

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



# PSY KOL OGI

Vol. 60 nr. 07 2023

---

## **Hei Kropp og selvfølelse**

*Fiskum & Tetlie-Eik  
Originalartikkel*

---

## **PROFESJONS- STRID I 1950**

*Fagessay*

---

## **Kampen om profesjons- utdanningen**

*Aktuelt*

---

## **Jo, foreldre gjør en forskjell**

*Debatt*

# 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** 17.07, 18.08, 18.09, 18.10, 17.11

Denne utgaven ble godkjent til trykk 23.06.2023

**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](http://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 Stånicke, Jens Thimm og Espen Walderhaug

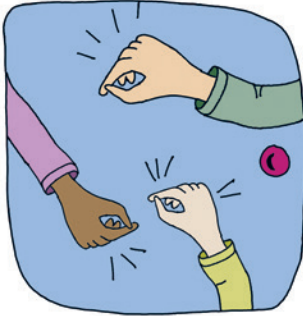
### © Tidsskrift for Norsk psykologforening

Alt innhold på [www.psykologtidsskriftet.no](http://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-/figurteksten. 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.



ILLUSTRASJON: NORA SKJERDINGSTAD



Voksne oppsøker hjelp for å unngå å handle på seksuell interesse for barn tilsier erfaringer fra Oslo Universitetssykehus. Fra praksis. Side 436

ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTHIMARK



I Norge jobber færre en ti psykologer kommunalt med personer over 60 år. Det kan være etisk problematisk. Etikkpanelet. Side 442

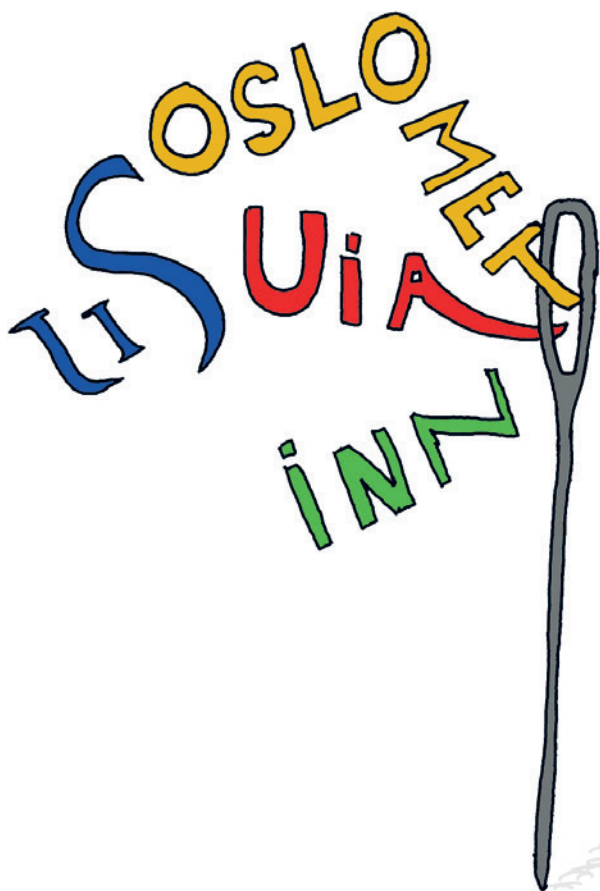
ILLUSTRASJON: KKH/A / SHUTTERSTOCK / NTB SCANPIX



*BED* – en lærebog om Binge Eating Disorder gir et kjærkomment rammeverk for behandling av overspisingslidelse. Bokanmeldelse. Side 460

## Innhold

- 406 Kampen om psykologutdanningen**  
Aktuelt | Per Halvorsen
- 414 Erfaringer med samtalekortene *Hei Kropp og selvfølelse*: en kvalitativ undersøkelse**  
Originalartikkel | Fiskum & Tetlie Eik-Nes
- 423 Nevropsykologiske senskader hos boksere: en systematisk gjennomgang**  
Ny vitenskapelig artikkel | Helene Skogseth
- 424 Profesjonsstriden mellom Langfeldt og Schjelderup**  
Fagessay | Gunvald Hermundstad
- 436 «Det finnes hjelp» - et tiltak for å forebygge seksuelle overgrep mot barn**  
Fra praksis | Friestad et al.
- 442 Hvorfor lider psykologer av aldersvegring?**  
Etikkpanelet | Anna Helle-Valla
- 446 MENINGER**  
Debatt: Tilknytning (s. 446), Tverrfaglig samarbeid (s. 448), Kjønnsinkongruens (s. 450 & 452), Forskningsetikk (s. 454), Fellesprogrammet (s. 456)
- 448 Helse gjennom stolthet**  
Nye stemmer | Runa Kongsvik
- 460 INNTRYKK**  
Anmeldelser: Oversiktlig om forsømt pasientgruppe (s. 460), En bok som smerter og lindrer (s. 462)
- 465 Annonser**
- 467 Stillingsannonser**



# Kampen om psykolog- utdanningen

Fire aktører kjemper om å få bli den femte institusjonen som tilbyr psykologutdanning i Norge. Etablerte studier frykter for utdanningskvaliteten. Statistisk sentralbyrå spår overskudd på psykologer.

## TEKST

Per Halvorsen

## ILLUSTRASJON

Nora Skjerdingstad

**UNIVERSITETET I STAVANGER.** Universitetet i Agder, OsloMet, Høgskolen i Innlandet.

Alle fire drømmer om å opprette profesjonsstudium i psykologi. Går drømmene i oppfyllelse, vil norske utdanningsinstitusjoner i framtiden produsere nærmere 150 flere psykologer i året enn de som i dag klekkes ut ved universitetene Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø.

Men først må de nye aktørene slippe gjennom nåløyet.

## OMDISKUTERT PSYKOLOGBEHOV

I Stavanger er de sterke i troen:

– Jeg er sikker på at Universitetet i Stavanger før eller siden får lov til å utdanne psykologer.

Det sier Turid Borgen. Hun er dekan ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet ved Univer-

sitetet i Stavanger (UiS). Vi møter henne i oljebyen noen måneder etter at fakultetet hun leder, fikk tommelen ned fra Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen (NOKUT).

Det er de som på vegne av Kunnskapsdepartementet akkrediterer studietilbud og fører tilsyn med at institusjoner for høyere utdanning holder faglig mål. NOKUT mener Stavangermiljøet manglet forskningskompetanse «... innen viktige områder for psykologifaget». Heller ikke praksistilbudet var skrudd godt nok sammen, ifølge begrunnelsen for avslaget.

UiS bestrider flere av NOKUTs vurderinger og har påklaget vedtaket. Klagebehandlingen forventes ferdig i løpet av sommeren. Mens universitetet venter på en avgjørelse er de i full gang med å skrive en ny søknad med innleve-

ringsfrist 15. september. Kommer finansiering av studieplasser over statsbudsjettet på plass, mener Borgen de kan være klare med et tilbud til 48 studenter fra 2024.

Sammen med Universitetet i Agder ligger Borgen og co fremst i løypa blant dem som vil starte ny psykologskole her til lands. Borgen mener profesjonsutdanningen bør spres for å kunne imøtekomme befolkningens behov for psykologtjenester.

– Kommunepsykologdekningen i Rogalands-regionen er blant de dårligste i landet. Sannsynligheten for at vi får dekket behovet, øker om vi får etablere profesjonsutdanning i regionen, sier hun.

Borgen mener det er udiskutabelt at Norge trenger flere psykologer. Hun viser både til NAVs bedriftsundersøkelse som dokumenterer et underskudd på 350 psykologer i 2023, og til Opptrappingsplanen for psykisk helse som ble lagt fram i begynnelsen av juni. Den dokumenterer at etterspørselen etter psykisk helsehjelp øker, ikke minst blant barn og unge.

Spørsmålet om hvor mange psykologer vi trenger i framtiden, er likevel omstridt. Tar vi utgangspunkt i dagens utdanningskapasitet og ser et par tiår fram i tid, peker pilene til Statistisk sentralbyrå mot en betydelig overdekning (Se egen sak).

## IKØ FOR Å UTDANNE

Det rokker ikke ved motivasjonen til de nye aktørene. Får noen av dem grønt lys, vil det være første gang siden psykologstudiet ved NTNU i Trondheim ble opprettet i 1995, at det rulles ut et nytt profesjonsstudium i Norge.

**Universitetet i Agder (UiA)** er i prosess med en ny søknad etter å ha fått avslag ved årsskiftet, langt på vei med samme begrunnelse som sine kolleger i vest. En ny søknad er underveis med innleveringsfrist 15. september, under forutsetning av at NOKUT opprettholder tidsfristen. Det opplyser rektor Sunniva Whittaker, som planlegger for 40 studieplasser om de får gjennomslag.

**OsloMet** jobber med planer for et profesjonsstudium lokalisert til sin campus på Romerike. Universitetet er i kontakt med Ahus og kommunene på Romerike om å opprette praksisplasser. Avhengig av finansiering er tanken å utdanne 40–45 psykologer årlig. Det er ikke inngått samarbeidsavtaler med andre utdanningsinstitusjoner. Søknad sen- »

## Scientist-practitioner-modellen

Scientist-practitioner-modellen blir beskrevet i Forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning. Der heter det i § 2 at:

«Profesjonsutdanningen i psykologi gir kandidatene evidensbasert kompetanse om psykologi som anvendt praktisk fag, som klinisk utøvende fag, og som forskningsfelt. Gjennom kontinuerlig integrasjon av teori, empiri, ferdighetstrening og praksis fører utdanningen fram til graden cand. psychol.»

– Jeg er sikker på at Universitetet i Stavanger før eller siden får lov til å utdanne psykologer

*Turid Borgen, dekan UiS*



**OPTIMIST** Dekan Turid Borgen er sikker i sin tro på at det snart opprettes profesjonsstudium ved Universitetet i Stavanger. Foto: Per Halvorsen.

## Spår psykologoverskudd

Vi bør tenke oss om før vi øker utdanningskapasiteten for psykologer, mener forsker som har sett på framtidens psykologbehov.

- **ANTALL PSYKOLOGER** har økt de siste årene. Holdes utdanningskapasiteten konstant, vil tallet på psykologer øke merkbart. Om 20 år kan vi oppleve et stort overskudd.

Det sier Nils Martin Stølen i Statistisk sentralbyrå (SSB) til Psykologtidsskriftet. Han er en av forskerne bak Helsemod-rapportene som med jevne mellomrom forteller oss hva slags helsepersonell vi vil trenge i framtiden.

Ifølge NAVs bedriftsundersøkelse er det i øyeblikket en manko på 350 psykologer her til lands.

Denne utviklingen vil kunne snu til et overskudd på 1800 i 2040, ifølge Stølen.

- Utviklingen gjør at vi bør tenke oss om før vi øker utdanningskapasiteten, sier han.

Han medgir at beregningene er usikre.

De tar utgangspunkt i dagens utdanningstakt, behandlingstilbud og økonomiske utvikling i privat og offentlig sektor. Betydningen av disse faktorene kan endre seg.

- I SSB har vi ikke spesifikke kunnskaper for hvordan behov for psykologiske tjenester vil utvikle seg. Nå ser vi at mange unge sliter. Det kan få konsekvenser for framtidige behandlingsbehov. Er politikerne villige til å øke behandlingsskapasiteten også i fortsettelsen, vi psykologbehovet bli større enn våre anslag viser, sier Stølen.

En annen driver er utviklingen i realinntekt. Fortsetter den å vokse, vil befolkningen tradisjonelt etterspørre mer helse-tjenester.

- Nå ser vi at mange unge kommer skeivt ut. Det indikerer at etterspørselen kan øke mer enn vi har lagt til grunn. Om utdanningskapasiteten reelt sett bør øke utover dagens nivå, er likevel et annet spørsmål, sier han.



**SER FRAMOVER** Forsker Nils Martin Stølen ved Statistisk sentralbyrå mener det er usikkert om utdanningskapasiteten for psykologer bør øke. Foto: Per Halvorsen

des NOKUT høsten 2024, opplyser dekan Gro Jamtvedt ved Fakultet for helsevitenskap.

**Høgskolen i Innlandet (HINN)** utdanner årlig 120 studenter med bachelorgrad i psykologi. Langt de fleste av dem tar en klinisk master i utlandet (i all vesentlighet Danmark), og kommer tilbake til Norge og jobber på lisens før de får autorisasjon. Dekan Marit Roland påpeker at HINN på denne måten allerede leverer en god andel psykologer til norsk helsevesen, om enn indirekte.

Høgskolen har ennå ikke søkt om akkreditering, men har nedsatt en prosjektgruppe for å utrede muligheten for en fullverdig psykologutdanning i egen regi. Hvor mange psykologer de eventuelt kan utdanne hvert år, har hun ikke tall for.

- Vi innser at det er krevende, men på lang sikt er det det vi ønsker å tilby. Vi mener at fagmiljøet vi har bygget opp, gir oss et godt utgangspunkt, og Innlandet trenger flere psykologer, sier hun.

Hun sier HINN er åpen for å samarbeide med et universitet som allerede tilbyr psykologutdanning. Tidligere i år tok de opp spørsmålet i et møte med Psykologisk institutt og Samfunnsvitenskapelig fakultet ved Universitetet i Oslo, uten at det ga resultater.

### MONOPOLET SOM SPRAKK

Profesjonsstudiet i psykologi tilbys i dag ved universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø, som utdanner til sammen cirka 330 psykologer i året. I tillegg kommer psykologer med eksamen fra utlandet. I 2021 gjaldt det en tredjedel av alle psykologer som ble autorisert. Men psykologutdanning fra utlandet gjør deg ikke gryteklar for norsk helsevesen. Før du blir autorisert og kan jobbe selvstendig, må du gjennom en lisensperiode med veiledning av psykologspesialist.

Utdanningsmonopolet sprakk da Stortinget opphevet den såkalte gradsforskriften i 2021. Frislippet, som også gjaldt juss og teologi, ble blant annet begrunnet med behovet for å styrke universitetenes autonomi, ønsket konkurranse om studentene og å stimulere til nye ideer. Siden den gang har vi fått en regjering som er over gjennomsnittet opptatt av desentralisering. I Hurdalsplattformen tas det til orde for å øke antallet studieplasser i områder med «... særlig stort kompetansebehov». Målet gjentas i Stortingsmeldingen «Utsyn



#### FORVENTER AKKREDITERING.

Et samlet fagmiljø står bak søknaden fra Universitetet i Stavanger. Fra venstre: klinikkssjef for barn, unge og rusavhengige Lars Conrad Moe, psykologfaglig rådgiver Lars Ravn Øhickers, dekan Turid Borgen og psykologprofessorene Kolbjørn Brønnick og Jone Ravndal Bjørnstad.  
Foto: Per Halvorsen

over kompetansebehovet i Noreg», som forskningsminister Ola Borten Moe la fram i slutten av mars.

De politiske vindene blåser altså i retning av større geografisk spredning av høyere utdanning. Borten Moe vil imidlertid ikke røpe om han har nye studieplasser for psykologer i ermet og henviser til de årlige budsjettprosessene. I en e-post til Psykologtidsskriftet skriver han at det er opp til utdanningsinstitusjonene selv å dimensjonere studietilbudet etter lokale og regionale behov for kompetanse.

Iveren etter å produsere psykologer på nye utdanningsinstitusjoner vekker liten jubel i de fire profesjonsbyene. Får nye aktører slippe til, frykter de at det vil gå ut over utdanningskvaliteten.

Dekan Norman Anderssen ved Det psykologiske fakultet i Bergen påpeker at det skal svært mye til for å bygge opp en seksårig integrert utdanning i psykologi i tråd med nasjonale kvalitetskrav.

– Det er krevende, og det er kostbart. I den grad det er et politisk ønske om å utdanne flere psykologer, vil det derfor være naturlig å opprette nye studieplasser ved allerede eksisterende utdanninger, sier han.

En løsning mener han kan være å la studentene ta deler av utdanningen utenfor byene.

– Våre fagmiljøer har omfattende erfaring med desentraliserte emner, og jeg ser ikke bort fra å få på plass noe tilsvarende for psykologprogrammet, sier han.

#### FRYKTER MINIMUMSBEMANNING

Leder for Institutt for psykologi i Tromsø, Per Håkan Brøndbo, skjønner ønsket om å etablere profesjonsutdanninger på steder som sliter med å »

– Hvis våre ansatte rekrutteres til nyetablerte profesjonsutdanninger lenger sør, er jeg bekymret for rekrutteringsgrunnlaget

*Per Håkan Brøndbo, instituttleder, UiT*



**KONKURRANSE** Blir konkurransen om akademisk personell for tøff, kan det gå mot minimumsbemanning ved profesjonsutdanningen i Tromsø, sier instituttleder Per Håkan Brøndbo. Foto: Privat

rekruttere psykologer. Studiet han leder ble etablert for å trekke kompetanse mot nord.

I dag viser universitetets egen undersøkelse at 75 % av profesjonsstudentene blir i regionen.

Instituttlederen er imidlertid bekymret for at nye studiesteder skal føre til hardere konkurranse om akademisk personell.

– Hvis våre ansatte rekrutteres til nyetablerte profesjonsutdanninger lenger sør, er jeg bekymret for rekrutteringsgrunnlaget. Vi risikerer å nærme oss minimumsbemanning på enkelte områder, særlig der det er behov for dobbeltkompetanse, sier han.

– *Hva skjer hvis dere ikke møter minimumsbemanningen?*

– I verste fall mister vi muligheten til å ha profesjonsstudium, sier Brøndbo.

Også instituttleder ved NTNU, Magne Arve Flaten, mener det er vesentlig at nye aktører som vil tilby profesjonsutdanning i psykologi, kan levere på kravene til nasjonale retningslinjer for psykologutdanningen.

– Det er 80 læringsutbyttebeskrivelser som favner hele psykologifaget. Det er viktig at vi opprettholder den høye kvaliteten på det norske profesjonsstudiet, sier han.

### AKADEMISKE MUSKLER

Profesjonsutdanningens karat utgjøres av den såkalte scientist-practitioner-modellen. Den innebærer at undervisningen i psykologisk teori og forskningsbasert kunnskap går hånd i hånd med psykologisk praksis gjennom hele studiet. Modellen forutsetter tilgang på undervisningskrefte som har kompetanse både innen forskning og klinikk og innenfor et mangfold av psykologiske emner. Mangfoldet er en forutsetning for å kunne tilby generalistutdanning i psykologi.

Ifølge psykologiprofessor Anne Kari Torgalsbøen ved Universitetet i Oslo er generalistutdanningen truet om undervisningsmiljøer uten nødvendige akademiske muskler får slippe inn på profesjonsmarkedet. I to debattinnlegg i Psykologtidsskriftet i 2021 gikk ut hun mot Universitetet i Agders (UiA) planer for et profesjonsstudium. Hun stilte spørsmål ved universitetets mulighet til å rekruttere nødvendig ekspertise innen psykologisk forskning, teori og ferdighetstrening på spesialistnivå.

I en telefonsamtale med Psykologtidsskriftet to år senere gjentar Torgalsbøen innvendingene. Framfor å spre profesjonsstudiet, vil hun øke utdanningskapasiteten ved eksisterende studiesteder. Hun henviser til instituttleder Bjørn Lau for ytterligere kommentarer. Lau vil imidlertid ikke bli intervjuet av Psykologtidsskriftet, og begrunner det i en SMS med « ... pågående interne prosesser ved Psykologisk Institutt ».

### SURR I SØR

Tidligere i år slapp UiO noe som kan minne om en katt, ut av sekken. Det skjedde da rektor Svein Stølen i en kronikk i Khrono i februar i år anserte planer om et desentralisert undervisningstilbud i psykologi i samarbeid med Campus Sør og Innlandet.

I kronikken fortalte Stølen om utviklingen av et tilbud om desentralisert legeutdanning i samarbeid med blant andre Sørlandet sykehus. Planen innebærer at UiO Campus sør tilbyr undervisning i to år av den kliniske delen av medisinstudiet. Han mente modellen også kan være anvendelig for psykologutdanningen, men ønsker ikke å utdype overfor Psykologtidsskriftet.



Rektor Sunniva Whittaker ved UiA sier hun ble overrasket da hun leste utspillet fra Stølen, men sier det ikke rokker ved egne planer. Hun sier planene for et profesjonsstudium er forankret i et samarbeid mellom Sørlandet sykehus, kommunene i regionen og Agder fylkeskommune. Sammen har de utarbeidet et strategidokument som forplikter til felles innsats for å opprette profesjonsstudium i psykologi ved UiA

– Det blir ingen kompetanseoppbygging her nede om studenter fra Oslo kommer sørover bare for å få praksis, sier Whittaker.

Direktør Nina Mevold ved Sørlandet sykehus bekrefter ønsket om å opprette et profesjonsstudium i psykologi ved Universitetet i Agder.

– Det inngår i sykehusets strategiplan, opplyser hun.

Hun sier det ikke fins planer om å samarbeide med UiO om et desentralisert profesjonsstudium.

– Vi samarbeider med UiO om desentralisert medisinstudium, ikke om profesjonsstudiet i psykologi.

– *Hva hvis UiA møter veggen hos akkrediteringsmyndighetene?*

– Skulle vi velge å inngå samarbeid med Oslo, må Universitetet i Agder være med på laget, men dette er ingen aktuell problemstilling, sier Mevold.

Ingen andre av profesjonsutdanningene som Psykologtidsskriftet har vært i kontakt med, sier de har konkrete planer om desentraliserte studietilbud.

### FORVENTER AKKREDITERING

Bli UiS det femte universitetet som tilbyr psykologutdanning i Norge?

I en søknad på 120 sider begrunnes det hvorfor det bør bli nettopp dem. Driften av studiet skal skje i nært samarbeid med samlokaliseringspartner Helse Stavanger som har vært med på å skrive søknaden. I tillegg skal profesjonsutdanningen samarbeide både med Helse Fonna og omkringliggende kommuner som ligger på bunn i nasjonale oversikter over psykologdekning.

– Vårt nedslagsfelt utgjør en av landets største regioner målt i antall innbyggere.

Det sier to av arkitektene bak søknaden, psykologiprofessor Jone Ravndal Bjørnstad og psykologfaglig rådgiver ved SUS, Lars Ravn »



**OVERRASKET** Rektor ved UiA, Sunniva Whittaker, ble overrasket da hun leste februarutspillet til UiO-rektor, Svein Stølen. Foto: Jon Petter Thorsen

– Det blir ingen kompetanseoppbygging her nede om studenter fra Oslo kommer sørover bare for å få praksis

*Sunniva Whittaker, rektor UiA*

- Jeg kan forstå at spørsmålet kommer opp.  
Men Norge er et lite land

*Nina Waaler, avdelingsdirektør i NOKUT*



**VURDERER SØKNAD** Nina Waaler i NOKUT behandler klagen fra Universitetet i Stavanger. Foto: Per Halvorsen

Øhlckers. De ble overrasket da akkrediteringen ikke gikk igjennom. De fikk beskjed om at de manglet en akademisk stilling i personlighetspsykologi. I ettertid har universitetet utlyst en førsteamanuensisstilling og en stipendiatstilling innen emnet. Ansettelsesprosessene er nå i gang.

De fikk også beskjed om at praksis og teori må integreres tettere i deler av studiet. Dette bestrider de i klagen til NOKUT.

Bjørnestad og Øhlckers har liten forståelse for de andre profesjonsutdanningenes bekymring for at UiS ikke kan levere på utdanningskvalitet. Bjørnestad sier søknaden baserer seg på lokalt forankret kompetanse som ikke står i konkurranseforhold til andre regioner. Han viser til at det fins over 100 psykologspesialister ansatt ved universitetssykehuset.

Mer enn 20 av dem har doktorgrad i psykologi. Selv er Bjørnestad tilknyttet Tips – Senter for klinisk psykoseforskning.

I tillegg til psykoseforskning kan de slå veksler på kompetansemiljøer innen eldremedisin og rusforskning.

– Kompetansen innen eldremedisin er verdensledende. Vi har omfattende kvalitetsregistre for psykisk helsevern for voksne og for rus, som gi grunnlag for forskning.

– Kan dere levere på samtlige kompetansekrav som gjelder psykologutdanningen i RETHOS-forskriften og Forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning som samlet gir føringer for en generalistmodell?

– Ja. Og ved neste korsvei forventer vi å få akkreditering, sier Bjørnestad.

#### **SKEPTISK TIL SAKKYNDIG KOMITE**

NOKUT er i skrivende stund midt i arbeidet med å behandle klagen fra UiS, og ønsker ikke å kommentere enkeltelementer i søknaden. Direktør for avdeling for regelverk og tilsyn, Nina Waaler, forteller at studiekravene blant annet fremgår av Forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning og Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS)

Et sentralt element er å tilfredsstillere kravene til scientist-practitioner-modellen.

– *Tilfredsstiller UiS disse kravene?*

– Det er det vi nå jobber med å finne ut.

Waaler sier NOKUTs oppgave er å påse at de formelle kravene til studiekvalitet er på plass.

Hvis de er det, godkjennes søknaden. NOKUT vurderer ikke samfunnets fremtidige behov for psykologer.

– Vi jobber uavhengig av eventuelle politiske prosesser for å øke antall studieplasser for profesjonsstudenter og uavhengig av distriktpolitiske hensyn, opplyser hun.

Til å hjelpe seg med å vurdere fagligheten i utdanningsprogrammene, har NOKUT en sakkyndig komite bestående av blant annet folk med psykologifaglig kompetanse. Noen er ansatt ved universiteter som kjenner på konkurransen fra de nye søkerne.

Det fikk Universitetet i Stavanger til å reagere.

Dekan Turid Borgen ved UiS mener det kan stilles spørsmål ved at ansatte ved institusjoner som har profesjonsstudiet i psykologi, inngår i den sakkyndige komiteen.

– I vårt eget forslag til komiteemedlemmer foreslo vi medlemmer fra andre institusjoner, sier hun.

Når vi spør NOKUT-direktøren om hun skjønner skepsisen, svarer hun slik:

– Jeg kan forstå at spørsmålet kommer opp. Men Norge er et lite land, og vi er nødt til å ha fagfolk til å hjelpe oss. Vi har også utenlandsk ekspertise med i fagkomiteen, og har tillit til at fagfolkene klarer å skille rent faglige vurderinger av studieinnholdet fra egne arbeidsgivers eventuelle utdanningspolitiske interesser, sier hun.

Høsten 2022 kom Waaler til NOKUT fra stilling på OsloMet. Hun sier hun vil melde seg inhabil når den varslede søknaden kommer derfra.

### STØTTER IKKE ENKELTSØKNADER

Psykologforeningen er positiv til å øke utdanningskapasiteten for psykologer i Norge.

Det skriver Psykologforeningens president, Håkon Kongsrud Skard, i en e-post. Han vil ikke mene noe om kapasiteten bør øke på eksisterende eller nye utdanningssteder.

«Det vesentlige prinsippet som Psykologforeningen forfekter, er at alle nye studieplasser må ha tilsvarende innhold og kvalitet som de eksisterende», skriver han.

– Både Universitetet i Stavanger og Universitetet i Agder har søkt og foreløpig fått avslag på sin søknader. Begge har varslet at de vil søke igjen. Støtter Psykologforeningen noen av disse søknadene?

– Psykologforeningen ser det ikke som sin rolle å støtte enkelte søknader, kun å jobbe for at alle studieplasser skal holde lik kvalitet, skriver Skard i e-posten.

Tilbake til UiS-dekan Turid Borgen en drøy måned etter at vi snakket med henne første gang:

– *Konkurransen fra andre aktører. Varsler om kommende psykologoverskudd og offentlig budsjetter i skvis: Er du fremdeles like optimistisk på vegne av et profesjonsstudium ved Universitetet i Stavanger?*

– Jeg er mer optimistisk enn noensinne. I Opptappingsplanen for psykisk helse lover regjeringen å bruke tre milliarder mer på psykisk helse. For å realisere planen trenger vi flere psykologer. Vi er klare til å utdanne dem ved Universitet i Stavanger. Men det forutsetter at vi får penger til studieplasser. Signalene i Opptappingsplanen styrker troen på at vi skal få det til. ❌

## Sakkyndigkomiteens medlemmer

Medlemmer av NOKUTS sakkyndige komite som vurderte søknadene om profesjonsstudium i psykologi:

- Førsteamanuensis Mona Bekkhus, Universitetet i Oslo
- Professor Therese Skoog, Göteborgs universitet
- Professor Lars Wichstrøm, NTNU
- Psykologstudent Ane Kvarenes Baann, Universitetet i Tromsø

Medlemmer av klagenemnda

- Sverre Nyhus (Hamar), pensjonert lagmann, leder av nemnda
- Øyvind Edvardsen (Tromsø), fakultetsdirektør ved UiT
- Anneken Kari Sperr (Bergen), professor ved UiB
- Sigfrid Arneberget Øien (Oslo), seniorrådgiver ved OsloMet – storbyuniversitetet
- Maya-Katrin Skjeldal (Oslo), student
- Håvard Rørtveit (Vindafjord), student

# Erfaringer med samtalekortene *Hei Kropp og selvfølelse*: en kvalitativ undersøkelse

Charlotte Fiskum<sup>1</sup> & Trine Tetlie Eik-Nes<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup> Institutt for psykologi,  
NTNU

<sup>2</sup> Institutt for nevro-  
medisin og bevegelses-  
vitenskap, NTNU

<sup>3</sup> Stjørdal DPS, Helse  
Nord-Trøndelag

## KONTAKT

charlotte.fiskum@  
ntnu.no

## INTERESSE- KONFLIKTER

Forfatterne var med på å utvikle *Hei Kropp*, men har ingen kommersielle interesser i *Hei Kropp* eller *Hei*-spillet.

