av skam. Noen av motargumentene hevder at skam evolusjonistisk sett har spilt, og fortsatt spiller, en positiv rolle i barnets selvutvikling (Halvorsen, 2020), og at skam er en grunnleggende affekt eller en medfødt biologisk brems mot barnets positive affekter når disse ikke matches fra omgivelsene (Sinding, 2020). Sagt med andre ord: Skam er der av en positiv grunn. Dette er en feilslutning. Skam er der, men ikke som en viktig årsak til at noe skal gå bra, men som et resultat av noe som har gått galt. Et resultat som vi bærer med oss videre

som en internalisering av at «det er meg det er noe galt med».

Jeg vil tilbakevise at skam er en grunnleggende og biologisk medfødt affekt (Sinding, 2020), og at den spiller en viktig rolle i utviklingen av barnets selv og barnets tilknytning til andre (Halvorsen, 2020). Skam og utvikling hører ikke engang sammen i samme setning.

SKAM OG BIOLOGI: EN MEDFØDT AFFEKT?

Vi vet at barn på mellom 4 og 24 måneder gir emosjonelle uttrykk for glede, sinne, avsky, frykt, overraskelse og tristhet (Sullivan & Lewis, 2003). Men kan barn yngre enn 2–3 år føle skam? Studier avdekker at skam først begynner å vise seg etter to-treårsalder (Barrett et al., 1993; Cole et al., 1992; Denham, 2007; Kochanska et al., 1994; Parisette-Sparks et al., 2017). For

SKAMDEBATT

I augustutgaven av Psykologtidsskriftet hevdet Zemir Popovac at fagpersoner tviholder på en ide om skammens positive funksjon, når det i hans blick ikke er noe positivt med skammen. Han fikk svar på tiltale i oktoberutgaven. En av dem som tok til motmæle var Aksel Inge Sinding. Popovac svarer ham i dette innlegget.



TEKST Zemir Popovac, psykologspesialist, Favne Psykologbistand

SKAMMENS FUNKSJON





Småbarn gir ikke emosjonelle uttrykk for skam de første to-tre leveårene

å kunne føle skam må barnet først utvikle selvbevissthet og kapasitet til å evaluere seg selv (Barrett et al., 1993; Denham, 2007; Eisenberg, 2000; Eisenberg et al., 2006; Kochanska et al., 2002; Muris & Meesters, 2014; Thompson et al., 2006). På bakgrunn av dette omtales skam som «selvbevissthetsemosjon» (Parisette-Sparks et al., 2017) eller «moralemosjon» (Elison, 2005).

Utvikling av skam hos barn korrelerer videre med foreldrenes oppdragerstil, foreldrenes psykiske helse samt konfliktnivået i familien (Cummings & Davies, 2002; Mills, 2005; Zimet & Jacob, 2001). Jo mer misnøye det er i ekteskapet, jo mer straffende og avvisende foreldrestil barnet utsettes for, og jo større psykiske belastninger det er hos foreldre når barnet er tre år gammelt, desto mer skam gir barnet uttrykk for ved seksårsalder (Mills, 2005; Muris & Meester, 2014; Parisette-Sparks et al., 2017).

Det er dermed ikke noe biologisk primært eller grunnleggende medfødt ved skam – den oppstår ikke ut av ren biologi. Småbarn gir ikke emosjonelle uttrykk for skam de første to-tre leveårene. Det som særlig er utslagsgivende for utvikling av skam, er i hvor stor grad barnet blir utsatt for manglende anerkjennelse fra sine omsorgsgivere, og i hvor stor grad barnet blir frarøvet opplevelsen av å være akseptert og elsket (Feiring, 2005; Lewis, 1992; Loader, 1998). Selv om skam har sine biologiske korrelater – den aktiverer kroppens fysiologi (Sinding, 2020) – så er ikke dette et argument for å tilskrive biologien en forrang og betrakte skam som noe medfødt eller primært. Skam er et relasjonelt fenomen.

Alle blir vi utsatt for manglende validering og krenkelser i større eller mindre grad, og som oftest utilsiktet. Med ulike grader av dette, og kombinert med ulik robusthet i medfødt temperament (Karterud & Kongerslev, 2019), ender vi opp med ulike grader av disponibilitet og sårbarhet for skam senere i livet. Uansett mye eller lite skam, mild eller intens skam, er kilden den samme: ikke medfødt biologi, men selvobjektsvikt (Kohut, 1971). Vi snakker ikke nødvendigvis om vedvarende omsorgssvikt eller gjentagende traumer barnet utsettes for, selv om dette selvfølgelig øker risiko for utvikling av skam (Feiring, 2005), men snarere hverdagslige sekvenser av støy og brudd i kontakten som vi ikke kan unngå. Det er umulig å være 100 % inntonet forelder til enhver tid.

SKAM OG TILKNYTNING

Hvordan går veien fra det ytre til det indre? Hvordan blir den ytre avvisningen, eller den ytre svikten i anerkjennelsen av barnets følelser, til en indre svikt i barnets selvmedfølelse? Svaret ligger i selvobjektsvikten (Kohut, 1971).

«You're nobody 'till somebody loves you»¹

Selvet er uløselig knyttet til sine objekter. Uten mor, ingen baby. Ikke bare i fysisk forstand, men i psykologisk også: Det er i morens blikk barnet finner seg selv (Winnicott, 1971). Kohut er inne på det samme når han skriver hvor viktig det er at barnet får oppleve å være «glimt i mors øye». Spelling og validering av barnets følelser konsoliderer barnets selv (Kohut, 1971). Det problematiske oppstår når barnet søker seg med sine følelser

.....

1. Låtskrivere: James Cavanaugh / Larry Stock / Russ Morgan Teksten: You're Nobody 'till Somebody Loves You © Peermusic Publishing, Reservoir Media Management Inc

DEBATT OM SKAMMENS FUNKSJON

Tidligere innlegg:

- Nr. 10 - 2020 Skam, psykologi og ontologi
(Jan Sunder Halvorsen)
- Nr. 10 - 2020 Skam nyansert
(Aksel Inge Sinding)
- Nr. 8 - 2020 Skam revidert
(Zemir Popovac)
- Nr. 6 - 2020 Blikket utenfra
(Siri Gullestad)

til mor², og ser på mor, men istedenfor å finne seg selv finner et fravær av interesse i mor, en avvisning, eller et tomt blikk (Winnicott, 1971). Dette bildet tar barnet inn i seg som en representasjon av seg selv (Ikonen & Rechart, 1993). Mor lykkes ikke med å bekrefte barnets vitalitet – hun som objekt svikter selvet (jf. selvobjektsvikt; Kohut, 1971).

Barnet sitter igjen med et dobbelt problem: For det første har ikke barnets vitalitet, grandiositet og kjærlige følelser blitt validert. Disse kan i ytterste konsekvens oppleves av barnet som sider ved seg selv som mor ikke tåler, og kan dermed true barnets relasjon til henne og følgelig føre til angst. Og for det andre har barnet sluppet inn en feilaktig representasjon av seg selv inn i sitt indre. Den andres blikk er blitt til barnets eget blikk på seg selv (Gullestad, 2020). «Jeg er uelskelig.»

Objektsvikten gjenkjennes ikke av barnet som objektsvikt, mor går fri. For å redde relasjonen til henne ofrer barnet seg selv. «Det er jeg som er *bad boy*» (Fairbairn, 1952). Relasjonsbehovet trumfer behovet for følelsesregulering. Selvet betaler prisen.

Det kjærlige blikket som skulle ha blitt internalisert for så å bli til en del av barnets selvmedfølelse, er fraværende. Når denne indre objektrelasjonen er aktivert (fravær av kjærlighet), trues selvet med skam.

Skam blir altså en del av vår internaliserte tilknytningshistorie, måten vi har lært å erfare oss selv på i situasjoner der valideringen av våre følelser har manglet, eller der vi har blitt utsatt for omsorgspersonens sinne i form av skamindusering – «skam deg gutt!». Er det da takket være skammen at barnet har lyktes med å redde relasjonen til en ikke-validerende for-elder, slik som noen av mine motdebattanter hevder (Halvorsen, 2020; Sinding, 2020)? Er det dette som er den adaptive siden av skammen? Svaret er nei. Det er ikke takket være skammen, men takket være det livsviktige relasjonsbehovet. Barnet ofrer seg selv for å redde relasjonen.

Skam er prisen barnet betaler for å være i relasjon med en ikke-validerende omsorgsperson. For de aller fleste barn handler dette om enkeltstående situasjoner med selvobjektsvikt, der relasjonen ellers er god nok. For andre

.....

2. «Mor» er terminologi hentet fra Winnicott (1971) og Kohut (1971), siden det refereres til dem, og står for barnets signifikante omsorgspersoner (deriblant både mor og far).



Skam er nettopp «et avfallsstoff» etter manglende anerkjennelse av barnets vitalitet og kjærlige følelser, noe som bør avgiftes

handler det dessverre om en mer stabil skaminduserende foreldrestil, noe som gir utslag i større sårbarhet for utvikling av skam senere i livet (Muris & Meester, 2014).

Uansett kvaliteten på relasjonen, er det fortsatt relasjonen som er det livsviktige. Like viktig som mat er for kroppen, for å henspille på Bion (1959). Kroppen får i seg avfallsstoffer når vi spiser (ikke all mat er ren næring), det er uunngåelig. Men vi spiser likevel, fordi vi må. Det er det samme med relasjoner. Vi avstår ikke fra dem selv om de har toksiske elementer. Skam er nettopp «et avfallsstoff» etter manglende anerkjennelse av barnets vitalitet og kjærlige følelser, noe som bør avgiftes og ikke tillegges positive funksjoner.

Skam er uunngåelig for de aller fleste av oss, nettopp fordi alles oppvekst inneholder sekvenser med selvobjektsvikt. Som barn får vi i oss en del avfall underveis. Skam i voksen alder, både i små og store doser, er som et spøkelse som dukker opp fra fortiden, som en aktivering av overføring som igjen demper ens vitalitet og dekker over viktige følelser i relasjonen her og nå. Å modnes som person handler også om å evne å møte seg selv med den kjærligheten som man i enkeltsituasjoner, eller i perioder av sitt liv, har savnet å få fra andre.

SKAM OG FØLELSER

Ikke alt som føles, er følelser. Vi føler skam, men er skam en følelse? Mange mener det (Izard, 1977; Normann-Eide, 2020; Tomkins, 1962; Vassbø Hagen & Stiegler, 2020). Istedenfor følelse kan vi si at skam snarere er et derivat av selvobjektsvikt. Skam dekker over følelser. Følelser som sinne, redsel, tristhet, avsky, sorg og overraskelse har viktige vitaliserende funksjoner som varsler om selvets behov (Ekman et al., 1983). Skam er det motsatte av vitalisering.

Sorgen som ligger i erfaringen av å ikke å ha blitt sett, oppmuntret eller bekreftet, eller





Det går an å være sint på seg selv uten å skamme seg

sinnnet mot en avvisende, uinteressert eller hånende forelder, forsvinner under skammen. Tviholder man på at noe skam kan være bra, er prisen man betaler, at man muligens fortsetter å holde på et lokk som dekker over viktige følelser.

Psykologifaget, og særlig klinikken, har hatt stor nytte av at vi har avdekket skillet mellom angst og følelser (Malan, 2010). Angst føles, men er ikke en følelse. Angst kan være resultat av aktivering av følelser som oppleves som truende. Denne forståelsen har hatt en enorm betydning for psykoterapeutisk behandling av en rekke psykiske lidelser (Frederickson, 2013; Malan, 2010). Hva om vi kunne gjøre det samme med skammen? Om vi kunne skilt den ut fra følelsesfamilien og kalt den for det den er – kollaps i selvmedfølelsen og tap av selvverd.

KJÆRLIGHETENS OG AGGRESJONENS ROLLE

En av de viktigste utviklingspsykologiske oppnåelsene for barnet er å evne å romme motstridende følelser overfor én og samme person (Kernberg, 1992). For eksempel, å evne å være sint på en som barnet også er glad i. Det er like viktig at barnet lykkes med å utvikle evne til å romme motstridende følelser også overfor seg selv: å evne å være sint på seg selv uten å miste kjærlighet for seg selv. Dette er en forutsetning for å kunne romme skyld!

Den klassiske forståelsen av skillet mellom skam og skyld er at skam rammer selvet, mens skyld handler om handlingene en gjør (Lewis, 2000).

Utvikling av barnets evne til å romme skyld bestemmes ikke av barnets medfødte temperament alene, men av den dynamikken som oppstår i barnets relasjon til foreldre (Zimet & Jacob, 2001). Studier viser at barn som blir møtt med empati, anerkjennelse, grenser og en autoritativ foreldrestil, i større grad utvikler sunn kapasitet til å romme skyld enn barn som utsettes for avvisning, høyt konfliktnivå i familien, en autoritær foreldrestil eller forsømmelse. Disse barna utvikler i større grad skam (Cummings & Davies, 2002; Mills, 2005; Muris & Meester, 2014; Parisette-Sparks et al., 2017; Zimet & Jacob, 2001). Senere i livet ser man at skam korrelerer med utviklingen av psykiske vansker (Stuewig et al., 2016).

