

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



# PSYKOLOGI

Vol. 61 nr. 05 2024

## Paradigmeskifte for selvmords- forebygging

*Aktuelt*

## SKYLD, SKAM OG NYLIBERALISME

*Fagessay  
Simen M. Ekelund*

## Minoritets- perspektiver på terapi

*Vitenskapelig artikkel  
Ngo et al.*

# 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

**Sjefredaktør** Katharine Cecilia Williams Katharine@psykologtidsskriftet.no

**Utgiver** Norsk psykologforening, generalsekretær Ole Tunold

**Henvendelser til redaksjonen** redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

**Debattinnlegg** meninger@psykologtidsskriftet.no

**Annonser** tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

**Frist for bestilling av annonser** 15.05, 14.06, 18.07

Denne utgaven ble godkjent til trykk 23.04.2024

**Omslagsillustrasjon** Åshild Irgens **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** Matt Oxman, **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.



BILDE: AUGUSTE TOULMOUCHE, MALT 1899



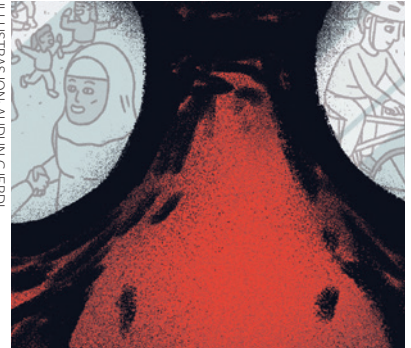
Patologisk narsissisme får lite oppmerksomhet i nyere faglitteratur – en aktuell håndbok er plaster på såret.  
Bokessay. Side 347

ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN



For noen er russetidens grøftefyll starten på alkoholproblemer som ingen tar tak i, skriver Ragnhild Bø.  
Kronikk. Side 336

ILLUSTRASJON: AUDUN GJERDI



I mai feirer Sigmund Freud 168 år. Teoriene har fortsatt samfunnsrelevans, mener Atle Møen.  
Fagessay. Side 320

## Innhold

- 286 Nye retningslinjer for selvmordsforebygging**  
Aktuelt | Johannes Valdemar Ytreberg Meløe
- 294 Skyld og skam i nyliberalismens tid**  
Fagessay | Simen Marenus Ekelund
- 300 Grupper for ungdom med autismspekterdiagnose**  
Fra praksis | Mogård et al.
- 306 Norskfødte med innvandrerforeldres erfaringer i psykologisk behandling: en kvalitativ studie**  
Originalartikkel | Ngo et al.
- 316 To nye modeller for personlighetsvurderinger**  
Oppsummert | Nysæter og Christensen
- 320 Aktuelle samfunnsproblem sett med Freud**  
Fagessay | Atle Møen
- 326 Barn og ungdom i forskning om vold**  
Etikkpanelet | Viktor Schønning
- 330 MENINGER**  
Kommentar: Psykiatere på full fart inn i fortiden | Katharine Cecilie Williams (s. 330)  
Debatt: Den verdifulle skjermbruken (s. 332), Hjernefunn uten praktisk betydning (s. 340)  
Kronikk: Grøftefyll i russetiden | Ragnhild Bø (s. 336)
- 342 Sentre for kjønnsinkongruens i alle helseregioner**  
Nye stemmer | Runa Kongsvik
- 344 INNTRYKK**  
Anmeldelser: En nyttig provokasjon (s. 344)  
Bokessay: En ny vår for narsissisten | Simen Fjellstad Holm (s. 347)
- 352 Minneord**
- 356 Annonser**
- 359 Stillingsannonser**



# Nye retningslinjer for selvmordsforebygging

Det er 16 år siden sist. Nå lanserer Helsedirektoratet nye retningslinjer for selvmordsforebygging.

**TEKST** Johannes  
Valdemar Ytreberg  
Meløe

**DE SVÆRT OMSTRIDTE** selvmordsrisikovurderingene fjernes ikke helt, men tones ned betraktelig. Ansatte skal ivaretas etter at pasienter begår selvmord. Utskrevne pasienter fra døgnpost skal følges opp. Og pårørende skal involveres mye mer.

Karin Irene Gravbrøt i Helsedirektoratet har nok måttet smøre seg med tonnevis av tålmodighet, men nå er den nye retningslinjen for selvmordsforebygging endelig klar.

- Det tok sin tid, sier hun tørt.
- Vil dette redusere antall selvmord?
- Vi håper det. Vi krysser fingrene, sier hun.

I snitt dør det over 600 personer i selvmord hvert år, ifølge Helsedirektoratet, som baserer seg på tall fra Dødsårsaksregisteret og Pasientregisteret. Det antas at over 6000 sitter igjen som etterlatte.

## GÅR BORT FRA SJEKKLISTEKULTUREN

Spør du fagfolkene om hva som utgjør den største endringen i de nye retningslinjene, svarer de alle som én at man nå går bort fra en kultur hvor risikofaktorer for selvmord blir behandlet gjennom sjekklister for å forutsi selvmordsfare.

Selvmordsrisikovurderingene av pasienter har vært svært omstridt, og heftig debattert blant annet i Psykologtidsskriftet. Nå ønsker Helsedirektoratet å gå bort fra selvmordsrisikovurdering og gradering av pasienters selvmordsfare fra lav til høy.

Selvmordsrisikovurderingene kuttet ikke, men tones ned, og skal inkluderes i individuell utredning og behandling, ifølge Helsedirektoratet og Nasjonalt senter for selvmordsforskning- og selvmordsforebygging (NSSF). Søke-lyset skal nå rettes på pasientens livssituasjon og god behandling, hvor selvmordsrisikovurdering er en bit av dette.

## BLE OVERRASKET

Med den forrige retningslinjen fra 2008 ble forebygging av selvmord primært innrettet i psykisk helsevern for voksne (PHV). Også da var psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) omfattet av retningslinjene, men dette tydeliggjøres nå, ifølge Gravbrøt.

Den nye retningslinjen inkluderer også tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) for første gang. Bakgrunnen er data som NSSF har innhentet, med tall fra pasientregisteret og Dødsårsaksregisteret. Statistikken viser at nesten 1 av 10 pasienter som har tatt selvmord, har vært i behandling hos TSB siste leveår.

- Disse tallene var overraskende høye, i hvert fall for meg, sier Gravbrøt.

Av disse hadde 64 prosent også vært i kontakt med psykisk helsevern siste leveår. Dette er altså rus- og psykiatrispasienter med samtidig rus- og psykisk lidelse. Derfor blir samarbeidet mellom psykisk helsevern og TSB svært viktig fremover, spesielt ettersom de to har ulike





**PASIENTER MED RUSPROBLEMATIKK** har forhøyet selvmordsrisiko, en kunnskap Guri Spilhaug ber folk om å ta på alvor.  
Foto: Petter Berentsen NTB

ansvars- og kompetanseområder og TSB ikke er hjemlet i psykisk helsevernloven.

Det påpeker Guri Spilhaug, tidligere leder av Nasjonal kompetansetjeneste for TSB (NK TSB).

– Det betyr at når det gjelder behandling av pasienter i selvmordsfare, kan det innebære at TSB ikke har nødvendig kompetanse og rammebetingelser slik at pasienten må overføres til psykisk helsevern, sier hun.

– *Er det ikke en fare da for at krevende pasienter blir kasteballer i systemet?*

– Det er dessverre en fare som også skjer i dag for mange med alvorlige rus- og psykisk helselidelser, sier hun.

Spilhaug påpeker at TSB kan bli flinkere til å kartlegge psykiske lidelser, og at psykisk helsevern kan bli bedre til å kartlegge rusproblematikk. Spilhaug har selv vært med på å utarbeide retningslinjene. Og den viktigste beskjeden for henne er at de nye retningslinjene nedtoner selvmordsrisikovurderingene.

– Den forrige retningslinjen var opptatt av å predikere selvmordsrisiko, og det går den nye helt vekk fra. Selvmord som tema og forebygging av selvmord må være en integrert del av både utredningen og behandlingen som tilbys pasienter i TSB, sier Spilhaug.

#### **RING ETTER 72 TIMER**

De nye retningslinjene ønsker å involvere pårørende i langt større grad enn før, ifølge Gravbrøt.

– Helsetilsynet har sett på pårørendeinvolvering. Og vi vet at dersom pasienter ikke selv forteller eksplisitt at de har selvmordstanker eller planer, kan informasjon fra pårørende gi andre opplysninger. Vi anbefaler at man bør innhente informasjon fra pårørende, sier Gravbrøt.

Opplysninger fra pårørende ses nå som en sentral faktor både for utredning, behandling, oppfølging og når man lager sikkerhetsplaner ved selvmordsfare i både PHV, PHBU og TSB, ifølge den nye retningslinjen. »

”

Den forrige retningslinjen var opptatt av å predikere selvmordsrisiko, og det går den nye helt vekk fra

*Guri Spilhaug*



**FORNØYD MED RETNINGSLINJENE** Nina Danielsen skulle likevel ønske seg en granskningskommisjon etter selvmord, og mer systematiske hendelsesanalyser. Foto: LEVE / Pressebilde



**OLE-MARIUS MINDE JOHNSEN** oppfordrer behandlere til å sette seg inn i anbefalingen om sikkerhetsplaner ved selvmordsfare. Foto: Mental Helse / Adrian Pracon

Nina Danielsen er leder for selvmordsforebygging i LEVE, Landsforeningen for etterlatte ved selvmord. Hun påpeker at pårørende kan være svært viktige støttepersoner når pasienten får hjelp, og kan gi nyttig informasjon om pasienten, i den grad pasienten selv ønsker det.

– Hittil har behandlere ofte valgt å ikke involvere de pårørende, kanskje fordi de er usikre eller opplever det som krevende, sier Danielsen.

De nye retningslinjene tydeliggjør planlagt utskrivning og oppfølging etterpå. Anbefalingen baseres på tall fra kartleggingssystemet til NSSF. Den største andelen av de som begår selvmord etter utskrivning, er fra PHV. Nå må utskrivning fra døgnopphold planlegges, og oppfølging skje minst innen 72 timer etter utskrivning.

– Mange av våre medlemmer har mistet sine kjære dagene og ukene etter at de blir skrevet ut fra et behandlingstilbud, og uten tilbud om oppfølging, sier Danielsen.

Hun påpeker at tiden etter utskrivning kan være risikabel.

– Det kan være uklart for pasientene om hva som skjer videre. Det er kanskje ingen som kontakter dem. Så reiser de tilbake til hjemmet sitt hvor krisen skjedde, og livet ble vanskelig. Nå tydeliggjøres denne overgangen til andre tjenester, og det er vi veldig glade for, sier hun.

Leder av brukerorganisasjonen Mental Helse, Ole-Marius Minde Johnsen, er glad for at de nye retningslinjene så tydelig anbefaler bruk av kriseplan, eller sikkerhetsplan.

– Det er veldig viktig at behandlere nå setter seg inn i denne anbefalingen. Fordi en god kriseplan kan føre til at vi unngår unødvendig tvang, sier Johnsen.

Sikkerhetsplaner kan inneholde alt fra fare-signaler, kontaktpersoner og sikring av omgivelsene.

– Det har vært mangelfullt oppfulgt tidligere. Så det er bra at en så sterk anbefaling nå har kommet på plass om dette, sier Johnsen.

### KREVENDE Å MISTE PASIENTER

Den nye retningslinjen anbefaler sterkt ivaretagelse av ansatte etter pasienters selvmord. Det begrunnes i forskning og klinikererfaringer, hvor flere av de uerfarne klinikerne slet etter slike hendelser, ifølge Gravbrøt.

– Det vi vet, er at spesielt uerfarne klinikere sliter etter slike hendelser, sier Gravbrøt.





**FAGSJEF I PSYKOLOGFORENINGEN** Kim Karlsen, er glad for at ivaretagelse av ansatte får et eget punkt. Foto: Fartein Rudjord

Hun viser til studier hvor en stor andel av disse fikk PTSD etter at pasienten begikk selvmord.

– Det er krevende å miste pasienter i selvmord. Det er en stor belastning. Så å inkludere ivaretagelse i retningslinja var viktig, sier Gravbrøt.

Det synes fagsjefen i Psykologforeningen, Kim Karlsen, er positivt.

– Vi må anerkjenne at vårt arbeid med mennesker i psykisk krise mange ganger handler om liv og død, med risiko for at pasienter kan ta sitt liv. Dette er en svært belastende situasjon for de aller fleste behandlere, hvor skyld og tvil om egen kompetanse er vanlige reaksjoner som kan prege en videre i yrkeslivet, sier Karlsen.

I de nye retningslinjene er nærmeste leder ansvarlig for at den ansatte ivaretas og følges opp, og skal tydeliggjøre at slike tilfeller hviler på systemet og ikke den ansatte.

– Det er viktig at retningslinjen er eksplisitt på virksomhetens og ledelsens ansvar for å jobbe systematisk med ivaretagelse, og at den fremhever betydningen av opplæring og forberedelse. Dette handler også om å skape en trygg kultur for læring og støtte over tid, og er ikke noe en plutselig kan begynne med når noe alvorlig har skjedd, sier fagsjefen.

## Slutt med sjekklister

Nye retningslinjer for selvmordsforebygging.

Dette er den største endringen.

**FAGFOLKENE PSYKOLOGTIDSSKRIFTET HAR** snakket med, peker alle på én ting som den største endringen i den nye retningslinjen for selvmordsforebygging:

Selvmordsrisikovurderinger fjernes ikke, men tones ned betraktelig, og blir en integrert del av utredning, behandling og oppfølging. Sjekkliskulturen skal bort. Nå skal oppmerksomheten ligge på pasienten og den gode behandlingen.

### GODE INTENSJONER BLE TIL SKJEMAVELDE

I snitt dør det over 600 personer i selvmord hvert år, ifølge Helsedirektoratet, som baserer seg på tall fra Dødsårsaksregisteret og pasientregisteret. Det antas at over 6000 sitter igjen som etterlatte. Cirka halvparten av de som dør i selvmord, har vært i kontakt med psykisk helsevern.

Retningslinjene som kom ut i 2008, hadde som mål å få ned dødstallene og vektla risikofaktorer sterkt. Flere helseforetak lagde derfor sjekklister som psykologene ble bedt om å følge for å kartlegge selvmordsrisiko, og gradere disse.

– Jeg tror ikke noen kunne forutsi hvordan dette ville bli oppfattet, eller hva det ville føre til, sier Fredrik Walby, psykologspesialist og leder av nasjonalt kartleggingssystem for selvmord.





**PSYKOLOGSPESIALIST** Kristin Østlie mener den tidligere retningslinjen ble implementert på en uheldig måte. Foto: Nora Skjerdingsstad

”

Selvmondsrisiko-  
vurderingen bidro mest til  
at tilsynsmyndighetene  
kunne kritisere helse-  
personell

*Trond Aarre*

Flere behandlere opplevde at kartlegging av selvmordsrisiko ble til en sjekklisterkultur og et skjemavelde, hvor søkelyset på selvmordsrisikovurdering gikk på bekostning av god behandling. En av dem var psykiater Trond Aarre.

– Selvmordsrisikovurderingen bidro mest til at tilsynsmyndighetene kunne kritisere helsepersonell, samtidig som det ga helt umulige forventninger til hva helsepersonell kan gjøre. Det er ganske ille når myndighetene gjør sånt, og det på et dårlig faglig grunnlag attpåtil, sier han.

Behandlere ble mer opptatt av å ikke bli tatt for å gjøre feil enn å faktisk hjelpe pasienten, ifølge ham.

– Det har vært en dreining fra å hjelpe folk til å beskytte helsepersonell, sier Aarre.

Psykiateren anerkjenner at Helsedirektoratet etter hvert advarte mot disse sjekklisterne, men uten at kravet om selvmordsrisikovurderinger ble problematisert. Han stiller seg kritisk til at det har gått 16 år før det endelig endres.

– Helsedirektoratet har fortsatt med å forvente treffsikre selvmordsrisikovurderinger, selv om de har kjent til at dette ikke lar seg gjøre, sier Aarre.

#### **HVORFOR GIKK DET GALT?**

Kristin Østlie har forsket på terapi med suicidale pasienter i flere år. Hun er klar på hvor det hele gikk galt.

– Det var måten den tidligere retningslinjen ble implementert på, som ble uheldig, sier Østlie.

Hun forteller at utpekte fagpersoner fikk opplæring i et standardisert undervisningsprogram, som skulle gjennomføres regelmessig ved alle helseforetak.

– Jeg tror dette førte til mer engstelige behandlere, sier Østlie.

Media og pårørendes forventninger til god behandling ble forskrudd av retningslinjene, noe som ble en påkjenning for behandlerne som hadde ansvar når pasienten tok sitt eget liv, ifølge Østlie.

– Når media gransket selvmordssaker, fant de ofte at retningslinjene var brutt. Helsemyndighetene beskrev det som lovbrudd. Det handlet nok om utilstrekkelige selvmordsrisikovurderinger. Mange behandlere opplevde nok det som frustrerende, tidkrevende og at det ikke var noe de gjorde for pasienten, men for å «holde ryggen fri».