## FAGFELLEVURDERT

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Formålet var å undersøke erfaringer med det norskutviklede verktøyet *Hei Kropp og selvfølelse*, for samtaler om kroppsbilde, skam, mat, utseende og prestasjonspress.

**Metode:** Fem helsepersonellstudenter prøvde ut *Hei Kropp og selvfølelse* på 105 personer fra 4 til 60 år, med og uten vansker med mat, kropp og vekt, i barnehager, skoler, idrettsmiljø og helse-tjenesten. Studentenes erfaringer ble dokumentert gjennom praksislogger og fokusgruppeintervju og analysert med tematisk analyse.

**Resultater:** Studentenes erfaringer tilsa at samtalekortene åpnet for relevante samtaler om kroppsbilde, vekt og spisemønstre, på tvers av alder og kjønn i de ulike settingene utprøvingen foregikk. Studentene erfarte at bruk av kortene i samtaler bidro til å normalisere opplevelser og redusere skam, samt åpnet for økt refleksjon og dialog både i grupper, individuelt og blant studentene selv.

**Implikasjoner:** *Hei Kropp og selvfølelse* kan være relevant som samtaleverktøy i forebygging, behandling og opplæring knyttet til kroppsbilde, spiseforstyrrelser og overvekt.

**Nøkkelord:** kroppsbilde, spiseforstyrrelser, fedme, skam, selvfølelse

Forekomsten av spiseforstyrrelser og fedme er økende i samfunnet, med stadig tidligere debut (Di Cesare et al., 2019; Galmiche et al., 2019; Surén et al., 2022). Begge tilstander er vanskelige å behandle (Eielsen et al., 2021; Romanelli et al., 2020) og øker faren for andre psykiske og fysiske lidelser og tidlig død (Avila et al., 2015; Daniels, 2009). Forebygging av 100 tilfeller av spiseforstyrrelser alene kan spare samfunnet opp mot 550 millioner kroner (Stokke et al., 2022), og tidlig forebygging er essensielt (Hart et al., 2015; Romanelli et al., 2020).

Vansker med kroppsbilde øker risikoen for å utvikle både spiseforstyrrelser og vektproblematikk (Hart et al., 2014; Rohde et al., 2015). Det er derfor viktig å avdekke og adressere kroppsbildevansker gjennom intervensjoner som for eksempel Trygge Kropper, Trygge Barn (Rieber et al., 2021) for småbarnsforeldre eller the Healthy Body Image intervention (Sundgot-Borgen et al., 2019) for ungdommer. Vi har gjennom eget arbeid sett at foreldre og profesjonelle kan være usikre på samtaler om kroppsbilde. De er redde for å gjøre forholdene vanskeligere, og dermed tar de ikke opp temaer rundt vektutvikling og kroppsbilde. Dette kan komplisere både forebygging og tiltak (Fiskum et al., 2022).

Samtaler med bruk av spill kan oppleves tryggere enn vanlig samtale fordi elementer som turtaking, delte regler og forutsigbare rammer gir reguleringsstøtte (Blom, 2005; Olsen et al., 2013). Spesielt gutter som ellers strever med å uttrykke seg, kan ha nytte av samtaler med spill (Blom, 2005; Dyregrov, 2004). Spill kan også åpne opp for selvavsløringer innenfor trygge rammer, noe som kan bidra positivt i for eksempel behandling av spiseforstyrrelser (Simonds & Spokes, 2017). Sisteforfatter initierte i 2020 et samarbeid med utviklerne av *Hei*-spillet, et brettspill om følelser som brukes på kliniske og ikke-kliniske arenaer for barn og unge i Norge, som i skoler, PPT og BUP. Spillet har enkle og fleksible regler, der det viktigste er at den profesjonelle/voksne aldri skal presse medspiller til å svare, og at en selv skal delta aktivt for å bidra til en trygg og åpen samtale (Olsen et al., 2013). *Hei*-spillet ble utviklet som et terapeutisk virkemiddel på bakgrunn av kliniske erfaringer med usikre og tilbakeholdne barn i terapi. Disse ønsket ofte ikke å snakke direkte om sine tanker og følelser. Mange med spiseforstyrrelser eller vektproblematikk strever med å være oppmerksomme på eller sette ord på følelser og kroppslige tilstander (Westwood et al., 2017). Dette kan gjøre det vanskelig med samtaler om kroppsbilde. Det ble derfor i samarbeid med utviklerne av *Hei*-spillet besluttet å utvikle samtalekort til bruk i forebyggende og behandlende samtaler om mat, kropp og vekt, kalt *Hei Kropp* og *Selvfølelse* (her forkortet til *Hei Kropp*).

Flere fagpersoner ble invitert til å delta i utviklingen av *Hei Kropp*. Utviklergruppen inkluderte tre spesialister i barne- og ungdomspsykologi (medregnet førsteforfatter), en spesialergoterapeut med doktorgrad i samfunnsmedisin og en legespesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Gruppens kliniske erfaringer når det gjaldt tema som kroppsbilde, skam, mat og aktivitet ble kartlagt og knyttet til forskning. Gruppen ble enig om at kortene skulle tematisere skam, negative kommentarer om utseende, påvirkning fra sosiale medier, familie og venner, sammenligning, prestasjonspress og idealkropper. Vi ga spesiell oppmerksomhet til sårbare, ubehagelige og vanskelige kroppslige brukererfaringer, som trøstespising, prestasjonspress, fellesdusjing og gym. Det ble inkludert spørsmål som kan øke oppmerksomheten rundt kroppens tilstand og funksjon og ulike følelser knyttet til kropp, mat og aktivitet. Til sist la vi til oppgavekort med regulerende øvelser ved bruk av pust, kroppsholdning og bevegelse. Alle kortene ble utviklet med utgangspunkt i teori og forskning om betydningen av relasjonell trygghet i forståelsen av vansker med kropp og vekt (se f.eks. Eik-Nes et al., 2021). Sentralt i utviklingen av alle kortene, som i det originale *Hei*-spillet, sto bevisst og reflektert deling av egen erfaring på en ikke-privat måte for å skape trygghet og relasjon.

Rundt 115 prototyp-kort ble utviklet, vurdert og prøvd ut av utviklerne i egen klinisk praksis blant barn, unge og voksne, for så å bli konsolidert til 75 samtalekort i den endelige utgaven. Alle kortene ble utformet for å kunne brukes på tvers av aldersgrupper med litt tilpasning, utenom noen av oppgavekortene som ble laget for de aller yngste spillerne. *Hei Kropp* inneholder kort i kategoriene *selvfølelse* (12 kort), *funksjon* (12), *spising* (11), *skam* (10), *kroppsopplevelse* (9), *forventningspress* (11) og *oppgavekort* (10).

Artikkelen tar for seg erfaringer med *Hei Kropp* i ulike utviklingsstøttende samtaler. Vi beskriver fem studenters erfaringer fra utprøvingen av den endelige versjonen av *Hei Kropp* på ulike arenaer. Studentene testet kortene på 105 personer fra 4 til 60 år i forbindelse med sin praksisperiode i ergoterapi ved NTNU. Logger fra utprøvingen ble brukt som verktøy for studentene i praksisprosjekt-perioden og som refleksjonsgrunnlag i et avsluttende fokusgruppeintervju med studentene.

Spørsmålene vi ville belyse, var:

- 1) Om og på hvilken måte bidro *Hei Kropp* til samtaler med relevans for forebygging eller behandling av kroppsmisnøye, forstyrret spiseatferd eller overvekt?
- 2) Krevde kortene ulike tilpasninger på tvers av kontekst?

## Metode

### Prosedyre og etikk

Utprøvingen av *Hei Kropp* ble gjennomført som en del av et praksisemne (Kunnskapsbasert praksis, HERG 302P) i 6. semester ved program for ergoterapi ved NTNU. De fem studentene fikk ukentlig veiledning av sisteforfatter i tråd med emnets læringsutbytte og prosjektets målsetting. Sisteforfatter tok kontakt med alle praksisstedene som deltok i utprøvingen av *Hei Kropp*. Utprøvingen i barnehagene ble gjort sammen med barnehagepersonell som kjente barna, og samtalene var lekpreget. Studentene hadde ukentlig veiledning med sisteforfatter og dialog med ansatte før, under og etter utprøving. Hvis det hadde kommet frem sårbar informasjon i samtalene med studentene, ville prosjektleder kommunisert dette til ansatte ved brukerstedene. Vi informerte ikke foreldre om utprøvingen fordi den var en del av ordinær praksis ved NTNU. Kortene kan kjøpes fritt og brukes uten fagbakgrunn, og studentene skulle ikke samle inn og behandle identifiserbar og/eller sensitiv informasjon. Prosjektleder (sisteforfatter) informerte brukerstedene om at opplysningene ikke kunne tilbakeføres til enkeltpersoner. Aggregert statistikk på gruppenivå med anonyme data ble registrert for å beskrive antall individer som hadde deltatt på utprøvingen. Forskningsetiske vurderinger om sårbarhet knyttet til alder og helse ble ivaretatt av sisteforfatter i dialog med praksisstedene. Prosjektet ble vurdert å kunne gjennomføres og publiseres siden det ikke genererer ny kunnskap om medisin og helse, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4, og det var derfor ikke nødvendig med forhåndsgodkjenning fra REK. Ingen personopplysninger ble registrert i prosjektet, og det var ikke behov for et selvstendig behandlingsgrunnlag, jf. personopplysningsloven. Behandlingsgrunnlaget ble forankret ved egen institusjon (NTNU), og prosjektet ble godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata). Tredjepersonsopplysninger (navn, e-post, lydopptak, bakgrunnsinformasjon som kunne identifisere personer, eller helseopplysninger) og vurderinger om individene som prøvde *Hei Kropp*, ble ikke innhentet, beskrevet eller etterspurt i intervjuene. En av deltagerne besøkte spesialisthelsetjenesten (et distriktspsykiatrisk senter, DPS) for utprøving av *Hei Kropp*, og som del av sin praksis ved NTNU, og denne studenten ble fulgt opp under praksis/utprøving av sisteforfatter og et behandlingsteam med overlege. Deltagerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, og leverte skriftlig informert samtykke til å delta. De ble informert om at det ville bli lydopptak av samtalene i fokusgruppeintervjuet, og det ville bli gjort notater underveis.

### Deltagere

Fem bachelorstudenter (alder 23–49, én mann) søkte om å delta i praksisprosjektet *Hei Kropp* i forbindelse med ordinær praksis. Studentene fikk praksis i prosjektet på bakgrunn av motivasjonsbrev og referanser fra emneansvarlig i «Mestring av hverdagsliv med psykiske utfordringer» (ETT2203). Det ble tatt spesielt hensyn til studentenes ferdigheter i kommunikasjon og bruk av gruppetodikk. Sisteforfatter gav studentene en dags opplæring og veiledning i bakgrunnen og prinsippene for *Hei Kropp*, inkludert terapeutiske betraktninger om relasjonell trygghet og aktiv deltakelse. Studentene prøvde deretter ut kortene sammen i en uke med påfølgende veiledning og refleksjon om kortenes egenskaper, bruk og utfordringer.

Prosjektleder (sisteforfatter) tok kontakt med sju ulike steder hvor vi antok det var behov for samtaler om mat, kropp og vekt for både forebygging og behandling, og informerte om prosjektet. Det var en barnehage, fem barneskoler, en videregående skole, et distriktspsykiatrisk senter, et kontor for Rådgivning om spiseforstyrrelser (ROS), en kommunal helsetjeneste (Friskliv og mestring) og et konkurransepreget idrettsmiljø for unge voksne utøvere. Alle stedene var positive til praksisbesøk og utprøving, og totalt deltok 105 personer mellom 4 og 60 år. Samtalekortene ble prøvd ut på 20 barn i barnehagealder (4–6 år, kjønn relativt likt fordelt), 50 barn i skolealder (9–13 år, kjønn relativt likt fordelt), 15 ungdommer (17–18 år, alle jenter), 17 unge voksne i idrettsmiljø (i 20-årene, kjønn relativt likt fordelt) og tre voksne mellom 40 og 60 år (én kvinne). Kortene ble brukt til å starte og strukturere samtaler, og en del av studentenes oppgave var å prøve ut forskjellige måter å bruke kortene på, som i en-til-en-samtaler, i mindre grupper og med lekepreg (for barn). Kortene ble brukt både med og uten *Hei-spillet* som ramme. Studentene skulle selv delta i alle samtalene, som ved bruk av *Hei-spillet*. De fleste deltagerne fikk besøk av studentene bare én gang, utenom ved ROS og videregående skole, der de samme deltagerne fikk to besøk.

Erfaringene fra den ti uker lange utprøvingen ble loggført og brukt som grunnlag for ukentlige gruppeveiledninger med sisteforfatter. Studentene ble til slutt intervjuet i et fokusgruppeintervju om egenskaper ved *Hei Kropp*, sine erfaringer med kortene og den pedagogiske nytten. Siste- og førsteforfatter foretok intervjuet. Intervjuet varte i 1 time og 35 minutter og ble tatt opp og transkribert ordrett. Studentene er anonymisert og har fått fiktive navn.

### Intervjuguide

En semistrukturert intervjuguide ble brukt i utforsking av egenskaper, bruk, tilpasninger, utfordringer og erfaringer med *Hei Kropp*, for å undersøke opplevd nytteverdi og forbedringspotensial. Eksempel på spørsmål var: «Hvordan har kortene hjulpet dere i samtalenene?», «Kan dere si litt om hva samtalenene handlet om?», «Er det noe dere tenkte fungerte dårlig?»

### Analyse

Det ble brukt tematisk analyse (Braun & Clarke, 2012) gjennomført av førsteforfatter. Analysemetoden er datanær, samtidig som forskerne er aktivt involvert i tolkning av og refleksjon omkring data. Da dette var en første utprøving, hadde analysen et spesielt blikk på om og hvordan bruk av kortene åpnet for samtaler en kan tenke seg er nyttige innen forebygging eller behandling av kroppsmisnøye, spiseforstyrret atferd eller utvikling av fedme, og om det ble beskrevet utfordringer og behov for tilpasninger. Analysen fulgte en prosess hvor førsteforfatter gikk gjennom alle logger for å få et bilde av hele praksisperioden. Deretter transkriberte og leste førsteforfatter gjennom intervjuet, som så ble kodet manuelt basert på meningsinnholdet (f.eks. «samtaler om kroppsbilde», «samtaler om prestasjonspress», «mindre skam», «lekepreg for yngre barn», «utfordrende ut over barnehagealder»). Disse ble så samlet i mer overordnede temaer som ble videreutviklet. Begge forfatterne så på og diskuterte innholdet i loggene, intervjuet og analysene.

### Resultater

Vi fant fire hovedtema: «Gode samtaler om relevante tema», «Ulike grupper, ulike behov», «Egen deling og selvavsløring» og «Utfordringer».

#### Gode samtaler om relevante tema

Studentene beskrev at de opplevde å bli mer reflekterte gjennom bruken av kortene, og at kortene hjalp dem til å ha gode og trygge samtaler med barn, unge og voksne de møtte i praksis. Ved at studentene kunne «støtte seg på» kortene, ga det mer trygghet i terapeutrollen og noe en kunne ta utgangspunkt i.

**Stian:** Jeg fikk jo et utgangspunkt da ... eksempler på spørsmål jeg kunne stille ... hvis jeg skulle ha sittet overfor en fremmed voksen mann og skulle snakke om kropp uten å ha de kortene, da tror jeg det hadde vært veldig vanskelig å vite hvor jeg skulle begynne.

Kortene så også ut til å kunne senke skam i samtaler om vanskelige tanker om kropp og kroppsmisnøye.

**Erika:** «Første gangen vi skulle snakke om kroppsbilde, så var det veldig, veldig skummelt, og så neste gang så merka du at skammen hadde forsvunnet litt.»

Spesielt for eldre deltagere fungerte kortene som samtale-stikkord. Studentene opplevde at kortene kunne skape en lett tone, samtidig som de åpnet for å utforske sårbare og komplekse tema også utenfor det som sto på kortene. Det ble fremhevet som positivt at kortene åpnet for dialog, symmetri i relasjonen og en aktivtetspreget samtale.

**Nina:** «... det føles ikke ut som om det er sånn 'psykologsamtale' når du har kortene, da blir det mer en *aktivitet* enn at det blir sånn 'hvordan har du det' [hermer medfølelse stemme].»

**Erika:** «Jeg tror det gjør settingen mindre klein, og man skaper en slags likevekt.»

Samtaler som ga nye perspektiv på kropp og erfaringer som kan påvirke forholdet til kroppen, ble beskrevet. For eksempel hjalp de med å avlive myter som kunne fremme kroppsmisnøye:

**Erika:** «... at det er ikke alltid sånn at det er de som er tynne som har det best ... at man får snakket om sånne myter da.»

Studentene fortalte at kroppsmisnøye var et gjennomgående tema i samtalen på tvers av alder, kjønn og setting. Samtlige studenter beskrev at de fleste guttene de møtte, hadde tydelige kroppsideal og tanker rundt kroppspress. Dette viste seg helt ned i barnehagealder, tidligere enn det som var tilfellet for jentene i utprøvingen.

**Erika:** «Vi er egentlig overrasket over at det på alle stedene vi var på med barn, så er det guttene som har snakket om press om å ha muskler og være stor og tøff.»

**Nina:** «... stor og tøff og at de må trene, og at de kan ikke spise [usunt].»

Observasjonene om tidlige og tydelige kroppsideal hos gutter er spesielt interessant i lys av at det også ble beskrevet manglende rom og språk for gutter og menn for å kunne snakke om tanker og bekymringer knyttet til kropp:

**Stian:** «Jeg spurte jo om de [gutter] syntes det var ubehagelig å snakke om kropp før jeg begynte, og da sa de at de ikke syntes det, men at de ikke hadde noen å snakke med det om ...»

Utfordringer med kropp ble et mer fremtredende tema med alderen for jentene, og kortene åpnet opp for samtaler om kroppspress og kroppsmisnøye med jenter og unge kvinner. Samtaler om å skjule kroppen kom frem, sammen med beskrivelser av funksjonstap:

**Erika:** «Ja, i ROS var det jo masse eksempel på at det gikk ut over aktivitet og sosiale relasjoner da i stor grad.»

Tanker rundt vanskelig spising, som følelsesstyrt spising (trøstespising) og spising av usunne matvarer i skjul på grunn av høye sunnhetsideal og skam, ble snakket om helt ned i barneskolealder.

**Siri:** ... da fikk jeg inntrykk av at det var veldig mange som ønsket å ha en fasade, om at man er veldig sunn og sånn ... for de sa at det kan være viktig at andre ikke ser at en spiser noe usunt, og da gjemmer man seg.

Kortene ble opplevd som å kunne hjelpe med å fange opp ungdom som strevde med mat og spising, eller bekymring for venner:

**Siri:** «Det kom fram at det var flere som [tidligere] hadde oppdaget at vennene hadde spiseforstyrrelse. At de ikke hadde tatt med mat, eller ikke spiste sammen med dem, eller sa at de hadde glemt nisten hver dag ...»

Et annet relevant samtaletema som kom frem under utprøving, var et sterkt og tidlig tilstedeværende prestasjonspress som ble et hinder for bevegelsesglede og bevegelseserfaring. Barn og unge av begge kjønn fra barneskole til videregående fortalte om press om å være god i ulike idretter for ikke å bli utestengt sosialt. Elever kunne fortelle at de heller skulket gym enn å prøve noe de ikke trodde de var umiddelbart gode i:

**Mona:** «... hvis det var aktiviteter i gymmen de følte de ikke fikk til, så ville de droppe det. De ville skulke ...»

Prestasjonspresset kunne gå ut over deltagelse i aktiviteter sammen med andre. I frykt for å bli observert hvis de gjorde feil, ville barn derfor unngå aktivitet sammen med andre hvis mulig.

**Nina:** «Da sa han jo at noen ganger er det jo greit [å være flere], men at det kanskje var best alene, for hvis han gjorde noe feil da, så var det bare han som visste det.»

### Ulike grupper, ulike behov

Studentene opplevde at kortene kunne brukes på alle de sju stedene de besøkte. Det gjaldt å planlegge

på forhånd, for eksempel i valg av kort og om de skulle brukes i gruppe eller individualsamtaler. Kortene ga ulike samtaler på tvers av alder og grupper. Med de voksne og eldre gruppene kunne kortene gi mer kompleks og åpne samtaler i større grad enn for barn.

**Mona:** «Hvis det var noen kort som traff spesielt, så ble vi sittende og snakke om det og kom videre inn på andre tema.»

**Erika:** «Sånn opplevde vi veldig i ROS at ... det 'rulla', for alle hadde en ny historie på en annen sin historie, liksom.»

I de yngre gruppene opplevde studentene at konkrete kort fungerte bedre enn mer åpne kort.

**Mona:** «På barneskole også så fungerte det ganske bra med konkrete spørsmål. For eksempel si tre ting du kan bruke kroppen til, for da får de liksom en konkret oppgave.»

En lekpreget ramme, som flasketuten peker på, skapte i tillegg engasjement blant de yngre. Bruk av «snakkebamse» (der den som har bamsen, snakker) kunne i tillegg strukturere samtalen og fungerte godt for noen av de yngste. Lekpregede aktiviteter gjorde det også lettere å snakke om tema som ikke sto på kortene, fordi rammen rundt var trygg og tydelig.

**Siri:** «Det gjorde det lettere for oss også å snakke med dem og stille spørsmål som kanskje ikke sto på kortene.»

Studentene påpekte at det var en fordel å ha kunnskap om settingene de skulle delta i på forhånd. Kjente voksne (f.eks. lærer/pedagog) bidro med struktur av gruppene og regulering av de yngre barna for å kunne begrense herming eller annen atferd. Samtidig kunne studentene selv få innsikt i spesielle utfordringer i gruppen de besøkte.

**Nina:** Og så kan det være fint å ha litt innside-informasjon om hva som er utfordringen der ... sånn som når vi var på skolen og visste at de hadde problemer med dusjing, så er jo det noe vi kan ta opp.

Selv om det var få erfaringer med gjentatte møter, ble det opplevd som en fordel å kunne møtes flere ganger, spesielt i gruppe, for å etablere en trygg relasjon som gjør det lettere å dele.

**Erika:** «Kanskje særlig i gruppe, der kan det være ekstra viktig å møtes igjen. Å gjøre trygg på gruppe-settingen.»



### Egen deling og selvavsløring

Bruk av *egen* deling og selvavsløring var beskrevet som nyttig, nødvendig og positivt på tvers av alle settinger. Studentene opplevde at selvavsløring fikk samtalen til å flyte godt, og bruken av selvavsløringer ble et verktøy for å skape relasjon, dialog og symmetri. Studentene opplevde at egen deling var tillitvekkende og ga bedre samtaler med både barn og voksne, samtidig som mindre barn fikk hjelp til å forstå spørsmål som ellers kunne være utfordrende å forstå. Utjevning av maktforhold og normalisering ble beskrevet som et viktig mål med egen åpenhet.

**Stian:** «I en-til-en-samtale med voksne så gjorde jeg det for å utjevne maktforholdet litt (...) jeg merket at de ble litt mer avslappet og mer komfortable da ... mer villige til å åpne seg.»

Deling og selvavsløringer ble også beskrevet som noe som så ut til å minske skam knyttet til kropp og kroppsmisnøye, og kunne bidra til positive samtaler der tematikk ble normalisert og validert.

**Nina:** Og på ROS også så synes jeg det hjalp [å dele], for det ble liksom litt mer sånn ... hva var det ei kalte det 'nesten som en vinkveld' [flere ler]. Faktisk! At du fikk den stemninga, det var sånn alle deltok, alle kunne kjenne seg igjen.

Også bruken av selvavsløring måtte tilpasses de arenaene som studentene var på, og hvem de satt overfor. Det krevde refleksjon rundt det å ikke si noe som kunne bidra til vansker.

**Siri:** «Jeg tenkte sånn som Mona sa – 'nå må man ikke dele for mye, liksom, har ikke lyst til å tilføre dem noen komplekser' (...) og spesielt på barneskolen.»

### Utfordringer

Når det gjaldt utfordringer, opplevde studentene at flere av oppgavekortene (f.eks. «Reis dere og rist på kroppen i 10 sekunder. Hvordan kjennes det ut?») var for barnslige for bruk utover barnehagenivå. Dette kunne bunne i manglende forståelse for kortenes funksjon, ifølge studentene selv. Det ble påpekt at en forklarende hjelpetekst rundt kroppsregulering kunne ha hjulpet. Blanding av kjønn ble i tillegg beskrevet som utfordrende for begge kjønn. Spesielt kunne en ubalanse i antall av ett kjønn føre til at både jenter og gutter ble mer stille enn de kan skje ellers ville vært.

**Siri:** «... sånn når det var to gutter og en jente for eksempel, og da ble jentene veldig stille.»

### Diskusjon

*Hei Kropp og selvfølelse* er norskutviklede samtalekort basert på forskningslitteratur og klinisk erfaring. En utprøving av *Hei Kropp* utført av fem studenter på 105 personer fra 4 til 60 år i ulike settinger indikerer at *Hei Kropp* kan bidra til gode samtaler med barn, unge og voksne, med relevans for både forebygging og behandling av kroppsmisnøye, spiseforstyrret atferd og vektproblematikk. På tvers av tema ble samtalen beskrevet som normaliserende og skamforløsende og med en lett stemning. *Hei Kropp* så ut til å virke dialog- og aktivitetsskapende og representerte noe annet enn en typisk «terapeutsamtale». For eksempel virket muligheten for å bruke kortene i lek engasjerende på barn, og kortene kunne gi gode diskusjoner i gruppe uten at det ble beskrevet som flaut å snakke om kropp. For voksne ble kortene en ramme og et utgangspunkt for samtaler, som så kunne utvikle seg videre utover det som sto på kortene.

Studentenes erfaringer tilsa at *Hei Kropp* åpnet opp for samtaler om tema som kroppsmisnøye og vanskelig spising. Dette er sentrale tema i forebygging av uheldige spisemønstre, spiseforstyrrelser og overvekt (Hart et al., 2014; Sánchez-Carracedo et al., 2012), og som tidligere arbeid har vist kan være utfordrende å snakke om (Fiskum et al., 2022). Kortene åpnet også opp for samtaler om tema som prestasjonspress og frykt for å vise at en ikke mestrer aktiviteter, for eksempel i kroppsøving, noe som kunne føre til skulk eller frafall. Barns mulige frykt for å bli «avslørt» som dårlig i idrett er et svært aktuelt tema, da det nå er mer strømming av idrettsarrangement for barn (Datatilsynet, 2021) og et økende frafall i breddeidretten.

Det er interessant at studentene opplevde å ha flere samtaler om kroppspress og høye kroppsideal med guttene. Studentene beskrev at gutter helt ned i barnehagealder snakket om press om å se ut på en spesiell måte, og flere gutter sa at de manglet rom for å snakke om kropp. Dette er i tråd med tidligere erfaringer som indikerer at en må sette mer søkelys på kroppspress blant yngre gutter (Fiskum et al., 2022). Intervensjoner som kan gi rom for gutters tanker rundt kroppsbilde og kroppsideal, er viktig. Vanskene hos gutter arter seg gjerne annerledes enn hos jenter og kvinner, og dermed blir ofte spiseforstyrrelser hos gutter og menn oppdaget sent (Eik-Nes et al., 2018; Sangha et al., 2019). Gutter kan også ha mindre effekt av eksisterende intervensjoner rettet mot kroppsbildevansker enn jenter (Sundgot-Borgen et al., 2019). Det er mulig

at gutter kan profitte ekstra på det et spillformat kan tilføre en samtale, som en deltagende partner, tydelig struktur og rammer for samtalen (Blom, 2005; Dyregrov, 2004). Bruk av samtalekort som ramme for vanskelige samtaler kan skape flere rom for å snakke om kropp og kroppsbilde for gutter og menn.