Det er lett å blande selvkritikk, skyldfølelse og selvforakt med skam. Det som er essensielt

med selvkritikk, skyldfølelse og selvforakt, er aggresjonen – den vendes mot en selv. I skam er det ikke aggresjonen mot selvet som er det essensielle: Det går an å være sint på seg selv uten å skamme seg. Det er til og med et sunnhetstegn å evne å være berettiget selvkritisk og sint på seg selv uten å måtte skamme seg. Skam er ikke aggresjon som vendes mot selvet, men kjærlighet som unndras selvet. I skam mister selvet verdi. Skam kombinert med aggresjon rettet mot selvet er, i sine mer ekstreme varianter, dynamikken bak selvskading og suicid (Gilbert et al., 2010).

ET OPPGJØR

Jeg blir kritisert av noen av mine kollegaer for å skjære all skam over samme kam. Og de har helt rett, jeg gjør det. Skam er skam. Det er ingenting som heter sunn skam, god skam eller positiv skam. Det er også misvisende å plassere skam langs et kontinuum fra positiv til negativ skam (Sinding, 2020).

Det at vi kan tåle noe skam, gjør den ikke til sunn eller positiv. Essensen i skam, i alle sine nyanser, uansett mild eller intens, kortvarig eller vedvarende, er kollaps i selvmedfølelsen. Selvet unndras selvkjærlighet og trues med tap av verdi. Selv i små doser er det ingenting godt eller nyttig ved dette. Til alt det vi tenker at vi trenger skam til, som for eksempel til ikke å trække over sosiale grenser, har vi isteden andre, mer benigne, psykologiske ressurser som signalangst, empati, medfølelse, omtanke for andre og evne til å romme skyld. De som krenker uten å reparere, gjør det ikke fordi de mangler skam, men fordi de mangler empati, omtanke og medfølelse for andre. Det er disse evnene som hjelper oss til å oppføre oss og navigere i det sosiale landskapet, vi trenger ikke skam til det. Vi kan gjøre feil, og vi kan reparere, uten å måtte trues med tap av selvverd (Popovac, 2020).

Vi holder på tanken om at noe skam er bra fordi skam er flettet inn i vår tilknytningshistorie, og den er en del av vår kulturelle arv (Popovac, 2020). Vi kan også tenke at skam er bra fordi vi trenger den for å indusere den i andre når vi er sinte på dem. Ingenting av dette gjør skam til noe positivt. Skam, i store og små doser, er essensielt destruktivt. Å bli kvitt all skam er kanskje ingen realistisk oppgave og heller ikke noe mål i seg selv, men vi kan i det minste slutte å tillegge den positive funksjoner. ✕

REFERANSER

- Barrett, K.C. (1998). The origins of guilt in early childhood. I J. Bybee (red.), *Guilt and children* (75–90). San Diego, CA: Academic Press.
- Barrett, K.C., Zahn-Waxler, C., & Cole, P.M. (1993). Avoiders vs. amenders: Implications for the investigation of guilt and shame during toddlerhood? *Cognition and Emotion*, *7*, 481–505.
- Bion, W. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psycho-Analysis*, *40*, 308–315.
- Cole, P.M., Barrett, K.C., & Zahn-Waxler, C. (1992). Emotion displays in two-year olds during mishaps. *Child Development*, *63*, 314–324.
- Cummings, E.M. & Davies, P.T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *43*, 31–63.
- Denham, S.A. (2007). Dealing with feelings: How children negotiate the worlds of emotions and social relationships. *Cognition, Brain, Behavior*, *11*, 1–48.
- Eisenberg, N. (2000). Emotion, regulation, and moral development. *Annual review of psychology*, *51*, 665–697.
- Eisenberg, N., Spinrad, T.L., & Sadovsky, A. (2006). Empathy-related responding in children. I M. Killen & J.G. Smetana (red.), *Handbook of moral development* (517–549). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Elison, J. (2005). Definitions of, and distinctions between shame and guilt. *Dissertation Abstracts International*, *64*(03).
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *An Object-Relations Theory of the Personality*. Basic Books.
- Feiring, C. (2005). Emotional development, shame, and adaptation to child maltreatment. *Child Maltreatment*, *10*, 307–310.
- Frederickson, J. (2013). *Co-Creating Change: Effective Dynamic Therapy Techniques*. Seven Leaves Press.
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C, Bhundis, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockliff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*, *49*, 563–576.
- Gullestad, S. (2020). Blikket utenfra. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *57*(6), 435–439.
- Halvorsen, J.S. (2020). Skam, psykologi og ontologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *57*(10), 770–773.
- Ikonen, P. & Rechartd, E. (1993). The Origin of Shame and its Vicissitudes. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, *162*(2), 100–124.
- Izard, C.E. (1977). *Human Emotions*. Springer Science.
- Karterud, S. & Kongerslev, M.T. (2019). Skisse til en moderne personlighetsteori. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *56*(11), 834–843.
- Kernberg, O. (1992). *Aggression in personality disorders and perversions*. Yale University Press.
- Kochanska, G., DeVet, K., Goldman, M., Murray, K., & Putnam, S.P. (1994). Maternal reports of conscience development and temperament in young children. *Child Development*, *65*, 852–868.
- Kochanska, G., Gross, J.N., Lin, M.H., & Nichols, K.E. (2002). Guilt in young children: Development, determinants, and relations with a broader system of standards. *Child Development*, *73*, 461–482.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. Chicago: Chicago University Press.
- Lewis, M. (2000). Self-conscious emotions: Embarrassment, pride, shame, and guilt. I M. Lewis & J.M. Haviland-Jones (red.), *Handbook of emotions*. 2. utg. Guilford, 623–636.
- Loader, P. (1998). Such a shame – A consideration of shame and shaming mechanisms in families. *Child Abuse Review*, *7*, 44–57.
- Malan, D.H. (2010). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. 2. utg. Hodder Education.
- Mills, R.S. (2005). Taking stock of the developmental literature on shame. *Developmental Review*, *25*, 26–63.
- Mills, R.S., Arbeau, K.A., Lall, D.I.K., & De Jaeger, A.E. (2010). Parenting and child characteristics in the prediction of shame in early and middle childhood. *Merrill-Palmer Quarterly*, *56*, 500–528.
- Muris, P. & Meesters, C. (2014). Small or big in the eyes of the other: On the developmental psychopathology of self-conscious emotions as shame, guilt, and pride. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *17*, 19–40.
- Normann-Eide, T. (2020). *Følelser: kjenne-tegn, funksjon og vrangsider*. Cappelen Damm Akademisk.
- Parisette-Sparks, A., Bufferd, S.J., & Klein, D.N. (2017). Parental Predictors of Children's Shame and Guilt at Age 6 in a Multi-Method, Longitudinal Study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *46*(5), 721–731.
- Popovac, Z. (2020). Skam revidert: Et oppgjør med positive tolkninger av skammens funksjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *57*(8), 593–596.
- Sinding, A.I. (2020). Skam nyansert. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *57*(10), 764–769.
- Stuewig, J., Tangney, J.P., Kendall, S., Folk, J.B., Reinsmith Meyer, C., & Dearing, R.L. (2016). Children's Proneness to Shame and Guilt Predict Risky and Illegal Behaviors in Young Adulthood. *Child Psychiatry and Human Development*, *46*(2), 217–227.
- Sullivan, M.W. & Lewis, M. (2003). Emotional Expressions of Young Infants and Children: A Practitioner's Primer. *Infants and Young Children*, *16*(2), 120–142.
- Thompson, R.A., Goodvin, R., & Meyer, S. (2006). Social Development: Psychological Understanding, Self-Understanding, and Relationships. I J.L. Luby (red.), *Handbook of preschool mental health: Development, disorders, and treatment* (3–22). Guilford Press.
- Tomkins, S.S. (1962). *Affect, imagery, consciousness. Vol. I: The positive affects*. Springer.
- Vassbø Hagen, A.H. & Stiegler, J.R. (2020). *De seks store følelsene*. Kagge forlag.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and reality*. Tavistock.
- Zimet, D.M. & Jacob, T. (2001). Influences of marital conflict on child adjustment: Review of theory and research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *4*, 319–335.

Rom for religion

Noe av det viktigste for en helsearbeider er å unngå et forenklet kulturelt og religiøst perspektiv.



TEKST Rania Al-Nahi, masterstudent ved Teologisk fakultet, Universitetet i Oslo

MUSLIMER I TERAPI

IFØLGE EN ARTIKKEL i Psykologtidsskriftet (Repål, 2015) benytter muslimer i Norge seg relativt sett mindre av psykiske helsetjenester enn ikke-muslimer, også i vestlige land. Men hvordan møter helsetjenesten muslimer som har behov for akutt eller langvarig hjelp, og hva slags kunnskap besitter de samme tjenestene om islam?

KAN ISLAM OG PSYKOLOGI FORENES?

Islamsk psykologi er basert på islamsk forståelse av menneskets natur, og spiritualitet er et sentralt element i den terapeutiske prosessen. I muslimske praksiser har man en holistisk tilnærming til mennesket. Man ser på mennesket som en helhet. Mental sykdom er assosiert med fysisk sykdom, og det handler om å helbrede kropp og sjel (Rassool, 2016). Hovedskillet fra annen psykologi er at i islam brukes bevisstheten om Allah og altså spiritualitet i terapiprosessen. Formålet med terapien er å rette oppmerksomheten mot en rekke underliggende psykologiske behov ut fra et trosbasert perspektiv. Det innebærer både åndelige løsninger basert på kjærlighet til Allah, og å få klienten til å endre negative tankemønstre og til å reflektere over forholdet til sin skaper og livet.

Muslimer ser på Gud som den som kontrollerer helse og sykdom. Ved sykdom, sorg og tap søker muslimer gjerne trøst og helbredelse hos Gud gjennom bønn, så vel som å oppsøke helsepersonell (Utz, 2012). Når en pasient sier til helsepersonell at helbredelsen kommer fra Allah, betyr ikke det at pasienten ikke har tillit til helsetjenesten, men at vedkommende bekrefter

sin lit til Gud i tillegg. I islam blir helsepersonell sett på som viktige og en del av Guds plan (Baig, 2010).

ET HISTORISK PERSPEKTIV

Ifølge forskning ble den moderne muslimske psykoterapien slik vi kjenner den i dag, introdusert av den muslimske legen Al-Razi, kognitiv terapi av al-Balkhi og psykoterapi av Al-Ghazali for mer enn 1000 år siden. I sitt arbeid med terapi beskriver Al-Ghazali mennesket med fire elementer: hjertet, drift, sjel og intellekt. Disse fire elementene kan knyttes til dagens kognitive atferdsterapi: følelser, atferd, tanker og refleksjon. Flere studier viser til at religiøse og spirituelle terapimodeller er effektive på muslimske klienter som blant annet lider av angst og depresjon (Rassool, 2016). For eksempel kan kognitiv atferdsterapi være kompatibel med islamsk lære og prinsipper, fordi man legger stor vekt på tanker og refleksjon, samt at mennesker har evnen til å veilede og forbedre seg selv gjennom bønn og selvrefleksjon. Koranen sier blant annet at «Allah forandrer ikke folks tilstand før de selv foretar en forandring i sitt indre» (Koranen 13:11).

FORDOMMER OG MØRKETALL

Hvert menneske har behov for individuell terapi. Profeten selv kom med utsagn som tilsier at muslimer har et ansvar for hverandre både individuelt og kollektivt.

Til tross for fellestrekk når det kommer til religiøs tro og praksis, vil det være store forskjeller i hvordan enkeltmennesker definerer

seg selv innenfor sin tro. Det kan være at man ser annerledes på familierelasjoner, roller i familien, kjønnsroller, personlige holdninger, ekteskap og sex. I tillegg kan muslimer i Vesten oppleve både religiøs, etnisk, og kulturell diskriminering i større skala enn muslimer i andre deler av verden. De er også en raskt voksende minoritetsgruppe, og mange unge muslimer i Vesten opplever større krysspress i møte mellom storsamfunnet og foreldrenes forventninger til kultur fra opprinnelsesland.

En masteroppgave (Lindevall, 2019) fra Psykologisk institutt viser at det er store mørketall, stigma og fordommer rundt psykiske lidelser blant muslimer. Resultatet vil ofte være at få familier med muslimsk tro søker hjelp av frykt for negative merkelapper, fordømmelse og sosial ekskludering. Her kan både majoritets-samfunnet og de muslimske miljøene bli flinkere til å støtte opp om forskning og kunnskap rundt mental helse og muslimer. Helsetjenester kan for eksempel ansette flere muslimske omsorgsarbeidere både i møte med muslimske pasienter og til kunnskapsformidling.

Jeg mener at en helsearbeider bør ha kunnskap om hvordan muslimer møter forskjellige faser i livet som sykdom, lidelser, sorg og frykt. Tålmodighet er et sentralt begrep for å kunne forstå hvordan muslimer ser på ulike livsfaser. Tålmodighet (sabr på arabisk) nevnes både i Koranen og i lovtekster. Det kan bety å avstå fra negative tanker, oppnå sjelero, og være mindre sint og opprørt i møte med alle livets opp- og nedture. For Allah gir aldri muslimer flere byrder enn det man klarer å bære. Evnen til å møte vanskelige tider i livet, både på personlig og kollektivt plan, er en sentral del av islamsk lære.

