

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

JOURNAL OF THE NORWEGIAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

Medlemskap (ordinært og for studenter) inkluderer abonnement på Tidsskrift for Norsk psykologforening som utkommer den første i hver måned. **Opplag 10 800 ISSN 0332-6470**

Besøksadresse Grev Wedels plass 4 **Postadresse** Postboks 419 Sentrum, 0103 Oslo

Utgiver Norsk psykologforening, generalsekretær Ole Tunold

Henvendelser til redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Kronikk/debattinnlegg meninger@psykologtidsskriftet.no

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

Markedsansvarlig Unni Sandland, tidsskrift@psykologtidsskriftet.no, tlf. 23 10 31 33

Frist for bestilling av annonser 15.05, 19.06, 17.07, 18.08, 18.09, 18.10, 17.11

Denne utgaven ble godkjent til trykk 21.04.2023

Omslagsillustrasjon Cecilie Maurud Barstad **Form Bøk Oslo AS Trykk** Aksell AS

Siden 1973 har Tidsskrift for Norsk psykologforening vært en viktig plattform for norsk psykologi. Vårt mål er å være en aktuell og faglig kvalitetssikret ressurs spesifikt rettet inn mot psykologers behov for informasjon, til deres praktiske profesjonsutøvelse og behov for oppdatering. Vi henvender oss også til andre som søker kunnskaper om psykologi, inkludert brukergrupper, politikere og journalister/media. Psykologtidsskriftet ønsker å stimulere til forskning og fagutvikling og er et godkjent nivå-1-tidsskrift.

I tillegg til vitenskapelige artikler finner du fagessay, reportasjer, bokanmeldelser, kronikker og debattinnlegg. Tidsskriftet skal speile psykologifagets innhold, utøvelse og plass i samfunnet.

Les formålsparagrafen på www.psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams, **Psykologfaglig redaktør** Gro Walø-Syversen, **Journalist og debattredaktør** Per Halvorsen, **Produksjonsansvarlig** Veronica Bjartan, **Teknisk redaktør** Christian von Schack, **Redaktører** Heidi Wittrup Djup, Patrick Michael Palmelund Faaland, Daniel Gunstveit, Ida Sund Morken, **Markedsansvarlig** Unni Sandland, **Visuelt ansvarlig/desk** Nora Skjerdingsstad

Redaksjonsråd

Siv Hilde Berg, Harald Bækkelund, Roger Hagen, Marianne Berg Halvorsen, Joar Øveraas Halvorsen, Ute Gabriel, Solveig H.H. Kjus, June Ullevoldsæter Lystad, Per-Magnus Moe Thompson, Helene Amundsen Nissen-Lie, Pia Beate Pedersen, Elisabeth Schanche, Erik Stänicke, Jens Thimm og Espen Walderhaug

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Alt innhold på www.psykologtidsskriftet.no er fritt tilgjengelig. Alle vitenskapelige artikler innsendt etter 1. juni 2022, publiseres under åpen tilgang (Open access) med Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0. Bilder, illustrasjoner og figurer omfattes av oppgitt CC-lisens med mindre annet er angitt i bilde-/figurateksten. Dersom elementer er rettighetsbelagt, må man kontakte rettighetshaver for gjenbruk.

Tidsskrift for Norsk psykologforening redigeres etter Fagpressens redaktørplakat, Vær varsom-plakaten og medieansvarsloven. Alt som publiseres representerer forfatterens synspunkter som ikke nødvendigvis samsvarer med redaktørens eller Norsk psykologforenings offisielle synspunkter. Tidsskrift for Norsk psykologforening følger retningslinjene fra Vancouver-gruppen (International Committee of Medical Journal Editors), og er medlem av Fagpressen, Norsk Redaktørforening og Norsk tidsskriftforening.





Prenatal eksponering for stress har store konsekvenser.
Fagessay, Side 298.



Depresjon hos ungdom er vanligst hos jentene.
Oppsummert, Side 303.



Manglende prioritering av barn med alvorlig omsorgshistorikk.
Etikkpanelet, Side 312.

Innhold

- 282 Frykter romantisering av psykisk uhelse**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 286 Unges forståelser av åpenhet om psykiske problemer: en kvalitativ studie**
Originalartikkel | Rolandsgard et al.
- 297 Samhandling med pårørende og profesjonelle tjenester**
Ny vitenskapelig artikkel | Gamme et al.
- 298 Utviklingstraumer ved livets begynnelse**
Fagessay | Nils Eide-Midtsand
- 303 Kjønnforskjell i depresjon**
Oppsummert | Morken et al.
- 306 Behandling av dyssosial personlighetsforstyrrelse i fengsel**
Fra praksis | Ani Elise Pilavian Vik
- 312 Vår vegring mot å prioritere**
Etikkpanelet | Heidi Svendsen Tessand & Sara Riise
- 316 MENINGER**
Kronikk: Usikker forbindelse mellom skjermtid og psykisk uhelse | Rune Johan Krumsvik (s. 320)
Debatt: Kjønnsinkongruens (s. 316), Organisasjonspsykologi (s. 319), Fellesprogrammet (s. 324), Digitalisering (s. 325)
- 326 Når psykologrollen ikke er nok**
Nye stemmer | Sidsel Fjelltun
- 328 INNTRYKK**
Anmeldelser: Helende om Reich (s. 328), Har vi glemt klienten? (s. 331)
- 337 Annonser**
- 341 Stillingsannonser**

Frykter romantisering av psykisk uhelse

Ungdom viser stigende skepsis til full åpenhet om psykisk uhelse. De frykter romantisering og at oppmerksomheten vris bort fra dem med de mest alvorlige tilstandene.

TEKST OG FOTO

Per Halvorsen

ILLUSTRASJON

Cecilie Maurud
Barstad

Ien ny undersøkelse uttrykker flere ungdommer skepsis til å slå opp alle dører om psykiske helseproblemer. Det bekrefter Natalie Rolandsgard, førsteforfatter av den vitenskapelige artikkelen «*Unge forståelser av åpenhet om psykisk problemer: en kvalitativ studie*» i maiutgaven av Psykologtidsskriftet. Hun har intervjuet ungdom i videregående skole, i all vesentlighet jenter, om hvordan de forstår åpenhet om psykisk helse. Med basis i undersøkelsen samt egne observasjoner som aktiv bruker av sosiale medier har Rolandsgard registrert en tendens til at flere unge enn før stiller seg kritisk til åpenhetskulturen på psykisk helsefeltet.

SYMPTOMSNAKK

Enkelte av ungdommene i undersøkelsen påpeker at diagnostiske kategorier er blitt svært lett tilgjengelige og i mange tilfeller blir brukt til å pakke helt alminnelige hverdagsutfordringer inn i symptomsnakk. Rolandsgard utdyper problemstillingen:

– Hvis noen er for raske med å tolke tristhet som depresjon, kan det hende at vedkommende graver seg dypere ned i problemene enn de ellers

ville gjort, sier hun til Psykologtidsskriftet.

Hun mener åpenheten på denne måten kan «dytte» folk over i sykdomskategorier de ikke hører hjemme i. Intervjuundersøkelsen hun har gjennomført, omfattet 26 videregående elever i alderen 16–19 år i Oslo-området. Enkelte av informantene ga uttrykk for at åpenhet kan resultere i en romantisering av det å ha psykiske helseproblemer.

– Åpenheten gjelder gjerne lettere psykiske lidelser. Det er sjelden de alvorligst psykisk syke blir gjenstand for samme åpenhet. Det kan gjøre at tunge lidelser som schizofreni risikerer å bli belemret med mer stigma enn før, ettersom det nå er greit å snakke om det aller meste, men likevel ikke disse lidelsene, sier Rolandsgard.





- Tyngre psykiske helseplager er ikke alltid så sexy eller klikkbare som når kjendiser forteller om sine problemer

Ole Jacob Madsen, psykologiprofessor

Ofte tviler ungdommen på om åpenheten de registrerer i media og blant jevnaldrende, er ekte; om den som åpner seg, faktisk har de problemene hen forteller om.

- De unge spør seg om åpenheten er motivert ut fra et ønske om oppmerksomhet og om å fremstå som interessant, forteller Rolandsgard.

BONDEVIK ÅPNET DØREN

Åpenhet om psykisk helse har i flere år vært heiet fram av alt fra offentlige myndigheter, fagfolk og interesseorganisasjoner til kjendiser som har luftet egne demoner i offentligheten. Da Kjell Magne Bondevik i 1998 stod fram med sin depressive tilstand mens han ennå var statsminister i sentrumsregjeringen, var det et slags historisk gjennombrudd for åpenheten. Den tidligere regjeringslederen fikk oppmerksomhet langt utenfor landets grenser.

- Når en kjent og vellykka person stod fram og fortalte at han ikke hadde det så bra, ble det enklere for andre å gjøre det samme, påpeker Rolandsgard, som er høyskolelektor i psykologi ved Oslo nye høyskole.

Bondevik åpnet døren samme år som helsemyndighetene lanserte Opptrappingsplanen for psykisk helse. Siden den gangen har tendensen vært klar: Vi må snakke om hvordan vi har det, også psykisk. Det bidrar til å fjerne stigma og myter rundt psykiske lidelser og gjør at veien til hjelp



ÅPENHETENS SKYGGESIDE Natalie Rolandsgard mener ungdom i stigende grad er blitt bevisst på åpenhetens skyggesider.

»



– For mange mennesker er psykiske helseproblemer et tilbakevendende problem som det kreves steinhard jobbing for å komme ut av

*Adrian Lorentsson, kommunikasjonssjef
i Mental Helse Ungdom*

blir kortere. Blant ungdom har denne oppfatningen fortsatt fotfeste: Det hjelper å sette ord på det som er vondt og vanskelig.

De er også opptatt av at åpenheten kan trigge nedbrytende atferd som selvskadning hos spesielt sårbare personer. De mener sosiale medier har høvlet ned åpenhetsterskelen.

– Du er bare et tastetrykk unna oppskrifter på selvskadning. Og veien er kort til å dele informasjon om deg selv før du har tenkt gjennom konsekvensene av å gjøre det, sier Rolandsgard.

USEXY

Medforfatter – psykologiprofessor Ole Jacob Madsen – mener det er noe grunnleggende paradoksalt ved den rådende åpenhetskulturen. Den opererer med noen tydelige normer som utelukker mange av dem med store psykiske helseproblemer. Han sier at man på den ene siden må være syk nok til at det fremstår som autentisk, gjerne i form av en diagnose som et autentisitetsbevis. På den andre siden må man også være frisk nok og motivert til å formidle en sammenhengende historie, som fremstår som velartikulert og innbydende.

– Mange med store psykiske helseproblemer er ikke i stand til å leve opp til disse normene rett og slett fordi de er for syke, eller ikke finner det naturlig å dele, sier han.

Han mener åpenhetsnormene kan være bra, men også bidra til at lettere psykiske helseplager får for mye oppmerksomhet sammenliknet med tyngre plager.

– Tyngre psykiske helseplager er ikke alltid så sexy eller klikkbare som når kjendiser forteller om sine problemer. Derfor får disse heller ikke samme plass i den offentlige diskursen, påpeker Madsen.

– Hvor stor grad kan innsatsen for å avstigmatisere psykiske lidelser gjennom åpenhet og etablering av lavterskeltjenester i kommunene ha bidratt til å vri oppmerksomheten bort fra dem med de alvorligste tilstandene?

– Det bør i det minste være et tankekors om slike tiltak treffer dem som trenger det mest. Det føles noen ganger som om man under sekken «psykisk helse» blindt antar at slik tjenesteutvikling vil komme alle til gode. Kanskje vi helle bør snakke mer om hvordan noe og noen kan gå på bekostning av noe annet og noen andre.

FASADEPYNT

Kommunikasjonssjef Adrian Lorentsson i Mental Helse Ungdom representerer en av de største interesseorganisasjonene på psykisk helsefeltet i Norge, og lever selv med en bipolar lidelse. Han sier at åpenhet om psykisk uhelse er grunnleggende positivt, men advarer mot å gjøre psykiske helseproblemer til fasadepynt. Han mener det er blitt for lett å være åpen om problemer man har hatt i fortiden, men nå er kommet over, altså framstå som helten som har bekjempet dragen en gang for alle.

– For mange mennesker er psykiske helseproblemer et tilbakevendende problem som det kreves steinhard jobbing for å komme ut av, eller som man må leve med resten av livet. Derfor bør kjendiser unngå å romanisere psykiske lidelser, sier han til Psykologtidsskriftet.

Lorentsson råder ungdom til å tenke igjennom hva de offentliggjør om egen psykiske uhelse. Hvis det er naturlig, kan det være klokt først å orientere de nærmeste om det som skal deles. Han sier også at det er viktig å unngå beskrivelser av hvordan man skader seg selv eller tar sitt eget liv.

– Det kan trigge sårbare sjeler til å kopiere handlingene, sier han. ✘

AKTUELT



FORVALTER Norsk helsearkiv ble etablert i 2019 og forvalter Helsearkiv-registeret. Foto: Vegard Breie / Arkivverket

Forskere kan få tilgang til helsearkivdata

Norsk helsearkiv bevarer alle pasientjournaler fra avdøde pasienter i spesialisthelsetjenesten, og journalene gjøres tilgjengelig for forskning.

- Helsearkivregisteret inneholder nå nesten én million journaler og vokser fort. Våre data strekker seg over 100 år tilbake i tid, og hver pasient er fulgt «fra vugge til grav», sier Kari Nytrøen, avdelingsdirektør i Norsk helsearkiv.

Arkivet inneholder ulike typer data som kan være av interesse for forskere innen psykisk helse, og dataene egner seg godt til retrospektive studier.

- For eksempel har registeret per i dag ni arkivserier med pasientjournaler fra avdelinger for rus og avhengighet, hvor pasientenes dødsår strekker seg fra 1982 til 2020. Disse ni seriene inneholder totalt 5374 journaler. Til sammen inneholder Helsearkivregisteret mer enn 250 ulike diagnoser knyttet til rus, sier Nytrøen.

Det åpner for forskningsspørsmål som: Hvordan skiller pasienter med alkoholavhengighet seg fra pasienter med andre ruslidelser? Har kvinner og menn med lik diagnose fått ulik behandling?

Man kan søke om tilgang til data fra registeret via helsedata.no.

- Etter godkjent søknad kan forskere få utlevert både metadata og hele, digitaliserte journaler fra Helsearkivregisteret. Metadataene består blant annet av data for fødsel og død, diagnosekoder fra kodeverkene ICD7 til ICD10, dato for diagnose og innleggelse samt dødsårsak. Totalt sett har vi 1100 ulike diagnosekoder knyttet til mental helse i Helsearkivregisteret per i dag, sier Nytrøen.

Norsk helsearkiv ble etablert i 2019 og forvalter Helsearkivregisteret, som er et sentralt helseregister som består av avdøde pasienters journaler fra spesialisthelsetjenesten. Både nyere, digitalt skapte journaler og eldre, digitaliserte papirjournaler kan gjøres tilgjengelige for forskere i samsvar med gjeldende lovverk.

For mer informasjon, kontakt helsearkivregisteret@arkivverket.no

AKTUELT

Sikrer psykisk helsehjelp i barnevernet

Nasjonalt forløp for barnevern er lansert for å møte økende behov for psykisk helsehjelp.

Det er et voksende behov for psykisk helsehjelp blant barn og unge i barnevernet ifølge en SINTEF-rapport. En norsk studie (Kayed & Jozefiak, 2015) antyder at 76 % av ungdommene som deltok i undersøkelsen, fylte kriteriene for minst én psykiatrisk diagnose i løpet av de siste tre månedene. På tross av den høye forekomsten var andelen som hadde fått hjelp lav.

På bakgrunn av dette lanserte barne- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet et nasjonalt forløp for barnevern som skal sørge for at barn og unge i barnevernet får nødvendig helsehjelp og riktige tiltak når de har behov for det. Forløpet beskriver ansvar, oppgaver og samarbeid mellom den kommunale barnevernstjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste, spesialisthelsetjenester og fylkeskommunale tannhelsetjenesten.

Tjenestene skal sammen sikre tidlig kartlegging og utredning av psykisk, somatisk og seksuell helse og tannhelse og rus. Barnets medvirkning vil bidra til en bredere forståelse av situasjonen og bakenforliggende årsaker til psykiske vansker, somatiske og seksuelle helseutfordringer eller rusproblemer, og bidra til målrettet og tilpasset hjelp til rett tid.

Nasjonalt forløp for barnevern skal iverksettes i helsetjenester i alle landets kommuner. Det vil si at psykologer som jobber med barn og unge, enten det er i sykehus eller på kommunalt nivå, eller psykologer som jobber i voksentjenester, kan bli invitert inn når forløpet igangsettes.

REFERANSE

Kayed, N. S. & Jozefiak, T. (2015). Ungdommer i barneverninstitusjoners erfaringer med bruk av fastlegeordning, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling [Adolescents in residential youth care's experiences with the use of general practitioner, mental health services and specialized treatment for substance abuse]. Hentet fra https://www.ntnu.no/documents/10293/1263899358/Ungdommer+i+barneverninstitusjoners+erfaringer+med+bruk+av+behandling_Kayed+og+Jozefiak%5B1%5D.pdf/Oc0f948b-888b-420c-a4f8-922a0bf74bbb

Kilde: [Bufdir.no](https://bufdir.no), Helsedirektoratet.no

ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2023 VOL. 60 NR. 05 S. 286-296 DOI: <https://doi.org/10.52734/MUAS4377>

Unge forståelser av åpenhet om psykiske problemer: en kvalitativ studie

Natalie Rolandsgard^{1,2}, Christina Kvamme Amengual¹ & Ole Jacob Madsen¹

Sammendrag

Bakgrunn: De siste tiårene har det blitt mer åpenhet rundt psykiske lidelser. Hvordan forstår unge den nye åpenheten?

Metode: I denne kvalitative studien gjennomførte vi tre fokusgrupper og 15 semistrukturerte intervjuer med unge voksne fra 16 til 19 år, der majoriteten ble rekruttert fra psykologiklasser på videregående skole. Tematisk analyse ble brukt for å analysere data.

Resultat: Informantene delte den utbredte oppfatningen om at åpenhet er et effektivt middel for å få utløp for vonde tanker, minske plager og bekjempe stigma. Samtidig fant vi tilløp til kritiske vurderinger av åpenheten. Baksidene som ble trukket fram, var at åpenheten kan misbrukes for å få oppmerksomhet, usikkerhet om sykdomskategoriene som benyttes er legitime, og at åpenheten kan bidra til romantisering av psykiske lidelser.

Konklusjon: Vår studie tyder på at en mer nyansert, ambivalent holdning til den nye åpenheten har fått utbredelse blant dagens oppvoksende generasjon.

Nøkkelord: den nye åpenheten, psykiske lidelser, stigma, skam, sykeliggjøring

¹ Universitetet i Oslo,

² Oslo Nye Høyskole

KONTAKT

natalie.rolandsgard@oslonh.no

MERKNAD

Forfatterne oppgir ingen interessekonflikter

FAGFELLEVDERT

Det siste tiåret har det blitt vanligere å stå offentlig frem med psykiske problemer, en utvikling som gjerne omtales som «den nye åpenheten» (Madsen, 2017, s. 111). Tidligere statsminister Kjell Magne Bondevik regnes av mange som en pioner i norsk sammenheng, da han i 1998 sto frem med sin depresjon. For dette mottok han Tabuprisen fra Rådet for psykisk helse. I tiden etter har åpenhetsberetninger florert. Antall medieoppslag om kjendiser som åpner seg om sine psykiske problemer, har mer enn doblet seg fra 2010 til 2017 (Staude & Elnan, 2017). Det kommer stadig nye historier i aviser, magasiner, TV-programmer og podkaster. Et eksempel er NRK-serien *Jeg mot meg*, der ungdom går i gruppeterapi med psykolog Peder Kjøs, som også vant Tabuprisen. Den nye åpenheten er også omfattende på sosiale mediekanaler som blogger, Facebook, Instagram, Snapchat og TikTok (Montgomery & Kjosbakken, 2017). Samtidig har det kommet frem en mer kritisk forståelse av åpenheten. Undersøkelser av deltakere i programmer som *Jeg mot meg* og *Helene sjekker inn* tyder på at åpenheten noen ganger kan tjene organisasjoner eller programskapere i større grad enn deltakerne (Lånkan & Thorbjørnsrud, 2022; Thorbjørnsrud & Lånkan, 2022; Ytreberg & Thorbjørnsrud, 2020).

Etterspørselen etter åpenhet reflekteres ikke bare i mediene og underholdningsindustrien, men også i strategi- og styringsdokumenter. I forbindelse med Opptappingsplanen for psykisk helse (1999–2008) ble det innført kampanjer og tiltak for å fremme åpenhet i befolkningen. Dette skulle bidra med mer kunnskap og forebygge fordommer og stigmatisering (Blåka, 2012). I regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) anses åpenhet som grunnlaget for god psykisk helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017).

Det er forsket lite på åpenhet om psykiske problemer, spesielt i norsk sammenheng. Imidlertid ble det på starten av 2000-tallet gjennomført flere kartlegginger av den norske befolkningens engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse som del av evalueringen av Opptappingsplanen for psykisk helse. Resultatene tyder på at viljen til åpenhet henger sammen med nærheten til dem man skal åpne seg for, bosted og alder (Blåka, 2012). Nesten alle respondentene ville vært åpne overfor familie, 7 av 10 overfor venner. Bare halvparten ville vært åpne overfor kollegaer, og denne andelen var mindre blant befolkningen i Oslo enn andre deler i landet. Viljen til åpenhet økte med alderen. Det er mulig at økt trygghet på seg selv og omgivelsene gjør de eldre mer komfortable med å snakke om det som er vanskelig (Blåka, 2012). En nyere tysk, kvalitativ studie viste at ungdom med psykiske problemer var ambivalente til åpenhet. På den ene

siden fryktet de stigmatisering, på den andre ønsket de den emosjonelle støtten åpenhet kan føre med seg. Ungdommene vektla også betydningen av selv å bestemme hvem de skulle åpne seg for (Mulfinger et al., 2019). En australsk studie fant at det er vanligere å ville fortelle om psykiske problemer til utvalgte venner og familiemedlemmer enn på arenaer som arbeidsplass, studiested og helsevesen (Reavley et al., 2018). Studien fant at åpenhet ofte førte til sosial støtte, men i enkelte tilfeller diskriminering.

Ettersom det stadig deles mer om psykiske problemer, er det viktig å undersøke hvordan generasjonen som har vokst opp i takt med denne utviklingen, forstår åpenheten. I denne studien vil vi derfor undersøke hvordan unge forstår det å åpne seg om psykiske problemer, og belyse forståelsen deres av hvilke konsekvenser åpenheten muligens kan få.

Metode

For å belyse denne problemstillingen brukte vi en kvalitativ tilnærming. Kvalitativ metode anses som den mest egnede metoden for å undersøke hvordan mennesker forstår verden (Willig, 2013) og fenomener vi har lite forhåndskunnskap om (Brinkmann & Tanggaard, 2010). Vi samlet inn data ved bruk av semistrukturerte intervjuer og fokusgrupper. Slik fikk vi gått i dybden på hvordan enkeltpersoner forstår åpenheten, samtidig som vi fikk innblikk i hvordan unge forstår og snakker om temaet seg imellom.

Informanter og rekruttering

Informantene i studien besto av 26 videregående elever i alderen 16–19 år fra skoler sentralt i Oslo. Av disse var det 24 jenter og 2 gutter, ettersom flere jenter ønsket å delta. Vi sendte e-post til en rekke Oslo-skoler og ble satt i kontakt med lærere i psykologi ved to av skolene. Majoriteten av informantene ble rekruttert ved at vi presenterte prosjektet vårt. De resterende ble rekruttert ved at vi oppsøkte elever i lunsjpausen i fellesarealene og informerte om studien. Vi brukte også snøballmetoden ved at de ble oppfordret til å videreformidle informasjon til sine skolevenner. Interesserte elever mottok mer informasjon via en e-post eller tekstmelding, der de fikk mulighet til å avtale tidspunkt for intervju. Informantene valgte selv enkeltintervju eller fokusgruppe.

Intervju

Intervjuene ble utført i perioden august til oktober 2020. Vi laget to intervjuguider, der den ene ble benyttet i de semistrukturerte enkeltintervjuene og den andre i fokusgruppene. Intervjuguidene lignet

hverandre for å sikre at vi dekket relevante temaer i begge settinger. Informantene i fokusgruppene ble oppfordret til å diskutere disse temaene seg imellom. Vi hadde derfor langt færre oppfølgingsspørsmål i fokusgruppene enn i enkeltintervjuene, der intervjuguiden ble brukt mer aktivt. Lukkede spørsmål ble laget for å få informantene inn på temaet, som «Har du noen gang opplevd at venner eller jevnaldrende du følger på sosiale medier, har delt noe om sine psykiske plager?». Vi opplevde sjelden at informantene kun svarte ja eller nei, svarene ble i stor grad utdypet. Oppfølgingsspørsmålene var åpne, som «Hva tenker du er intensjonen ved å dele slik informasjon på sosiale medier?». Enkeltintervjuene varte rundt 30 minutter, mens fokusgruppene varte én time. Det ble tatt lydopptak av intervjuene, som så ble transkribert.

Dataanalyse

For å analysere intervjuene tok vi utgangspunkt i Braun og Clarke (2006) sin fremgangsmåte for tematisk analyse i seks steg. Gjennom intervjuprosessen og transkriberingen hadde vi allerede god kjennskap til datamaterialet, men vi leste likevel gjennom flere ganger og noterte ned umiddelbare tanker og ideer. I en systematisk gjennomgang av datamaterialet kodet vi data induktivt for å fremheve og sette ord på viktige poeng. Deretter samlet vi koder med likhetstrekk i større tema. Først kodet og analyserte første- og andreforfatter hver for seg, før funnene ble drøftet og sammenlignet. Vi beveget oss således mellom tekst, koder og tema, da nye innsikter oppsto underveis.

Vi hadde en moderat sosialkonstruksjonistisk epistemologisk posisjon (Willig, 2013), og mener derfor at funnene våre til en viss grad kan si noe om dominante forståelser av åpenhet om psykiske problemer blant unge i samfunnet generelt. Vi anerkjenner at forskeren spiller en aktiv rolle i kunnskapsproduksjonen (Braun & Clarke, 2019), og har derfor vært bevisste på hvordan egne antakelser kan ha påvirket forskningsprosessen og resultatene. I likhet med informantene er første- og andreforfatter relativt unge. Det kan derfor tenkes at vi deler mye av forståelsen av åpenhetskulturen, noe som kan ha påvirket både datainnsamlingen og analysen. Samtidig var vi påpasselige med å hele tiden forankre fortolkningene våre i dataene for å sikre at forståelsene kom fra informantene og ikke fra oss.

Etikk

Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Ettersom vi ikke intervjuet informantene om deres egen sykdomshistorikk, var det ikke nødvendig å søke godkjennelse fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk

(REK). I forkant av intervjuene fikk informantene et samtykkeskjema som inneholdt opplysninger om studiens formål og deres rettigheter. Dette innebar rettigheter til å trekke seg både før, under og etter intervjuet, samt ikke å besvare spørsmål de oppfattet som ubehagelige, eller som de av andre grunner ikke ønsket å svare på. Informantene ble også informert om at konfidensialitet og anonymitet ville overholdes til enhver tid, også etter prosjektslutt. Informantene i fokusgruppene ble bedt om å ikke diskutere eller dele informasjon om intervjuet utenfor gruppa. I artikkelen benytter vi fiktive navn på informantene.

Resultater

Med utgangspunkt i intervjuene konstruerte vi fire hovedtemaer i tilknytning til forskningsspørsmålet: *terapeutisk åpenhet*, *opplysende åpenhet*, *inautentisk åpenhet* og *skadelig åpenhet*. Terapeutisk åpenhet tar for seg aspekter som ble ansett å ha en terapeutisk effekt gjennom sosial støtte og ved å få utløp for vonde tanker. Opplysende åpenhet omhandler åpenheten som kan lære andre om psykiske problemer og bryte ned tabuer. Inautentisk åpenhet tar for seg tilfeller der åpenheten oppfattes som å ha bakforliggende motiver. Skadelig åpenhet omhandler mulige skadelige konsekvenser for den som deler, eller for mottaker.

Terapeutisk åpenhet

En av de mest fremtredende forståelsene informantene hadde av åpenheten om psykiske problemer, var dens terapeutiske effekt. Altså at det hjelper å snakke om psykiske problemer fordi man kan få utløp for vonde tanker og følelser, hjelp, støtte og forståelse fra andre. Cassandra beskrev dette slik: «at man holder det inni seg, det kan liksom lede til enda flere psykiske lidelser da.» Lisa mente at åpenheten gir ulikt utslag for kjønnene: «for de [guttene] skal ikke snakke veldig mye om at man sliter, og det har jo ført til mye mer selvmord blant gutter.»

Utsagnene kan tyde på at informantene anså det som sunt å få utløp for vonde tanker og følelser, og at det å holde det inni seg vil kunne medføre ytterligere problemer. Denne forståelsen kan ses i sammenheng med forestillingen om katarsis. Katarsis betyr sjelelig renselse og refererer til det å få utløp for vanskelige eller ubehagelige tanker og følelser, eller innen en psykoanalytisk tolkning: å bringe det ubevisste frem i bevisstheten (Rzadzowska, 2020). Når åpenheten om psykiske problemer forankres i katarsis, vil det å være åpen og snakke om problemene sine i seg selv være tilstrekkelig for å få en terapeutisk effekt. Åpenhe-

tens viktigste oppgave blir å bringe problemene opp til overflaten.