Utprøvingene av *Hei Kropp* ble utført primært i yngre aldersgrupper uten vansker (barnehage, skole, idrettsarena). Erfaringene er dermed først og fremst overførbare til bruk i primær-forebyggende samtaler med barn og unge før vansker oppstår, og det er sannsynligvis der kortene vil ha størst bruksområde. Samtidig prøvde studentene ut kortene på arenaer for voksne med spiseforstyrrelser og/eller vektproblem (ROS, DPS og Frisklivssentral) med godt resultat også derfra. Erfaringene fra studentene tilsier at bruk av *Hei Kropp* på tvers av aldersgrupper og problematikk vil kunne gi økt nytte hvis en gjør tilpasninger (f.eks. i valg av kort og hvor konkrete eller åpne de er, hvordan man strukturerer rammene rundt samtalen, bl.a. lekepreg). Med voksne kunne kortene brukes som en fleksibel samtalestøtte, mens lekpreget og strukturert bruk var bedre med de yngre barna. Deltagelse fra kjente og trygge voksne ga bedre samtaler med yngre barn, mens det å møtes flere ganger som en gruppe ble oppfattet som noe som kunne gi økt trygghet.

I tillegg fremhevet studentene at reflektert deling av *egen* erfaring bidro positivt i samtaler med både barn og voksne uavhengig av kjønn. Det ble beskrevet som nødvendig for å vinne tillit og få samtalen i gang. At strategisk og reflektert selvavsløring kan være positivt, finner støtte i forskning på psykoterapi generelt (Henretty & Levitt, 2010) og i forhold til spiseforstyrrelser spesielt (Simonds & Spokes, 2017), og dette er et sentralt element i utviklingen av *Hei*-spillet og *Hei Kropp*. Samtidig er det et viktig poeng at bruk av selvavsløring må gjøres med skjønn, refleksjon og klokskap. Studentene kjente behov for å reflektere og veiledes omkring hvordan de skulle bruke seg selv, både på forhånd og underveis. Når det gjelder samtaler om kropp og vekt, vil det være ekstra viktig å ikke si ting som kan tilføre nye komplekser eller inspirere på en negativ måte (f.eks. «thinspiration»). Derimot vil det være viktig å åpne for å diskutere uheldige tanke-, spise- eller aktivitetsmønstre som ellers holdes skjult, for å bidra til skamreduksjon og åpenhet (Nechita et al., 2021). I tråd med dette beskrev studentene at kortene åpnet for samtaler om mulig problematiske spise-mønstre, som trøstespising og spising av mat i skjul. Kortene, og bruken av selvavsløring, så også ut til å kunne åpne opp for samtaler som ble beskrevet som skamforløsende. Dette viste seg under utprøving i ROS med personer som allerede hadde utviklet vansker.

Kortene fungerte tilsynelatende godt på tvers av kjønn, men erfaringer med blandede grupper var mindre heldige enn ved kjønnsdelte grupper, spesielt der et kjønn var i mindretall og ble mer stille. Ingen direkte negative erfaringer fra utprøvingen ble beskrevet, men flere av oppgavekortene ble opplevd som barnslige utover barnehagealder, og studentene sa det var utfordrende å forstå og forklare grunnlaget for bruk. Det kan derfor være behov for noe tilleggsinformasjon rundt oppgavekortene. Oppgavekortene ble laget med tanke på at de skulle ha flere funksjoner. Noen skulle fungere aktiviserende og som avbrekk for de aller yngste barna (f.eks. å gjøre en rar grimase), mens andre ble laget for å kunne introdusere kroppsentrerte regulerende øvelser som å puste rolig eller raskt, eller å se på effekten av kroppsholdningen på opplevelsen av kroppen (å rette seg opp versus å sitte sammensunket). Ut fra studentenes erfaringer virker det som om en følgetekst til *Hei Kropp* kan gjøre det enklere å bruke kortene.

### Begrensninger ved studien

Det er en begrensning at kortene ble utprøvd med relativt få voksne (over 20 år) og bare jenter på videregående skole. Det er en ytterligere svakhet at intervjuene ble foretatt av forskere involvert i utvikling av kortene. Selv om det ikke foreligger noen kommersielle interesser hos forfatterne, kan bindingen ha påvirket studentenes vilje til å være kritiske til kortene. Det kunne vært en fordel om andre hadde foretatt intervjuet, men studentene ble bedt om å være kritiske i sin utprøving og refleksjon, og analyser ble gjort med et kritisk blikk. Resultatene viser at det er grunnlag for flere og bredere utprøvinger av *Hei Kropp* som samtaleverktøy.

### Konklusjon

En innledende utprøving med studenter i praksis indikerer at kortene i *Hei Kropp* kan åpne for relevante samtaler om tema som er viktige for både forebygging og behandling av spiseforstyrrelser og vektproblematikk. Kortene kan bidra til normaliserende og skamforløsende samtaler. Selvavsløring og egen deling så ut til å være et viktig element. Kortene kan hjelpe studenter til å reflektere rundt egne tanker og kan dermed også være et pedagogisk verktøy i undervisning og praksisopplæring.

**Takksigelser.** Takk til studentene, barna, ungdommene og de voksne som var med på utprøving, Sølvi G. Molden som deltok i utviklingen av *Hei Kropp*, og utviklerne av *Hei*-spillet. ✘

## Referanser

- Avila, C., Holloway, A. C., Hahn, M. K., Morrison, K. M., Restivo, M., Anglin, R. & Taylor, V. H. (2015). An Overview of Links Between Obesity and Mental Health. *Current Obesity Reports*, 4(3), 303–310. <https://doi.org/10.1007/s13679-015-0164-9>
- Blom, J. (2005). Spill og samspill i terapi med unge gutter. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 42, 114–120. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2005/02/spill-og-samspill-i-terapi-med-unge-gutter>
- Braun, V. & Clarke, V. (2012). Thematic analysis. I H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf & K. J. Sher (red.), *APA handbook of research methods in psychology, Vol 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological* (s. 57–71). American Psychological Association.
- Daniels, S. R. (2009). Complications of obesity in children and adolescents. *International Journal of Obesity*, 33(1), S60–S65. <https://doi.org/10.1038/ijo.2009.20>
- Datatilsynet. (2021). *Opptak og strømning av idrettsarrangementer for barn*. <https://www.datatilsynet.no/personvern-pa-ulike-omrader/skole-barn-unge/stromming-av-idrettsarrangement-for-barn/samtykke/>
- Di Cesare, M., Sorić, M., Bovet, P., Miranda, J. J., Bhutta, Z., Stevens, G. A., Laxmaiah, A., Kengne, A.-P. & Bentham, J. (2019). The epidemiological burden of obesity in childhood: a worldwide epidemic requiring urgent action. *BMC Medicine*, 17(1), 212. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1449-8>
- Dyregrov, A. (2004). De tause behandlerne – hvordan få bedre kontakt med ungdommer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41, 723–724. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2004/09/de-tause-behandlerne-hvordan-fa-bedre-kontakt-med-ungdommer>
- Eielsen, H. P., Vrabel, K., Hoffart, A., Rø, Ø. & Rosenvinge, J. H. (2021). The 17-year outcome of 62 adult patients with longstanding eating disorders – A prospective study. *International Journal of Eating Disorders*, 54(5), 841–850. <https://doi.org/10.1002/eat.23495>
- Eik-Nes, T. T., Austin, S. B., Blashill, A. J., Murray, S. B. & Calzo, J. P. (2018). Prospective health associations of drive for muscularity in young adult males. *International Journal of Eating Disorders*, 51(10), 1185–1193. <https://doi.org/10.1002/eat.22943>
- Eik-Nes, T. T., Vrabel, K., Raman, J., Clark, M. R. & Berg, K. H. (2021). A Group Intervention for Individuals With Obesity and Comorbid Binge Eating Disorder: Results From a Feasibility Study. *Frontiers in Endocrinology*, 12. <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.738856>
- Fiskum, C., Riiber, Å. & Eik-Nes, T. T. (2022). Prevention of Unhealthy Weight, Disordered Eating, and Poor Body Image in Children. Perspectives From Norwegian Parents and Healthcare Professionals. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.895781>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G. & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Hart, L. M., Cornell, C., Damiano, S. R. & Paxton, S. J. (2015). Parents and Prevention: A Systematic Review of Interventions Involving Parents that Aim to Prevent Body Dissatisfaction or Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 157–169. <https://doi.org/10.1002/eat.22284>
- Hart, L. M., Damiano, S. R., Chittleborough, P., Paxton, S. J. & Jorm, A. F. (2014). Parenting to prevent body dissatisfaction and unhealthy eating patterns in preschool children: A Delphi consensus study. *Body Image*, 11(4), 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.06.010>
- Henretty, J. R. & Levitt, H. M. (2010). The role of therapist self-disclosure in psychotherapy: A qualitative review. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 63–77. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.004>
- Nechita, D.-M., Bud, S. & David, D. (2021). Shame and eating disorders symptoms: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 54(11), 1899–1945. <https://doi.org/10.1002/eat.23583>
- Olsen, K. S., Winsnes, G. & Svendsen, B. (2013). Brettspill som terapeutisk verktøy. *Mellanrummet Nordic Journal of child and adolescent psychotherapy*, 29, 53–61. <https://www.mellanrummet.net/nr29-2013/artikkel-brettspillsomt-erapeutiskverkt%C3%B8y.pdf>
- Riiber, Å., Fiskum, C. & Eik-Nes, T. T. (2021). *Trygge Kropper, Trygge Barn. Foreldreveiledning for å hjelpe barn vokse opp med trygge kropper (Norwegian version)*. NTNU.
- Rohde, P., Stice, E. & Marti, C. N. (2015). Development and predictive effects of eating disorder risk factors during adolescence: Implications for prevention efforts. *International Journal of Eating Disorders*, 48(2), 187–198. <https://doi.org/10.1002/eat.22270>
- Romanelli, R., Cecchi, N., Carbone, M. G., Dinardo, M., Gaudino, G., Miraglia del Giudice, E. & Umamo, G. R. (2020). Pediatric obesity: prevention is better than care. *Italian Journal of Pediatrics*, 46(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s13052-020-00868-7>
- Sánchez-Carracedo, D., Neumark-Sztainer, D. & López-Guimerà, G. (2012). Integrated prevention of obesity and eating disorders: barriers, developments and opportunities. *Public Health Nutrition*, 15(12), 2295–2309. <https://doi.org/10.1017/s1368980012000705>
- Sangha, S., Oliffe, J. L., Kelly, M. T. & McCuaig, F. (2019). Eating Disorders in Males: How Primary Care Providers Can Improve Recognition, Diagnosis, and Treatment. *American journal of men's health*, 13(3). <https://doi.org/10.1177/1557988319857424>
- Simonds, L. M. & Spokes, N. (2017). Therapist self-disclosure and the therapeutic alliance in the treatment of eating problems. *Eating Disorders*, 25(2), 151–164. <https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1269557>

- Stokke, O. M., Karttinen, E., Halvorsen, C. A., Vinter, C. & Skogli, E. (2022). *Samfunnsverdien av å forebygge spiseforstyrrelser* (Rapport). Menon Economics. [https://nettros.no/wp-content/uploads/2022/03/Samfunnsverdien-av-a-CC%8A-forebygge-spiseforstyrrelser\\_januar-2022-1.pdf](https://nettros.no/wp-content/uploads/2022/03/Samfunnsverdien-av-a-CC%8A-forebygge-spiseforstyrrelser_januar-2022-1.pdf)
- Sundgot-Borgen, C., Friborg, O., Kolle, E., Engen, K. M. E., Sundgot-Borgen, J., Rosenvinge, J. H., Pettersen, G., Torstveit, M. K., Piran, N. & Bratland-Sanda, S. (2019). The healthy body image (HBI) intervention: Effects of a school-based cluster-randomized controlled trial with 12-months follow-up. *Body Image*, 29, 122–131. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.03.007>
- Surén, P., Skirbekk, A. B., Torgersen, L., Bang, L., Godøy, A. & Hart, R. K. (2022). Eating Disorder Diagnoses in Children and Adolescents in Norway Before vs During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Network Open*, 5(7), e2222079. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.22079>
- Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D. & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 99, 66–81. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.06.007>

# Nevropsykologisk senskader hos bokserne: en systematisk gjennomgang

**FORFATTERE** Helene Skogseth, Maria Thorseth Eriksen, Martin Bystad & Per Aslaksen

**DOI** <https://doi.org/10.52734/NXPU5060>

**BOKSING ER EN** kontroversiell sport hvor det er tillatt med direkte slag mot hodet. I 2014 opphevet Norge forbudet mot profesjonell boksing. Personer som driver med amatør- og proffboksing, er utsatt for hodeskader. Redusert kognitiv fungering som følge av boksing har vært kjent i flere tiår. Det er få nye oversiktsartikler i feltet, den siste ble publisert i 2007. Formålet med gjennomgangen var å oppsummere kunnskap om nevropsykologiske senskader hos både proff- og amatørbokserne, inkludert for de siste 15 årene.

## HOVEDFUNN

Ni artikler ble inkludert i gjennomgangen. Kort oppsummert viste amatør- og proffboksere nedsatte kognitive funksjoner i seks av studiene. For spesifikke kognitive funksjoner som hukommelse, var mål på både visuell, verbal og episodisk hukommelse svakere hos særlig proffboksere sammenlignet med kontroller. Det samme bildet kom frem på tester av prosesseringshastighet, hvor både amatør- og proffboksere viste svakere prestasjoner. Tre studier fant at finmotorikk var redusert hos proffboksere, og ikke hos amatører. Samtlige studier inkluderte hjerneavbildning og ulike biomarkører for cerebral patologi. Det var variasjon i funnene. Mest markant var at proffboksere med lang kamperfaring hadde forhøyede nivåer av nevrofilament-protein og cerebrale forandringer målt med MR. Bare to av studiene

oppgav effektstørrelser. De fant begge moderate forskjeller i hukommelse mellom bokserne og kontroller.

## GJENNOMGANG

Vi baserte oss på PRISMA-retningslinjene og gjorde systematiske søk i Medline, Embase, PsychInfo og Web of Science for tidsintervallet 2007–2021 (søkeordene er listet opp i tabell 1 i artikkelen). Inklusjonskriterier var at studiene rapporterte funn fra eksperimentgruppe bestående av kun bokserne, hadde friske ikke-kampsportutøvende kontrollgrupper, anvendte hjerneavbildning/biomarkører og brukte nevropsykologiske tester.

## IMPLIKASJONER

Med forbehold om begrensninger, slik som seleksjonsbias, mangel på oppfølgingsdata over tid og usikker klinisk signifikans, antyder gjennomgangen at aktive og erfarne bokserne, både amatører og proffe, har nedsatte kognitive prestasjoner. Om man er amatør eller proff ser ut til å spille en mindre rolle. Hovedfaktoren for utvikling av senskader er hvor lenge man har bokset. Kunnskap om følger av gjentatte slag mot hodet i boksing kan ha overføringsverdi til andre kontakt- og kampsport. For å redusere skaderisiko bør bokserne og helsepersonell være bevisst på at det sannsynligvis er et dose-respons-forhold mellom antall slag mot hodet og risikoen for nevropsykologiske senskader. ✘



FOTO: PRIVAT

Førsteforfatter Helene Skogseth

Full versjon av artikkelen er publisert på nett:



# Profesjonsstriden mellom Langfeldt og Schjelderup

På det personlige plan ble psykologen og psykiateren aldri forsonet – en nærlesning av debatten.

**TEKST** Gunvald Hermundstad, privat praksis, Oslo

**KONTAKT**  
hermundstad@  
hotmail.com

**I TIDSSKRIFTET** *Samtiden* oppsto det i 1950 en faglig debatt om psykoterapeutiske metoder mellom professor i psykiatri Gabriel Langfeldt og professor i psykologi Harald Schjelderup, begge ved Universitetet i Oslo. Langfeldt angrep psykoanalysen for å være eksklusiv, tidkrevende og altfor kostbar, både for den enkelte og for samfunnet. I en av artiklene skrev Langfeldt at individuell psykoanalyse gir opphav til enten positive eller negative overføringer som andre kortere behandlingsformer unngår: «Jeg har gjennom årenes løp sett en rekke tilfeller av pasienter hvor det eneste resultat av årelang behandling med Freuds metode var økonomisk ruin og en for både analytiker og pasient plagsom binding til førstnevnte» (Langfeldt, 1950a, s. 259).

Gabriel Langfeldt tok i tre artikler for seg den tyske psykiateren Ernst Kretschmer (1888–1964) sin nyeste bok *Psychotherapeutische Studien* (1949). I stedet for langvarig psykoanalyse anbefalte begge mer aktive, kortvarige og kostnadseffektive metoder. Langfeldt reiste videre spørsmål om hva som er årsaken til nevroses, og hvilken personlighetsteori som er mest anvendelig for psykoterapeutisk praksis; Kretschmers typelære eller Freuds modell?

## KAMP FOR ANERKJENNELSE

Psykoanalytiker Schjelderup tok utfordringen og skrev et motinnlegg som ledet til videre debatt. Vi ser av temperaturen i innleggene at

temaene berørte begge professorer personlig. Motsetningen mellom psykiateren og psykologen avslører forskjellige kunnskapssyn, faglige standpunkter og ulike profesjonsinteresser. Disse konfliktene gjør seg fortsatt gjeldende innenfor det kliniske felt og er vitenskapshistorisk interessante. Hva var deres argumenter? Hvilke profesjons- og metapsykologiske diskurser var de bærere av? Vi ser at forfatterne holder seg til henholdsvis en medisinsk og en psykologisk språkbruk, og det er analyse av disse forskjellige diskursene som gjør debatten så interessant i dag. Så vidt jeg vet, har ingen tidligere nærlest disse tekstene og satt dem inn i en historisk-filosofisk og biografisk kontekst, bortsett fra at Randolph Alnæs (1995, 1996) berører temaet i sine to bøker om psykoanalysens historie i Norge.

## TO STRIDBARE VITENSKAPSMENN

Gabriel Langfeldt (1895–1983) tok medisinsk embetseksamen i 1920. Etter noen år som allmennpraktiserende lege og politilege, spesialiserte han seg i psykiatri. I 1926 tok han doktorgraden på et arbeid om kroppens hormonproduserende kjertler og det autonome nervesystem i schizofreni (Langfeldt, 1926). I 1935 ble han ansatt på Psykiatrisk klinikk ved Universitetet i Oslo, og i 1940 ble han professor i psykiatri og klinikkjef. Det var i sin tid den mest innflytelsesrike stillingen i norsk

psykiatri, som han beholdt helt til 1965 da han måtte gå av med pensjon 70 år gammel. Langfeldt var leder i Norsk Psykiatrisk Forening 1939–45 og Den rettsmedisinske kommisjon 1946–65. Han foretok mange studiereiser utenlands, blant annet til Paris, Wien, London og New York. Langfeldt fikk stor innflytelse blant nordiske leger gjennom sine lærebøker i psykiatri og rettspsykiatri, som begge kom i flere utgaver (Langfeldt, 1947, 1951). Han ble internasjonalt kjent for sine studier av forløpet ved schizofreni, hvor han skilte mellom prognosen i ekte schizofreni og det han kalte schizofreniforme psykoser, en tilstand som ligner på symptomatologien ved schizofreni med vrangforestillinger og hallusinasjoner, men som varer mindre enn seks måneder. Epistemologisk oppfatter jeg ham som en tradisjonell materialist, som avviser åndelige eller religiøse fenomener. Han var leder av Human-Etisk Forbund fra 1956 til 1962. Knut Hamsun, som ble judisielt observert av Langfeldt i 1945/46, beskriver ham som en autoritær, nedlatende og ufølsom person: «Professor Langfeldt kunne skalte og valte med mig som han lystet – og han lystet meget.» (Hamsun 1949, s. 109). En nær kollega, Nils Retterstøl, beskriver ham som en varm humanist med et åpent sinn (Arntzen, 2002). Det mest interessante historisk sett er hvilke diskurser Langfeldt målbar, og hans faglige motstand mot psykologer.

Harald Krabbe Schjelderup (1895–1974) var opprinnelig fysiker, men var filosofisk anlagt og skrev tidlig en bok om hovedlinjer i moderne filosofi med vekt på positivismen, hvor man vil oppnå sann erkjennelse gjennom empirisk observasjon og logisk deduksjon, ikke metafysisk spekulasjon. I 1917 ble Schjelderup universitetsstipendiat i filosofi. I 1919 tok han doktorgraden på avhandlingen *Til sansefornæmmelsernes psykofysiologi*. Han skrev senere:

Jeg tror at mitt flerårige arbeid på et så eksakt område som det eksperimentalfysiske har fått stor betydning for min senere holdning til den strid om «vitenskapelig psykologi» som delvis har splittet psykologene i to atskilte leirer. (Schjelderup, 1959, s. 123)

Schjelderups interessefelt forskjøv seg deretter til fenomenologi. I 1921 studerte han under Edmund Husserl (1859–1938) i Freiburg, en filosof som mente bevissthetens prerefleksive tilstand påvirker hvordan fenomener persiperes og huskes. Fenomener viser seg for bevisstheten ikke som ytre gjenstander, men kommer til syne fordi bevisstheten allerede er rettet mot objektverdenen. Vi sanser intensjonalt ut fra kategorier. Vi kan objektivere både ytre gjenstander og oss selv som objekt, – som «fakta» i verden – men det er et subjekt som foretar denne handlingen. Mer komplisert blir forholdet når den vi observerer også er et tenkende subjekt som observerer oss tilbake i en intersubjektiv dialektikk. I 1922, bare 27 år gammel, ble Schjelderup utnevnt til professor i filosofi ved Universitetet i Oslo, et professorat han i 1928 fikk omgjort til landets første i psykologi. Nysgjerrighet for psykens struktur førte han til Freuds Wien, hvor han påbegynte sine læreanalyser. Han ble senere praktiserende psykoanalytiker i Oslo. I 1927 utga han læreboken *Psykologi*, hvor han ville smelte sammen den mer «klassiske eksperimentelle psykologi», resultatene av «det behavioristisk adfærdsstudium» og psykoanalysen til en organisk helhet (Schjelderup, 1927, s. vi). Senere ble han imponert over Wilhelm Reichs *Charakteranalyse* (1933) fordi den la vekt på observert adferd i tillegg til frie assosiasjoner og drømmeanalyse i psyko-



Motsetningen mellom psykiateren og psykologen avslører forskjellige kunnskapssyn, faglige standpunkter og ulike profesjonsinteresser





Langfeldt var tilhenger av biologisk psykiatri og bygde på typelæren til den tyske psykiateren Ernst Kretschmer

analytisk terapi. Reich, som var jøde og kommunist, flyktet fra Hitler-Tyskland og ble i 1934 invitert av Schjelderup til Psykologisk Institutt som forsker. Imidlertid dreide Reich sin forskning mot eksperimentell verifikasjon av Freuds libidobegrep gjennom mikroskopiske undersøkelser av organisk materiale og elektrog galvaniske målinger på mikro-voltnivå av blodfylt vev som brystet. Som Ola Raknes (1953) har påpekt, så Reich en fast formel for alt biologisk liv: spenning – lading – utlading – avspenning. Reich utviklet etter hvert en kosmologisk livsvitenskap, såkalt orgonteori, hvor blokkeringer i de naturlige energibaner fører til såkalt biopati – alt fra nevroser til epilepsi, multippel sklerose og kreft. Reichs påstander vekket offentlige negative reaksjoner blant norske leger. Genetikk og cellepatologi med dets molekyler hadde Reich ikke greie på! Schjelderup (1938) tok etter hvert avstand fra Reichs epistemologiske brudd med psykologien, men forsvarte karakteranalysen. Det bidro til at han mistet sitt medlemskap i den internasjonale psykoanalytiske foreningen IPA (Nilsen, 2022).

I stedet brukte han sine krefter på å få etablert profesjonsstudium i psykologi, noe han lyktes med i 1948. Schjelderup hadde hatt en aktiv rolle i Hjemmefronten under den annen verdenskrig og bygd opp et bredt kontaktnett. Schjelderup ble arrestert av nazistene i 1943 og satt resten av krigen i Grini fangeleir sammen med blant andre senere statsminister Einar Gerhardsen. Å være prinsippfast og tro mot sin overbevisning var et karaktertrekk hos Schjelderup. Av en elev, Peter Andreas Holter, blir han beskrevet som udogmatisk, nytenkende, en kriger «som har til oppgave å rydde hindringer av veien, bygge broer og gjøre terrenget fremkommelig for dem som kommer etter» (Holter, 1993, s. 58). Å brenne broer er vel et mer passende uttrykk, synes jeg. Vi kjenner fortsatt ekkoet av striden, hvor psykiatri og psykologi lever i en slags kjølig sameksistens.

#### KAMP OM DEFINISJONSMAKT

Langfeldt var tilhenger av biologisk psykiatri og bygde på typelæren til den tyske psykiateren Ernst Kretschmer (1888–1964). Alle arter skulle måles og klassifiseres i slekter, familier, ordner, klasser og rekker. I Kretschmers taksonomi fant nok Langfeldt en etterlengtet systematikk som skapte et felles psykiatrisk rammeverk for diagnostikk av sinnssykdommene. Kretschmer vil for alltid ha en fremragende plass i psykiatriens historie, mente Langfeldt, på grunn av «sin geniale skildring av forholdet mellom visse legemstyper og visse temperamentstyper» (Langfeldt, 1950a, s. 254).

Vi ser at Kretschmer (1925) og medarbeidere gikk vitenskapelig til verks og kartla tusenvis av tyske psykiatriske pasienter med somatiske undersøkelser og intervjuer. Spesielt målte man høyde, vekt og livvidde, og gikk gjennom sykehistoriene. Noen av pasientene ble avfotografert halvnakne som paradekasus i boken. Kretschmer kom frem til fire kroppstyper som de korrelerte med ulike temperamentter og sinnslidelser:

Med de metoder som er beskrevet, og dertil vårt kliniske materiale, har resultatet blitt tre alltid gjentatte hovedtyper i kroppsbygningen, som vi vil kalle den *leptosome (asteniske)*, den *atletiske* og den *pykniske* ... Ved siden av disse store hovedtypene fant vi videre forskjellige mindre grupper, som vi sammenfattende vil betegne som *dysplastiske spesialtyper* ... (Kretschmer, 1925, s. 16)



Begrepsbruken springer ut av tidsånden, og var skjellsettende for senere trekkteorier (Alnæs, 1966).

- Den første langlemmede og tynne *leptosome* eller *asteniske* kroppstypen er av temperament innadventd, nervøs og bekymret, med anlegg for tidlig aldring og i verste fall schizofreni.
- Den andre grovbygde og muskelsterke *atletiske* kroppstype er robust for motgang, men har en tilbøyelighet for kriminalitet.
- Den tredje kortvokste og tykkfalne *pykniske* kroppstypen er utadventd, humørlabil, med anlegg for et langt liv, men også for manisk-depressiv sinnslidelse.
- I tillegg til hovedtypene kommer de *dysplastiske* typer, som er kroppslig uproporsjonale, med tendens til å rammes av ulike psykosomatiske symptomer.

Det er verdt å merke seg at Kretschmer var en av de første innen psykiatrien til å ta med miljøets betydning for personlighetsutvikling (*die exogenen Faktoren*). Kretschmer var fullstendig klar over at korrelasjon ikke er det samme som årsak, og han opererer med en multifaktoriell etiologi for de funksjonelle sinnslidelser. Han var imidlertid skeptisk til at traumatiske inntrykk i barndommen kan sette så alvorlige merker i sinnet at de blir hovedårsaken til senere skjevutviklinger. Både Kretschmer og Langfeldt mener Freuds teori om fiksering i tidlige libidinøse stadier og hypotesen om ødipuskomplekset er uholdbare:

Hvis det var tilfelle at alvorlige psykiske traumer i seg selv kunne bli hovedårsaken til neuroser, måtte nemlig alle mennesker bli neurotikere, for der finnes vel ikke noe barn i et samfunn som ikke blir utsatt for slike. (Langfeldt, 1950a, s. 256–257)

Kretschmer og Langfeldt mente at grunnen til dannelsen av sinnslidelser ligger i puberteten, hvor det skjer legemlige og sjelelige omveltninger som kan føre til en «retardering» til infantile, instinktive krefter. Følgen blir at individet utvikler en ambivalens, som resulterer i et splittet sinn med mangel på evne til sosial kontakt. Når noen erindringer hos pasienter fester seg som fikse idéer, ligger årsaken i en medfødt, endogen disposisjon, hvor

barndomsinntrykk blir ikke årsaken til, men symptomer for et overfølsomt anlegg. Det er den medfødte konstitusjonstypen som gjør at disse «umodne» barna fastholder inntrykkene lengre enn andre og ikke lykkes med å avvikle dem i puberteten. De blir hemmete og disharmoniske personer, som reagerer med forskjellige typer psykiske symptomer.