I vestlig kultur legger man ofte vekt på personlig ansvar i håndtering av vanskelige tider. I islamsk trosforståelse oppfattes for eksempel sorg og tap som Guds prøvelser, og noe man må overgi seg til.

Psykologer og terapeuter har en betydelig makt til å definere klientens behov for hjelp. Jeg tror at en psykolog har mye å hente på å være mer bevisst sin definisjonsmakt og være åpen for andre tilnærminger under terapi-prosessen enn det som er etablert praksis. En omsorgsarbeider bør derfor få en innføring i hvordan man kan forstå den muslimske klienten, for å bygge tillit og relasjon uten å vise fordommer og ved å ta utgangspunkt i verdisetet til den som søker hjelp, og deres foretrukne kommunikasjonsstil. Noen muslimske pasienter ønsker ikke å ta en representant for det motsatte kjønn i hånden ved håndhilsning, eller de unnlater bevisst øyekontakt gjennom terapitimen. Det kan fort bli tolket som at pasienten ikke er interessert i terapitimen.

Sex og seksualitet er også noe som er personlig, og som pasienten har liten vilje til å snakke om. Mange muslimer oppfatter at sex er tabubelagt, men både i Koranen og fortellinger fra profetens liv, som kalles for hadither, beskrives sex og seksualitet i stor skala. Det er opp til klienten selv om han/hun har mulighet til eller ønske om å diskutere disse temaene, Koranen gir i seg selv ingen begrensninger her.

Muslimske pasienter må forstås både fra et sosiologisk, kulturelt, psykologisk og religiøst perspektiv. Det er et stort spenn i både kulturell og religiøs praksis. Stereotypiske, bastante oppfatninger som «ingen muslimske menn liker å snakke om følelser» er et dårlig utgangspunkt for god behandling. ✕



I muslimske praksiser har man en holistisk tilnærming til mennesket

REFERANSER

- Baig, N. (2010). Tro, sundhet og lidelse i islam. Baig, N., Kastrup, M., & Rasmussen, L. (2010). *Tro, omsorg og interkultur*, Hans Reitzels forlag.
- Koranen, norskkoran.no, http://norskkoran.no/Les/?Surah=Ar_Rad
- Lindevall, J.H. (2019). Imam eller psykolog? En kvalitativ studie av holdninger til psykisk helse og psykoterapi blant personer med muslimsk tro bosatt i Norge. Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt.
- Rassool, H. (2016). *Islamic counseling, an introduction to theory and practice*. Routledge.
- Repål, A., & Raknes, S. (2015). Islamifisering av psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2015/02/islamifisering-av-psykoterapi>
- Utz, A. (2012). Conceptualization of mental health, illness and healing. I: Ahmed, S. & Amer, M., *Counseling muslims, handbook of mental Health issues and Interventions*. Routledge.



IKKE EGNET Tilbakemeldingsverktøy er ikke egnet til å si noe om pasientens endring, mener Tomas Formo Langkaas. Foto: Simon Grahl

Endring er feil fokus for tilbakemelding

Tilbakemelding om endring kan føre til feiljustering av behandling og feilvurdering av hva som er negativ utvikling. Da holder det ikke å si at informasjon om endring er relevant uansett.

TEKST Tomas Formo Langkaas, Vestre Viken HF

TILBAKEMELDINGS- SYSTEMER

ROGNSTAD OG KOLLEGER (2020) ønsker å korrigere budskapet i essayet «Virker det nå?» (Langkaas, 2020). De mener det er feil å tro at tilbakemeldingssystemer er ment å gi tilbakemelding om hvordan behandling virker. Synspunktet deres gjenspeiler tilbakemeldingslitteraturen generelt. Fokuset der er å følge med på endring; virkning omtales ikke.

Rognstad og kolleger viser til standard argumentasjon i denne litteraturen: (1) God behandling dreier seg om å oppnå positiv endring, (2) behandlere er dårlige til å forutsi negativ endring, mens (3) tilbakemeldingssystemer antas å forutsi negativ endring og dermed gi behandlere bedre resultater.

Denne argumentasjonen støttes ikke av oppsummeringen i Cochrane (Kendrick et al., 2016). Likevel mener Rognstad og kolleger at forskningen må tolkes positivt – det finnes lovende enkeltstudier og retrospektive analyser. Samlet sett synes innlegget deres å argumentere for at det er et konstruert og irrelevant problem at tilbakemeldingssystemer ikke informerer om virkning.

I tilbakemeldingslitteraturen beskrives formålet med tilbakemelding som å «følge med på fremgang i behandling og å gi behandlere løpende tilbakemelding om dette underveis» (Lutz, de Jong & Rubel, 2015, s. 625, min oversettelse). Det fremheves at den praktiske nytten

er å justere behandling underveis og å fange opp negativ behandlingsutvikling – slik Rognstad og kolleger påpeker.

Jeg hevder at argumentene om praktisk nytte i tillegg forutsetter en *implisitt* antakelse om at tilbakemeldingssystemer gir informasjon om hvordan behandling virker – informasjon om endring er ikke tilstrekkelig. I essayet viser jeg hvordan tilbakemelding om endring fører til feiljustering av behandling og feilvurdering av hva som er negativ utvikling. Da holder det ikke å si at informasjon om endring uansett er relevant, eller at tilbakemelding ikke er ment å gi informasjon om virkning.

Videre hevder jeg at det er feil premiss å anse god behandling som synonymt med positiv endring. Negativ endring eller null endring kan også være resultat av god behandling. Positiv endring kan også være resultat av feilbehandling. Om vi ikke vet når positiv endring er et godt eller et dårlig tegn, faller hele den vanlige argumentasjonsrekken for tilbakemelding bort. I stedet for å fokusere på positiv endring bør vi fokusere på om behandling gjør en positiv forskjell. Det er ikke det samme.

Essayet hadde aldri som formål å avfeie tilbakemeldingssystemer. Jeg er positiv til tilbakemeldingssystemer gitt at vi som fagfelt forsøker å rette opp i åpenbare svakheter. Jeg er derimot negativ til å late som om eksisterende tilbakemeldingssystemer kan gi informasjon om hvor godt behandlingen virker. På det siste punktet ser det heldigvis ut til at Rognstad og kolleger er enige. ✕

REFERANSER

- 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*, (7), 1–103. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011119.pub2>
- Langkaas, T.F. (2020). Virker det nå? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(9), 666–672.
- Lutz, W., de Jong, K., & Rubel, J. (2015). Patient-focused and feedback research in psychotherapy: Where are we and where do we want to go? *Psychotherapy Research*, 25(6), 625–632. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1079661>
- Rognstad, K., Rolfsjord, C.S., Meltzer, A., Neumer, S., & Kjølbi, J. (2020). Psykologen trenger hjelp. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(10), 776–777.

DEBATT OM TILBAKEMELDINGSSYSTEMER

Tidligere innlegg:

Nr. 10 – 2020 Psykologen trenger hjelp (Kristian Rognstad, Cilje Sunde Rolfsjord, Anne-Stine Meltzer, Simon-Peter Neumer, John Kjølbi)

Nr. 9 – 2020 Virker det nå? (Tomas Formo Langkaas)

Debattert

Klima- kontroverser

Hvorfor skal og hvordan kan psykologer bidra i klimaarbeid? Spørsmålene ble stilt av Tommy Sotkajævi, leder i Psykologforeningens klimautvalg i Facebook-gruppa Psykologer og profesjonsstudenter 6. oktober.

Politikk og aktivisme: Støtter et fokus på atferdsendring og bruk av nøktern fagkunnskap/viten-skap. Skeptisk til å blande politikk eller aktivisme inn, kan lett bli splittende.

Rune Lauvanger

Masterarbeid: Dette er ikke klinisk, pasientrettet arbeid. Det er masterne som skal drive med slikt som dette.

Rolf Marvin Bøe Lindgren

For snevert: Å tenke at psykologer bare skal drive klinisk, pasientrettet arbeid, er en altfor snever forståelse av psykologrollen, og den stemmer heller ikke med hva mange psykologer i dag arbeider med.

Jan Sjøberg

Umulig: Det er umulig å ikke agere politisk i en politisert verden. (...) Psykologer, som intelligente mennesker flest, kan bidra til å redusere konflikt-nivå ved å bedre kommunikasjonen i samfunnet gjennom opplysning, veiledning og direkte agering. Når det gjelder sak, er det lite psykologer kan bidra med annet enn å redusere temperaturen i terapirommet.

Paal Rasmussen

Tillit: Jeg tenker at psykologer kan ha viktige perspektiver på tillit og klima. En av de mange bekymringene med klimakrisa er at befolkningen mister tillit til beslutningstagerne når temperaturen stiger og konsekvensene øker i omfang.

Helén Ingrid Andreassen

Atferd og forklaring

I den grad forsterkningsbegrepet blir brukt som grunnforklaring på hvordan menneskelig atferd formes, blir det forfeilet.



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

FORSTERKNINGS- BEGREPET

BØRGE HOLDEN retter i oktobernummeret av Psykologtidsskriftet kritikk mot min påstand om at forsterkningsbegrepet i seg selv er tautologisk og derfor mangler tilstrekkelig forklaringsverdi. Foranledningen var min kritikk av den såkalte kontekstuelle modellen brukt i psykiatrien, der jeg på et punkt kom til å trekke inn og rette kritikk mot det atferds-teoretiske forsterkningsbegrepet.

Poenget med min perifere kritikk av forsterkningsbegrepet var ikke noen generell kritikk av atferdsterapien, men en påpekning av at *i den grad* forsterkningsbegrepet blir brukt som grunnforklaring på hvordan menneskelig atferd formes, blir det forfeilet. Begrepet er bare i stand til å vise tilbake på seg selv. Det er derfor ute av stand til å inneha noen grunnleggende forklaringsverdi. En ytre påvirkning forteller oss ingenting så lenge det ikke inngår i et bredere vitenskapsbegrep der også andre grunnleggende faktorer inngår. Hvorfor skulle en forsterker i det hele tatt forsterke slik den gjør?

Det er det i virkeligheten individet selv og dets «indre» tilstander som til syvende og sist gjør. Dessverre for Holden fører hans forsøk på å forsvare forsterkningsbegrepet til at han ufriwillig kommer til å bekrefte min kritikk. Han skriver: «Dyr, inkludert mennesker, kan lære

av konsekvensar av det vi gjer.» Så sant, så sant. «Konsekvensar» utgjør her det sentrale begrepet. For hva er konsekvenser annet enn utledet av individets «indre» opplevelse av noe som er i tråd med eller står i motsetning til organismens opplevde (og reelle) emosjoner, interesser, motiver, tilstander osv. Det er altså på et vis disse grunnbetingelsene – indre følelser – som er de førende med hensyn til å forstå organismens eller personens reaksjoner og eventuelle atferdsendringer.

Poenget er altså at forsterkningsbegrepet i seg selv ikke utgjør noen fullgod erkjennelsesmessig eller vitenskapelig forklaring på atferdsendring når det presenteres alene. Det fungerer da mer *beskrivende* enn forklarende fordi det representerer en énfaktor-forståelse. Slike faktorer kan bare vise tilbake på seg selv. Atferdsendring forklares ut fra forsterkning, men spør en i etterkant hva som er årsak til eller grunnlag for å gi noe karakter av forsterker, så henviser en til atferdsendring. Dette innebærer logisk sett en selvforklaring; en sirkelargumentasjon, eller tautologi, der ting bare peker tilbake på seg selv, og dermed ikke utgjør noen forklaring i seg selv. Det rene atferds- og forsterkningsbegrepet innebærer derfor som sagt ikke noe fullgodt vitenskapsbegrep. ❌

Inntrykk

Essay, anmeldelser og forfatterintervjuer



BILDE: UKJENT KUNSTNER (CA 1830). THE MET



Hele familien i terapi

Les anmeldelsen av Håndbok i familieterapi på s. 850.