Et sekundært terapeutisk gjennomgangstema er at man ved å åpne seg vil kunne få hjelp og støtte, som kan føre til at man føler seg bedre. Mange informanter forsto dette som en vanlig grunn for å åpne seg om psykiske problemer. Flere trakk frem at det føles godt å ikke være alene om å slite. Cornelia beskrev følgende: «Den nærmeste venninnen min og jeg, vi snakker veldig mye om det. Vi er veldig like på det – at vi nesten liksom sliter litt samtidig på en måte. At man kan på en måte hjelpe hverandre å snakke om det.»

Samtlige informanter trakk frem at hvem man er åpen overfor, er avgjørende for hvorvidt åpenheten anses som akseptabel. Hva informantene anså som passende arenaer, varierte. De fleste jentene i utvalget mente de kunne være åpne blant vennene sine. De eneste guttene i utvalget, Anders og Oscar, delte på sin side oppfatningen om at åpenhet i vennegjenger primært er forbeholdt jenter:

Gutter er mer harde, tror jeg. Så jeg tror ikke de ville sagt noe. Hvis de ville sagt noe, så hadde de vært mer redde for å bli skjelt ut. Mens jenter er mer *close* på en måte, de ville sagt det, og de ville fått støtte overfor situasjonen deres.

Utdraget kan tyde på at en av grunnene til at åpenhet virker å være mindre utbredt blant gutter, er at de kan risikere å ikke bli møtt med samme forståelse. Dette kan henge sammen med forestillingen om at jenter er omsorgsfulle, mens gutter ikke skal vise svakhet. Utdraget kan også indikere at åpenhet og nærhet henger sammen, at jenter lettere åpner seg fordi de står nærmere hverandre.

Åpenhet ble også forstått som noe som knytter sterkere bånd. Flere informanter trakk frem at det kan oppleves som en tillitserklæring at noen åpner seg for deg, da det indikerer nærhet og fortrolighet. Camilla beskrev hvordan klassen hennes ble mer sammensveiset etter at flere åpnet seg på en klasseset:

Folk var så slitne, og så plutselig så skjedde en ting, som bare eskalerte til at alle bare plutselig ble skikkelig sårbare. Alle bare gråt. Det var skikkelig merkelig, men det var også en fin ting, for jeg synes at vi har knyttet oss sammen. Man går liksom hakket opp på venneskalaen – når man først kan åpne seg og føle seg trygge med hverandre.

Imidlertid ble det trukket frem at det kan føles tryggere å være åpen med folk man ikke kjenner så godt. Slik kan man snakke om problemene sine, uten risi-

koen for å bli dømt eller behandlet annerledes av de nærmeste. Flere informanter delte en forståelse om at åpenhet i sosiale medier handler om et ønske om sosial støtte, og om å nå ut til andre som sliter med det samme. Sofie forklarte hvordan TikTok er en arena for å møte andre med lignende problemer, slik at man kan slippe å føle seg så alene: «Jeg føler folk bruker den appen for å på en måte få støtte av andre som lider av det samme. Så folk er sånn, veldig åpne, sånn at de sier ting som man kanskje ikke hadde sagt til en person.»

Opplysende åpenhet

Samtlige informanter anså åpenhet som viktig for å belyse om psykiske problemer. Åpenheten ble forstått som en del av et større samfunnsoppdrag ved at en bidrar med kunnskap, og ved å bryte ned tabuer og stigma. I denne sammenhengen ble særlig den offentlige åpenheten trukket frem. Grete beskrev åpenhetens formål som «å gjøre folk mer bevisst på at disse problemene eksisterer». Johanna påpekte hvordan åpenhet blant idrettsutøvere har et opplysende formål og en nytteverdi for andre ved å avdekke og forebygge spiseforstyrrelser i idretten: «Så det er jo en del sånne langrensløpere som har stått frem med anoreksi [...] det er litt sånn for at folk skal bli klar over det.»

Informantene oppfattet at influensere hovedsakelig hylles for sine åpenhetsbidrag, mens privatpersoner i større grad blir møtt med negative reaksjoner. Natasha trakk frem hvordan influensere anses som gode forbilder dersom de deler, mens hun selv frykter å bli møtt med en negativ respons hvis hun åpner seg. Dette kan ha sammenheng med at kjente personer har en større følgerskare og får mediedekning for sin åpenhet (Madsen, 2018a), som derfor oppfattes å ha en større samfunnsmessig nytteverdi. Flere informanter trakk frem at kjente personer nærmest har en plikt til å belyse psykiske problemer. Emma fortalte at åpenhet kan forstås som en forventet arbeidsoppgave av en influencer, der de må åpne seg for å ikke fremstå som dårlige forbilder:

Men jeg føler også at mange av de kjendisene som gjør det, kanskje gjør det fordi det blir lagt så mye vekt på at mange ikke bruker den stemmen de har godt nok på en måte. Og det blir sånn «ja, men dere er nødt til å snakke mer om psykisk helse – om at man sliter», og derfor gjør kanskje flere det. Fordi det er sånn «okei, men for at jeg ikke skal bli stemplet som en dårlig influencer, et dårlig forbilde, så er jeg nødt til å også si at jeg har det dårlig» på en måte.

Å åpne seg om psykiske problemer kan derfor fremstå som en effektiv strategi for å få status som et godt

forbilde som bidrar til et betydningsfullt samfunnsoppdrag. Til tross for at den mer offentlige åpenheten syntes å spille en viktigere rolle, ble åpenhet i nære relasjoner også oppfattet å kunne bidra med kunnskap. Camilla fortalte at et familiemedlems åpenhet om angst har gjort at hun har fått bedre forståelse og respekt for de som har en angstlidelse.

Videre mente flere av informantene at åpenhet har bidratt til mindre stigma knyttet til psykiske problemer i dag enn i tidligere generasjoner. Natasha uttalte: «Det er mer akseptert i samfunnet å si at man sliter.» Samtidig ble det trukket frem at visse psykiske problemer, som schizofreni, fremdeles er tabubelagt. Enkelte av informantene påpekte også at mye av åpenheten oppleves litt overfladisk, at den ikke går noe særlig i dybden. Dette ble særlig trukket frem i kontekster der kjente personer skal åpne seg i offentligheten, slik Camilla sier her: «Så det blir jo liksom sånn, ja hun kan kanskje fortelle litt overfladisk om hvordan hun har det, men jeg tror ikke det går så dypt.» Dette kan føre til at samfunnet fremstår som åpent, selv om mange temaer ikke blir grundig belyst.

Inautentisk åpenhet

Åpenheten kan også få et inautentisk preg dersom den ikke oppfattes å ha en tydelig terapeutisk eller samfunnsmessig nytte. Informantene kunne i slike tilfeller mistenke bakenforliggende illegitime motiv. De kunne bli i tvil om de som åpner seg, virkelig har de problemene de sier de har.

Oscar mente det kan være overveldende med de ulike diagnosene som flyter rundt, der skillet mellom normale følelser og psykiske lidelser blir uklart: «Og jeg tror en god del folk også er litt sånn – at de på en måte blir litt overveldet av alle de diagnosene, og at de tenker sånn 'ja, man har en diagnose for det og det og det, på en måte en psykisk sykdom, men er ikke det liksom helt vanlig?'» Det hersker med andre ord en viss skepsis om de som åpner seg, kan rettfærdiggjøre bruken av sykdomsbegrepet. Flere av informantene trakk frem at mangel på anerkjennelse kan bunne i at man ikke har fysiske bevis på psykiske problemer, blant annet Tina:

Det er veldig mange, spesielt gutter som jeg har opplevd, som kan si sånn «ah, alle har jo angst nå, alle jentene går rundt og sier at de er deprimerte» og «det er en trend» og «gud, bare skjerp dere». Man kan ofte få slengt den da. Fordi det er ikke på en blodprøve liksom at man har angst.

Når personer påstår at de har en diagnose, men ikke viser atferd som samsvarer med forestillinger om diag-

nosen, syntes det å vekke mistanke rundt hvorvidt personen åpner seg for å komme seg ut av noe, slik som hos Stine:

Kanskje man ikke tenker på den personen som en typisk person som har angst, eller kanskje han/hun ikke oppfører seg som om det. Er litt, sånn veldig flink til å skjule det. Og da begynner folk å tenke sånn «å ja, kanskje de ikke har det og bruker det til å komme seg ut av ting».

Informantene uttrykte at åpenheten også kan misbrukes på andre måter og ende med å oppfattes som lite troverdig. Flere mente at det å få oppmerksomhet for sine psykiske problemer kan være en motivasjon. Maiken utbroderte: «Jeg vet ikke hva baktanken hennes ved å legge det ut var. Om det var for å vise at hun sliter, eller om det var for å vise andre hvordan hun sliter, eller om det bare var for å bli kjent da.» Cassandra trakk frem at det er særlig rundt influensere det oppstår tvil vedrørende åpenheten deres. På den ene siden anså informantene influensere som viktige bidragsytere i å belyse og opplyse om psykiske problemer, mens på den andre siden ble det oppfattet som at de åpnet seg for å få publisitet.

Informantene trakk frem at åpenhet blant privatpersoner også kan oppfattes som å være motivert av et ønske om oppmerksomhet. Anders uttrykte at åpenheten ikke fremstår troverdig dersom man deler det med alle: «Hvis du er for åpen, så kommer ikke folk til å ta deg seriøst. Da tenker kanskje folk at det er noe du slenger rundt bare for å få oppmerksomhet.» I denne sammenhengen ble særlig sosiale medier trukket frem. Celine uttalte eksempelvis: «Men jeg synes ikke det at det er liksom særlig passelig å dele på sosiale medier. Fordi da virker det som at jeg vil ha oppmerksomhet fordi at jeg er syk.»

Det å stadig åpne seg om noe nytt ble også oppfattet som et ønske om oppmerksomhet eller å fremstå som trendy, slik Cornelia uttrykker det her:

Det kommer litt an på personen da. Om det er at de alltid sliter med noe, hele tiden, alltid noe nytt liksom. Sliter med at nå har de spiseforstyrrelser, og nå har de – jeg hadde en, liksom i 6. klasse, 7. klasse, som var hele tiden sånn «ja, nå har jeg skiftet kjønn, og nå er jeg lesbisk, og nå er jeg homofil», bare sånn hele tiden var det et eller annet nytt, da. Og da var det sånn «er du virkelig det?» eller vil du bare ha litt oppmerksomhet. Sånn, greit nok det liksom, men det blir litt mye.

Cornelia sammenlignet dette med det å kaste seg på trender:

Nesten sånn at det ble en trend nå nylig på Instagram, å legge ut liksom alle sånne poster om *Black Lives Matter* og Jemen og alt det der. At det ble en trend da. For det var kult å dele og vise at man er interessert.

Hvis intensjonen fremstår som et ønske om å være samfunnsaktuell eller å ha noe interessant å komme med, kan åpenheten dermed få et inautentisk preg. Den kan oppfattes som et verktøy for å formidle at man har en ekstra fasett, man er en tenkende og dyspsindig person. Informantene oppfattet kjente personer som trendsettere for en slik måte å bruke åpenheten på, som kunne spre seg til andre deler av befolkningen. Cassandra påpekte at dette kan bidra til at mennesker som egentlig ikke har psykiske problemer, kan ønske å stå frem med dette.

Skadelig åpenhet

Den siste sentrale forståelsen informantene hadde av åpenheten om psykiske problemer, var at den kan ha skadelige konsekvenser. Mange av informantene mente at åpenheten kan trigge mottakere, blant annet ved at en romantiserer eller bagatelliserer uhensiktsmessig atferd. Lisa sa: «Kanskje de ikke ser det veldig alvorlige i det – at det kanskje kan oppfordre folk til å gjøre ting eller inspirere til negative ting.» Detaljerte beskrivelser av psykiske problemer ble trukket frem som særlig triggende. Dette gjaldt spesielt selvskading, selvmord og spiseforstyrrelser. Det kan henge sammen med at åpenhet om disse vanskene ofte skildrer spesifikk atferd som kan inspirere andre. Sarah oppfattet at åpenheten kan virke spesielt triggende på allerede sårbare personer med en historikk med psykiske problemer: «Hvis det er en som har sluttet med selvskading eller noe sånt, og så ser de at det er noen som driver og snakker om det, så kan de bli skikkelig triggeret av det. Og det kan hende at de begynner å gjøre det igjen.»

Informantene opplevde også at åpenhet om psykiske problemer kan føre til fellesskap. Slike fellesskap kan forstås som terapeutiske, som vist i temaet terapeutisk åpenhet, men også som skadelige. Lisa mener dette spesielt viser seg i sosiale medier, der man kan nå ut til mange og likesinnede:

Jeg vet jo absolutt om ulike forum der hvor man på en måte fremhever psykisk helse eller dårlig psykisk helse. For eksempel den selvskadingssiden på Instagram som det har vært mye i media om. [...] Noen føler sikkert en veldig trygghet i å se at man ikke er alene, men det kan jo også oppfordre og inspirere andre til å gjøre ting man ikke skal gjøre.

Det sosiale mediet TikTok ble også trukket frem som en arena for å dele skadelig innhold. Emilie beskrev hvordan flere på denne plattformen fremstiller selvskading som en akseptabel måte å håndtere problemene sine på.

En annen måte som informantene forsto åpenheten på, er at den tilgjengeliggjør sykdomskategorier og fører til symptomsnakk. Dette kan gjøre at man graver seg enda dypere ned i vonde tanker og følelser, og i tillegg blir mer bevisst på egne symptomer. Sykdomssnakk kan dermed intensivere symptomene slik at man føler seg sykere enn man ville gjort dersom man ikke var så bevisst. Emma beskrev hvordan fokuset på psykiske problemer kan ha bidratt til at folk er mer selvgranskende i dag enn de var tidligere:

Og jeg tror kanskje man tenker mer over nå hvordan man har det. At det er mer sånn, «hvordan har du det?» Og så reflekterer man mer over «okei, men hvordan har jeg det egentlig?» Mens før var det enda mer kanskje sånn «nei, men jeg har det bare litt dårlig, liksom, jeg lever» og tenkte ikke så mye mer over hva det var å ha det dårlig.

Nesten alle informantene uttrykte at selvdiagnostisering var et problematisk aspekt ved åpenheten. De beskrev hvordan det ofte skjer på tynt og feilaktig grunnlag, slik som Celine: «Fordi at på sosiale medier så kan du jo lese veldig mye om hva depresjon og hva angst er og sånne ting. [...] Og da begynner man å tenke sånn 'å ja, men en god del av dette her har jo jeg, og jeg gjør dette her i hverdagen, da har jo jeg angst'.» Når en stadig hører om symptomer og psykiske lidelser, kan mange tenke at de er syke uten egentlig å være det. Symptomer omtales ofte som veldig generelle, og dette kan lett føre til selvdiagnostisering, ifølge Oscar: «fordi at det er så veldig enkelt å kjenne seg igjen i det.» Informantene trakk også frem at selvdiagnostisering kan gjøre at man begynner å oppføre seg i tråd med hva man tenker at diagnosen innebærer, slik Sarah ga uttrykk for:

Hvis du tenker skikkelig på en ting, så kan det jo hende at du begynner å gjøre ting for at den påstanden skal stemme. Så hvis du sier at du har angst, så skal du liksom tenke på «åh, jeg har angst, jeg skal ikke rekke opp hånda i timen» eller «jeg har angst, jeg skal ikke gå ut med vennene mine». Så det gjør at når du selv bestemmer deg for at du har en lidelse, så skal du drive og gjøre ting som skal stemme med den påstanden.

Et annet potensielt skadelig aspekt som ble trukket frem, er tilfellene der den som har åpnet seg, ikke

blir møtt med forståelse. Personen som åpner seg om psykiske problemer kan til og med bli dømt, andre kan ta avstand fra dem, eller de kan få innskrenkede muligheter i fremtiden. Oscar trakk blant annet frem at åpenhet kan føre til sladder og «bite deg i rumpa» i en jobbsøkerprosess.

Diskusjon

Vår analyse av unges forståelser av åpenheten om psykiske problemer resulterte i fire hovedtema: terapeutisk åpenhet, opplysende åpenhet, inautentisk åpenhet og skadelig åpenhet. Terapeutisk eller opplysende åpenhet ble ansett som legitim og nyttig. Det motsatte kan sies å gjelde for åpenhet som ble forstått som inautentisk og skadelig. Inautentisk åpenhet omhandlet en oppfatning om at åpenheten er motivert av bakenforliggende grunner som ikke anses som gyldige. Skadelig åpenhet innebar en forståelse av at åpenhet kan få negative konsekvenser, både for de som deler, og for mottakere av åpenheten. I den videre diskusjonen vil vi drøfte mulige årsaker til funnene i lys av sosial representasjonsteori (Moscovici, 2000; Moscovici & Duveen, 2008).

Fra gal til flink pike

De siste tiårene har samfunnets forståelse av åpenhet endret seg betydelig. Ifølge sosial representasjonsteori er forståelser dynamiske og i stadig endring, og denne prosessen intensiveres av massemediene og en akselererende samfunnsutvikling (Moscovici, 2000; Moscovici & Duveen, 2008). En åpenbar endring er at barn og unges liv er blitt mer digitale (Livingstone & Blum-Ross, 2020). Vi kan tenke oss at de nye sosiale kanalene legger til rette for å dele i en større skala enn før og således understøtter en holdning om at det er bra å åpne seg.

Tidligere ble åpenhet ansett som mer kontroversielt, og psykiske problemer noe som helst skulle holdes privat (Madsen, 2017). Flere av informantene nevnte at foreldrene og besteforeldrene deres har et annet syn på psykiske problemer og åpenhet enn yngre personer. Natasha sa blant annet at faren hennes anser psykiske problemer som et «hysjtema». Det er mulig at man tidligere hadde andre sosiale representasjoner av psykiske problemer. Terskelen for å kalle noe psykisk sykdom var trolig høyere (Lian, 2014). Det som i dag gjerne blir regnet som en depresjonsdiagnose, ble før 1980-tallet kanskje ansett som en del av livets opp- og nedturer (Horwitz & Wakefield, 2007), og psykisk syke ble oftere sett på som sosiale avvikere (Stuart, 2008).

I nyere tid har psykiske lidelser derimot blitt ansett som noe som kan ramme alle (Ekeland, 2011, s. 41).

Dette kan ha bidratt til åpenhet rundt slike lidelser og til et endret syn på psykiske lidelser som noe mindre skamfullt. For et tiår siden begynte mediene å skrive om «flinke piker» og «generasjon prestasjon». Der psykisk sykdom tidligere gjerne var koblet til de ressursvake – med sosialt avvikende oppførsel, rus og vanskelige familieforhold – ble det å slite psykisk nå også assosiert med de ressurssterke (Madsen, 2018b, s. 192). Psykiske problemer ble slik forbundet med mer ønskelige sosiale identiteter (Madsen, 2018b, s. 192). I våre analyser kom dette til syne ved at psykiske problemer ble ansett som noe man til og med kan få positiv oppmerksomhet for. Det er ikke utenkelig at fortellinger om unge jenter som sliter, kan ha bidratt til at flere rapporterer om psykiske problemer i Ungdata-undersøkelsene (Solberg, 2018). Det er mulig at fortellinger om flinke piker og generasjon prestasjon kan ha gitt forklaringer på ulike problemer ungdom føler på, og følgelig kan flere ha identifisert seg med disse kategoriene (Madsen, 2018b). Kombinasjonen av samfunnets tendens til å gi diagnoser samt at disse med tiden er blitt mindre stigmatiserende, kan ha bidratt til mer åpenhet.

Det kan også være slik at den tidligere dominerende forståelsen om at psykiske problemer er en privatsak, er blitt utfordret med tiden. Når man blir klar over sosiale representasjoner, kan man kritisere og endre disse (Wagner et al., 1999). Informantene uttrykte at åpenhet vil bidra til å bryte ned tabuer rundt psykiske problemer og føre til en avstigmatisering av psykisk syke. Ved at mange kjente personer står frem med psykiske plager, blir det mindre kontroversielt å åpne seg (Calhoun & Gold, 2020). Åpenheten kan forstås som et ønske om forandring av tidligere etablerte sosiale representasjoner som medførte stigma og tabuer knyttet til psykiske problemer. Det skal imidlertid poengteres at slik avstigmatisering synes å gjelde lettere psykiske lidelser, som angst og depresjon, og i mindre grad tyngre lidelser som schizofreni (Madsen, 2018a).

Fra opplysning til oppmerksomhet

Informantenes syn på åpenhet, i tråd med samfunnets holdninger for øvrig, var at den både er viktig og riktig. For seks år siden begynte det så smått å komme kritiske innvendinger mot åpenheten, og enkelte stilte spørsmål ved hvorvidt den kun var et gode (Madsen, 2017, s. 112). Vår studie kan tyde på at disse alternative sosiale representasjonene, som utfordrer forestillingen om åpenhet som noe utelukkende positivt, begynner å bli mer utbredt blant ungdom.

En mulig årsak til at de alternative representasjonene kan ha fått fotfeste hos dagens unge, er at det tidvis fremstår uklart hvorfor noen åpner seg. I temaet inautentisk åpenhet kom det frem at ungdommene

kunne betvile motivene for åpenheten. Opplysende formål fremsto som en legitim grunn for å åpne seg, og de færreste var negative til den private åpenheten, som ofte ble forstått å ha et mer tydelig terapeutisk preg. Ungdommene ble derimot mer skeptiske om man åpnet seg til for mange, noe som svekket det terapeutiske preget. De ble også skeptiske dersom åpenheten ikke hadde en tydelig opplysningsverdi.

En mulig forklaring på unges mer kritiske betraktninger til åpenhet kan være at de føler at opplysningsbehovet har nådd et metningspunkt som følge av økt deling av psykiske problemer. Der Bondevik fikk Tabuprisen for å stå offentlig frem med depresjon i 1998, er det betraktelig mindre oppsiktsvekkende om en kjent person åpner seg om samme problem i dag. Der informantene opplevde åpenhetsberetninger som inautentiske, gjaldt dette først og fremst de vanligste psykiske lidelsene, som angst og depresjon. En av informantene trakk frem paranoid schizofreni som en typisk lidelse det *ikke* snakkes om. Åpenhet om denne lidelsen kan derfor lettere bli oppfattet som opplysende og autentisk og i større grad legitimeres som en del av et viktig samfunnsoppdrag.

Åpenhetsnormer

En kvalitativ studie av ungdom peker på at konteksten for og formålet med åpenheten påvirker hvordan den oppfattes (Buchholz et al., 2015). Dette samsvarer med våre funn og kan avspeile sosiale normer knyttet til åpenheten. Flere av våre informanter påpekte at de syntes det var rart eller upassende å dele sine psykiske problemer i enkelte sammenhenger, som i sosiale medier. Agger (2012) poengterer hvordan det å dele i overkant mye personlig informasjon i sosiale medier kan betegnes som såkalt overdeling (oversharing). Han understreker at det å snakke om psykiske problemer med en terapeut er noe helt annet enn å dele det med hundrevis av «venner» på Facebook (Agger, 2012). Imidlertid hevder Kennedy (2018) at normer i sosiale medier stadig er i endring, og dermed også hva som vurderes som overdeling.

Skadelig selvutlevering

Flere studier har vist at åpenheten kan medføre ukritisk og skadelig selvutlevering (Buchholz et al., 2015; Lånkan & Thorbjørnsrud, 2022; Ytreberg & Thorbjørnsrud, 2020). Det samsvarer godt med våre informanters forståelser av temaet skadelig åpenhet. Eksemplene som ble trukket frem, var at personen som deler ikke alltid vil bli møtt med forståelse, eller at åpenheten kan «bite deg i rumpa», som informanten Oscar sa. En terapeutisk forståelse av åpenhet tilsier at den vil fjerne skam og bidra til bedre psykisk

helse, men en studie viser at den også kan føre til mer skam og psykisk uhelse (Buchholz et al., 2015). Skamfølelsen er ofte forbundet nettopp med plager som depresjon og destruktive mestringsstrategier (Madson, 2018b, s. 50).

Økt bevissthet rundt skadelige konsekvenser

Ifølge våre analyser kunne åpenheten forstås som skadelig også for mottaker, ikke bare for den som deler. Dette kan henge sammen med en økt bevissthet om påvirkning fra sosiale medier, på godt og vondt. Informantene tilhører den første generasjonen som har vokst opp med konstant tilgang til internett, det en kan bli eksponert for potensielt skadelig innhold (Cuncic, 2021). De trakk frem at sosiale medier kunne bli en arena for den skadelige åpenheten. Slike medier har prosedyrer som skal motvirke skadelig innhold, som å blokkere visse emneknagger, men disse er det relativt enkelt å komme seg rundt (Moland, 2021). Åpenheten som inkluderer detaljerte beskrivelser av atferd forbundet med psykisk uhelse, da særlig selvmord, selvskading og spiseforstyrrelser, ble trukket frem som spesielt problematisk. Vær Varsom-plakaten er ment å forhindre uhensiktsmessig omtale av disse temaene i pressen, blant annet med oppfordringer om å holde detaljnivået til et minimum (Pressens Faglige Utvalg, 2020). Et visst detaljnivå kan være nødvendig for at åpenheten skal ha en opplysende effekt, men grensen mot det skadelige kan være uklar.

Destruktive fellesskap

Flere av informantene viste også kjennskap til digitale fellesskap som kunne «fremheve dårlig psykisk helse», som informanten Lisa uttrykte det. Et eksempel er såkalte pro-ana-nettsider, som tidlig på 2000-tallet glorifiserte spiseforstyrrelser (Brotsky & Giles, 2007). Mer nylig ble det avdekket nettverk på Instagram av unge jenter som sliter psykisk, der flere i miljøet har begått selvmord (Moland, 2021). Informantene mente at slike fellesskap kunne oppfordre til skadelig atferd, eller «inspirere på en negativ måte». Studier har vist at disse nettverkene kan medvirke til å dyrke psykiske problemer (Scherr & Reinemann, 2016; Smithson et al., 2011), muligens ved å romantisere eller trigge psykiske lidelser. Romantisering refererer i denne sammenhengen til at psykiske lidelser fremstilles som tiltalende, og en idé om at lidelse kan være vakkert (Vidamaly & Lee, 2021). Studier finner imidlertid også at disse nettverkene kan oppleves som gode og støttende for dem som sliter (Scherr & Reinemann, 2016). De kan bidra til at man kjenner seg mindre ensom, noe Illouz (2003) omtaler som «virtuelle lidelsesfellesskap».

Fra psykiatri til TikTok

Informantenes bruk av ordet «trigger» var fremtredende. Trigger er opprinnelig et begrep fra traumepsykologien og refererer til stimuli som kan medføre en retraumatisering av en sårbar mottaker (Cuncic, 2020). At dette ordet har fått fotfeste hos ungdom, kan tyde på en økt bevissthet rundt de skadelige sidene ved åpenhet. Det kan også være et tegn på at stadig flere psykiatriske begreper innlemmes i hverdagsdiskursen (Brinkmann, 2016; Madsen, 2017). Moscovici (2000) undersøkte hva som skjedde med forståelsen av psykoanalysen da den ble en del av allmennkunnskapen i den franske befolkningen. Han postulerte at vitenskapelig kunnskap forenkles når den beveger seg fra et fagfelt til hverdagslivet. En fare ved at psykiatrisk terminologi tas opp av allmennheten og forenkles, er forvirring og misforståelser. Særlig i forbindelse med det inautentiske temaet innrømmet flere av informantene at de var usikre på hva angst egentlig innebærer, og de uttrykte at angst- og depresjonsbegrepene blir hyppig brukt uten nødvendigvis å sikte til kliniske diagnoser. Dette er i tråd med litteraturen på feltet (Brinkmann, 2016; Kolstad & Kogstad, 2011; Lian, 2014). Brinkmann (2016, s. 11) mener at en overdreven bruk av diagnostiske begreper kan medføre at de som virkelig sliter med en psykisk lidelse, ikke blir tatt tilstrekkelig på alvor. Enkelte av informantene forklarte nettopp at de hadde venner med «faktisk angst» eller «ordentlig depresjon». Det kan imidlertid tenkes at sosiale representasjoner av begrepene angst og depresjon er i endring, fra å bli ansett som psykiske lidelser forankret i behandling til nå å forankres i hverdagslige følelser. Informantenes bruk av ord som «faktisk», «ordentlig» eller «klinisk» kan være en indikasjon på at begrepene angst og depresjon i hverdagsbruken ikke lenger assosieres med psykiatri og det kliniske.

I analysen ble det også trukket frem at sosiale medier, deriblant TikTok, kan villedes i hva som er symptomer på psykiske lidelser. Mange av informantene sa at de hovedsakelig får kunnskap om psykisk helse gjennom sosiale medier. Det kan være vanskelig å forstå hva som er informasjon fra fagpersonell, og hva som ikke er det, og dette kan gjøre skillet mellom normalitet og sykdom uklart. Resultatet kan bli økt selvdiagnostisering og sykeliggjøring (Kolstad & Kogstad, 2011), som belyst i temaet skadelig åpenhet. Det virket også som om mulig selvdiagnostisering førte til økt tvil rundt sannhetsverdien av åpenhetshistoriene, og var noe av grunnlaget for at åpenheten kunne forstås som både skadelig og inautentisk.