#### PSYKOTERAPI OG SOMATISK BEHANDLING

Hva angår psykoterapi anbefalte Kretschmer den autogene trening til Heinrich Schultz (1932), desensibiliseringsøvelser og de såkalte «fraksjonerte», gradvis tillitsbyggende og overbevisende samtaler, for å påvirke de dypere «hypobuliske lag» i mellomhjernen (*diencephalon*). Denne forklaringen innebærer at også suggestive behandlingsmetoder, som hypnose og meditasjoner, kan påvirke pasienten positivt. Langfeldt hevdet at virkningen av alle terapiformer skyldes «enkle, rent biologiske innvirkninger på visse sentre i mellomhjernen» (Langfeldt, 1950a, s. 254). Dette er et område på undersiden av hjernebarken (*cortex cerebri*) som omfatter *thalamus*, *hypothalamus* og *hypofysens baklapp*. Thalamus har en portvaktfunksjon i strømmen av nerveimpulser fra sansesapparatene (syn, hørsel, smerte og berøringssans). Nerveenergiene går begge veier, slik at overordnede kortikale sentre påvirker mellomhjernen som igjen styrer hormonreguleringen, følelseslivet, muskulære spenninger og indirekte sosiale relasjoner. Gjennom avspenningsøvelser vil man kunne indusere pasienten til redusert muskeltonus og tilhørende sympatikusinnervasjoner i det autonome nervesystem, som for eksempel lavere hjerterefrekvens. Dette vil i sin tur redusere angst og kunne ha innvirkning på psykiske funksjoner i viljes- og følelseslivet. Denne tilnæringsmåte «hviler på eksakt hjernefysiologi og eksperimentelle data» (Langfeldt, 1950 a, s. 256). Den «medisinsk skolerte terapeut» har også andre metoder til disposisjon, som alle bygger på et «rasjonelt vitenskapelig» grunnlag, skriver Langfeldt:

Således har man nå de forskjellige *sjokkbehandlinger* (elektrosjokk, insulinbehandling, kulldioksydbehandling), *avslapnings-* og *treningsmetoder* (Schultz, Kretschmer), *narkoanalyse, terapeutiske intervjuer, diskusjonsmetoder* og eventuelt *gruppeterapi* ... (Langfeldt, 1950a, s. 259)



Vi må her huske på at legene først fra midten av 1950-tallet fikk noenlunde effektive anti-psykotiske medisiner, og litt senere kom anti-depressiver og benzodiazepiner. Historisk sett plasserte Langfeldt seg midt i rådende oppfatninger i psykiatrien, hvor sjokkterapiene hadde sin selvsagte plass. På et konsekvensetisk grunnlag gikk Langfeldt imot oppløsning av hemninger på det seksuelle området. Med sin parole om frigjøring fra hemningene har psykologene bidratt til å fremkalle disharmoni og konflikter mellom ektefeller og oppfordret til perverse aktiviteter. Aktiv hemning av seksualdriften er i de fleste tilfeller normalt, og det som harmonerer med den personlige holdning.

#### SVAR FRA PSYKOLOGIPROFESSOREN

«Det er med største ulyst jeg svarer», åpner Schjelderup. «På grunn av den autoritet hans stilling gir ham, ville det kunne gjøre atskillig skade om hans artikkel ikke ble imøtegått» (Schjelderup, 1950a, s. 374). For å være meningsberettiget bør man som et minstemål ha førstehånds kjennskap til psykoanalysen som terapeutisk metode, og ha fulgt med i utviklingen av den psykoanalytiske teori som stadig har gjennomgått revisjoner og blitt forandret, også av Freud selv (1932, 1937, 1938). Schjelderup ironiserer over Kretschmer og Langfeldt som ikke virker helt oppdatert på de siste 20 årenes teoriutvikling i psykoanalysen. Han viser til en rekke amerikanske forfattere som anerkjenner Freuds betydning for psykoterapien, og påpeker at Kretschmer selv var mer positivt innstilt til psykoanalysen enn det Langfeldt gir uttrykk for i sin tolkning. Kretschmer ville *ikke* gi opp psykoanalysen, men la den være et supplement til autogen trening, hypnose og yogaøvelser.

Schjelderup påpeker at ved å kle sine tanker i en biologisk-naturvitenskapelig begrepsdrakt, forleder psykiatriprofessoren godtroende lesere av *Samtiden* til å ta avstand fra dybdepsykologiske metoder, og i stedet satse på elementære suggesjons- og øvelsesmetoder, også for kompliserte psykiske lidelser. Schjelderup ga Langfeldt rett i at Freud etiologisk – mer enn Kretschmer – la vekt på traumatiske inntrykk i barndommen enn konstitusjonen, men det betyr ikke at psykoanalytikere overser genetisk betingede temperamentsforskjeller.

Rent allment hevder Schjelderup (1940) at en nevrose oppstår når individet ikke klarer å løse en tilpasningsoppgave. Spontan aktivitet blir hindret, som oftest av en myndighetsperson. Frustrasjonen medfører en indre spenning, som truer med å overvelde personen som ikke får uttrykke sine følelser. Deretter settes automatisk i gang beskyttelse mot å bli overveldet av angst i form av forskjellige forsvarsmekanismer, både mentale og fysiske i form av muskelspenninger, senere karakterholdninger og livsstil. I barndomsnevrosen er det som oftest en av foreldrene som har hindret barnet i å gjennomføre sine forsetter. Barnet kjenner seg oppgitt og hjelpeløst. Som eleven Bjørn Killingmo (1984) har påpekt, er det et viktig poeng for Schjelderup at det ikke er konflikten i seg selv som er nevroseskapende, men at affekt- og handlingsspenningen som oppstår blir undertrykt og ikke får utløp. Alle forestillinger som assosiativt kan knyttes til den opprinnelige infantile konflikten, blir senere unnveket. Individet mister noe av sin vitalitet og styrke. Symptomer uttrykker symbolsk de opprinnelige ønskene og følelsene og trenger en korrektiv emosjonell erfaring for å bearbejdes. Fordi nevrosen består både av fortrenget ønskeforestillinger og avvergere, som avleires i holdninger, må terapien være rettet mot personen som helhet, ikke bare fokusere på det enkelte symptom. En forutsetning for at en helbredelse kan finne sted, er at det etableres trygghet og tillit slik at pasienten våger å slippe opp for de forbudte opplevelsene og tilhørende fantasier.

Schjelderup (1937) stod i en karakteranalytisk tradisjon hvor man betrakter kroppen som uttrykk for sinnets uløste spenninger og savn. Kroppen «taler» til oss og vi «samtaler» med kroppsspråket tilbake (Harbitz & Sletvold, 2019). Noen eksempler: Den deprimeres sammensunkne skuldre og bøyde hode, den skrekkslagnes oppspilte øyne og tilbakeholdte åndedrett, den engsteliges på-tå-hev gangart og bekymrede mine i pannen, den sintes sammenbitte kjeve og knyttede neve, den mistenksommes stirrekonkurranse, den avviste som vender seg bort eller snur ryggen til, den tvangspregedes stramme rumpe og ranke rygg, den traumatisertes dvaske og slappe muskeltonus som ikke gir ikke pust til stemmen – det nytter ikke å si fra likevel. I denne ordløse kommunikasjonen gjelder det



**PSYKOLOGI-  
PROFESSOR** Harald  
Krabbe Schjelderup  
(1895-1974). Foto: NTB /  
SCANPIX 1794 spbekeil

for psykoterapeuten å kjenne etter i sin egen kropp hvordan den andre har det. Denne tause innlevelse er gull verdt, spesielt der pasienten er på randen av selvmord.

Schjelderup avviste videre anklagene om å være en moralsk nihilist. Med hensyn til påstanden om at nevroser lar seg kurere gjennom frigjøring av seksuelle energier, er nok dette blitt fremført av «ville psykoanalytikere», men Freud selv (1910) hadde også tatt avstand fra en slik vulgær oppfatning. Schjelderup siterte Freud slik:

Det er en ondartet misforståelse som bare kan unnskyldes ved mangel på kunnskap, når en mener at psykoanalysen forventer helbredelse av de nevrotiske lidelser ved en «fri utlevelse» av seksualiteten. Tvertom muliggjør bevisstgjørelsen i analysen av de fortrenge seksuallyster en beherskelse av dem som ikke kunne oppnås ved den tidligere fortregning. En kan med større rett si at analysen befri nevrotikeren for hans seksualitets lenker. (Schjelderup, 1950a, s. 381)

Schjelderup hevder at Langfeldt uttaler seg på et felt han ikke kjenner tilstrekkelig, verken teoretisk eller praktisk, og bør uten forbehold trekke tilbake sin generelle anklage mot psykologer. Han burde «... oppgi til psykologenes fagorganisasjon Norsk Psykologforening navnene på de psykologer han mener å ha bevis for har oppført seg klanderverdig i sitt yrke» (Schjelderup, 1950a, s. 382). Temperaturen i Schjelderups indignasjon tror jeg skyldes den debatt som på 1920-tallet pågikk i Norge om »

”

Schjelderup stod i en karakteranalytisk tradisjon hvor man betrakter kroppen som uttrykk for sinnets uløste spenninger og savn



På det personlige plan ble Langfeldt og Schjelderup aldri forsonet



**PSYKIATRIPROFESSOR** Gabriel Langfeldt (1895–1983). Foto: Bjørn Fjørtoft / Aftenposten

psykiater Johannes Irgens Strømme (1876–1961), som anbefalte masturbasjon for å frigjøre innstengte seksuelle drifter (Strømme, 1925). Dette vakte stor oppmerksomhet i pressen, hvor Strømme ble kalt «onanite-rapeut». Senere på 1930-tallet måtte Schjelderup selv tåle sterk kritikk på grunn av den rolle og posisjon han hadde gitt psykoanalytiker Wilhelm Reich (1897–1957) på Psykologisk Institutt. Reichs spekulative forskning måtte psykologiprofessoren den gang se seg nødt til å ta avstand fra (Nilsen, 2022).

#### **FORSKYVNING OG DEVALUERING**

I sitt gjensvar «Psykoterapeutisk kursendring» slår Langfeldt fast at Kretschmers nyorientering tilsier at den Freudianske analyse med fordel kan erstattes av andre, mer effektive psykoterapeutiske metoder. Begge psykiatere tar klart avstand fra psykoanalyse som normalmetode ved de fleste nevrosener. Vitenskapsteoretisk bygger psykoanalysen på spekulativ teori snarere enn umiddelbar empiri, statistikk, eksperimenter, nevrofysiologiske mekanismer og sist, men ikke minst, praktisk legevitenskap. Langfeldt bringer til torgs et brev fra Kretschmer, på tysk, som han har fått tillatelse til å offentliggjøre:

Kretschmer har på sin klinikk, gjennom flere års praksis, vist at mange, også alvorlige nevrosener, ikke trenger langvarige analyser. Snarere blir de helbredet med intensive og konsentrerte metoder på noen uker og pasientene kan på lengre sikt bli livs- og arbeidsdyktige igjen. (Min oversettelse. Kretschmer omtaler seg selv med sitt navn) (Langfeldt, 1950b, s. 457)

Langfeldt beklager at han brukte termen «psykologer» i sin kritikk når han egentlig mente «ansvarsløse psykoanalytikere», i dette tilfellet Harald Schjelderup som ukritisk hadde trukket inn Bronislaw Malinowskis (1884–1942) sosialantropologiske feltarbeid på Trobrianderøyene som belegg for at nevrosener er sjeldne blant urfolk, fordi barn og unge oppdras helt fritt til å utforske seksualiteten. Malinowski selv var, ifølge Langfeldt, imot å overføre slike erfaringer til et kultursamfunn. Den som driver opplysning om seksuell etikk, har et stort ansvar for å være varsom og saklig. Panseksualismen kan bli misforstått. Langfeldt angriper Schjelderups eget kunnskapsgrunnlag slik:

Jeg må som nevnt anta at professor Schjelderup på grunn av manglende biologisk og medisinsk skoleing ikke har kunnet tilegne seg stoffet i Kretschmers bok. Det er bl.a. de ikke-medisinske utdannede psykoanalytikeres manglende skoleing på dette område som gjør det særlig betenkelig å la disse behandle sinnslidende. (Langfeldt, 1950b, s. 462)

Egentlig burde slike psykoanalytikere rammes av kvakksalverloven, mente Langfeldt. Jeg tror Langfeldt nøt å kunne ta psykoanalytikeren i skole, da han påpekte at Schjelderup alt for sent hadde tatt avstand fra Reich, hans seksualpolitikk og eksperimenter på Psykologisk Institutt:

Den som gir seg av med å popularisere stoff som er av så sentral betydning for samfunnsliv og etikk som seksuallivet er, plikter å være atskillig mer varsom og atskillig mer kritisk enn professor Schjelderup har vært. Der hviler derfor et tungt ansvar på ham, og det er kanskje forståelig at han føler trang til for en stund å kvitte seg med skyldfølelsen ved å skyve den over på den som går i rette med ham. (Langfeldt, 1950b, s. 461)

Forskyvning av egen skyld på andre er en kjent forsvarsmekanisme, og her har psykoanalytikeren syndet grovt, mente psykiateren.

### **BEHANDLINGEN MÅ VÆRE GLOBAL**

Schjelderup selv opplevde Langfeldts utsagn som usaklige og ledd i en fordreining. Han erklærte seg ikke skyldig og viste til sin artikkel i *Dagbladet* fra 1938 om Wilhelm Reich som useriøs vitenskapsmann og sin fagbok *Nevrosene og den nevrotiske karakter* (1940). Schjelderup hadde forsvart karakteranalysens plass, men tatt avstand fra Reichs senere arbeid. Han hadde selv fått satt en stopper for det han betegnet som «kvakksalveranalyse og onaniterapi» gjennom å medvirke til en offentlig autorisasjon av psykoanalytikere i 1938.

I sitt siste debattinnlegg «Kretschmer og psykoanalysen» gjentar Schjelderup at grunnleggende psykoanalytiske oppfatninger har blitt bekreftet både fra «den eksperimentelle dyrepsykologi» og i «studiet av primitive folk» (Schjelderup, 1950b, s. 583). Psykoanalytisk teori har blitt supplert med observasjoner utenfra og er ikke lenger et avgrenset »

kunnskapsområde. Den «sneverhet og sekt-ånd» som lenge har preget psykoanalysen, har i løpet av de senere år i USA, England og Frankrike blitt avløst av en bred dybdepsykologisk forskningsretning som inngår i et fruktbart samarbeid med både samfunnsforskning og medisin. Psykoanalysen har beveget seg fra bare å fokusere på opplevelser til å ta med adferd, karakteren og personligheten som helhet. Schjelderup mente at psykoanalysen skulle integreres i psykologien og finne en naturlig plass på universitetene, ikke bare doseres på avsondrede psykoanalytiske institutter. Tonusproblematikken – og dermed den psykomotoriske side av nevrosene – er ikke ny i psykoanalysen: «... opplevelse, karakterstruktur og muskulær holdning hører sammen.» (Schjelderup, 1950b, s. 585). Skal varige strukturendringer oppnås, må derfor hele konflikten, inklusive forsvarsmekanismer og muskelspenninger, være gjenstand for terapeutisk bearbeidelse.

Schjelderup argumenterer at tyskeren Kretschmer, på grunn av krigen, har blitt isolert fra den internasjonale forskningsfronten og ikke klart å holde seg oppdatert, derfor stanser referanselisten i boken hans i 1928. Ikke engang Freuds hovedarbeider etter 1930 har Kretschmer satt seg inn i. For øvrig regner ikke Kretschmer seg selv lenger som psykoanalytiker, selv om han noen steder uttaler seg positivt til den frie assosiasjons metode.

#### INDIKASJONSOMRÅDET

Langfeldt hadde i «Psykotераpeutisk kursendring» lagt vekt på hvor vanskelig det er å gjennomføre langvarig psykoanalyse i praksis. Dette gir Schjelderup ham helt rett i. Indikasjonsområdet for klassisk psykoanalyse er snevert:

1. Ved kroniske psykonevrotiske sykdommer som ikke blir hjulpet vesentlig ved andre, enklere og mer kortvarige metoder
2. Ved karaktertrekk og personlighetsholdninger for hvilke det overhodet ikke i dag finnes noen annen effektiv metode. (Schjelderup 1950b, s. 587)

Som klinisk psykolog mener jeg helsevesenet bør prioritere ut fra sykdommens alvorlighetsgrad, helseeffekt og ressursbruk. De tre kriteriene må ses samlet: Vi må godta høyere

ressursbruk jo mer alvorlig lidelse og jo bedre helseeffekt en behandling gir på kort og lang sikt. Freud selv hadde ment at man må vanne ut psykoanalysens gull med sølv og bronse, og kliniske psykologer har senere anstrengt seg for å utvikle intensive psykodynamiske korttids-terapi for flertallet av pasienter.

Vi vet at Schjelderup selv gikk ned fra fire til to timer i uken, og enkelte terapierte bare fra rundt et halvt til et år, en lengde som ellers var vanlig på Freuds tid. Når det gjelder spørsmålet om autorisasjon for psykologer, viste han til Freud (1926) som selv var lege, men som klart betraktet psykoanalysen som en psykologi, og at den medisinske grunnutdanning ikke kvalifiserer på dette område – «den fortjener en bedre skjebne», skriver han ironisk et sted. Psykologer har sin selvsagte plass i behandlingsapparatet, mente Freud.

Det er i dag interessant å legge merke til at Langfeldt så sterkt betonet Schultz' autogene trening som en vei til helbredelse. Som Schjelderup påpeker, var Schultz inspirert av indisk yoga og ekstatiske erfaringer om oppløsning av selvet og åndelig transendens. Det er en logisk brist når Langfeldt rubriserer dette som «eksakte hjernefysiologiske og eksperimentelle data» (Langfeldt, 1950c, s. 588). Snarere mente Schjelderup at de må regnes som mysteriøse opplevelser som representerer interessante erfaringsområder, noe som verken Langfeldt eller andre vet nok om.

Til slutt slår Schjelderup fast at han aldri har gått inn for tøylesløs oppheving av hemninger, men for kanalisering og beherskelse av seksuelle driftsimpulser. Han var ingen moralsk nihilist, men var tilhenger av allmenn etikk ut fra menneskets medfødte trang til kjærlighet og evne til empati.

#### ET SISTE STIKK

I sin «Sluttreplik» forsvaret Langfeldt Kretschmer både som psykiater og psykoanalytiker, og sier mesteren er godt oppdatert på internasjonal litteratur på feltet. Å karakterisere Kretschmers metoder som «pseudovitenskaplige» er en «uhørt dristighet» fra Schjelderups side, og han bør holde seg for god til å anklage andre for brudd på «elementær logikk». Langfeldt skriver at «Psykologi og psykiatri er jo nær beslektede disipliner, men det er umulig å beherske begge» (Langfeldt 1950c, s. 594). På det personlige plan ble Langfeldt og Schjelderup aldri for-

sonet. Vi kan undre oss over hvilke overføringer som pågikk mellom de jevnaldrende menn. Det virker som om begge følte at deres egne grunnleggende verdier var truet, og gikk i kampmodus. Å ville tilpasse seg eller flykte ville være for feigt.

### METAPSYKOLOGISKE REFLEKSJONER

Jeg pleier i tråd med Carl Gustav Jung (1943) å sette pasienters liv inn i en større mytologisk sammenheng – det får oss til å føle oss litt betydningsfulle i den store sammenhengen. Her vil jeg benytte anledningen til å sette frem noen hypoteser om de sterke affektene bak den tilsynelatende høflige og akademiske debatten professorene førte. Freud (1900) mener at det i vår natur finnes sterke aggresjoner, alt fra misunnelse, sjalusi, hevnfantasier, verbale stikk, knuffing, fysisk slåssing til dødsønsker (*Todeswunsch*), ikke bare utad, men også innad i familier. Slik jeg tolker konflikten mellom Langfeldt og Schjelderup, fant det sted et ubevisst symbolsk brodermord i utvekslingen, noe som minner om den jødiske mytologi i Det gamle testamentet i Bibelen om Kain og Abel i Første Mosebok 4–8. Begge forfattere hadde eldre brødre: Einar Langfeldt (1884–1966), som ble professor i fysiologisk og medisinsk kjemi, og Kristian Vilhelm Koren Schjelderup (1894–1980), som ble biskop. Jeg har ikke funnet noen informasjon om forholdet mellom brødrene Langfeldt, men det finnes mye informasjon om brødrene Schjelderup. Som Nilsen (2022) har påpekt, gikk Harald Schjelderup en seks måneders periode i 1935–36 i karakteranalytisk vegetoterapi hos Reich, som i 1937 inngående beskrev behandlingen i artikkelen «Orgasmusreflex, Muskelhaltung, Körperausdruck», senere gjengitt på norsk i boken *Orgasmens funksjon*. Terapien forløste sterke følelser og satte dype spor. Harald hatet angivelig sin eldre bror Kristian fordi han var foreldrenes, spesielt mors, øyesten. Kristian jr. ble døpt med samme navn som sin far, gikk i farens fotspor og ble til slutt biskop. Harald slet den gang med alkohol- og amfetaminmisbruk og var ikke tilfreds i ekteskapet. Han hadde et karakterforsvar i form av reservert-het og aggresjonshemming:

Følelsesblokkeringen sank da et av anfallene reproduserte minnet om hans eldre bror, som hadde tyrannisert og mishandlet ham mye da han var barn.

Han forsto nå spontant at han den gang hadde undertrykt raseriet mot broren, som moren hadde vært svært glad i. Som avverge utviklet han en pen og kjærlig holdning til broren, en holdning som sto i sterk kontrast til hans virkelige følelser. Han ville stå på god for med moren ... Fra et bestemt tidspunkt i oppdragelsen hadde hun forsømt ham, behandlet ham dårlig og ofte slått ham. (Reich, 1942, s. 230–235)

Det er i dag sårt, men godt å lese om Haralds egenanalyse. Han fikk gjennom påpekning, imitasjon og direkte masserende håndgrep bearbeidet sitt kunstige smil, sin pust og «pansring» av bekkenet, noe som ledet til en vegetativ strømning og rytmisk bevegelse i hele kroppen. Han skilte seg fra sin kone, skapte et nytt intimt forhold og fikk arbeidslysten tilbake.

### FRA GJEST TIL PREMISSLEVERANDØR

Det er ikke vanskelig å se denne striden for anerkjennelse som et ledd i en profesjonskamp. Legene hadde siden opplysningstiden kjempet mot



Det virker som om begge følte at deres egne grunnleggende verdier var truet





Det er ikke vanskelig å se denne striden for anerkjennelse som et ledd i en profesjonskamp

prestenes oppfatning av galskap som en djevelbesettelse med tilhørende hekseforfølgelse. I stedet for klostre og tukthus hadde de opprettet egne asyl (fr. *asile* = fristed) og utviklet psykiatri som egen medisinsk spesialitet basert på patofysiologi og syndromdiagnostikk (Hermundstad, 1999). Sykehuslegens «kliniske blikk» kom til å bli retningsgivende også for denne del av medisinen. Nå kom psykologene med røtter i filosofien og krevde plass i psykiatriens domene (Haave, 2003). Psykologisk Institutt ble etablert i 1909, men ble drevet av professorer i filosofi frem til 1928, da Schjelderup overtok. På grunn av sin teoretiske kunnskap og psykoterapeutiske ferdigheter, krevde psykologer å få jurisdiksjon på linje med psykiaterne, noe myndighetene ga oss, først med cand.psychol.-graden i 1948 og deretter lov om godkjenning av psykologer i 1973. I 1975 fikk kliniske psykologspesialister trygdekasserefusjon, og ved revisjon av psykisk helsevernloven i 2001 rett til bruk eller opphør av tvangsinnleggelse og ledelse av psykiatriske avdelinger på linje med overlegene. Med virkning fra 2017 ble psykisk helsevernloven endret og vilkårene for bruk av tvang innskjerpet. Alle psykologer fikk henvisningsrett. Psykologen gikk fra å være inntrenger, gjest, uroelement og innovatør til en rolle som premissleverandør på systemnivå i psykisk helsevern (Torgalsbøen, 2022). Psykologiske forklaringer tilhører tidsånden, og langvarig inneliggende behandling på sykehus er definitivt over for de fleste med psykiske lidelser. Schjelderup vant striden. ✕

## REFERANSER

- Alnæs, R. (1966). Konstitusjon, personlighet og psykoterapi. En oversikt basert på Ernst Kretschmers lære. *Psykoterapi*, Bd. I. Fabritius.
- Alnæs, R. (1995). *Norsk psykoanalyse i mellomkrigsårene*. Psykiatrisk Opplysningsfond Forlag.
- Alnæs, R. (1996). *Psykoanalysen mellom psykiatri og psykologi*. Høyskoleforlaget.
- Arntzen, J.G. (2002). *Norsk biografisk leksikon*. Kunnskapsforlaget.
- Freud, S. (1900). Die Traumdeutung. *Gesammelte Werke* 2 & 3. Fischer.
- Freud, S. (1910). Über «wilde» Psychoanalyse. *Gesammelte Werke* VIII. Fischer.
- Freud, S. (1926). Die Frage der Laienanalyse. *Gesammelte Werke* XIV. Fischer.
- Freud, S. (1932). Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *Gesammelte Werke* XV. Fischer.
- Freud, S. (1937). Die endliche und die unendliche Analyse. *Gesammelste Werke* XVI. Fischer.
- Freud, S. (1938). Abriss der Psychoanalyse. *Gesammelte Werke* XVII. Fischer.