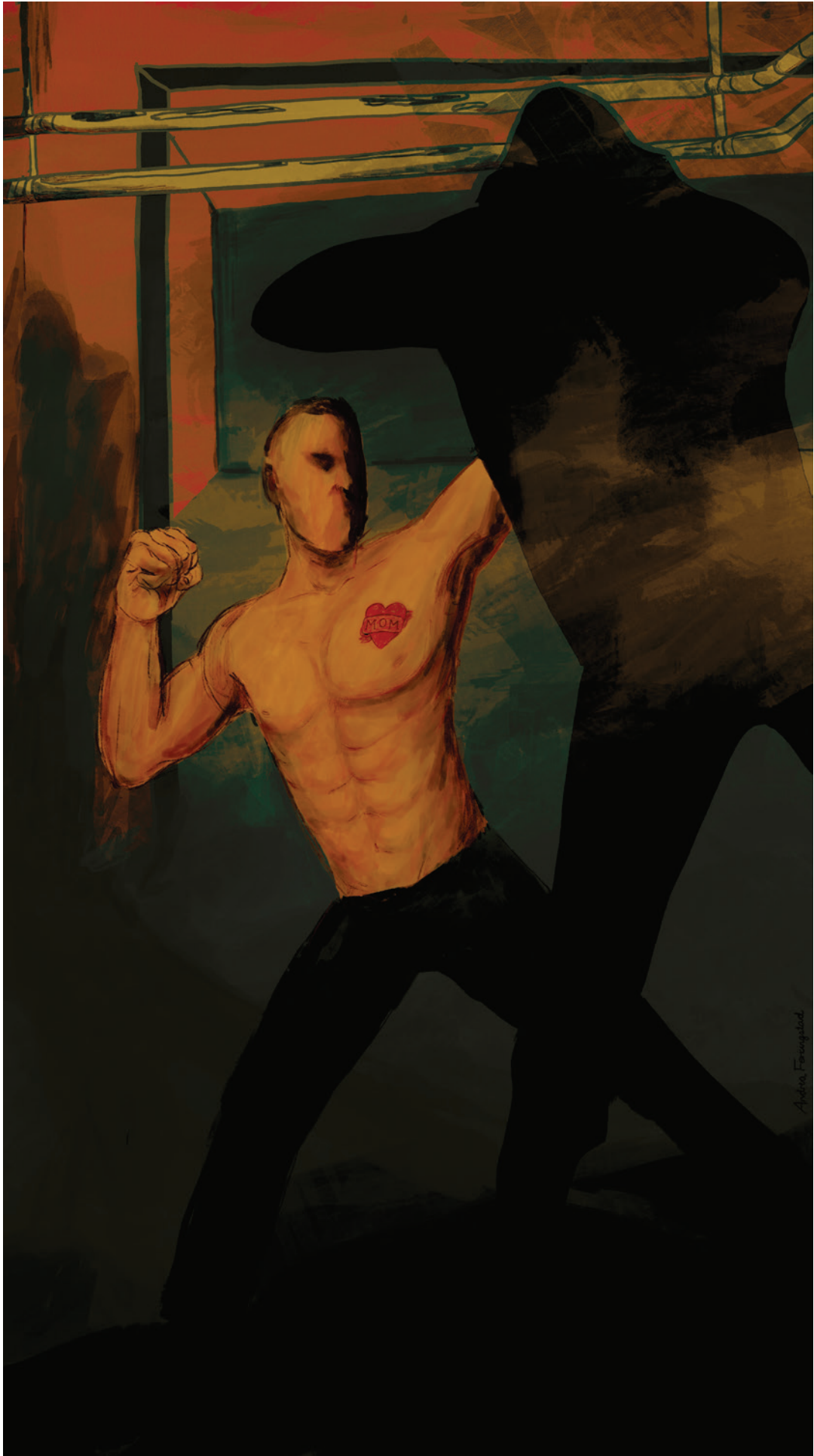
Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

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



Andreas Frenschmidt

Fra puslete gutter til rasende menn

Filmen *Fight Club* levendegjør psykoanalytisk tenkning og gir oss glimt inn i det ubevisste.

TEKST Espen Håland, psykologspesialist, Psykiatrisk Avdeling, Sørlandet Sykehus HF

ILLUSTRASJON Andrea Ferkingstad

Film er både underholdning og kunstform. På sitt beste kan en film vise oss sentrale vilkår ved det å være menneske. Den kan på en unik måte avspeile dypere lag i menneskesinnet, som vi har større eller mindre grad av bevissthet om. *Fight Club* er en slik film.

Fight Club (1999) er regissert av David Fincher. Edward Norton, Brad Pitt og Helena Bonham Carter innehar hovedrollene. Filmen er basert på en roman med samme navn av Chuck Palahniuk (1996). Filmen var kontroversiell i USA på grunn av voldsinnslag og nedverdiggende kvinnesyn. Samtidig fikk den mange positive anmeldelser. De fleste kritikerne har betegnet *Fight Club* som mørk og dystert, men med innslag av helsvart humor (Sand, 1999; Eskeland, 2000).

Psykoanalysen har et språk for menneskers bevisste og ubevisste beveggrunner. I møte med *Fight Club* kan psykoanalysen hjelpe oss å forstå de dypere mellommenneskelige lag i handlingen.

RESYMÉ

Fight Club handler om en navnløs hovedperson på rundt tretti år som jobber i forsikringsbransjen. Fritiden blir stort sett brukt på å innrede leiligheten med IKEA-møbler. Kjærester, barn

eller venner hører vi ikke om. Hovedpersonen sliter med å få sove. Han kontakter en lege, som nekter å gi ham sovemedisin, hvorpå hovedpersonen blir fortvilet og utbryter at han har det vondt. Legen forteller ham at hvis han vil se folk som virkelig har det vondt, bør han oppsøke en selvhjelpsgruppe for kreft. Han gjør det. På gruppemøtene blir de bedt om å åpne seg opp for hverandre. I testikkelkreftgruppa møter han Bob. I møtet med Bobs klemmer, gråt og ærlighet får hovedpersonen kontakt med egne følelser, og tårene kommer. Etter det sover han som et barn. Hovedpersonen blir avhengig av støttegruppene for å få sove. En kveld blir det hele ødelagt når han møter en annen «selvhjelpstulist», Marla Singer. Han ser at hun ikke har noe der å gjøre, akkurat som han selv. Da kommer insomniaen tilbake. Han og Marla blir enige om å dele på selvhjelpsgruppene, men det hjelper ikke på søvnløsheten. Kort tid senere møter hovedpersonen Tyler Durden. Angivelig produserer Tyler såper for rike folk, i tillegg til jobber på restauranter og kino. Den IKEA-innredete leiligheten til hovedpersonen eksploderer, og han er plutselig hjemløs. Han kontakter Tyler og flytter inn hos ham i et falleferdig gammelt hus. Sammen de starter *Fight Club*, der menn kommer sammen i kjelleren på utesteder, etter stengetid, for å slåss. Slåssingen »

gjør at hovedpersonen på ny får sove. Etter hvert trekkes Marla inn, og det utvikler seg et trekantdrama mellom hovedpersonen, Marla og Tyler. Marla og Tyler etablerer tidlig en seksuell relasjon, samtidig som Tyler insisterer på at hovedpersonen ikke må nevne hans navn i samtaler med Marla. Hovedpersonens ambivalente følelser for Marla blir mer og mer tydelig, han tiltrekkes og frastøtes av henne.

Tyler blir mer dominerende, og *Fight Club* brer om seg. Etter hvert blir også mennene som slåss, tatt opp som medlemmer i Tylers *Project Mayhem*. Under Tylers mer og mer tyranniske ledelse utvikler *Project Mayhem* seg fra å være et mer eksistensielt selvutviklingsprosjekt for menn, til å ligne på en terroristorganisasjon, der alle medlemmene mister sin egen identitet. Det hele ender i en grand finale, der relasjonen mellom hovedpersonen og Tyler endelig avklares, og forholdet mellom hovedpersonen og Marla finner en ny form.

DRØM ELLER VIRKELIGHET?

When you're suffering from insomnia,
everything is a copy of a copy of a copy.

Fight Club har mange henvisninger til bevisst/ubevisst, drøm/virkelighet og til kjærlighet og aggresjon (Porsgaard, 2018). Dette er grunnemaer i filmen. *Fight Club* leker med virkeligheten og lar det hele være åpent. Vi som seere får kjenne på noe av det samme som den navnløse hovedpersonen; hvor slutter han, og hvor begynner den andre? Det foregår umerkelige overganger mellom fiksjon og virkelighet. Filmen aktualiserer mangtydigheten gjennom sine virkemidler. Det fortelles hvordan Tyler, i sin jobb på kino, lurer seg til å klippe inn bilder og lyd av penis og mennesker som har sex, i løpet av millisekunder. Kinogjengerne oppfatter ikke bevisst hva som skjer, men blir sittende igjen med et ubehag. Det samme gjør regissøren Fincher, han klipper inn bilder flere steder i filmen, som vi seere ikke bevisst oppfatter, og som på den måten henvender seg til vårt ubevisste. Dette er en film som bør ses flere ganger. Da ser vi flere tilfeller av skjulte henvisninger til Tyler i filmen lenge før han blir introdusert for oss.

Språket i filmen er kontant og direkte. Hovedpersonen har vanskelig for å etablere et sammenhengende narrativ, det ubevisste innreflekteres i dette (Layton, 2011). I det fragmen-

terte er det som om bevisste og ubevisste fortellinger langsomt flettes sammen. Filmen har et konkret, fortellende språk som overlater til oss å fylle ut det som mangler. Mellom ordene kan vi få en fornemmelse av sterke følelser og opprivende konflikter. Språket i filmen er avkoblet og forteller oss om en underliggende emosjonell fattigdom og samtidig et dirrende raseri. Kan en slik type språk ha forbindelseslinjer til tidligere forhold?

I ødipalfasen tilegner barnet seg det språket som gir innpass i en større verden utenfor morsrelasjonen. Ved bruk av språket blir det mulig å komme frem med egne ønsker og behov. Tilegnelsen av språket har noe dobbelt ved seg: Det er et tap i form av å miste den ordløse forbindelsen med moren (Haugsgjerd, 2018). Samtidig hjelper det barnet å sette ord på egne følelser, behov og ønsker. I *Fight Club* er det som om hovedpersonen ikke har et språk for å formidle det han opplever inni seg. Samtidig aner vi at hovedpersonen har en ordløs forbindelse til moren, som er konfliktfylt og ambivalent.

Bernstein (2002) peker på et dobbeltgjengermotiv i *Fight Club*. Filmen forleder oss lenge til å tro at hovedpersonen og Tyler er to separate personer, mens i «virkeligheten» viser det seg at de er en og samme person. Tyler kan sies å være hovedpersonens skygge, han tar opp i seg flere sider; det idealiserte, det maskuline og det onde som han ikke vil vedkjenne seg.

Filmen leker også med oss. Et sted sies det: «If you wake up at a different time and in a different place, could you wake up as a different person?» Filmen henvender seg til seerne her: Har også vi flere «personer» i oss som vekkes til live i ulike settinger? *Fight Clubs* hovedperson er i konflikt med seg selv, men vil ikke vedkjenne seg det. Psykoanalytisk teori hevder at vi alle har ulike konflikter i oss, ofte knyttet til eksistensielle grunnemaer som kjærlighet, ensomhet og avvissning. Det kan ofte være sterke følelser som romsterer i det ubevisste, knyttet til disse konfliktene. Sterke følelser har i psykoanalytisk tenkning alltid en forbindelse til et indre objekt, som er løselige representasjoner i det ubevisste av viktige andre, for eksempel mor og far. Løselig i denne sammenhengen viser til at indre objekter er formet av den enkeltes egne fantasier og indre landskap og ikke en direkte en-til-en-representasjon av en mor eller far. I *Fight Club* kan vi ane konturene av fravær

og «dødhet» i relasjonen til foreldreobjektene hos flere av karakterene, særlig hovedpersonen.

DEN FRAVÆRENDE FAR

Lacan var opptatt av farens rolle (Haugsgjerd, 2018). Det er faren som kommer inn og tar barnet ut av symbiosen med mor, og han har en viktig utviklingsmessig funksjon for barnet i denne sammenheng.

Lacan hevder at far har en motsetningsfull dobbeltrolle i forholdet til barnet: på den ene siden å ta barnet ut av sin fantaserte eneherkerposisjon, og på den andre siden gi barnet løfte om fremtidig storhet (Haugsgjerd, 2018). Ifølge Haugsgjerd er Lacan tydelig på at det er den symbolske faren som er viktigst, ikke den reelle. Hvis far er fraværende, må den symbolske far kunne gjenfinnes i moren.

I *Fight Club* møter vi menn som har vokst opp uten en far. Jeg forstår det slik at de har vokst opp uten den symbolske far. Vi kan tenke oss at disse mennene har stoppet opp i sin psykologiske utvikling, de har ikke blitt løftet ut av eneherkerposisjonen og symbiosen med en mor. For Lacan blir det far som tar barnet ut av symbiosen og setter en grense (Haugsgjerd, 2018). Mennene i *Fight Club* kan tenkes på som barn. I fraværet av den symbolske far får barnet ikke muligheten til å bli kjent med seg selv utenfor morsrelasjonen. Det innebærer at verden fort blir et skummelt sted, et sted som det er vanskelig å skulle utforske. Barnet mister også muligheten til å utforske sider ved seg selv og sine dypere følelser i fraværet av den symbolske faren. Kanskje kan vi tenke at dette er spesielt sårbart for gutter, at de mer enn jenter trenger farens tilstedeværelse i sin vekst og utvikling for å bli menn? På den andre siden mister barnet mulighet til løftet om fremtidig «storhet». Haugsgjerd skriver at Lacan tenker at storheten ligger i at «... barnet gjennom å bli bærer av farens navn blir arveberettiget til en posisjon som voksen og likeverdig» (s. 184). I farens tilstedeværelse ligger det også håp, vekst og muligheter for barnet. Det ligger en mulighet for barnet til å identifisere seg med faren og se at som voksen vil barnet innta en posisjon som likeverdig. Farens tilstedeværelse innebærer en utviklingsmessig viktig og nødvendig kastrasjon av barnet. Denne kastrasjonen forhindrer at barnet forblir værende i en illusjon av allmakt og omnipotens.