### VAR IKKE MENINGEN

Det var ikke retningslinjene i seg selv, men måten de ble oppfattet og praktisert på, som førte til en sjekklstekultur blant behandlere, ifølge Helsedirektoratets seniorrådgiver Karin Irene Gravbrøt, som har ledet prosessen med den nye retningslinjen for selvmordsforebygging.

– Vi så på sjekklstekulturen som en uheldig praksis, sier hun.

På spørsmål om ikke Helsedirektoratet bærer et ansvar for dette, svarer Gravbrøt:

– Forsvarlighetskravet gjelder jo helsetjenestene, og disse retningslinjene er ikke juridisk bindende. De gamle retningslinjene ble forstått på en måte som gjorde at man lagde sjekklister på bakgrunn av statistiske risikofaktorer, sier Gravbrøt.

På spørsmål om hvorfor det gikk så mange år før dette ble korrigeret, til tross for at flere behandlere ytret kritikk, svarer Gravbrøt at Helsedirektoratet sendte ut brev i 2017 til de regionale helseforetakene hvor de tydeliggjorde at det ikke finnes sjekklister som kan predikere selvmordsrisiko.

### HAR FORSØKT Å KORRIGERE FEILOPPFATNINGER

Gravbrøt får støtte fra Fredrik Walby, leder av kartleggingssystemet for selvmord i Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF). De har begge vært med å lage de nye retningslinjene, og Walby og NSSF var sterkt involvert i de gamle retningslinjene som nå blir erstattet.

– NSSF er en viktig premisseleverandør.

– Det må man kunne si, sier Walby.

– Så hvilket ansvar bærer NSSF for at det endte opp slik det gjorde?

– Ansvar eller ikke, vi har forsøkt å korrigere oppfatningen om at man kan predikere selvmord på individnivå, i mange år. Når de forrige retningslinjene ble publisert i 2008, kunne ingen forutsi hvordan dette ville påvirke praksis. Jeg var allerede ute i 2009 og advarte mot prediksjonskulturen. Vi har forsøkt å dempe det. Og derfor er jeg veldig fornøyd med at vi kommer med nye retningslinjer, sier Walby.

Han påpeker at kunnskapen om at det ikke går an å predikere selvmord, er velkjent, og sto allerede i den gamle retningslinjen fra 2008. Walby har forsket på datamateriale som er samlet inn etter at de første nasjonale retningslinjene ble innført. Funnene peker klart i retning av at det ikke er mulig å predikere selvmord. Mange av dem som dør i selvmord, er blitt vurdert med lav selvmordsfare.

Dette er fordi det er den vanligste gruppen, og fordi det er vanskelig å predikere, rett og slett fordi selvmord er en sjelden hendelse, selv i høyri- »



**DEN KREVENDE PROSESSEN** ble styrt av Karin Irene Gravbrøt fra Helsedirektoratet. Nå, etter 16 år, er den nye retningslinjen for selvmordsforebygging endelig klar. Foto: Thomas Brun NTB





**FREDRIK WALBY** har lenge forsøkt å korrigere antakelsen om at selvmord kan predikeres på individnivå. Foto: Thomas Brun / NTB

sikogrupper. Derfor legger den nye retningslinjen mindre vekt på å predikere, sier han.

Samtidig kuttet ikke selvmordsrisikovurderingene helt. Det dreier seg om at pasientene i spesialisthelsetjenesten ofte kan være høyriskogrupper for selvmord, ifølge Walby.

– De har rater som er 50 ganger mer enn resten av befolkningen. Svært mange pasienter har selvmordstanker. Så det å ikke ha dette som tema i behandling eller inntakssamtale hadde vært helt merkelig. Samtidig må man passe på at man ikke forsøker å predikere noe man ikke kan predikere. Det viktigste er å sikre hjelp så pasientene kan komme seg ut av de suicidale krisene, sier han.

Walby minner om at kunnskapen om selvmord, særlig på hvilke tiltak som funker og ikke, er mangelfull.

– Det er et vanskelig fagfelt. Jeg tror hele feltet, og da inkluderer jeg oss, myndighetsorganer, klinikere og utdanningsinstitusjoner, har vært for lite flinke til å snakke om hvor vanskelig dette er. Hvor vanskelig det er å finne tiltak for selvmordsforebygging. Det er viktig å tema-

tisere fremover. Også fordi kunnskapsgrunnlaget vårt er veldig dårlig, sier han.

### ENGSTELIGE OG UERFARNE

I et høringssvar til Helsedirektoratet bekreftet Statens helsetilsyn at praksisen hadde vært til hinder:

«Vi merker oss at fokuset på selvmordsrisikovurderinger er fjernet, og synes det er klokt. Vår erfaring var at det ble fokusert for mye på individuelle risikovurderinger i de varslene vi mottok, på bekostning av den kliniske vurdering av pasientens tilstand og behandling av denne», skriver Statens helsetilsyn.

Det stiller Ewa Ness seg bak. Hun er spesialist i psykiatri, og seniorrådgiver i Statens helsetilsyn.

– For å gjøre noe med pasientens selvmordsfare må vi behandle den psykiske lidelsen. Vi må ha mer fokus på hva som feiler pasienten, og mindre av det rigide fokuset på risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer på individnivå. Det får vi nå, med en mer holistisk, dempet og mykere tilnærming, sier Ness.



Hun ledet også arbeidet med de forrige retningslinjene fra 2008, og jobbet da i Helsedirektoratet.

– Det sto aldri at man skulle gradere selvmordsfare fra lav til høy, og jeg vet ikke hvordan praksisen oppsto, men det gjorde det. På de fleste varslene vi fikk om dette i Statens helse-tilsyn, sto det at selvmordsfaren var lav, punktum. Det er for vagt, sier Ness.

Helsepersonell frykter å bli tatt av Statsforvalteren eller Statens helsetilsyn, ifølge Ness.

– Det gjelder ofte mellomledere. Ikke minst er det en frykt blant nyutdannede, fordi de ikke har fått opplæring. Dessuten vet de ofte ikke hvordan man skal skrive journaler om selvmordsrisiko. Det er uheldig både for helsepersonellet og pasienten, sier hun.

Ness påpeker at selvmord er alvorlige hendelser man er nødt til å lære av. Hendelser hvor man ikke bare kan peke på den som sitter med pasienten. Det hele er et kulturproblem, ifølge henne.

– Helsepersonell er redde for å gjøre feil, og ønsker ikke å gjøre feil. De blir redde for å spørre om selvmordsproblematikk, fordi de er redde for å sitte med ansvaret. Samtidig kan dette ofte være krevende pasienter å håndtere. Derfor må vi lage en kultur for å lære av sine feil, sier Ness.

På spørsmål om hvorfor ikke selvmordstallene har dalt siden 2008, svarer Ness at mye mer må til for å forebygge selvmord, som jo er en sjelden hendelse. Hun peker på sikring av broer, veier, og minske muligheten for å blant annet kjøpe Paracet.

Ness påpeker at halvparten av de som tar selvmord, har vært i kontakt med psykisk helsevern, men at to av tre har vært i kontakt med fastlegen, og at en tredel ikke har vært i kontakt med noen. Altså må sterkere lut til.

– Vi kan gjøre mye for å redusere det, men det er ikke så lett som å redusere trafikkdødsfall. Folk kan ha alle risikofaktorer og ikke ta livet av seg, og ha ingen og ta livet av seg, sier hun.

### MANGFOLD GJØR STERKERE

Østlie synes det er fint at den nye retningslinjen toner ned selvmordsrisikovurderingene, til fordel for et mer helhetlig syn på behandling.

– De nedtoner selvmordsrisikovurderingene og løfter det som har med samhandling og lokal tilpasning å gjøre. Det syns jeg er fint. Ambisjonen i den nye retningslinjen er heller ikke å

beskrive behandling av suicidalitet, fordi det er så mangfoldig, sier Østlie, og legger til:

– Likevel blir det spennende å se hvordan dette implementeres og praktiseres, fordi det virker som retningslinjene også er klare på at det skal gjøres selvmordsrisikovurderinger tidlig i utredningen, sier hun.

Aarre er også lettet over at den nye retningslinjen nå toner ned selvmordsrisikovurderingene og gradering av selvmordsfare fra lav til høy.

– Det er gledelig å se at de endelig innser dette. Den forrige veilederen var ikke bygget på troverdig kunnskap. Man har visst siden 1980-tallet at det er umulig å gjøre slike vurderinger som vi ble pålagt. Det er vi glade for at direktoratet nå tar innover seg, sier Aarre.

Han påpeker at det fortsatt vil være en viktig del av behandlingen å ta stilling til selvmordsfare, men at det helhetlige og dynamiske ved slike vurderinger nå får mer plass.

– Det er klart at vi er nødt til å forholde oss til selvmordsfare. Det gjør vi hele tiden, men det er fint at man senker forventninger for hva helsepersonellet skal klare, når det er og blir umulig å forutsi selvmord.

Walby hevder at det store engasjementet rundt selvmordsrisikovurderingene har gjort den nye retningslinjen bedre.

– Det er et gigantisk arbeid som har strukket seg over flere år. Og bare det å innarbeide over 50 gode og grundige høringssvar har gjort at den publiserte retningslinjen ser helt annerledes ut nå enn da. Engasjementet har gjort retningslinjen bedre, sier Walby. ✕

”

Behandlere ble mer opp-tatt av å ikke bli tatt for å gjøre feil enn å faktisk hjelpe

*Trond Aarre*

# Skyld og skam i nyliberalismens tid

I dagens samfunn er skamfølelsen mer tilgjengelig enn skyldfølelsen. Det kan bidra til økt psykologisk sårbarhet i kulturen.

**TEKST** Simen Marenius Ekelund, Sykehuset i Vestfold

**ILLUSTRASJON**  
Åshild Irgens

**KONTAKT**  
simenmarenius@gmail.com

**MERKNAD**  
Ingen oppgitte interessekonflikter

**I LIKHET MED** andre følelser kan skyldfølelsen ha både positive og negative konsekvenser for mennesker. Skyldfølelse har likevel visse unike prososiale kvaliteter som synes å være viktige i utviklingen av den enkeltes karakter og samfunnet for øvrig. Helt konkret kan den hjelpe oss å rette fokus utover mot andres behov og muligheter for reparasjon etter å ha gjort noe galt. I en mer eksistensiell forstand gjør skyldfølelsen oss oppmerksom på verdiene våre, og potensialet vårt til å strekke oss lenger mot disse verdiene. Mulighetene til å oppfylle dette potensialet kan forringes dersom individet blir mer sensitivt for skam enn skyld når det gjør feil. Skam får oss til å vende fokuset innover mot selvet og dets opplevde negative kvaliteter, og kan føre oss bort fra muligheter til å gjøre godt igjen overfor andre. Dette fagessayet vil utforske hvordan skam gradvis kan komme til å erstatte prososiale former for skyld, og hvordan det nyliberale, kapitalistiske paradigmet i moderne samfunn dyrker og tjener på denne utviklingen.

## SKYLDENS PROSOSIALE POTENSIAL

Vi kan tenke på skyldfølelsen som en konsekvens av vår evne til samvittighet og opplevelse av plikt til å gjøre godt igjen de små og store feilene vi uunngåelig gjør i livet (Carveth,

2013). Skyldfølelsen er en naturlig følge av at vi er tenkende, følende og handlende vesener med moralske mål og forventninger til oss selv.

Skyld, som andre følelser, bærer med seg et handlingselement: nemlig å reparere. Konkret kan skyld motivere oss til å si unnskyld, tilby forklaringer og gjøre godt igjen når vi gjør feil. Men skyldfølelsen har også en eksistensiell dimensjon. Skyldfølelse følger med å være et utilstrekkelig og feilbarlig menneske, kastet inn i en verden der vi hele tiden må foreta valg og aldri helt når våre egne idealer (Kierkegaard, 2013). Denne formen for skyld kan motivere oss til mer *symbolske* former for reparasjon, som å ta større ansvar for eget liv og hvordan vi påvirker verden rundt oss.

Psykoanalytikerens Melanie Klein (1948) mente at opplevelsen av skyld er formativ for barnets utvikling. Særlig gjelder dette overgangen fra det primitive *paranoid-schizoide* til det mer modne *depressive stadiet* hos småbarn. Fra å oppleve destruktivt raseri og paranoide inntrykk av forfølgelse overfor sine omsorgsfigurer når barnet blir frustrert, erkjenner det gradvis at disse vonde følelsene tilhører en selv. Det tar tilbake sine projeksjoner og opplever skyldfølelse knyttet til egne aggressive uttrykk overfor omsorgspersoner, og ønsker å reparere rela-



sjonen. Sentralt i dette er fremveksten av en prososial form for angst som leder mennesket til å søke å gjøre godt igjen – det Klein (1948) kalte *depressiv angst*. Winnicott (1971) omdøpte dette litt forvirrende uttrykket til det mer håpefulle «evne til omsorg».

Det er viktig å skille denne prososiale formen for skyld fra mer destruktive skyldprosesser. Psykoanalytikeren Donald Carveth (2013) skiller mellom såkalt *persekutorisk skyld*, som omhandler den formen for skyld som er angripende mot selvet, og den mer *nevrotiske skylden*, som leder til reparative handlinger. Persekutorisk skyld forekommer når vi «glipper» inn i den paranoide-schizoide posisjonen, og er altså utviklingsmessig en mer primitiv form for skyld. Selvskading i kjølvannet av et moralsk feiltrinn kan eksempelvis være en konsekvens av ekstrem persekutorisk skyld, der angrep mot ens egen kropp blir en slags substitusjon for reell reparasjon. En annen form for destruktiv skyld er såkalt *lånt skyld*, der vi føler skyld for andres feiltrinn, kanskje fordi det er enklere å tro at det er noe galt med en selv enn den man står nær som begikk feiltrinnet (Mitchell, 1981).

Mer moden og såkalt nevrotisk skyld forekommer i det depressive stadiet, og kjenneteg-

nes av en ubehagelig, men adekvat følelse av at man har gjort noe galt, og samtidig et ønske om å gjøre det godt igjen. Det er denne formen for skyld, korrekt plassert og følelsesmessig balansert, som er tekstens hovedanliggende.

#### SKAMMENS NARSISSISTISKE POTENSIAL

Skam kan forstås som et angrep på selvet (Carveth, 2013), en form for aggresjon rettet innover, etter en opplevelse av å ha skjemt seg ut og av at det er noe grunnleggende galt med en selv. Handlingselementet ved skam er å trekke seg tilbake, å gjemme seg, både sosialt og psykologisk. Skam var for noen år siden gjenstand for en lengre diskusjon i *Psykologtidsskriftet* (Gullestad, 2020; Hagen, 2021; Popovac, 2020; Stiegler, 2020). Denne diskusjonen omhandlet særlig hvorvidt følelsen er grunnleggende destruktiv, eller om den også har konstruktive dimensjoner, og det ble bragt frem flere perspektiver på dette – samt debattkulturen psykologer imellom (Svendsen, 2021).

Jeg mener at skam kan ha adaptive funksjoner, men at det eksisterer destruktive prosesser i skammen som i liten grad ble tematisert i debatten. I tillegg til å informere oss om atferd som ikke passer seg, kan skammen føre til at individet retter fokuset innover mot sitt



Skamfølelsen kan trekke oss inn i en passiv labyrint av negative tanker og følelser







Især har Markedet en interesse av å gjøre individet mer sårbart for narsissistisk skam enn prososial skyld

eget selv og dermed bort fra andres behov, noe Carveth (2013) beskriver som en narsissistisk skamdynamikk. Skamfølelsen kan trekke oss inn i en passiv labyrinth av negative tanker og følelser knyttet til vårt eget selv, fremfor å søke å «gjøre godt igjen» gjennom proaktiv skyld. Vi blir altså mer opptatt av å straffe oss selv gjennom selvkritikk, passivitet og andre former for selvdestruktivitet enn av å gjøre godt igjen. Slik kommer narsissistisk skam i veien for prososial skyld.

Det må understrekes at skam *i seg selv* ikke er narsissistisk, men det ligger et narsissistisk *potensial* i skam som er viktig å forstå. Skamfølelse er en sentral driver i narsissistisk personlighetsproblematikk (Morrison, 1989). De narsissistiske prosessene jeg her peker på, er likevel *allmenne*, altså hvordan vi alle på mer eller mindre hensiktsmessige måter regulerer selvfølelsen vår, og som kun i de ekstreme tilfellene antar personlighetsforstyrrede former (Pincus & Lukowitsky, 2009). Beskrivelsen av narsissistisk skam (Carveth, 2013) resonnerer med hvordan psykoanalytiker Julia Kristeva (1994) beskriver narsissistisk depresjon, der «tristheten egentlig (er) det eneste objektet: den er, mer presist, en objekterstatning som den deprimerte knytter seg til, blir fortrolig med og holder av, i mangel av noe annet» (s. 28).