- Haave, P. (2003). Striden om nevrosene. Psykiatriens møte med psykoanalysen. I E.R. Benum (red.), *Den mangfoldige velferden. Festskrift til Anne-Lise Seip*. Gyldendal akademisk.
- Hamsun, K. (1949). *Paa gjengrodde Stier*. Gyldendal.
- Harbitz, P. & Sletvold, J. (2019). *Fra muskelpanser til kropper i dialog*. Giutbok – Norsk karakteranalytisk institutt.
- Hermundstad, G. (1999). *Psykiatriens historie*. Gyldendal.
- Holter, P.A. (1993). Harald Schjelderup – en pioner. I P. Anthi og S. Varvin (red.), *Psykoanalysen i Norge* (s. 31–60). Universitetsforlaget.
- Jung, C. G. (1943/1963). *Det ubevisste*. Cappelen.
- Killingmo, B. (1984). Forut for sin tid? En vurdering av Harald Schjelderups psykoanalytiske forfatterskap. I P. A. Holter, S. Magnussen og S. Sandberg (red.), *Norsk psykologi i 50 år – Norsk Psykologforening 1934–1954* (s. 69–86). Universitetsforlaget.
- Kretschmer, E. (1925). *Körperbau und Character. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten*. Springer.
- Kretschmer, E. (1949). *Psychotherapeutische Studien*. Georg Thieme.
- Langfeldt, G. (1926). *The Endocrine Glands and Autonomic Systems in Dementia Praecox. Clinical and Experimental Investigations*. [Doktorgradsavhandling]. Det kongelige Frederiks Universitet. Eide.
- Langfeldt, G. (1946). *Nervøse lidelser og deres behandling. Nevrastenier, nevroser og psykopatier*. Aschehoug.
- Langfeldt, G. (1947). *Rettspsykiatri for jurister og leger*. Aschehoug.
- Langfeldt, G. (1950a). Psykoterapeutisk kursendring. *Samtiden*, 59(4), 254–261.
- Langfeldt, G. (1950b). Psykoterapeutisk kursendring. Svar til professor Harald Schjelderup. *Samtiden*, 59(6), 454–462.
- Langfeldt, G. (1950c). Sluttreplikk til professor H. Schjelderup. *Samtiden*, 59(10), 592–594.
- Langfeldt, G. (1951). *Lærebok i klinisk psykiatri for medisinske studenter og praktiserende leger*. Aschehoug.
- Nilsen, H.F. (2022). *Du må ikke sove. Wilhelm Reich og psykoanalysen i Norge*. Aschehoug.
- Raknes, O. (1953). Eit organomisk syn på helse og nokre terapeutiske, pedagogiske og sosiale følger av det. *Nordisk Psykologi*, 5, 47–59.
- Reich, W. (1933). *Charakteranalyse. Technik und Grundlagen für studierende und praktisierende Analytiker*. Selbsverlage.
- Reich, W. (1937). *Abhandlungen zur personellen Sexualökonomie*. Sex-Pol Verlag.
- Reich, W. (1942/1973). *Orgasmens funksjon*. Pax.
- Schjelderup, H. (1919). *Til sansfor næmmelsernes psykofysiologi*. [Doktorgradsavhandling]. Det kongelige Frederiks Universitet.
- Schjelderup, H. (1927). *Psykologi*. Gyldendal.
- Schjelderup, H. (1937). Charakterveränderungen durch psychoanalytische Behandlung. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*, 11(4), 631–650. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1937.tb09104.x>
- Schjelderup, H. (1937). *Nevrose og oppdragelse*. Gyldendal.
- Schjelderup, H. (1938, 2. juli). Wilhelm Reich som vitenskapsmann. *Dagbladet*, 5–6.
- Schjelderup, H. (1940). *Nevrosene og den nevrotiske karakter*. Gyldendal.
- Schjelderup, H. (1950a). Psykoterapeutisk kursendring? En psykiater «orienterer». *Samtiden*, 59(6), 374–382.
- Schjelderup, H. (1950b). Kretschmer og psykoanalysen. Svar til professor Langfeldt. *Samtiden*, 59(10), 583–591.
- Schjelderup, H. (1959). Harald Schjelderup. I Å. Skard (red), *Psykologi og psykologar i Norge*. Universitetsforlaget.
- Schultz, J. H. (1932). *Das autogene Training*. Georg Thieme.
- Strømme, J. I. (1925). *Nervositet kan helbredes. Fra sjelens lønnkammer*. Fabritius.
- Torgalsbøen, A-K. (2022). Skepsis til makt hos psykologprofesjonen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(6), 474–481. <https://psykologtidsskriftet.no/fagesay/2022/05/skepsis-til-makt-hos-psykologprofesjonen>

# «Det finnes hjelp» - et tiltak for å forebygge seksuelle overgrep mot barn

Erfaringer fra Oslo Universitetssykehus tilsier at voksne søker hjelp for å unngå å handle på seksuell interesse for barn.

**TEKST** Christine Friestad<sup>1</sup>, Karine Seippel<sup>2</sup>, Martin Sjøly<sup>3</sup> og Anja Vaskinn<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Regional seksjon for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Klinikk psykisk helse og avhengighet (KPA), Oslo universitetssykehus (OUS)  
<sup>2</sup>Spesialpoliklinisk enhet, Regional seksjon for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, KPA OUS  
<sup>3</sup>Divisjon kvalitet og forløp, Avdeling for spesialisthelsetjenester, Helsedirektoratet  
<sup>4</sup>Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri Helse Sør-Øst, KPA OUS

**KONTAKT**  
 uxfric@ous-hf.no

**H**østen 2022 rullet en informasjonskampanje ut i den norske offentligheten, rettet mot personer med seksuelle tanker om barn: «Det føles riktig, men burde føles feil», «Hvorfor akkurat meg?», «Hvorfor kan jeg ikke være som alle andre?». Den hverdagslige konteksten som rammet inn spørsmålene, varierte, men budskapet var gjennomgående: «Du kan ikke alltid bestemme hva du føler, men du kan få hjelp til å kontrollere hva du gjør», med en entydig påfølgende oppfordring om å ta kontakt med Det finnes hjelp (DFH), et tilbud om spesialisert helsehjelp til voksne med seksuell interesse for barn. Helsetilbudet ble opprettet høsten 2020 på oppdrag fra Helsedirektoratet og er etablert i alle helseregioner. Her beskriver vi bakgrunnen for utviklingen av tilbudet og presenterer kunnskapsgrunnlaget for innhold og utforming, samt erfaringer fra praksis, med utgangspunkt i DFH slik det drives ved Oslo universitetssykehus HF (OUS).

## HVORFOR ETABLERE ET TILBUD?

Forebygging av seksuelle overgrep mot barn fremheves i en rekke offentlige dokumenter som et satsingsområde, og behandling rettet mot utøvere er ett av virkemidlene, jf. Opptrappingsplan mot vold og overgrep 2017–2021 (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016). Behandlingstilbudet til voksne som har utøvd vold, og særlig seksualisert vold, er mangelfullt (Askeland et al., 2016; Holt et al., 2016; Moen

et al., 2016). Også internasjonalt har det manglet en helhetlig tilnærming til forebygging av seksuelle overgrep mot barn – spesielt tidlige intervensjoner rettet mot mulige utøvere (Letourneau et al., 2014), altså personer som lar seg identifisere før barn blir utsatt for overgrep. I Norge var Redd Barnas rapport om behovet for en hjelpelinje for personer med seksuelle følelser for barn (Berggrav, 2017) avgjørende for at Helsedirektoratet i 2018 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet startet faglig utredning av en lavterskeltjeneste og et helhetlig behandlingstilbud til personer med seksuell interesse for barn og en selvidentifisert risiko for å begå overgrep.

Flere land hadde eller var i ferd med å etablere sekundærforebyggende tilbud til målgruppen, i form av hjelpelinjer (Stop It Now! i Storbritannia og Preventell i Sverige), selvhjelpsressurser (Help Wanted i USA, ReDirection i Finland), brukernetter (Virtuous Pedophiles og B4U-Act, begge i USA) og helsehjelp (Talking for Change i Canada, Prosjekt Dunkelfeld i Tyskland). Helsedirektoratets innsiktsarbeid vektla at et tilsvarende norsk tilbud burde være nasjonalt, gi et helhetlig lavterskeltilbud, sikres stabil finansiering og bygge ned terskler for dem som søker hjelp. Tilbudet som da var under utvikling på New Zealand, «Stand Strong, Walk Tall (SSWT): Prehabilitation for a Better Future» (se [www.sswt.org.nz](http://www.sswt.org.nz)), fremsto som mest i tråd med norske myndig-

heters ønske om et diagnoseuavhengig og helhetlig lavterskeltilbud. Det var også i tråd med det norske behovet at SSWT tydelig vektla det kunnskapsgenererende aspektet ved tjenesteutviklingen, gjennom et strukturert opplegg for kvalitetssikring og potensial for forskning. Utformingen av DFH er derfor lagt tett opp til SSWT og nedfelt i Nasjonale faglige råd (Helsedirektoratet, 2020). Der beskrives innhold og utforming av behandlingstilbudet, basert på den kunnskapen vi har per i dag.

### HVORDAN NÅ MÅLGRUPPEN?

Personer med potensielt skadelige seksuelle interesser har høy terskel for å søke forebyggende behandling, men motivasjon for å motta hjelp om kvalifisert hjelp gjøres tilgjengelig (Adebahr et al., 2021; Beier et al., 2009). For å oppleves tilgjengelig må kjente barrierer mot å søke hjelp adresseres, slik som bekymring for om taushetsplikten blir overholdt, at hjelpsøkingen kan ha sosiale og rettslige konsekvenser, og skam og forvirring knyttet til sin seksuelle interesse (jf. Levenson et al., 2017).

Informasjonskampanjer er ett av Helse- direktoratets virkemidler for å informere befolkningen om nye helsetjenester. Bruken av kampanjer inngikk i en overordnet informasjonsstrategi for DFH, der målet var å få målgruppen til å oppsøke nettsiden [www.det-finneshjelp.no](http://www.det-finneshjelp.no). Markedsføringen i 2022 foregikk fra uke 40 til 51 hovedsakelig på sosiale medier og var rettet mot menn i alderen 18–35 år. Dette ble supplert med annonser i netta- vis og radio, videoer på YouTube og utendørs bannere i bybildet. Hovedbudskapet på alle plattformer var at helsehjelp til målgruppen er et virkemiddel for å forebygge overgrep mot barn. Et annet mål var å gi balansert informasjon om et kommunikasjonssensitivt tema. Kampanjen ble utformet for å oppleves ikke-true- nende, med en tydelig visuell idé om anonymisering, og assosiasjon i retning av noe som er skadet eller vanskelig. Utformingen baserte seg på fokusgruppeintervjuer med ulike befolkningsgrupper, inkludert pasien- ter i behandling for seksuell interesse for barn. Pasientene ga uttrykk for at kampanjen burde reflektere ambivalensen og de vanskelige tan- kene som målgruppen sliter med, oppleves som en utstrakt hånd og samtidig tydelig- gjøre ansvar for egne handlinger. Kampanjen ble evaluert med en befolkningsundersøkelse

(n=1001) av Norstat, som viste at 37 % hadde sett ett eller flere kampanjeelementer. I mål- gruppen oppga 55 % at de hadde sett kampan- jen. Flertallet mente kampanjen var viktig og nødvendig, og at den klarte å kommunisere budskapet om at det finnes hjelp.

### VALG AV BEHANDLINGSTILNÆRMING

Den best dokumenterte modellen for å motvirke tilbakefall til ny kriminalitet blant straffedømte baserer seg på tre generelle prinsipper: Risk-Need-Responsivity (RNR) (Bonta & Andrews, 2017). Disse gjelder også for forebygging av tilba- kefall blant personer dømt for seksuallovbrudd (Hanson et al., 2009). Prinsippene innebærer at behandlingsintensiteten skal tilpasses den enkeltes risiko (Risk), og at innholdet skal rettes mot dynamiske forhold som er empirisk knyttet til seksuallovbrudd (Need). Videre skal behand- lingen tilbys på en empatisk og respektfull måte og tilpasses den enkelte pasients personlighet og læringsmåte (Responsivity). RNR-baserte behandlinger kan ha et for ensidig søkelys på skade og risiko (Ward & Stewart, 2003). For å bøte på ensidigheten er det utviklet styrkeba- serte tilnærminger som integrerer oppmerk- somhet rundt risiko med vektlegging av beskyt- tende faktorer og ressurser (Willis et al., 2013). Et eksempel på det siste er Good Lives-mo- del- len (GLM). GLM har som utgangspunkt at men- nesker av natur er målrettede og aktivt søker hensikt og mening i livet gjennom oppnåelse av såkalte primære goder (Ward & Brown, 2004). Primære goder er allmenne og inkluderer posi- tive erfaringer som å oppleve mestring, finne tilhørighet, glede, indre ro eller utøve kreativi- tet (Yates & Prescott, 2011). Sekundære goder er det vi gjør, strategiene vi bruker, for å oppnå et primært gode, som eksempelvis å trene eller meditere for å oppnå indre ro. GLM-rammen forstår seksuallovbrudd som et uhensiktsmes- sig og illegitimt forsøk på å oppnå et primært gode; strategien man har valgt, innebærer at andre utsettes for skade. Behandlingen innebæ- rer å bli klar over sine viktige primære goder og finne og øve på å bruke andre hensiktsmessige sekundære goder, dvs. strategier, for å oppnå det ønskede primære godet (se Høiland (2018) for en norsk introduksjon til GLM). Slik jobber man parallelt mot to målsettinger: å redusere risiko og å styrke livskvalitet og mestring gjen- nom utvikling av andre måter å oppnå grunn- leggende menneskelige behov på.

Forskningslitteraturen beskrevet over er i all hovedsak basert på studier av personer (oftest menn) som er domfelt for seksuallovbrudd. Overføringsverdien til personer med seksuell interesse for barn, som presumptivt *ikke* har handlet på interessen, er usikker. Kunnskapsgrunnlaget er likevel et vesentlig faglig utgangspunkt for utforming av behandlingstilbud for den siste gruppen, inkludert DFH. Det gjelder både betydningen av sammenheng mellom risiko og intensitet i behandlingen og aktuelle behandlingsområder.

### DET FINNES HJELP

#### Målgruppe

DFH er rettet mot voksne (> 18 år) med seksuell interesse for barn (< 16 år) som ønsker hjelp til å unngå å handle på sin seksuelle interesse. Målgruppen er diagnoseuavhengig, og behandlingens formål er todelt: a) forebygge seksuell vold/overgrep, og b) bistå pasientene med å oppnå egne livsmål på måter som ikke skader andre. Pasientene kan henvise seg selv til behandling og trenger ikke gå veien om fastlege.

#### Teoretisk ramme for behandlingen

DFH baserer seg på en forståelse av at seksuell interesse for barn ikke er noe man velger selv, og at pasienter med problematikken har behov for respekt og ivaretagelse (Christofferson et al., 2020). Med utgangspunkt i GLM-modellen anlegger DFH et ressursorientert syn på personen som søker behandling for å håndtere sin

seksuelle interesse for barn. DFH er, som SSWT, basert på flere teoretiske tilnærminger, inkludert kognitiv atferdsterapi (CBT). Bakgrunnen for vektleggingen er at CBT-baserte intervensjoner er forbundet med lavere tilbakefallsrater enn andre psykologiske tilnærminger (Lösel & Schmucker, 2005).

#### Behandlingens innhold

Behandlingen starter med utredning av den enkeltes ressurser og risiko, og utvikling av målsettinger for behandlingen. Utredningen kombinerer selvrapportskjemaer og kliniker-administrerte verktøy. DFH-utredningspakken ligner SSWTs pakke, med noen justeringer etter hva som fins av norske oversettelser av aktuelle instrumenter. Kartleggingen omfatter selvregulering, impulsivitet, mestring, intimitetsvansker, ensomhet, livskvalitet, mestringstro, seksuell tiltrekning og kognitive fordreininger rundt seksuelle overgrep mot barn. Det kliniske intervjuet er hovedstammen i utredningen og gjennomføres med et GLM-perspektiv. Behandler er interessert i å bli kjent med personen, utover at en seksuell interesse for barn er til stede. Behandler utforsker hva og hvem som er viktig for personen, hva som gir glede og tilfredshet, hva personen lengter etter i livet sitt. Svarene på slike spørsmål bidrar til å avklare hvilke primære goder som er viktig for personen. Videre legger utredningen vekt på å kartlegge hvilke kjente dynamiske risikofaktorer for seksuallovbrudd som eventuelt foreligger. Faktorene utgjør det som i GLM-rammeverket kalles

**Tabell 1**

*Behandlingsmodulene som anvendes i Det finnes hjelp, hentet fra «Stand Strong, Walk Tall»*

SSWT Intervensjonsmoduler	
Utredning	Obligatorisk
Definere målsetting for behandlingen (GLM-perspektiv, i samarbeid)	Obligatorisk
Forstå og leve med – men ikke handle på – mine tiltrekninger	
Forstå skadelig seksuell atferd	
Styrke ferdigheter (selvregulering, mestring, følelsesregulering)	
Styrke seksuell interesse for voksne (hvis til stede)	
Håndtere min seksuelle tiltrekning og finne nytelse	
Sorgbearbeidelse (hvis seksuell interesse er avgrenset til barn)	
Bygge bedre relasjoner (til voksne)	
Planlegge oppnåelse av et godt liv («Good Life Planning»)	Obligatorisk
Post-intervensjon-utredning	Obligatorisk

*Merknad.* SSWT = Stand Strong, Walk Tall. GLM = Good Lives Model

hindringer, eller psykologiske kjennetegn som står i veien for å oppnå primære goder på en ikke-skadelig måte. Basert på utredningen lages en kasusformulering sammen med klienten. Omfanget og lengden på behandlingen tilpasses klientens behov. SSWT er i utgangspunktet korttidsbehandling, men klientens behandlingsbehov og eventuelle tilleggsproblemer er styrende for tidsbruk og behandlingens lengde. SSWT består av i alt elleve moduler (se Tabell 1).

Utredningen og kasusformuleringen avgjør hvilke moduler som inngår i pasientens terapiforløp. Hvis utredningen avdekker kognitive fordreininger, vil modulen «Forstå skadelig seksuell atferd» være relevant. Denne modulen tar for seg maladaptive tanker/skjema om seksuelle overgrep mot barn / seksuelt misbruk av barn, og arbeidet fokuserer på å øke forpliktelsen til et liv uten seksuallovbrudd. Modulen «Styrke ferdigheter» er aktuell når utredningen avdekker vansker med å regulere egne følelser, håndtere stress og selvregulering. Det er ikke uvanlig at personer med seksuell interesse for barn håndterer vanskelige følelser ved å bruke overgrepsmateriale. Terapien går i korte trekk ut på å øke klientens evne til å oppnå sine primære goder på en måte som ikke skader verken personen selv eller andre, men på måter som er både adaptive og meningsfulle.

### KLINIKERNES ERFARINGER

Seksualovergrepssrelatert problematikk har hittil hovedsakelig vært behandlet i eller i tilknytning til fengsel/straffegjennomføring. SSWT legger stor vekt på at behandlingen skal tilbys i imøtekommende lokaler, som ikke gir assosiasjoner til en bestemt type problematikk eller forbindes med straff eller politi. Klientene skal møtes av helsepersonell med særlig kompetanse på akkurat dette temaet. OUS har forsøkt å etterleve alle disse hensynene i plassering av tjenesten og i organiseringen av DFH-teamet. Teamet vektlegger spesialistkompetanse i front, både for besøkende på chat og pasienter som møter til poliklinisk behandling.

### Henverdeler på chat

For å senke terskelen for å få informasjon om og tilgang til behandling opprettet Helsedirektoratet en nasjonal chat-funksjon, som drives av OUS. Tjenesten er åpen daglig og gir brukerne anledning til å være anonyme. Kontakten har derfor form av generell rådgivning snarere enn helse-

hjelp. De aller fleste som henvender seg, er personer som opplever tiltrekning til barn. De ønsker spesifikke innspill på *sitt* problem, noen å snakke med og vurdering av *sin* situasjon, ikke generell informasjon. De som klarer å erkjenne problematikken på chat, er ofte klare for å identifisere seg og settes raskt opp til poliklinisk samtale.

### Poliklinisk behandling

Den kliniske erfaringen så langt gir et begynnende inntrykk av gruppen. Hittil er de aller fleste DFH-pasientene selvhenviste. Et stort flertall er menn, men gruppen er heterogen når det gjelder alder, utdanningsnivå, fungering og sivilstatus. Nærmest samtlige gir uttrykk for at tiltrekningen til barn er en betydelig belastning, assosiert med skam, og har påvirket deres forhold til seg selv og andre mennesker. Flere beskriver at tiltrekningen og den tilhørende skammen har gjort at de vegrer seg fra å delta i arbeidsliv, utdanning eller sosiale relasjoner. Noen beskriver tiltrekningsmønsteret som til stede og i forgrunnen fra de selv var barn/unge og oppdaget sin egen seksualitet. Andre kan beskrive en senere debut som har handlet mer om spenningssøken, forsøk på å komme ut av ensomhet og kjedsomhet eller forsøk på å håndtere egne overgrepserfaringer.

DFH-behandlerne ser foreløpig konturene av tre hovedgrupper av pasienter: Noen avsluttes etter en til to samtaler fordi DFH ikke fremstår som rett tilbud fordi annen psykopatologi fremstår som primær, for eksempel OCD. I gruppen som avsluttes raskt, inngår også pasienter som behandlerne gjennom informasjon kan betrygge på egen seksualitet, uten at det foreligger ytterligere behandlingsbehov. En annen gruppe består av personer med betydelige psykiske helseutfordringer, med tiltrekning til barn parallelt. Her finner vi blant annet pasienter med personlighetsforstyrrelser eller psykoselidelser. For noen av dem har det vært nyttig med et avgrenset arbeid knyttet til tiltrekning til barn i tillegg til annen oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Den siste gruppen består av det vi kan kalle DFHs kjernepasienter, hvor det primære problemet er den seksuelle interessen for barn. Mange av dem strever også med angst eller depresjon.

### Det terapeutiske arbeidet

Å være psykolog i et behandlingstilbud som DFH innebærer noen særegne muligheter og »

utfordringer. Arbeidet oppleves umiddelbart nyttig og givende; man tilbyr behandling til en stigmatisert gruppe, knyttet til et livsområde som er viktig og smertefullt for pasientene, og som de ofte ikke har fått hjelp med tidligere. Seksualitet er tett forbundet med emosjonalitet, regulering og relasjoner, som er terapeutiske tema som er velkjente og viktige for psykologer på tvers av pasientgrupper. Terapeutiske strategier kjent fra andre felt kommer også til nytte i arbeidet med pasientene som har henvendt seg til oss. Arbeidet i DFH gjør det mulig å komme raskt inn i emosjonelt sentrale tema og bidra til relevante livsendringer hos pasientene. Pasientene får et rom til å dele sin skam og bekymring, noe som i mange tilfeller raskt har åpnet nye muligheter til å våge mer og etablere mer meningsfulle liv.

Behandlingstilnærmingens mestrings- og ressursperspektiv antas å styrke pasientenes kapasitet til å leve trygt med sine tiltrekningsmønstre, uten å skade barn. Pasientene er ulike når det gjelder hvordan den seksuelle interessen for barn har utviklet seg, og hvilken rolle interessen spiller i deres liv. Kombinasjonen av mestringsorienterte og psykoedukative intervensjoner, en grundig forståelse av pasientens motivasjoner og kunnskap om seksualitet og seksuell utvikling er avgjørende. Pasientene gir uttrykk for at de psykoedukative elementene som omhandler seksuell interesse for barn, skillet mellom å ha seksuell interesse for barn og overgrepssatferd samt konsekvenser for barn av å bli utsatt for seksuelle overgrep er nyttige. Utredningen er omfattende og krever en investering fra pasienten. Mange responderer positivt på at utredningen er så grundig, og ser det som en mulighet til å bidra til kunnskapsutvikling. Gode kliniske møter gjennom utredningen har ofte utviklet seg til et samarbeid som oppleves meningsfullt for både pasient og psykolog. For noen pasienter har utredningen hatt en terapeutisk effekt i seg selv, gjennom å bidra til en økt opplevelse av verdighet og tilhørighet.

Psykologer er vant til å gjøre vanskelige vurderinger med potensielt store konsekvenser, det gjelder både vurdering av suicidfare og voldsrisiko og i førerkortvurderinger. I DFH aktualiseres behovet for å vurdere risiko for seksuelle overgrep og eventuell avvergeplikt. Selv om mange av pasientene ikke har begått

fysiske overgrep mot barn, har de fleste oppsøkt nettbasert overgrepsmateriale. Behandlingen retter seg også mot å redusere bruken av overgrepsmateriale gjennom å tematisere kontrasten til pasientenes grunnleggende verdier og ønsker for sitt liv. Det har vært avgjørende for kollegafellesskapet å ha pågående refleksjoner og drøftinger om hvor grensene for avverge-/meldeplikt går. Vurderingene må ta hensyn til juridiske betingelser og samfunnsvern, og samtidig balanseres mot behovet for personvern og ivaretagelse av taushetsplikt. Frykten for at taushetsplikten skal brytes, og at informasjon deles med politiet, har vist seg å være en viktig barriere mot at pasienter med denne problematikken søker behandling. Det er avgjørende både for den allmenne tilliten til tjenesten og vår mulighet til å forebygge overgrep gjennom behandling at våre vurderinger er kunnskapsbasert og grundige. Seksuell interesse for barn er et tema som kan vekke sterkt negative reaksjoner, også hos behandlere. For å forebygge og ev. bearbeide slike reaksjoner legger Det finnes hjelp betydelig vekt på opplæring i behandlingstilnærmingen, veiledning og et aktivt kollegafellesskap for behandlerne.

#### OPPSUMMERING

Intervensjoner som forsøker å komme tidlig til med innsats overfor personer med seksuell interesse for barn, er under utvikling i flere land, som ett av flere nødvendige tiltak for å forebygge overgrep mot barn. Det er mye vi ikke vet om behandlingsbehovene til personer med seksuell interesse for barn. Kunnskapen om effekten av forebyggende behandling er også mangelfull. Det inngår derfor som en nødvendig del av kvalitetssikringen av behandlingstilbudet DFH å samle inn systematisk informasjon om det som kjennetegner pasientene. Medisinsk kvalitetsregister for seksualovergrepsrelatert problematikk (KvaSO) er opprettet til dokumentasjon av behandlingsforløpene i DFH, men også av andre behandlingstilbud i spesialisthelsetjenesten for relatert problematikk. I tillegg til å kunne bidra med kunnskap om i hvilken grad seksuelle overgrep forhindres, vil kvalitetsregisteret være nyttig for å øke kunnskapen om en relativt lite beskrevet gruppe som står i fare for å møte mye stigma. ✘

## REFERANSER

- Adebahr, R., Söderström, E. Z., Arver, S., Jokinen, J. & Öberg, K. Ö. (2021). Reaching Me and Women at Risk of Committing Sexual Offences – Findings From the National Swedish Telephone Helpline PrevenTell. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(9), 1571–1581. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.06.008>
- Askeland, I. R., Moen, L. H., Nilsen, L. G., Kruse, A. E., Hjemdal, O. K. & Holt, T. (2016). *Behandlingstilbudet til voksne som utøver vold: En nasjonal kartleggingsundersøkelse*. (Rapport 10). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.1869>
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021). Regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-12-s-20162017/id2517407/>
- Beier, K. M., Ahlers, C. J., Goecker, D., Neutze, J., Mundt, I. A., Hupp, E. & Schaefer, G. A. (2009). Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(6), 851–867. <https://doi.org/10.1080/14789940903174188>
- Berggrav, S. (2017) Hjelpelinje for personer med seksuelle følelser for barn. Utredning av behov og ulike modeller. Redd Barna.
- Bonta, J. & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct*. (6. utg.). Routledge.
- Christofferson, S., Willis, G., Cording, J. & Waitoki, W. (2020). *Stand strong, walk tall: prehabilitation for a better future. A sexual abuse prevention project*. Manual. University of Canterbury, New Zealand.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: a meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36(9), 865–891. <https://doi.org/10.1177/0093854809338545>
- Helsedirektoratet (2020). Helsetilbud til personer som står i fare for å begå seksuelle overgrep mot barn: «Det finnes hjelp». Helsedirektoratet.no. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/helsetilbud-til-personer-som-star-i-fare-for-a-bega-seksuelle-overgrep-mot-barn-det-finnes-hjelp>
- Holt, T., Nilsen, L. G., Moen, L. H. & Askeland, I. R. (2016). *Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep: En nasjonal kartleggingsundersøkelse*. (Rapport 6). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.1869>
- Høiland, K. (2018). The Good lives Model i behandling av personer dømt for seksuallovbrudd. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(8), 656–665. <https://psykologtidsskriftet.no/evidensbasert-praksis/2018/08/good-lives-model-i-behandling-av-personer-domt-seksuallovbrudd>
- Letourneau, E. J., Eaton, W. W., Bass, J., Berlin, F. S. & Moore, S. G. (2014). The need for a comprehensive public health approach to preventing child sexual abuse. *Public Health Reports*, 129, 222–228. <https://doi.org/10.1177/003335491412900303>
- Levenson, J. S., Willis, G. M. & Vicencio, C. (2017). Obstacles to help-seeking for sexual offenders: Implications for prevention of sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 26(2), 99–120. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1276116>
- Lösel, F. & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1(1), 117–146. <https://doi.org/10.1007/s11292-004-6466-7>
- Moen, L. H., Askeland, I. R. & Holt, T. (2016). Kartlegging av behandlingstilbudet til: Barn som er utsatt for eller som utøver vold og seksuelle overgrep og voksne som utøver vold. En pilotstudie om behandlingstilbudet i fire norske fylker. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.1869>
- Ward, T. & Brown, M. (2004). The Good Lives Model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243–257. <https://doi.org/10.1080/10683160410001662744>
- Ward, T. & Stewart, C. A. (2003). The treatment of sex offenders: risk management and good lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 353–360. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.4.353>
- Willis, G. M., Yates, P. M., Gannon, T. A. & Ward, T. (2013). How to integrate the Good Lives Model into treatment programs for sexual offending: an introduction and overview. *Sexual Abuse*, 25, 123–142. <https://doi.org/10.1177/1079063212452618>
- Yates, P. M. & Prescott, D. S. (2011). Applying the Good Lives Model to clinical practice: Redefining primary human goods. *Newsletter of the National Organisation for the Treatment of Abusers* (NOTA), December 2011.

FOTO: PRIVAT



TEKST Anna Helle-Valla

MERKNAD Ingen oppgitte interessekonflikter

## Hvorfor lider psykologer av aldersvegning?

Det er på grensen til etisk uforsvarlig at ikke flere psykologer tar innover seg utfordringen med et aldrende samfunn.