Studiens begrensninger

Studien har noen begrensninger som kan ha påvirket funnene. Et aspekt som bør tas i betraktning, er

utvalget, som i hovedsak besto av unge jenter fra videregående skoler på vestkanten i Oslo. Resultatene kunne blitt annerledes om vi hadde besøkt skoler i andre deler av landet eller hadde en annen kjønnsfordeling. Det kan tenkes at nyere, overgripende samfunnsmessige tendenser knyttet til ungdom i risiko melder seg først i urbane strøk, mens utviklingen i distriktene ikke skjer like raskt (Krogh & Madsen, 2023).

Det er derfor ikke usannsynlig at åpenhetskulturen er fremskreden i miljøene disse ferdes i, og har rukket å utvikle seg fra en innledende begeistring til en mer nyansert og selvkritisk holdning. Spesielt blant gutter i distriktene kan det tenkes at åpenhetskulturen i mindre grad har etablert seg. Ettersom vi i hovedsak rekrutterte informanter fra valgfaget psykologi, er det også mulig at informantene hadde mer interesse for temaet enn en gjennomsnittlig ungdom i 2020. Resultatene kan dessuten ha blitt påvirket av datainnsamlingsmetoden vi benyttet. Det at vi var til stede under intervjuene og kom med spontane oppfølgingsspørsmål kan tidvis ha lagt føringer på informantenes svar. Dette var vi imidlertid bevisst på da vi leste transkripsjonene og analyserte datamaterialet. Vi tok i betraktning hvordan spørsmålene vi stilte kunne ha fremmet visse svar hos informantene, og valgte å se bort fra utsagn etter spørsmål som kunne oppfattes som ledende. Forskning som samler inn mer naturlig forekommende data, som kommentarfelt i sosiale medier, vil kunne utfylle vår undersøkelse.

Implikasjoner og videre forskning

Et av de problematiske aspektene ved åpenheten som våre informanter trakk frem, var at den kan oppleves inautentisk når avsender deler med for mange uten et tydelig formål. Det er mulig ungdom som deler bør få hjelp til å reflektere over hvilke intensjoner de har før de åpner seg, samt hvilken kanal som egner seg best. I denne sammenhengen kunne det også vært interessant å undersøke hvordan de som har åpnet seg, opplever det i etterkant.

Åpenheten ble også forstått som noe som kunne trigge andre, særlig hvis den innebærer detaljerte beskrivelser av viss typer atferd eller romantiserer psykiske problemer. Avsender bør ta i betraktning hvordan deres åpenhet kan påvirke eventuelle sårbare mottakere, og vurdere hvilke detaljer som er nødvendige å dele for opplysende formål.

Denne studien har bidratt med innsikt i åpenhetens status blant unge, og kan være et nyttig bidrag som sier noe om samfunnsutviklingen på feltet. Samtidig har det skjedd store endringer på åpenhetsfeltet de siste årene, og det kan være hensiktsmessig å foreta en lignende studie om noen år for å følge

med på utviklingen. Videre fant vi at mye av åpenheten rundt psykiske problemer skjer på det sosiale mediet TikTok, som har blitt svært populært blant unge de siste årene. Det kan derfor bli viktig å undersøke hvordan unge opplever åpenheten på denne plattformen.

Konklusjon

I denne studien har vi undersøkt hvordan unge forstår åpenheten om psykiske problemer. Funnene tyder på at ungdommene i stor grad delte den utbredte forståelsen i samfunnet om at åpenhet om psykiske problemer som et gode. En slik oppfatning går ut på at den som er åpen kan få utløp for vonde tanker og følelser, og bidra med økt kunnskap om psykiske problemer. Der åpenhetsberetningene manglet et tydelig terapeutisk eller opplysende formål, var informantene mer tilbøyelige til å forstå åpenheten som en måte å oppnå oppmerksomhet på. Åpenhetens destruktive kraft ble oppfattet å ligge i triggende og romantiserende fremstillinger av psykiske problemer, og i sykeliggjøring av normale følelsesreaksjoner. Samlet sett tyder funnene våre på at bekymringer som for få år siden kom fra enkelte kritikere på feltet, er blitt mer utbredt blant de unge. ✕

Referanser

- Agger, B. (2012). *Oversharing: Presentations of self in the internet age* (2. utg.). Routledge.
- Blåka, S. (2012). *Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom: Status etter Opptreppingsplanen* (NIBR-rapport). Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589–597. <https://doi.org/10.1080/2159676x.2019.1628806>
- Brinkmann, S. (2016). *Diagnostic cultures: A cultural approach to the pathologization of modern life*. Routledge.
- Brinkmann, S. & Tanggaard, L. (2010). *Kvalitative metoder: En grundbog*. Hans Reitzel.
- Brotzky, S. R. & Giles, D. (2007). Inside the «Pro-ana» community: A covert online participant observation. *Eating disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 15(2), 93–109. <https://doi.org/10.1080/10640260701190600>
- Buchholz, B., Aylward, S., McKenzie, S. & Corrigan, P. (2015). Should youth disclose their mental health challenges? Perspectives from students, parents, and school professionals. *Journal of Public Mental Health*, 14(3), 159–168. <https://doi.org/10.1108/JPMH-03-2015-0008>
- Calhoun, A. J. & Gold, J. A. (2020). «I feel like I know them»: the positive effect of celebrity self-disclosure of mental illness. *Academic Psychiatry*, 44, 237–241. <https://doi.org/10.1007/s40596-020-01200-5>
- Cuncic, A. (2020, 3. desember). What does it mean to be 'triggered'. *Verywell Mind*. <https://www.verywellmind.com/what-does-it-mean-to-be-triggered-4175432>
- Cuncic, A. (2021, 25. mars). Why gen Z is more open to talking about their mental health. *Verywell Mind*. <https://www.verywellmind.com/why-gen-z-is-more-open-to-talking-about-their-mental-health-5104730>
- Ekeland, T. J. (2011). Medikalisering – epistemologiske forutsetninger. I A. Kolstad & R. Kogstad (Red.), *Psykologisering av sosiale problemer. Medikalisering av psykiske lidelser* (s. 31–52). Alpha.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2018–2022)*. https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa-3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk_helse_250817.pdf?fbclid=IwARILQr4WtGu8CioGxRyElzBZwf1GTckEFir0qqeBCtftUkogvfGVkoa38kg
- Horwitz, A. V. & Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford University Press.
- Illouz, E. (2003). *Oprah Winfrey and the glamour of misery: An essay on popular culture*. Columbia University Press.
- Kennedy, J. (2018). Oversharing is the norm. I A. Dobson, B. Robards & N. Carah (Red.), *Digital intimate publics and social media* (s. 265–280). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-97607-5_16
- Kolstad, A. & Kogstad, R. (2011). Psykologiserings- og medikaliseringssprosesser. I *Psykologisering av sosiale problemer. Medikalisering av psykiske lidelser* (s. 7–30). Alpha.
- Krogh, S. C. & Madsen, O. J. (2023). Dissecting the achievement generation: how different groups of early adolescents experience and navigate contemporary achievement demands. *Journal of Youth Studies*, 1–17. <https://doi.org/10.1080/13676261.2022.2162812>
- Lian, O. S. (2014). Hva ligger i navnet? Psykiatriske diagnoser og diagnosenes sosiologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(9), 723–728. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2014/09/hva-ligger-i-navnet-psykiatriske-diagnoser-og-diagnosenes-sosiologi>
- Livingstone, S. & Blum-Ross, A. (2020). *Parenting for a digital future: How hopes and fears about technology shape children's lives*. Oxford University Press.
- Lånkan, K. B. & Thorbjørnsrud, K. (2022). TV inside the psychiatric hospital: Patient experiences. *International Journal of Communication*, 16, 1–16. <https://ijoc.org/index.php/ijoc/article/view/17629>
- Madsen, O. J. (2017). *Den terapeutiske kultur* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Madsen, O. J. (2018a, 12. oktober). Den betingede åpenheten om psykiske lidelser. *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/meninger/kronikk/i/Kv4BKE/den-betingede-aapenheten-om-psykiske-lidelser-ole-jacob-madsen>
- Madsen, O. J. (2018b). *Generasjon prestasjon: Hva er det som feiler oss?* Universitetsforlaget.
- Moland, A. (2021). *Det skjulte nettverket. Farlige forbindelser mellom unge på nett*. Cappelen Damm.

- Montgomery, H. & Kjosbakken, A. J. (2017). Når åpenhet er til skade. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2017/11/nar-apenhet-er-til-skade>
- Moscovici, S. (2000). *Social representations: Explorations in social psychology*. Polity Press.
- Moscovici, S. & Duveen, G. (2008). *Psychoanalysis: Its image and its public*. Polity Press.
- Mulfinger, N., Rüsich, N., Bayha, P., Müller, S., Böge, I., Sakar, V. & Krumm, S. (2019). Secrecy versus disclosure of mental illness among adolescents: I. The perspective of adolescents with mental illness. *Journal of Mental Health, 28*(3), 296–303. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1487535>
- Pressens Faglige Utvalg. (2020). Vær Varsom-plakaten. <https://presse.no/pfu/etiske-regler/vaer-varsom-plakaten/>
- Reavley, N., Morgan, A. & Jorm, A. (2018). Disclosure of mental health problems: Findings from an Australian national survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 27*(4), 346–356. <https://doi.org/10.1017/S204579601600113X>
- Rzadzowska, J. (2020, 5. mars). Katarsis – psykoanalyse. *Store norske leksikon*. https://snl.no/katarsis_-_psykoanalyse
- Scherr, S. & Reinemann, C. (2016). First do no harm: Cross-sectional and longitudinal evidence for the impact of individual suicidality on the use of online health forums and support groups. *Computers in Human Behavior, 61*, 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.03.009>
- Smithson, J., Sharkey, S., Hewis, E., Jones, R., Emmens, T., Ford, T. & Owens, C. (2011). Problem presentation and responses on an online forum for young people who self-harm. *Discourse studies, 13*(4), 487–501. <https://doi.org/10.1177/1461445611403356>
- Solberg, P. O. (2018, 5. februar). Mener Ungdata gir et nyansert bilde. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/nyheter/2018/02/mener-ungdata-gir-et-nyansert-bilde>
- Staude, T. & Elnan, C. (2017, 9. januar). Kritisk til kjendiser som snakker ut om «den tunge tiden». *NRK*. <https://www.nrk.no/kultur/kritisk-til-kjendiser-som-snakker-ut-om-psykiske-problemer-1.13312464>
- Stuart, H. (2008). Fighting the stigma caused by mental disorders: Past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatry, 7*(3), 185–188. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2008.tb00194.x>
- Thorbjørnsrud, K. & Lånkan, K. B. (2022). ‘Someone should have looked after us’: the boundary work of mental health disclosure on TV. *Media, Culture & Society, 44*(5), 935–950. <https://doi.org/10.1177/01634437211069970>
- Vidamaly, S. & Lee, S. L. (2021). Young adults' mental illness aesthetics on social media. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning, 11*(2), 13–32. <https://doi.org/10.4018/IJCBPL.2021040102>
- Wagner, W., Duveen, G., Farr, R., Jovchelovitch, S., Lorenzi-Cioldi, F., Marková, I. & Rose, D. (1999). Theory and method of social representations. *Asian Journal of Social Psychology, 2*(1), 95–125. <https://doi.org/10.1111/1467-839X.00028>
- Willig, C. (2013). *Introducing qualitative research in psychology* (3. utg.). McGraw-Hill Education.
- Ytreberg, E. & Thorbjørnsrud, K. (2020). Agencies and experiences of the «good participant»: The long-term Trajectories of patients turned media participants. *International Journal of Communication, 14*, 1–17. <https://ijoc.org/index.php/ijoc/article/view/14335/3295>

Samhandling med pårørende og profesjonelle tjenester

FORFATTERE Wenke Iren Gamme, Lars Johan Danbolt & Torfinn Hynnekleiv

DOI <https://doi.org/10.52734/HWPI9537>

PERSONER MED VARIGE og alvorlige psykiske lidelser har behov for koordinerte og kontinuerlige helsetjenester i somatikk og psykisk helsevern og på kommune- og spesialisthelsetjenestnivå. Barrierer i tjenesteorganiseringen gir en fragmentering av tjenestene til pasientgruppen. Med samhandlingsreformens intensjoner som bakteppe, og med en antagelse om at pasientenes erfaring har sentral betydning for utvikling av best mulig samhandlingspraksis i lokale kontekster, har Wenke Gamme og medarbeidere undersøkt hvordan pasienter i en spesifikk kommune erfarte samhandlingen med profesjonelle tjenester og pårørende. Målet var å få fram ny og utdypende kunnskap som kan bidra til å videreutvikle tjenestene.

HOVEDFUNN

Deltagerne formidlet et fundamentalt behov for at varigheten i tilstandsbildet og hjelpebehovet skulle forstås. De var tilfredse med forståelsen fra og samhandlingen med pårørende. Familie og venner ble oppfattet som de viktigste hjelperne, og flere savnet at behandlingen inkluderte pårørende. Deltagerne uttrykte ønske om å bli mer respektert i relasjonen med det profesjonelle hjelpeapparatet, og at tjenestene tok mer ansvar for helheten i tiltakene og samhandlingen seg imellom.

UNDERSØKELSEN

Studien, som er en del av et større forskningsprosjekt om samhandling, undersøkte erfaringene i et utvalg på 106 deltagere og brukte kvalitative spørsmål fra intervjuguiden «Samhandling, Psykiatri og Rus» (SPoR). Dataene er analysert med systematisk tekstkondensering og ble systematisert i kategoriene 1) Helse-tjenestene og de pårørende 2) Relasjonen med tjenesteaktørene og 3) Samhandling i et helhetlig perspektiv.

IMPLIKASJONER

Resultatene viser de pårørendes betydning som støtte i pasientenes hverdagsmestring og mulig ressurs i behandlingen. I lys av at få i gruppa har nære pårørende, viser studien sårbarheten som oppstår når samhandling med de profesjonelle svikter. I likhet med tilsvarende studier internasjonalt og nasjonalt, formidlet utvalget behov for endringer for å oppnå helhetlige og koordinerte tjenester i sin lokale kontekst. Videre utvikling av samhandling i hjelpeapparatet bør gjennomføres sammen med og basert på erfaringene til pasientene. De gode historiene kan fungere som prototyper i fagutviklingen og øke omfanget av gunstige tjenesteforhold. ✘



FOTO:NTNU

Førsteforfatter
Wenke Iren Gamme

Full versjon av artikkelen er publisert på nett:



Utviklingstraumer ved livets begynnelse

Prenatale påkjenninger virker inn på utviklingen av barnepsyken og gjenspeiler seg i barnas uttrykk i terapirommet.

TEKST

Nils Eide-Midsand

KONTAKT

nmidtsa@gmail.com

TIDLIG BARNDOM REGNES som den mest kritiske og sårbare perioden i et menneskes liv, spesielt de første tusen dagene, fra unnfangelse fram til to års alder. Det er en periode der plastisiteten er stor, og grunnlaget for optimal helse, vekst og utvikling legges (Kassotaki et al., 2021). Både hjernen og andre av kroppens organer og systemer er i sin mest intense utviklingsfase; de programmeres og fininnstilles gjennom samspill med omgivelsene – et samspill som starter allerede før fødselen. Hendelser i denne perioden setter varige avtrykk på fysisk og psykisk helse, selvregulering og stresshåndtering gjennom hele livsløpet.

I essayet her vil jeg presentere funn fra forskningen på prenatal eksponering for stress. Min interesse for feltet ble vakt gjennom konkrete samspill med barn i terapirommet, og interessen ble forsterket ved å få innblikk i barnas tidligste livshistorie som blir formidlet i henvisningsdokumenter og fødselsjournaler. Jeg vil starte med en presentasjon av pasientgruppen. Deretter presenteres noen sentrale funn fra fem store oversiktsartikler om prenatalt stress (Glover, 2015; McLean et al., 2018; Räikkönen et al., 2011; Stein et al., 2014; Van den Bergh et al., 2020). Avslutningsvis retter jeg blikket mot min egen pasientgruppe igjen. Jeg er spesielt opptatt av hvordan det tidlige tidspunktet for påkjenningene også gjenspeiler seg i barnas uttrykk i terapirommet.

KLINISKE OBSERVASJONER

For tretti år siden tiltrådte jeg en nyopprettet stilling som spesialpsykolog i barnepsykoterapi. Jeg fikk ansvar for å utvikle behandlingsopplegg for utagerende, sinte og aggressive gutter som ikke kunne nyttiggjøre seg innsiktsorienterte og andre tradisjonelle terapimetoder. Svært mange av disse «umulige» guttene hadde opplevd store, uhåndterbare påkjenninger tidlig i livet. Det dreide seg om det vi den gang

beskrev som *alvorlig depriverte barn*, og som vi nå tenker på som *utviklingstraumatiserte*.

Den største gruppen har i disse årene bestått av gutter som ble plassert i fosterhjem på grunn av forsømmelse og forskjellige former for mishandling og overgrep. Andre var adoptert fra barnehjem i ulike europeiske, asiatiske og søramerikanske land, mens atter andre hadde tilbrakt skjellsettende barneår i krigssoner eller på flukt. Flesteparten ble henvist til behandling på grunn av utagerende atferd: aggresjon, vold, hyperaktivitet, konsentrasjonsvansker og mangel på anger og empati.

Det viktigste fellestrekket ved guttene besto i at de lett havner i stressmodus, og har vanskelig for å komme ut av det igjen både ved egen hjelp og gjennom reguleringsstøtte fra andre. Reguleringsproblemene for noen av barna begrenset seg heller ikke til affekter, atferd og oppmerksomhet, men kunne omfatte mangelfull regulering av selv de mest grunnleggende biologiske overlevelseshjelpesfunksjoner. For eksempel lot enkelte av guttene ikke til å oppleve sult eller metthet da de kom til fosterhjemmet i tre-fireårsalderen, men måtte lære dette gjennom reguleringsstøtte over år. Veksthemning, søvnproblemer og «feilinnstilling» av smerteterskelelen var utbredt. Påfallende mange av guttene opplevde temperatur annerledes enn oss andre. De kan gå ute i T-skjorte midtvinters tilsynelatende uten å fryse. Motsatt blir man på et øyeblikk gjennomvåt av *deres* svette når man lekeslåss med dem i terapirommet.

Jeg har observert at slike grunnleggende reguleringsproblemer også går igjen hos barn som ble plassert i fosterhjem eller adoptert inn i gode, omsorgsfulle hjem allerede i nyfødtprioden. Basert på kunnskapen vi hadde for en del år siden, ville man i klinikken antakelig ha konkludert med at reguleringsproblemene i så

fall må bero på arv. Gjennom forskning innen flere felt har det vokst fram en mer sammensatt forståelse av arv og miljø (Carey, 2012). For det første er det vist at miljøpåvirkninger gjennom epigenetiske prosesser påvirker hvilke gener som skal uttrykkes i åpen atferd. For det andre har vi blitt stadig mer opptatt av at livet starter før fødselen, og at erfaringer gjennom fosterlivet også virker inn på hvordan barnepsyken utvikler seg. *Medfødt* er ikke lenger ensbetydende med *nedarvet*.

Mange av guttene hadde hatt en turbulent start på livet allerede i foster-tilværelsen – med mødre som var utsatt for partnervold, som opplevde tap av nære personer eller opprivende konflikter med egen familie, eller som manglet støtte i den sårbare perioden som et svangerskap kan være. Flere av mødrene gikk i konstant angst for at barnevernet skulle ta fra dem enda et barn. Andre led av depresjon, panikkangst, PTSD eller hadde andre psykiske vansker. Enkelte av mødrene måtte i tillegg forholde seg til jobboppsigelser, utkastelser og husbranner i løpet av svangerskapet. Mødrene til disse guttene må ha opplevd høye nivåer av stress mens de gikk gravide. Vi kan formode at dette også gjelder kvinnene som så seg nødt til å etterlate spedbarnet sitt på trappen til et barnehjem, på gaten eller i en park, så vel som vordende mødre på flukt fra forfølgelse, overgrep og krigshandlinger i sitt hjemland.

Noe av det første som fascinerte meg ved terapiforløpet til de «tøffe» guttene jeg fikk i behandling, var at så mange av dem etter en stund ville leke at de var spedbarn, nyfødte kattunger, babyer som fortsatt lå i magen på sin mor, eller som var mishandlet, skadet eller ofre for livstruende sykdommer. Rollene sto i skarp kontrast til det imaget guttene så krampaktig prøvde å opprettholde overfor omverdenen, men de antydde kanskje hva problemene deres bunnet i, og hvor jeg skulle rette min oppmerksomhet. Jeg begynte følgelig å fordype meg i litteratur om tidlige samspill, etter hvert også om samspill som finner sted *før* fødselen.

FORSKNING PÅ PRENATALE PÅKJENNINGER

DOHaD er et forskningsprosjekt som undersøker om helse og sykdom har sin opprinnelse i individets utviklingshistorie i form av uheldige påkjenninger i spesielt sårbare utviklingsfaser (Gluckman & Hanson, 2006). Foster-tilværelsen regnes som en spesielt sårbar fase, der de fleste organer og organsystemer utvikles og programmeres. Det er rimelig å anta at eksponering for et toksisk nivå av endogene stressfaktorer vil kunne påvirke en rekke av fosterets biologiske systemer – slik som sentralnervesystemet, det autonome nervesystemet og nevroendokrine systemer som inngår i hypothalamus-hypofyse-binyre-aksen (HPA-aksen) og andre stressresponser (Pearson et al., 2015).

Allerede for åtti år siden påviste legen Lester Warren Sontag en sammenheng mellom alvorlig stress hos gravide og hyperaktivitet hos fosteret, som ofte vedvarte etter fødselen og videre opp gjennom barndommen (referert i Ferreira, 1965). Særlig etter 2010 har dette forskningsfeltet nærmest eksplodert. De fem oversiktsartiklene som utgjør datagrunnlaget for denne delen av essayet, analyserer til sammen nærmere to hundre forskjellige studier. Alle fem konkluderer med at det er voksende evidens for at et unormalt høyt stressnivå hos mødrene under graviditeten kan gi alvorlige avvik hos barnet, noe som samsvarer med eksperimentelle data fra laboratorieforsøk med dyr.

Den vitenskapelige konklusjonen burde egentlig ikke komme som en overraskelse. Det er for lengst slått fast at prenatal eksponering for alkohol og andre stoffer som ender opp i morens blod fra tarm, lunger



Medfødt er ikke lenger
ensbetydende med
nedarvet



eller ved direkte injisering, kan gi langvarige og til dels livsvarige skadevirkninger. Rent logisk skulle en tro at det samme også gjelder når skadelige stoffer utsondres i morens blod på grunn av aktivering av ulike stressrespons-systemer. Enkelte forfattere påpeker at det kan være problematisk å skille mellom effekten av stresshormoner på den ene siden og dårlig kosthold, inntak av alkohol og andre rusmidler på den andre. Grunnen er at man gjerne ruser seg mer og tar dårligere kostholdsvalg i perioder hvor man også er stresset. Det ser likevel ut til at man har lyktes med å isolere spesifikke effekter av stress der annen påvirkning, blant annet alkohol, er kontrollert for (Räikkönen et al., 2011).

Effekter på barna

Ifølge de fem oversiktsartiklene kan virkninger av prenatalt stress påvises både hos fosteret, hos spedbarnet og videre opp gjennom barndom, ungdom og helt inn i voksen alder. Av plasshensyn skal jeg begrense meg til å referere virkninger som er påvist hos barn i barne- og ungdomsskolealder – aldersgruppen de fleste av mine pasienter tilhører. Alle oversiktsartiklene rapporterer om biologiske, kognitive, emosjonelle og atferdsmessige avvik. I samsvar med mitt kliniske inntrykk av tidlig utviklingstraumatiserte barn viser flere studier at prenatalt stress er forbundet med lav fødselsvekt, og at barna ofte er små for alderen (Glover, 2015; Räikkönen et al., 2011; Van den Bergh et al., 2020). Forsinket motorisk utvikling, spiseproblemer og hjerneorganiske endringer, særlig i amygdala (Van den Bergh et al., 2020), samt endringer i immunsystemet (Glover, 2015) er rapportert.

Kognitiv svikt i form av lavere IQ-skår, dårligere skoleprestasjoner, svakere arbeidsminne og oppmerksomhetsvansker beskrives i alle de fem oversiktsartiklene. Det gjelder også emosjonelle problemer i form av angst og depresjon, som ser ut til å øke inn mot ungdomsalderen. McLean et al. (2018) bemerker at risikoen for å utvikle internaliserende problemer ser ut til å øke i takt med stressnivået mødre utsettes for.

Det tydeligste utslaget av prenatalt stress finner man på eksternaliserende problemer. Med unntak av én av oversiktsartiklene, som spesielt fokuserer på utvikling av angst (McLean et al., 2018), rapporterer artiklene om omfattende vansker i form av hyperaktivitet, antisosial atferd, aggressivitet og symptomer forenelig med kriteriene for diagnoser som

ADHD, opposisjonell atferdsforstyrrelse (ODD) og alvorlig atferdsforstyrrelse (CD). Forløperne til en slik utvikling kan observeres allerede i sped- og småbarnsalderen i form av dårligere tilstandsregulering og temperamentvansker, og det er i tillegg rapportert symptomer i autismespekteret (referert i Van den Bergh et al., 2020, og i Glover, 2015).

Ingen av studiene som omfattes av oversiktsartiklene, relaterer funnene spesifikt til utviklingstraumatisering. Det hadde vært interessant å studere prenatalt påførte påkjenninger i lys av toleransevindumodellen, som er et viktig hjelpemiddel til å forstå utviklingstraumatiserte barn. Ut ifra min teoretiske forståelse og kliniske erfaring er det rimelig å anta at barna som inngår i studiene, med sine aggresjons- og angstproblemer, befinner seg i fysiologisk stressmodus oftere og over lengre tid enn sine jevnaldrende – i sympatisk kamp eller flukt. Én studie (Van den Heuvel et al., referert i Van den Berg et al., 2020) kartla hvordan fireåringene til mødre som rapporterte om sterk angst i andre trimester, reagerte på bilder med behagelig, ubehagelig eller nøytralt innhold. De fant økt årvåkenhet hos disse barna, og at de reagerte på nøytrale stimuli som om de var truende. Forskerne antar at økt årvåkenhet for fare predisponerer disse barna til å utvikle atferdsmessige eller emosjonelle problemer videre utover i livet. Økt årvåkenhet og det å feiltolke trygge situasjoner som utrygge, er et vanlig problem blant utviklingstraumatiserte barn.

To studier som ikke inngår i oversiktsartiklenes datagrunnlag, utforsker hvordan prenatalt stress påvirker tilknytningen mellom mor og barn. Et høyt stressnivå hos moren under svangerskapet kan true etableringen av trygge bånd mellom henne og den ufødte, ifølge Srivastava og Bhatnagar (2019). I en tidligere studie fant Hayes et al. (2013) at barn av mødre som hadde vært deprimerte under svangerskapet, var sårbare for å utvikle en uorganisert tilknytningsstil allerede fra ettårsalderen av, uavhengig av postnatal depresjon hos mødre. Med et slikt utgangspunkt vil det bli vanskelig for disse barna å etablere en trygg base å utforske verden ut ifra, og å møte andre med tillit og hengivenhet. En kaotisk og kontrollende tilknytningsstil er vanlig blant tidlig utviklingstraumatiserte barn, men ses sjelden i barnebefolkningen for øvrig.

Mulige overføringsmekanismer

Vanligvis fungerer morkaken som en barriere som hindrer potensielt skadelige stoffer i morens blod fra å nå gjennom til fosteret. Flere studier som det refereres til i de fem oversiktsartiklene, tyder på at store påkjenninger reduserer effektiviteten til barrieren slik at flere skadelige stoffer overføres til det ufødte barnet, blant annet stressfaktorer som kortisol og kortikoliberin (HPA-aksen), katekolaminer (autonom stressmobilisering) og pro-inflammatoriske cytokiner (immunsystemet). To nylig publiserte studier (Jahnke et al., 2021; Rakers et al., 2020) gir en oppdatert oversikt over forskningen på området.

Telomerbiologien er et annet relativt nytt forskningsfelt som kan ha betydning for forståelsen av prenatal stressoverføring. Telomerer er små strukturer som sitter ytterst på kromosomet, og som beskytter det mot å gå til grunne slik at cellen skades og dør. Jo kortere telomerer, jo raskere går cellen til grunne, noe som er forbundet med feilutvikling og sykdom. Enkelte studier (referert i Van den Bergh et al., 2020) tyder på at store påkjenninger bidrar til forkorting av telomerene, og at stress under svangerskapet også resulterer i kortere telomerer og dermed større risiko for helsemessige utfordringer hos barnet (Entringer et al., 2015). Dette

er imidlertid nok et felt der det er nødvendig med flere studier og replikasjonsstudier for å fastslå kausale sammenhenger.

To av oversiktsartiklene (McLean al., 2018; Van den Berg et al., 2020) peker på enda en mulig mekanisme for overføring av stress fra mor til barn, nemlig morens mikrobiom, som overføres til barnet før, under og etter fødselen. Dersom morens bakterieflora er i ubalanse, vil også barnets mikrobiom bli det, og disponere barnet for en rekke fysiske og psykiske lidelser gjennom resten av livsløpet. Blant annet ser det ut som immunforsvaret, HPA-aksen og andre stressrespons-systemer påvirkes negativt.