Den formen for narsissisme jeg tematiserer her, er altså ikke den grandiose formen som ofte assosieres med begrepet, men heller den sårbare (Pincus & Lukowitsky, 2009) eller negative (Kristeva, 1994) formen der selvfølelsen reguleres gjennom et kritisk, nesten selvutslettende, men likevel intenst selv-rettet fokus. Det er dette intense selv-fokuset ved skam som kan komme i veien for å oppleve prososial skyld og muligheter for reparative handlinger, konkrete så vel som symbolske (Carveth, 2013).

#### KULTURENS SAMSPILL MED SKYLD OG SKAM

Filosofen Dany-Robert Dufour (2007) har beskrevet hvordan evnen til å oppleve prososial skyld er tett sammenbundet med vår relasjon til et større kulturelt og ideologisk rammeverk, det han kaller *den Andre*. Den Andre – det være seg religion, ideologi eller mindre eksplisitte bevegelser i samfunnet – betinger visse former for *subjekter* med tilgang på ulike psykologiske opplevelser. Det vil si at våre kognitive, emosjonelle og atferdsmessige prosesser påvirkes og formes ut fra relasjonen til noe større enn oss selv i kulturen vi befinner oss i.

I moderne vestlige samfunn kan det se ut som om vi har «mistet» den Andre: Det eksisterer ikke lenger entydige narrativer som vi kollektivt forholder oss til som større enn oss selv, og som strukturerer vår opplevelsesverden. Dette er selvfølgelig et ekko av Nietzsches erklæring om Guds forfall – «og vi har drept ham». Resultatet er ifølge Dufour et *postmoderne subjekt*, et subjekt uten klare grenser som kun defineres i relasjon til sitt eget selv og de flyktige trendene som kommer til å påvirke dette selvet.

Ole Jacob Madsen (2017) beskriver dette som samtidens «autoritetsproblem». Han viser til Henrik Jensens (2006) begrep om «det faderløse samfunnet» for å fange tapet av den vertikale og hierarkiske strukturen i samfunnet. Denne strukturen kan tenkes å være nødvendig for å danne en kollektiv følelse av plikt i samfunnet. Det vil si: noen ting gjør vi fordi det er riktig å gjøre, ikke fordi det leder til personlig behag eller gevinst. Det er denne kollektive «pliktetikken», mer eller mindre eksplisitt formulert, som hjelper oss å komme i kontakt med den prososiale skyldfølelsen. Uten en følelse av plikt er det vanskelig å føle adekvat skyld fordi «man har jo ikke gjort noe galt». Carveth (2013) kaller det en *de-morali-*

sering av samfunnet, som i sin tur leder til en *demoralisering* av befolkningen.

Like viktig som tilstedeværelsen av den Andre er muligheten for å opponere mot denne. Å reagere på og søke å forandre den Andre må forstås som en naturlig og sunn prosess, lik den barn og unge opplever i relasjon til sine omsorgspersoner. Prosjeksjon av aggresjon mot foreldre og det å ta tilbake disse projeksjonene er sentralt for utviklingen av prososial skyld (Klein, 1948). Derfor kan det kulturelle fraværet av den Andre og dermed fraværet av muligheten til å opponere mot en tydelig ytre struktur forstås som et problem. Hannah Arendt (1970) beskrev et slikt samfunn som *byråkratisk*: «I et fullkomment byråkrati er det ikke lenger noen å argumentere med, ingen man kan formidle sine klagemål til, som man kan presse sin makt mot» (s. 81, min oversettelse). Slik dannes ikke det nødvendige grunnlaget for skyld, og aggresjonen internaliseres heller i form av skam (Carveth, 2013) eller eksterneres i form av angrep på andre (Arendt, 1970), noe som kan forklare viktige strømninger i nåtidens kultur.

Dufour (2007) mener altså at dagens postmoderne subjekt kjennetegnes av en frittflytende og formbar karakter som er usikre på sine egne rammer og dypt opptatt av sitt eget selv. Uten relasjonen til den Andre er vi mindre i stand til å bære den prososiale skylden, og vi blir mer sårbare for narsissistisk skam. To forhold kan forklare dette.

### 1: Markedet som en pseudo-Andre

Det nærmeste vi kommer en beskrivelse av «den moderne ideologien» i Vesten er kanskje *nyliberalisme* – en politisk-økonomisk modell med utgangspunkt i fri handel og privat eiendomsrett, som i sin tur formidler et budskap om den enkeltes frihet til å definere seg selv (Madsen, 2017). Madsen refererer til sosiologen Thomas Lemke (2001), som hevder at nyliberalismen innebærer at det blir «markedet som tjener som det organiserende prinsippet for staten og for samfunnet» (Madsen, 2017, s. 135).

Dufour (2007) argumenterer for at nettopp *Markedet* opptar plassen den Andre tidligere har hatt i samfunnet. Med andre ord synes Markedet, som en «større størrelse», å forme våre følelser, forståelsesmåter og handlinger, og således skape en spesifikk form for subjekt. Markedet og nyliberalismen driver oss til å bli *selv-refererende*, altså mer opptatt av vårt eget

selv og hvordan andre opplever det, enn andres behov og vår relasjon til dem. Til det er Markedet utstyrt med flere mektige instrumenter: reklameindustrien, sosiale medier, influensere, algoritmer og så videre. Resultatet er det som også har blitt kalt en narsissistisk kultur (Lasch, 2018) eller en narsissistisk epidemi (Twenge & Campbell, 2010).

Især har Markedet en interesse av å gjøre individet mer sårbart for narsissistisk skam enn prososial skyld. Markedet tjener på å overbevise oss om at vi ikke har, ikke *er*, nok – i alle fall ikke ennå, men vi *kan* bli det hvis vi bruker penger, tid og oppmerksomhet på markedets produkter. Feilen eller mangelen ligger *inne i oss selv* og kan *fikses* gjennom konsum (Madsen, 2017). Slik fører Markedet til det Marx kalte *varefetisjisme*, der vi tilskriver varer og objekter en verdi de i utgangspunktet ikke har – i dette tilfellet reduksjon av skam og økning av selvfølelse – men som oppstår i interaksjon mellom varen og konteksten rundt det. Marcuse (1964) kaller dette «falske behov», det vil si behov vi er påført av kapitalismen, og som tildekker våre egentlige behov. Slike falske behov blir selvfølgelig aldri tilfredsstillende – i så fall stopper jo konsumet! Skam, i form av aggresjon vendt innover, blir altså en slags drivkraft som forsterker slike falske behov, der vi blir mer opptatt av å fikse og forbedre vårt skambelagte selv enn å engasjere oss i reparative handlinger overfor andre mennesker og samfunnet vi lever i (Carveth, 2013).

Markedet tjener med andre ord mindre på kritiske subjekter som er i kontakt med en større pliktetik, og som er mer opptatt av ikke-materielle temaer rundt hva som er *sant*, og hva som er *riktig* fremfor hva som *føles godt* (Dufour, 2007). Vi kan omtale Markedet som en *pseudo-Andre* fordi den ikke utvider vår opplevelsesverden til noe mer – noe *større* – enn de umiddelbare behovene våre. Markedet tilbyr i stedet distraksjoner, imitasjoner og simuleringer i form av applikasjoner, film og spill som kan gjøre oss mindre oppmerksomme på livets grunnleggende spørsmål om moral og ansvar. Dette fører oss til det neste forholdet som gjør narsissistisk skam mer nærliggende enn prososial skyld.

### 2: Tap av symboliseringsevne

Dufour (2007) mener at vår evne til *symbolisering* er tett bundet opp til vår relasjon til den Andre. Med symbolisering forstås her evnen





... de nye lenkene som binder oss nå er skjult bak reklamer, algoritmer og skjermer

til å mentalt representere eller utvide fenomener på et nivå som gjør det mulig å forstå og bearbeide dem (Enckell, 2010). Språk, kunst og lek er eksempler på dette (Winnicott, 1971), og det vi omtaler som mentalisering, er en form for symbolisering i interpersonlige sammenhenger (Karterud et al., 2021). Terapi handler ofte om å hjelpe mennesker til nettopp å symbolisere opplevelser på en mer hensiktsmessig måte.

Dufour (2007) beskriver det narsissistiske elementet i skam som behovet for å få umiddelbart utløp og «tilfredsstillelse» gjennom å straffe selvet (Carveth, 2013). Han mener at dette er en relativt primitiv og lite symboliserende prosess som skiller seg fra de mer krevende symboliseringsprosesser som danner grunnlag for prososial skyld. Symbolisering i forbindelse med skyld innebærer blant annet å utsette «løsningen» på smerten til man faktisk kan reparere feiltrinnet, samt å knytte handlinger opp mot mer abstrakte størrelser som verdier, etikk og ansvar.

Det er i Markedets interesse å redusere evnen til symbolisering, på samme måte som det tjener på å øke vår selvopptatthet. Symbolisering må forstås som en frigjøring fra det materielle og konkrete. Følger vi ideen til Marx om varefetisjisme, kan vi tenke at jo høyere grad av symboliseringsevne i befolkningen, jo mindre er behovet for varer og produkter. Jo dårligere symboliseringsevne, jo lettere forsyner Markedet oss med falske behov (Marcuse, 1964). Det er nettopp evnen til symbolisering som kan gjøre individet kreativt og kritisk, og i stand til opposisjon mot det gitte. Jeg vil også argumentere for at den teknologiske utviklingen bidrar til at symboliseringsevnen vår utflagges fra psyken til ytre medium, som sammen med en kultur preget av lite kognitivt utfordrende underholdning gjør oss i større grad til passive konsumenter enn til kreative tenkere. Kunstig intelligens (KI) kan kanskje sies å være «siste skrik» i denne trenden.

#### VEIER VIDERE

Det kan være vanskelig å se for seg legitime alternativer til situasjonen vi befinner oss i. Finnes det eksempelvis mer adekvate Andre enn dagens nyliberalistiske Marked som kan gjøre den prososiale skylden mer tilgjengelig enn narsissistisk skam? Dufour (2007) er lite optimistisk. Alternativer som monoteis-

tiske religioner, det kommunistiske prosjektet eller nasjonalstaten har sine klare begrensninger – slik både fortiden og nåtiden viser oss (Dufour, 2007). Vi kan også spørre oss selv om den Andres tid er forbi for godt, og hvilke gevinster vi sitter igjen med. Relasjonen til den Andre har kanskje veiledet oss, men også veiledet oss grovt når det gjelder vårt forhold til moral, skyld og skam gjennom historien. Er en mer selvrettet og mindre symboltung kultur en pris vi er villig til å betale for å bryte relasjonen med den Andre? Advokater for nyliberalismen vil hevde at vi er mer «fri», men de nye lenkene som binder oss nå er skjult bak reklamer, algoritmer og skjermer.

*Naturen* – altså en størrelse knyttet til klima, økologi og arts mangfold – er kanskje det nærmeste vi kommer en hensiktsmessig Andre-kandidat i moderne samfunn. Vårt forhold til Naturen som noe større enn oss selv, noe vi kan måle oss selv opp mot, bærer med seg blant annet en reell skyldfølelse som følge av at vi utnytter og ødelegger av den. Men heller ikke Naturen som Andre er uproblematisk, ifølge Dufour (2007), som mener at den har blitt mer et verktøy for andre narrativer enn en selvstendig Andre. Et moderne eksempel på dette er det vi typisk kaller grønnvasking, som jo nettopp gjøres for å opprettholde markedsverdien til bedrifter og organisasjoner. På denne måten «sluker» Markedet verdier forbundet med Naturen rått. Markedet evner også å distrahere oss fra den prososiale skylden vi burde følt for klimakrisen, med de nyeste varene som kan øke selvfølelsen vår en stakket stund, fremfor å gjøre det kompliserte arbeidet det er å inngå i et mer ansvarlig forhold til Naturen.

Med økende kunnskap om konsekvensene menneskelig aktivitet har for klima og arts mangfold – eller mer kynisk: jo nærmere disse konsekvensene kommer den vestlige verdens dørterskel – kan kanskje Natur utkrystallisere seg som en reell Andre. Da kan vi muligens se en fremvekst av andre samfunnsverdier, verdier som nedvekst (Saito, 2023), som tar hensyn til Naturens begrensninger. Og kanskje vil det gi spillerom for mer adaptive individuelle verdier forbundet med aksept for ens egne begrensninger og et fokus på ansvar og moral fremfor selvets salgsverdi. I et slikt samfunn kan det være håp for at den prososiale skylden overvinnes skammens fokus mot selvet. ✕



## REFERANSER

- Arendt, H. (1970). *On Violence*. Harcourt Brace Jovanovich Publishers.
- Carveth, D. (2013). *The Still Small Voice: Psychoanalytic Reflections on Guilt and Conscience*. Karnac.
- Dufour, D.R. (2007). *The Art of Shrinking Heads*. Polity Press.
- Enckell, H. (2010). Reflection in psychoanalysis: On symbols and metaphors. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(5), 1093–1114. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2010.00320.x>
- Gullestad, S. (2020). Blikket utenfra. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(6), 435–439. <https://psykologtidsskriftet.no/fagessay/2020/06/blikket-utenfra>
- Hagen, A.H. V. (2021). Skammens plass i terapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(2), 138–139. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2021/02/skammens-plass-i-terapi>
- Jensen, H. (2006). *Det faderløse samfund*. People's Press.
- Karterud, S., Folmo, E. & Kongerslev, M.T. (2021). *Mentaliseringsbasert terapi*. Gyldendal.
- Kierkegaard, S. (2013). *The Concept of Anxiety*. Princeton University Press.
- Klein, M. (1948). A contribution to the theory of anxiety and guilt. *International Journal of Psychoanalysis*, 29, 114–123.
- Kristeva, J. (1994). *Svart sol: melankoli og depresjon*. Pax.
- Lasch, C. (2018). *The Culture of Narcissism*. WW Norton co.
- Lemke, T. (2001). «The Birth of Bio-Politics» – Michel Foucault's lecture at the Collège de France on neo-liberal governmentality. *Economy & Society*, 30(2), 190–207. <https://doi.org/10.22439/fs.v0i7.2640>
- Madsen, O.J. (2017). *Den terapeutiske kultur*. Universitetsforlaget.
- Marcuse, H. (1964). *One-Dimensional Man*. Routledge
- Mitchell, S.A. (1981). The origin and nature of the «Object» in the theories of Klein and Fairbairn. *Contemporary Psychoanalysis*, 17(3), 374–398. <https://doi.org/10.1080/00107530.1981.10745670>
- Morrison, A.P. (1989). *Shame: The Underside of Narcissism*. Routledge.
- Pincus, A.L. & Lukowitsky, M.R. (2009). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 421–446. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131215>
- Popovac, Z. (2020). Skam revidert. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(8), 593–596. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/08/skam-revidert>
- Saito, K. (2023). *Marx in the Anthropocene – Towards the Idea of Degrowth Communism*. SD Books.
- Stiegler, J.R. (2020). Savner akademisk ydmykhet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(12), 911–912. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/12/savner-akademisk-ydmykhet>
- Svensden, I.-M. (2021). Skamdebatt av sporet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(1), 56. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2021/01/skamdebatt-av-spolet>
- Twenge, J.M. & Campbell, W.K. (2010). *The Narcissism Epidemic: Living in the Age of Entitlement*. Atria Books.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*. Routledge.

# Grupper for ungdom med autismspekterdiagnose

Første gjennomføring av et nytt gruppetilbud på Nic Waal gav verdifulle erfaringer.

**TEKST** Emil V. Mogård, Moment organisasjon og ledelse AS, tidl. Nic Waals Institutt, Charlotte Egeland og Ida Skjeseth Skomedal, Oslo Pedagogisk-psykologisk tjeneste.

**KONTAKT**  
mogaard92@gmail.com

**MERKNAD**  
Ingen oppgitte interessekonflikter

«**Å HA AUTISME** føles noen ganger som å være på en annen radiofrekvens. Mens alle andre lytter til DAB og norsk pop, tar jeg inn misjonsradio og cubansk propaganda fra AM-nettet.» Ordene tilhører en tenåring med autismspekterdiagnose (ASD). Slike beskrivelser fanger viktige nyanser i hvor ulikt det er mulig å erfare omgivelsene, og er verdifulle perspektiver inn i vårt kliniske arbeid. Pasientgruppen henvises ofte først til Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) for utredning. Samtidig er flere av dem allerede i kontakt med Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) på grunn av utfordringer i skolen. De siste årene har stadig flere barn og unge blitt henvist til utredning på grunn av mistanke om ASD. For å møte denne økningen har det derfor vært nødvendig å sikre gode, forutsigbare forløp i BUP.