«**D**u må ikke se på tennene eller rumpen når du velger kjæreste. Se på øynene! Det er vår menneskelige forbindelse det handler om.» Den 70 år gamle musikeren sender meg et alvorlig, men lekent blikk.

Vi er midt i en konsert som inngår i prosjektet «Generasjon: Møhlenpris» for en aldringsvennlig bydel. Min erfarne musikervenn spiller sanger og deler sine aldringsrefleksjoner. Jeg har skaffet midler og bistår med det praktiske. Nå sitter vi altså her på nabolagskaféen en fredag kveld, en herlig gjeng mellom 20 og 70 år, og lytter til kjente sanger og gode aldringstips.

etter miljøkrisen. Likevel snakker vi oftest om aldring som en individuell helseutfordring og går glipp av det store bildet. Hvor sårbart dette økosystemet er, fikk vi merke under pandemien. Hjemmeboende eldre med demens – en gruppe vi etter sigende beskyttet med strenge restriksjoner – ble sykere og fikk mer angst, depresjon og psykose som en konsekvens av isolasjonen de ble utsatt for.

Dårlig sykehjemsarkitektur begrenset muligheten til isolering av smitteutbrudd. Kommunehelsetjenesten ble nedprioritert med tanke på testing og smitteutstyr samtidig som de ikke fikk legge inn smittede på sykehus. Ansatte i eldreomsorgen og deres barn opplevde sosialt stigma og smittefrykt fra naboer og venner. Pandemien aktualiserte flere latente aldringsrelaterte kriser i fellesskapet vårt. Forstår vi at dette var et dramatisk fremtidsvarsel?

### ET FREMTIDSVARSEL

Alt levende står i relasjon til noe annet, og dersom vi mister våre relasjoner, visner vi og dør. På samme måte som naturens økosystemer består menneskelige økosystemer av mer eller mindre sårbare forbindelser som virker sammen i en større enhet.

Når betingelsene i økosystemet endres, påvirker dette livet i hele systemet. For første gang i verdenshistorien er vi flere eldre enn yngre på denne kloden. Både FN og WHO kaller det en av de største samfunnsutfordringene

### EN PSYKOLOGKRISE

Som fersk psykolog og forsker var jeg egentlig ikke så opptatt av aldring, men etter fire år i kommunehelsetjenesten kaller jeg meg aldringsaktivist. Det er sjokkerende at det er færre enn ti psykologer i hele Norge som arbeider kommunalt med de over 60. Det var vondt og provoserende å se hvor medikalisert eldreomsorgen er, og hvor usynlig psykisk helse gjøres i møte med både beboere, ansatte og pårørende.

Etter en desperat brannslukningsperiode der jeg kjørte rundt til ulike sykehjem og ga samtaler, veiledning og undervisning, begynte jeg å zoome ut og tenke større om hva et aldringsvennlig samfunn er og kan være. Mangler vi systemer og forståelse for et helt felt? Når og hvordan kan vi forebygge uhelse? I en drastisk helomvending opprettet





jeg stiftelsen Siste kapittel, og kontaktet kulturinstitusjoner, arkitekter, forskere og frivillige aktører med ønske om å lage en stor aldringsfestival. Basert på erfaringene fra festivalen lager jeg nå små samarbeidseksperimenter gjennom hele året i bydelen der jeg bor. Hva skjer når syvendeklasse, en profesjonell kokk og rektor inviterer eldre til varm lunsj på skolen? Hvilke historier deler eldre med hverandre når en teaterregissør inviterer til fortellerverksted for alle over 60? Hvordan er det for personer med Parkinsons sykdom å få danse til taktfast musikk – noe som fremmer deres motoriske funksjon – på et rave-party sammen med barnefamilier og friske eldre? Hva ønsker eldre innvandrerkvinner å lære mer om hvis de selv får programmere en seminarserie om helse?

### EN UTDANNINGSKRISE

Bydelsprosjektet heter «Generasjon: Møhlenpris». Tittelen viser at vi ønsker flere møter mellom generasjonene, men også at vi tar en skapende tilnærming. Hvordan kan jeg som psykolog, forsker og aktivist generere samvær, faglig utvikling og forståelse mellom ulike grupper?

Det er en etisk utfordring at vi som fagfelt legger så lite vekt på skapende praksis, og at vi ikke utdanner psykologer til å lede an i endringsarbeid i en ukontrollerbar, mangfoldig og foranderlig verden. Jeg husker selv hvor stolt jeg var som nyutdannet psykolog, men at min kreativitet og mitt målrettede engasjement var erstattet av usikkerhet og forvirring. I hvor stor grad har vi som fag underordnet oss myndighetenes behov for kontroll og forutsigbarhet? Styrker utdanningen vår evne til å leke og skape, protestere og utøve motstand? Eller fremmer vi en lydige

”

Det er sjokkerende at det er færre enn ti psykologer i hele Norge som arbeider kommunalt med de over 60

»



På eldrefeltet er det tydelig at omsorg handler om noe mer enn individualterapi

og reduksjonistisk tilnærming til de komplekse sosiale utfordringene vi står overfor? Vi trenger flere modige, visjonære psykologer om faget vårt skal bety noe for dagens og morgendagens eldre.

### EN LIKESTILLINGSKRISE

Barnefeltet og eldrefeltet sammenlignes tidvis, og på mange måter gir det mening. Den uformelle og ubetalte omsorgen for barn og eldre har vært og forblir i stor grad et kvinneansvar. Kvinners likestilling hviler fortsatt på velferdsstatens evne til å lage gode omsorgstjenester.

At vi blir flere eldre, er en medisinsk suksess, men også en anledning til å tenke nytt og helhetlig om mangfold, ressurser og verdien av levde liv. Økningen i andelen pleietrengende eldre vil sette tjenestene våre, men også nabolag, familier og enkeltpersoner, i en stadig større skvis. Ettersom flest eldre er kvinner, flest kvinner tar den ubetalte omsorgen og flest kvinner arbeider i eldreomsorgen, er aldringskrisen også en likestillingskrise. Er det etisk forsvarlig at vi ikke tar disse utfordringene innover oss?

### EN OMSORGSKRISE

Å gi god omsorg er en sentral oppgave for psykologer. På eldrefeltet er det tydelig at omsorg handler om noe mer enn individualterapi.

Vi trenger flere sykehjemsplasser og flere psykologer på sykehjemmene, men hva med området mellom friske eldre som klarer seg selv, og døende eldre med behov for heldøgnsomsorg? Eldre henvises sjeldnere enn yngre til terapi, og avvises oftere i psykiatrien, selv om terapeutisk behandling er både ønsket og effektivt. Hjemmetjenesten har ingen psykologer. Når man får barn eller havner i livskrise i arbeidsfør alder, får man oppfølging fra det offentlige. Hvorfor får ikke eldre som mister sin partner eller blir syke selv, automatisk tilbud om oppfølging?

Det er lett å bli desillusjonert og skremt av den virkeligheten vi står overfor. Skal vi måtte tvinge folk til å jobbe i eldreomsorgen? Vil vi måtte velge mellom å jobbe selv eller ta vare på foreldrene våre, mens de står i kø for tjenester med stadig synkende kvalitet? Skal vi la eldre dø tidligere og av seg selv, slik at vi unngår belastningen med å holde dem i live?

Før jeg begynte å arbeide med aldring, tenkte jeg lite på at jeg skulle bli gammel selv. Nå har jeg fått en sterkere opplevelse av at jeg er bundet av tiden, og at livet mitt har en slutt. Jeg ser tydeligere at vi i fellesskap skyver aldringen unna og sykliggjør den. Aldring er ingen sykdom. Det er bare tiden som går, og som manifesterer seg som endringer i oss og rundt oss. Betingelsene i våre naturlige og menneskeskapte økosystem er i dramatisk endring. Som psykologer har vi en unik anledning til å bidra til et mer inkluderende og bærekraftig samfunn, også for eldre. Griper vi den? ✘

## Tvangsinnleggelses i Norge

Antallet unødvendige tvangsinnleggelses kan reduseres med grundigere vurderinger og bedre kjennskap til pasientene.

Det påpeker Kjetil Hustoft i sitt doktorgradsarbeid ved Universitetet i Stavanger (UiS).

Bruken av tvang er omdiskutert, og det er enighet om at antall tvangsinnleggelses bør være så lavt som mulig. Hustoft så nærmere på hvilke faktorer som henger sammen med tvangsinnleggelses i akuttpsykiatrien i Norge.

Innkomsdata fra 3326 innleggelses i 20 akuttpsykiatriske enheter i Norge ble brukt som datamateriale. Resultatene viste at 44 % av innleggelsene var mot pasientens vilje. Tvangne innleggelses hang sammen med at pasienten er mann, eldre, av ikke-norsk bakgrunn, ugift, har lavere utdanning og økonomiske utfordringer. I tillegg pekte funnene på at personer som ble lagt inn med tvang oftere ble tatt imot på kveld eller natt, oftere hadde rusproblemer, og sjeldnere hadde ansvar for egne barn.

Pasienter som ble tvangsinnlagt, hadde mindre kontakt med psykisk helsevern før innleggelsen og ble innlagt på grunn av forverring av den psykiske lidelsen. Faktorer som predikerte tvangsinnleggelses inkluderte blant annet politikontakt, henvisning fra lege som ikke kjente pasienten, mangel på egen bolig, aggresjon og symptomer som hallusinasjoner og vrangforestillinger.

Et overraskende funn var at nærmere en tredjedel av de som var tvangsinnlagt, oppga at de ønsket innleggelse. Dette kan virke som et paradoks, påpeker Hustoft, og grunnene kan være at pasientene får mer innsikt i sin tilstand, at ruspåvirkningen reduseres og selvmordstanker avtar.

Hustoft understreker i arbeidet at det er sentralt å gjennomføre en grundig vurdering av behovet for tvangsinnleggelse innen 24 timer for å redusere bruken av tvang og styrke implementeringen av psykisk helsevernloven.

Kilde: Universitetet i Stavanger / Helse Stavanger

FOTO: SVEIN LUNDE, HELSE STAVANGER



**KJETIL HUSTOFT**  
*Voluntary and involuntary hospitalizations in acute psychiatric wards in Norway*

**DISPUTAS** 04.11.2022,  
Universitetet i Stavanger

## Gruppebasert KAT for ungdom med ADHD

Gruppebasert kognitiv atferdsterapi hadde ingen overbevisende effekt på ADHD-symptomer.

Det viste funnene i Anne-Lise Juul Haugans doktorgrad (NTNU).

Ungdommer med ADHD har oppmerksomhetsvansker og/eller hyperaktivitet som påvirker daglig fungering, og de er mer sårbare for emosjonelle vansker. Medikamentell behandling brukes for å behandle kjernesymptomene, men er ofte ikke tilstrekkelig.

Juul Haugan undersøkte effekten av kognitiv atferdsterapi (KAT) som tilleggsbehandling til psykoedukasjon og medikamentell behandling. Hun ønsket også å undersøke *hvem* som fikk best utbytte av gruppebasert KAT.

Målet med gruppebehandlingen var å gi ungdommene verktøy for å oppnå bedre konsentrasjon, regulere egen atferd og håndtere emosjonelle vansker på en bedre måte. Kontrollgruppen fikk primært medisinsk oppfølging.

Studiene er basert på spørreskjemadata for 114 ungdommer med ADHD (14-18 år) i BUP. Effekten av gruppebehandlingen ble undersøkt i en RCT.

Resultatene viste ingen overbevisende effekt av behandlingen, og Juul Haugan påpeker at vi fortsatt vet for lite om gruppebasert KAT for ungdom med ADHD. I kombinasjon med andre studier ser det imidlertid ut til at det å inkludere foreldre og fokusere på noen få kjerne-moduler i programmet kan ha større effekt.

Haugan undersøkte også sammenhengen mellom angst og ADHD, og fant blant annet at oppmerksomhetssvikt, eksekutiv dysfunksjon og mål på funksjonssvikt predikerte angst hos ungdommene. Ved samtidig angstlidelse og ADHD bør disse aspektene kartlegges og innlemmes i en helhetlig behandlingsplan, påpeker Haugan.

Kilde: NTNU

FOTO: NTNU



**ANNE-LISE JUUL HAUGAN**  
*Group cognitive behavioural therapy and functional impairment in adolescents with ADHD*

**DISPUTAS** 10.02.2023, NTNU

# Meninger

## DEBATT

# Foreldre har avgjørende betydning for barns utvikling

Fredrik Sylvester Jensen tar feil når han påstår at foreldre har liten innflytelse på barns utvikling.



**TEKST** Rune Flaaten Bjørk, psykologspesialist, ph.d. og førstelektor

### TILKNYTNING

**MERKNAD** Jobber til daglig med foreldreveiledning. Er selv enegget tvilling

**JENSEN (2023) SKRIVER** i en kronikk i juniutgaven av Psykologtidsskriftet at de fleste foreldre har liten innflytelse på barns utvikling. Han mener at fagfolk bør avstå fra å tilby foreldreveiledning til foreldre med alminnelige utfordringer. Jeg mener Jensen tar feil. Det er ikke nødvendigvis et problem at foreldre med alminnelige utfordringer får tilbud om foreldreveiledning.

Spedbarnet dør uten omsorg. Foreldre er sånn sett avgjørende for barns utvikling, og spiller en viktig rolle som utviklingsstøtte gjennom hele barndommen.

### MUSIKALSK TALENT?

Som Jensen påpeker, finner atferdsgenetiske studier at hjemmemiljøet har lite å si for utviklingen av spesifikke trekk, slik som personlighet, fotballferdigheter og musikalsk talent (Plomin, 2018; Plomin et al., 2003), men det betyr ikke at oppvekstmiljøet ikke påvirker barna. Det betyr bare at hjemmemiljøet ikke bidrar til å gjøre toeggede tvillinger likere hverandre, sammenlignet med eneggede tvillinger.

Vi kan bruke pianospilling som et eksempel. Se for deg en far som tvinger et toegget tvillingpar til å spille piano flere timer om dagen. Den ene tvillingen har – i likhet med sin far – et medfødt musikalsk talent, mens den andre tvillingen – i likhet med sin mor – er tonedøv. Den første tvillingen blir god til å spille piano og går av med seieren i Norske Talenter. Den andre tvillingen blir deprimert og fylles av håpløshet og selvforakt. I begge tilfeller har pappa utøvd en innflytelse på tvillingene, men innflytelsen har ikke bidratt til å gjøre dem likere hverandre.

Effekten regnes derfor i atferdsgenetiske statistiske modeller som en ikke-delt-miljøeffekt.

Å konkludere lett vint, slik Jensen gjør, med at foreldreatferden ikke påvirker barnet, er en feilslutning. Foreldreatferden påvirker barna, men påvirker barna forskjellig. Far bidrar i dette tilfellet ikke til å gjøre tvillingene likere hverandre, og de opplever nok også hans innflytelse ulikt på kroppen. Derfor er den «delte» miljøeffekten en ikke-delt miljøeffekt.

### GENETISK DREVET MILJØEFFEKT

Sett nå at tvillingene var eneggede og begge hadde arvet sin fars talent for pianospilling. I dette tilfellet går tvillingene av med seieren i Norske Talenter med en tohendig versjon av Skjebnesymfonien til Beethoven.

Til tross for at det skulle mye øving til for at de skulle nå til topps i talentkonkurransen, regnes likevel effekten som genetisk. Dette fordi det er tvillingenes genetiske talent som gjør at guttene profitterer på all øvingen.

Foreldreatferden påvirker altså også i dette tilfellet gutten, til tross for at arvbarhetsestimaten tyder på det motsatte. Fars oppmuntning til å øve bidrar til at guttene henter ut det beste i genene sine. Hjemmemiljøet er ikke uten betydning. Men det er genene som stjeler showet i det atferdsgenetiske regnskapet, og denne effekten telles som en genetisk effekt.

### IKKE DETERMINISTISK

Den andre feilslutningen Jensen gjør i sin kronikk, er at han konkluderer omkring intervensjoner. I dette tilfellet foreldreveiledning, på

bakgrunn av atferdsgenetiske studier. Genetikk impliserer imidlertid ikke determinisme (Plomin et al., 2003). Selv tilstander som er 100 % genetisk betinget, slik som for eksempel Føllings sykdom (PKU), kan behandles effektivt ved hjelp av miljøintervensjon (en livslang diett med lavt innhold av naturlig protein). Det at noe er genetisk, betyr altså ikke at det ikke kan behandles eller på andre måter endres via miljøet (Plomin, 2018).

Jensen foreslår videre med referanse til Jay Belskys hypotese om differensiell sårbarhet (Belsky & Pluess, 2009) at man isteden burde peile foreldreveiledningen inn mot sårbare barn med et vanskelig temperament. Dette er slettes ingen dum idé, men disse barna kan være vanskelig å fange opp. Dessuten vil det alltid være mange barn i gruppa med lav risiko som også utvikler problemer. Dette er kjent som forebyggingsparadokset. Fordi gruppa med lav risiko er såpass mye større enn gruppa med høy risiko, vil det være et høyere antall individer i lavrisikogruppa som utvikler problemer, enn i høyrisikogruppa (Rose, 1993). En alternativ strategi vil derfor være å tilby foreldrekurs til alle foreldre som universell forebygging (Bjørk, 2017). Det vil i så fall innebære at man også tilbyr foreldreveiledning til familier med alminnelige utfordringer.

## FORELDRE ER ÅLREITE DYR

Jensen fortjener heder for å sette fingeren på at utviklingspsykologien har mye å lære av atferdsgenetikken. Blant annet kan utviklingspsykologer bli flinkere til å bruke atferdsgenetiske metoder for å kontrollere bort effekten av genetikk i familiestudier. På den måten kan vi isolere effekten av foreldres innflytelse på barns utvikling (Samek et al., 2013). Dette er vi nå i gang med i Foreldrepraksis i Norge-studien ved Universitetet i Oslo.

Jensen har rett i at genene er av stor betydning for barns utvikling og foreldre har begrenset innflytelse på utviklingen av barns personlighetstrekk og talenter. Det betyr imidlertid ikke at foreldre er uten innflytelse på barnets utvikling. Foreldre er tvert imot avgjørende for at små barn klare seg i hverdagen og vokse opp som sosialt veltilpassede små mennesker.✘



Å konkludere lettvtint, slik Jensen gjør, med at foreldre-atferden ikke påvirker barnet, er en feilslutning

---

## REFERANSER

- Belsky, J. & Pluess, M. (2009). Beyond diathesis stress: Differential susceptibility to environmental influences. *Psychological Bulletin*, 135(6), 885-908. <https://doi.org/10.1037/a0017376>
- Bjørk, R. F. (2017). Er foreldrekurs god forebygging? <https://www.psykologforeningen.no/publikum/blogger/rune-flaaten-bjoerks-blogg/er-foreldrekurs-god-forebygging>
- Jensen, F. S. (2023). Det er «miljøkrise» i tilknytningspsykologien *Tidsskrift for den norske psykologforening*, 60(6), 380-383. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2023/05/det-er-miljokrise-i-tilknytningspsykologien>
- Plomin, R. (2018). *Blueprint : how DNA makes us who we are*. The MIT Press.
- Plomin, R., DeFries, J. C., Craig, I. W., & McGuffin, P. (2003). Behavioral genetics. In *Behavioral genetics in the postgenomic era*. (pp. 3-15). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10480-001>
- Rose, G. (1993). *The strategy of preventive medicine*. Oxford University Press.
- Samek, D., Koh, B. D., & Rueter, M. A. (2013). Overview of Behavioral Genetics Research for Family Researchers. *Journal of Family Theory & Review*, 5(3), 214-233. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jftr.12013>

**SAMARBEID PÅ**

**TVERS** Det er støtte i forskning for at dynamikken i helseinstitusjoner bedres når samhandlingskompetanse læres tverrfaglig, skriver artikkelforfatterne. Illustrasjon: Paul Craft / Shutterstock / NTB Scanpix



## Hindrer opplæring i tverrfaglig samarbeid

Psykologforeningen bør revurdere kravet om at all spesialistundervisning skal skje i psykologene grupper. Det står i veien for opplæring i tverrfaglig samarbeid.

**TEKST** Agathe Syrdal Aanderaa, Heidi Brautaset, Kristin Frisch Moe, psykologspesialister og lærere på Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (RBUP)

### TVERRFAGLIG SAMARBEID

**MERKNAD**

Ingen oppgitte interessekonflikter

**PSYKOLOGER SOM HJELPER** barn, unge og deres familier, må samarbeide med andre profesjoner og instanser. Forventninger om samarbeidskompetanse gjenspeiles i Psykologforeningens retningslinjer for spesialistutdanning i barne- og ungdomspsykologi. I januarnummeret av Psykologtidsskriftet presenterer Stige og medforfattere en forskningsartikkel som blant annet tar for seg hva ansatte i psykisk helsevern for barn og unge opplever som særlig utfordrende. Her er samarbeid med foresatte og samarbeidspartnere blant situasjonene som peker seg ut (Stige et al., 2023). Dette er i tråd med vår erfaring.

**SAMARBEID MED KUN PSYKOLOGER**

Ved RBUPs spesialistundervisningsprogram tilbys undervisning i tverrfaglighet og sam-

handling (TS) i grupper bestående av alle profesjonene i barne- og ungdomsfeltet. Leger, pedagoger, barnevernspedagoger, sosionomer, helsesykepleiere og psykologer fra kommunal sektor og spesialisthelsetjenesten sitter sammen i gruppene og drøfter felleseie i spesialistutdanningen, samarbeid. Psykologforeningen krediterer imidlertid ikke opplæring i tverrfaglige grupper som del av spesialistutdanningen. Psykologforeningen oppmuntrer altså til at psykologene blir undervist i samarbeid med andre profesjoner og instanser, men bare så lenge undervisningen skjer i grupper bestående av kun psykologer.

Dette kravet mener vi står i kontrast til tilgjengelig kunnskap og erfaring fra hvordan tverrfaglig samarbeidskompetanse best utvi-

kles. Konsekvensen er at psykologene fratas en læringsmulighet som, etter vår mening, kunne speilet den faktiske kompleksiteten i feltet der ute bedre.

### SAMARBEID OM BARN OG UNGE

Kravene til samarbeid i barne- og ungdomsfeltet er økende. Pasientforløpene og de nye kravene til tverretatlige samarbeid forutsetter at psykologene står trygt i sin egen profesjonsrolle, har kunnskap om andre instansers muligheter og begrensninger, og ikke minst har ferdigheter i å skape samarbeid rundt dem vi skal hjelpe. Ferdigheter i å etablere og vedlikeholde terapeutisk allianse i barne- og ungdomsfeltet innebærer også å danne gode arbeidsrelasjoner til systemet rundt barnet eller ungdommen.

Samarbeidskompetanse handler om å opprette trygge behandlingsrelasjoner til foreldre og hver av de ulike instansene rundt barnet. Det handler også om å bidra til god lagånd på samarbeidsmøter, og å skape endring når systemet rundt barnet låser seg. Et eksempel er når alle instansene peker på hva andre kan gjøre, fremfor hva de selv kan bidra med.

### KAN ØVES OPP

Det er støtte i forskning for at dynamikken i helseinstitusjoner bedres når samhandlingskompetanse læres tverrfaglig. Helsearbeidere i disse organisasjonene opplever større personlig utvikling, og anerkjennelsen overfor andre fagpersoners bidrag øker (Sørensen et al., 2018; Forsetlund et al., 2019).

Løvereide med flere (2020) skriver om hvordan å lære å samarbeide best foregår i en veksling mellom «profesjonsrener» og tverrfaglige grupper. Psykologforeningens krav om at opplæring i samarbeid skal skje i grupper bestående av kun psykologer, står i kontrast til denne kunnskapen.

### LÆRINGSMULIGHETENE

Det er åpenbare utfordringer med tverrfaglige grupper. Psykologer kan oppleve at de blir stilt til ansvar av de andre profesjonene. Kanskje handler dette om forestillinger om allvitenskap eller omnipotens knyttet til psykologprofesjonen. Forestillingene kan gjøre seg gjeldende, også uten å bli direkte adressert. I gruppeprosesser preget av idealisering eller devaluering vil ofte status og hierarki bli dominerende temaer. Slike temaer må gruppa få støtte i å utforske og utfordre. Gruppene kan også preges av høy grad av engstelse. Dette kan henge sammen med at deltakerne blir opptatt av selv å fremstå kompetente.

Når håndteringen av egen profesjonelle selvfølelse tar for stor plass, kan det komme i veien for å lytte og lære av andre. Samtidig er disse utfordringene en del av de problemstillingene psykologer faktisk forholder seg til på arbeidsstedet sitt. Når gruppene lykkes i å utforske erfaringene som deles, kan åpenhet, nysgjerrighet og ydmykhet kultiveres, og deltakerne kan faktisk lære av hverandre.

Modulen tverrfaglighet og samarbeid (TS) er ikke godkjent av Psykologforeningen og kommer på toppen av det obligatoriske programmet for psykologene som går i spesialisering her. Det er høyt arbeidspress på unge psykologer, og vi opplever i økende grad at psykologene i spesialisering ikke deltar i TS-undervisning. Konsekvensen er at psykologene fratas en læringsmulighet som potensielt har stor verdi i deres kliniske arbeid med barn og unge.

Vår mening er at Psykologforeningen bør revurdere kravene om at all spesialistundervisning skal skje i «psykologrener» grupper, og åpne opp for at undervisning i tverrfaglige grupper kan godkjennes når innholdet omhandler tverrfaglig samarbeid i barne- og ungdomsfeltet. ✕



Konsekvensen er at psykologene fratas en læringsmulighet som potensielt har stor verdi i deres kliniske arbeid med barn og unge

### REFERANSER

- Forsetlund, L., Vist, G. E., Hove, L. & Aamland, A. A. (2019). *Tverrfaglige team i primærhelsetjenesten: en systematisk kartleggingsoversikt*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2019/tverrfaglige-team-i-primarhelsetjenesten/>
- Løvereide, S., Moe, K. F., Grasmo, M., Stensdal, K., Panjkovic, S., Frantzen, H. & Kreyberg, E. (2020). Står tverrfagligheten på spill når vi skal løfte frem barn og unge? *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2020/06/star-tverrfagligheten-pa-spill/>
- Stige, S. H., Fjellheim, G., Elgen, I. & Visted, E. (2023). Krevjande situasjoner i psykisk helsevern for born og unge – behandlarar si erfaring med og haldning til målretta trening og virtuell røyndom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(1), 8–15. <https://doi.org/10.52734/on55924C>
- Sørensen, M., Stenberg, U. & Garnweidner-Holme, L. A. (2018). Scoping Review of Facilitators of Multi-Professional Collaboration in Primary Care. *International Journal of Integrated Care*, 18(3), 13. <https://doi.org/10.5334/ijic.3959>

# Kan vere respons på underliggande problem

Høg forekomst av komorbiditet hos unge som søker kroppsjusterende behandling, gjer at vi må undersøke om kjønnsinkongruens kan vere respons på underliggande problem.



**TEKST** Marit Johanne Bruset, privatpraktiserande, spesialist i klinisk psykologi

## KJØNNSSINKONGRUENS

**MERKNAD** Marit Johanne Bruset er styreleder i Genid, et nettverk av helsepersonell og nære pårørende til personer med kjønnsinkongruens

**I TRE DEBATTINNEGG** I Psykologtidsskriftet kommenterer R. Aaserud, E. Almås og R. Schei Jessen to av mine debattinnlegg, «Heller fri utforskning enn for rask stadfesting» (april 2023) og «Risikabelt med kjønnsbekreftande lavterskeltilbud» (des. 2022).

Aaserud stiller i innlegget «Både utforske og anerkjenne» spørsmål om eg ser ei motsetning mellom å anerkjenne sjølvopplevinga og å bekrefte personens kjønnsidentitet.

Han undrar seg over min haldning til World Professional Association for Transgender Health (WPATH) Standard of care (SOC8, 2022), som han omtalar i svært positive ordelag. Også Almås adresserer denne i «Helsemyndighetene har forsømt sin oppgave». Spørsmålet om anerkjennning av kjønnsidentitet blir også reist i innlegget «Feilsnitt å avvise kjønnsopplevelse» av Schei Jessen.

Innleiingsvis vil eg påpeike at umiddelbar bekrefting av kjønnsidentitet og WPATHs behandlingsretningslinje, SOC 8, heng nært i hop.