Det synes altså å foreligge voksende klinisk og epidemiologisk evidens for at ulike epigenetiske faktorer spiller en sentral rolle som forbindelsesledd mellom stress hos moren og atferdsmessige og psykiske helseproblemer hos barnet. Studier på mennesket indikerer at epigenetiske endringer er involvert i en rekke biokjemiske prosesser, for eksempel produksjonen av kortisol, reguleringen av immunforsvaret og av hvor gjennomtrengelig morkaken er (Cao-Lei et al., 2020). Det vil si at miljøet som møter fosteret i livmoren, slår på og av gener på samme måte som opplevelser gjør senere gjennom livet.

Å VÆRE LITEN I EN FARLIG VERDEN

I tidlig spedbarnsalder er hjernen og mange av kroppens organer og systemer fremdeles plastiske; de fortsetter å utvikles, programmeres og fininnstilles gjennom samspill med omgivelsene. Det er rimelig å anta at det tidlige samspillet mellom spedbarn og omsorgspersoner både kan forverre og mildne virkningene av prenatal stresseksposering. Ofte vil nok stress og psykisk sykdom hos foreldrene vedvare også etter at barnet er født. En omsorgsperson i stressmodus vil være mindre skikket til å gi barnet utviklingsfremmende samspill og reguleringsstøtte, noe som kan føre til dårlig regulering av affekter, konsentrasjon, atferd og en rekke biologiske overlevelsesmekanismer.

Stilt overfor et enkeltindivid i klinisk praksis er det, med dagens kunnskapsnivå, vanskelig å skille konsekvensene av prenatal stress fra påkjenninger i sped- og småbarnsperioden. De færreste av guttene i mitt materiale later til å ha mottatt god nok omsorg som sped- og småbarn. Informasjon fra blant annet henvisningspapiere og fødselsjournal, tyder på at mange av dem ble eksponert for et toksisk stressnivå allerede

i livmoren. Det betyr at enkelte av guttene kan være født med en hjerne og en fysiologi som har utviklet seg under påvirkning av et for høyt nivå av endogene stressfaktorer, og som dermed er blitt programmert for å overleve i en fiendtlig og farlig verden. Dette er en verden der du ikke automatisk kan regne med hjelp og støtte fra omgivelsene, men hvor det gjelder å være på vakt, skanne omgivelsene for potensielle farer, sette seg i respekt, ta kontrollen og angripe før du selv blir angrepet.

At hjerne- og stresshåndterings-systemer er organisert på denne måten, kan være en viktig overlevelsesfaktor dersom man blir født inn i en dysfunksjonell, voldelig familie eller i en krigssone. Kassotaki et al. (2021) betrakter det ufødte barnet som en aktiv deltager i sin egen utvikling; gjennom reprogrammering tilpasser det «fødselsfenotypen» til livet som venter etter fødselen. Dersom barnet, som guttene i mitt kliniske materiale, tas ut av det dysfunksjonelle miljøet og flyttes over til et mer fredelig og ivaretagende omsorgsmiljø, er ikke overlevelsesmekanismene nyttige lenger og blir i stedet kilder til problemer og mistilpasning. Hjerne og fysiologi må omprogrammeres, og barnet må tilpasse seg på nytt.

Etter toårsalderen, når dyphjernen er mindre plastisk, blir dette en langvarig prosess, der korrigerende affektive og relasjonelle opplevelser må gjentas om og om igjen. Den viktigste ressursen i denne reprogrammeringsfasen er utvilsomt en trygg base i form av god omsorg og stimulering. For noen barn er dette imidlertid ikke nok; de trenger i tillegg et beskyttet terapeutisk rom der de på en helt annen og friere måte kan utforske og eksperimentere med nye måter å være i verden på enn det de kan gjøre i en familiesetting eller i et klasserom. Som allerede nevnt, er det fascinerende å være vitne til hvordan det tidlige tidspunktet for påkjenningene også gjenspeiler seg i guttenes lek – hvordan de, når de først føler seg trygge, verdsatte og ivarettatte i terapirommet, antar dramaroller som står i skarp kontrast til utageringene og aggressiviteten som omgivelsene først og fremst forbinder dem med. Noen representative terapiforløp er beskrevet i Eide-Midsand (2009, 2011, 2021).

Det virker som spedbarnsrollen gir barna konkrete opplevelser av å være i et samspill som de behøvde, men gikk glipp av helt i begynnelsen av livet. Jeg betrakter ikke denne leken som regressiv, men snarere som *sentrogressiv* – som en bevegelse inn mot kjernen av selvet, mot



Det er voksende evidens for at et unormalt høyt stressnivå hos mødrene under graviditeten kan gi alvorlige avvik hos barnet



spedbarnet som de en gang var, og som de på sett og vis fortsatt er. I likhet med alle spedbarn trenger også dette spedbarnet gode samspill på spedbarnets premisser for å vokse og utvikle seg – om det så er fem, ti eller tolv år gammelt. Gjennom nærende samspill i og utenfor terapirommet lykkes noen av dem til slutt, og litt etter litt, å gjenskape seg selv og sin tilværelse.

AVSLUTNING

Forskningen på prenatale påkjenninger tilsier at svangerskap og nyfødtp periode bør kartlegges mye mer detaljert og nærgående enn det gjeldende anamnesemaler legger opp til. Særlig gjelder det der hvor barnets vansker er dyptgående og omfattende og berører alle sider ved atferd og psykisk fungering. Min erfaring er at en ren opptelling av «symptomer» har lite for seg i slike tilfeller. Diagnostisering og behandling ut ifra en slik overflatisk opptelling har til og med vist seg å være direkte skadelig og hin-

dret adekvat hjelp til enkelte tidlig traumatiserte barn. Forskningen på stress i prenatal- og spedbarnsperioden anskueliggjør for eksempel at «symptomer» som rent «opptellingsmessig» tilfredsstillende en ADHD-diagnose, kan ha mange ulike forklaringer. Forskningen er nok en påminning om at denne diagnosen, i likhet med andre, er blitt en «samlepott» som omfatter mange ulike tilstander i behov av til dels svært ulike tilnærminger. Å slå seg til ro med å kontrollere «symptomene» ved hjelp av medikamenter som har liten effekt på de underliggende årsakene, er i mitt hode en tvilsom faglig og fagetisk praksis. ✘

REFERANSER

- Cao-Lei, L., de Rooij, S. R., King, S., Matthews, S. G., Metz, G. A. S., Roseboom, T. J. & Szyf, M. (2020). Prenatal stress and epigenetics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *117*, 198–210. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.05.016>
- Carey, N. (2012). *The epigenetics revolution: How modern biology is rewriting our understanding of genetics, disease and inheritance*. Icon Books.
- Eide-Midsand, N. (2009). Tigergutten som brølte: «Tem meg!». I R. Rodhe & S. Vildalen (red.), *Mitt liv som menneske: Psykisk helse slik barn, ungdom, foreldre og deres hjelpere ser det* (s. 36–44). Portal Forlag.
- Eide-Midsand, N. (2011). Bakenfor det svarte blikket: II. En traumatisert femårings terapiprosess sett i lys av nyere hjerneforskning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *48*(2), 144–149.
- Eide-Midsand, N. (2021). Mot frydefull utfoldelse og trygg avkobling – med leken som fartøy. I L. I. Stänicke, U. T. Johns & A. F. Landmark (red.), *Lek og kreativitet – i psykoterapi med barn og ungdom* (s. 71–91). Gyldendal Norsk Forlag.
- Entringer, S., Buss, C. & Wadhwa, P. D. (2015). Prenatal stress, development, health and disease risk: a psychobiological perspective. *Psychoneuroendocrinology*, *62*, 366–375. [10.1016/j.psyneuen.2015.08.019](https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.08.019)
- Ferreira, A. J. (1965). Emotional factors in prenatal environment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *141*(1), 108–118.
- Glover, V. (2015). Prenatal stress and its effects on the fetus and the child: Possible underlying biological mechanisms. I M. C. Antonelli (red.), *Perinatal programming of neurodevelopment* (Bd. 10, s. 269–283). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-1372-5_13
- Gluckman, P. D. & Hanson, M. (red.) (2006). *Developmental origins of health and disease*. Cambridge University Press.
- Hayes, L. J., Goodman, S. H. & Carlson, E. (2013). Maternal antenatal depression and infant disorganized attachment at 12 months. *Attachment and Human Development*, *15*(2), 133–153.
- Jahnke, J. R., Terán, E., Murgueitio, F., Cabrera, H., & Thompson, A. L. (2021). Maternal stress, placental 11 β -hydroxysteroid dehydrogenase type 2, and infant HPA axis development in humans: Psychosocial and physiological pathways. *Placenta*, *104*, 179–187. <https://doi.org/10.1016/j.placenta.2020.12.008>
- Kassotaki, I., Valsamakis, G., Mastorakos, G. & Grammatopoulos, D. K. (2021). Placental CHR as a signal of pregnancy adversity and impact on fetal neurodevelopment. *Frontiers in Endocrinology*, *12*, 714214.
- McLean, M. A., Cobham, V. E. & Simcock, G. (2018). Prenatal maternal distress: A risk factor for child anxiety? *Clinical Child and Family Psychology Review*, *21*(2), 203–223.
- Pearson, J., Tarabulsy, G. M. & Bussières, E. L. (2015). Foetal programming and cortisol secretion in early childhood. A meta-analysis of different programming variables. *Infant Behavior and Development*, *40*, 204–215.
- Räikkönen, K., Seckl, J. R., Personen, A.-K., Simons, A. & Van den Bergh, B. R. H. (2011). Stress, glucocorticoids and liquorice in human pregnancy: Programmers of the offspring brain. *Stress*, *14*(6), 590–603. <https://doi.org/10.3109/10253890.2011.602147>
- Rakers, F., Rupprecht, S., Dreiling, M., Bergmeier, Ch., Witte, O. W. & Schwab, M. (2020). Transfer of maternal psychosocial stress to the fetus. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *117*, 185–197. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.02.019>
- Srivastava, A. & Bhatnagar, P. (2019). Maternal foetal attachment and perceived stress during pregnancy. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, *8*(9), 3750–3756.
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M. & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *Lancet*, *384*(9956), 1800–1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Van den Bergh, B. R. H., van den Heuvel, M. I., Lathi, M., Braeken, M., de Rooij, S. R., Entringer, S., Hoyer, D., Roseboom, T., Räikkönen, K., King, S. & Schwab, M. (2020). Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in infancy. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *117*, 26–64.

Kjønnsforskjell i depresjon

Jenter reagerer sterkere i form av mer depresjon når de utsettes for stressende livshendelser og mobbing.

Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene, og en av de hyppigste grunnene til tapte arbeidsår (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022). Depresjon forekommer oftere hos kvinner enn menn, både på tvers av kulturer og aldersgrupper (Salk et al., 2017). Kjønnsforskjellen viser seg allerede fra 12–13-årsalderen, øker gjennom tenårene til en ratio på 2 : 1, og vedvarer gjennom voksenlivet (Salk et al., 2017). Årsakene vet man lite om. I en nylig publisert befolkningsstudie (Morken et al., 2023) undersøkte vi hvorvidt jenter utsettes for flere stressende livshendelser og mer mobbing og derfor blir mer deprimerte, eller om jenter reagerer sterkere på disse belastningene i form av mer depresjon.

MER UTSATT ELLER STERKERE REAKSJON?

Forklaringsmodeller for kjønnsforskjellen i depresjon er basert på den klassiske stress-sårbarhets-modellen og samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (f.eks. Hyde & Mezulis, 2020). Grunnleggende i modellene er *stress-eksponeringsforklaringen*: Jenter utsettes oftere for belastninger enn gutter, og blir derfor mer deprimerte, og *stress-reaktivitetsforklaringen*: Jenter reagerer sterkere når de utsettes for belastninger, i form av mer depresjon (Hankin et al., 2007). Vi undersøkte disse to forklaringene, sett i lys av stressende livshendelser og mobbing. Et viktig poeng er at tidligere forskning typisk undersøker 12–13-åringene ved første måletidspunkt (f.eks. Hankin et al., 2007) – alderen der kjønns-

forskjellen i depresjon blir etablert (Salk et al., 2017). Men mekanismer som skal forklare hvorfor flere jenter blir deprimerte, må virke i perioden *før* kjønnsforskjellen i depresjon oppstår. Studien vår hadde en yngre aldersgruppe ved første måling, og kunne undersøke forklaringsmekanismer allerede før 12–13-årsalderen.

RISIKOFAKTORER

Stressende livshendelser og mobbing er veltablerte risikofaktorer for depresjon (Christina et al., 2021; Ge et al., 1994), men det er uavklart om de kan bidra til å forklare at flere jenter enn gutter blir deprimerte i ungdomsalderen. For stress-eksponeringsforklaringen er ikke forskningen entydig om hvorvidt jenter er mer utsatt for stressende livshendelser (f.eks. Davis et al., 1999; Jenness et al., 2019), mobbing generelt (Sweeting et al., 2006; Wendelborg, 2020) eller mer spesifikke typer, for eksempel relasjonell mobbing (Hager & Leadbeater, 2016; Lepore & Kliewer, 2019). Likeledes spriker resultatene knyttet til stress-reaktivitetsforklaringen. En metaanalyse (Christina et al., 2021) fant ingen kjønnsforskjell i sammenhengen mellom mobbing og depresjon når målt som del av internaliserende vansker. Samtidig finner andre at stressende livshendelser (Ge et al., 1994) og mobbing (Lepore & Kliewer, 2019) predikerer depresjon i sterkere grad hos jenter enn gutter, men da parallelt med at kjønnsforskjellen i depresjon oppstår. På bakgrunn av disse studiene er det derfor uklart om jenter reagerer på belastninger med mer depresjon enn gutter, eller om det

TEKST

Ida Sund Morken¹,
Kristine Rensvik
Viddal, Tilmann
von Soest^{1,2} & Lars
Wichstrøm^{1,3}

¹Institutt for psykologi,
NTNU

²Psykologisk institutt,
UiO

³Avdeling for barne-
og ungdomspsykiatri,
St. Olavs hospital

KONTAKT

ida.sund.morken@
ntnu.no

MERKNAD Morken er
ansatt som redaktør i
Psykologtidsskriftet.





KJØNNSFORSKJELLER Ved 14-års-målingen var depresjonssymptomer vanligere hos jenter. Foto: Unsplash / Wikimedia Commons

”

Vår studie finner støtte for reaktivitetsforklaringen, både for stressende livshendelser og mobbing

er depresjonen som fører til mer belastninger, såkalt stressgenerering (Hankin et al., 2007).

TIDLIG TRYGG I TRONDHEIM

Vår studie foreslo og testet spesifikke kriterier som bør være oppfylt for å gi støtte til stress-eksponerings- og stress-reaktivitetsforklaringene. Vi fulgte 748 deltakere fra befolkningsstudien Tidlig trygg i Trondheim (Steinsbekk & Wichstrøm, 2018) fra 8- til 14-årsalderen. Studien kunne slik undersøke om kjønnsforskjeller i stress-eksponering og stress-reaktivitet kommer frem *før* kjønnsforskjellen i depresjon som oppstår i de tidlige ungdomsårene, og slik bidrar til å *forklare* forskjellen. Vi brukte statistiske metoder som er egnet til å belyse om jentene som ble utsatt for stress, er de samme som senere fikk en økning i depresjon – et premiss i både stress-eksponerings- og stress-reaktivitetsforklaringene. Det meste av tidligere forskning på området har undersøkt forklaringene med metoder som ikke kan si noe om årsaker til endring i depresjon hos personene som utsettes for stress.

JENTER REAGERER STERKERE

Vår studie finner støtte for reaktivitetsforklaringen, både for stressende livshendelser og mobbing. Det ser ut til at jenter reagerer sterkere enn gutter på stressende livshendelser og mobbing i form av mer depresjonssymptomer. Resultatene gav ikke støtte for stress-eksponeringsforklaringen: Jentene og guttene ble nemlig utsatt for en lik mengde av belastningene.

Studien har ikke undersøkt hvorfor det kan være slik at flere jenter reagerer med depresjon når de utsettes for stressende livshendelser og mobbing i overgangen til tenårene. Det kan for eksempel handle om hormonelle forskjeller mellom jenter og gutter, eller at jenter kan ha større tendens til grubling i møte med belastninger (Hyde et al., 2020). Med tanke på å forebygge kjønnsforskjellen i depresjon er det behov for forskning som ser nærmere på slike mekanismer. ✘

REFERANSER

- Christina, S., Magson, N. R., Kakar, V. & Rapee, R. M. (2021). The bidirectional relationships between peer victimization and internalizing problems in school-aged children: An updated systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 85, 1–19. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101979>
- Davis, M. C., Matthews, K. A. & Twamley, E. W. (1999). Is life more difficult on Mars or Venus? A meta-analytic review of sex differences in major and minor life events. *Annals of Behavioral Medicine*, 21(1), 83–97. <https://doi.org/10.1007/BF02895038>
- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. (2022). Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*, 9(2), 137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
- Ge, X., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder, G. H. & Simons, R. L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, 30(4), 467–483. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.30.4.467>
- Hager, A. D. & Leadbeater, B. J. (2016). The longitudinal effects of peer victimization on physical health from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 58(3), 330–336. <http://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.10.014>
- Hankin, B. L., Mermelstein, R. & Roesch, L. (2007). Sex differences in adolescent depression: Stress exposure and reactivity models. *Child Development*, 78(1), 279–295. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.00997.x>
- Hyde, J. S. & Mezulis, A. H. (2020). Gender differences in depression: biological, affective, cognitive, and sociocultural factors. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(1), 4–13. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000230>
- Jenness, J. L., Peverill, M., King, K. M., Hankin, B. L. & McLaughlin, K. A. (2019). Dynamic associations between stressful life events and adolescent internalizing psychopathology in a multiwave longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(6), 596–609. <https://doi.org/10.1037/abn0000450>
- Lepore, S. J. & Kliwer, W. (2019). Social intelligence attenuates association between peer victimization and depressive symptoms among adolescents. *Psychology of Violence*, 9(6), 644–652. <https://doi.org/10.1037/vio0000234>
- Morken, I. S., von Soest, T., Viddal, K. R. & Wichstrøm, L. (2023). Explaining the Female Preponderance in Adolescent Depression – A Four-Wave Cohort Study. *Journal of Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 1–11. <https://doi.org/10.1007/s10802-023-01031-6>
- Salk, R. H., Hyde, J. S. & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783–822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>
- Steinsbekk, S. & Wichstrøm, L. (2018). Cohort Profile: The Trondheim Early Secure Study (TESS) – a study of mental health, psychosocial development and health behaviour from preschool to adolescence. *International Journal of Epidemiology*, 47(5), 1401–1401i. <https://doi.org/10.1093/ije/dyy190>
- Sweeting, H., Young, R., West, P. & Der, G. (2006). Peer victimization and depression in early–mid adolescence: A longitudinal study. *British Journal of Educational Psychology*, 76(3), 577–594. <https://doi.org/10.1348/000709905X49890>
- Wendelborg, C. (2020). *Mobbing og arbeidsro i skolen: Analyse av Elevundersøkelsen skoleåret 2019/20*. NTNU Samfunnsforskning AS. <http://hdl.handle.net/11250/2639017>

Studiens design og metode

- Populasjonsbasert utvalg fra forskningsprosjektet Tidlig trygg i Trondheim
- $N = 748$ ungdom og deres foreldre fulgt hvert andre år fra alder 8 til 14
- Symptomer på depresjon (alvorlig depressiv lidelse og dystymi) målt ved kliniske intervju
- Analysemetoder: frekvens, Pearsons korrelasjonskoeffisient (r), latente endringsskårer, autoregressive latent trajectory model with structured residuals (ALT-SR)

Studiens hovedfunn

- Ved 14-års-målingen var depresjons-symptomer vanligere hos jenter enn gutter.
- Jenter reagerte sterkere på stressende livshendelser og mobbing – i form av flere depresjonssymptomer. Studien finner altså støtte til en stress-reaktivitetsforklaring på kjønnsforskjellen i depresjon.
- Jenter og gutter ble utsatt for like stor grad av stressende livshendelser og mobbing. Altså kan ikke en kjønnsforskjell i eksponering for disse belastningene forklare kjønnsforskjellen i depresjon.

Behandling av dyssosial personlighetsforstyrrelse i fengsel

Innføring av psykodynamiske kasusformuleringer har ført til bedre behandling viser erfaringer fra en Fengselspsykiatrisk poliklinikk.

TEKST

Ani Elise Pilavian Vik,
Fengselspsykiatrisk
poliklinikk, Oslo
universitetssykehus

KONTAKT

anielisevik@gmail.com

MERKNAD Pasienten som omtales har godkjent teksten slik den er presentert her. Thea er ikke hennes egentlige navn. Artikkelen er basert på en spesialistoppgave.

INNSATTE I FENGSEL har høyere forekomst av psykiske lidelser enn befolkningen ellers (Cramer, 2014; Fazel & Seewald, 2012). Tallene er høyest for personlighetsforstyrrelser, hvor 50 til 80 % av innsatte fyller kriteriene for en eller flere personlighetslidelser (Teigland, 2021). Innsatte med dyssosial personlighetsforstyrrelse (DPF) er den største gruppen, og det er få forskjeller i forekomst av DPF for kvinnelige og mannlige domfelte (Cramer, 2014). DPF er koblet til mer alvorlig kriminalitet, voldskriminalitet og høyere risiko for tilbakefall til kriminalitet (Wormith et al., 2007). Pasienter med DPF kjennetegnes av manglende evne til empati, lav terskel for aggressiv atferd, eksternalisering av ansvar og svak evne til å lære av straff (World Health Organization [WHO], 1992). Hvorvidt DPF kan behandles, har vært et kontroversielt spørsmål (for eksempel Salekin, 2002). For personlighetsforstyrrelser generelt har det siste tiåret vært preget av mer behandlingsoptimisme, i takt med at forskning og klinikk har utviklet bedre forståelse og mer treffsikre behandlingstiltak (se f.eks. Teigland, 2021). Trenden gjelder også for DPF (for eksempel Bernstein et al., 2021) og sammenfaller med min kliniske erfaring fra Fengselspsykiatrisk poliklinikk (FPP) ved Oslo universitetssykehus.

For to år siden implementerte vi psykodynamiske kasusformuleringer (McWilliams, 1999) som rammeverk for behandling av pasienter med personlighetspatologi. Tilnærmingen egner seg særlig for arbeid med alvorlig personlighetsproblematikk fordi den har en helhetlig tenkning om pasientens plager og symptomer

(McWilliams, 1999; McWilliams, 2018). Hypoteser om pasientens personlighetsmessige organisering formuleres i tråd med en dimensjonal tenkning som passer godt sammen med nyere forståelser av personlighetspatologi (Livesley, 2007; WHO, 2018). I poliklinikkens prosess med implementering av metoden har vi hatt månedlig videoveiledning fra dr. Nancy McWilliams. Fagmiljøet har erfart at utviklingsarbeidet har bedret forståelsen av pasientenes problematikk og har ført til økt kvalitet på behandlingen vi tilbyr.

Her vil jeg forsøke å gi et klinikknært innblikk i hvordan man kan jobbe med alvorlige personlighetsforstyrrelser i fengsel. Utgangspunktet er et toårig terapiforløp med en ung kvinne. Blant domfelte er det som nevnt få kjønnsforskjeller i forekomsten av dyssosial personlighetsforstyrrelse. Det betyr ikke at kjønnsperspektivet i forståelse og behandling er uvesentlig. Likevel er hovedfokuset i presentasjonen av forløpet hvordan man kan jobbe



Det er få forskjeller i forekomst av dyssosial personlighetsforstyrrelse for kvinnelige og mannlige domfelte

med dyssosial personlighetsproblematikk uavhengig av kjønn.

THEA

Thea var i begynnelsen av 20-årene da jeg traff henne. Hun er domfelt til mer enn tre års fengsel for flere tilfeller av alvorlige seksuallovbrudd mot voksne personer. Handlingene hadde ikke et seksuelt motiv. Hun har en bakgrunn preget av traumeutsettelse i form av seksuelle overgrep, fysisk mishandling og neglekt. Som barn var hun i stort omfang eksponert for rus, vold, pornografi og voksnes seksuelle handlinger. Hun forteller at det viktigste som barn var å prøve å beskytte den yngre søsteren fra overgrep og vold. Hun oppgir at motivet for handlingene hun er dømt for, var et ønske om å beskytte mulige ofre, og gjengjeldelse for det hun opplevde som barn. Thea har fra 10–11-årsalderen misbrukt cannabis og alkohol og etter hvert amfetamin og benzodiazepiner. Hun har vært i flere voldelige parforhold og har vært utsatt for vold og voldtekter i rusmiljøet. Hun har også utøvd grov vold, blant annet i forbindelse med pengeinnkreving. Hun beskriver en gjennomgående opplevelse av å være nummen og frakoblet, som motvirkes av følelser som sinne, raseri og sadisme. Andre følelser forbinder hun med svakhet, og hun oppgir dem som fremmede og utålelige. Hun beskriver humørsvingninger og spenninger som mildner ved utageringer. Selvfølelsen beskrives som lav, og hun opplever ingen virkelig følelsesmessig forbindelse til andre mennesker. Hun har hatt mange og kortvarige kontakter med hjelpeapparatet. Hun anslår at hun har vært i kontakt med over tyve ulike behandlere, men ingen forløp har vart mer enn noen måneder. De fleste kontaktene har vært avsluttet på Theas initiativ. Hun har vært vurdert med ruslidelser, spiseforstyrrelser, personlighetslidelser, bipolar lidelse, PTSD og ADHD. Alvorlig dissosiasjon er beskrevet i journal fra 11–12 års alder, og senere selvskadingsatferd som førte til flere kortvarige akuttinnleggelse. Ved oppstart av behandlingen har hun sonet ett år av dommen. Thea har ifølge Kriminalomsorgen relativt god fungering: Hun jobber, er pliktoppfyllende og beskrives som en ledertype. Hun kan imidlertid miste besinnelsen verbalt og være dominerende overfor svakere medinnsatte. Hun oppsøker behandling for å få bekreftet at hun har ADHD og bipolar lidelse, og ønsker medisiner. »



BEHANDLING I FENGSEL Under soning kan innsatte få tilgang på prososiale mestringserfaringer. Foto: Malcolm Koo / Wikimedia Commons

Thea oppgir samtidig at hun ikke vet hva som feiler henne, og at hun ønsker å føle seg bedre.

MAKT SOM OVERLEVELSE

I det første møtet forteller Thea på en oppstemt og hektisk måte om deler av bakgrunnen sin. Stemmen er skingrende, og hun ler høyt mens hun beskriver skrekksener fra barndommen, som da hun som femåring brakk nesa i en ulykke og ble mishandlet fordi hun begynte å gråte. Når jeg uttrykker opprørthet over det hun forteller, blir hun irritert og annonserer at dersom jeg er «en sånn sippete psykolog som begynner å grine og ikke tåler noe», så slutter hun å komme. Samtidig er hun idealiserende overfor meg, mens hun devaluerer og latterliggjør andre i hjelpeapparatet. Etter timen sitter jeg igjen med en grunntone hvor jeg både er skremt av Thea og liker henne. Jeg bekymrer meg for å bli en i rekken av behandlere hun har avsatt, og lurar på hvordan jeg skal skaffe nok frihetsgrader til å få gjort et terapeutisk arbeid med en pasient som tilsynelatende ikke tåler uttrykk for medfølelse.

Jeg tok saken med til veiledning, hvor vi sammen med veileder Nancy McWilliams utviklet en kasusformulering med foreløpige hypoteser. Vi antok at Theas liv hadde blitt organisert rundt å snu barndommens maktesløshet til en myte om seg selv som en med kontroll og makt til å dominere. Styrken på det omnipotente forsvaret tydet på at posisjonen hadde bidratt til å skape mening, å bevare en selvfølelse og å håndtere potensielt tilintetgjørende angst. Slik ble det forståelig at hun reagerte med sterkt forsvar i møte med signaler som kunne rokke ved grunnoppfatningene. Den nesten maniske fremtoningen forsto vi som et vern mot overveldende sorg over barndommen; å holde seg oppe og i bevegelse var et effektivt forsvar mot psykisk smerte. En del av hypotesen ble også at det å trenge andre var forbundet med fare for å gjøre seg sårbar. Samtidig hadde hun søkt meg med en uklar bestilling: et ønske om å føle seg bedre. I Theas *undertekst* (Killingmo & Gullestad, 2005) til meg lå det kanskje et spørsmål om hvorvidt jeg var «mektig nok» til å tåle henne og bakgrunnen som både offer og overgriper. Vi forsto det slik som at Thea sto i et dilemma hvor hun ønsket og ikke ønsket å knytte seg til terapeuten, og at et mål for tilnærmingen var å gjøre det mulig for Thea å utforske det å trenge et



... å snu barndommens maktesløshet til en myte om seg selv som en med kontroll og makt til å dominere

annet menneske. Våre tanker om tilnærming var at den burde baseres mer på respekt enn på empati, for at Thea skulle kjenne seg akseptert og forstått.

I neste time delte jeg hypotesen om maktet med Thea. Responsen var preget av overraskelse, men hun uttrykte at jeg hadde forstått hvem hun var. Hun bekreftet at hun hatet medfølelse og sa at hun likte at jeg hadde skjont det så tidlig. I samme time tok jeg opp at jeg hadde lagt merke til at mange tidligere relasjoner i livet hennes var brutt, og at det stort sett hadde skjedd på hennes initiativ. Vi laget deretter en avtale om hvordan vi skulle forebygge brudd i vår kontakt.