Den symbolske faren tar barnet ut av morens trygge favn og viser det verden der ute gradvis, på godt og vondt, og på en måte som barnet kan «ta inn» og vokse mentalt på. I fraværet av en symbolsk far kan vi tenke oss at verden utenfor morsrelasjonen blir «kastet på» barnet, og at barnet ikke er i stand til å ta det inn og vokse mentalt. Dette blir en usunn kastrasjon som hemmer barnet i sin livsutfoldelse. Usunn på den måten at barnet lett mister kontakten med egne følelser og tanker, og verden der ute oppleves som skummelt og farlig.

Hovedpersonen i *Fight Club* framstår utydelig. Det er ikke tilfeldig at han forblir navnløs. Det ligger en invitasjon til oss her; er det noe i ham vi kan kjenne igjen i oss selv? Hovedpersonen framstår som puslete og uten indre liv. Hans identitet er bygd opp rundt å være konform og veltilpasset, han hermer etter kulturens idealer. Den franske psykoanalytiker Claude Smadja (2005) har beskrevet slike pasienter. De kjenne-tegnes av manglende dybde og en form for hjemløshet.

I filmen får vi glimt inn i hovedpersonens og Tylers fortid. Begge er blitt oppdratt av kvinner. Fedrene er fraværende. Det har gjort mennene utrygge på seg selv og sin plass i voksenverden. Deres identitet er utydelig og lite



Språket i filmen er avkoblet og forteller oss om en underliggende emosjonell fattigdom og samtidig et dirrende raseri





Slåssingen kan representere et «stammeaktig overgangsritual» fra gutt til Mann

forankret. Det blir særlig tydelig i hovedpersonen, hans liv er innrettet etter jobb og et IKEA-innredet hjem. Det er som om det bare har blitt sånn, at det ikke er noe hovedpersonen aktivt har valgt. Vi ser tydelige tegn på at den symbolske far er fraværende i livet hans. Dette fraværet har gjort at det å bli mann ikke har funnet sted, hovedpersonen er fremdeles en usikker gutt i en uoversiktlig voksenverden. Denne krisen i maskulinitet og autonomi, som filmen så tydelig retter fokus mot, har også blitt relatert til kulturelle forhold, knyttet til kapitalisme og komsumeringsmentalitet (Layton, 2011). Filmens styrke er at den har aktualitet i forhold til nåtidskultur, samtidig som den avspeiler vesentlige individualpsykologiske forhold.

Det blir tydelig at den navnløse hovedpersonen og Tyler har mye til felles i sin bakgrunn. Samtidig er det som om Tyler er alt det hovedpersonen ikke er, han er selvsikker, tøff og uredd. De snakker om, på en barnlig måte, hvem de ville valgt å slåss mot. Den navnløse hovedpersonen velger sin sjef på jobb, mens Tyler tør å si det rett ut, han ville slåss med sin far.

Vi kan nå bevege oss dypere, til kjelleren i *Fight Club*, om nettene, der slåssingen foregår. Både kjellerne og nettene kan forstås som symboler på at vi beveger oss inn i en mørkere psykologi, og at vi som seere får et innblikk i mer ubevisste, konfliktfylte og drømmeaktige forhold.

PRIMITIVE FØLELSER

First rule of Fight Club is,
you do not talk about Fight Club.

Det er som om det allerede i rammen og reglene understrekes at det er handlingens arena, at språket ikke hører hjemme her, at «det å snakke om det» er noe svakelig og kanskje feminint? *Fight Club* og det som foregår der, på natta, i kjellerdypet, er innhyllet i et mørke, i forbud og mystikk.

Slåsskampene i *Fight Club* kan forstås som en form for selvskading (Skårderud, 2009). I selvskading blir en mental smerte omgjort til fysisk konkret smerte. Noe kommer nærmere bevisstheten i slåssingen. Det er nærliggende å tenke at slåssingen blir en arena for ubevisste fantasier og primitive følelser, som ageres ut i rå og brutal form. Det er en psykologi som ligger under her som både er frastøtende og skremmende, men som også har appell. Skårderud viser til hvordan filmen *Fight Club* førte til opprettelsen av flere undergrunns-slåssklubber, blant annet i Oslo. Et nærliggende spørsmål blir om *Fight Club* omhandler noe i oss alle og våre ubevisste fantasier. Et av Melanie Kleins store bidrag til psykoanalysen er hennes påpekning av at vårt psykiske indre liv (ubevisste fantasier) spiller seg ut i et indre ubevisst mentalt rom (Stokkeland, 2013). *Fight Club* kan knyttes til et slik ubevisst mentalt rom.

Fight Club-slåssingen synes å ha en terapeutisk funksjon (Layton, 2011). Dette kan forstås på flere måter. Porsgaard (2018) viser til hvordan denne slåssingen kan representere et «stammeaktig overgangsritual» fra gutt til mann, som hovedpersonen og de andre har gått glipp av. Vi kan forestille oss at både kulturelle og individuelle forhold gjorde at det ble slik. Bernstein (2002) hevder at *Fight Club* er en kritisk kommentar til konsumkulturen, et angrep på de materielle symbolene som gir en falsk og kunstig følelse av identitet.

Jeg har vært inne på hvordan den fraværende far er avgjørende, men vil utdype dette ytterligere. Det er som om *Fight Club*-slåssingen er rettet som et raseri mot den fraværende far, altså noe nedbrytende og destruerende. Vi kan tenke oss at hovedpersonene i slåssingen projiserer over på hverandre både et raseri og en dyp skuffelse som hører hjemme i forholdet til farsobjektet.



Samtidig er det som om slåssingen også er ment å bøte på kastrasjonen, mangelen på opplevd maskulinitet; og at slåssingen på den måten kan sies å ha en oppbyggelig funksjon. Slåssingen ser også ut til å ha en katarsisfunksjon. De som slåss, føler seg mer i live (mindre døde?) i etterkant.

SLÅSSINGENS BETYDNING

You weren't alive anywhere like you were in Fight Club.

Hva skjer med mennene som slåss? Det er akkurat som de får mer tak på seg selv gjennom Fight Club-slåssingen. Vi nærmer oss nå paradokset; destruksjon, overlevelse og overskridelse.

Er slåssingen en form for lek? Midtsand (2007a, 2007b) har vist den store betydningen boltrelek og lekeslåssing har for gutter. Guttebarna trenger å lekeslåss, for å finne ut hvor grensene går, og for å utvikle sin empati. Boltreslåssingen har paralleller til lekens funksjon, nemlig at viktige følelsesmessige temaer får utfolde seg (Klein, 1923).

Det er en mulighet for guttebarna til å utforske egen maskulinitet, styrke og aggresjon. Ofte

er det fedre som bidrar med boltreslåssing med guttebarna. Så vi kan se for oss at boltreleken og lekeslåssingen også medfører at forholdet mellom far og sønn styrkes. I fravær av en slik type lek er det nærliggende å anta at guttebarna blir mer sårbare. Slåssingen i *Fight Club* skaper altså en forbindelse med dypere lag i sinnet. Det skaper samtidig et sårt tiltrengt fellesskap for menn, der de konkret, vold-somt og kraftfullt kan utfolde seg, og det rammes inn og tåles. I *Fight Club* er det menn som frivillig møtes til slåsskamper for så å forsones etterpå i det som ser ut til å være ektefølt glede og ny kontakt. I en av scenene, etter en blodig slåsskamp, ser vi to av mennene som nylig har slåss, omfavne hverandre gråtende nært og gjensidig.

Det er som om *Fight Club* blir et potensielt rom, et overgangsområde (Winnicott, 1971) som huser paradoksene lek vs. ikke-lek, snakke vs. ikke-snakke, destruksjon vs. overlevelse, hat vs. kjærlighet, makt vs. avmakt, styrke vs. svakhet. Hvordan kan en slik type destruktivitet lede til dypere kontakt? Winnicott (1971) har skrevet om hvordan barnet prøver ut omgivelsene, med egen aggresjon og omnipotens for å se om virke-

ENGLEFJES I en slåsskamp med en mann som i filmen betegnes som Angel Face, hamrer hovedpersonen løs på ansiktet hans uten å ta hensyn til at han har signalisert at han vil gi seg. Ligger det et dypere lag av raseri her? spør Espen Håland i dette essay. Stillbilde: Mary Evans Picture



ligheten overlever. Det viktige er at barnet får utfolde sine aggresjoner med full kraft, og at virkeligheten fortsetter å være der. Hvis en annen person «overlever», kan en dypere væren med en meningsbærende annen stige frem (Binder, 2002). Barnets aggresjon kan forstås som naturlig kroppslig bevegelse eller en form for selvhevdelse, gitt at den får et naturlig utløp. Hvis ikke kan det bli til destruktiv aggresjon (Binder, 2002).

Tilbake til *Fight Club*; slåssingen kan sies både å være fysisk konkret destruksjon og samtidig en psykisk symbolsk destruksjon. Den fysiske destruksjonen er åpenbart ødeleggende fysisk, mest sannsynlig også psykisk. Den psykiske symbolske destruksjonen kan se ut til å romme noe utviklingsfremmende på samme tid. Vi kan ane konturene av en dobbeltsidig aggresjon/destruktivitet som på den ene siden har noe åpenbart voldelig, hensynsløst over seg. Det er som om mennene tar ut alt sitt raseri på et (eller flere) svikefullt indre objekt som er projisert over på den de slåss med. Her er et markant skille fra Winnicotts teori; dette er ikke en utviklende lek der grensene mellom fantasi og virkelighet flyter. Dette er primitiv, brutal, hensynsløs og ikke minst konkret voldelig utagering. Skillene mellom voldelig fantasi og virkelighet har opphørt. På den andre siden er det som om slåssingen, i etterkant, åpner en ny dypere virkelighet for dem. Det er nærliggende å tenke at mennene i *Fight Club* ikke har fått prøvd ut sin aggresjon som barn. Virkeligheten er ikke destruert for dem, og en potensielt dypere kontakt med seg selv og andre har uteblitt. I etterkant av slåssingen er det som om mennene, som da konkret har «overlevd», har fått en ny dypere kontakt både innover i seg selv og utover med andre. Det er som om etterspillet har åpnet opp et potensielt rom.

Det er en dypere mening bak som gjør volden/slåssingen tolererbar, og som på samme tid kan virke tiltrekkende på oss, kanskje fordi noe av destruktiviteten har en forbindelse til generell psykologisk utvikling, slik som Winnicott (1971) viser til. Dette støttes også av Loewald (1979), som viser hvordan det å vokse opp, modnes og finne sin plass innbefatter blant annet at en på et symbolsk nivå tar livet av ens egne foreldre. I *Fight Club* skjer dette i ekstreme og konkrete former, mens for mange ville det finne sted i det ubevisste.

Fight Club er et skjørt konsept i betydningen at det er ikke holdbart over tid som en arena for psykologisk vekst der gutter kan bli til menn. Med andre ord kan *Fight Club* perverteres ytterligere, og det gjør det. *Fight Club* blir til kaos, nærmere bestemt *Project Mayhem* (på norsk: kaos). Foranledningen er en slåsskamp der hovedpersonen, som selv har vært med på å bestemme *Fight Club*-reglene, bryter dem. Det er som om raseriet tar helt over, i slåsskamp med en mann som i filmen betegnes som Angel Face, hamrer hovedpersonen løs på ansiktet hans uten å ta hensyn til at han har signalisert at han vil gi seg. Hovedpersonen stopper ikke før Angel Face sitt ansikt er fullstendig forslått og ødelagt. Et dypere lag av raseri kan ligge her, mon tro om ikke dette vakre, feminine ansiktet også kan assosieres til noe moderlig og dypt konfliktfyllt?

DEN DØDE MOREN

If I did have a tumor, I would name it Marla.
Marla, the little itch at the back of your
throat that would heal if only you could stop
tonguing it. But you can't.

Marla Singer trer inn svartkledd med mørke solbriller og svart hår. I begynnelsen av filmen røyker hun konstant, og ansiktet hennes er delvis tilsløret

av denne røyken. Når hun tar av solbrillene, ser vi et uttrykksløst og «dødt» ansikt. Marla har en sterk, umiddelbar virkning på hovedpersonen. Han omtaler henne som «the big tourist», det er tydelig at hennes nærvær vekker sterke motstridende følelser av avsky og forakt, men samtidig fascinasjon og tiltrekning. Marlas nærvær gjør at hovedpersonen mister søvnen igjen.

Marla opptrer også i hovedpersonens meditasjonsøvelse. I meditasjonen skal en «reise» til et trygt og kjærlig sted. For hovedpersonen blir dette en isgrotte. I dypet av isgrotten finner han Marla, som sier «slide» (på norsk: skli) samtidig med at hun blåser ut røyk fra en sigarett.