### KJØNNSPOLITISK MÅLSETTING

Eg deler ikkje dei framomnemnde si tiltru/støtte til «the affirmative model» når det gjeld behandling av barn og unge med kjønnsinkongruens. Sjølv om dei nye kriteria for behandling av barn/unge i SOC 8 er utviklingsorienterte og individualiserte (ref. Aaserud) med tilråding om å inkludere foreldre/foresatte (med visse unntak!) i utredning/behandling, er det sterk grunn til bekymring, mellom anna fordi:

- I SOC 8 er alle aldersgrenser for medisinske prosedyrar (hormonell og kirurgisk) fjerna.
- Vurdering av pubertetsutvikling er overlatt til den enkelte lege.
- Åtvaringane om helserisikoar ved bruk av pubertetsblokkarar er ignorerte, og det gis

uklar/motstridande informasjon om konsekvensar av slik behandling.

- Inkludering av den nye kategorien «Eunuchs» (evnukk), kombinert med fjerning av aldersgrense, er særleg alarmerande.

SOC 8 opnar også for at behandling kan gis utan foreldresamtykke. For setninga i kap. 6 (seksjon 11) om involvering av foreldre avsluttast slik: « unless their involvement is determined to be harmful to the adolescent or not feasible.»

WPATH er ingen nøytral helsefagleg organisasjon. Organisasjonen har ei kjønnspolitisk målsetting gjennom sine behandlingsretningslinjer (Standards of Care) om å fremme «safe and effective gender-affirming health care». Referansane til denne som gullstandard vert slik kommentert av UKOM (Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenester): «Unyansert referering til en ubetinget internasjonal gullstandard er det nå ikke dekning for.» UKOM viser her til behandlingsretningslinjer i fleire europeiske land som Sverige, Finland og UK (Ukom, 07.06.2023).

For å skjønne skilnaden mellom SOC 8 og andre retningslinjer er stikkordet «företsettningslöst», eit uttrykk som er å finne i den svenske utgåva. Prinsippet om umiddelbar bekrefting er forlate. Behandlar og pasient inngår i «ett företsettningslöst utforskande» av kven pasienten er, og ønsker å vere.

### FLEIRE RETNINGSLINJER

Framveksten av fleire behandlingsretningslinjer er eit resultat av aukande internasjonal bekymring om risiko knytt til medisinsk behandling hormonelt og kirurgisk, uvisse om langtidseffektane av slik behandling, manglande kunnskapsgrunnlag når det gjeld forskning, og stor



uvisse om tal på dei som angrar. Sistnemnde er lite studert, og ein fryktar høge mørketal.

Mitt standpunkt i høve spørsmålet om umiddelbar bekrefting kan illustrerast ved den kliniske behandlingsretningslinja frå Gender Exploratory Therapy Association (GETA). Mi forståing om kjønnsinkongruens og behandlingstilnærming er også i tråd med behandlingsretningslinja A Clinical Guide for Therapists Working With Gender-Questioning Youth (GETA, 2022).

Ifølge GETA er kjønnsinkongruens hos barn/unge vurdert som ein flytande, ofte mellombels respons på ei rekke utviklingsmessige utfordringar og på sosiale og psykologiske faktorar. Behandlingstilnærminga er persontilpassa og følger vanleg standardpraksis når det gjeld utgreiing og diagnostisering, også av kjønnsinkongruens. Tilnærminga inneber umiddelbar bekrefting av pasienten sin sjølvoppleving, men utan på førehand å konkludere når det gjeld pasienten sin kjønnsidentitet.

Slik som det går fram av behandlingsmanualen A clinical Guide for Therapists Working with Gender-Questioning Youth (s. 4):

Exploratory therapy for gender dysphoria draws on the established principles of psychological engagement that most clinicians already utilize in their practices. Any clinician with training and experience in psychotherapy or counseling – who approaches their practice with careful exploration of the client’s unique personal experience, developmental history, and current life context – has the requisite

skills to undertake work with young people with gender dysphoria.

#### OPEN BEHANDLINGSTILNÆRMING

I eksplorerande psykotterapi er ein open overfor pasienten sin kjønnsinkongruens. Ein søker å hjelpe pasienten å adressere, utforske og forstå dei multiple samansette/samvirkande faktorene som forårsakar distress i den unges liv. Kontakten varar over tid. Kjønnsrelatert distress blir, liksom alle andre former for distress, forstått og vurdert ut frå kontekst. Komorbiditet inngår som del av utforskinga/vurderinga. Og ikkje minst så er behandlingstilnærminga open for forskjellige utfall når det gjeld den unge sin opplevde identitet; det vil seie den unge sin eigen identifisering av både kjønn og seksualitet. Alle er vurdert som jamstilte.

Fordi kjønnsinkongruens ikkje er nokon einsarta tilstand, ser eg det som viktig å ha ein open tilnærming både i forståing og i behandlingstilnærming. Den høge førekomsten av komorbiditet i den nye populasjonen av unge som søker kroppsjusterande behandling, medfører at ein må undersøke om kjønnsinkongruensen kan vere ein respons på underliggende problem (Edwards-Leeper & Anderson, 2021).

Assosiasjoner mellom kjønnsinkongruens, psykiske lidelser og belastende livshendelser er godt underbygget av epidemiologiske studier fra Finland, Sverige, Nederland og USA. Det er også godt kjent at kjønnsinkongruens ofte er en mellomstasjon på vei til en trygg voksen identitet som homofil eller lesbisk. (Suren, 2022)✳



... ein må undersøke om kjønnsinkongruensen kan vere ein respons på underliggende problem

#### REFERANSAR

Edwards-Leeper, L. & Anderson, E. (2021, 24. november). The mental health establishment is failing trans kids. *Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/outlook/2021/11/24/trans-kids-therapy-psychologist/>

GETA (Gender Exploratory Therapy Association) (2022). *A Clinical Guide for Therapists Working with Gender-Questioning Youth. Version 1*. [https://www.genderexploratory.com/wp-content/uploads/2022/12/GETA\\_ClinicalGuide\\_2022.pdf](https://www.genderexploratory.com/wp-content/uploads/2022/12/GETA_ClinicalGuide_2022.pdf)

Suren, P. (2022). Kjønn og berøringsangst. Morgenbladet 19. mai 2022. <https://www.morgenbladet.no/ideer/debatt/2023/05/19/kjonn-og-beroringsangst/> (debatt mellom Suren, Pål og Slagstad, Kjetil, april–mai 2022).

Ukom. (2023, 9. mars). *Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens*. <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonninkongruens/sammendrag>

Ukom. (2023, 7. juni). *Svar: Klage på rapporten «pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens»*. (Klage fra FRI, PKI og Skeiv Ungdom, datert 12. mai 2023).

WPATH. (2022). *Standards of care version 8*. World professional association for Transgender Health. <https://www.wpath.org/soc8>

# Kjønnsinkongruens i et større perspektiv

Det er på tide å utvide det psykologiske perspektivet i debatten om kjønnsinkongruens.



**TEKST** Alexandra Tenebroso, psykolog

## KJØNNS-INKONGRUENS

### MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

«**JEG HAR LAGET** over 30 programmer med Folkeopplysningen. Stort sett har det gått greit», sier Andreas Wahl, programleder for NRK-serien Folkeopplysningen, før han tilføyer: «Men dette er en episode jeg har gruet meg litt til å lage.» Slik innledet han episoden med tittelen «Trans» fra 17. mars 2022.

Hva har dette å gjøre med psykologstanden og den pågående debatten om kjønnsinkongruens i Psykologtidsskriftet?

Undertegnede personlige erfaring i dialog med andre fagfolk er at mesteparten av diskusjonen rundt kjønnsinkongruens og transbevegelsen foregår bak kulissene og ikke åpent. I land som USA, Storbritannia og Canada er det eksempler på akademikere og klinikere som blir avskiltet for å stille spørsmål ved identitetspolitikken og medikalisert behandling av kjønnsinkongruens. Er det grunnlag for å være redd for at det samme kan skje med debatten i Norge? Forhåpentligvis ikke.

### ASYMMETRI

Det er en underlig asymmetri. Klinikere og akademikere som stiller kritiske spørsmål rundt

konseptene for kjønnsdysfori, kjønnsinkongruens og medikalisering av kjønn, skygger banen.

Parallelt med det virker det å være en markant økning i forekomst av kjønnsdysfori (særlig hos unge kvinner), og nye begrep for indre kjønnsidentiteter (som eksemplifisert i innlegget til Aaserud) florerer blant unge og på sosiale medier.

Jeg savner at debatten om kjønnsinkongruens løftes opp på et høyere nivå også innad i psykologstanden, slik at vi kan få en åpen debatt om temaet. Denne debatten er ikke rent akademisk eller intellektuell. Hvordan vi som fagpersoner forstår fenomenet vi observerer, har reelle implikasjoner for helsetjenester som tilbys. Det kan ha reelle implikasjoner for hvordan pasienter møtes på systemnivå, ikke bare individnivå.

### ET PSYKOANALYTISK PERSPEKTIV

De fleste psykodynamiske tradisjoner vektlegger betydningen av symptomer som uttrykk for en relasjonell historie. De vektlegger også betydningen av å forstå hva som egentlig ligger bak presentasjonen. Dette trenger ikke å



**FOR SNEVERT PERSPEKTIV** Hvordan vi som fagpersoner forstår fenomenet vi observerer, har reelle implikasjoner for helsetjenester som tilbys, skriver artikkelforfatteren. Foto: vovan / Shutterstock / NTB Scanpix

begrenses til et individperspektiv. Wilhelm Reich ble i mellomkrigstiden sanksjonert og utfryst av Sigmund Freud for å ha begått den store dødsynden blant psykoanalytikere. Han våget å snakke om samfunnet og totalitære regimer i et psykoanalytisk perspektiv. Dagens psykologstand tar heldigvis opp samfunnsaktuelle temaer, som vi har sett gang på gang i Psykologtidsskriftet. Transkjønnethet er et sånt tema.

Min holdning er at når vi ser drastiske endringer på samfunnsnivå på kort tid (her: forekomst av kjønnsdysfori og kjønnsinkongruens, særlig fordelingen mellom jenter og gutter), bør vi alltid stoppe opp og lure på om det kan være et symptom på noe ved tidsånden.

Den vanligste innvendingen mot ovennevnte spørsmål er at forekomsten av kjønnsinkongruens alltid har vært like høy, men at flere tør å være åpen om det nå. Bør ikke biologer finne det underlig og bekymringsverdigg at det tydeligvis er flere gutter fanget i jentekropper enn omvendt? Hvor er den samme forekomsten på tvers av aldersgrupper? Hva vil det si å føle seg som et kjønn eller et annet (eller ingen), uten å lene seg på kjønnsstereotypiene?

Hva er det vi egentlig observerer, og hvorfor er det så lav terskel for å medikalisere denne gruppen individer på bakgrunn av en indre følelse? Hva annet kan dette være uttrykk for? Kan det være uttrykk for at kjønnsnormene og kjønnsrollene har blitt trangere og mer kvelende? At unge mennesker har blitt mer fremmedgjort fra egen kropp, seksualitet og utviklingsmessige milepæler? Eller noe helt annet?

Jeg har ingen svar, og jeg tar ingen stilling til ovennevnte spørsmål, men det er viktig at vi som er psykologer, diskuterer dem i åpent lende.✘



Jeg savner at debatten om kjønnsinkongruens løftes opp på et høyere nivå også innad i psykologstanden



# Etikk til hodebry

At vi har forsømt forskningsetikken, slik Knut Dalen påstår i juniutgaven, er en drøy påstand som i liten grad lar seg underbygge.



**TEKST** Natalie Rolandsgard, Christina Kvamme Amengual og Ole Jacob Madsen

**FORSKNINGSETIKK**

**MERKNAD**

Ingen oppgitte interessekonflikter

**I SISTE NUMMER** av Psykologtidsskriftet skriver Knut Dalen at han reagerte med undring og skuffelse på vår artikkel «Unge forståelse av åpenhet om psykiske problemer: en kvalitativ studie» som sto på trykk i maiutgaven. En leser er selvfølgelig i sin fulle rett til å reagere subjektivt akkurat som hen vil på en tekst. Men Dalens mer objektive grunner for hans reaksjon hviler på høyst diskutabile premisser.

Dalen går langt i å karakterisere studien vår som dårlig forskningsetikk. Årsaken er ifølge ham at vi er ignorante om tidligere forskning på feltet som har funnet at personer i Oslo er mindre åpne enn folk i andre deler av landet om psykiske vansker, og at kjønn bør være en variabel i all medisinsk forskning.

**FULGT REGLENE**

Selvsagt skulle vi også gjerne ha gjort undersøkelser i alle deler av landet, med mønster-

gyldig representasjon av kjønn og alder, og med langt flere deltagere enn i vår lille studie med 26 personer. Men enkeltstudier er sjelden optimale, og er begrenset av ytre rammevilkår. I vårt tilfelle var undersøkelsen en del av et mastergradsstudium ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo med de begrensninger i studiens størrelse som det innebærer. Vi kan likevel skjønne at Dalen reagerer med skuffelse over at vi ikke har undersøkt mer og i større omfang. Men å påstå at vi har forsømt forskningsetikken, slik Dalen gjør, er en drøy påstand som i liten grad lar seg underbygge.

Dalen vedgår jo selv at prosjektet vårt ikke trengte forhåndsgodkjenning av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) siden helsen til informantere ikke var i fokus. Likeledes at prosjektet var forhåndsgodkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD), og at vi dermed har

fulgt «det forskningsetiske regelverket til punkt og prikke», som han skriver.

For å underbygge sitt syn presenterer Dalen dessuten flere påstander som er beviselig feil. For eksempel skriver han: «På slutten av artikkelen går forfatterne gjennom implikasjoner av videre forskning. Der glimrar både demografi og kjønn med sitt fråvær.» Vi erkjenner at vi godt kunne ha påpekt enda tydeligere at det bør gjøres mer forskning på andre populasjoner, men vi har ikke oversett betydningen av demografiske variabler. Mot slutten av artikkelen vår skriver vi: «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.» Her drøfter vi nettopp hvordan demografi og kjønn kan ha påvirket resultatene, slik Dalen etterlyser.

#### NY VITEN

Gjennomgående argumenterer Dalen også som om det finnes mye «etablert kunnskap» om åpenhet om psykiske lidelser, og at vi bidrar «minimalt» med ny viten. Førstnevnte stemmer ikke. Det finnes temmelig få studier av dette både internasjonalt og i norsk sammenheng. Et unntak er undersøkelsen fra 2012, som Dalen refererer til, som fant at viljen til åpenheten var større i andre deler av landet enn i Oslo, og økte med alderen til befolkningen. En forklaring kan være at de sosiale båndene og tilliten er sterkere her enn blant unge i Oslo, som i større grad er innflyttere og i mindre grad er integrert i nærmiljøet sitt.

Men denne studien begynner å bli gammel, og på et område i rask utvikling. Det er nemlig mye som tyder på at det som gjerne refereres til som «den nye åpenheten om psykiske lidelser», også handler om noen overgripende samfunnstendenser forbundet med sosiale medier, individualisering, ungdom i risiko og identitetsskaping, som kanskje først melder seg blant yngre mennesker i urbane strøk. Og denne åpenhetskulturen har vi lite kunnskap om, der vår studie forhåpentligvis bidrar til å gi en liten innsikt i hvordan unge forholder seg til disse kravene. ✕



... enkeltstudier er sjelden optimale, og er begrenset av ytre rammevilkår

**Send innlegg til [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto: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.

# Mer tåkeprat fra Psykologforeningen

Så langt ser det ut til at både administrativ og politisk ledelse i Psykologforeningen opererer omtrent som Gud selv gjorde i gamle dager.



TEKST Halvor Kjølstad

## FELLES- PROGRAMMET

### MERKNAD

Ingen oppgitte  
interessekonflikter

**I MAINUMMERET AV PSYKOLOGTIDSSKRIFTET** kommenterer generalsekretær Ole Tunold mitt debattinnlegg i aprilnummeret der jeg problematiserer at jeg nylig ble «oppsagt» som kursleder på fellesprogrammet. Etter mitt syn er Tunolds kommentar dels en videreføring av tåkepratat jeg tidligere har blitt møtt med, og dels en synliggjøring av en type organisatorisk praksis som forhåpentligvis er sjelden i norsk arbeidsliv.

Først om tåkepratat (dvs. mangel på reell begrunnelse for hvorfor akkurat jeg ble avsatt som kursleder). Tunold skriver: «I realitetsbehandlingen av klagen (som vitterlig ble foretatt på administrativt nivå og besvart) står poenget med kontinuitet og fornyelse sentralt...» osv., osv. Mitt inntrykk er fortsatt at det ikke ble foretatt noen realitetsbehandling. Her viser jeg til Tunolds svar til meg, hvor han skrev: «Utdanningsavdelingen har min og foreningens tillit til at spesialistutdanningen forvaltes godt. Avdelingens disposisjoner har følgelig min støtte.» Her er det vanskelig å se spor av realitetsbehandling. Det vises til tillit og dermed basta. President Håkon Skard følger opp denne ikke-realitetsbehandlerende praksisen ved å vise til utdanningsavdelingens mandat i sitt svar til meg.

Dette bringer meg til neste og atskillig viktigere tema, som dreier seg om Psykologfore-

ningens klagehåndtering. I gamle dager het det at «Den Gud giver et embete, giver Han også forstand». Det er kanskje slik i Psykologforeningen også. Det vil si at når noen har fått et mandat, så er de hevet over enhver kritikk? Tunold skriver at «Kjølstad spør hva som skal til for at ledelsen skal overprøve mandatet til Psykologforeningens avdelinger.» Nei, Tunold, det er ikke det jeg spør om. Mandatet er selvfølgelig greit nok (slik det vil være i organisasjoner). Det jeg lurer på, er hva som skal til for at foreningens ledelse skal reagere når noen mener at mandatet er forvaltet på en uheldig måte. Det prinsipielle poenget er om det er slik å forstå at den eller de Psykologforeningen «giver et embete», gir man også forstand, slik at eventuelle klager på embetsutøvelsen ikke trenger å realitetsbehandles. Så langt ser det for meg ut til at både den administrative og politiske ledelsen i Psykologforeningen opererer omtrent som Gud selv gjorde i gamle dager; har man gitt et mandat, så regner man med at det forvaltes godt nok. Basta.

For øvrig har jeg nå fordøyet den første skuffelsen over å ha fått sparken etter 20 års vellykket tjeneste som kursholder i Psykologforeningen, og gleder meg til å rusle videre i et rikholdig psykologliv med mange meningsfylte oppgaver. ✕



Her er det  
vanskelig å  
se spor av  
realitets-  
behandling

# 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>



SCHOLARONE MANUSCRIPTS

## Psykologtidsskriftet innfører manuskriptsentral



Fra 1. juni 2023 skal alle vitenskapelige artikler sendes inn via manuskriptsentralen ScholarOne Manuscripts.

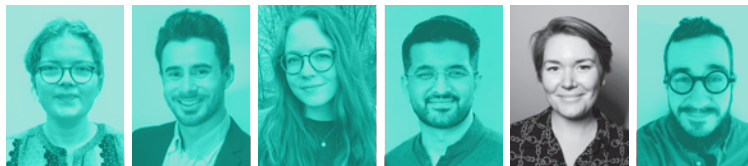
ScholarOne Manuscripts er levert av standardtjenesten Clarivate og er et nettbasert manushåndteringssystem som er blitt tilpasset Psykologtidsskriftets behov.

Systemets hovedfunksjon er å la brukere sende inn og få behandlet vitenskapelige manus som de ønsker å publisere i Psykologtidsskriftet.

For å kunne bruke systemet, må du opprette brukerkonto. Skann QR-koden for å komme til vår manuskriptsentral.



URL <https://mc04.manuscriptcentral.com/psykologtidsskriftet>



**RUNA KONGSVIK** er spaltist i juliutgaven. Kommende bidragsytere er Håkon E. Coucheron Fredhammer (nr. 6 fra venstre), Helén Ingrid Andreassen, Raymond B. Stangenes, Sidsel Fjelltun og Usman M. Choudry

## Helse gjennom stolthet

Selv om regnbueflagget fremdeles provoserer frem skadelige ord og handlinger, symboliserer det først og fremst stoltheten og samholdet som beskytter og helbreder.

**N**år denne spalten kommer på trykk, har vi snart lagt bak oss en måned med feiring av mangfold og kjærlighet. Skeive unge og voksne har fått kjenne trygghet, tilhørighet og respekt, og noen har kanskje funnet motet til å stå frem for verden som den de egentlig er.

Håper jeg. For selv om regnbueflaggene har vaiet på stengene i strålende sol, har nyhetsbildet i pridemåneden så langt vært preget av mørke. Allerede første juni kom nyheten om at Redd Barna i Bergen så seg nødt til å avlyse sitt planlagte arrangement for barnefamilier etter å ha mottatt voldelige trusler mot arrangementet.

«Dette er direkte KVALMT å se. Nå er det på tide at folk våkner», var reaksjonen fra én mann i kommentarfeltet. «Dem som seksualiserer barn vil møte motbør», skrev en annen. Kommentarfeltet under nyhetssakene om barnearrangementet viser at den eller de som fremførte truslene, er langt fra alene om holdningene sine. Flere uttrykker glede og lettelse over at arrangementet ble avlyst – andre går langt i å spekulere i om de angivelige truslene egentlig var et PR-stunt fra arrangørens side.

### «BATHROOM BILLS»

Den sterkt polariserte debatten bidrar til å skyve på grensene for hvilke utsagn og fremstillinger som aksepteres. I USA har påstander om sosial smitte og såkalt «grooming» av barn funnet veien ut fra ekkokamrene og inn i politikken. Statene Texas, Alabama og Florida

har innført lovverk som forbyr undervisning om kjønn og seksualitet, og flere andre stater er i prosess med å vedta lignende lovverk. Det males et bilde av en farlig ideologi som unge må beskyttes mot, og særlig transkvinner blir fremstilt som farlige overgripere. Siden 2021 har fem stater innført såkalte «bathroom bills», lovverk som regulerer hvilke offentlige toaletter transpersoner kan bruke.

Også i våre medier blir transkvinner stadig oftere fremstilt på mistenkeligjørende eller latterliggjørende måter – også av mediehus som rutinemessig stenger kommentarfeltene sine når transpersoner omtales, etter gjentatte erfaringer med hets og trusler om vold. Fremstillingen av pride som en farlig ideologi som seksualiserer og forvirrer barn, får fotfeste her hjemme. Flere skoler melder om en økning i antall foreldre som ber om fritak for barna sine når kjønn og identitet skal tematiseres i undervisningen.

Under fjorårets Oslo Pride viste homofobien sitt aller styggeste ansikt til hele landet, da to mennesker ble brutalt drept natten før paraden skulle gå. Drapene rystet det skeive miljøet, og førte til et helt nytt opplevd trusselbilde. Fra å frykte hets, trakassering eller i verste fall vold gikk trusselen for første gang over til det helt grunnleggende eksistensielle.

I en rapport om håndteringen av skyteepisoden ble PST hardt kritisert, og det ble konkludert med at angrepet kunne ha blitt stoppet dersom man hadde satt inn forebyggende tiltak mot gjerningsmannen. Videre konkluderer rapporten med at politiets beslutning om å avlyse en planlagt solidaritetsmarkering dagen

### NYE STEMMER

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



etter angrepet brøt med forsamlingsretten og menneskerettighetene. For mange skeive medførte håndteringen av angrepet svekkelse av en allerede lav tillit til politiet.

Å være vitne til at mennesker med samme minoritetstilhørighet som deg selv blir utsatt for hets, trakassering og vold, er en åpenbar trussel mot personlig integritet. Det samme er å tvile på om styresmaktene vil klare å beskytte deg, eller på om rettsvesenet vil ta deg på alvor dersom rettighetene dine blir krenket.

## MINORITETSSTRESS

I sin minoritetsstressmodell viser Meyer (2003) hvordan slike belastninger, eller ytre stressorer, gir dårligere livskvalitet for minoritetspersoner. Over tid utvikles indre stress i form av forventning om å bli diskriminert igjen, eller internalisert avsky for egen legning eller kjønnsidentitet. Sammen kan det ytre og indre stresset virke inn på valg av mestringsstrategier, hjelpesøkende atferd og om hvorvidt man er åpen om identiteten sin – med potensielle negative konsekvenser for helsen. Skeive rapporterer om dårligere levekår enn den øvrige befolkningen, og høyere forekomst av psykiske og somatiske helseplager.

### Over tid utvikles indre stress i form av forventning om å bli diskriminert igjen

Det ble pride for barnefamiliene i Bergen likevel. På få timers varsel fant de skeive organisasjonene sammen for å lage et innendørs erstatningsarrangement. Næringslivet stilte med lokaler på et hotell i byen. I media viste sentrale politikere uttalt støtte, og en tydelig fordømmelse av trusslene. Behovet for å komme sammen var tydelig stort – flere ble avvist i døren fordi lokalet var fullt. «Når noen prøver å stoppe det, hindre og stilne oss, var det sånn at nå skulle vi i hvert fall gå», fortalte en småbarnsmor som ble intervjuet av TV2.

Samhold, tilhørighet og å få erfaringene sine validert. En opplevelse av å kjempe en felles kamp. Å bli inspirert av mennesker som bryter med normene på sin egne, unike måte – og å finne stoltheten over å være akkurat den man er. Nettopp disse faktorene beskytter mot skadelig minoritetsstress.

I møte med et stadig hardere ordskifte får møteplassen og markeringen som pride representerer, enda større betydning. Styresmaktene våre har et særskilt ansvar for å skape fysisk, juridisk og sosial trygghet for utsatte minoriteter. Men kampen for et samfunn der alle kan leve i trygghet med likeverdige levekår, angår oss alle, og må kjempes hele året. For selv om regnbueflagget fremdeles provoserer frem skadelige ord og handlinger, symboliserer det først og fremst stoltheten, støtten og samholdet som beskytter og helbreder. ✖

## REFERANSE

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>.

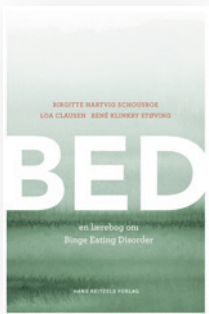
# Inntrykk

Essay og anmeldelser

**ANMELDT:** BOK

## Oversiktlig om forsømt pasientgruppe

Boken er et kjærkomment tilskudd på veien til et behandlingstilbud for mennesker med overspisingslidelse. Her trenger vi å mobilisere.



**BOK** *BED - en lærebog om Binge Eating Disorder*

**FORFATTERE** Birgitte Hartvig Schousboe, Loa Clausen og René Klinkby Støvring  
**ÅR** 2021  
**FORLAG** Hans Reitzels Forlag  
**SIDER** 166

**ANMELDT AV**  
 Hedvig Aasen, Oslo  
 Universitetssykehus

**SOM KLINIKER I** spiseforstyrrelsesfeltet er det fint å se et økende tilfang av skandinavisk litteratur om mennesker med overspisingslidelse (Binge Eating Disorder, BED). Dette er en gruppe pasienter med et hjelpebehov som vi i dag ikke er i nærheten av å kunne møte på en tilfredsstillende måte. Med innføringen av ICD-11 og forestående revisjon av Helsedirektoratets prioriteringsveileder ligger det heldigvis an til at dette skal endres. Denne danske læreboken er en nyttig innføring til sentrale problemstillinger i behandlingen av overspisingslidelse.

### NYTTIG EKSTERNALISERING

Boken er oppbygd forholdsvis tradisjonelt og starter med diagnostisk beskrivelse, forekomst og sammenligning av BED og bulimi. Videre følger en beskrivelse av fire vanlige teorier om etiologi, fulgt av gode refleksjoner om differensialdiagnostikk og komorbiditet.

I kapittel fire presenteres anbefalte terapeutiske retninger for behandling av overspisingslidelse. Tre retninger som kan betegnes evidensbaserte i behandling av BED blir beskrevet; kognitiv atferdsterapi, dialektisk atferdsterapi og interpersonlig psykoterapi. Man anbefaler med BED-pasienter, som ellers i spiseforstyrrelsesfeltet, å jobbe i flere spor samtidig; psykologisk, fysiologisk og sosialt. Videre gis en beskrivelse av konkrete og sentrale metoder i spiseforstyrrelsesfeltet som er relevante. Jeg opplever for eksempel beskri-

velsen av eksternalisering som erfaringsnær og presist formulert: «Eksternaliserende samtaler går i al sin enkelhet ut på at tale om problemet som noget, der er adskilt fra personen». Og videre: «Det er (...) viktig at undgå en ensidig fokusering på kamp-metaforen, idet den begrenser vores forståelse og begrenser mangfoldigheden i problemløsningen. Eksternalisering kan med gavn bruges til at nuancere og undersøge både problemets positive og negative indflydelse.»