MOT EN DEPRESSIV POSISJON

I månedene som fulgte, møtte Thea til hver time. Samtidig fortsatte hun å snakke om traumatiske livshendelser, egen voldsbruk og hverdagslige tema på en vekselvis hektisk og avflatet måte. Når jeg spurte om hvilke følelser hun var i kontakt med, var svaret enten at hun var *forbanna* eller ikke kjente noen ting. Jeg holdt meg til en usentimental måte å uttrykke meg på i møte med materialet Thea brakte inn i terapirommet, men tillot meg etter hvert i større grad å vise med ansiktsuttrykk som var *ikke-komplementære* til hennes, at jeg kjente medfølelse, opprørthet og tristhet. Tilnærmingen matchet tilsynelatende, og hun viste ikke tegn til å kjenne seg angrepet eller overveldet. Etter flere måneder med mange slike repetisjoner opplevde jeg at Thea gradvis ble regulert ned, og at det ble mer kongruens mellom det hun berørte tematisk og det hun uttrykte følelsesmessig.

Som ledd i den diagnostiske avklaringen innhentet vi dokumentasjon på tidligere kontakt med hjelpeapparatet. Det kom et omfattende materiale tilbake, hvor det sentrale var

at mange instanser har meldt bekymring for forholdene Thea hadde levd under, men at barneverntjenesten hadde gjort lite. I gjennomgangen av dokumentene fremsto Thea frakoblet, men rapporterte å kjenne seg fysisk uvel, en reaksjon hun ikke kjente igjen. I timene som fulgte, begynte det som til da hadde vært et idealisert narrativ rundt en av omsorgspersonene, å slå sprekker. På samme tid får Thea vite at en av personene som utsatte henne for vold og overgrep da hun var barn, er i en livssituasjon med en omsorgsrolle overfor mindreårige barn, og det bekymrer henne voldsomt. Ut fra det som kommer frem, vurderer jeg at meldeplikten til barneverntjenesten er utløst. Thea blir overrasket, men uttrykker lettelse over at jeg melder bekymring. I journalnotatet fra timen har jeg skrevet at Thea fremstår aktivert og overveldet ved at hun rødmer på halsen og i ansiktet, har knyttede never og spenner kjevene.

Dette blir imidlertid begynnelsen på en fase preget av stillstand, som utfordrer meg som terapeut på en annen måte. Det at Theas maniforme energi er fraværende og at hun stadig insisterer på at hun ikke kjenner eller vil kjenne på følelser, gjør at jeg plutselig kjenner meg matt og nedtrykt. Hun viser heller ingen tegn til anger for handlingene hun er dømt for. Jeg blir etter hvert utålmodig rundt temaet og adresserer det på en forsert måte som skaper irritasjon og motstand hos Thea.

Jeg tar på nytt opp saken i veiledning. Hypotesen nå er at Thea er i ferd med å bevege seg mot en mer depressiv posisjon. Gjennomgangen av journalene, det bristende bildet av den tidligere idealiserte omsorgspersonen og en begynnende terapeutisk tilknytning har brakt den faretruende sorgen over barndommen nærmere. I denne psykologisk utsatte posisjonen gjør vi oss tanker om at Thea trenger at jeg gir henne tid og støtte, respekterer forsvarerne hennes og selv holder ut det som er en dreining mot en mer depressiv, men også sunnere, psykologisk utvikling.

Etter måneder som oppleves som begivenhetsløse, kommer Thea en dag og forteller at hun har bestemt seg for å politianmelde det hun ble utsatt for som barn. Hun har samtidig konfrontert deler av familien med hvordan hun og søsteren ble sviktet da de var små, og har gitt beskjed om at hun ønsker avstand. Jeg merker meg og deler med Thea at disse grepene er en

betydelig dreining mot å gi raseriet en adekvat og mer produktiv retning.

En vanskelig periode med politiavhør, venting og skuffelser følger. Thea utvikler en depressiv reaksjon, hvor hun blir sengelig og ikke møter til arbeid eller timene våre. Jeg samarbeider med kontaktbetjentene i fengselet om planer for å hjelpe henne tilbake i en struktur som er god for henne. Til forskjell fra tidligere opplever betjentene at Thea tar imot hjelpen og lar seg trøste. Etter et par uker er hun tilbake i aktiviteter og møter opp i terapi. Hun er først hektisk, men «lander» snart og setter ord på at hun er redd for å bli deprimert, og at det føles som et bunnløst hull har åpnet seg rundt henne. Jeg bruker tid på å validere og kontekstualisere reaksjonene som forståelige i møte med store belastninger. På samme måte som betjentene opplever jeg at Thea er til stede på en annen måte, og at hun også kan ta imot min trøst.

Denne opplevelsen av økt nærhet holder seg over noen uker. Der hun tidligere har avfeid å tematisere relasjonen vår, sier hun nå i en time at hun utenfor terapirommet iblant kan *høre for seg* hva jeg ville ha sagt i ulike situasjoner, og at hun da hører «en mild og rådgivende stemme».

Uken etter møter hun imidlertid opp og har en utfordrende stil, hvor hun spontant forteller om brutal vold hun har utsatt andre for, og om hvor lite hun angrer. Jeg settes i noen grad ut av dette skiftet, men får i veiledning hjelp til å gjøre det forståelig at fremskritt kan følges av en regressiv reaksjon, hvor pasienten trenger å ta i bruk kjente strategier for å gjenfinne en psykologisk opplevelse av balanse. Det brå skiftet kan antagelig også forstås som en test, en påminnelse og et spørsmål til meg om jeg kan tåle også disse sidene hos henne. Til tross for at jeg psykologisk sett forstår det, vekker det ubehag i meg å forholde meg til disse destruktive og forstyrrede delene av Theas psykologi.

TILKNYTNING OG LØSRIVELSE

Noe som samtidig beveget seg rundt oss, var at Theas soning, og dermed vår kontakt, gikk mot slutten. Etter hvert som løslatelsen nærmer seg, opplever jeg Thea som stadig mer sarkastisk og uengasjert. Jeg forsøker å tematisere det som foregår, men avfeies. Samtidig kommer det bekymringsmeldinger om at Thea har gått ned i vekt, og hun tilkjenner at spisepro- »

blematikken fra ungdomstiden har blomstret opp igjen.

I veiledning adresserer vi den vanskelige avslutningsfasen. Fokuset er på hvor truende det er for Thea å miste de sunne relasjonene hun har etablert under soningen. I denne psykiske realiteten trenger hun antagelig det samme som tidlig i terapien for å ikke koble seg fra. Samtidig råder veilederen meg til å dele med Thea hvordan jeg forstår henne, og at jeg bryr meg om henne.

I de siste ukene opplever jeg at Thea *forholder seg* til meg og bruddet vi står overfor. Spisningen stabiliseres, og hun fungerer på jobb. I et journalnotat har jeg bemerket Theas økte kapasitet for selvobservasjon etter at hun både spøkefullt og alvorlig sier at «jeg lager litt helvete på avdelingen om dagen for å gjøre det lettere å dra herfra». Samtidig beveger hun seg på overflaten av de fleste temaene og er opptatt av praktiske forhold. Hun henvises til ruspoliklinikk for videre behandling siden vi begge ser rusmiddelbruk som den største risikofaktoren for tilbakefall til voldskriminalitet.

I en av de siste timene har Thea med en bærepose full av dokumenter som viser seg å være avhørsdokumentene fra anmeldelsen av det hun ble utsatt for som barn. Hun ber meg om å lese alt og sier samtidig at hun aldri vil snakke om det som står der igjen. Jeg leser de flere hundre sidene, som inneholder nøkterne beskrivelser av seksuelle overgrep, vold og omsorgssvikt i massivt omfang. Selv om en del er kjent for meg, gjør det samlede omfanget at jeg i enda større grad tar innover meg bakgrunnen Thea kommer fra og i noen grad har reist seg fra. Neste gang vi ser hverandre, forteller jeg henne hvor lei meg jeg er for det som skjedde med henne som barn, og for at ingen beskyttet henne, og jeg

opplever at hun lytter oppmerksomt uten å koble seg fra.

I den avsluttende timen viste Thea usikkerhet overfor det som lå foran henne, og stilte eksistensielle, men produktive spørsmål som: Hvordan skal en som meg noen gang kunne inngå i en sunn relasjon? Om vår relasjon sier hun:

Jeg har mange ganger vært sikker på at jeg har sagt for mye, og at du synes det er ekkelt, sjokkerende ..., for mye. Både det som har skjedd med meg, og det jeg har gjort mot andre. At jeg ikke kan se ordentlig på deg etterpå. Men du har alltid tatt meg imot gangen etter og smilt, virka glad for å se meg på en måte (...) Det er rart å tenke på at på disse åra har forholdet til deg blitt det mest stabile jeg har hatt i livet mitt.

Når det gjelder ofrene for den seksualiserte volden hun har utført, sier hun:

Jeg holder på det at de på en måte fortjente det (...) Men det som plager meg lite grann, det jeg ikke får til å gå opp helt, da ... det er det at jeg vet hvordan det er (å være et offer for seksualisert vold, min anmerkning), og at jeg har gjort det mot noen andre.

Som man ser av Theas refleksjon, er det ikke snakk om at hun har utviklet noen dypere innlevelsessevne overfor ofrene, men gjennom en økt selvmedfølelse for barnet hun var, har hun fått tilgang på en tvil, noen nyanser, noe hun ikke helt får til å gå opp.

Når vi tar avskjed, takker jeg Thea for tilliten hun har vist meg, og sier at jeg kommer til å savne og tenke på henne. Jeg sier at det er synd at praktiske forhold gjør at vi må avslutte kontakten, og at hadde det ikke vært for det, ville jeg ha jobbet med henne så lenge hun ønsket. I sin oppsummering av kontakten verken idealiserte eller devaluerte Thea meg, men ga det jeg opplevde som et realistisk bilde av opp- og nedturene vi hadde delt. Da hun hadde gått, satt jeg igjen med en følelse av at jeg hadde blitt et helt menneske for henne – en med feil og mangler, men også en som stødig hadde gått et stykke av veien sammen med henne.

AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER

Rammene for den terapeutiske prosessen som er beskrevet, er soning i fengsel, en setting hvor den innsatte har stabile livsbetingelser, er avskåret



... gjennom en økt selvmedfølelse for barnet hun var, har hun fått tilgang på en tvil, noen nyanser

fra rus og kan få tilgang på prososiale mestrings-erfaringer. Etter min erfaring ligger muligheten for virksom behandling i nettopp rammene kombinert med psykoterapi over lengre tid.

Når det gjelder Theas prosess, får hun til å forbli i et langvarig terapiforløp. Både rammene i fengsel og tenkningen fra kasusformuleringen om terapeutisk holdning, inntoning og intensitet, var sentrale for å komme dit. Å forbli i relasjonen ga Thea mulighet til å erfare brudd og reparasjoner, stabilitet og trygghet. I en slik relasjon ble det mulig å utforske de ulike sidene av seg selv: det maktesløse og prisgitte barnet og den aggressive og sadistiske overgriperen, og å forsøke å nærme seg et mer integrert og aksepterende selv. Her lå muligheten til å forholde seg friere til det psykologiske forsvaret som til da hadde drevet henne. Når den tidligere utålelige offerposisjonen kunne rommes, var det ikke lenger livsnødvendig å holde på det omnipotente, utagerende eller dissosiative forsvaret. Følelsene kunne i økende grad få slippe til, tåles og reguleres. Uten tilgang på rusmidler måtte andre strategier utforskes, som det å ta imot trøst fra betjentene. Slik kunne hun oppleve å

kjenne på nærhet til andre mennesker. I relasjonen til terapeuten opplevde Thea å forme en tilknytning og å begynne å bry seg om hva terapeuten tenkte og følte. Hun fikk også tilgang på en gryende selvmedfølelse med sine egne sårbare sider. Begge deler må antas å ha betydning for det å kunne begynne å forme en samvittighet og en empatisk kapasitet overfor andre.

Oppsummert var den psykoterapeutiske prosessen én av flere multisystemiske faktorer som bidro til endringen Thea oppnådde. En fellesnevner ved endringsfaktorene var at de knyttet seg til emosjonelt korrigerende erfaringer med å inngå i relasjoner på en måte som ikke var grenseløs, destruktiv eller forstilt. Slik ble Theas konsept om en makt- og styrkeposisjon utvidet ved at hun fikk erfare modeller som tålte, ansvarliggjorde og beveget henne fremover uten å være destruktive. Etter min erfaring er det kanskje det som er det mest kraftfulle verktøyet i behandling av mennesker preget av liv med skjevutvikling og alvorlige tilknytningsskader: Det er i en langvarig og sunn relasjon til et annet menneske at virkelig tilheling kan begynne å finne sted. ✕

REFERANSER

- Bernstein, D., Keulen-de Vos, M., Clercx, M., Vogel, V., Kersten, G., Lancel, M., Jonkers, P., Bogaerts, S., Slaats, M., Broers, N., Deenen, T. & Arntz, A. (2021). Schema therapy for violent PD offenders: a randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 53(1), 88–102. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001161>
- Cramer, V. (2014). *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler* (prosjektrapport 2014–1). Oslo: Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helseregion Sør-Øst.
- Fazel, S. & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364–373. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>
- Killingmo, B. & Gullestad, S. E. (2005). *Underteksten*. Universitetsforlaget.
- Livesley, W. J. (2007). A framework for integrating dimensional and categorical classifications of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21(2), 199–224. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.2.199>
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic case formulation*. Guilford Press.
- McWilliams, N. (2018). *Psykoanalytisk diagnostikk*. Gyldendal.
- Salekin, R. T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism. Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*, 22(1), 79–112. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00083-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00083-6)
- Teigland, M. (2021). *Psykiske lidelser i fengsel*. Fagbokforlaget.
- World Health Organization. (1992). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*, norsk utgave 1999. Gyldendal.
- World Health Organization. (2018). *The International Classification of Disease (ICD-11)*. Genève: World Health Organization.
- Wormith, J., Althouse, R., Simpson, M., Reitzel, L. R., Fagan, T. J. & Morgan, R. D. (2007). The Rehabilitation and Reintegration of Offenders – The Current Landscape and Some Future Directions for Correctional Psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 879–892. <https://doi.org/10.1177/0093854807301552>



HEIDI SVENDSEN TESSAND og **SARA RIISE.**

psykologspesialister, Stillasbyggerne, Avdeling BUP, Ahus

Vår vegring mot å prioritere

Det er fagetisk problematisk at psykologer ikke prioriterer dem som trenger oss aller mest.

I Aftenposten 15. januar stiller filosofiprofessor Øyvind Kvalnes spørsmålet «*Går hjelpen til dem det er mest tilfredsstillende å hjelpe?*» (Kvalnes, 2023). Han viser til at tannleger foretrekker å jobbe med barn og unges tannhelse, selv om rusavhengige med tannsykdom trenger tjenestene mer enn fluorspisende småbarn.

Han mener at prioriteringsdebatten i for stor grad er preget av sterke profesjonsgruppers behov for å føle seg som vellykkede behandlere, og minner om at Sokrates advarte mot at mennesker kan bli slaver av egne vaner og rutiner.

Vi synes Kvalnes' poeng er interessant og ubehagelig. Er vårt prioriteringsetiske kompass ofte nok under lupen, eller er det systemene som får all skylda? I så fall ikke uten grunn: Økningen i henvisninger er reell. Administrasjon går på bekostning av tid til behandling. Rammevilkårene i psykisk helsevern er ikke gode nok.

Samtidig vil etterspørselen etter helsetjenester alltid være større enn tilbudet. Prioritering er en del av vårt daglige virke – både

ved inntak, behandling og avslutning. Prioriteringer handler om økonomi, men mest om anvendt filosofi. Det er bred politisk enighet om at de som trenger det mest, skal prioriteres. Hvordan forvalter vi det ansvaret? Hvordan veker vi samfunnsoppdraget opp mot behovet for tilfredshet i hjelperollen? Vi tror at psykologer for ofte bruker for mye tid på de pasientene som gjør at vi føler oss som vellykkede behandlere.

NOAH, 14 ÅR

Vår kontekst er psykiske helsetjenester for barn og unge (BUP). Etter mange år i både kommune- og spesialisthelsetjeneste mener vi at BUPs ekvivalent til tannlegenes rusavhengige er barn med kombinasjon av alvorlig omsorgssvikt og psykiske problemer. Barna har ofte med seg belastninger som har vart over generasjoner. De har ofte en velbegrunnet mistillit til voksne. Det er ofte svært krevende å hjelpe dem. Rundt dem står en liten hær av mennesker med dårlig tid. Alle roper varsku. Henvisninger og bekymringsmeldinger sendes fra kontor til kontor, uten at det nødvendigvis fører til god og helhetlig hjelp.

Ta et eksempel: Noah er 14 år. Han ruser seg og slår. Han har kognitive vansker og er overvektig. Han er deprimert, engstelig og trekker seg stadig mer tilbake. Han bor på en barnevernsinstitusjon, der ingen av de ansatte har god kontakt med ham. Noah har krav på tjenester både fra somatikken, tannhelsetjenesten, psykisk helsevern, PPT og barnevern. Men ansvarsgruppa fungerer ikke. Kontaktpersonen i barneverntjenesten



er sykemeldt. Det er kaos. «Vi kommer ikke i posisjon», står det i journalen til BUP. Noah har behov for stabilitet, utviklingsstøtte, behandling og god omsorg.

Problemet er at ingen tjenester vurderer at Noah primært har behov for støtte og behandling fra *deres* tjeneste. Noah havner i mellomrommet mellom tjenestene, og i mellomrommene er det lite hjelp å få. I IPSOS-rapporten fra 2018 ble 900 respondenter fra 17 tjenester spurt om hvilken tjeneste de opplevde størst samarbeidsutfordringer med rundt utsatte barn og unge. På toppen av pallen havnet spesialisthelsetjenesten med 37 prosent. Det er en gullmedalje med bismak. Dessuten svarte *alle* tjenestene at deres egen tjeneste hadde gode systemer for samhandling, og at det var de andre tjenestene som var problemet.

Vi mener ikke at alle barn med alvorlig omsorgshistorikk skal få hjelp på BUP. Men vi synes det er illevarslende at de er kraftig underrepresentert når funksjonsnivå, symptomer og risiko for utenforskap taler for at de burde vært overrepresentert. Psykologer er trent på å skille normalutvikling fra skjevutvikling. Vi vet hva som kan fremme god utvikling. Kompetansen vår kan brukes på mange måter i møte med de mest sårbare barna. Allikevel klarer vi ikke å rigge tjenestene våre på en måte som er nyttig for dem. De mest komplekse problemene ser ut til å være vanskelige for spesialisthelsetjenesten.

”

Vi kan prioritere disse barna. Men vi må ville, orke og tåle det

»



Hvordan vekker vi samfunnsoppdraget opp mot behovet for tilfredshet i hjelperollen?

Er barnas problemer så sammensatte at vi blir hjelpeløse i møte med dem?

GJENSTRIDIGE PROBLEMER

Rapporten «Trøbbel i grenseflatene» (Hansen et al., 2020) handler om at mangler i samhandlingen mellom tjenestene har alvorlige konsekvenser for barn og ungdom i risiko. I arbeidet med dem som faller mellom stolene, kan kompleksitetsteori hjelpe oss. Vi kan skille mellom *enkle*, *vanskelige* og *komplekse/gjenstridige* problemer (Evertsson et al., 2017). De enkle problemene kan som regel løses ved å følge en prosedyre. De vanskelige problemene består av mange delproblemer, men kan ofte løses ved å koordinere innsatsen fra ulike eksperter. Gjenstridige problemer består av delproblemer som er vanskelige å skille fra hverandre. Årsaker og drivere er ofte uklare eller ukjente. Hjelperne kan selv bli del av problemet fordi de har ulik forståelse og retning. Ofte spenner de bein på hverandres tiltak. Gjenstridige problemer vekker ubehag, forvirring, frykt og vemmelse. Det finnes ingen prosedyrer som kan løse dem. Hjelpere i spesialisthelsetjenesten møter ofte disse problemene.

Det finnes ingen endelige løsninger på gjenstridige problemer. Head og Alford (2015) mener at hjelpernes oppgave derfor bør være å etablere gode betingelser for å diskutere og ta beslutninger om midlertidige forståelsesmåter og løsninger. Denne prosessen bør pågå over tid, fordi problemene endrer karakter underveis. Sammenhengende innsats er et mål i seg selv. Dette betyr at oppgavene må løses sammen med andre tjenester. Vi opplever dette

perspektivet som befriende og bekreftende. Det kan dempe opplevelsen av avmakt når vi stadig mislykkes i raskt å forstå og avhjelpe den lidelsen vi møter.

SAMFUNNSOPPDRAGET

Når vi gjør kost-/nytttevurderinger i møte med gjenstridige problemer, gir det liten mening å vurdere sannsynlighet for rask effekt av behandling på hvert delproblem. Psykologer har kompetanse på å se folks historie og problemer i sammenheng, og utforme hjelpetiltak basert på en slik helhetsanalyse. Å jobbe for innenforskap og livslang helse og utvikling er i kjernen av vårt samfunnsoppdrag. I et prioriteringsetisk perspektiv er dette best bruk av fellesskapets ressurser.

Prioriteringer handler ikke bare om veiledere og inntaksprosedyrer.

Prioriteringer er en iboende del av den daglige fagetiske yrkesutøvelsen. Vi *kan* prioritere disse barna. Men vi må ville, orke og tåle det. Når vi prioriterer hvem og hvordan vi skal hjelpe, må vi tenke «nytte» i et livsperspektiv. Behovet for hjelp er større hos noen grupper enn andre. Vi må tåle at de som trenger oss mest, sjelden vil gi oss følelsen av vellykkethet, i alle fall på kort sikt.

Det finnes ingen rasjonelle, moralske, økonomiske eller faglige grunner til ikke å hjelpe disse barna. Derfor bør vi legge oss selv under lupen og undersøke hvorfor vi likevel ikke hjelper dem som trenger oss mest. ✘

REFERANSER

- Evertsson, L., Blom, B., Perlinski, M. & Rexvid, D. (2017). Can complexity in welfare professionals' work be handled with standardised professional knowledge? I B. Blom, L. Evertsson & M. Perlinski (Red.), *Social and Caring Professions in European Welfare States: Policies, Services and Professional Practices* (s. 209–222). Policy Press.
- Hansen, I. L. S., Jensen, R. S. & Fløtten, T. (2020) *Trøbbel i grenseflatene. Samordnet innsats for utsatte barn og unge*. Fafo-rapport 2020:02.

- Head, B. W. & Alford, J. (2015). Wicked problems: Implications for Public Policy and Management. *Administration and Society*, 47(6), 711–739.
- Kvalnes, Ø. (2023, 15. januar). Går hjelpen til dem er mest tilfredsstillende å hjelpe? *Aftenposten*. <https://www.aftenposten.no/mening/kronikk/i/WR646K/gaar-hjelpen-til-dem-det-er-mest-tilfredsstillende-aa-hjelpe>
- Rathe, L., Andersson, S. A. & Holbæk-Hanssen, J. (2018). *Kartlegging av samhandling om utsatte barn og unge*. Ipsos-rapport 2018.

Effektivt å inkludere foreldre i angstbehandling

Flerfamiliebehandling av angst hos ungdom kan være en lovende og gjennomførbar intervensjon i spesialisthelsetjenesten.

Angstlidelser er vanlige og hemmende lidelser hos ungdom. Selv etter vanlig poliklinisk behandling er mange fortsatt plaget av angst. Det er derfor behov for mer effektiv behandling for ungdom med angst i spesialisthelsetjenesten. I sin doktorgradsavhandling evaluerte Thomas Bjerregaard Bertelsen effekten av en flerfamilie kognitiv atferdsterapi intervensjon (RISK) i spesialisthelsetjenesten. Han så også på ulike aspekter ved foreldre som kan forbedre eller hemme utfall i behandlingen.

HOVEDFUNN

RISK var mer effektiv enn andre angstbehandlinger. Foreldre og barn så ut til å påvirke hverandre gjensidig i behandlingen. Resultatene indikerer at ungdommers angstsymptomer har større innflytelse på foreldres tilpasning enn motsatt. Foreldres psykiske helse og forhistorie ser også ut til å virke inn på behandlingsutfall.

IMPLIKASJONER

RISK er effektiv og gjennomførbar for ungdoms angstlidelser i regulær poliklinisk behandling. Funnene fremhever betydningen av å involvere foreldre, men understreker at direkte arbeid med ungdommen må prioriteres.

METODE

Bertelsens arbeid baserer seg på en observasjonsstudie som ble gjennomført og sammenlignet med resultater fra eksisterende studier på effekten av kognitiv atferdsterapi i regulær poliklinikk for barn og ungdommer med angst. Nitti ungdommer og deres foreldre ble rekruttert gjennom BUP.

Kilde: UiB

FOTO: MAJA REGINE HALVØRSEN ROPSTAD



THOMAS BJERREGAARD BERTELSEN

Multifamily Group Cognitive Behavioral Therapy for Child and Adolescent Anxiety Disorders. An investigation into the effectiveness and role of family accommodation and parental early life maltreatment

DISPUTAS 16.02.2023, UiB

Kognitiv trening og depresjon

Kan kognitive vansker etter depresjon trenes opp? spør Eivind Haga Ronold i sitt doktorgradsarbeid.

Kognitive vansker etter depresjon har fått mer oppmerksomhet. Vansker med grubling, emosjonell bearbeiding, oppmerksomhet og kognitiv kontroll kan påvirke daglig fungering og bidra til tilbakefall. Tradisjonell behandling av depresjon kurerer ikke de kognitive vanskene, selv om behandlingen er viktig for å forbli frisk. I sitt doktorgradsarbeid så Ronold på langtidsutviklingen av kognitive vansker etter en depressiv episode, og undersøkte om dataadministrert arbeidsminnetrening kan bidra til å redusere kognitive symptomer.

HOVEDFUNN

Resultatene viste at kognitive vansker, særlig for prosesseringshastighet og eksekutive funksjoner, er vedvarende fem år etter første depresjonsepisode. Ronold fant også at grubling økte risikoen for tilbakefall. Arbeidsminnetrening førte til en forbedring av noen kognitive funksjoner, spesielt eksekutive funksjoner.

IMPLIKASJONER

Noen kognitive vansker vedvarer etter en depressiv episode, men forholdet er sammensatt. Arbeidsminnetrening kan ha en lovende effekt på kognitiv fungering hos personer i remisjon, og avhandlingen peker på viktigheten av å utvikle optimale intervensjoner for kognitive restsymptomer etter depresjon.

METODE

Data fra to studier ble brukt: en femårs longitudinell oppfølgingsstudie som ser på utviklingen av kognitiv fungering etter første episode med depresjon, og en pre-post pilotstudie med 29 deltagere som ser på effekten av databasert arbeidsminnetrening på kognitive symptomer.

Kilde: UiB

FOTO: JØRGEN BARTH, UiB



EIVIND HAGA RONOLD

Residual cognitive deficits following Major Depression. Associations to symptoms, course of illness, and outcomes from Computerized Working Memory Training

DISPUTAS 14.04.2023, UiB

Meninger

DEBATT

Både utforske og anerkjenne

Psykologer kan både anerkjenne og utforske unges kjønnsopplevelse. Det er ingen motsetning mellom de to prosessene.



TEKST Ronny Aaserud, psykologspesialist og sexolog

KJØNNS- INKONGRUENS

MERKNAD
Ingen oppgitte
interessekonflikter

JEG ER ENIG med Marit Brusset når hun i april-utgaven skriver om behovet for forskningsbasert utredning og behandlingsforløp for barn og unge som søker seg til medisinsk og kirurgisk kjønnsbekreftende behandling. Men jeg mener det ikke behøver å være en motsetning mellom å anerkjenne unges kjønnsopplevelse og samtidig utforske den.

Selv jobber jeg som teamleder i Fagnettverk for barn og unge med kjønnsinkongruens ved BUP Kongsvinger ved Akershus universitetssykehus HF. Vi har som oppgave å veilede og gi råd til behandlere i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vi får mange henvendelser fra fagpersoner som ønsker å drøfte enkeltsaker. De fleste er ungdommer tildelt jentekjønn ved fødsel. De har ulike former for kjønnsopplevelser og sammensatte psykiske vansker, ofte nevrotilstander og utviklingsforstyrrelser og vanskelige livssituasjoner. Mange skal ikke ha kjønnsbekreftende behandling med hormoner og kirurgi, i hvert fall ikke mens de fortsatt er i utvikling og tilleggsvanskene ikke er optimalt behandlet.

Hormonbehandling fungerer bra for ungdommer som har opplevd kjønnsinkongruens over flere år. Som har en kjønnsidentitet som enten gutt eller jente, og som har levd i tråd med en slik identitet i lang tid, ikke har noen

psykiske lidelser eller utviklingsforstyrrelser, og som har støttende og aksepterende nærstående som heier på dem (Coleman et al., 2022).

MOBBING OG EKSKLUDERING

Den viktigste jobben er å sørge for gode psykososiale tiltak, og hjelpe barn og unge med å utholde en kropp som føles fremmed, og et samfunn som møter dem med minoritetsstress (Aaserud, 2021). Mange har opplevd alvorlig mobbing og ekskludering. Ofte får den medisinske behandlingen for stor oppmerksomhet, noe den nasjonale behandlingstjenesten for kjønnsinkongruens foreløpig er den eneste som er satt til å utføre. Over halvparten som henvises til utredning for medisinsk behandling, henvises for tidlig. Hvordan skal vi hjelpe dem? Hvordan skal vi hjelpe dem som kanskje aldri skal endre kroppen sin fysisk?