Meditasjonen har åpenbare drømmeaktige kvaliteter. En drøm kan sies å være «Et tankens, følelsens og fantasiens verksted der vi setter hendelser i sammenheng og tenkeføler over livets store spørsmål» (Stokkeland, 2013). Den innbyr til tolkning. Porsgaard (2018) tolker Marlas tilstedeværelse som dobbel; at hun på en side representerer en forstyrrelse i hovedpersonens trygge sted, samtidig som hun representerer en mulig vei ut av isgrotten. Jeg deler denne tolkningen. Samtidig er det andre forhold som er vesentlige å fremheve. Isgrotten har en åpenbar mangel på varme i seg. For hovedpersonen kan det paradoksalt nok være noe trygt knyttet til kulde, det å være «nedfrosset» følelsesmessig. Vi kan ane at et sted på veien i hans utvikling har det vært nødvendig å fryse ned sterke følelser. I isgrotten møter han Marla, svartkledd og blek, som også framstår uten liv i ansiktet. Det er nærliggende å knytte Marla til det første såkalte trygge objekt, nemlig moren. Marla blir en representasjon for den døde moren (Green, 1986). En mor som i utgangspunktet skulle representere noe levende, ømt og varmt, har av ukjente årsaker blitt til noe dødt og kaldt. Green (1986) viser hvordan en avkoblet, deprimert mor uunngåelig blir tatt inn i barnets indre verden, og blir til et dødt objekt som barnet må opprettholde forbindelsen til. Dette medfører tap av mening og kontakt, både innover i barnet selv og utover mot verden der ute. Barnet blir låst fast i en relasjon til et indre dødt objekt som det en dag håper å få liv i, samtidig, paradoksalt nok, vil liv tilført det døde objektet være truende, det kan da opphøre å eksistere. Den døde indre moren gjør det også vanskelig å etablere nære varige relasjoner for barnet og senere for den voksne (Grønnevik, 2019). Vår hovedperson var venneløs helt fram

til han møtte Tyler og Marla. Disse barna blir ofte «flinke» og upåfallende på utsiden, men er på innsiden preget av tomhetsdepresjoner, avkoblet-het og livløshet. Hovedpersonen i *Fight Club* synes nettopp å ha en flink utside og en tom innside.

Vi kan ane at på et dypere plan er det noe mer her, men at det er farlig. I filmen representerer Marla noe kjent, i form av dødheten, som forbinder henne til hovedpersonens indre døde mor. Dette tiltrekker og skremmer ham på samme tid. De har begge noe kraftfullt som binder dem sammen, nemlig dødheten og behovet for å bli «fylt» opp av følelser (liv). I begynnelsen bøtes dødheten på gjennom selvhjelpsgrupper, dop og etter hvert sex for Marla. For hovedpersonen begynner det med selvhjelpsgrupper, men kort tid etter møtet med Marla går det over i slåssing. Det er ikke tilfeldig. Marla Singer representerer *Project Mayhem* for hovedpersonen. Den gryende kjærligheten han kjenner overfor Marla, blir til indre kaos, og han tvinges til å ta et oppgjør både med sin indre døde mor og sin narcissistiske projeksjon Tyler. I meditasjonen er det noe veldig håpefullt i Marlas korte uttalelse «slide», som i psykologisk sammenheng kan oppfattes som en vennlig oppfordring til hovedpersonen om å gi slipp på den døde moren, og komme seg ut av isgroten.

Etter hvert blir Marla mer og mer kontaktsøkende overfor hovedpersonen. Hun aksepterer ikke å bli holdt på avstand av hans indre døde mor. Hun insisterer flere ganger i løpet av filmen på kontakt og klarer heldigvis å bryte igjennom. Marla transformeres i løpet av filmen fra en død mor til en levende kvinne. Dette gjør også noe med hovedpersonen, det hjelper ham videre i hans psykologiske utvikling. Dette ser vi konkret i at hovedpersonen mer og mer tar et oppgjør med Tyler og bryter med det Tyler representerer. Samtidig ser vi hvor vanskelig det er for ham. I perioder er han seg selv, i andre perioder blir han til Tyler.

ET ØDIPALT TREKANTDRAMA

Et ødipalt trekantdrama blir mer og mer fremtredende. Tyler innleder et seksuelt forhold til Marla, og hovedpersonen blir, som et barn, tilsynelatende holdt utenfor. Underveis i filmen får vi, i denne forbindelse, små drypp fra hovedpersonen om hans relasjon til sine foreldre: «Except for their humping, Tyler and Marla were never in the same room. My parents pulled the exact same act for years.» «I am six years old again, passing messages between parents.»

Filmene har altså flere henvisninger til at forholdet mellom Tyler og Marla minner om hovedpersonens foreldre. På ett nivå kan derfor filmen tolkes som hovedpersonens bearbeiding av eget forhold til sine foreldre (Porsgaard, 2018). På et dypere plan kan vi si at dette omhandler det Freud (1918) beskrev som primærscenen. Primærscenen omhandler den seksuelle relasjonen mellom foreldrene, både i konkret og fantasert form (Klein, 1928). Primærscenen kan sies å være en dyp, ubevisst fantasi. Den er sentral i Freuds teori om ødipuskomplekset. Primærscenen er et forsøk på å benevne hva som foregår i dypet av det ubevisste i barns sinn omkring temaene tilblivelse, kjærlighet og seksualitet. Dette er grunn-temaer i livet som vi aldri kan finne helt ut av, og som vi derfor aldri blir helt ferdig med. Laplanche og Pontalis (1964) viser til at primærscenen kan sammenstilles med en myte som både kan sies å være en representasjon av og en løsning på de store gåtefulle temaene barnet må forholde seg til. Primærscene-grunntemaet virker med andre ord kontinuerlig inn på oss i vårt ubevisste. I filmen kan man ane at primærscenen for



Hovedpersonen i *Fight Club* synes nettopp å ha en flink utside og en tom innside



”

På ett nivå kan filmen tolkes som hovedpersonens bearbeiding av eget forhold til sine foreldre

alvor har blitt reaktivert i hovedpersonen i møte med Tyler og Marlas forhold. Freud (1918) er tydelig på at kunnskap om at foreldrene har en seksuell relasjon, er noe vi ikke vil vite av, det er dypt ubehagelig og konfliktfylt. Primærscenen er imidlertid noe vi, i vårt ubevisste, uunngåelig må forholde oss til.

Hovedpersonen opplever at han blir stående utenfor og bare kan fantasere om hva som foregår inne på soverommet mellom Tyler og Marla. Det lille glimt vi og hovedpersonen får inn på soverommet, gir en sterk følelse av at dette er en primitiv og aggressiv form for sex. Ut fra lydene fra soverommet, i filmen, må vi selv gjøre oss egne tanker om hva som foregår. Vi kan ane at hovedpersonenes primærscene må være konfliktfylt, det virker som en scene preget av gjensidighet, nærhet og ømhet. Seksualiteten blir med andre ord mer aggressiv og primitiv. Den franske psykoanalytiker Joyce McDougall (1995) hevder at det ofte er sterke forbindelser mellom primærscenefantasier og senere primitiv seksualitet. Dette får igjen betydning for utviklingen av identitet.

Tidligere var hovedpersonen sendebud mellom foreldrene, nå er han det mellom Marla og Tyler. Det skapes en manglende tro på at ting kan snakkes om og løses mellom voksne. Voksne relasjoner blir noe ubehagelig som ikke klarer å snakke sammen, og da heller ikke klare å snakke med barnet. Vi kan ane at det å tenke og føle (Bion, 1959) og muligheten til å bli kjent med seg selv gjennom den andre (Winnicott, 1971) har vært marginalt for hovedpersonen.

Det er først senere at filmen gradvis lar oss forstå at Tyler er en omnipotent, narsissistisk forsvarskonstruksjon i hovedpersonen, en reaksjon på det kraftfulle og forstyrrende møtet med kjærlighetsobjektet (Marla) (Porsgaard, 2018). Med de primærscene-erfaringer hovedpersonen har med seg, blir identitet forvirrende og møtet med kjærligheten og seksualiteten dypt skremmende. Tyler representerer den forlokkende narsissismen som beskytter hovedpersonen fra ubehag knyttet til sin egen primærscene, samtidig som Tyler beskytter og holder i live den døde moren. Å ta livet av ham åpner opp for at hovedpersonen kan etablere dypere kontakt med seg selv og andre i livet sitt. Tyler representerer det usårbare og omnipotente som beskytter mot alt, inkludert de sterke følelsene i relasjonene til den fraværende far, den døde moren og primærscenen. Samtidig hindrer Tyler hovedpersonen i å etablere en gjensidig kjærlighetsrelasjon. Filmens slutt bærer imidlertid bud om håp. Tyler forsvinner. Hovedpersonen tar initiativet til å holde hånd med Marla. Det er som om en ny fortrolighet har funnet sin plass. En varme og humor kommer i filmens siste replikk: «I'm sorry you met me in such a weird time of my life.» ✕

REFERANSER

- Bernstein, J.W. (2002). Film review essay Fight Club. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 1191–1199.
- Binder, P.E. (2002). *Individet og den meningsbærende andre. En teoretisk undersøkelse av de mellommenneskelige forutsetningene for psykisk liv og utvikling med utgangspunkt i Donald W. Winnicotts teori*. Unipub forlag.
- Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psychoanalysis*, 40, 308–315.

- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Maresfield Reprints.
- Eide-Midsand, N. (2007a). Boltrelek og lekeslåsing: I. Lekens funksjon i psykoterapi og i barns normale utvikling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(12), 1459–1466.
- Eide-Midsand, N. (2007b). Boltrelek og lekeslåsing: II. Om å gi gutter rom til å være gutter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(12), 1467–1474.
- Eskeland, E. (2000). *Fight Club*. Anmeldelse av filmen *Fight Club* av David Fincher. NRK.
- Freud, S. (1918). *From the history of an infantile neurosis*. Hogarth Press.
- Green, A. (1986). *On Private Madness*. Karnac.
- Grønnevik, K. (2019). Flukten fra det moderlige nekropolis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 56(9), 696–708.
- Haugsgjerd, S. (2018). *Å møte psykisk smerte*. Gyldendal.
- Klein, M. (1928). Early stages of the Oedipus conflict. *International Journal of Psychoanalysis*, 9, 167–180.
- Klein, M. (1932/1973). *Psykoanalyse av Børn. Udvalgte skrifter*. Tidlige stadier af ødipuskonflikten og overjeg'ets dannelse. Bibliotek Rhodos.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. -B. (1964). Fantasy and the origins of sexuality. I Birksted-Breen, Flanders og Gibeault (red.), *Reading French Psychoanalysis*. (s. 245 – 270). Routledge.
- Layton, L. (2011). Something to do with a girl named Marla Singer: Capitalism, narcissism, and therapeutic discourse in David Fincher's *Fight Club*. *Free Associations: Psychoanalysis and Culture, Media, Groups, Politics*, (62), 111–133.
- Loewald, H. (1979). The waning of the Oedipus complex. *I Papers on psychoanalysis* (s. 384–404). Yale University Press, 1980.
- McDougall J. (1995) *The many faces of Eros. A psychoanalytic exploration of human sexuality*. W. W. Norton & Company.
- Palahniuk, C. (1996). *Fight Club*. W. W. Norton & Company.
- Porsgaard, K. (2018). Røgsjør. En Lacaniansk analyse af *Fight Club*. *Lamella. Tidsskrift for teoretisk psykoanalyse*, 3(4), 120–140.
- Sand, E.M. (1999) *Mørkt og mesterlig*. Anmeldelse av filmen *Fight Club* av David Fincher. VG.
- Smadja, C. (2005). *The Psychosomatic Paradox*. Free Association Books.
- Skårderud, F. (2009). Smertens bilder – selvskading i film. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(9), 869–899.
- Stokkeland, J.M. (2011). *Å gi og å ta imot. Donald Meltzers psykoanalytiske tenkning i tradisjonen fra Melanie Klein og Wilfred Bion*. Doktoravhandling, Universitetet i Tromsø.
- Stokkeland, J.M. (2013). Hvorfor er vi redde for kjærlighet? Om Meltzers estetiske konflikt. *Mellanrummet. Nordisk tidsskrift för barn- och ungdomspsykoterapi*, 29, 70–73.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*. Routledge.

KLASSIKEREN



Genialt om interaksjonen mellom den ytre og indre verda

Donald Woods Winnicott: *Playing and Reality* (1971)

Denne diamanten av ei bok, som er Winnicott si siste utgjeving då han levde, oppdaga eg då eg var ung psykolog i BUP. Den opna opp mi forståing av miljøet si tilrettelegging for den indre identitet og sjølvstendutvikling hos barn og vaksne. Det blir sagt at dersom ein har integrert den kunnskapen som er i denne boka, er ein i stand til å drive ein sjølvstendig behandlingspraksis!

Det er to hovudtema: å finne det ekte sjølvet og å tolerere tap (i vid forstand).

Ifølge Winnicott må ein ha ei oppleving av å vere/eksistere før ein kan gjere. Å vere (barnet sin identitet gjennom mor-som-spegl) ligg til grunn for kreativiteten og for det første eige indre symbol. Det er viktig i psykologisk utvikling å ha utgangspunkt i ei oppleving av psykisk formløyse. Formløyse som utgangspunkt er essensielt for at eiga psykisk form (symbolikk) skal kunne bli skapt.

Å tolerere tap er berre muleg dersom det eksisterer eit potensielt formlaust område (ein avventande haldning eller stillheit) mellom mor og barn eller mellom terapeut og pasient. Dette området vil kunne bli *det kulturelle området*, og den beste illustrasjonen på dette er personen sitt skapte *overgangsobjekt* (suttekluten, bamsen o.l.), og i behandling: symboldanninga i den frie assosiasjonen eller leiken.