Boken inneholder også et kortfattet kapittel om BED hos barn og unge. Forfatterne peker på at dette er et felt der det er behov for mer forskning og klinisk kunnskap, hvor det ikke finnes noe spesifikt behandlingstilbud i Danmark. Inntil videre må man derfor i stor grad bygge på eksisterende kunnskap om behandling av andre spiseforstyrrelser. Blant annet antas foreldreinvolvering å være avgjørende, samt her-og-nå-fokus med konkrete mål og oppgaver.

### STOLPEGÅRDSMODELLEN

Leseren får et godt inntrykk av hvordan viktige prinsipper kan omsettes til klinisk praksis i kapitlet hvor en behandlingsmodell fra København beskrives. Den såkalte Stolpegårdsmodellen ble opprettet i form av et prosjekt i 2003, og har dermed opparbeidet seg 20 års erfaring med voksne BED-pasienter. Det vises til gode resultater, men det er uklart hva

som er behandlingens virksomme faktorer. Modellen er en variant av gruppeterapi og baserer seg på kognitive prinsipper samt systemisk og narrativ tilnærming. Det er verdt å merke seg forskning som tilsier at gruppeterapi gir bedre resultater enn individualterapi med hensyn til opphør av overspising. Jeg skulle i fortsettelsen gjerne sett mer informasjon om erfaring med behandling av BED og effektstudier, også fra andre steder i verden.

#### MOTSTRIDENDE BEHANDLINGSHENSYN

Avslutningsvis gir boken en gjennomgang av vekt og somatiske forhold. Overvekt, tilhørende følgetilstander og behandling er ofte viktige temaer for BED-pasienter. Forfatterne beskriver tankevekkende motsetninger mellom de to fagfeltene overvektsbehandling og spiseforstyrrelsesbehandling. For eksempel mener de at fraværet av behandlingstilbud til barn og unge med BED vitner om at disse to leirene ikke har klart å møtes i en forståelse av årsaker, kjennetegn og behandlingsbehov. De peker også på hvordan vektreduserende tiltak med sitt søkelys på kost og kaloritelling kan ende opp med å forverre spiseforstyrrelsen hos enkelte, hvilket igjen kan bidra til å hindre vekttap. Tema som behovet for å redusere stigma knyttet til overvekt og jobbe med selvbildeproblematikk settes opp mot holdninger om viktigheten av normalvekt for god helse. Forfatterne oppfordrer til felles anstrengelse på tvers av fagfeltene, slik at personer med overspisingslidelse kan få virksom behandling.

*BED* er gjennomgående skrevet i et godt og lesbart språk, og poengene kommer tydelig frem. Så kan det hende at man siden vil kjenne behov for utdyping og rikere resonnementer enn det denne boken gir, særlig i den psykologiske forståelsen av tilstanden. Brukerstemmen kommer også lite frem og kunne med fordel vært viet mer plass. Først og fremst får vi her et utgangspunkt for å planlegge et rammeverk i arbeid med en ny pasientgruppe. Jeg mener i forlengelsen av dette at vi som samfunn og fagpersoner har et ansvar for å bidra til bedre tilgang og kvalitet på behandling for denne gruppen. Boken har tydeliggjort dette for meg, og jeg vil anbefale den til alle som trenger en god og forståelig oversikt over feltet. Her finnes mange gode ideer til utforming av behandlingstilbudet for mennesker med overspisingslidelse. ✘



Forfatterne beskriver tankevekkende motsetninger mellom de to fagfeltene overvektsbehandling og spiseforstyrrelsesbehandling

## 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 anmeldereksemplar.

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

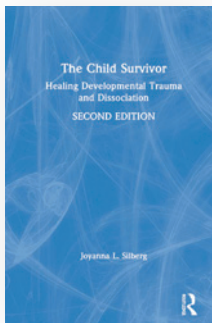
Kontakt oss for mer informasjon [redaksjonen@psykologtidsskriftet.no](mailto:redaksjonen@psykologtidsskriftet.no)

Skriv for oss/anmeldelser:



# En bok som smerter og lindrer

Dissosiasjon er i sentrum i Joyanna Silbergs nyttige bok, som gir støtte i et vanskelig landskap.



**BOK** *The Child Survivor: Healing Developmental Trauma and Dissociation (Second Edition)*

**FORFATTER** Joyanna L. Silberg

**ÅR** 2021

**FORLAG** Routledge

**SIDER** 386

## ANMELDT AV

Kenneth Berge-Schöld, BUP Hinna, Helse Stavanger og Liv Astrid Husby, BUP Øyane, Helse Bergen

**KUNNSKAPEN OM TRAUMER** og dissosiasjon har beveget seg mye siden førsteutgaven av *The Child Survivor* utkom i 2012, så det er betimelig at den gode grunnstammen nå suppleres med ny forskning, teori og kliniske vignetter. Utover dette adresseres innvirkningen covid-19 har hatt på barn og samfunn, og et eget kapittel er viet til organisert misbruk av barn og hvordan behandlingen bør skreddersys for barn som utsettes for dette.

## SYMPTOMETS FUNKSJON

Silberg har videreutviklet sin teori om affektunngåelse (*Affect Avoidance Theory*), som fungerer som et organiserende rammeverk i forståelse og behandling av traumer og dissosiasjon hos barn og ungdom. Dissosiative fenomen forstås ut fra et normaliserende og adaptivt perspektiv, hvor barnets avvik i bevissthet, identitet, affekt og atferd har vært beskyttende for barnet gitt omstendighetene som har vært gjeldende. Til grunn ligger en forståelse av symptomer som en måte å overleve på i møte med en verden som ikke fungerer. Følelsene, atferden og reaksjonene til barna handler ikke om sykdom og støy, men om tilpasning og beskyttelse. Når denne grunnholdningen er etablert, er vi i en bedre posisjon til å kunne støtte en helende endring.

I tillegg til å presentere klassiske traumesymptomer utforsker og gir Silberg mening til dissosiative symptomer som amnesi og stemmehøring. Fra hennes perspektiv fremstår disse symptomene som nyttige og adaptive. I stedet for å ignorere, regulere og medisinere symptomene søker hun kontakt, mening og integrering. Med et slikt utgangspunkt kan man bevege seg fra et fragmentert og forvir-

rende indre landskap til et mer integrert helhetlig fungerende system.

Selv om man raskt kan ta i bruk de ulike terapeutiske teknikkene og dissosiasjonsfokuserte intervensjonene, vil dette trolig fortsatt være en krevende prosess å overføre til terapeutens egen praksis. Det er vanskelig å strukturere en behandling som krever så mye fleksibilitet og kreativitet som beskrives i metoden og de kliniske vignettene. Veien kan nok aldri heller beskrives fullt ut, men Silberg gir visse føringer og holdepunkt, og ikke minst et mål å styre mot.

## DEN VANSKELIGE DISSOSIASJONEN

Hva som er riktig behandling for barn som dissosierer, varierer fra å se dissosiasjon som et tilleggssymptom til PTSD, til å behandle det som en egen lidelse. I noen tilfeller vil det være tilstrekkelig med manualbasert traumefokuserert behandling, mens det i andre tilfeller vil være vanskelig å komme utenom behovet for å gjøre behandlingen mer dissosiasjonsfokuserert. Basert på våre erfaringer fra BUP-systemet fremstår Silbergs teori og behandling som en kjærkommen støtte i et landskap der vi ofte vandrer rundt uten særlig fungerende kart og kompass. Det er en behandlingsmetode som ikke har i seg de samme kravene til tempo i behandling, men som likevel gir en tydelig retning på hvor terapien bør gå.

Det smerter å lese om barn utsatt for overgrep, vold og neglekt, men det lindrer å vite at vi stadig utvikler nye metoder som kan hjelpe dem. Silberg gir generøst fra sin opparbeidede kunnskap, utvider vår forståelse og ikke minst, lanserer flere måter å hjelpe på. Det er viktige bidrag, og det gjenstår fortsatt mye å forstå. ✘

## Nå er det sommer!

*Vi sitter i slørblå junikveld  
Og svaler oss ute på trammen  
Og alt vi ser på har dobbelt liv,  
fordi vi sanser det sammen.*

Hans Børli

Det er sommer, og vårens utfordrende eventyr, lønnsforhandlingene, ligger bak oss. Vi har forhandlet i våre ulike sektorer. For Oslo kommune og avtalespesialistene har det vært sentrale forhandlinger, og lønnsveksten har vært på linje med andre i offentlig sektor. For avtalespesialistene har vi også vunnet delvis frem med vårt krav om kompensasjon for økte strømkostnader, samt innføring av ekstra takst ved de første seks konsultasjonene i gruppebehandling. I sykehusene har de foretakstillitsvalgte kastet sine krefter inn og forhandlet lokalt på hvert helseforetak. Her er det oppnådd noe høyere lønnsvekst enn frontfaget. Dette var helt nødvendig, da forventet prisvekst ble justert opp i revidert nasjonalbudsjett.

Det er forresten ikke helt sant at forhandlingene ligger bak oss. I sektor stat og kommune, skal våre tillitsvalgte ha et høsteventyr i form av lokale forhandlinger. Men er det egentlig et eventyr? Det kjennes kanskje ikke alltid sånn når man sitter der med regnearkene og arbeidsgiver, og forsøker å få gjennomslag for medlemmene i til tider svært krevende forhandlingsmøter. Lønnsforhandlingene er viktige for våre medlemmer og for den offentlige helsetjenestens evne til å rekruttere og beholde ansatte. De årlige lokale, kollektive lønnsforhandlingene er en ordning vi skal hegne om. Det skal vi gjøre ved å fremme velbegrunnede og ansvarlige krav, ved å ha god opplæring av våre tillitsvalgte, og ved å fortsette å gi dem råd og bistand etter behov når de forhandler. Tusen takk til alle som bidrar i årets forhandlinger!

I forhandlingsperioden bruker de tillitsvalgte mye tid og krefter på å forhandle, men de bruker ellers mye tid på jobbing direkte i tjenestene for å forbedre tilbud og arbeidsbetingelser. De bidrar inn i faglige spørsmål og utforming av tjenestene. Dette gjør de i samarbeid med tillitsvalgte fra andre fagforeninger og i samarbeid med ledelse. De tillitsvalgte forholder seg til avtaler mellom partene, for eksempel hovedavtalen mellom Spekter og Akademikerne som sier blant annet: «Arbeidsgiver og tillitsvalgte har plikt til å gjøre sitt beste for å skape og opprettholde et godt samarbeid på arbeidsstedet, slik at partene kan løse eventuelle problemer på en uformell og konstruktiv måte. Tillitsvalgte skal ta seg av og søke å ordne i minnelighet klager som medlemmene mener å ha overfor arbeidsgiver, eller som arbeidsgiver mener å ha overfor vedkommende organisasjons medlemmer.» Har dette vært prøvd uten hell, er det utallige eksempler på at våre tillitsvalgte også evner å påvirke saker gjennom arbeid inn mot styre, politikere og ved å løfte temaer inn i mediene.

Det er endelig sommer og ferietid. Ferie er også en rettighet som har blitt kjempet frem av arbeidstakersiden. Jeg håper hver enkelt klarer å finne ro og påfyll. Det er ikke alltid lett å koble av når man har pasienters ve og vel i tankene, og må ta en pause i behandlingen. Det er heller ikke lett om man er i et tidspresset forskningsprosjekt, eller man har ulike oppgaver man skulle ferdigstilt og som andre venter på. Det er lett å bli fristet til å ta en tur innom arbeidet, enten i tankene eller ved å jobbe i ferien. Skrive litt på artikkelen, være tilgjengelig for noen pasienter, eller lignende. Jeg håper dere delegerer nødvendige oppgaver til de som er på jobb og selv tar helt fri. Dere har lov - og rett til å ta helt fri.

Med ønske om en strålende sommer med ro, gode relasjoner og alt det dere ellers liker best!



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

### TEKST

Hanne Indregard Lind,  
Visepresident med  
ansvar for lønns- og  
arbeidslivspolitikken

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

# Norsk helsearkiv – midlertidig ordning for avlevering av digitale pasientjournaler

*Helsedirektoratet har nå etablert en midlertidig ordning for avlevering av digitale pasientjournaler ved overdragelse og opphør av virksomhet.*

FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN



**TEKST** Ellen Ekre Engh, spesialrådgiver/advokat

Den 1. oktober 2021 ble det etablert en ny nasjonal ordning for oppbevaring av pasientjournaler ved overdragelse og opphør av virksomhet. Ordningen omfatter også innlevering av pasientjournaler ved tap og suspensjon av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning. Ordningen er lagt til Norsk helsearkiv. Da ordningen ble etablert, ble helsepersonell som skulle overdra eller legge ned sin virksomhet pålagt en plikt til å avlevere journalmateriale til Norsk helsearkiv. Den nasjonale ordningen gjelder i de tilfeller overføring av journalene til annet helsepersonell eller annen virksomhet ikke er aktuelt. Dessverre har det av tekniske årsaker ikke vært mulig å overføre digitalt pasientjournalmateriale til Norsk helsearkiv i tråd med forskriften. Helsedirektoratet har nå etablert en midlertidig ordning for å avhjelpe disse utfordringene i påvente av en permanent løsning.

Tidligere var det mulig å levere digitale og papirbaserte pasientjournaler til statsforvalteren. Denne ordningen er nå avvirket og alle pasientjournaler hos statsforvalterne vil bli overført til Norsk helsearkiv.

Formål med den nye ordningen er å gjøre pasientjournaler tilgjengelig for pasienten og nye behandlere for å sikre innsynsrett, retting, sletting og ytelse av helsehjelp.

Etablering av ny nasjonal ordning for oppbevaring av pasientjournaler ved opphør har følgende mål:

- Pasienter og andre som har rett til innsyn eller å korrigere pasientjournaler, skal møte lett tilgjengelig informasjon om ordningen
- Pasienter og andre som har rett til innsyn eller behov for å korrigere pasientjournaler, skal møte en brukervennlig saksgang
- Alle pasientjournaler skal være sporbare

Etter at ordningen ble etablert i oktober 2021, har Psykologforeningen fått en del henvendelser fra medlemmer som har opplevd utfordringer knyttet til avlevering av elektronisk journal-

materiale. Dette skyldes at EPJ-løsningene ikke tilbyr funksjonalitet for å avlevere journalmateriale i det format (PDF) som Norsk helsearkiv forutsetter at dette skal avleveres i. Psykologforeningen og Legeforeningen har vært kritiske til at det ble vedtatt en plikt som helsepersonellet ikke har praktiske muligheter for å etterleve. Vi har vært i kontakt med helsemyndighetene og journalleverandører i denne saken.

Den midlertidige ordningen gjør det nå mulig å avlevere digitalt pasientjournalmateriale til Norsk helsearkiv. Direktoratet har inngått avtale med tre tjenesteleverandører som kan ta imot databaser, hente ut hver pasientjournal og få disse oversendt til Norsk helsearkiv i pdf-format.

De tre leverandørene er:

- Aspit journalsystemer
- Pridok EPJ
- Arko Journalprogram for terapeuter

For nærmere informasjon om deres tilbud vises til leverandørens nettsider. Ordningen vil kreve at behandler/virksomhet som skal avlevere bidrar med kvalitetssikring av pasientjournalene i pdf-format, før oversendelse til Norsk helsearkiv.

De tre leverandørene skal kunne motta databaser og konvertere journalsystemer til avlevering til nasjonal ordning, uavhengig av hvilken systemleverandør psykologen i utgangspunktet har kontrakt med. Vi har fått informasjon fra Helsedirektoratet om at psykologer som har meldt behov for avlevering nå skal ha mottatt en epost fra Helsedirektoratet med veiledning om hvordan man skal gå frem.

Kostnader for avlevering av databaser dekkes i 2023 av Helsedirektoratet. Kostnadsdekning i de kommende årene vil være avhengig av årlige bevilgninger.

Vi anbefaler psykologer som planlegger å avvike sin virksomhet om å ta kontakt med Norsk helsearkiv for nærmere informasjon om avlevering av pasientjournaler:

<https://www.arkivverket.no/om-oss/kontakt-oss>

VI MINNER OM:

ALMAGROFORENINGEN PRESENTERER:

## Seminar i Moral de Calatrava, Spania 17.9–23.9.2023

### Kroppen som slagmark

Selvdestruksjon, negativ terapeutisk reaksjon og masochisme. Om seksualitet og destruktivitet i terapi. Et kroppsdynamisk og psykoanalytisk perspektiv.

Seminar og opphold finner sted i et nyrestaurert pittoresk gammelt palass. (Palacio del Gobernador).

**Påmelding:** Ved betaling av deltakeravgift på kr 7300,- til Almagroforeningen konto 5082 06 97348. Deltakeravgift er eksklusiv flyreise til Madrid og opphold på hotell i Moral (som vi reserverer). Inklusiv 4 dager sen middag med vinsmaking, utflukt og buss Madrid-Moral. Smaksprøver av eksellente lokale viner dyrket på vulkansk jord.

**Frist 1. august 2023** (bekreft også påmelding ved e-post til [almagroforeningen@gmail.com](mailto:almagroforeningen@gmail.com)).  
Informasjon: [almagroforeningen.no](http://almagroforeningen.no)  
og tlf. **0034 635157267**

## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på  
[www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)  
**Min medlemsside**

eller send e-post til  
[medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)

Følg Tidsskrift for  
Norsk psykologforening på

**facebook**

## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

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

Kontakt oss på e-post:  
[tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)  
eller tlf. 23 10 31 33



## Bestselgeren om de første norske psykologer.

HÅVARD FRIIS NILSEN: DU MÅ IKKE SOVE. WILHELM REICH OG PSYKOANALYSEN I NORGE

ÅRETS TI BESTE BØKER  
*Aftenposten*



Dagbladet



Bok365

ASCHEHOUG

«... en pageturner ... strålende.» SIRI GULLESTAD, prof. i psykologi  
«... et storslått verk.» WILLY PEDERSEN, prof. i psykologi, *Morgenbladet*  
«... skrevet med smittende entusiasme.» KÅRE BULIE, *Klassekampen*  
«... oppsiktsvekkende god.» GURI VINDEGG, *Psykologtidsskriftet*  
«... holder et internasjonalt nivå.» PREBEN JORDAL, *Aftenposten*



# Gjeld, psykisk helse og selvmord

– kunnskap og praksis i en psykologisk kontekst

## Målgruppe:

Psykologer og psykologspesialister, relevant for både 1., 2. og 3. linjetjenesten.

## Målsetning:

Å øke psykologers bevissthet om den sterke sammenhengen mellom gjeld, psykisk helse, psykiske lidelser og selvmord. Å øke psykologers trygghet og handlingsrepertoar i møte med pasienter som sliter med økonomiske problemer og uhåndterlig gjeld.

## Innhold:

- Gjeld, psykisk helse, psykiske lidelser, selvmord, effektive tiltak og kostnadseffektivitet. Hva vet vi? v/Arne Holte, professor emeritus i helsepsykologi og tidligere assisterende direktør i Folkehelseinstituttet
- Utviklingen av husholdningenes økonomi og gjeldssituasjon i Norge før, under og etter pandemien sett fra et sosiologisk ståsted v/seniorforsker Christian Poppe, Statens institutt for forbruksforskning (SIFO), Oslo Met – Storbyuniversitetet

- Slik er det å leve med uhåndterlig gjeld: Gjeldsforebygging i praksis v/Arman Vestad, profesjonell gjeldsforebygger med personlig erfaring fra å leve med gjeldsproblemer. Han er også tidligere gjeldsrådgiver i NAV
- Utfordringer og suksessfaktorer for tverretattlig samarbeid – arbeid og helse. Sentrale lover og føringer for samarbeid rundt klienters økonomiske situasjon v/Bjørn Karstensen. Psykolog og avdelingsleder i NAV
- Familieøkonomi som uløselig knyttet til barns omsorgsbetingelser – hvordan arbeide med personlig økonomi i en psykoterapeutisk setting v/Ingvild Stjernen Tisløv

**Kursleder Ingvild Stjernen Tisløv**, spesialist i klinisk samfunnspsykologi og daglig leder i Reynd AS

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer for psykologspesialister.

**Sted og dato:** Oslo, 13.–14. november 2023

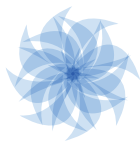
**Medlemspris:** kr 7 600,-

**Påmeldingsfrist:** 9. oktober 2023

**Kursnr.:** 20GPS23004

## Påmelding og ytterligere informasjon:

[www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)



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



## 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 søknadsskjemaer finner du på hjemmesiden:  
**[helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger](http://helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger)**



**Diakonhjemmet Sykehus**

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen,  
Klinikk for psykisk helse og rus

**Poliklinikk psykisk helse og arbeid,  
Voksenpsykiatrisk avdeling søker:**

## Psykologspesialist/ erfaren psykolog

Er du en psykolog med engasjement  
for terapi og fagutvikling?

**Kontaktperson:**

Ass. enhetsleder Marit Hannisdal  
tlf. 22 02 98 00

Les mer om stillingen på  
**[www.diaconhjemmetsykehus.no](http://www.diaconhjemmetsykehus.no)**  
hvor vi har fullstendig utlysning og  
elektronisk søknadsskjema.

**Søknadsfrist 25.08.23**

### 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. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) under «Kurs og konferanser» og [www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen](http://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](http://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](http://www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser)*

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
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	Stående	Liggende
170x234	82,5x234	170x115
Stående	Stående	Stående
170x234	82,5x234	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](mailto: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

**Bjarthe 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.robberstad@  
sola.kommune.no

**Emma Røisland Torsvik**  
studentrepresentant  
979 62 540  
emmartorsvik@gmail.com

**Varamedlemmer**

**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

**Rune Selaas (1. vara  
studentrepresentant)**  
472 66 616  
runarselaas@hotmail.com

**Frida Tveiten Gundersen  
(2. vara student-  
representant)**  
454 29 809  
frida.tveiten@hotmail.com

**LOKALAVDELINGER****Akershus**

**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**

**Nord-Trøndelag**  
**Julie Valen**  
psyk.valen@gmail.com  
924 90 532

**Nordland**  
**Miriam Ryssdal**  
miriam.ryssdal@gmail.com  
926 53 473

**Oppland**  
**Eline Sørensen**  
eline.sorensen@hotmail.com  
902 96 361

**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**  
Fredrik Henanger Blom  
fhblom@hotmail.com  
975 61 945

**FAGETISK RÅD**

**Mette Ekenes**  
**Garmannslund**, leder  
Rådgivningstelefon  
480 58 723, onsdager  
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG  
FOR FAGETISKE  
KLAGESAKER**

**Mariann Stadler**, leder,  
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,  
h.indregard@hotmail.com  
tlf. 948 05 153

**SPECIALITETSRADET**

**Arnhild Lauveng**, leder,  
arnhild@  
psykologforeningen.no  
tlf. 913 17 162

**FAG- OG  
PROFESJONSRADET**

**Arnhild Lauveng**, leder,  
arnhild@  
psykologforeningen.no  
tlf. 913 17 162

### **FAGUTVALGENE**

#### **Felleselementene**

#### **Johan Siqveland,**

johan.siqveland@gmail.com,  
tlf. 922 90 143

#### **Barne- og**

#### **ungdomspsykologi**

#### **Kjersti Hamre Lotsberg,**

k\_hamre@hotmail.com,  
tlf. 416 57 694

#### **Familiepsykologi**

#### **Trine Eikrem,** leder, trine.

eikrem@bufetat.no,  
tlf. 466 16 566

#### **Rus- og**

#### **avhengighetspsykologi**

#### **Eva Karin Løvaas,** leder,

evakarinoevaas@gmail.com,  
tlf. 916 64 076

#### **Eldrepsykologi**

#### **Psykoterapi**

#### **Ingunn Aanderaa Opsahl,**

leder, ingunnaanderaa@  
hotmail.com, tlf. 971 50 507

#### **Voksenpsykologi**

#### **Ivar Elvik,** leder, ivarelvik@

gmail.com, tlf. 454 74 400

#### **Nevropsykologi**

#### **Rune Raudeberg,** leder,

rune.raudeberg@gmail.com,  
tlf. 952 47 487

#### **Habiliteringspsykologi**

#### **Tonje Elgsås,**

tonjeped@gmail.com,  
tlf. 922 33 224

#### **Arbeidspsykologi**

#### **Anette Høy Dye,** leder,

anette.hoy.dye@moment.  
consulting,  
tlf. 928 24 338

#### **Samfunn- og**

#### **allmennpsykologi**

#### **Kjersti Hildonen,** leder,

khi@lorenskog.kommune.no,  
tlf. 907 85 288

#### **Organisasjonspsykologi**

#### **Rudi Myrvang,** leder, rudi.

myrvang@gmail.com,  
tlf. 906 03 355

#### **Klinisk helsepsykologi**

#### **Borrik Schjødt,** leder,

borrik.schjodt@helse-  
bergen.no, tlf. 990 27 309

### **GODKJENNINGS- UTVALGET**

#### **Ole André Solbakken,** leder,

o.a.solbakken@psykologi.  
uio.no  
tlf. 913 75 496

### **ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER**

#### **Kim Larsen,** leder,

kim.larsen@so-hf.no,  
tlf. 69 32 62 24

### **FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET**

#### **Annika Melinder,** leder,

a.m.d.melinder@psykologi.  
uio.no, tlf. 930 80 618

### **STUDENTPOLITISK UTVALG**

#### **Emma Røisland Torsvik,**

leder, emmartorsvik@  
gmail.com, tlf. 979 62 540

### **KLIMAUTVALGET**

#### **Tuva Bræin,**

tuvabraein@gmail.com,  
tlf. 458 52 172

### **FORSKNINGSPOLITISK UTVALG**

### **MENNESKERETTIG- HETSUTVALGET**

#### **Reidar Hjermann,**

leder, rh@hjermann.no,  
tlf. 994 47 291

### **TESTPOLITISK UTVALG**

#### **Rudi Myrvang,** leder, rudi.

myrvang@gmail.com,  
tlf. 906 03 355

### **YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG**

#### **Helén Ingrid Andreassen,**

ypu@psykologforeningen.no

### **VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING**

#### **Arne Holen,** leder, arnenpf@

nevropsykologholen.no,  
tlf. 922 30 383

### **SEKRETARIATET**

Tlf. 23 10 31 30

#### **Ole Tunold,** generalsekretær

**Kristina Høyer,**  
kommunikasjonssjef,  
kristina@  
psykologforeningen.no

#### **Administrasjonsavdeling**

#### **Linda T. Grønås,**

administrasjonssjef,  
linda@psykologforeningen.  
no

#### **Jus og arbeidslivsavdeling**

#### **Christian Zimmermann,**

forhandlingsjef,  
forhandlingsavdelingen@  
psykologforeningen.no

#### **Fagpolitisk avdeling**

#### **Kim Edgar Karlsen,** fagsjef,

kim@psykologforeningen.no

#### **Utdanningsavdeling**

#### **Bjørnhild Stokvik,**

utdanningsjef, bjornhild@  
psykologforeningen.no  
Kontakt kurs@  
psykologforeningen.no

### **NORSK PSYKOLOGFORENING**

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo

Besøksadresse: Kirkegata 2

Tlf. 23 10 31 30

post@psykologforeningen.no

For mer informasjon, se  
[www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)

# Innhold

- 406 **Kampen om psykologutdanningen**  
Aktuelt | Per Halvorsen
- 414 **Erfaringer med samtalekortene *Hei Kropp og selvfølelse*: en kvalitativ undersøkelse**  
Originalartikkel | Fiskum & Tetlie Eik-Nes
- 423 **Nevropsykologiske senskader hos boksere: en systematisk gjennomgang**  
Ny vitenskapelig artikkel | Helene Skogseth
- 424 **Profesjonsstriden mellom Langfeldt og Schjelderup**  
Fagessay | Gunvald Hermundstad
- 436 **«Det finnes hjelp» - et tiltak for å forebygge seksuelle overgrep mot barn**  
Fra praksis | Friestad et al.
- 442 **Hvorfor lider psykologer av aldersvegring?**  
Etikkpanelet | Anna Helle-Valla
- 446 **MENINGER**  
Debatt: Tilknytning (s. 446), Tverrfaglig samarbeid (s. 448), Kjønnsinkongruens (s. 450 & 452), Forskningsetikk (s. 454), Fellesprogrammet (s. 456)
- 448 **Helse gjennom stolthet**  
Nye stemmer | Runa Kongsvik
- 460 **INNTRYKK**  
Anmeldelser: Oversiktlig om forsømt pasientgruppe (s. 460), En bok som smerter og lindrer (s. 462)
- 465 **Annonser**
- 467 **Stillingsannonser**