Vi kan forske på og lytte til ungdommer som selv har funnet måter å leve på med en kropp som er vanskelig å bo i. En typisk uttalelse fra en ung gutt, født jente, kan lyde slik (konstruert eksempel):

Når jeg ser meg i speilet, fokuserer jeg på de delene jeg synes er veldig guttete. Se på skuldrene mine? De er ganske brede. Og ansiktet



STADFESTING Hva skjer med følelser og tanker som ikke tas imot som noe meningsfullt og forståelig, spør Ronny Aaserud. Foto: Jakob Weber / Plainpicture / NTB Scanpix

mitt? Jeg synes jeg er ganske kjekk, jeg. Også er jeg så heldig å ha ganske smale hofter, i forhold til de andre guttene i klassen som ennå ikke har kommet så langt i puberteten, så er jeg ganske lik. Uansett så fokuserer jeg ikke så mye på de delene jeg ikke er fornøyd med. Jeg sier til meg selv at jeg elsker meg selv. Dessuten har pappa lært meg å være opptatt av alt det fine kroppen min kan brukes til. For eksempel kan jeg klemme noen med armene mine. Jeg kan kose noen med kinnene mine, jeg kan kysse noen med munnen, og jeg kan løpe skikkelig fort med beina mine! Det er ganske fint!

BÅDE OG-PRINSIPPET

Med min over ti år lange erfaring med barn, unge og voksne med kjønnsinkongruens er det et par ting i Brusets tekst jeg særlig undrer meg over: at man ikke umiddelbart skal stadfeste den unges selvopplevelse. Hva vil det si å ikke stadfeste? Betyr det å ikke godta det som sant det ungdommen/barnet opplever? Ikke bekrefte det eller anerkjenne det? Hva skjer med følelser og tanker som ikke tas imot som noe meningsfullt og forståelig?

Selv praktiserer jeg ut fra både og-prinsippet. Det er mulig å anerkjenne følelsene og tankene barnet eller ungdommen har om egen kjønnsopplevelse (Aaserud, 2021). Det står ikke i motsetning til å utforske over tid. Slik utforskning innebærer i tillegg til samtaler å prøve å leve ut opplevd kjønn også i klesstil, frisyre, talemåte, navn og pronomen. Kanskje bare på hytta, bare hjemme eller både på skolen og hjemme hvis det oppleves som trygt nok. Jeg har aldri oppnådd noen god allianse for utforskende samtaler ved å stille meg kritisk til / ikke godta den subjektive opplevelsen ungdommen som sitter foran meg, har.

Om vi anerkjenner opplevd kjønnsidentitet, åpner det i enda større grad opp for flyt og bevegelse. Kjønnsopplevelser unge har i dag, er for



Om vi anerkjenner opplevd kjønnsidentitet, åpner det i enda større grad opp for flyt og bevegelse



mange i aller høyeste grad i flyt, bevegelse eller forandring. Jeg har lært så mange nye ord for kjønn og seksualitet av ungdommene jeg møter. Spør vi som godt voksne hva ordene betyr, blir vi ytterligere beriket. Ikke minst kan vi kjenne igjen tanker og følelser rundt kjønn og seksualitet fra vår egen ungdom og at slike tanker og følelser nå blir forstått med nye begreper.

Jeg har lært at

- *demi-boy* betyr halvveis gutt, men ikke helt gutt. Det vil si det kan bety litt jente og litt gutt, eller også ikke-binær (verken gutt eller jente) hellende mer mot det maskuline
- *neptunisk* betyr en som både er tiltrukket av ikke-binære og feminine kjønn / feminitet og ikke-gutter og maskulinitet
- *bigender* betyr at den unge opplever seg selv som to kjønn samtidig
- *ikke-binær transmaskulin* er når en ungdom er tildelt jentekjønn ved fødsel og hovedsakelig har maskulin(t) kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk
- *agender* betyr at den unge ikke opplever å være noe kjønn, bare en person
- *demiseksuell* er når en person først kan føle seksuell tiltrekning til noen etter at de har fått et sterkt følelsesmessig bånd til vedkommende

Dette er betydninger som ikke alle ungdommer er enig i. Det beste vi kan gjøre, er derfor å be ungdommen selv definere hva ordene de bruker, betyr.

KJENNES FEIL

I møte med noen barn og ungdommer med kjønnsinkongruens kan det kjennes veldig feil å utforske noe som helst. Grunnen er at jeg ganske fort kan forstå at kjønnsidentiteten er konsolidert og sannsynligvis ikke vil endre seg. Jeg blir ikke i tvil om kjønn til den jeg snakker med. Bare unntaksvis har jeg og mine kolleger opplevd å være sikre på at kjønnsidentiteten er fiksert og sannsynligvis vil vare. For så å ha måttet innse at den likevel har forandret seg som følge av at ungdommen selv har gjort erfaringer med kropp, forelskelse og venner og funnet ut at de ikke lenger føler seg som det kjønn de opplevde å ha fra de var 5–6 til 12–13. Like fullt var kjønnsidentiteten ekte og virkelig de årene hen levde i tråd med kjønnsopple-

velsen. Hvordan ville menneskemøtene med denne ungdommen vært hvis jeg ikke skulle ha anerkjent kjønnsopplevelsen til vedkommende og respektert navn og pronomen?

Til foreldre sier jeg ofte; kjønnsidentiteten er hva den er nå, og det kan forandre seg. Men det er best å møte barnet deres på det barnet deres ønsker nå, og så følger vi bare med utviklingen. Jeg når ikke alltid fram.

EN NYTTIG BEHANDLINGSLINJE

Jeg undrer meg over Brusets holdning til behandlingslinja til World Professional Association for Transgender Health [WPATH], SOC 8. SOC 8 er en av de mest omfattende, grundige og balanserte SOC-utgavene siden førsteutgaven. Spesielt ungdomskapittelet og kapittelet om barn maner til forsiktighet og helhetlig utredning ut fra en biopsykososial forståelse. Etter min oppfatning beskriver det nevnte kapittelet arbeidet vi gjør i tverrfaglige team på en helt alminnelig BUP, hvor det legges vekt på ungdommens helhetlige livssituasjon, og vi ser ungdommens utfordringer i kontekst. SOC 8 sier noe om hvor normalt og utbredt det har blitt for ungdom å stille spørsmål til egen kjønnsidentitet og identifisere seg som noe annet enn fødselskjønnet. I SOC 8 henvises det til studier som viser at så mange som 2,7 % og opp til hele 7–9 % av ungdom selvrappporterer en eller annen form for kjønnsdiversitet. Kjønnsopplevelser som ikke stemmer med fødselskjønn, er ikke så uvanlig lenger. Og det å ha en kjønnsopplevelse som ikke stemmer med fødselskjønn, er ikke lenger ensbetydende med et behov for kroppslige modifikasjoner med hormoner og kirurgi. SOC 8 beskriver nøye hvordan puberteten og ungdomstiden medfører store omveltninger kroppslig, psykologisk, seksuelt og sosialt, og fremmer spesielt at vi må vurdere ungdommens kjønnsinkongruens ut fra et utviklingsperspektiv. Og ikke minst understreker SOC 8 at vi må rette spesiell oppmerksomhet mot de unges psykiske helse, og at det for noen kan være forbigående at de opplever kjønnsinkongruens.

Videre beskriver behandlingslinja at vi skal være oppmerksomme på at ungdommer er særlig påvirkbare av jevnaldrende og budskap fra sosiale medier. SOC 8 problematiserer utførlig utfordringer relatert til ungdommers samtykkekompetanse, og fremhever ikke minst at det er viktig å trekke foreldrene inn i utredningen og behandlingen. Alt dette bør vi hilse velkommen. ✕

KILDER

- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., De Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., ... Arcelus, J. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Aaserud, R. (2021). *Hvordan kan man forstå ungdom som er usikre på egen kjønnsidentitet?* Gyldendal.

Hva er en «ordentlig» psykologjobb?

I aprilutgaven av Psykologtidsskriftet undrer Julie Sture Sørensen seg over hva en «ordentlig» psykologjobb er. Det har jeg også lurt på.

JEG HAR ALDRI jobbet i spesialisthelsetjenesten eller pedagogisk-psykologisk tjeneste. Jeg synes alltid det var mer spennende hvordan mennesker fungerer sammen i systemer, for eksempel på arbeidsplasser. Det var slik jeg så for meg og fortsatt forestiller meg at den psykologiske kompetansen kunne komme flest mulig til nytte. For hvordan kan vi bruke det vi vet, til å designe og utvikle arbeidsplasser hvor folk vil jobbe? Hvor de mestrer, har gode relasjoner og overskudd til resten av livet?

Vi kan bruke relasjonskompetansen til å komme i posisjon til å påvirke beslutningstakere og ledelsesutøvere. Vi kan bruke en vitenskapelig tilnærming til å gjennomføre interne forskningsprosjekter, drevet av kompetanse på datainnsamling, statistikk og analyse, koblet med psykologisk forskning og teori.

Hvorfor går egentlig sykefraværet opp på akkurat denne arbeidsplassen? Og det viktigste – hva kan vi gjøre med det? Vi kan bruke psykologisk kompetanse til å formulere tiltak som virker. Vi kan bistå ledelsen med å iverksette dem. Eller vi kan ta lederansvar og gjøre det selv. Hva har det å si for ansatte i bedriften at vi har strukturer og arbeidsformer som fremmer helse? At de som blir syke, har en leder som evner å hjelpe dem tilbake i jobb? De som er friske, har en leder som bidrar til balanse mellom arbeid og resten av livet, for å skape trivsel, helse og produktivitet i det lange løp.

Eller hva med å bruke kompetansen til å analysere hvorfor folk slutter i bedriften? Vi vet jo en del om hva som er vanlige årsaker til at folk slutter. De mangler opplevelsen av å bli sett, få anerkjennelse, å mestre oppgavene sine, å få denne jobben til å passe inn med resten av livet. Småbarnslivet, for eksempel. Eller syke-eldre-foreldre-livet. For livet er jo ikke bare

jobb. Hvordan kan vi designe arbeidsplasser som bygger opp om resten av livet, heller enn å rive det ned?

Sett at mennene i bedriften tjener mer enn kvinnene. Kan vi designe lønnsprosesser som tar høyde for tankefeller hos beslutningstakere? Hvorfor krangler økonomiavdelingen med salgsavdelingen, kan vi lage systemer som forebygger konflikter og fremmer samarbeid?

Jeg kan overbevise de mange rekrutterende lederne i bedriften om at det er en god idé å drive med rettferdig rekruttering, slik at flere kommer inn på arbeidsmarkedet. Jeg kan være en brobygger mellom ledelse, NAV og en ansatt som skal prøve seg på en jobb etter mange år utenfor. Jeg vet hva jeg skal si til lederen for å berolige og oppmuntre til å ta inn en annen arbeidstaker enn de hadde sett for seg. Hvordan kan vi designe arbeidsplasser som har rom for dette? Jeg er sikker på at vi vet hvordan, og at vi kan gjøre det.

Er det en ordentlig psykologjobb? Det vet jeg ikke, men det er kanskje ikke så viktig. Det viktigste er at den psykologiske kompetansen kommer flest mulig til nytte, og det er heldigvis mange måter å løse det samfunnsoppdraget på. ✕



TEKST

Nina Margrethe Næspe, psykolog og HR-rådgiver

ORGANISASJONS- PSYKOLOGI

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter



Hvorfor går egentlig sykefraværet opp på akkurat denne arbeidsplassen?



Usikker forbindelse mellom skjermtid og psykisk uhelse

Hvor sikre kan vi egentlig være på at jenters psykiske helse er spesielt rammet av langvarig bruk av sosiale medier? Kunnskapsgrunnlaget har svakheter.



BÅDE NASJONALT og internasjonalt diskuteres spørsmålet om hvilken effekt bruken av sosiale medier har især på jenters psykiske helse. I spissen står forskeren Jonathan Haidt. Sentralt står tesen om at lanseringen av Instagram og iPhone 4 som var første smarttelefon med frontkamera/«selfiekamera», i 2010/2011 satte «turbofart» på den sosiale mediebruken, og at bruken kan henge sammen med at det er rundt 2010–2012 at unges psykiske uhelse gjør et byks. Men det er delte meninger om årsaks-sammenhengene. Kunnskapsgrunnlaget fra denne tiden er variabelt. Selv nyere studier viser sprikende resultat om sosiale mediers påvirkning på unges psykiske (u)helse.

Én svakhet er at store befolkningsstudier ikke benyttet spørsmål om skjermtid, mobilbruk, sosial mediebruk både i og utenfor skolen, før og under perioden 2010–2012. Det var i denne perioden den psykiske uhelsen blant unge økt mest både nasjonalt og internasjonalt. Her til lands kom slike spørsmål først inn i befolkningsstudier rundt 2015. Og for at vi skal forstå litt mer av hva som skjedde før og under 2010–2012-perioden, vil jeg løfte frem to studier som kan bidra til en bredere forståelse av kunnskapsgrunnlaget på denne tiden.

TEKNOLOGIAMBIVALENS

Den første studien (2009–2011) ble gjennomført blant 606 lærere og 1784 elever i videregående

opplæring (Krumsvik et al., 2011). Resultatene viste at jenter var signifikant mer på Facebook enn gutter. Såpass høy var aktiviteten at en av lærerne vi intervjuet i 2010 uttalte at «*Det virker som at enkelte elever har utviklet et sterkt avhengighetsforhold til sosiale medier. Dette overstyrer alle andre prioriteringer og resulterer i at relasjonen mellom lærer og elev settes kraftig på prøve*» (Krumsvik et al., 2011, s. 71). Studien viste omfattende sosial mediebruk, en tendens til nomofobi (mobilavhengighet) og *technoference* (hyppig digital «dulting» som forstyrrer konsentrasjonen til de unge). Men den påviste også en teknologiambivalens. Spesielt jenter med gode karakterer ønsket strengere regler rundt teknologibruken i skolen.

I 2012–2013 gjorde vi en større oppfølgingsstudie blant 17 529 elever og 2 524 lærere i videregående skole (Krumsvik et al., 2013). Vi fant en sammenheng mellom kjønn og avhengighet (mobil, pc-bruk) og hvor jenter rapporterte å være en god del mer avhengige enn gutter. Nesten halvparten av lærerne var enige i utsagnet «jeg tror at elevene er så avhengig av PC- og mobiltelefonbruk, at de ikke klarer å la være å bruke det i undervisningstimen».

Også én av fire elever sa seg enten «helt enig», «svært enig» eller «litt enig» i dette utsagnet. Over tre fjerdedeler av lærerne mente at elevene ville få et bedre faglig læringsutbytte dersom de ikke hadde tilgang til sosiale medier

TEKST Rune Johan Krumsvik, professor ved Institutt for pedagogikk, Universitetet i Berge

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

UNGDOM OG SKJERMBRUK

MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter





Spesielt jenter med gode karakterer ønsket strengere regler rundt teknologibruken i skolen

i klasserommet. I 2012 var det 22 prosent av elevene som rapporterte at de hadde 6–8 timer skjermtid per dag i og utenfor skolen. 23 prosent hadde 4–6 timer skjermtid, 16 prosent hadde 8–10 timer skjermtid og 9 prosent brukte skjerm 10–12 timer. Dette viser oss at skjermtiden ikke har økt så mye de siste årene som det blir hevdet. Den har vært temmelig høy i over ti år. Mye skjermtid brukt på pc, mobil og liknende, bidro til utenomfaglig pc-bruk i timene. Dess mer elever følte seg avhengig av pc og mobil, dess lavere digital kompetanse hadde de. Elever med foreldre med laveste utdanningsnivå hadde mest skjermtid. Tidsbruken var klart fallende med økende karaktergjennomsnitt.

GENERASJONSEFFEKTEN

Alle elevene i videregående opplæring hadde på denne tiden hver sin bærbare PC med trådløse nettverk. Ni av ti elever hadde egen mobiltelefon (oftest smarttelefon) Dette ga en svært god, kollektiv teknologidekning blant de unge. I andre land på denne tiden var teknologidekningen i og utenfor skolen langt mer beskjeden. Det er derfor viktig å få bragt på det rene om det har noe å si at en massiv skjerm- og sosiale medieeksponering «slo inn» tidligere her til lands, og om kohorteffekten (generasjonseffekten) dette gir, kan ha fått et noe tidligere innslag i Norge enn i andre land.

Å adressere dette kan være interessant i lys av forskerne Haidt & Twenge's (2023) poeng om at man må ta høyde for forhold ved nettverks- og kohorteffekter. Sosiale medier er et slikt fenomen. I tillegg må vi ta med i betraktningen at den reelle korrelasjonen mellom sosial mediebruk og psykisk uhelse er såpass lav som $r = 0.15$ til $r = 0.20$ for jenter.

Haidt (2023) hevder likevel at disse funnene i «Adolescent mood disorders since 2010: A collaborative review» (Haidt & Twenge 2023) står seg godt også isolert sett siden de baserer seg på svært omfattende helsedata. Han mener at de er på samme nivå som sammenhengen mellom bruk av marihuana og psykisk uhelse. Han skriver blant annet at «Few parents would knowingly let their daughters become heavy users of anything that was correlated $r = .20$ with mental illness» (Haidt, 2023, s. 8). Haidt har et poeng i at selv lave korrelasjoner og effektstørrelser i store befolkningsstudier likevel kan føre til befolkningsanbefalinger. Rosenthal og DiMatteo (2001) viste for eksempel at effektstørrelsen ved å ta en daglig liten dose Aspirin for å forhindre hjerteinfarkt var såpass lav som $r = 0.034$, men som likevel ville reddet 34 av hver 1000 mennesker fra et hjerteinfarkt hvis de brukte en slik dose Aspirin regelmessig.

MÅ UNNGÅ PATOLOGISERING

Ser man på noen norske studier, finner den omfattende HUNT-studien (som er en longitudinell helsestudie på populasjonsnivå fra 1995–2022 (Krokstad et al., 2022) en markant økning i angst- og depresjonssymptom blant unge fra 2006–2008 til 2017–2019. Funnene blir delvis forklart med at skjermtid og sosiale medium er en betydelig drivkraft til den psykiske uhelsen hos spesielt jenter. Steinsbekk et al., (2021) finner i sin studie viktige kjønnsforskjeller hvor: «...the impact of other-oriented social media use on appearance self-esteem was strong in girls but absent in boys» (s. 5). Den nevner imidlertid samtidig at det foreløpig ikke er grunnlag for å hevde at sosial mediebruk er en viktig kilde til psykisk uhelse hos ungdom generelt. Også den siste Ungdata-studien (Bakken, 2022) gir ikke grunnlag for å si noe sikkert om forholdet mellom sosial mediebruk og psykisk uhelse hos ungdom.

De noe motstridende funnene i kunnskapsgrunnlaget både nasjonalt og internasjonalt, er delvis basert på at dette feltet har en stor kompleksitet. Det er mange korrelasjonsstudier (som ikke kan si noe om årsakssammenhenger). Det er mangler ved befolkningsstudiene. Det er ulike syn på hvilke forskningsmetodiske design som fungerer best for å forstå fenomenet, og det er i varierende grad tatt høyde for kohortnettverkseffekters påvirkning.

I tiden fremover bør vi forsøke å bringe på det rene hvilke eventuelle følger den tidligere

massive skjerm- og sosial medieeksponeringen kan ha hatt for kohorteffekten og spesielt jenter de siste 10–15 årene her til lands. Vi må unngå en patologisering av et ungdoms-fenomen som også har mye positivt ved seg. Kunnskapsgrunnlaget viser at det er overbruk og kjønnsforskjeller vi må rette oppmerksomhet mot. Dette kan kanskje bringe oss et lite steg nærmere svaret på om langvarig sosial mediebruk bidrar til psykiske uhelse blant jenter eller ikke, og iverksette tiltak og «ta en for laget» dersom det viser seg å være nødvendig. ✕

REFERANSELISTE

- Bakken, A. (2022). Ungdata 2022. *Nasjonale resultater*. NOVA Rapport 5/22. NOVA, OsloMet.
- Haidt, J. & Twenge, J. (2023, 17. april). *Social media and mental health: A collaborative review*. Unpublished manuscript, New York University.
- Haidt, J. (2023, 17. april). Social Media is a Major Cause of the Mental Illness Epidemic in Teen Girls. Here's the Evidence. <https://jonathanhaidt.substack.com/p/social-media-mental-illness-epidemic>
- Krokstad, S., Weiss, D. A., Krokstad, M. A., Rangul, V., Kvaløy, K., Ingul, J. M., Bjerkeset, O., Twenge, J. & Sund, E. R. (2022). Divergent decennial trends in mental health according to age reveal poorer mental health for young people: Repeated cross-sectional population-based surveys from the HUNT Study, Norway. *BMJ Open*, 12(5), e057654. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-057654>
- Krumsvik, R.J., Egelandsdal, K., Sarastuen, N.K., Jones, L. & Eikeland, O.J. (2013). *Sammenhengen mellom IKT og læringsutbytte (SMIL) i videregående skole*. Forskningsrapport. Kommunesektorens organisasjon (KS) og Universitetet i Bergen.
- Krumsvik, R.J., Ludvigsen, K. & Urke, H.B. (2011). *Klasseleing i videregående opplæring*. Forskningsrapport. Universitetet i Bergen.
- Rosenthal, R. & DiMatteo, M.R. (2001). Meta-Analysis: Recent Developments in Quantitative Methods for Literature Reviews. *Annual Review of Psychology* 52(1), 59–82. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.59>
- Steinsbekk, S., Wichstrøm, L., Stenseng, F., Nesi, J., Hygen, B.W. & Skalická, V. (2021). The impact of social media use on appearance self-esteem from childhood to adolescence – A 3-wave community study, *Computers in Human Behavior*, 114, 106528. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106528>

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.

HOVEDKRONIKK

Hovedkronikken i Psykologtidsskriftet tar for seg 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.



Faksimile av aprilutgaven

Kontinuitet og fornyelse

Halvor Kjølstad etterlyser mer forutsigbarhet for fremtidige kursledere på fellesprogrammet i sitt debattinnlegg i aprilnummeret av Psykologtidsskriftet.



TEKST Ole Tunold, generalsekretær i Norsk psykologforening

FELLES-PROGRAMMET



I dette tilfellet er det gitt tretten måneders varsel

FORANLEDNINGEN ER AT han etter nitten år som kursleder ikke har fått fornyet sitt oppdrag etter utgangen av 2023. Han betrakter begrunnelsen som tåkeprat, og beklager at klagen på denne ikke ble realitetsbehandlet på administrativt nivå. Han beklager også at politisk ledelse i foreningen ikke grep inn. Vi vil gjerne få kommentere på dette:

Kjølstad gjengir begrunnelsen for at oppdraget ikke fornyes i sitt innlegg. I realitetsbehandlingen av klagen (som vitterlig ble foretatt på administrativt nivå og besvart) står poenget med kontinuitet og fornyelse sentralt. Hvis vi aksepterer at kontinuitet og fornyelse er gyldige kriterier for sammensetning av kursledere, må vi også akseptere at disse står i motstrid på individnivå. Man kan ikke representere begge kriterier samtidig. På gruppenivå gir det mer mening. Og blir da det et spørsmål om operasjonalisering av fornyelse. Skal det være en grense for kontinuitet? Går den ved fem, ti, femten eller tyve år?

Spesialistutdanningen er en stor virksomhet. Det utbetales årlig honorar på nærmere 20 millioner til kursholdere. Oppdragene er

ettertraktet og må forvaltes profesjonelt. Det er en selvfølge at avtalene med foreningens revisor, aktuar og forretningsadvokat kan sies opp på kort varsel. Våre medlemmer må kunne forvente at kontraktbaserte kursholdere behandles like profesjonelt, selv om de er medlem av Psykologforeningen. Som det fremgår av debattinnlegget, kan oppdraget sies opp fra foreningens side med tre ukers varsel. Det skjer ytterst sjelden, og bare i helt spesielle tilfeller. I dette tilfellet er det gitt tretten måneders varsel, noe som er betydelig mer forutsigbart. Kjølstad spør hva som skal til for at ledelsen skal overprøve mandatet til Psykologforeningens avdelinger. Men dette er jo mandat som er vedtatt av foreningens øverste organer. Å sette til side sine egne vedtak kan neppe betraktes som profesjonelt. Det står for øvrig foreningen fritt å etablere nye retningslinjer, for eksempel at kursholdere som får gode evalueringer ikke skal omfattes av prinsippet om fornyelse.

Ingen bestrider at Kjølstad har gjort en utmerket jobb som kursholder. Vi er takknemlige for innsatsen gjennom snart tyve år og synes det er trist at utgangen blir som den blir. ❌

Ingen vei tilbake

En så inngripende digital omlegging som Psykologforeningen nå gjennomfører, medfører dessverre overgangsproblemer. Men det er ingen vei tilbake.

I DEBATTINLEGGET «Digitaliseringens tyranni» har Kim Larsen tre ankepunkter mot psykologforeningen. Det første er kommunikasjonsformen, det andre er at det ikke foreligger et alternativ til det digitale grensesnittet, og det tredje er at det nye systemet ikke virker. Det siste svir mest.

Først kommunikasjonsformen: «*Dersom dere ikke har opprettet nye 'min side' i vårt nye system får dere ikke meldt dere på.*» Kommunikasjonen er visselig omsvøpsløs. Ikke desto mindre formidler den et faktum. Kanskje kunne det vært pakket inn annerledes, men man aner at det er budskapetets innhold som provoserer mer enn formen.

Larsen taler til menigheten når han påpeker digital kommunikasjonsteknologis uønskede effekter. Dem er det mange av. Undertegnede tilhører denne menigheten, men den skrumper med akselererende hastighet. Mer enn 500 psykologer begynner på sin spesialistutdanning hvert år. Det er en dobling på 15 år. I snitt tar utdanningen åtte år. Psykologforeningen må derfor til enhver tid administrere 4000 psykologers utdanningsløp. I tillegg kommer de 5666 eksisterende spesialitetene som skal vedlikeholdes hvert femte år. Larsen etterlyser et ikke-digitalt alternativ. Det er nettopp det foreningen har holdt seg med i alle år, og som nå ikke lenger er bærekraftig. Det har det faktisk ikke vært på mange år. Bank, forsikringselskaper, reisebyråer og de fleste andre private

og offentlige tjenester er blitt digitaliserte og selvbetjente. Det er neppe noen vei tilbake. Noen vil huske den paniske aktiviteten håndskrevne selvangivelser avstedkom i de tusen hjem. Ingen savner den. Skatteetaten bragte landet videre med sin digitale løsning.

Psykologforeningen har hatt et tiltagende etterslep på digitale løsninger. Medlemsregisteret benyttet en plattform som leverandøren ikke lenger kunne (ville) vedlikeholde. Det åpnet også for en etterlengtet mulighet for mer effektiv kursadministrasjon og en «Min side»-funksjon. Arkiv- og saksbehandlingssystemet var svært mangelfullt og trengte en gjennomgripende oppgradering og fornyelse. Økonomisystemet var for lengst utdatert. Også foreningens nettside er moden for en grundig oppdatering.

Det er rikelig med digitale skandaler for tiden. Vi er ikke der. Men en så inngripende omlegging vi nå gjennomfører medfører dessverre overgangsproblemer. Ikke minst er det krevende å overføre eksisterende data til de nye systemene. Våre ansatte jobber på spreng med å rette feil samtidig som daglig drift må og skal opprettholdes. Heldigvis nærmer vi oss nå et fullt ut fungerende system som stadig flere tar i bruk. Omleggingen har vært en stor utfordring for medlemmene våre, som har vist en beundringsverdig tålmodighet og forståelse. Da må vi også finne oss i Larsens elegante sluttpoeng. ✕



TEKST Ole Tunold,
generalsekretær i
Norsk psykolog-
forening

DIGITALISERING



Psykologforeningen har hatt et tiltagende etterslep på digitale løsninger



SIDSEL FJELLTUN er spaltist i mailutgaven. Kommende bidragsytere er Usman Chaudhry (nr. 4 fra venstre), Runa Kongsvik, Håkon E. Coucheron Fredhammer, Helén Ingrid Andreassen og Raymond B. Stangenes.

Når psykologrollen ikke er nok

Få psykologer er med på å utforme norsk politikk, og fraværet vårt merkes i utformingen av psykisk helsevern. Hvorfor er det sånn, og hva bør vi gjøre med det?

Strømmen av pasienter tar ikke slutt. Arbeidsmarkedet for psykologer kjennes som verdens tryggeste: Om jeg lukker øynene, kan jeg se for meg køen av pasienter, en lang, lang rekke. En kunne tro at vi ville være i en slags psykologiens gullalder, men i stedet er min opplevelse at faget har løpt av gårde med oss. Når jeg leser om hvordan nyutdannede kolleger har det i psykisk helsevern, får jeg ikke følelsen av at profesjonen har en hånd på rattet, tvert imot.

Psykologifagets nedslagsfelt utvides i en slik grad at selv vi kan synes at det blir for mye. Om noe er vondt eller vanskelig, er det fristende å hente inn en psykolog uavhengig av hva problemet er. Og vi har spilt velvillig med, solgt psykologi som om vi solgte pølser, pekt på behovet for pølse i befolkningen. Vi har sukket over at pøsemakerne er slitne, og at produksjonstempoet kan gå ut over kvaliteten.