Boka har spesiell aktualitet i dag, der det i mange behandlingstusjonar blir mykje «reality»; tilpassing av folk til ytre krav og skjema/planer. Dette inneber fokus på å gjere og ikkje på å vere, den eksistensiell identitetsdimensjonen. Pasientar vil på den måten ikkje få hjelp til å oppdage eigen identitet, eigen symbolikk og livsmeining. Behandlarar vil bli «samlebandsarbeidarar». Gjennom å ikkje få plass til det kreative i sitt behandlingsarbeid vil behandlarar ha ein tendens til å gå tom for inspirasjon og slutte i arbeidet, slik vi ser mange gjer i dag.

Ole Johan Finnøy, psykologspesialist i avtalepraksis i Oslo og undervisningsleiar ved Institutt for psykoterapi. Han utfordrar Asle Rypdal til å ta stafettspinnen vidare.

Flerfoldig familierterapi

Boka tilbyr verdifulle smakebiter i familierterapifeltet, som kan inspirere til videre utforskning.



BOK *Håndbok i familierterapi*

FORFATTER

Lennart Lorås og Ottar Ness (red.)

ÅR 2019

FORLAG

Fagbokforlaget

SIDER 495

HÅNDBOK I FAMILIERTERAPI gir leseren en lett tilgjengelig oversikt over og innsikt i hva som finnes av ulike tilnærminger i familierterapifeltet, samtidig som den forsøker å gi en overordnet forståelse av hva familierterapi er.

Boka er samtidig et ambisiøst forsøk på å samle både «gammelt» og «nytt». Den integrerer «de gamle gode», mer historisk sett førende og identitetsskapende familierterapeutiske tilnærmingene med de nyere evidensbaserte metodene som har slått rot i feltet de siste årene.

Min erfaring er at det er en økende nysgjerrighet og etterspørsel etter kompetanse på hvordan man arbeider i komplekse systemer, enten det handler om å inkludere barn eller omsorgspersoner i individuelle kontekster, eller det handler om å håndtere kommunikasjon og samhandling i og mellom systemer i tverretattlig og tverrfaglig samarbeid. Familierterapi er et fagfelt som tilbyr mye kunnskap og praksisnære ferdigheter på dette området.

VARIERENDE KVALITET

Så hvordan lykkes redaktørene og de enkelte bidragsyterne med å synliggjøre og vise fram familierterapi? Lykkes de med å inspirere leseren til å bli mer kjent med familierterapi, slik de i forordet sier at de ønsker?

Hvis leserne er studenter som skal lære seg familierterapi, og som får god leseveiledning i hvilke kapitler som beriker, og hvilke som kan forvirre, så treffer boka godt. Den gir studenten mulighet til å få oversikt over mangfoldet i feltet, den gir lett tilgang på ulike perspektiver, og den er en lettlest, oppdatert og klinisk nær bok om familierterapi skrevet på norsk. Og ikke minst er den en utvidelse av tidligere fagbøker, gjennom at den integrerer tradisjonelle familierterapeutiske tilnærminger med nyere evidens-

baserte metoder inspirert av familierterapeutisk tenkning. Dette har vært, akkurat som redaktørene sier i forordet, etterspurt blant studenter. Når dette er sagt, er det samtidig stor variasjon i den faglige kvaliteten på kapitlene, og jeg skulle nok ha ønsket meg en noe jevnere bok.

LØSREVET

Utfordringen med å lage en håndbok med separate kapitler av uavhengige forfattere er at tilnærmingene ikke nødvendigvis forstås inn i en større sammenheng. De kan leses som løsrivne metoder mer enn logiske endringsteorier integrert i systemisk grunnlagstenkning. Er leseren en nysgjerrig fagperson som ikke har så mye kjennskap til fagfeltet fra før, vil de kunne streve med å forstå denne helheten. Noe kan dermed gå tapt i denne måten å presentere retningene og modellene på. Samtidig tror jeg at boka vil lykkes i å gjøre familierterapi mer tilgjengelig og synlig for flere, gjennom å velge nettopp en slik form. Boka tilbyr smakebiter som kan inspirere til videre utforskning, og gir leserne et oversiktsbilde over feltet. Jeg synes dette er verdifullt. Vi tilhører en tradisjon som liker transparens, og vi tilhører en tradisjon som er opptatt av å få frem mange stemmer, perspektiver og meninger. Boka speiler dette. Redaktørene har valgt å inkludere temaer og tilnærminger som tradisjonelt sett ikke har fått plass under betegnelsen familierterapi. De er dermed med på å skape noe nytt samtidig som de beskriver og systematiserer tilgjengelig kunnskap og praksis slik den fremtrer i dag.

Boka er absolutt verdt å ha i bokhylla, enten som et oppslagsverk eller som en bok man mer systematisk leser fra perm til perm, for å bli inspirert, eller rett og slett for å lære om ulike måter å praktisere familierterapi på. ❌

ANMELDT AV

Gina Hægland, psykologspesialist i familiepsykologi

SUSAN HART OG MARIANNE BENTZEN
HAR UTVIKLET

**Neuroaffektiv
utviklingspsykologi**
Fra analyse til intervensjon

13-dagers trening
med avsluttende sertifiseringsprosess

Opstart mars 2021

For full utlysning på PDF – ta kontakt
km@kamaklinikken.com

LYDEN AV OSS

Stemmebrukskurs for psykologer
21.–23. januar 2021 i Oslo

Informasjon og påmelding: <https://ruthwilhelmine.wixsite.com/lyden-av-oss/meld-deg-pa>
eller e-post perjohanisdahl@gmail.com

**Skal du flytte
eller bytte arbeidssted?**



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



Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization
and Reprocessing

Grunnutdanning i EMDR

NYTT

Trinn 1 Lillestrøm 17.–19. november 2020

Trinn 1 Oslo 12.–14. januar 2021

Trinn 1 Trondheim 5.–7. mai 2021

Trinn 1 Oslo 7.–9. juni 2021

Trinn 2 Lillestrøm 8.–10. desember 2020

Trinn 2 Bergen 19.–21. mai 2021

Alt med forbehold om smittevernregler

The Art of EMDR er utsatt til 2021

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Approved Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.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. desember**,
frist for å bestille annonse
til desember-utgaven er **18. november**

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



Psyk meg opp i ledelse!

Norsk psykologforening viderefører tilbudet til psykologer med lederansvar innenfor helseforetakene. Vi inviterer nå til kull 16 med første samling 10. og 11. februar 2021.

Det er og vil være et stort behov for gode ledere innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi trenger ledere som behersker verdibasert endringsledelse og som har god kunnskap om den virkelighet tjenesten skal være en del av. Dette omfatter selvinnsett som leder, en forståelse av økende krav til kunnskapsbasert praksis, av behovet for oppfølgingen av myndighetskrav, innsikt i økt brukermedvirkning, samt krav til samhandling mellom tjenestenivåene.

Kurset vil ledes av rådgiver Einar Li, tidligere fagsjef for lederutvikling i Helse Sør-Øst RHF, og psykologfaglig rådgiver/psykologspesialist Tove Mathiesen, Akershus universitetssykehus HF. Det blir invitert inspirerende forelesere fra helseforetakene i hele landet. I tillegg til forelesninger blir det anledning til å trene på å ta tak i utfordringer i deltakernes egen lederhverdag. Kurset er arbeidsintensivt og forutsetter at deltakerne er til stede hele tiden på alle tre samlinger og overnatter på kurshotellet. Det blir gitt enkle hjemmeoppgaver i periodene mellom samlingene.

Kurset består av tre samlinger på Quality Hotel Leangkollen i Asker.

10. og 11. februar 2021

14. og 15. april 2021

10. og 11. juni 2021

Kurset er et tilbud til psykologer i alle fire helseregioner med lederansvar på ulike nivåer. Det vil også være aktuelt for psykologer med noe ledererfaring som ønsker å vurdere en videre lederkarriere i helseforetakene. Deltakere med økonomi- og personalansvar vil bli prioritert.

Deltakerne betaler selv reise og opphold. Psykologforeningen har holdt av rom på hotellet for en natt på hver samling. Mer informasjon kommer til de som får plass på dette kullet.

Vil du vite mer; se Psykologtidsskriftet januar 2008 s. 74, februar 2008 s. 198 og mai 2008 s. 608.

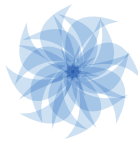
Søk også på nettsiden til Norsk psykologforening www.psykologforeningen.no

Spørsmål om kurset kan rettes til:

Tove Mathiesen, tlf. 922 50 986, e-post tove.mathiesen@ahus.no

Einar Li, tlf. 916 37 495, e-post li.ledelse@gmail.com

Søknad om deltakelse, som må være anbefalt av overordnet, sendes innen 5. desember 2020 til Tove Mathiesen på e-post tove.mathiesen@ahus.no



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



Reduksjon og kvalitetssikring av tvangsbruk

Bruken av tvang i psykisk helsevern har vært i fokus de siste årene. Loven for psykisk helsevern har gjennomgått omfattende endringer og stiller nye krav til behandlingsapparatet.

Målgruppe

Psykologer, psykologspesialister, leger i spesialisingsforløp og psykiatere som arbeider med, eller interesserer seg for, riktig- og redusert bruk av tvang og alternativer til tvangsbruk.

Innhold

Kurset gir en breddeforståelse i utviklingen av tvangsfeltet, og presenterer aktuelle utfordringer behandlere står overfor. Det vil bli presentert ulike perspektiver på tvangsbruk med forankring i klinikken. Det vil også bli gitt en gjennomgang av konkrete tiltak som har vært gjennomført i spesialisthelsetjenesten som har redusert tvangsbruk. Kurset vil bygge bro mellom teori og praksis, og skal gjøre deltakerne bedre rustet til å implementere konkrete tiltak på sin arbeidsplass som skal kunne kvalitetssikre og redusere bruken av tvang.

Om kursleder

Anders Jacob er utdannet psykolog ved Universitetet i Oslo, og har vært engasjert i tvangsfeltet i flere år på ulike nivå. Han arbeider til vanlig som leder på seksjon for akuttpsykiatri på Blakstad Sykehus i Vestre Viken, og som psykologspesialist på psykiatrisk legevakt i Oslo.

Kurset godkjennes som 8 timers vedlikeholdsaktivitet.

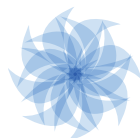
Sted og dato: Oslo, 25. januar 2021

Påmeldingsfrist: 21. desember 2020

Kursavgift: kr 3 600,-

Kursnr.: 108-20

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

Helse Sør-Øst RHF søker:



Ledig 100 % avtalehjemmel i nevro-psykologi lokalisert til Drammen

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. november 2020



PSYK
KOLOGI

SØKER DU JOBB?

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

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

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2020

SPESIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

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

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

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

SMÅANNONSER:

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

NETTANNONSER:

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

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
12	18.11	01.12
01	14.12	04.01
02	18.01	01.02

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

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

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

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



Betanien er et privat sykehus med driftsavtaler med Helse Vest RHF. Betanien sykehus AS består av distriktpsykiatrisk senter, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, dagkirurgisk senter og røntgen- og laboratoriesenter. Betanien sykehus er en del av Stiftelsen Betanien Bergen som er en selvstendig og selveiende stiftelse, tilknyttet til Metodistkirken i Norge.

PSYKOLOGSPESIALIST/PSYKOLOG

– Betanien sykehus AS

Vi har ledig et 100 % årsvikariat med mulighet for forlenging i vår psykosepoliklinikk / FACT-team.

Betanien sykehus/Betanien DPS

DPSer er organisert i 4 avdelinger: Avdeling allmennpsykiatri, Avdeling psykose, Psykosepoliklinikk/FACT-team og Voksenpsykiatrisk poliklinikk. Kjerneoppgavene våre er spesialisert utredning og differensiert behandling, akutt og krisetjenester, opplæring av pasienter og pårørende, veiledning til psykisk helsearbeid i kommunene, forskning og kvalitetsutvikling samt utdanning av helsepersonell.

Betanien psykosepoliklinikk/FACT-team

FACT står for flexible assertive community treatment. I tillegg til ambulant oppfølging driver FACT-teamet også diverse gruppetilbud som en- og flerfamiliegrupper, IMR (recoverygrupper), temagruppe, fysisk aktivitetsgrupper og hesteassistert terapi-gruppe. Avdelingen er tverrfaglig sammensatt med overleger, psykologer, psykiatriske sykepleiere, vernepleier, sosionom, erfaringskonsulenter, jobbspesialist, musikkterapeut og fysioterapeut. Vi har et tett samarbeid med andre avdelinger for å etablere relevante tilbud til våre pasienter.

Det polikliniske tilbudet i psykosepoliklinikken/FACT-teamet er hovedsakelig et spesialisert tilbud til personer over 18 år med alvorlig psykisk lidelse innen schizofrenispekteret, og som ikke klarer å nyttiggjøre seg ordinært poliklinisk eller kommunalt tilbud i aktuell sykdomsfase. Der det er mulig, skjer likevel behandling og oppfølging i tett samarbeid med kommunale tilbud.