Da EVM begynte å arbeide med autismspekterdiagnose som psykolog på ungdomsseksjonen på Barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon (BUP) ved Nic Waals Institutt (NWI) i Oslo, var erfaringen først og fremst at tilbudet var skjørt. Så snart diagnosen var satt, var rammene uklare med tanke på videre forløp. Hvilket oppfølgingstilbud som eksisterte utenfor BUP, var helt avhengig av hvilken bydel ungdommene sognet til. Generelt var det få tjenes-

ter som i tilstrekkelig grad kunne ta imot denne pasientgruppen og møte deres behov. Det ble derfor utfordrende å sikre forutsigbarhet på tvers av slike pasientforløp. Dette ble gjerne en belastning for pasienten, ansvarlig behandler og familien rundt. Ungdommene selv ønsket å treffe andre i samme situasjon. De foresatte var på sin side opptatt av hva instanser rundt dem kunne bidra med, altså hvilke rettigheter de hadde, støtteordninger som fantes, og kompetansemiljø de kunne henvende seg til. Flere familier uttrykte frustrasjon over å bli satt i sjakk matt i et system med omfattende ventelister, tidkrevende utredning og sviktende oppfølgingstilbud. Da ble det lett å føle seg veiløs og forvillet som forelder.

På bakgrunn av disse erfaringene har EVM, i samarbeid med spesialpedagog CH og psykolog ISS fra PPT, utviklet et eget gruppetilbud for ungdommer diagnostisert med ASD på NWI. Opplegget er inspirert av BUP Follo's satsing på nettopp slike grupper for en del år tilbake (Øverland & Zahl, 2021), men vi har utvidet og forankret gruppetilbudet i et samarbeid mellom NWI og PPT. I denne teksten skal vi se på bakgrunnen for utviklingen av tilbudet og hvorfor grupper kan være viktige bidrag inn i BUP, samt lignende gruppetilbud i BUP-er i Norge



**TILHØRIGHET** Grupper tilbyr mye vi vet er godt for den psykiske helsen, skriver forfatterne. Foto: yurolaitsalbert / Adobe Stock

vi kjenner til. Deretter skal vi beskrive tilbudet vi utviklet på NWI, og hvilke erfaringer vi høstet derfra.

#### **NYTTEN AV UNGDOMSGRUPPER FOR ASD**

Gruppetilbud kan gagne ungdommer på flere måter. Det kan gi en følelse av tilhørighet, økt innsikt i og mulighet til å håndtere eget strev og å erfare seg selv som en ressurs i gruppen. I en gruppe med trygge, forutsigbare rammer kan man lettere skape betydningsfulle relasjoner til andre. På sitt beste kan altså grupper tilby mye av det psykologiske ensemblet av faktorer vi vet er godt for den psykiske helsen.

På NWI har vi en rik tradisjon med gruppearbeid for ungdom og deres foreldre. Vi har Mentaliseringsbasert kurs, Tuning Into Teens, gruppe for tvangslidelser og gruppe for angstlidelser. I tillegg gjennomføres grupper for ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder) med fokus på Goal Management Training (GMT) denne våren. Vi opplever disse gruppene som nyttige i arbeid med ungdom og deres foreldre. Men for barn og unge diagnostisert med autisme er gruppetilbudet derimot skrint. Selv om NWI har hatt tradisjon for egne foreldregrupper hos de yngre barna med autismspekterdiagnose, har arbeidet med barn og ungdom

primært vært forbeholdt individuelle forløp. Det er viktig å bemerke at slett ikke alle ungdommer som får en slik diagnose, skal ha langvarig oppfølging i psykisk helsevern. Flere har riktignok sameksisterende psykiske lidelser som angst eller depresjon, som berettiger videre behandling, men mange har først og fremst behov for å styrke systemet rundt seg. Det er her vi tenker flere kunne nyttiggjort seg av et avgrenset oppfølgingstilbud med fokus på nettopp dette – et tjenestetilbud med psykoedukative elementer, erfaringsutveksling, sosial ferdighetstrening og relasjonsbygging. Grupper kan være en ressursbesparende og effektiv måte å sikre dette på.

#### **UTBREDELSE AV GRUPPER I NORGE**

I utvikling av gruppetilbudet har vi erfart at flere BUP-er i Norge er opptatt av å ha gode gruppetilbud. Samtidig fant vi i en uformell ringrunde til samtlige BUP-er (august 2023) at få hadde gruppetilbud spesifikt rettet mot barn eller ungdom diagnostisert med autisme. Noen legger all oppfølging og utredning av autisme over til habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU). BUP-ene som sogner til sykehuset i Telemark, henviser blant annet sine ASD-pasienter til Seksjon for autismspekterforstyrrel-

”

... de kan utforske seg selv og bli kjent med måter å håndtere eget strev på

»



Et sentralt mål med samlingene var å gi ungdommene mulighet til å bygge relasjoner

ser, men her finnes det ingen egne ungdomsgrupper. Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Nordlandssykehuset (BUPA) – sentralklinikk for hele fylket som har driftet et autismeteam i over 30 år – har heller ikke dette. Det er likevel noen få poliklinikker i landet som har aktive grupper for ungdom diagnostisert med autisme. Blant dem er BUP Molde, BUP Kristiansund, BUP Asker, BUP Gjøvik, BUP Elverum, BUP Lillehammer, BUP Sandnes, BUP Stavanger sentrum og BUP Follo. BUP Egersund planla oppstart av et slikt tilbud høsten 2023. Vi ser alt i alt et behov for mer kunnskap om hvordan vi kan utvikle slike gruppetilbud, og for erfaringer med å gjennomføre dem.

#### OM GRUPPETILBUDET OG VÅRE ERFARINGER

Som nevnt har vi forankret gruppetilbudet på NWI i et samarbeid med PPT. PPT har et eget fagteam for autismediagnosen som har opparbeidet seg omfattende kunnskap gjennom utallige møter med ungdom, familie og skolevesen. I utarbeidingen av gruppetilbudet har vi forent denne kunnskapen med vår erfaring fra poliklinisk arbeid.

Gruppeprogrammet på NWI omfatter hele familien. Dette er for å systematisk involvere foresatte i forløpet, men også for å ligge tett på vårt mandat om å ivareta pårørende, inkludert mindreårige søsken. Målet er å gi et helhetlig tilbud, med åtte samlinger for ungdom, to foreldresamlinger og én samling for søsken. Kongstanken er at ungdommene kan ha en psykoedukativ møteplass hvor de kan lære hvor ulikt autisme kan fortone seg, og hvor de kan utforske seg selv og bli kjent med måter å håndtere eget strev på.

I oppstarten av gruppen høsten 2023 ble det rekruttert ni deltakere. De var i aldersspennet 13 til 17 år. Kun én deltaker falt fra underveis. Ungdommene ble rekruttert gjennom forsamtaler, der motivasjon, modenhetsnivå og muligheten til å nyttiggjøre seg av gruppeformatet ble vurdert. Samtalene ble gjennomført av Egeland og Mogård. Ungdommer som ikke ble tatt opp i gruppen, fikk ordinær poliklinisk oppfølging av ansvarlig behandler. Foresatte til tenåringene som ikke deltok, fikk anledning til å følge programmets to foreldresamlinger. På denne måten fikk også de nyttiggjøre seg av erfaringene og ressursene som ligger hos andre foresatte, samt muligheten til å bygge nettverk på tvers av familier.

For å supplere selve gruppesamlingene ble det utarbeidet et arbeidshefte som fulgte de ulike gruppegangene, med syv forhåndsutvalgte temaer og ett valgfritt tema. Temaene var om *autisme*, *stress*, to ganger om *relasjoner*, *skole- og tilrettelegging*, *pubertet*, *tankefeller* og et *valgfritt tema*. I tillegg til oppgaverelaterte plenumsaktiviteter ble det i heftet lagt inn egenaktiviteter, for eksempel tegning, som skulle fungere avlastende/emosjonsregulerende for den enkelte. Underveis i gruppesamlingene ga vi ungdommen mulighet til å trekke seg tilbake på skjermede rom ved behov. Dette var frirom hvor de selv kunne engasjere seg i og styre egne aktiviteter.

#### RAMMENE FOR GRUPPETILBUDET

Oppstart av gruppetilbudet ved NWI var september 2023, og det ble avsluttet i slutten av november samme år. Det ble gjennomført ukentlige gruppemøter med ungdommene, med unntak av uker der det var ferie, eller der foresatte eller søsken hadde egne samlinger. Hver samling varte i halvannen time, og vekslet mellom faglige innlegg fra oss og samtaler under rundt bordet – med størst tyngde på sistnevnte. Her ble det gjerne spilt



ut ulike påstander eller autismerelaterte spørsmål som ungdommene så diskuterte i plenum. Disse diskusjonsrundene ble styrt ved hjelp av en «snakkeball» som ga tydelige rammer for hvem som til enhver tid hadde ordet. Dette fungerte overraskende effektivt. Hvis man ikke hadde noe å tilføye, kunne man bare gi ballen videre. Vi anvendte også andre digitale plattformer, som *Mentimeter*, hvor man kunne besvare spørsmål anonymt for å sikre full deltakelse. Vår erfaring var likevel at de fleste var aktive i de ordinære gruppemøtene.

Et sentralt mål med samlingene var å gi ungdommene mulighet til å bygge relasjoner, skape sosial tilhørighet og erfare seg selv som en ressurs i gruppen. Derfor ble det også lagt inn tid til ulike samspillsaktiviteter. Spesielt én stasjon kalt «samtalekort» ble populær blant flere. Her fikk ungdommene utdelt en rekke spørsmålskort i ulike forhåndsdefinerte kategorier om relevant tematikk knyttet til det å ha autisme, men også om generelle temaer som fritidsinteresser, verdier, fremtid, ungdomstiden og relasjoner. Denne aktiviteten gjennomførte ungdommene etter hvert i stor grad uten innblanding fra oss voksne, og den ble deretter en gjennomgående aktivitet i samtlige samlinger.

## SAMLINGENE

### Ungdommene

Første samling for ungdommene ble brukt til å gjennomgå formålet med gruppen, presentere deltakerne, lage regler og vise programmet for de ulike gruppesamlingene. Vår erfaring var at det ble viktig for gruppen å bruke spesielt god tid på å lage grupperegler, tydeliggjøre ønsker og forventninger og legge rammene for de resterende møtene. Det ble i første samling også brukt en del tid på å snakke om autisme, begrepsapparatet rundt diagnosen og hvordan forstå autisme gjennom ulike måter å sanse og tolke omgivelsene sine på.

Andre samling ble en gjennomgang av ulike måter å forstå hvordan stress kan fortone seg for noen med autismspekterdiagnose. Her ble blant annet «toleransevinduet» et sentralt pedagogisk verktøy. I denne samlingen brukte vi også tid på at ungdommene selv kunne kartlegge hvilke situasjoner som var stressende i hverdagen, samt dele erfaringer med hvordan de typisk håndterte disse situasjonene. Relatert til dette introduserte vi begrepet «maskering», som kort fortalt viser til å undertrykke egne naturlige tilbøyeligheter for en gitt reaksjon, slik at man ikke fremstår avvikende. Et eksempel på en slik kompenserende strategi kan være å tvinge seg selv til å ha øyekontakt, tross ubehaget det gir, eller smile som om alt er i orden, når man egentlig opplever stressende overstimulering av sansene.

Temaet relasjoner og det sosiale samspillet med andre erfarte vi som så viktig at det ble fordelt over to gruppesamlinger. Tredje og fjerde samling tok dermed for seg relasjoner til jevnaldrende, og hadde et styrt fokus mot kommunikasjon og sosial ferdighetstrening.

Femte samling tok for seg skole og tilrettelegging. Her var målet å bli bedre kjent med egne interesser rettet mot skole (fag, aktiviteter m.m.). Hensikten med dette var å motivere ungdommen selv, men også å fungere retningsgivende for lærere i arbeid med ungdom, hvor fravær er en utfordring. I tillegg var målet å kartlegge viktige støttespillere på skolen for hver enkelt ungdom, hva de kan hjelpe dem med, og hvordan ungdommen kan kontakte dem. I denne samlingen ga vi også generell informasjon om tilpasset opplæring og spesialundervisning. Fra tidligere »



De fleste uttrykte også at de følte seg mindre ensomme etter å ha deltatt i gruppen

erfaringer med ungdom generelt og ungdom med ASD var det like viktig for oss at denne kunnskapen nådde frem til de foresatte. Dette var for å øke sannsynligheten for at ungdommen faktisk søkte og fikk den tilretteleggingen de har krav på.

Sjette samling tok for seg puberteten og voksenliv. Tema som var sentrale i denne samlingen, omfattet blant annet kropp, seksualitet, samtykke og uskrevne og skrevne regler.

Syvende samling handlet om ulike tankefeller vi alle kan gå i, også ungdommer med autismspekterdiagnose. Vi så på hvordan slike fastlåste tankemønstre kan bidra til å opprettholde angst, som en del ungdommer med denne diagnosen typisk strever med.

Åttende og siste samling ble skreddersydd etter ungdommenes egne ønsker, og ble bestemt i syvende samling. Her åpnes det opp for at tidligere temaer kan gjennomgås på nytt, eller at nye kan tas inn. Det ble satt av mer tid til sosial aktivitet, med blant annet selvvalgte aktiviteter som brettspill eller bruk av de allerede nevnte samtalekortene.

#### Søskensamling

Vår erfaring er ofte at hele samspillet i familien til ungdom diagnostisert med autisme har blitt vanskelig lenge før de kommer til BUP. Derfor ga vi også ungdommenes søsken anledning til å gå i en egen gruppe. Det ble satt av én samling til dette. Her ga vi søsknene mulighet til å ta opp ulike problemstillinger ved det å være pårørende. Vi besluttet en nedre grense på 10 år for deltakelse, og søsken ble rekruttert ved hjelp av foresatte. Aldersspennet på søsknene som deltok, var mellom 11 og 28 år. Vi delte derfor gruppen i to, slik at vi kunne skreddersy et mer aldersadekvat psykoedukativt opplegg. Vi erfarte at tematikken som ble løftet frem i erfaringsutvekslingen, var nyttig og gjenkjennbar for flere.

#### Foreldresamling

Det ble lagt opp til to foreldresamlinger. Første møte ble gjennomført før oppstart av gruppesamling med ungdommene, og det andre møtet midtveis. Dette var for å sikre at vi kunne besvare spørsmål foresatte ønsket å stille uten ungdommen til stede. Vi kunne også ta høyde for ny informasjon som kom frem, og som vi ikke hadde plukket opp i forsamlingen med ungdommen og deres familier. Midtveissamlingen ga oss mulighet for å gjøre justeringer hvis dette var nødvendig.

Hovedfokuset for samlingene var erfaringsutveksling mellom foreldrene. Fra tidligere klinisk praksis har vi erfart at slike samtaler i foreldregrupper oppleves som svært verdifulle. I de to møtene på NWI var et overordnet fokus psykoedukasjon om autisme og aktuelle kjernevaner, hvordan disse typisk spiller seg ut, og hensiktsmessige måter å møte disse vanskene på. I første samling la vi vekt på informasjon om støtteordninger, kompetansemiljø og rettighetene deres. Andre samling dreide seg om stress og stresshåndtering, ulike foreldrestiler som kan bidra til å fremme eller redusere stress, og temaet søsken som pårørende.

#### TILBAKEMELDINGER

De første tilbakemeldingene fra ungdommene og foresatte har vært særs positive. Foresatte har i evalueringen av programmet oppgitt at de selv ønsker et utvidet gruppetilbud, nettopp for å fortsette denne verdifulle erfaringsutvekslingen på tvers av familier. Da de ble bedt om å vurdere hvilke tema de gjerne skulle hatt mer om, var de fleste samstemte om

stress og stresshåndtering. Et annet mål med gruppetilbudet har nettopp vært å bringe familier i like situasjoner nærmere hverandre, og utnytte de ressursene som eksisterer i gruppen. I denne aktuelle foreldregruppen tok de foresatte initiativ til at ungdommene kunne holde kontakten, og fasiliterte videre gruppemøter for dem utenfor NWI.

Ungdommene selv har i sin evaluering oppgitt at de har likt seg godt i gruppen, og at den hadde passe størrelse. De fleste uttrykte også at de følte seg mindre ensomme etter å ha deltatt i gruppen.

### AVSLUTTENDE KOMMENTARER

Gruppetilbudet på NWI rettet mot ungdom diagnostisert med autisme og deres familier ble utviklet på bakgrunn av det vi erfarte som en særs reell etterspørsel. Hensikten med tilbudet var å sikre et mer likeverdig tilbud ved å unngå at kvaliteten på videre oppfølging ble priggitt hvilken bydel ungdommen sognet til – og kapasiteten til den enkelte behandler. Vi ønsket også å bidra til et enda mer forutsigbart forløp for en pasientgruppe som kan ha spesielt behov for nettopp dette. Til slutt ble gruppeformatet i seg selv vurdert å være en ressursbesparende aktivitet.

NWI planlegger å fortsette å tilby disse ungdomsgruppene i 2024. Vi har hatt gode erfaringer, og ser at behovet er stort, gitt det økte henvisningstrykket. Gjennom høsten 2023 har vi erfart at grupper kan være en arena for gode relasjonelle aktiviteter. Ved i tillegg å fokusere på foreldrene kan de styrke og bedre benytte seg av sine ressurser, og bygge relasjoner på tvers av familier. Dette kan gi større trygghet til og styrke forløpets forutsigbarhet for pasienten, deres familier og ansvarlig behandler på klinikken.