Behovet vi selv har skapt, og de problemene det medfører, kan ikke lenger håndteres av hver

enkelt psykolog i spesialisthelsetjenesten. Til det er presset for stort. Psykologforeningen har ingen interesse av å begrense salget, og den norske psykologstanden mangler tilstrekkelig med stemmer som kan si mer enn at dette er problematisk.

Som yrkesgruppe virker vi ute av stand til å ta kollektive grep for å utforme vår egen arbeidshverdag og ta tilbake kontroll over arbeidsforholdene våre. Psykologiens salgbarhet er blitt psykologenes problem: Vårt søkelys på nøytralitet og enkeltpersoner hindrer oss i å ta tydelig stilling – kollektivt. For at psykologi og terapi skal passe til alle anledninger, selger vi også ideen om at psykologi og vi selv utgjør en politisk nøytral tjeneste. Vi sklir inn i alle sammenhenger fordi vi er opptatt av individer, og fordi vi tilpasser oss de forholdene vi blir satt i.

Problemet oppstår når vi ikke lenger vil akseptere forholdene, når vi trenger endring. I møte med samfunnstrender er det ikke til-

NYE STEMMER

En spalte for ikke-spesialister som tør å mene noe.

strekkelig med opprop for barn og unge eller intervjuer med bekymret rynke. Ei heller kريمeldinger om egne arbeidsforhold. Dersom vi skal få til en endret retning for yrkesgruppen vår, trenger vi å arbeide politisk, og vi trenger en god, gammeldags fagforening.

Psykologrollen står imidlertid i veien for dette arbeidet. Selv om vi har lagt bak oss psykoanalysens tradisjonelle ideal om streng nøytralitet, henger stadig ideen om *den nøytrale psykologen* igjen. Det bor mer i oss enn omsorg, empatisk konfrontasjon og enkeltpersonfokus, men dette viser seg sjelden i offentligheten. Psykologer er særs vaksomme med å fremme meninger som kan oppfattes som politiske. Nøytraliteten som er så nyttig for oss i terapirommet, blir dessverre en rettesnor også utenfor kontoret.

Et fag som vårt, basert på samtaler med mennesker og med få konkrete funn å vise til, har måttet jobbe hardt for å få en ferniss av vitenskap over seg. Ved å fremheve psykologen som nøytral og kunnskapsrik kan pasienten tre frem som et objekt som kan undersøkes og behandles med objektive metoder.

Hvordan ser den mest nøytrale psykologen, kanskje dermed den mest vitenskapelige, ut? Det mest påfallende er hva vi *ikke* forestiller oss. Vi ser ikke for oss uniformer eller melaninrik hud. Vi ser ikke for oss regnbueflagg i rommet, og langt mindre mer politiske symboler. Vi ser ikke for oss bygda, men byen. Vi ser ikke for oss utdanning fra utlandet. Poenget mitt er ikke at ingen psykologer bryter disse normene, men at normbrudd er merkbare, og gir sanksjoner. En venninne av meg opplevde under studiet å få korreks fordi hun kom med palestinasjerf inn på praksisplassen. Det var aldri i hennes tanker å ha det på under behandling, men selv å gå med det i bygget ble det reagert på. Hennes politiske ytring ble for tydelig.

En profesjon med et slikt konformitetspress er dårlig egnet til å løfte frem sterke stemmer som tør å mene om samfunnet. Universitetene driver opplæring i profesjonsdisiplin: en definert rolle og klare konsekvenser for avvik. De advarer: *Det du sier, påvirker alle psykologer. Vær varsom før du uttaler deg.*

Dette gir gjenklang i Psykologforeningens opplæring for tillitsvalgte. De fleste fagforeninger fremmer fagforeningens rolle som vaktbikkje og fokuserer på interessemotsetningen mellom arbeidstakere og arbeidsgivere, kon-

flikt mellom arbeid og kapital. Psykologforeningen fremmer samarbeid, pragmatikk og oppfordrer til uformell kontakt med arbeidsgiver. Et slikt kompisforhold må nødvendigvis surne om en skal ta de tøffe kampene. Når jeg leser om nyutdannede psykologer som arbeider under faglig slette forhold, har jeg lurt på hvorfor de tillitsvalgte ikke tar tak i dette, men nå forstår jeg hva de mangler: ledelse og oppbakking fra fagforeningen, klarsignal til å ta tak, og en helt annen rolleforståelse enn den Psykologforeningen står for. Det er ikke utenkelig å samarbeide på tvers av helseforetak og finne en felles dag der alle kan sende avviksmelding. Den aksjonen ville nådd media, og kanskje også et politisk øre. I stedet virker det ofte som om Psykologforeningen og vi som enkeltpersoner setter psykologrollen foran psykologene.

En profesjon med et slikt konformitetspress er dårlig egnet til å løfte frem sterke stemmer

Jo flere som slutter i spesialisthelsetjenesten, jo flere som arbeider med dårlige pensjonsvilkår og få sykerettigheter i det private, jo mer virker nøytralitetsprinsippet som et problem enn en løsning. I en slik situasjon kunne en tenkt at tiden er inne for rappkjefte psykologer med manglende respekt for autoritet. Psykologer som tør å være politiske uten tvil om at de er like gode som fagpersoner. Vi sukker ofte over manglende mangfold i psykologstanden, med god grunn. Men en kan undre seg over hvor mye kvotering hjelper om vi ikke tar vare på mangfoldet som allerede er her. Dersom vi som fagfolk skal kunne påvirke politikken, og dermed utforming av våre egne arbeidsplasser, må vi vise oss frem i åpne rom og heie frem dem som tør å mene noe, for uten dem skjer det ingenting.

Politikk er selvsagt ikke et substitutt for psykologi. Teser om patriarkatet hjelper ikke voldsutsatte kvinner med posttraumatisk stress, og troen på individers frie valg er ingen behandlingsmetode for tvangslidelser. Å ha en partipolitisk pin på skjorta når en møter en pasient, er rolleblanding, men det å ta med seg kunnskapen fra poliklinikkene inn i politikken er sårt trengt. Det er ikke tilstrekkelig å tenke at dette er Psykologforeningens jobb. Til tross for det mange kunne ønske, så er det ikke slikt at psykologer dikterer og politikere følger opp. Dersom vi skal flytte politikken, så må vi gjøre det fra bunnen og opp.

Selv har jeg valgt side: Jeg sitter i et fylkesstyre, jeg er folkevalgt. Min posisjon er kjent. Vi bør imidlertid være varsomme med å tolke fravær av politiske verv som fravær av politisk engasjement eller posisjonering. Jeg tror det finnes mange gode ideer om organisering av psykisk helsevern – og alle andre politikkområder – blant dere, mine kolleger. Jeg håper dere vil vise dem frem.

Jeg avslutter med en selvavsløring, og håper at den kan peke vei for andre. Min veileder i internpraksis sa til meg at jeg snakket for mye og tok opp for mye plass i gruppa. Jeg har ikke forandret meg særlig siden den gang. Gleden min var derfor enorm, og lettelsen likeså, da jeg gikk inn i politikken og oppdaget at det fins en plass for rappkjefte folk med for mange meninger. Profesjonen vår har hatt nytte av sine pøseselgere, og det er på høy tid at den drar nytte av sine breikjefte kvinner også. ✖

Inntrykk

Essay og anmeldelser

ANMELDT: BOK

Helende om Reich

Det måtte en idéhistoriker til for å fortelle en nyansert historie om Wilhelm Reich. Resultatet er oppsiktsvekkende godt.



BOK *Du må ikke sove.*
Wilhelm Reich og
psykoanalysen i Norge
FORFATTER Håvard
Friis Nilsen
ÅR 2022
FORLAG Aschehoug
SIDER 572

HJERTET MITT GJORDE et hopp da en kollega fortalte at det skulle komme en ny biografi om Wilhelm Reich. Min første tanke var: «Hvilken Reich blir det denne gangen? Den gale eller den geniale?» Som karakteranalytiker er jeg vant til karikerte versjoner av ham, og gjennom årenes løp har jeg opparbeidet et lite repertoar av svar på spørsmål som «Var ikke han litt rar? Og var det ikke noe med å sitte i et skap?» Reichs ettermæle har vært preget av både devaluering og idealisering, også innad i fagmiljøet. Men for den som vil sette seg inn i hans tenkning, finnes det et rikt kildemateriale. Reich etterlot seg solide bidrag innen psykoanalytisk teori og praksis, og et senere forfatterskap som i en sjelden grad forener et blikk på mennesket som natur og som samfunnsvesen. Håvard Friis Nilsen formulerer i introduksjonen til biografien *Du må ikke sove* at «Målet med denne boken er å fortelle en helhetlig historie om Wilhelm Reich (...)». Å holde fast ved et ideal om helhet er kanskje særlig nyttig i møte med det splittede, som så lenge har kjennetegnet fortellingene om Reich.

EN TYDELIG STEMME

Boken er fortellende i formen, med en tydelig stemme. Litt som når man leser Reich selv, eller Freud, så merkes det at forfatteren er til stede i teksten, det er noen hjemme. Og i likhet med bøker av Reich og Freud, har boken en *litterær* kvalitet ved seg; språket flyter lett og levende. Den er vanskelig å legge fra seg, og fortalt med

stort driv. De første kapitlene handler da også om av en epoke i Reichs liv som er preget av ungdommelig mot, søken og energi. Beskrivelsene av psykoanalytikerne i Wien på 1920-tallet gir meg lyst til å reise tilbake i tid. For et miljø! For en tid! I årene etter første verdenskrig er psykoanalysen som teori og praksis godt etablert, og samtidig i en rivende utvikling. Her brynes tanker om klinisk praksis og om menneskets natur, i en by i kulturell blomstring.

Friis Nilsen vier god plass til forholdet mellom Freud og Reich, og det er bevegende lesning; fra det første møtet mellom disse to sterke og åpne personlighetene, til en gjensidig stimulerende og gledesfull relasjon – frem til det blir svært vanskelig, og bruddet mellom dem. Litt konge og kronprins, litt lærer og elev, mye far og sønn – i hvert fall for Reich.

Når jeg leser de første kapitlene, slår det meg ofte at dette er *idéhistorikerens* blikk. Hvordan tenkning, fag og vitenskap utvikler seg, er i fokus. Det er et perspektiv som favner både bredt og dypt; forfatteren viser et skarpt blikk for menneskelige motiver og samspill i tillegg til politiske spenninger og strømninger innen kultur og vitenskap. Hans analyser oppleves svært meningsfulle og opplysende, også når man har et visst kjennskap til denne perioden og de involverte personene fra før. Gjennom velvalgte eksempler vever han mikro og makro sømløst sammen. Friis Nilsen løfter særlig frem det politiske; Reichs politiske oppvåkning beskrives grundig, likeledes IPAs (den

ANMELDT AV Guri
Vindegg, privatpraktis

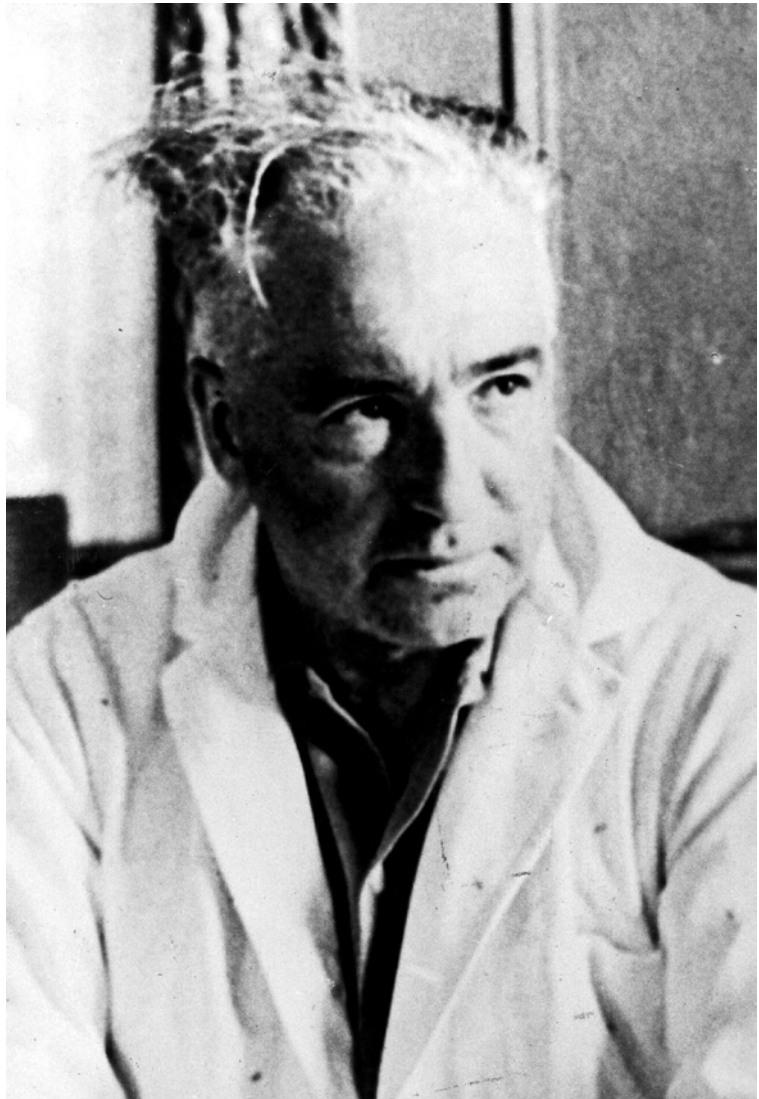
internasjonale psykoanalytikerforeningen) valg om å tilpasse seg nazifiseringen på 30-tallet. Gjennom Friis Nilsens fremstilling får man forståelse for begge posisjoner; både for at Reich engasjerer seg i kommunistpartiet og kjemper imot nazismen, og for at Freud forsøker å holde sin forening apolitisk – i et forsøk på å beskytte psykoanalysen. Forfatteren analyserer situasjonen og motivene, uten at det problematiske med tilpasningen underkjennes. Friis Nilsen viser her en usedvanlig evne til å forene distanse og innlevelse – litt som en god terapeut.

REICH I NORGE

Reichs politiske engasjement gjør at det blir farlig for ham å bli værende i Tyskland, og etter invitasjon fra Harald Schjelderup kommer han til Oslo, hvor han oppholder seg i fem år. Nå er vi kommet til en viktig del av bokens prosjekt: historien om de første psykologene og psykoanalytikerne i Norge. Dette var også Friis Nilsens opprinnelige tema, men det viste seg å være umulig å fortelle den historien uten at Reich hadde en sentral rolle.

Forfatteren gir levende beskrivelser av våre faglige forfedre og -mødre, både som enkeltpersoner og som miljø. Deres arbeid med seg selv – i læreanalyser, i vennskap og i kjærligheten – har en like naturlig plass i historien som deres faglige og kliniske arbeid. Det er særlig interessant å lese om Harald Schjelderups kamp for å forene en solid akademisk forankring og dybdepsykologi. En arv å ta vare på!

Da Reich kom til Norge, var han en erfaren lærer og psykoanalytiker. Som mange i sin generasjon, var han opptatt av å utvide perspektivet fra symptomet til hele personen, noe han skriver om i *Karakteranalyse*, som ble publisert på den tiden. Terapeutisk hadde Reich et særlig blikk for pasientens motstand. Han påpekte at negativ overføring og motstand er noe vi som terapeuter har tendens til å unngå, og understreket at det er vårt ansvar å jobbe godt med dette, for å kunne hjelpe pasienten. Dette fokuset på å gå inn i det vanskelige, å ikke vike unna, skulle vise seg å komme til nytte også på andre områder: Friis Nilsen trekker en linje fra fokuset på motstand i terapi til det politiske engasjementet blant de norske psykologene. En elegant analyse, som virker selvsagt når man først har fått øye på den. Forfatteren viser tydelig hvordan faget ble en kilde til samfunnsengasjement for den første generasjonen norske psykologer.



OMSTRIDT Reichs ettermæle har vært preget av både devaluering og idealisering, også innad i fagmiljøet, skriver anmelder. Foto: Topfoto / NTB Scanpix

Det er både tankevekkende og inspirerende lesning. Er det kanskje noe som kreves av oss og vårt fag også i dag, utenfor terapirommene?

Krigen nærmer seg, og det skurrer stadig mer til for Reich og alle de norske psykoanalytikerne, både faglig og politisk. Som karakteranalytiker har jeg hørt disse historiene før, men det gjør likevel dypt inntrykk å lese om motgangen Reich møtte det siste året i Norge, og om Schjelderup, Waal og de andres mot og handlekraft under krigen. Å få hendelsene fra den tiden beskrevet med sånn detaljrikdom, og med *historikerens* grunndighet og etterrettelighet – gjør at jeg kjenner takknemlighet for den jobben forfatteren har gjort med kildene.

LIVSKREFTENE

I bokens annen del har Reich måttet reise videre til USA. Det er vanlig å dele Reichs forfatterskap inn i to epoker, den karakteranalytiske og den »



Beskrivelsene av psykoanalytikerne i Wien på 1920-tallet gir meg lyst til å reise tilbake i tid

som er orientert mot livskrefter, det han kaller orgon. En av styrkene til *Du må ikke sove* er imidlertid at den viser kontinuiteten i Reichs tenkning. Friis Nilsen viser at hans søken etter å forstå livskreftene går som en rød tråd gjennom hele hans virke og forfatterskap; fra hans første artikkel om libido hvor han forsiktig uttrykker støtte til Jungs begrep om en generell livsenergi (taktfullt ovenfor Freud), til forskningen på bionene i Oslo, til hans søken etter en kur for kreft, blant annet gjennom utviklingen av Faraday-buret (ofte kalt orgonskapet), til hans oppfatthet av menneskets plass i naturen, og mennesket *som* natur. Kanskje kan han også sees som en tidlig økoterapeut? Mot slutten av livet gjenskaper han gårdslivet fra oppveksten i Ukraina på Ranglely i Maine, hvor han tilbringer sine siste år.

I kapitlene om Reichs naturfenomenologi viser forfatteren hvordan Reich er en tidlig eksponent for et syn på helse som ligner de østlige begrepene *chi* og *prana*, og som i dag er en megatrend både kulturelt og innen medisinen, med *holisme* og *embodiment* som nøkkelbegreper. Boken tydeliggjør at Reichs tenkning, hvor også kroppens rike språk har en naturlig plass, har preget den norske psykologitradisjonen helt fra starten, og mer enn vi kanskje har vært klar over. Den viser også at kropporientert psykoterapi, som nå finnes i utallige varianter, ble unnfanget i Oslo da Reich bodde her. Noe å være stolt av!

Når jeg nå selv anvender denne tenkningen i veiledning av psykologer, jobber vi med å nærme oss *det som er*, hva enn det måtte være. Vi etterstreber å jobbe *bottom-up*, og utforsker vanligvis kasus non-verbalt før vi deler anamnestic informasjon. Vanligvis medfører dette en rikere verbalisering etterpå. Etter å ha lest *Du må ikke sove* blir det tydeligere for meg hvilken idéhistorisk sammenheng jeg selv inngår i, og hvor preget vi er både av Reich som kliniker og menneske, av den fantastiske utviklingen som foregikk i den tidlige psykoanalysen i Wien, og av den utformingen denne tradisjonen fikk her i Norge de første årene. Det er godt å kjenne at man har røtter, å se tydeligere hva slags tre dette er, og å kjenne den grenen man selv sitter på.

Reich forbindes ofte med frigjøring, men når jeg leser bokens skildring av hans livsløp, er det vel så mye en søken etter integrasjon og helhet som slår meg. Kanskje også mot sin egen heling? Reich var på mange måter en *wounded healer*. Friis Nilsen velger i sin bok å tone ned Reichs store traume fra ungdomstiden – tapet av moren da han var 13, og det påfølgende tapet av faren og gården. Jeg tror det er et klokt valg, og at denne nedtoningen lar Reich tre mer frem som *tenker*. Samtidig er det som om en brikke mangler – all den tid også denne delen av hans livserfaring preger hans tenkning på godt og vondt. Men kanskje er det her idéhistorien stopper, og psykologien starter?

Jeg synes likevel forfatteren lykkes oppsiktsvekkende godt med målet om å skrive en helhetlig biografi om Reich. Og kanskje er nettopp denne målsetningen noe av det som har gjort boken så god? Alt kan brukes defensivt, også faget vårt. Derfor trenger vi bøker som dette, som kan skjerpe vår evne til å tenke i helheter, og som kan motvirke vår evige draging mot å idealisere og devaluere, og til å splitte opp i innenfor/utenfor, gal/normal, kropp/sinn. Og vi trenger teorier som Reich sine, som reflekterer og underbygger det at vi er *hele* og *forbundet*, med oss selv, hverandre, kroppen, jorden og historien. ✘

Har vi glemt klienten?

Hvordan bidrar klienter til endring i terapi? Ny bok oppsummerer kunnskapen om klientfaktorer, og gir nyttige tips til klinikere.

PSYKOTERAPILITTERATUREN handler ofte om hva som skal til for å bli en god terapeut, eller hvordan vi kan bli mer kompetente utøvere av en bestemt metode. Det er gode grunner til dette. Fokuset på terapeut og metode handler om ansvaret vi har som fagpersoner for å gjøre det vi kan for å hjelpe andre, og har støtte i forskning på terapeutens personlige væremåte og praktiske ferdigheter. Oppmerksomheten mot terapimetoder og terapeutfaktorer kan samtidig gjøre at vi risikerer å overse en annen viktig faktor i terapi – klienten.

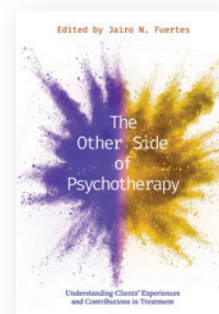
The Other Side of Psychotherapy: Understanding Clients' Experiences and Contributions in Treatment føyer seg inn i en rekke APA-utgivelser om innsikt, transformerende eller korrigerende erfaringer og terapeuteffekter (Castonguay & Hill, 2007, 2012; Castonguay & Hill, 2017). På norsk foreligger også den lesverdige antologien *Psykoterapeuten*, som i større grad tar for seg terapeuten (von der Lippe et al., 2014). Denne nye boken tar for seg «den andre siden» av fortellingen – hvordan klienten selv bidrar til endring i psykoterapi.

I innledningen fremhever redaktøren Jairo Fuertes at feltet i stor grad har vært terapeut-sentrert. Han påpeker at selv om vi anerkjenner at psykoterapi er et samarbeid som involverer klienten, snakker vi ofte som om *våre* metoder og ferdigheter er de viktigste faktorene i terapi. Vi kan glemme at det er *klientfaktorer* som forklarer den største andelen av varians i utfall (Asay & Lambert, 1999; Bohart & Wade, 2013; Wampold, 2010). Fuertes sammenligner

psykoterapi med et fysisk treningsrom – hvor terapeuten kan lære klienten å gjøre nye øvelser og fungere som en god trener – men hvor også klientene gjør mye av arbeidet. Fuertes er tydelig på at boken ikke ønsker å devaluere betydningen av terapeuten eller terapien, men fremhever at vi trenger å forstå hvordan klienter bidrar til endring i terapi. Hva skjer utenfor terapirommet? Hva gjør klientene mellom timene? Hvordan tar klienten i bruk terapien i livet sitt?

KLIENTENS BIDRAG I TERAPI

Den første delen av boken diskuterer betydningen av klientfaktorer, og måtene klienter påvirker prosessen og utfallet av psykoterapi. Arthur Bohart og Karen Tallman presiserer at klienten ikke er en passiv mottaker av terapeutenes intervensjoner, men en aktiv bidragsyter som bruker ulike deler av terapien til å gjøre endringer i eget liv utenfor terapirommet. De neste kapitlene drøfter hvordan vi kan motivere klienter til endring, og bruke kunnskap om hvilke endringsstadier klientene befinner seg i for å skreddersy behandlingen bedre. Timothy Anderson og Matthew Perlman har et interessant kapittel hvor de foreslår at også klientens (ikke bare terapeutens) mellommenneskelige ferdigheter bidrar til endring i terapi. Klientens evne til håp og resiliens kan for eksempel være avgjørende for terapeutens evne til å fremme endring. Brent Mallinckrodt drøfter klienters opplevelser av tilknytning i den terapeutiske relasjonen, og hvordan terapeuter kan legge til



BOK *The Other Side of Psychotherapy: Understanding Clients' Experiences and Contributions in Treatment*

FORFATTER Jairo N. Fuertes (red.)

ÅR 2022

FORLAG American Psychological Association (APA)

SIDER 402

ANMELDT AV

Aslak Hjeltnes,

» Universitetet i Bergen



HARDT ARBEID Fuertes sammenligner psykoterapi med et fysisk treningsrom - hvor terapeuten kan lære klienten å gjøre nye øvelser og fungere som en god trener - men hvor også klientene gjør mye av arbeidet. Foto: Carol M. Highsmith / Library of Congress

”

Vi kan glemme at det er *klientfaktorer* som forklarer den største andelen av varians i utfall

rette for korrigerende emosjonelle erfaringer når de møter klienter med utrygge tilknytningsstiler.

Andre del av boken fokuserer på hvordan klienter bidrar til den terapeutiske relasjonen. Charles Gelso og Kathryn Kline diskuterer hvordan klienter opplever og bidrar i den terapeutiske relasjonen – både i arbeidsalliansen, overførings- og motoverføringsmønstrene og det menneskelige møtet mellom terapeut og klient. Heidi Levitt og kollegaer diskuterer betydningen av responsivitet – terapeutens evne til å tilpasse sine intervensjoner og relasjonelle væremåter for å møte de ulike behovene klienter har i terapi. Cheri Marmarosh diskuterer hvordan tap og traumer i klientens relasjonshistorie kan påvirke hvordan de opplever avslutning av terapi. Hun trekker også frem at klienter kan kjenne avvissning, sorg, depresjon eller angst når de blir overført til en ny terapeut. Dette «overføringssyndromet» er viktig å vite om for terapeuter som skal skifte jobb eller overta pasienter fra andre behandlere.

EN VERDIFULL PÅMINNER

Boken er et viktig bidrag til en mer helhetlig forståelse av hvordan psykoterapi virker, og flere av kapitlene fortjener en plass i psykologutdanningene og videreutdanninger i psykoterapi. Den gir en verdifull påminner om at endring i terapi handler om mer enn våre terapeutiske teorier, metoder og ferdigheter. Vi har en viktig rolle, men vi må ikke glemme klienten i denne historien.

Det betyr ikke at boken er uten svakheter. Det er noe paradoksalt med en bokantologi om klientens betydning hvor alle kapitlene og bidragene er skrevet av eksperter. Hvor ble det av klientene på denne forfatterlisten? Jeg tviler ikke på at bidragsyterne har mye ekspertise og kan ha viktige erfaringer fra egenerapi, men savner en tydeligere klientstemme. Også i denne boken blir klienten Den andre. En antologi om klienten

kunne også hatt egne kapitler om makt eller mangfold i terapirommet. Hvilke erfaringer velger klienter å dele eller *ikke* dele i terapi? Klienters perspektiv på forverring og manglende endring i terapi burde også vært mer adressert. Dette er et viktig tema, selv om det kanskje ikke er den historien vi ønsker å høre.

Denne boken er viktig fordi den utvider måtene vi tenker om psykoterapi. Bidragsyterne påpeker at mye av faglitteraturen er terapeut-sentrert. Det er et paradoks at vi retter mye oppmerksomhet mot forskjeller mellom ulike terapeutiske metoder og terapeutiske ferdigheter, når forskning peker på at klientfaktorer forklarer den største andelen av varians i utfall i psykoterapi. Fuertes fremhever at klienten har erfaringer og kunnskap vi ikke alltid forstår, og som har vært underbelyst – men som kan være avgjørende i psykoterapi. Det er et viktig gap mellom våre terapeutiske intensjoner og metoder – og erfaringene til menneskene vi ønsker å hjelpe. Som de sier på T-banen: *mind the gap*. ✘

REFERANSER

- Asay, T. & Lambert, M. J. (1999). The empirical care for the common factors in therapy: Quantitative findings. I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy*. American Psychological Association.
- Bohart, A. C. & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. I *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (Vol. 6, pp. 219–257). Wiley.
- Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (2007). *Insight in psychotherapy*. American Psychological Association.
- Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (2012). *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. American Psychological Association.
- Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (2017). *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (First Edition. ed.). American Psychological Association.
- von der Lippe, A., Nissen-Lie, H. A. & Oddli, H. W. (Eds.). (2014). *Psykoterapeuten: En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi*. Gyldendal akademisk.
- Wampold, B. E. (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *Eds.*, *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2 ed., pp. 49–81). American Psychological Association.



Boken er et viktig bidrag til en mer helhetlig forståelse av hvordan psykoterapi virker

Vil du anmelde i Psykologtidsskriftet?

Vi hører gjerne fra deg hvis du vet om en bok eller nylig har lest en fagbok du ønsker å dele med psykologkolleger.

Redaksjonen bistår med å skaffe anmeldereksemplarer.

En anmeldelse skal være en kort tekst (3000–6000 tegn med mellomrom).