Arbeidsoppgaver

- Hovedoppgavene er å kartlegge, vurdere, behandle og følge opp tilviste pasienter etter enhver tid gjeldende retningslinjer
- Helst kunne være vedtaksansvarlig for pasienter på tvungent psykisk helsevern
- Polikliniske samtaler og ambulant oppfølging av pasienter
- Gruppebehandling
- Tverrfaglig teamarbeid og samarbeid med eksterne instanser
- Veiledning til samarbeidsparter og avdelinger i kommunen
- Deltagelse i utviklingen av behandlingstilbudet i psykosepoliklinikken
- Medvirke til et godt arbeidsmiljø

Kvalifikasjoner

- Psykologspesialist/psykolog
- Klinisk erfaring med pasientgruppen
- Erfaring med å vurdere pasienter i forhold til Psykisk Helsevernloven
- Vilje og evne til å finne gode løsninger for pasienter og deres nettverk

Personlige egenskaper

- Pasientorientert og engasjert
- Ansvarsbevisst og selvstendig
- Trives med å jobbe selvstendig og i tverrfaglig team
- Fleksibel og gode samarbeidsevner

Vi tilbyr

Gode pensjonsordninger i KLP og lønn etter avtale. Betanien sykehus har en aktiv personalpolitikk i forhold til helse, miljø og sikkerhet. Vi har blant annet avtale om bedriftshelsetjeneste, velferdstilbud som treningsstudio og hytte i Alvøen. Sykehuset har videreført IA avtalens ordninger. Det er gratis parkering på eiendommen. Vi forsøker å legge til rette for videreutvikling og økt kompetanse.

Attester og vitnemål tas med ved eventuelt intervju.

Kontaktperson

Avdelingsleder Kirsti Sætre, tlf.: 55 50 74 25, e-post: kirsti.setre@betaniensykehus.no

Søknadsfrist: 16. november 2020 | **Søk på stillingen:** <https://betanien.easycruit.com>



Norsk psykologforening er en profesjonsforening for autoriserte psykologer i Norge med ca. 10 000 medlemmer. Psykologforeningen arbeider for å fremme anvendelse av psykologisk fagkunnskap for å forbedre menneskers livsvilkår. Som profesjonsforening ivaretar vi medlemmenes faglige og økonomiske interesser og driver en utstrakt videre- og etterutdanning. Psykologforeningen er tilsluttet Akademikerne. Sekretariatet har 46 medarbeidere og heltids president. www.psykologforeningen.no

Tidsskrift for Norsk psykologforening søker **TEKNISK REDAKTØR**

Tidsskrift for Norsk psykologforening har nå ledig en fast 50 % stilling som teknisk redaktør

VIKTIGSTE ARBEIDSGRAVER/ ANSVARSOMRÅDER ER:

- teknisk klargjøring av manuskripter og annonser for nettpubliserings
- å koordinere publisering digitalt og på nett i samarbeid med redaksjonens medarbeidere og andre samarbeidspartnere
- å bidra i implementering av arbeidsflyt mellom redaksjon og nettleverandør/designbyrå/trykkeri
- analysing av digitale flater for å få innsikt i brukeradferd og behov
- tagging av bilder og tekstlig innhold med metadata
- å utvikle en profesjonell billedatabase for Psykologtidsskriftet
- å optimalisere innhold teknisk og gjøre teknisk kvalitetskontroll

VI SØKER DEG SOM

- har relevant utdanning på minst bachelornivå
- har erfaring med produksjon til både digitale flater og papir
- har gode språkkunnskaper

- har erfaring med arkiv og systematisering av innhold
- er effektiv og kan levere på korte frister
- er teknisk dreven og har god teknisk innsikt
- er brukerorientert
- er strukturert
- er selvstendig, men trives med og ser verdien av team og samarbeid
- er fleksibel
- behersker ulike digitale verktøy godt og gjerne publiseringsverktøy som Drupal og Wordpress

Det er en stor fordel om du har erfaring med bildearbeid og Adobe-pakken, og har kunnskap om eller erfaring med digital innholdsproduksjon.

VI TILBYR:

- spennende oppgaver i et stimulerende fagmiljø
- konkurransedyktige lønns- og pensjonsbetingelser
- gode personalordninger
- trivelige lokaler i Grev Wedels plass 4, sentralt i Oslo
- fleksibel arbeidstid
- godt arbeidsmiljø

KONTAKTPERSON OG SØKNAD SENDES:

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams, e-post Katharine@psykologtidsskriftet.no

FRIST: 15. november

Tidsskrift for Norsk psykologforening er et redaksjonelt uavhengig organ som styres etter Fagpressens redaktørplakat, pressens Vær Varsom-plakat og Lov om redaksjonell fridom i media. Psykologtidsskriftets innhold skal reflektere Psykologforeningens gjeldende formålsparagraf. Psykologtidsskriftet er Norges ledende fagbase innenfor psykologi og utgis en gang i måneden i et opplag på 10 000 eksemplarer. I tillegg publiseres det fortløpende på egne nettsider www.psykologtidsskriftet.no. Nylig ble tidsskriftet kåret til Årets tidsskrift 2020.



Norsk psykologforening er en profesjonsforening for autoriserte psykologer i Norge med ca. 10 000 medlemmer. Psykologforeningen arbeider for å fremme anvendelse av psykologisk fagkunnskap for å forbedre menneskers livsvilkår. Som profesjonsforening ivaretar vi medlemmenes faglige og økonomiske interesser og driver en utstrakt videre- og etterutdanning. Psykologforeningen er tilsluttet Akademikerne. Sekretariatet har 46 medarbeidere og heltids president. www.psykologforeningen.no

Tidsskrift for Norsk psykologforening søker

PSYKOLOGFAGLIG REDAKTØR

Tidsskrift for Norsk psykologforening har nå ledig en inntil 100 % fast stilling som psykologfaglig redaktør. Vi søker en engasjert psykolog som liker å formidle fag og vitenskap.

Psykologtidsskriftet utgis i både papir- og nettutgave og dekker et vidt spekter av psykologfaglige temaområder. Innholdet spenner over alt fra fagfellevurderte vitenskapelige artikler og fagessay, via debatt og kommentarer, til journalistiske sjangre som reportasje og intervju.

Som psykologfaglig redaktør vil du i fellesskap med den øvrige redaksjonen vurdere manuskriptene tidsskriftet får tilsendt, og slik bidra til at forfatterne får formidlet sitt fagbidrag på best mulig måte. Redigering av tekst og kommunikasjon med forfattere og eksterne samarbeidspartnere er sentrale arbeidsoppgaver. I tillegg vil du få mulighet til å skrive egne tekster, og til å bidra i ulike prosjekter og ha kontakt med ulike fagmiljøer.

Vi søker etter en psykolog som vil være med på å utvikle tidsskriftet videre, som setter pris på gode diskusjoner, og som gjerne bidrar inn i fellesskapet. God språkfølelse, sikker vurderingsevne og relevant erfaring knyttet til redigering av fagtekster blir vektlagt.

Vitenskapelig kompetanse og/eller klinisk erfaring er en fordel.

Stillingen kan deles i lavere stillingsbrøk. Oppgi ønsket stillingsprosent i søknaden.

NØKKELKOMPETANSE:

- psykolog
- bred orientering og engasjement for faget
- forståelse for redaksjonelt arbeid og teft for godt stoff
- sikker vurderingsevne knyttet til tekst
- stor arbeidskapasitet

VI TILBYR:

- spennende, varierte og unike oppgaver i et stimulerende fagmiljø
- konkurransedyktige lønns- og pensjonsbetingelser
- gode personalordninger
- trivelige lokaler i Grev Wedels plass 4, 0103 Oslo
- fleksibel arbeidstid
- godt arbeidsmiljø

KONTAKTPERSON OG SØKNAD SENDES:

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams, e-post Katharine@psykologtidsskriftet.no

FRIST: 15. november

Tidsskrift for Norsk psykologforening er et redaksjonelt uavhengig organ som styres etter Fagpressens redaktørplakat, pressens Vær Varsom-plakat og Lov om redaksjonell fridom i media. Psykologtidsskriftets innhold skal reflektere Psykologforeningens gjeldende formålsparagraf. Psykologtidsskriftet er Norges ledende fagbase innenfor psykologi, og utgis en gang i måneden i et opplag på 10 000 eksemplarer. I tillegg publiseres det fortløpende på egne nettsider www.psykologtidsskriftet.no. Nylig ble tidsskriftet kåret til Årets tidsskrift 2020.

**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President****Håkon Kongsrud Skard**

23 10 31 30
hakon@psykologforeningen.no

Visepresidenter**Rune Frøyland**

rfroey@online.no
450 30 522

Arnhild Lauveng

913 17 162
post@arnhildlauveng.com

Medlemmer**Siri Næs**

902 68 699
siri.naes@gmail.com

Hanne Indregard Lind

948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit

909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Lars Asle Einarsen

951 41 036
lars.asle.einarsen@gmail.com

Britt Randi Hjartnes

Schjødt
922 99 371
bibihj@gmail.com

Ingvild Gregersen

957 27 801
ingvildg@gmail.com

Eldrid Robberstad

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

Studentrepresentanter**Guro Holte Igesund**

464 27 727
guroigesund@gmail.com

Viljar Møretro

910 03 670
viljar-96@hotmail.com

Varmedlemmer**Jakob Støre-Valen**

984 23 805
jakob@valen.cc

Alf Martin Eriksen

909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

LOKALAVDELINGER**Akershus****Joan Sigrun Nygard**

joan.sigrun.nygard@vestreviken.no
416 66 260

Aust-Agder**Janne Veer**

Janne.Hammervold.Veer@sshf.no
452 14 480

Buskerud**Even Rognan**

EVEROG@vestreviken.no
410 28 606

Finnmark**Dagmar Patricia Steffan**

dagmar.patricia.steffan@finnmarkssykehuset.no
971 95 996

Hedmark**Lene Engen Kleppe**

leneeng@hotmail.com
924 53 116

Hordaland**Runa Kongsvik**

runa.kongsvik@gmail.com
938 63 918

Møre og Romsdal**Eva Røv Eidset**

eva.eidset@helse-mr.no
916 10 080

Nord-Trøndelag**Julie Valen**

psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland**Iris Anette Søderholm**

irisanette@gmail.com
909 34 857

Oppland**Iver Sørli Røhr**

iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo**Birgit Aanderaa**

biraan@ous-hf.no
917 12 983

Rogaland**Elise Constance Fodstad**

ecgr@sus.no
930 07 971

Sogn og Fjordane**Solbjørg Torheim Hanitz**

solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag**Kjersti Sandnes**

sandneskjersti@gmail.com
916 72 756

Telemark**Birgitte Lindø**

libi@siv.no
473 83 123

Troms**Espen Nicolaisen**

espennicolaisen@outlook.com
950 60 605

Vest-Agder**Ann Birgithe S. Eikhom**

abseikhom@gmail.com
971 29 052

Vestfold**Anne-Kristin Imenes**

anne.kristin.imenes@gmail.com
907 55 410

Østfold**Øyvind Nordhus**

nordhus@me.com
911 61 779

FAGETISK RÅD**Maria Norheim, leder**

Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER****Rune Raudeberg, leder,**

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

**LØNNS- OG ARBEIDS-
MARKEDSUTVALGET****Rune Frøyland, leder,**

tlf. 450 30 522

Ingvild Gregersen,

nestleder, tlf. 957 27 801

Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter-helse, tlf. 909 98 052

Birgit Aanderaa, Spekter-

helse, tlf. 917 12 983

Inger Marie Andreassen,

KS, tlf. 924 28 703

Bjørn Arne Øvrebo, Stat,

tlf. 982 49 732

Helene Kindle-Skau, Virke/

HUK, tlf. 924 28 703

Grete Schau, Privatpraksis,

tlf. 909 19 372

Ingrid Grov Mannsverk,

Oslo kommune, tlf. 482 98 128

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS****Rune Frøyland, leder,**

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

SPECIALITETSRADET**Arnhild Lauveng,**

e-post post@arnhildlauveng.com
tlf. 913 17 162

KVALITETSUTVALGET

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

FAGUTVALGENE

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

Barne- og ungdomspsykologi

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

Familiepsykologi

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

Rus- og avhengighetspsykologi

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

Eldrepsykologi

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

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

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

Nevropsykologi

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

Habiliteringspsykologi

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

Arbeidspsykologi

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

Samfunn- og allmennpsykologi

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

Organisasjonspsykologi

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

Klinisk helsepsykologi

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

GODKJENNINGS-UTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

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

KLIMAUTVALGET

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

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

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

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

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

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Karsten Karlsøen,
kommunikasjonssjef og
myndighetskontakt, e-post
karsten@psykologforeningen.
no, tlf. 976 11 591
Ida Kvittingen, nettredaktør,
e-post ida.kvittingen@
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

Lars Jørgen Berglund,
fungerende fagsjef, e-post
lars@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-

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

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

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

Frist for innlevering av annonser:
18.11, 14.12, 18.01, 15.02, 19.03, 19.04, 19.05,
18.06, 19.07, 19.08, 17.09, 18.10, 18.11



Holder *litt* trofast for deg?

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

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

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

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

K



K