Fremover skal vi fortsette å bygge på gruppetilbudet vi har utviklet på NWI. Vi oppfordrer andre BUP-er som ønsker å styrke sitt autismitilbud, om å vurdere et slikt semesterbasert gruppeformat. Vi deler gladelig av informasjonsmateriell og våre erfaringer ut over det som er oppgitt i artikkelen. Som nevnt innledningsvis har enkelte BUP-er allerede eksisterende gruppetilbud for ungdom diagnostisert med autisme. Forhåpentligvis kan vi med tiden utveksle kunnskap på tvers av klinikker, revidere og kvalitetssikre oppfølgingen. Slik kan vi sammen ruste opp det polikliniske tilbudet til pasientgruppen. ✕

### REFERANSER

Øverland, E. & Zahl, E. (2021). Gruppetilbud til unge med autismspekterforstyrrelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(5), 362–367. <https://psykologtidsskriftet.no/fagesay/2021/05/gruppetilbud-til-unge-med-autismspekterforstyrrelse>

## ORIGINALARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2024 VOL. 61 NR. 5 S. 306-314 DOI: <https://doi.org/10.52734/DJXJ1891>

# Norskfødte med innvandrereforeldres erfaringer i psykologisk behandling: en kvalitativ studie

Vivian Ngo<sup>1</sup>, Anders Gjøs Løkkeberg<sup>2</sup> og Aslak Hjeltnes<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Akershus universitetssykehus  
<sup>2</sup> Skeiv Verden, Oslo  
<sup>3</sup> Institutt for klinisk psykologi, Psykologisk Fakultet, Universitetet i Bergen

**KONTAKT** anders.lokkeberg@gmail.com

**MERKNAD**

VN og AGL har bidratt likt i arbeidet med artikkelen. Ingen oppgitte interessekonflikter.

**FAGFELLEVDERT**

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Det har vært økt søkelys på minoritetsperspektiver og kulturelle faktorer i psykologisk behandling de siste årene. Målet med studien var å undersøke norskfødte med innvandrereforeldres erfaringer med psykoterapi, for å utforske mulige utfordringer ved å motta psykisk helsehjelp. **Metode:** Vi gjennomførte semistrukturerte intervjuer med 13 informanter som hadde flerkulturell bakgrunn og hadde gått til psykoterapi. Transkripsjoner ble analysert ved hjelp av hermeneutisk-fenomenologisk tematisk analyse.

**Resultater:** Vi identifiserte tre temaer: 1) «Hva vet de om å leve mellom to kulturer?», 2) Når terapeuten bommer, og 3) Å søke hjelp når psykologisk behandling er et stigma. **Konklusjon:** Våre funn tyder på at norskfødte med innvandrereforeldre har flere unike opplevelser som kan være sentrale i et terapiforløp. Flere studier er nødvendig for å kartlegge betydningen disse erfaringene har i psykoterapi, og hvordan terapeuter best kan møte erfaringene.

**Nøkkelord:** multikulturell, etnisk minoritet, psykoterapi, flerkulturell kompetanse, allianse



Hvordan beskriver norskfødte med innvandrere foreldre egne erfaringer med å gå i psykologisk behandling? De siste årene har forskere og klinikere blitt opptatt av kultursensitive tilnærminger i psykologisk behandling (Hall et al., 2016; Huey & Polo, 2008). Etter politidrapet på George Floyd den 25. mai 2020 i USA økte omtalen av rasisme drastisk i norske medier (Retriever, 2020). Norsk psykologforening stilte seg også bak mobiliseringen mot rasisme og diskriminering, og oppfordret til endring av norske psykologtjenester: mer kunnskap om kultur, mer kultursensitivitet, mer aktiv anti-diskriminering (Skard, 2020). Samtidig foreligger det lite internasjonal forskning på etterkommere av innvandrere i psykologisk behandling, til tross for at mye tyder på at de kan ha erfaringer som er særegne for dem (Salole, 2013). I artikkelen her rapporterer vi funn fra en kvalitativ studie av hvilke erfaringer og utfordringer norskfødte med innvandrere foreldre beskriver i psykologisk behandling.

Offentlige utredninger tyder på at norskfødte med innvandrere foreldre har høyere forekomst av psykiske helseplager enn befolkningen generelt (Dalgard, 2018). Tidligere studier beskriver høyere forekomst av depressive symptomer, emosjonelle symptomer, psykisk stress, atferdsvansker og utfordringer med jevnaldrende (Abebe et al., 2014). Vi kjenner ikke til at det finnes effektstudier på kulturelt tilpasset behandling med norskfødte med innvandrere foreldre. Internasjonale metaanalyser tyder på at ikke-europeiske amerikanere har større utbytte av kulturelt tilpasset psykologisk behandling (Hall et al., 2016). Flere individuelle effektstudier har ikke etablert denne sammenhengen (Huey & Polo, 2008) og mange studier er preget av små utvalg, ulike behandlingsformer, eurosentriske mål på bedring og ikke-representative utvalg (Hall et al., 2016).

Forskningen på kulturelt tilpassede behandlingsformer tar gjerne utgangspunkt i at terapeuten har tilhørighet til majoritetsbefolkningen, mens klienten tilhører en minoritetsgruppe, slik at terapeuten har en mer privilegert sosial posisjon enn klienten i samfunnet de lever i (Fors, 2018). Fors beskriver at relasjonen der en terapeut har større sosiale privilegier enn klienten kan være preget av mistolkninger fra terapeuten side, både at betydningen av klientens minoritetsbakgrunn tillegges for mye og for lite vekt, og at terapeuten kan reprodusere sin egen relative maktposisjon i terapien. Dersom en klient med kulturell minoritetstilhørighet opplever sin kultur forminsket, nedverdiggjort eller umyndiggjort i møte med helsepersonell med majoritetstilhørighet, argumenterer Richardson (2010) for at helsetjenesten er kulturelt utrygg.

En norsk rapport fra 2020 (Prøitz et al., 2020) fant at personer med innvandrerbakgrunn kan oppleve uintenderte ekskluderinger fra helsepersonell. Rapporten skiller ikke mellom opplevelsene til innvandrere og etterkommere av innvandrere, men utvalget i rapporten hadde overvekt av norskfødte med innvandrere foreldre (9 av 15). Ramsden (2002) argumenterer for betydningen av at klientens opplevelse av helse-tjenesten avgjør om tjenesten er kulturelt trygg eller ikke. Det er derfor viktig å studere klienters opplevelser av behandlingen de mottar.

Formålet med denne studien var å gjennomføre en eksplorerende kvalitativ studie, for å utforske barn av innvandrere foreldre sine erfaringer med å gå i psykologisk behandling i Norge. For å få mer kunnskap om psykologisk behandling rettet mot norskfødte med innvandrere foreldre utforsket vi følgende forsknings-spørsmål: Hvilke utfordringer opplever norskfødte med innvandrere foreldre knyttet til deres flerkulturelle bakgrunn når de går i psykologisk behandling?

## Metode

### Metodisk tilnærming

Vi gjennomførte semistrukturerte dybdeintervjuer, som vi analyserte med en hermeneutisk-fenomenologisk tematisk analyse (Binder et al., 2012; Braun & Clarke, 2006). Tilnærmingen innebærer å balansere utforskningen av informantens livserfaringer, fenomenologi, og våre tolkninger av og refleksjoner rundt disse erfaringene, hermeneutikk (Binder et al., 2012). Vi har kontinuerlig søkt å være bevisst våre forforståelser og hvordan de har påvirket oss i møte med informantene. Vi vekslet derfor mellom å utforske informantens beskrivelser av hvordan de opplevde å gå i psykologisk behandling som norskfødt med innvandrere foreldre, og å reflektere over hvordan vi selv fortolket beskrivelsene.

### Setting

Studien ble gjennomført som del av en hovedoppgave ved Universitetet i Bergen. Av 13 intervjuer ble 10 gjennomført via Microsoft Teams og 3 via telefon. Intervjuene ble gjennomført av førsteforfatterne oktober 2020–januar 2021. Intervjuene varte fra 42 minutter til 1 time og 40 minutter, med et gjennomsnitt på 1 time og 8 minutter.

### Rekruttering

Inklusjonskriteriene var: 1) Informanten er mellom 18 og 39 år, 2) ble født i Norge eller kom til Norge før barneskolealder og har vokst opp i Norge, 3) har foreldre som er født utenfor Nord- og Vest-Europa,

og 4) har tidligere vært i psykologisk behandling. Vi ekskluderte informanter som var under psykologisk behandling for alvorlige psykiske lidelser eller ruslidelser.

Det var et strategisk utvalg, som også var selvselektert siden informantene selv meldte sin interesse for å delta i studien. Vi rekrutterte gjennom deling av et informasjonsskriv på AL og VN sine sosiale medierprofiler (Facebook og Instagram), på varierte Facebook-grupper, og ved å kontakte personer, behandlingssteder og organisasjoner som kunne tenkes å være i kontakt med norskfødte med innvandrerforeldre. Det var totalt 24 personer som meldte sin interesse. Vi valgte ut deltakere for å få et bredt utvalg med kjønnsbalanse, aldersspenn og tilknytning til forskjellige etnisiteter og kulturer.

### Utvalg

13 personer ble intervjuet. Ni av disse identifiserte seg som kvinne, og fire identifiserte seg som mann. Informantene var mellom 19 og 33 år ved tidspunktet for intervju, med gjennomsnittsalder på 25,7 år. De hadde tilknytning til følgende områder: Øst-Europa, Øst- og Vest-Afrika, Vest- (Midtøsten), Sør-, Øst- og Sørøst-Asia. Foreldrene til informantene kom til Norge mellom år 1970–2000. Vi hentet ikke systematisk inn informasjon om terapeutene, men det fremsto som at de fleste terapeutene som ble nevnt, var etnisk norske.

### Intervjuer

Vi utformet en semistrukturert intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2009). Intervjuguiden bestod av ni åpne spørsmål om informantenes opplevelser delt etter tre tema: 1) å starte i terapi, 2) i terapirommet, 3) med familie og venner når informanten mottok psykisk helsehjelp. Vi hadde to avsluttende spørsmål: «Hva kan gjøre det enklere for norskfødte med innvandrerforeldre å oppsøke psykologisk behandling?» og «Hva er viktig å vite for psykologer som skal møte norskfødte med innvandrerforeldre i terapi?». Intervjuene ble tatt opp med lydopptaker, som senere ble transkribert og anonymisert.

### Dataanalyse

Vi fulgte Braun og Clarke (2006) sine seks steg for tematisk analyse. Først leste AL og VN gjennom de transkriberte intervjuene individuelt, og noterte umiddelbare inntrykk og refleksjoner. Deretter ble AH inkludert i drøfting for å etablere en felles forståelse av informantenes beskrivelser. I neste steg ble NVivo 12 brukt til systematisk koding av intervjuene. Som en måte for å fange opp så mange koder som mulig kodet

AL og VN intervjuene individuelt og i separate NVivo-filer. Deretter ble NVivo-filene slått sammen til én fil, som ble brukt til å sortere kodene til kategorier. Etter første runde med kategorisering hadde vi 25 kategorier. Vi fortsatte revidering av kategoriene til vi hadde identifisert noen få potensielle temaer. Både temaene og teksten ble brukt om hverandre til den siste delen av revideringen, og helt fram til vi satt igjen med tre adskilte temaer som fortalte en meningsfull historie.

### Forskere

AL arbeider nå som psykolog i en interesseorganisasjon for skeive med etnisk/kulturell minoritetsbakgrunn og interesserer seg for samspillet mellom sosiale strukturer og psykisk helse. VN arbeider for øyeblikket i spesialisthelsetjenesten og interesserer seg for interseksjonell forståelse av psykisk helse. AH er professor i klinisk psykologi, og var veileder for forskningsprosjektet, og har bred interesse for endringsprosesser, empati og pasienterfaringer i ulike former for psykologisk behandling.

### Etikk

Prosjektet ble godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Prosjektkode 141265). Informantene fikk skriftlig informasjon om studien og gav skriftlig samtykke før deltagelse.

## Resultater

Vi identifiserte tre hovedtema i den tematiske analysen: 1) «Hva vet de om å være mellom to kulturer?», 2) Når terapeuten bommer, og 3) Å søke hjelp når psykologisk behandling er et stigma. I denne delen vil vi beskrive temaene og belyse funnene med sitater fra informantene. I teksten vil «alle» bety alle 13 informantene, «de fleste» bety 10–12, «mange» bety 6–9, «noen» bety 3–5 og 1–2 vil bli spesifisert, basert på anbefalinger fra Hill et al. (2005).

### 1 «Hva vet de om å være mellom to kulturer?»

Det første temaet, «Hva vet de om å være midt mellom to kulturer?», beskriver informantenes antagelse om at en terapeut med annerledes bakgrunn enn seg selv ville ha dårligere utgangspunkt for å forstå hvordan det var å være norskfødt med innvandrerforeldre, og derav ha dårligere forutsetninger for å hjelpe. De fleste av informantene fortalte om erfaringer med utenforskap som minoritet i Norge, og om utfordringer knyttet til å håndtere forventninger fra flere kulturer. Informantene opplevde at deres erfaringer ville være vanskelig å forstå for utenforstående, og at en

terapeut med annerledes bakgrunn ville ha vanskeligere for å gi god hjelp. En informant fortalte:

Jeg tror at mange med innvandrerbakgrunn, selv om de ikke bare har problemer knyttet til bakgrunnen deres, ser for seg alle disse psykologene, liksom Silje, Christian, Petter. Dette med å være midt mellom to kulturer, hva vet de om det? Kan jeg ikke heller lettere snakke med min kompis som går gjennom akkurat det samme?

Informanten beskrev hvordan hun og andre personer hun kjente til med lik bakgrunn som henne, trodde at det nesten bare finnes etnisk norske psykologer. Disse personene var skeptiske til hvordan norske psykologer kunne hjelpe, og tenkte at etnisk norske psykologer sannsynligvis ikke ville vite hvordan det er å ha flerkulturell bakgrunn. Samtidig påpekte andre informanter at det ikke nødvendigvis handlet om etnisitet, men om å være en minoritet. De mente at alle minoritetspersoner kan føle seg utenfor stor-samfunnet, og dermed lettere forstå hvordan det er å være norskfødt med innvandrerforeldre.

Noen informanter fortalte om erfaringer med utenforskap og diskriminering, erfaringer som hadde gjort dem skeptiske overfor etniske nordmenn. Informantene beskrev egne erfaringer med å være utsatt for rasisme og at de hadde vært vitne til rasisme ovenfor medlemmer i kjernefamilien. En informant reflekterte over hvordan opplevelsene med rasisme kan ha gjort det vanskeligere for henne å ha tillit til en etnisk norsk terapeut:

Familien min ble utsatt for mye rasisme, og det ble for så vidt jeg og. ... jeg opplevde en slags «alienation» [fremmedgjøring]. Og så skal jeg gå til en norsk psykolog for å snakke om mine problemer. Det er jo allerede en barriere der. Jeg stoler ikke på deg. Jeg tror du ser ned på meg. Jeg oppfatter alt det du sier og gjør som farlig.

Denne informanten fortalte at hennes mistillit til etniske nordmenn var gjennomgripende i terapien. Mistilliten gjorde det vanskelig å åpne seg for terapeuten, også om opplevelser som ikke handlet om å ha minoritetsbakgrunn. De fleste informantene tvilte på terapeutens evne til å forstå deres flerkulturelle bakgrunn, men skepsisen var ikke like gjennomgripende som for informanten over. Noen informanter reflekterte over om manglende tillit til terapeutens evne til å forstå flerkulturelle erfaringer likevel kan ha ført til at de følte seg mindre forstått av den etnisk norske terapeuten. Samtidig fortalte noen av informantene

at det var vanskelig å ta opp flerkulturelle temaer med terapeuten. En informant beskrev:

Jeg tror jeg var redd, egentlig, for at hvis jeg tok opp noe omkring det [rasisme], at det skulle bli forkastet eller avvist. «Å ja, men er du ikke litt vel overfølsom» eller «Det må du bare tåle».

Informantene fortalte at de fryktet at terapeuten ville reagere negativt dersom de tok opp mistilliten, og var redd for at terapeuten ville oppfatte dem som klagegete eller sensitiv. En av informantene koblet frykten for terapeutens reaksjon opp mot tidligere erfaringer med at andre personer forsvarte seg når fordommer ble et samtaletema, og at det hindret henne fra å teste sine forutantagelser overfor terapeuten sin.

## 2 Når terapeuten bommer

Det andre hovedtemaet beskriver informantenes opplevelser av å ikke bli møtt, hørt eller forstått av terapeuten da de fortalte om sine erfaringer som norskfødte med innvandrerforeldre. Informantene beskrev konkrete «bommer» fra terapeutene, der terapeutene uttrykte seg på måter eller ga råd som tydet på vansker med å sette seg inn i informantenes erfaringer. Mange opplevde at terapeuten manglet aksept for andre måter å leve på, og noen følte at terapeuten lente seg på egne forutantagelser heller enn å høre på det informanten faktisk sa. En konsekvens som mange informanter fortalte om, var en følelse av å måtte forsvare foreldrene og kulturen i terapitimen. Mange av informantene opplevde at terapeutens bommer svekket relasjonen til terapeuten, og de fikk mindre ut av behandlingen.