Kontakt oss for mer informasjon redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Skriv for oss/anmeldelser:



Samhandling – for å få med de som glipper for oss

Tidligere hendte det at mennesker ble bergtatt av de underjordiske. Det var i alle fall den godtatte forklaringen når unge gjetergutter og seterjenter plutselig ble borte. Da ringte bygda med kirkeklokkene for å få dem ut av fjellet, og de lette etter dem for å føre dem tilbake. De gjorde det av hensyn til de som var blitt borte, men også fordi samfunnet trengte alle hendene og alle hodene, og ikke hadde råd til å miste god arbeidskraft.

FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN



TEKST

Arnhild Lauveng,
Visepresident med
ansvar for fag- og
profesjonspolitikk

Vi trenger også alle hendene og alle hodene. Det blir flere eldre i Norge. Hvis vi skal ta vare på dem på en god måte, samtidig som resten av samfunnet skal fungere, trenger vi all tilgjengelig arbeidskraft. Vi tror ikke lenger på underjordiske, men vi er i en situasjon hvor vi som samfunn stadig mister ungdom, ikke til huldrefolk, men til sykdom. Tall fra Nav viser at den raskest voksende gruppen uføre er unge under tretti år – og svært mange av disse blir uføre på grunn av milde til moderate psykiske lidelser. Plager som kunne vært forebygget og behandlet, ved hjelp av tidlig, lokal, og tverrfaglig innsats.

Samordning mellom fastlege og kommune-psykolog har vært prøvd ut, med gode resultater, mange steder i landet. I mars var deltagere fra 16 primærhelseteam samlet i Oslo. Flere av dem kan fortelle om gode erfaringer og gode resultater med tverrfaglige team hvor lege, psykolog, fysioterapeut og sykepleier samarbeider om å gi gode tilbud til befolkningen. Noen av resultatene av et slikt samarbeid er for eksempel tidligere oppdagelse og rask behandling av psykiske lidelser, bedre tverrfaglig hjelp til de med sammensatte og varige plager, og bedre vurderinger av når det er nødvendig å henvise til spesialisthelsetjenesten.

For det er selvfølgelig ikke bare unge og voksne med milde og moderate vansker som trenger at helsepersonell samarbeider. Dette er enda viktigere for personer med sammensatte vansker, som skrøpelige eldre, personer med rusavhengighet, personer med nedsatt kognitiv funksjon, personer med alvorlige psykiske lidelser og de med kroniske og sammensatte helseplager – mennesker som ofte i liten grad selv etterspør helsetjenester, og som ofte får et dårlig tilbud i helsevesenet.

For det enkelte mennesket i en vanskelig situasjon, kan et slikt samarbeid være avgjørende og livsendrende. Samtidig er dette er også god samfunnsøkonomi. Personer med langvarige og sammensatte vansker vil ofte ha stadige tilbakevendende kriser, og det vil gjerne oppstå nye problemer, fysisk, psykisk og sosialt. Hvis disse kan få tilpasset og rask hjelp lokalt når nye problemer oppstår, kan man forhindre at krisene utvikler seg til større, og langt mer belastende og ressurskrevende tilstander. Men for å få til dette, trengs det endringer.

Til tross for at kommunene er lovpålagt å ha psykologkompetanse i helsetjenesten, er det én av fem kommuner som ikke har tilknyttet psykolog. Flere andre kommuner deler på én psykolog, eller har psykolog tilknyttet utelukkende via digitale løsninger.

Samtidig vet vi at mange psykologer i kommunen opplever oppgavene som overveldende, og at det er dårlig definerte arbeidsoppgaver. Det er også store forskjeller mellom kommunene – noen kommuner har først og fremst tilbud til barn og familier, andre tilbyr rask psykisk helsehjelp til voksne. Svært få arbeider med eldre, eller med personer med sammensatte og alvorlige vansker.

Det er derfor en viktig oppgave for NPF å fortsette å arbeide for et godt psykisk helse-tilbud i kommunene, og for gode arbeidsforhold for psykologer i kommunen. Det betyr blant annet bedre finansieringsordninger, at kommunene blir flinkere til å rekruttere og beholde psykologer, at arbeidsoppgaver blir tydeligere organisert, at vi får gode og nyttige systemer for samhandling, og gode og hensiktsmessige systemer for registrering av arbeid.

Sidene merket
Medlemsnytt
er produsert av
Psykologforeningen
og redaksjonelt
uavhengig av
Tidsskrift for Norsk
psykologforening.

Utveksling av opplysninger i helsefaglige arbeidsfellesskap

Helsepersonelloven § 25 a gir helsepersonell adgang til å dele taushetsbelagte opplysninger i helsefaglige arbeidsfellesskap. Formålet er å legge bedre til rette for at helsepersonell kan lære av hverandres erfaringer, og samtale om pasientbehandlingen.

Slik kan helsehjelpen få enda bedre kvalitet og pasientsikkerheten styrkes.

Bestemmelsen gir ikke grunnlag for å gjøre journaloppslag. Tilgjengeliggjøring etter bestemmelsen vil først og fremst være muntlig.

Følgende betingelser må være oppfylt for at helsepersonell kan dele taushetsbelagte opplysninger med hverandre etter § 25 a:

Personell i helsefaglige arbeidsfellesskap

Begrepet «helsefaglige arbeidsfellesskap» er dynamisk, og omfatter ulike typer arbeidsfellesskap og ulike typer organisasjonsstrukturer. Et arbeidsfellesskap vil ofte være innen en og samme virksomhet, for eksempel morgenmøter og møter i vaktskiftesituasjoner.

Et arbeidsfellesskap kan også dannes på tvers av nivåene i helse- og omsorgstjenesten, eller på tvers av det offentlige og private. Et eksempel er arbeidsfellesskap i tverrfaglige team.

Det er ikke krav om samarbeid om en konkret pasient for å være del av samme arbeidsfellesskap, som det er etter helsepersonelloven § 25. Det er nok at man arbeider med samme grupper eller typer pasienter eller helsefaglige oppgaver. I helsefaglige arbeidsfellesskap må man jobbe sammen om en felles oppgave, men hva dette er må forstås skjønnsmessig avhengig av hvilke helsefaglige oppgaver fellesskapet skal ivareta.

Formålsbegrensning

Taushetsbelagte opplysninger kan bare deles mellom helsepersonell i helsefaglige arbeidsfellesskap, dersom formålet med informasjonsdelingen omfattes av formålene opplistet i § 25 a:

- **Støtte helsepersonell i å treffe beslutninger om helsehjelp:** Helsepersonell har plikt til å innhente bistand fra kolleger der dette er nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp. Bestemmelsen skal sikre at kolleger som gir bistand vil kunne dele opplysninger om tidligere pasienter for å yte forsvarlig helsehjelp til den aktuelle pasienten.

- **Sikre forsvarlig opplæring av helsepersonell:** Dette kan for eksempel omfatte lærings situasjoner hvor uønskede hendelser gjennomgås, hvor helseopplysninger knyttet til de uønskede hendelsene deles. Pasient-kasistikker kan brukes ved internundervisning av personell i opplæring på sykehus.
- **Gjennomføre helsehjelp i virksomheten:** Det er ikke krav til at det enkelte helsepersonell må ha behov for opplysningene for å selv yte helsehjelp eller for selv å lære, men unntaket skal sikre forsvarlige prosesser i helsetjenesten. For eksempel vil deling av pasientopplysninger i morgenmøter og vaktskiftesituasjoner være lovlig, selv om ikke *alt* helsepersonell/ studenter som er til stede skal yte helsehjelp til *alle* pasientene som diskuteres. Studenter kan diskutere og reflektere rundt vanskelige tilfeller med en veileder uten behandlingsansvar for aktuell pasient.

Dataminimering

Prinsippet om dataminimering i personvernforordningen tilsier at det ikke skal deles flere opplysninger enn hva som er nødvendig for å oppnå formålet med delingen. Dette må det i stor grad bli opp til helsepersonellens faglige skjønn å vurdere. Ofte vil det ikke være behov for å bruke navn for å få faglig nytte av erfaringsutveksling og diskusjon. I andre tilfeller vil det kunne være helt nødvendig, for eksempel i morgenmøter og andre vaktskiftesituasjoner.

Pasientens rett til å motsette seg deling av opplysninger etter bestemmelsen må ses i sammenheng med retten til å motsette seg deling av opplysninger med samarbeidene personell i helsepersonelloven § 25 og § 45. Hvis en pasient motsetter seg deling av helseopplysninger etter en av disse bestemmelsene, må det antas at vedkommende også motsetter seg deling av opplysninger etter bestemmelsen i § 25 a.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST Rikke Solbakke, spesialrådgiver

Psykologtidsskriftets nyhetsbrev

Hold deg oppdatert

I nyhetsbrevet får du presentert et utvalg av de nyeste sakene som er publisert i siste utgave av Psykologtidsskriftet, samt de siste stillingsutlysningene.

MELD DEG PÅ:

Det er flere måter å abonnere på nyhetsbrevet. Du kan bruke QR-koden til høyre, besøke **psykologtidsskriftet.no**, eller melde deg på direkte her: **<http://eepurl.com/dN8XqT>**



Vil du skrive for Psykologtidsskriftet?

Vi ønsker ditt manuskript velkommen

Med et opplag på over 10 000 er Psykologtidsskriftet en enestående arena for deling av erfaringer, kunnskaper, meninger og faglige inspirasjoner med psykologkollegaer.

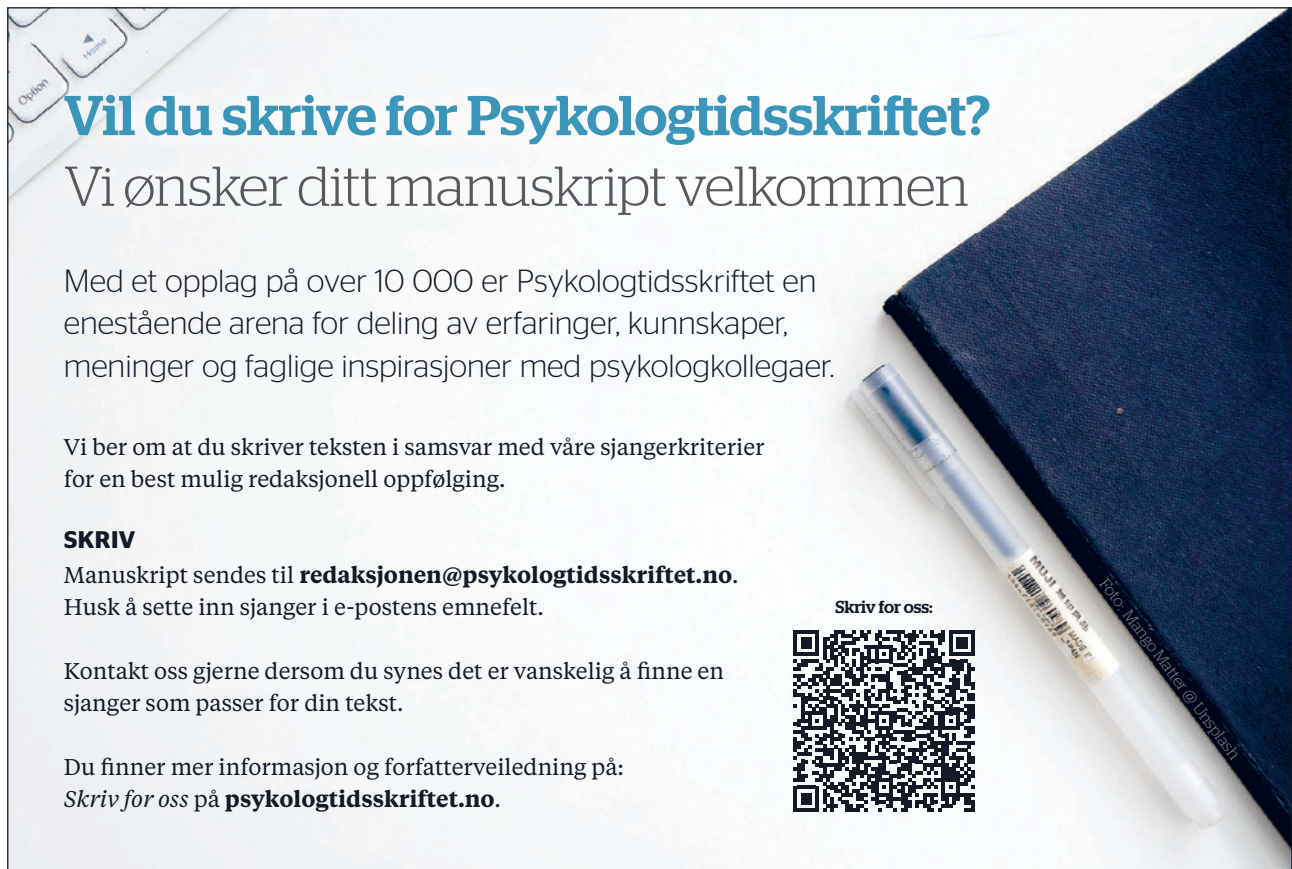
Vi ber om at du skriver teksten i samsvar med våre sjangerkriterier for en best mulig redaksjonell oppfølging.

SKRIV

Manuskript sendes til **redaksjonen@psykologtidsskriftet.no**. Husk å sette inn sjanger i e-postens emnefelt.

Kontakt oss gjerne dersom du synes det er vanskelig å finne en sjanger som passer for din tekst.

Du finner mer informasjon og forfatterveiledning på: *Skriv for oss* på **psykologtidsskriftet.no**.





Norsk Karakteranalytisk Institutt
 utdanning i karakteranalyse og kroppsorientert psykoterapi

To-årig grunnseminar

Neste oppstart høstsemesteret 2023

Videreutdanning i karakteranalyse og kroppsorientert psykoterapi

Utdanningen gir en innføring i psykoanalytisk og karakteranalytisk teori og metode. Psykologer og leger kan søke, og det er et krav at kandidaten har minimum to års klinisk praksis. Grunnseminaret har et begrenset antall plasser og består av 200 timer undervisning over fire semestre.

Grunnseminaret inngår i den karakteranalytiske utdanningen som er **godkjent som fordypningsprogram i spesialiteten i psykoterapi** (Norsk psykologforening). Som kandidat ved NKI har du også anledning til å søke refusjon fra HELFO for behandlingstimer du gir under utdanningen.

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

Søknadsskjema sendes til
kontor@karakteranalyse.no

Søknadsfrist: 31. mai 2023
 På grunn av begrenset plass anbefales det å søke tidlig.

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



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

12 dagers treningsprogram Acceptance and Commitment Therapy (ACT)



Bedre Terapeuter

Kursholdere: Psykologspesialistene A. T. Elen & T. Andersen. Dr. R. Bennett & Dr. D. Johnson.

Vil du bruke 12 dager på å vokse faglig og personlig, opparbeide deg god kjennskap til ACT, samtidig som du trener opp et bredt repertoar av ACT intervensjoner?

Vi tilbyr et omfattende program med nok dybdetrening til å anvende ACT i din kliniske praksis. Kurset er søkt godkjent som 72 timers vedlikehold av spesialiteten i psykologi.

Frist påmelding: 22. mai 2023

Sted: Tønsberg. Tollboden, Nedre Langgate 38.

Dato: 07 – 09 juni 2023. 30 august – 1 september 2023. 15 – 17 november 2023. 17 – 19 januar 2024.

Pris: 27.500 Kr. inkl. lunsj, kaffe og frukt.

Hjemmeside: www.bedreterapeuter.no

Kontakt: kontekstuell@gmail.com



Valgfritt program i

Psykologfaglig arbeid med omsorgsbetingelsene til barn i barnevernet

Det valgfrie programmet i psykologfaglig arbeid med omsorgsbetingelsene til barn i barnevernet skal gi deltageren økt kompetanse i psykologisk arbeid med barn og unge med utfordrende omsorgsbetingelser. Deltagerne vil få økt kjennskap til lovverk, forvaltning og hvordan barnevernet er organisert på statlig og kommunalt nivå.

Målgruppe

Psykologer som arbeider i en kontekst hvor barn og unges omsorgsbetingelser er et sentralt arbeidsområde. Psykologer må ha fullført obligatorisk program til spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi, voksenpsykologi, familiepsykologi eller samfunns- og allmennpsykologi.

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

Målsetting

Gjennom det valgfrie programmet i psykologfaglig arbeid med omsorgsbetingelsene til barn i barnevernet forventes det at psykologens profesjonskompetanse utvikles, slik at psykologspesialisten kan mestre komplekse og sammensatte oppgaver på dette feltet. Deltagerne får økt kunnskap om forvaltning av relevant lovverk og psykologisk kunnskap i en barnevernfaglig sammenheng, i tillegg til å øke kompetansen om barnevernsundersøkelser, vurderinger og tiltak.

Kursleder for programmet er Bernadette Christensen

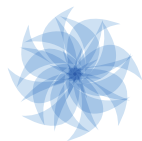
Sted og dato: Oslo, 28.-29. september 2023 (kurs 1)

Påmeldingsfrist: 24. august 2023

Medlemspris: kr 7 600 per kurs

Påmelding og informasjon

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



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30



Sett av datoene for årets

SEMINAR og ÅRSMØTE i Forening for psykologer i privat praksis (FPP)

26.–28. oktober 2023
Fretheim Hotel, Flåm
(Innerst i Aurlandsfjorden)

26.–27. oktober

Perspektiver på psykoterapi

- Menneskesyn og grunnethos
- Kunnskapsgrunnlag
- Eksistensialisme som metapsykologi
- Psykoterapi som et etisk prosjekt
- Epistemisk tillit som metapsykologi

v/Erik Stänicke og Ole Magnus Vik

28. oktober

Norsk psykologforening

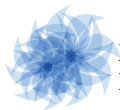
Informasjon og siste nytt fra Forhandlingsavdelingen

Seminaret starter torsdag 26. oktober kl. 09.00 og avsluttes lørdag 28. oktober kl. 12.00. Seminaravgiften blir sterkt subsidiert fra Norsk psykologforening sitt Fond til videre- og etterutdanning.

For påmelding - se ny annonse i Psykologtidsskriftets juninummer;

påmelding 1. juni–20. juni.

FPP er en forening for psykologer i privat praksis – heltid eller deltid – med og uten driftstilskudd. Deltakelse på seminaret krever medlemskap i foreningen.



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

UTDANNINGSAVDELINGEN



Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Fysisk oppmøte og digitalt.

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen, EMDR Europe Accredited Senior Trainer

Informasjon: www.emdrutdanning.no

Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet

som for tiden har ca 9 000 mottakere og sendes ut to ganger per måned

Annonseformat

Full bredde:

564 x høyde 120 piksler for kr 7 500

1/2 bredde:

264 x høyde 120 piksler for kr 4 500

For mer informasjon om annonsering, kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller telefon 23 10 31 33

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. juni**, frist for å bestille annonse til juni-utgaven er **15. mai**

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

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook



Valgfritt program i

Allmennpsykologi – psykologisk behandlingsarbeid i kommunal kontekst

Målgruppe

Psykologer som arbeider i kommunen og i førstelinjetjenester. Utdanningen er også aktuell for psykologer som driver privatpraksis eller som ønsker å øke sin allmennpsykologiske kompetanse utenom spesialistutdanningen

Psykologspesialister kan søke opptak til hele programmet som vedlikeholdsaktivitet. Da stilles ikke krav til praksis og veiledning.

Forventet læringsutbytte

Det valgfrie programmet i allmennpsykologi gir økt rolleforståelse for psykologen som behandler, samarbeidspartner og endringsagent i kommunal kontekst.

Psykologen skal etter programmet ha kompetanse mht.

- Forebygging og behandling av psykiske lidelser og rus
- Beherske metoder for å spre kunnskap og øke kompetanse – konsultasjon, veiledning, undervisning og formidling
- Håndtering av kriser og traumer i et kontekstuelt perspektiv
- Ressursorienterte intervensjoner

Kursleder for programmet er Heidi Wittrup Djup

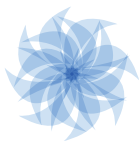
Sted og dato: Oslo, 18.-19. september 2023 (kurs 1)

Påmeldingsfrist: 14. august 2023

Medlemspris: kr 7 600 per kurs

Påmelding og informasjon

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



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30



Foto: Dora Vangi

– Det viktigste vi gjør er å gi mennesker håp til å fortsette, kraft til å håndtere de påtrengende minnene, og tro på at livet kan bli bra igjen.

Katrin Glatz Brubakk er barnepsykolog og har vært på flere oppdrag for Leger Uten Grenser, blant annet i Hellas og i Tyrkia.

– Å jobbe med traumatiserte barn når de lever i depriverte og utrygge betingelser, er ofte annerledes enn det lærebøkene beskriver og foreleserne påstår. Vi må holde fokus på mestring og å bygge resiliens. Det er masse improvisasjon og lek, slik at barna kan få et avbrekk fra bekymringer, løse opp stive kropp og “ snakke ” om det som ikke alltid har ord, forteller Katrin.

Stort behov for psykologer

Leger Uten Grenser gir psykisk helsehjelp og støtte til mennesker som har opplevd eller vært vitne til traumatiske hendelser. Målet er å minske risikoen for langvarige psykologiske skadevirkninger.

Ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO) vil én av fire mennesker oppleve å få en form for psykisk lidelse i løpet av livet. Likevel vil seks av ti av disse menneskene aldri oppsøke helsehjelp.

Tallet er høyere hvis man lever under forhold hvor man risikerer å bli forfulgt, man er på flukt fra væpnet konflikt, blir rammet av naturkatastrofer, eller man lever i områder med svært begrenset tilgang til helsehjelp. Derfor er nødvendigheten av å gi psykisk helsehjelp under humanitære kriser helt essensielt.

– Det viktigste vi gjør er å gi mennesker håp til å fortsette, kraft til å håndtere de påtrengende minnene, og tro på at livet kan bli bra igjen, avslutter Katrin.

Leger Uten Grenser trenger deg som er psykolog!

Scan QR-koden eller les mer på legerutengrenser.no/jobb-for-oss



Helse Sør-Øst RHF



Ledige avtalehjemler i psykologi

Helse Sør-Øst RHF har avtale med ca 950 legespesialister og psykologspesialister gjennom avtalespesialistordningen. Avtalespesialistene skal bidra til å oppfylle sørge for-ansvaret til Helse Sør-Øst RHF.

Fullstendige stillingsannonser og elektroniske søknadskjemaer finner du på hjemmesiden: helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger



PSYK
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

Ønsker du å lese stillingsannonser fra Psykologtidsskriftet raskest mulig? Vi sender deg gjerne oversiktlisten som du kan sjekke på Internett. Alle stillingsannonser 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 2023

SPELPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 900.

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 27 per sp.mm.

Fargetillegg kr 12 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 3 105, samme format i farger kr 4 485.

SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 500.

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 900, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 900. Nettannonser har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
6	15.05	01.06
7	19.06	03.07
8	17.07	01.08
9	18.08	01.09
10	18.09	02.10
11	18.10	01.11
12	17.11	01.12

ANNONSEFORMATER

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

PRISER: STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER

Format	4 farger	Sort
1/1 side	18 500	16 900
1/2 side	14 500	12 900
1/4 side	12 500	10 900

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.

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

23 10 31 30

hakon@psykologforeningen.
no**Visepresidenter****Hanne Indregard Lind**

948 05 153

h_indregard@hotmail.com

Arnhild Lauveng

913 17 162

arnhild@
psykologforeningen.no**Medlemmer****Eva Therese Næss**

971 01 119

eva.th.naess@gmail.com

Siri Næs

902 68 699

Siri.naes@gmail.com

Ann Birgithe Solheim**Eikholm**

971 29 052

abseikhom@gmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit

909 98 052

bjartebruntveit@yahoo.no

Chris Margaret Aanonsen

957 92 616

chris.m.aanonsen@gmail.
com**Lars Ravn Øhlckers**

908 81 250

larsravnohlckers@gmail.com

Eldrid Robberstad

475 00 308

Eldrid.robbestad@sola.

kommune.no

Varmedlemmer**Alf Martin Eriksen (1. vara)**

909 65 138

alfmeriksen@gmail.com

Sebastian Gulbrandsen**(2. vara)**

926 93 702

sebastian.gulbrandsen@
gmail.com**Kristin Haugholt (3. vara)**

951 72 032

kristinhaugholt@hotmail.
com**Jørgen Edvin Westgren****(4. vara)**

911 16 616

joergenwestgren@gmail.com

LOKALAVDELINGER**Akershus****Maria Nylund**

maria_nylund@hotmail.com

997 98 973

Aust-Agder**Lars Petter Lopez-Røed**

larpro82@gmail.com

408 72 505

Buskerud**Henriette Alsaker**

henriette.alsaker@gmail.com

997 22 725

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**Ragnhild Ese**

ragnhild.es@gmail.com

920 11 528

Nord-Trøndelag**Julie Valen**

psyk.valen@gmail.com

924 90 532

Nordland**Miriam Ryssdal**

miriam.ryssdal@gmail.com

926 53 473

Oppland**Iver Sørlie Røhr**

iversr@gmail.com

916 35 382

Oslo**Birgit Aanderaa**

biraan@ous-hf.no

917 12 983

Rogaland**Marie Tonette Solhaug****Hansen**

marietsh@yahoo.no

977 34 812

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

Vest-Agder**Øyvind Buli Føreland**

vestagder@

psykologforeningen.no

948 84 351

Vestfold**Paul André Myhrer**

amyhrer@gmail.com

990 41 900

Troms**Ida Atalie Falch**

Ida.atalie@gmail.com

Østfold**FAGETISK RÅD****Mette Ekenes****Garmannslund, leder**

Rådgivningstelefon

480 58 723, onsdager

kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER****Mariann Stadler, leder,**

e-post mariannstadler@

gmail.com, tlf. 918 03 110

**LØNNS- OG
ARBEIDSLIVS-
UTVALGET****Hanne Indregard Lind,**

leder/KTV Helse Sør-øst

tlf. 948 05 153

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS****Hanne Indregard Lind,**

leder, e-post h.indregard@

hotmail.com

tlf. 948 05 153

SPESIALITETSRADET**Arnhild Lauveng, leder,**

e-post arnhild@

psykologforeningen.no

tlf. 913 17 162

**FAG- OG
PROFESJONSRADET****Arnhild Lauveng, leder,**

e-post arnhild@

psykologforeningen.no

tlf. 913 17 162

FAGUTVALGENE**Felleselementene**

Johan Siqveland, e-post
johan.siqveland@gmail.com,
tlf. 922 90 143

**Barne- og
ungdomspsykologi**

Kjersti Hamre Lotsberg,
e-post k_hamre@hotmail.
com, tlf. 416 57 694

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**Psykoterapi**

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

Voksenpsykologi

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

Nevropsykologi

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

Habiliteringspsykologi

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

Arbeidspsykologi

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

**Samfunn- og
allmennpsykologi**

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

Organisasjonspsykologi

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

Klinisk helsepsykologi

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

**GODKJENNINGS-
UTVALGET**

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

**ANKEUTVALGET FOR
SPESIALISTSAKER**

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

**FAGUTVALG FOR
RETTPSYKOLOGI OG
SAKKYNDIGHET**

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

**STUDENTPOLITISK
UTVALG**

Emma Røisland Torsvik,
e-post emmartorsvik@
gmail.com,
tlf. 979 62 540

KLIMAUTVALGET

Tuva Bræin, e-post
tuvabraein@gmail.com,
tlf. 458 52 172

**FORSKNINGSPOLITISK
UTVALG****MENNESKERETTIG-
HETSUTVALGET**

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

TESTPOLITISK UTVALG

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

**YNGRE PSYKOLOGERS
UTVALG**

Helén Ingrid
Andreassen, e-post ypu@
psykologforeningen.no

**VALGKOMITEEN
I NORSK
PSYKOLOGFORENING**

Arne Holen, leder,
e-post arnenpf@
nevropsykologholen.no,
tlf. 922 30 383

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Kristina Høyer,
kommunikasjonssjef,
e-post kristina@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
e-post linda@
psykologforeningen.no

Jus og arbeidslivsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef, e-post
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen,
fagsjef, e-post kim@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik,
utdanningssjef,
e-post bjornhild@
psykologforeningen.no
Kontakt kurs@
psykologforeningen.no

**NORSK
PSYKOLOGFORENING**

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

Innhold

- 282 **Frykter romantisering av psykisk uhelse**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 286 **Unges forståelser av åpenhet om psykiske problemer: en kvalitativ studie**
Originalartikkel | Rolandsgard et al.
- 297 **Samhandling med pårørende og profesjonelle tjenester**
Ny vitenskapelig artikkel | Gamme et al.
- 298 **Utviklingstraumer ved livets begynnelse**
Fagessay | Nils Eide-Midsand
- 303 **Kjønnforskjell i depresjon**
Oppsummert | Morken et al.
- 306 **Behandling av dyssosial personlighetsforstyrrelse i fengsel**
Fra praksis | Ani Elise Pilavian Vik
- 312 **Vår vegring mot å prioritere**
Etikkpanelet | Heidi Svendsen Tessand & Sara Riise
- 316 **MENINGER**
Kronikk: Usikker forbindelse mellom skjermtid og psykisk uhelse | Rune Johan Krumsvik (s. 320)
Debatt: Kjønnsinkongruens (s. 316), Organisasjonpsykologi (s. 319), Fellesprogrammet (s. 324), Digitalisering (s. 325)
- 326 **Når psykologrollen ikke er nok**
Nye stemmer | Sidsel Fjelltun
- 328 **INNTRYKK**
Anmeldelser: Helende om Reich (s. 328), Har vi glemt klienten? (s. 331)
- 337 **Annonser**
- 341 **Stillingsannonser**