De fleste informanter formidlet likevel at de ikke forstod misforståelsene som uttrykk for vond vilje, men at terapeuten manglet kompetanse til å snakke om temaene. En informant belyste fenomenet slik:

Det er ikke nødvendigvis bare fordommer, men mer ignoranse for hvordan barn oppdras i ulike kulturer. ... det er ikke sånn at jeg tror hun er en fordomsfull dame, men mer den måten det kommuniseres på. ... det eneste jeg ser for meg som kunne gjort det lettere, hadde vært om behandleren visste hvordan hun skulle kommunisere om disse problemstillingene.

Informanten knyttet sin opplevelse til terapeutens kunnskap og evne, og ikke til terapeuten som person. Informanten fortalte videre at terapeuten formidlet egne meninger om barneoppdragelse i stedet for å lytte til henne. På tilsvarende vis fortalte mange informanter om opplevelser med at terapeuten ikke klarte



å forstå eller kommunisere balansert om det flerkulturelle. Informantene fortalte både om terapeuter som tok for lite initiativ til å snakke om kulturelle aspekter, men også tilfeller hvor det fikk for mye oppmerksomhet. Eksempelvis fortalte en informant at terapeuten gjentatte ganger insisterte på at det måtte være veldig vanskelig å være den eneste i vennegjengen med flerkulturell bakgrunn, til tross for at informanten ikke synes det var vanskelig. Informanten beskrev hvordan terapeutens insistering føltes for henne:

Hun [terapeuten] var sånn «ååååh stakkars innvandrerkvinner», og hadde et veldig stakkarslig blikk på meg. ... det ble litt ovenfra og ned. Hun var en hvit dame, psykolog, fra øvre middelklasse, som sitter der, og jeg er et lite brunt jentebarn. ... Den tonen da hun snakket om disse problemene, det gjorde at jeg følte meg veldig liten.

Sitatet beskriver hvordan terapeutens tone fikk informantene til å føle at hun ble snakket til som gruppen «stakkarslige innvandrerkvinner», noe hun opplevde som avgrensende og nedlatende. Mange informanter beskrev lignende opplevelser, der de selv eller foreldrene deres ble omtalt på en negativ, stereotypisk måte av terapeuten. Noen informanter påpekte at de delte mange verdier med foreldrene sine, slik at en kritikk rettet mot foreldrenes kultur samtidig ble en kritikk mot dem selv. Mange opplevde at de måtte forsvare foreldrene overfor terapeuten, som var vanskelig siden de i utgangspunktet tok opp temaer om foreldrene for å få hjelp til å håndtere noe ved relasjonen. En informant fortalte:

Alle har hatt det vanskelig med foreldrene sine gjennom barndommen, ikke noe kulturelt betinget i det hele tatt. Samtidig så får du høre at dette er dine foreldres kultur, og ikke at dette er deres væremåte. Da reagerer hjernen med «dette må du forsvare». Så på den ene siden må du bearbeide ting som er vanskelig, og på den andre siden må du forsvare det.

Alle informantene trakk fram at det var viktig for dem å bli møtt som individ med egne utfordringer og behov, og ikke bli møtt som en gruppe eller en stereotypi. De som fortalte om gode terapiopplevelser, beskrev at de fikk hjelp for det de hadde behov for. Noen presiserte at selv om de ikke følte at den flerkulturelle bakgrunnen ble møtt på en god måte, så kunne terapeuten forstå andre forhold som var utfordrende, og dermed likevel gi hjelp som opplevdes nyttig. Samtidig opplevde mange at relasjonen til terapeuten ble svekket når de følte at deres flerkulturelle opplevel-

ser ble avvist. Mange justerte hva de delte med terapeuten, og ble usikre på om terapeuten kunne hjelpe.

### 3 Å søke hjelp når behandling er et stigma

Det siste hovedtemaet handler om informantenes erfaringer med å gå i psykologisk behandling når oppvekstmiljøets holdninger til psykiske vansker og kulturelle normer opplevdes som uforenlig med det å oppsøke og motta psykisk helsehjelp. De fleste informantene fortalte at de kom fra miljøer preget av lite kunnskap om psykisk helse, og negative holdninger til psykiske lidelser. De fortalte på ulike måter at psykisk helse ikke var et tema hjemme, at psykiske lidelser var tabubelagt, at det ikke var rom for å ha psykiske vansker, og at det bare var mennesker som faller utenfor samfunnet som trenger psykologisk behandling. En informant beskrev hvorfor hun ikke fortalte foreldrene om at hun gikk i psykologisk behandling:

Hvis du skal i behandling, så er du enten psykopat, eller da er det noe veldig ille med deg. Ikke at dette var et tilfelle hvor foreldrene mine ikke hadde forstått det, men jeg følte at jeg ikke trengte å gi dem noe annet bry.

Informanten var redd for at det ville være belastende for foreldrene å få vite at hun hadde behov for psykologisk behandling, fordi de ville ha tenkt at hun hadde alvorlige problemer. De fleste av de andre informantene hadde meddelt familien om at de var i psykologisk behandling, og fortalte om negative opplevelser tilknyttet avsløringen. En informant gjenfortalte samtalen med sin mor etter et legebesøk:

Mamma sa «Deprimert? Hva mener du deprimert?». Legen min anbefalte at jeg skulle begynne på antidepressiva, men mamma sa at det var helt uaktuelt. Det var ganske tøft fordi jeg følte at selv om jeg hadde fått beskjed fra en lege at det var depresjon, så mente mamma at legen var inkompetent, og at mitt problem var «lathet». Så det å skulle oppsøke hjelp mot lathet ... det var litt tøft.

Mange informanter hadde lignende opplevelser vedrørende psykiske vansker, der utfordringene ikke ble tatt på alvor av familien. Denne informantene fortalte videre at foreldrene etter hvert ble mer aksepterende overfor hennes behov for psykisk helsehjelp, men at de fortsatt ikke forsto informantens psykiske utfordringer. Foreldrene sammenlignet informantens liv i Norge med sine egne opplevelser med krig og flukt, og skjønte ikke hvordan informantene kunne ha det vanskelig når hun etter deres standard levde så godt.

Til tross for økende forståelse og aksept med tid så opplevde mange informanter at veien var krevende. Informantene fortalte om konflikter og konfrontasjoner med foreldrene, og at de måtte ta ansvar for at foreldrene skulle forstå og akseptere deres vansker. Videre fortalte mange at deres egne holdninger til å motta psykisk helsehjelp var farget av holdninger fra miljøet. En informant formidlet hvordan psykiske vansker var så stigmatisert i familien at hun avlyste de første timene:

Da jeg var yngre, var det å prate med en psykolog uaktuelt. Det var veldig tabubelagt hjemme. Foreldrene mine tror ikke på psykologi, og det gjorde egentlig ikke jeg heller. ... det var veldig vanskelig for meg. Jeg kansellerte i begynnelsen, for jeg følte det var litt skamfullt å gå til psykolog.

Mange av informantene fortalte at de kviet seg for å oppsøke psykisk helsehjelp på grunn av egne, negative holdninger til psykiske vansker, og at de ikke kjente seg igjen i bildet de hadde av en person med psykiske lidelser. Andre informanter beskrev også generelle, kulturelle forventninger som førte til at psykologisk behandling følte feil. De fortalte for eksempel om å møte individualistiske verdier som å prioritere seg selv fremfor andre, som gjorde at de kunne oppfatte psykologisk behandling som egoistisk. For eksempel fortalte noen informanter at de fikk råd om å sette egne behov foran andres, noe som gjorde at informantene oppfattet psykologisk behandling som selvsentrert. I tillegg fortalte mange informanter om normer for lojalitet og takknemlighet til familien. Andre fortalte om normer relatert til hvem man kan stole på og vise sårbarhet til. En informant satte ord på hvordan det var å ha med de kulturelle normene inn i terapirommet, og løftet særlig fram normen om å ikke snakke om følelser med fremmede:

Vi [land i Sørøst-Asia] har en tendens til å ikke snakke om følelser. Det er sett litt ned på. ... det er veldig viktig for oss å gi et inntrykk av at alt er på stell. Og spesielt når det gjelder familie og sånne ting. Så det å gå til en psykolog og begynne å snakke om problemene jeg hadde, og snakke om min familie. ... det går imot alt det jeg er lært til å gjøre.

Informantens opplevelse viser hvordan de kulturelle normene fra foreldrenes opprinnelsesland sto i konflikt med det som ble forventet i terapi. Flere informanter fortalte at normene gjorde det vanskeligere å oppsøke psykisk helsehjelp og gjennomføre behandling. Erfaringer med stigma og mangel på støtte og

forståelse fra foreldrene ble også beskrevet som en ekstra belastning.

## Diskusjon

Målsettingen med studien var å utforske hvilke utfordringer norskfødte med innvandrerforeldre kan oppleve når de går i psykologisk behandling, og våre funn belyser flere slike utfordringer. Det første og andre temaet beskriver erfaringer i møtet mellom informantene og terapeuten i terapirommet. Det tredje handler om erfaringer *utenfor* terapirommet som var betydningsfulle for informantene mens de gikk i psykologisk behandling.

Mange av informantene antok at terapeuter uten minoritetsbakgrunn ville ha dårligere utgangspunkt for å forstå opplevelsene til norskfødte med innvandrerforeldre, og en svakere forutsetning for å hjelpe. Informantene knyttet antagelsene til opplevelser som utenforskap og diskriminering, og til erfaringer med håndtering av forventninger fra flere kulturer. Opplevelsene har likhetstrekk med begrepet kulturell mistillit, som defineres som en «tendens til ikke å stole på hvite personer basert på tidligere erfaringer med rasisme eller urettferdig behandling direkte mot en selv eller mot andre som en identifiserer seg med» (Terrell & Terrell, 1981, s. 180). Kulturell mistillit innebærer både mistilliten til hvite terapeuter og tidligere erfaringer med forskjellsbehandling, slik som våre informanter har fortalt om. Spørsmålet blir da om den amerikanske forskningen på kulturell mistillit kan overføres til norsk kontekst.

Midtbøen (2021) påpeker at det finnes både forskjeller og likheter for personer med innvandrerbakgrunn i det norske og det amerikanske samfunnet. Midtbøen argumenterer for at de sosioøkonomiske forholdene i det norske samfunnet tilrettelegger for inkludering, men at kulturelle opplevelser som tilhørighet og identitet fortsatt er preget av forskjellsbehandling av personer med innvandrerbakgrunn i Norge. I tråd med dette har våre informanter hovedsakelig fortalt at det er deres kulturelle opplevelser terapeuter uten minoritetsbakgrunn kan ha vansker med å forstå. Informantene formidlet at de unnlot å fortelle om flerkulturelle erfaringer fra terapeuten fordi de ikke hadde tillit til at terapeutene ville forstå og møte erfaringene på en god måte. Forskning om tilbakeholdelse av viktige erfaringer i terapi tyder på at dette kan ha negative konsekvenser for terapien (Kleiven et al., 2020).

Informantene fortalte om ulike opplevelser med at terapeuten bommet i møte med deres flerkulturelle erfaringer, særlig relatert til temaer som foreldre og familie. Evnen til å forstå andres opplevelser, og

evnen til å kommunisere forståelsen tilbake til personen, refereres ofte til som terapeutisk empati (Elliot et al., 2018). Informantenes opplevelser kan tyde på at den terapeutiske empatien var utilstrekkelig. Samtidig opplevde informanten at terapeuten som oftest bommet på kulturelle temaer. Noen informanter fortalte at de følte seg forstått av terapeuten på andre temaer. Slik sett kan terapeutens misforståelser heller forstås som mangelfull terapeutisk flerkulturell kompetanse. Implementering av flerkulturell kompetanse i psykologisk behandling kan føre til større engasjement og predikere bedre utfall hos mer mangfoldige grupper (Soto et al., 2018). I tillegg har man sett en positiv sammenheng mellom terapeutisk flerkulturell kompetanse og terapeutisk empati (Fuertes et al., 2006).

Informantene fortalte om flere negative konsekvenser av opplevelsen av at terapeutene ikke forsto erfaringene deres. Erfaringene kan kobles til forskningslitteraturen om mikroagresjon (Sue et al., 2007). Tidligere forskning har rapportert at norskfødte med innvandrerforeldre har erfaringer med å bli ekskludert av helsepersonell i Norge, der ekskluderingen ble pakket inn med ord som «kultur» eller «religion» (Prøitz, 2020). Sue et al. (2007) påpeker at mikroagresjon ofte er utilsiktet og ubevisst fra terapeuten side, og at maktdynamikken mellom en klient og en terapeut vil gjøre det mindre sannsynlig at klienten konfronterer terapeuten, og mer sannsynlig istedenfor stiller spørsmål ved egne oppfatninger. Flere av våre informanter fortalte at de ikke ønsket å fortelle om kulturelle temaer i frykt for å ikke bli forstått. I så måte kan det virke som at disse informantene opplevde det terapeutiske rommet som kulturelt utrygt (Richardson, 2010).

Konsekvensene for den psykologiske behandlingen kan også forstås i lys av forskning på alliansebrudd innen psykoterapi. Allianse har blitt trukket frem som en viktig prediktor for effekten av terapi (Flückiger et al., 2018). Forskningslitteraturen viser samtidig at klientfaktorer, som eksempelvis tillit, kapasitet til å skape tilknytning og sosial støtte, bidrar noe i utviklingen av terapeutisk allianse. Likevel er det egenskaper ved terapeuten som ser ut til å ha sterkest påvirkning på sammenhengen mellom allianse og utfall i terapi (Del Re et al., 2012, referert i Flückiger et al., 2018). I tråd med dette har man funnet en positiv sammenheng mellom terapeutisk allianse og terapeutisk flerkulturell kompetanse (Fuertes et al., 2006). I vår studie etterlyste alle informanter, uavhengig av om de var fornøyde eller misfornøyde med terapien, mer kulturell kompetanse og flere terapeuter med minoritetsbakgrunn.

Våre funn tyder på at informantenes opplevelse av å gå i psykologisk behandling også kan knyttes til

forskning på stigma rundt psykiske lidelser. To tidligere studier har undersøkt omfanget av stigmatisering rundt psykiske lidelser og psykisk helsehjelp i norske innvandrerfamilier. Walås (2017) rapporterte at alle informantene opplevde psykiske lidelser som et stigmatisert tema i norske, ikke-vestlige innvandrerfamilier. Blant annet fant man at psykisk lidelse hos et familiemedlem kunne medføre skam for hele familien. I tillegg rapporterte studien om lite kunnskap om psykiske lidelser i miljøene, der psykiske lidelser ble forstått som galskap eller i lys av religiøse eller spirituelle forklaringer, som ondskap eller tidligere begåtte synder (Walås, 2017). I *Psykt tabu*-rapporten (Prøitz, 2020) ble det også fremmet at det å oppsøke hjelp utenfor familien ble sett som en svakhet.

Videre kan vi tolke utfordringene som informantene opplevde med foreldrene vedrørende psykologisk behandling, som kulturelle generasjonskonflikter, ettersom konfliktene handlet om ulike forståelser av hva det vil si «å ha det vanskelig», eller hvordan psykiske vansker bør håndteres. Samtidig fortalte informantene at foreldrene over tid viste mer forståelse for deres behov for psykologisk behandling og hva psykologisk behandling innebærer. Informantene beskrev en prosess fylt med både krangler og reparasjoner. Forskning på generasjonskonflikter tyder på at holdninger og verdier i innvandrerfamilier kan endre seg over tid, gjennom at familiemedlemmene aktivt ser hverandres perspektiver og forstår hverandre bedre (Liu et al., 2019).

## Refleksivitet

Vår metodiske tilnærming innebærer refleksjon over egne erfaringer og antagelser i forskningsprosessen (Binder, 2012). Forskergruppen bestod av tre personer med ulik bakgrunn og ulik inngang til forskningsprosjektet. AH hadde rolle som veileder i prosjektet. AL og VN har erfaringer som personer med minoritetsbakgrunn, mens AH ikke har dette. AH har forsøkt å reflektere kritisk over egen majoritetsbakgrunn og veilederrolle, og gi støtte til en empirisk studie i et område hvor han og feltet trenger mer kunnskap.

Når det gjelder AL og VN sin refleksivitet, hadde vi antagelser om at norskfødte med innvandrerforeldre kunne oppleve andre utfordringer i terapi enn etnisk norske. Da vi studerte, fikk vi mangelfull opplæring om flerkulturelle temaer i terapirommet og erfarte at minoritetsperspektivet ble beskrevet på reduksjonistiske måter i forelesninger. Samtidig kjente vi til personer som var frustrerte over psykologisk behandling, fordi de ikke følte seg forstått som minoritet eller fryktet å bli misforstått av en person fra majoritetsbefolk-



ningen. Vi tenkte at minoritetspasienter kan stå i fare for å oppleve behandling som mangelfull dersom de møter terapeuter uten tilstrekkelig trening i minoritetsperspektiver.

Som forskere, fremtidige psykologer og minoriteter i Norge opplevde vi å passe inn i flere sosiale roller overfor informantene. Vi hadde lik samfunnsposisjon som informantene og var samtidig yrkesgruppen de uttalte seg om. I tillegg ga vi informantene en mulighet til å fortelle om sine opplevelser. Vi kommuniserte med dem om de ulike rollene og vårt mål om at norskfødte med innvandrerforeldre skulle få et bedre behandlingstilbud. Det informantene har beskrevet, bør derfor leses i lys av at informantene har deltatt med en oppfatning om at vi har lik samfunnsposisjon og felles mål med dem.

Vårt funn om stigma rundt psykisk vansker og psykologisk behandling i informantenes miljøer kan bidra til økt negativ oppmerksomhet rundt personer i miljøene. Vi har valgt å presentere funnene om stigma i vår gruppe informanter fordi det er et sentralt fenomen å forstå for å kunne skape et godt behandlingstilbud for norskfødte med innvandrerforeldre.

### Begrensninger

Studien har metodiske begrensninger. Som med de fleste kvalitative studier har ikke denne et representativt utvalg, og resultatene kan ikke generaliseres. En annen begrensning i denne studien er at vi har lite systematisk kunnskap om terapeutene, som terapeutenes kunnskap om minoritetspasienter. Dette begrenser hva vi kan si om hvordan ulike sider av terapeutene eventuelt har påvirket dynamikken mellom terapeutene og informantene. En tredje begrensning er at intervjuene ble gjennomført digitalt på grunn av covid-19 restriksjoner. Disse digitale intervjuene bydde på noen utfordringer, eksempelvis dårlige internetforbindelser, dårlig lyd m.m., som kan ha påvirket kvaliteten og samspillet i intervjuet.

### Implikasjoner

Da vi spurte informantene om hvordan det psykiske helsetilbudet til norskfødte med innvandrerforeldre kunne bli bedre, var det mange av informantene som etterspurte terapeuter med minoritetskompetanse og ønsket flere terapeuter med minoritetsbakgrunn. Basert på argumentasjonen om interseksjonalitet som Ertl et al. (2019) presenterer, mener vi at økt kunnskap om sosial makt, kulturell trygghet og terapeutisk flerkulturell kompetanse kan være nyttig i møte med norskfødte med innvandrerfore-

ldre (for mer informasjon, se blant annet Ertl et al., 2019, Fors, 2018, Ramsden, 2002, Richardson, 2010 og Soto et al., 2018). På bakgrunn av tidligere forskning på kulturell mistillit og stigma rundt psykiske lidelser vil vi hevde at klienter med mindre tillit til terapeuter og psykologisk behandling kan ha nytte av mer tid til relasjons- og alliansebygging (Safran & Muran, 2000; Trinh et al., 2019).

Funnene i studien tilsier at det er behov for mer forskning om erfaringene til etterkommere av innvandrere og mennesker med flerkulturell bakgrunn i psykologisk behandling. I vår studie ble intervjuene om terapiforløpet gjort i etterkant av avsluttet terapi, og det kan tenkes at man kan få tilgang til annen relevant informasjon dersom man innhenter informasjon underveis i terapiforløp. For eksempel kan kvalitative studier med «interpersonal process recall» være nyttig for å teste ulike tilnærminger og identifisere hvilke faktorer som bidrar til virkningsfull behandling. Det kan også være viktig med flere studier som utforsker terapeuter sine opplevelser i møte med flerkulturelle klienter, for å kunne forstå dynamikken i terapirommet ytterligere. ✕

### Referanser

- Abebe, D.S., Lien, L. & Hjelde, K.H. (2014). What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(1), 60–67. <http://dx.doi.org/10.1007/s10903-012-9745-9>
- Binder, P.-E., Holgersen, H. & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An explorative and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology*, 64(2), 103–117. <https://doi.org/10.1080/19012276.2012.726815>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Dalgard, A.B. (Red.) (2018). *Levekår blant norskfødte med innvandrerforeldre i Norge 2016*. SSB-rapport 2018/20. Statistisk sentralbyrå.
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J.C. & Murphy, D. (2018). The Rapist Empathy and Client Outcome: An Updated Meta-Analysis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 399–410. <https://doi.org/10.1037/pst0000175>
- Ertl, M.M., Mann-Saumier, M., Martin, R.A., Graves, D.F. & Altarriba, J. (2019). The Impossibility of Client–Therapist «Match»: Implications and Future Directions for Multicultural Competency. *Journal of Mental Health Counseling*, 41(4), 312–326. <https://doi.org/10.17744/mehc.41.4.03>
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B. E. & Horvath, A.O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 55(4), 316–340. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>

- Fors, M. (2018). *A Grammar of Power in Psychotherapy: Exploring the dynamics of privilege*. APA Books.
- Fuertes, J.N., Stracuzzi, T.I., Bennett, J., Scheinholtz, J., Mislowack, A., Hersh, M. & Cheng, D. (2006). Therapist multicultural competency: A Study of therapy dyads. *Psychotherapy, 43*(4), 480–490. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.43.4.480>
- Hall, G.C., Ibaraki, A.Y., Huang, E.R., Marti, C.N. & Stice, E. (2016). A Meta-Analysis of Cultural Adaptations of Psychological Interventions. *Behavior therapy, 47*(6), 993–1014. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.005>
- Hill, C.E., Knox, S., Thompson, B.J., Williams, E.N., Hess, S.A. & Ladany, N. (2005). Consensual Qualitative Research. *Journal of Counseling Psychology, 52*(2), 196–205. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.2.196>
- Huey, S.J. Jr. & Polo, A.J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for ethnic minority youth. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53, 37*(1), 262–301. <https://doi.org/10.1080/15374410701820174>
- Kleiven, G.S., Hjeltnes, A., Råbu, M. & Moltu, C. (2020) Opening Up: Clients' Inner Struggles in the Initial Phase of Therapy. *Frontiers in psychology, 11*, 591146. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.591146>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Interviews: Learning the craft of the qualitative research interviewing* (2.utg.) Sage.
- Liu, J., Liang, C.T. H., Nguyen, D. & Melo, K. (2019). A Qualitative Study of Intergenerational Cultural Conflicts Among Second-Generation Chinese Americans and Taiwanese Americans. *Asian American Journal of Psychology, 10*(1), 47–57. <https://doi.org/10.1037/aap0000121>
- Midtbøen, A. H. (2021). Strukturell rasisme i en strukturelt inkluderende velferdsstat? *Tidsskrift for Samfunnsforskning, 62*(1), 106–115. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-291X-2021-01-09>
- Prøitz, L. (2020). *Psykt tabu* (MHU-rapport 2020). Forlaget Nora 2020.
- Ramsden, I. (2002). *Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Waipounamu*. [Doktorgradsavhandling.]. Victoria University of Wellington.
- Retriever (2020). Rasismedebatten i norske medier 01.05.2020-31.08.2020: En medieanalyse av rasisme i kjølvannet av drapet på George Floyd og fremveksten av Black Lives Matter-bevegelse. Oslo: Retriever.
- Richardson, F.I. (2010). *Cultural Safety in Nursing Education and Practice in Aotearoa New Zealand*. Massey University.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. Guilford Press.
- Salole, L. (2013). *Krysskulturelle barn og unge: om tilhørighet, anerkjennelse, dilemmaer og ressurser*. Gyldendal Akademisk.
- Skard, H.K. (2020, 1. juli). Vi skal være aktivt mot diskriminering. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2020/07/vi-skal-vaere-aktivt-mot-diskriminering>
- Soto, A., Smith, T.B., Griner, D., Rodríguez, M. D. & Bernal, G. (2018). Cultural adaptations and therapist multicultural competence: Two meta-analytic reviews. *Journal of Clinical Psychology, 74*(11), 1907–1923. <https://doi.org/10.1002/jclp.22679>
- Sue, D.W., Capodilupo, C.M., Torino, G.C., Bucceri, J.M., Holder, A.M. B., Nadal, K.L., & Esquilin, M. (2007). Racial microaggressions in everyday life: Implications for clinical practice. *American Psychologist, 62*(4), 271–286. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.4.271>
- Terrell, F. & Terrell, S. (1981). An inventory to measure cultural mistrust among Blacks. *The Western Journal of Black Studies, 5*(3), 180–185.
- Trinh, N.-H. T., Cheung, C.-Y.J., Velasquez, E.E., Alvarez, K., Crawford, C. & Algeria, M. (2019). Addressing Cultural Mistrust: Strategies for Alliance Building. I M.M. Medlock, D. Shtasel, N.-H. T. Trinh & D.R. Williams (Red.), *Racism and Psychiatry: Contemporary Issues and Interventions* (1. utg., s. 157–180). Springer Nature Switzerland AG. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-90197-8\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-319-90197-8_9)
- Walås, Y.T. (2017). «Man snakker ikke om sânt». En kvalitativ undersøkelse om ikke-vestlige innvanderers syn på psykiske lidelser. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, 13*(2), 134–144. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2017-02-05>

## Betydningen av barndomstraumer

**Barndomstraumer henger sammen med økt risiko for psykiske lidelser og rusmisbruk hos barn og unge.**

Helle Håve Stangeland har i sin doktorgrad ved NKVTS forsket på betydningen av barndomstraumer for senere utvikling av psykiske lidelser og rusproblemer.

Funnene indikerer at det å bli utsatt for vold, seksuelle overgrep og mobbing i barndommen er spesielt assosiert med økt risiko for å utvikle ulike og flere typer psykiske lidelser. Det tyder på at å kartlegge traumer er viktig i forebygging og behandlingstiltak.

Stangeland brukte data fra den store befolkningsbaserte undersøkelsen HUNT, som har kartlagt norske barn, ungdommer og unge voksne de siste 17 årene, i tillegg til registerdata.

Hun undersøkte også bruken av reseptbelagte medisiner blant unge voksne og ungdom. Her fant hun en økning i bruk av vanedannende smertestillende, som opioder og gabapentinoider, i tillegg til en betydelig økning i paracetamolbruk.

Bruk av sovemedisiner, som melatonin, har også økt betraktelig blant barn fra 5-årsalderen.

Stangeland fant også at om lag 1 av 8 unge voksne rapporterte om problematisk alkoholbruk, og at en betydelig andel av deltakerne søkte hjelp i spesialisthelsetjenesten for psykiske lidelser i ungdomstiden og som unge voksne.

Kilde: NKVTS/ UiO

FOTO: INE ERIKSEN/ UiO



**HELLE HÅVE STANGELAND**

*Psychiatric disorders, prescription drugs, and substance misuse in children and young people: An investigation into the role of childhood trauma*

**DISPUTAS** 26.04.24, NKVTS og Universitetet i Oslo

## Psykisk helse i kjølvannet av koronapandemien

**De fleste nordmenn klarte seg godt psykisk under og i etterkant av covid-19-pandemien.**

Imidlertid viser ny forskning at en gruppe på rundt 7 % av befolkningen utviklet vedvarende depressive plager i etterkant. Mange av de som utviklet psykiske vansker, rapporterte også å søke psykologisk behandling som følge av forverringen.

Det viste doktorgradsarbeidet til psykolog og dobbeltkompetansesependiat Omid V. Ebrahimi ved Universitetet i Oslo og Modum Bad. Han har ledet en landsomfattende studie som har fulgt over 10 000 individer fra de første tiltakene ble iverksatt i Norge.

Koronapandemien førte med seg omfattende endringer i samfunnet og i hverdagen til de fleste. Utover frykten for et ukjent virus, utgjorde pandemiens isolerende tiltak en belastning for mange.

Depressive plager i befolkningen fluktuerte med pandemiens sosiale distanseringstiltak, i tillegg til økonomiske bekymringer. Denne sammenhengen peker på viktigheten av balansert bruk av sosiale distanseringstiltak.

Ebrahimi fant også at det å bo alene utgjorde en ekstra belastning under pandemien, mens det å holde seg fysisk aktiv bidro til å beskytte mot pandemiens uheldige ringvirkninger under nedstengningsperioder.

Strategier som bruk av sosiale bobler, noe som tillater sosial kontakt og samtidig begrenser smitte, kan utgjøre tiltak som både ivaretar psykisk helse og forhindrer smitte i fremtidige pandemier.

Kilde: UiO

FOTO: UiO



**OMID V. EBRAHIMI**

*The COVID-19 Pandemic as a Critical Incident and its Impact on Depression*

**DISPUTAS** 05.04.24, Universitetet i Oslo

# To nye modeller for personlighetsvurderinger

Mye tyder på at personlighetsfungering blir viktigere enn personlighetstrekk i valg av tiltak og behandling.

**TEKST** Tor Erik Nysæter og Tore Buer Christensen, begge akuttseksjonen, Sørlandet sykehus

**KONTAKT** Tor.Erik.Nysater@sshf.no

## MERKNAD

Forfatterne er medlem av forskergruppen for personlighetspsykiatri ved Universitetet i Oslo. Ingen oppgitte interessekonflikter.

**V**i ønsker å gi en kort oppdatering om funn fra «Norsk multisenterstudie for studie av den alternative modellen i DSM-5» – NorAMP. Bakgrunnen er at ICD-11 har valgt en lignende modell som den alternative modellen i DSM-5 (Alternative Model for Personality Disorders, AMPD), noe som betyr at diagnostikk av personlighetsforstyrrelser i Norge vil endres radikalt. En sentral målsetting med både AMPD og ICD-11 er at systemene ikke bare skal brukes for diagnostikk, men også hjelpe i planlegging og gjennomføring av behandling. AMPD sin relevans for planlegging og gjennomføring av behandling er nå et tema for NorAMP sin pågående longitudinelle oppfølgingsstudie av tidligere pasienter.

## NY MODELL

For ti år siden ble den alternative modellen for personlighetsforstyrrelse i DSM-5 (AMPD) vurdert som lovende, men uten tilstrekkelig empirisk støtte til å erstatte den kategoriske modellen for diagnostisering av personlighetsforstyrrelse (se Nysæter et al., 2018). En

lignende modell for ICD-11 ble vedtatt i 2018 (se Buer Christensen & Nysæter, 2023). Begge modeller innebærer en trinnvis diagnostisk tilnærming til personlighetsforstyrrelse. Første trinn er å kartlegge grad av *personlighetsfungering*, som er definert som kjernen i personlighetspatologi. Alvorlighetsgrad graderes på en dimensjonal skala fra 0 til 4, der 2 er terskel for tilstedeværelse av personlighetsforstyrrelse. Neste trinn innebærer en mer detaljert beskrivelse av personlighetsfungeringens fire domener. Man gjør også en kartlegging av *personlighetstrekk* organisert i fem domener, ikke ulikt dem man finner i femfaktormodellen. Personlighetstrekk anses i AMPD å beskrive en persons relativt stabile egenart over tid, mens personlighetsfungering er mer dynamisk og derfor målet for endringsorientert terapi. I ICD-11 har man fjernet alle de spesifikke diagnosene bortsett fra «borderline mønster», mens AMPD har beholdt seks av de tradisjonelle kategoriene, pga. hensyn til kontinuitet. Felles for modellene er at kategorier erstattes med en mer detaljert beskrivelse av funksjonssvikt og personlighetstrekk.





ILLUSTRASJON: POLINA GAZHUR.  
SHUTTERSTOCK/NTB SCANPIX

### SENTRALE KARTLEGGINGSINTERVJU

Per i dag foreligger to validerte semistrukturerte intervjuer for personlighetsfungering: det nederlandske STIP-5 (STiP-5; Hutsebaut et al., 2017) og Structured Clinical Interview for the DSM-5 AMPD Module-I (SCID-5-AMPD-I; Bender et al., 2018). Den norske forskningsgruppen for personlighetspsykiatri har gjennom NorAMP vært en sentral bidragsyter i arbeidet med å validere intervjuet til SCID-5-AMDP-I (se f.eks. Hummelen et al., 2021), og en norsk versjon av SCID-5-AMDP-I er tilgjengelig primo 2024.

### HVOR PÅLITELIG ER INTERVJUENE?

For både STIP-5 og SCID-5-AMDP-1 er det funnet god interrater-reliabilitet. Når vi benyttet et test-retest-design, avdekket vi imidlertid at god opplæring er sentralt, og at uerfarne intervjuere lett kan overse sviktende personlighetsfungering og skåre pasientene for godt fungerende (Buer Christensen et al., 2018).

### SAMSVAR MELLOM GAMMEL OG NY MODELL?

Selv om det i dag er enighet om at personlighetsforstyrrelser best beskrives som dimensjonale fenomener, har man moderat svekket personlighetsfungering (Nivå 2) som en «diagnoseterskel» i AMPD. Vi har funnet støtte for en slik terskel (Buer Christensen, Hummelen, et al., 2020), men har samtidig påvist at enkelte av de tradisjonelle personlighetsforstyrrelsene (f.eks. unnvikende og antisosial) da ikke ser ut til å fanges godt nok opp. En mulig grunn til et slik funn er at mentaliseringssvikt ikke er »

godt nok operasjonalisert i AMPD. Samtidig er det viktig å huske at de tradisjonelle kategoriene ikke er å anse som en gullstandard.

### AMPD I BEHANDLINGSPLANLEGGING

En litteraturgjennomgang av Back og Tracy (2022) indikerer at klinikere opplever at AMPD er lett å inkorporere i allerede eksisterende terapeutiske modeller, kasusformuleringer og klinisk praksis. Man diskuterer nå hvordan personlighetstrekk og personlighetsfungering kan innlemmes i behandlingens *fokus* og *innhold*, men det er enighet om at alvorlighetsgrad er best egnet til å informere klinikerer i valg av behandlingsnivå (se f.eks. Hutsebaut, 2023; Sauer-Zavala et al., 2022). Relevant her er at vi har funnet støtte for at personlighetsfungering og ikke personlighetstrekk er det som best skiller mellom personer med og uten personlighetsforstyrrelser (Nysaeter et al., 2023). Personlighetsfungering har også vist seg å være en god prediktor av funksjonsnivå (Buer Christensen, Eikenaes, et al., 2020) og kan predikere utfall av terapi både når det gjelder symptomreduksjon og generell funksjon (Weekers et al., 2022).

Ti år etter at AMPD ble lansert, er den empiriske støtten for AMPD betydelig styrket, og WHO har valgt en tilsvarende modell for ICD-11. Det meste av forskningen i dag er basert på kryss-seksjonelle design. Fremover vil longitudinelle studier være helt sentrale for å undersøke i hvilken grad de nye diagnosesystemene kan være en hjelp i en travel klinisk hverdag, også til å selektere nivå og varighet av behandling. Dette er nå en del av NorAMP sin pågående oppfølgingsstudie av tidlige pasienter. ✖

### REFERANSER

- Bach, B. & Tracy, M. (2022). Clinical utility of the alternative model of personality disorders: A 10th year anniversary review. *Personality Disorders, 13*(4), 369-379. <http://doi:10.1037/per0000527>
- Bender, D.S., Skodol, A.E., First, M.B. & Oldham, J.M. (2018). *Structured Clinical Interview for the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders (SCID-5-AMPD) Module I: Level of Personality Functioning Scale*. American Psychiatric Association.
- Buer Christensen, T., Eikenaes, I., Hummelen, B., Pedersen, G., Nysaeter, T.-E., Bender, D.S., Skodol, A.E. & Selvik, S.G. (2020). Level of personality functioning as a predictor of psychosocial functioning—Concurrent validity of criterion A. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 11*(2), 79–90. <https://doi.org/10.1037/per0000352>
- Buer Christensen, T., Paap, M.C. S., Arnesen, M., Koritzinsky, K., Nysaeter, T.-E., Eikenaes, I., Germans Selvik, S., Walther, K., Torgersen, S., Bender, D.S., Skodol, A.E., Kvarstein, E., Pedersen, G. & Hummelen, B. (2018). Interrater reliability of the structured clinical interview for the dsm-5 alternative model of personality disorders module i: Level of personality functioning scale. *Journal of Personality Assessment, 100*(6), 630–641. <https://doi.org/10.1080/00223891.2018.1483377>
- Christensen, T.B. & Nysaeter, T.E. (2023). Ny oppfatning av personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for Den norske legeförening, 143*. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.23.0619>
- Hummelen, B., Braeken, J., Buer Christensen, T., Nysaeter, T.E., Germans Selvik, S., Walther, K., Pedersen, G., Eikenaes, I. & Paap, M.C. S. (2021). A psychometric analysis of the structured clinical interview for the dsm-5 alternative model for personality disorders module i (Scid-5-ampd-i): Level of personality functioning scale. *Assessment, 28*(5), 1320–1333. <https://doi.org/10.1177/1073191120967972>
- Hutsebaut, J. (2023). Isn't criterion A rather than B the language of psychotherapy?: Comment on Sauer-Zavala et al. (2022). *Personality Disorders, 14*(4), 385–387. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000543>

- Hutsebaut, J., Kamphuis, J.H., Feenstra, D.J., Weekers, L.C. & De Saeger, H. (2017). Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: Development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). *Journal of Personality Disorders*, 8, 94–101. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000197>
- Nysaeter, T.E., Hummelen, B., Christensen, T.B., Eikenaes, I.U.-M., Selvik, S.G., Pedersen, G., Bender, D.S., Skodol, A.E. & Paap, M.C. S. (2023). The incremental utility of criteria a and b of the dsm-5 alternative model for personality disorders for predicting dsm-iv/dsm-5 section ii personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 105(1), 111–120. <https://doi.org/10.1080/00223891.2022.2039166>
- Nysaeter, T.E., Langjord, T., Christensen, T.B., Bremer, K. & Hummelen, B. (2018). Personlighetsfungering som diagnostisk kriterium: Hva er empirisk status? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(4), 262–270. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2018/04/personlighetsfungering-som-diagnostisk-kriterium>
- Sauer-Zavala, S., Southward, M.W. & Semcho, S.A. (2022). Integrating and differentiating personality and psychopathology in cognitive behavioral therapy. *Journal of Personality*, 90(1), 89–102. <http://dx.doi.org/10.1111/jopy.12602>
- Weekers, L.C., Hutsebaut, J., Zimmermann, J. & Kamphuis, J.H. (2022). Changes in the classification of personality disorders: Comparing the DSM-5 Section II personality disorder model to the alternative model for personality disorders using structured clinical interviews. *Personality Disorders*, 13(5), 527–535. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000512>

## Hvordan knekker man en fagetisk nøtt?

Sitter du på en fagetisk nøtt eller tenker mye over fagetiske problemstillinger?

Skriv om det til oss. Vi ønsker bidrag til vår faste spalte «Etikkpanelet».

Kontakt oss på:  
[redaksjonen@psykologtidsskriftet.no](mailto:redaksjonen@psykologtidsskriftet.no)



# Aktuelle samfunns- problem sett med Freud

Freuds gjentakingsvang, som eit uttrykk for dødsdrifta, kan brukast til å forstå ekstrem kroppskontroll, fundamentalisme og menneskets kontroll over naturen.

**TEKST** Atle Møen,  
Sosiologisk institutt,  
Universitetet i Bergen

**KONTAKT** Atle.  
Moen@uib.no

**MERKNAD** Teksten  
er basert på et innlegg  
holdt ved Institutt for  
psykoterapi, Oslo, 1.  
november 2023.

**I FREUDS FORFATTARSKAP** gjekk det store vasskiljet med *Hinsides lystprinsippet* (1920), der han introduserte omgrepet om gjentakingsvangen som den viktigaste manifestasjonen for det meir allmenne omgrepet om dødsdrifta eller Thanatos. Freud meinte gjentakingsvangen eller dødsdrifta var like grunnleggjande som strevet etter lyst og seksualitet (Eros). Vidare meinte Freud at omgrepet om dødsdrifta var teoretisk nødvendig for å vedlikehalda dialektikken mellom to drifter, nemlig Eros og dødsdrifta (Freud, 2011 [1920]). Han hadde opplevd mykje død i perioden, mellom anna dottera Sophie som døydd frå to små barn. Den eine av barna var Ernst som vi møter igjen seinare i denne artikkelen. Og endeleg var dødsdriftsombegrepet viktig med tanke på å forstå og handtera sjokket og sorga for første verdskrig, som førte til at Freud mista trua på historiske framsteg (Valdrè, 2019).

I *Ubehaget i kulturen* (1930) skriv Freud mindre om gjentakingsvangen. Her forstår han kulturen gjennom det dialektiske samspelet mellom Eros og dødsdrifta. Eros skaper stadig meir utvida fellesskap, og dødsdrifta, som ei aggresjonsdrift, arbeidar kontinuerleg for å

løysa opp ein kvar fellesskap. Freud meinte at fred og framveksten av stadig utvida fellesskap måtte betalast gjennom auke i skuldkjensla og eit «ubehag i kulturen».

Eg vil først gje eit innsyn i Freuds tilhøve til den jødiske tradisjonen. Han meinte at Moses skapte den monoteistiske religionen gjennom å gje avkall på sin eigen trong til aggresjon – altså ei sublimering av dødsdrifta. Vidare vil eg skildra Freuds oppdaging av gjentakingsvangen som ei uttrykk for dødsdrifta. Eg vil også analysere korleis religiøs fundamentalisme og jernharde diettregimer og andre former for kroppsdisciplin i dagens samfunn kan vere døme på gjentakingsvangen. Deretter vil eg gjennomgå korleis Freud forstår at kontroll over naturen kan også være uttrykk for ein type gjentakingsvang eller som sublimerert destruksjonsvang. Difor kan eit erosprega tilhøve til naturen føra til auke av den innovervende aggresjonen, skuldkjensla og den stille dødsdrifta.

Eg avsluttar med å referera til Valdrè (2019) si analyse av «ikkje-investering», negativitet og fråkopling frå verda og andre menneske som døme på dagens dødsdrift. I samsvar med læra





ILLUSTRASJON: AUDUN GJERDI

til buddhismen kallar Freud denne fråkoplinga for nirvanatilstanden, der alt strev, all lyst og alt begjær er nullstilt. Det krevst eit skarpt syn for å oppdaga denne meir stille og skjulte dødsdrifta, som mellom anna finst gjennom å trekja tilbake all interesse for verda i den triste stemninga, og søka ly innanfor rusen eller som «Web-Junkie» (Valdrè, 2019).

### JØDISK TRADISJON OG MOSES

Freud meinte at Moses skapte den monoteistiske religionen gjennom å gje avkall på sin eigen trong til aggresjon – eller ei sublimering av dødsdrifta. Freud var ateist, men kom frå ein jødisk familie (Whitebook, 2017). Vi kan forstå den siste boka hans, *Mannen Moses og den monoteistiske religionen* (1939), som eit testamente over hans nære tilhøve til den jødiske religionen, og til det åndelege eller det intellektuelle i kulturen. Freud vart gripen av Michelangelo si byste av Moses, der Moses skulle overgje dei ti bod til Israel-folket. Men då han kom ned frå fjellet, oppdaga han at folket hans dansa ikring gullkalven. Freud ser i denne bysta at Moses er arg fordi folket hans synda mot påbodet om monoteismen, men også at

han *tamde* sinnet sitt og ikkje lét det få utløp i aggressive handlingar.

Kva var det så israellarane synda mot? For det første braut dei med Moses sin monoteisme og fall tilbake til polyteisme gjennom å tilbe gullkalven. For det andre braut dei biletforbodet som påbaud Israel-folket å tru utan å ha tilgang til visuelle eller sanselege representasjonar av Gud. Det har blitt hevda at nettopp evna til å tru på abstrakte prinsipp, *Geistigkeit*, eller det åndelege, kan forklara at jødiske intellektuelle har gjort seg gjeldande i matematikk, fysikk, filosofi og litteratur (Edmundsen, 2010; Kaye, 2019). Freud meinte jødane av same årsak kunne ha ei arrogant og sjølvsikker haldning, og ei kjensle av å vera åndeleg overlegne andre, som gjorde dei hata av nesten alle andre folkeslag (Whitebook, 2017).

### PÅ SPORET AV GJENTAKINGSTVANGEN

Eit av Freuds verk som bidrog til å skapa ei teoretisk nydanning i forfattarskapen, er *Hinsides lystprinsippet* (2011 [1920]). Freud beskriv at han kjem på sporet av gjentakingsvangen gjennom å observera ein spesifikk leik hjå det 1 1/2 år gamle barnebarnet Ernst. Ernst kasta ei »



... gjentakingsvangen eller dødsdrifta var like grunnleggjande som strevet etter lyst og seksualitet



## Gjentakingstvangen fikserer alt liv i ei evig fortid og dødsstive rutinar

trådsnelle frå seg fleire gonger og drog henne til seg att ved hjelp av ein hyssing. Han uttrykte det som vart tolka som «Fort – da» (borte – her). Det var denne observasjonen som Freud tolka som gjentakingsvangen (Freud 2011 [1920]). Ernst opplevde at mora vart borte i periodar, noko som sjølvsagt vekte sinne hjå den vesle guten. Men gjennom denne repeterande framføringa med trådsnella gav Ernst avkall på aggressive kjensler til mora. Guten tok ved denne leiken aktivt kontroll over forsvinning og tilbakekomst.

Det andre dømet Freud framhevar om tvangspregete gjentakingsvangen, er at personar med krigstrauma gjentek desse smertefulle minna på ein tvangsprega måte. For det tredje retta Freud merksemda mot den negative terapeutiske reaksjonen der pasienten som kjenner seg betre gjennom ein indre tvang, held fast på og gjentek dei minna som representerer skuld, straff, smerte og underordning (Freud, 2011 [1920]).

Det er sjølvsagt mogleg å hevda at desse observasjonane er eit spinkelt grunnlag for det teoretiske omgrepet gjentakingsvang. Freud generaliserte likevel desse observasjonane til å hevda at lagnaden til menneske er styrt av ein «demonisk» tvang til å gjenta.

Man kjenner til slike personer som opplever at alle menneskelige relasjonar ender på samme måte: velgjørere som etter en tid forlades i sinne av alle sine protesjeer, så ulike disse kan være, velgjørere som altså synes forutbestemt til å tømme utakknemlighetens bitre kalk. Menn som opplever at ethvert vennskap ender med at vennen sviker dem, andre som i løpet av livet gjentatte ganger opphøyer en annen til stor autoritet for seg selv eller for allmennheten, for etter en tid selv å styrte ham og erstatte med en ny. Eller elskere som i hvert kjærlighetsforhold til kvinnen opplever at dette gjennomgår samme faser og fører til samme slutt, osv. Vi undrer oss knapt over denne «evige tilbakekomst av det samme» (Freud, 2011 [1920], s. 28).

Gjentakingstvangen fikserer alt liv i ei evig fortid og dødsstive rutinar eller tvangshandlingar der ingen ting skal vera i pulserande, kreativ og livgivande forandring. Ingenting nytt kan henda, fordi Eros i livet er borte.

### KROPPEN, RELIGIONEN OG NATUREN

Gjentakingstvangen kan vi finne i alle former for ordenstvang og tvangsprega rutinar. Vi kan finne han i eit mangfald av psykiske og kulturelle fenomen, som pessimisme, depresjon, ønske om å dø, sjølvskading, rusmisbruk, aggresjon, skuldkjensle og ein indre tvang til å kontrollera andre. Han kjem fram i ulike former for ekstrem kroppskontroll – gjennom trening, diett og overvaking av helsetilstanden gjennom smartklokker. Gjentakingstvangen viser seg også i den religiøse fundamentalismen. Og ikkje minst, gjennom destruktiv kontroll over naturen.

Særskilt kvinnekroppen kan vera eit terreng for gjentakingsvang og dødsdrifta. Ifølgje Valdrè (2019) kan erobringa av kvinnekroppen observerast og koma til syne som anoreksi, plastisk kirurgi og tvangshandlingar. Den kan også komme til syne i enten repeterande seksuelle utflukter eller innestenging i eit daglegdags kloster av tvangsprega einsemd og nullstilling av begjæret.

Korleis kan vi så forstå den religiøse fundamentalismen som manifestasjon av gjentakingsvang og dødsdrift? Vi kan mellom anna hevda at gjentakingsvangen i den muslimske salafismen (Khosrokhavar, 2022; Roy, 1917) – mest truleg er eit enkelt døme på eit meir allment mønster for andre typar



religiøs og politisk fundamentalisme. Denne fundamentalismen støyper islam fast i fantasien om ei tidlaus fortid i det imaginære kalifatet. Kalifatet inneheld strenge krav om tilpassing til stive føreskrifter, og er eit forsøk på å etterlikna ei historisk fortid. Salafismens rigorøse kontroll over kvardagslivet og den indre naturen gjer at det levande og skapande blir borte.

Freud meinte også at gjentakingsvungen var noko som menneska kunne nytta seg av for å herska over og få kontroll over den ytre naturen. Han meinte det var ein målhemma destruksjonsdrift menneske utøvde mot naturen.

[...] idet man som medlem av et menneskelig fellesskap går til angrep på naturen ved hjelp av vitenskap og teknikk. [...] Moderert, mestret og målhemmet må destruksjonsdriften der den retter seg mot objektet, skaffe jeg'et tilfredsstillelse for dets livsbehov og herredømme over naturen (Freud, 1992 [1930], s. 20, s. 69).

Difor kan vi ut frå Freuds grunnkonsepsjon seia at natur og miljøomsorg vil auka den enkelte si skuldkjensle. På same måte vil framveksten av eit inkluderande kosmopolitisk fellesskap auka den indre uroa og skuldkjensla fordi utløpet for aggresjonen mot den framande vert stengt (Freud 1992 [1930]), noko eg straks vender tilbake til.

### FELLESKAP OG YTRE FIENDAR

I den seine driftsteorien til Freud vert det eit nytt skifte med *Ubehaget i kulturen* (1930), der han flytta søkelyset frå gjentakingsvungen til konflikten mellom Eros og dødsdrifta. Eros er den skapande og fredelege drifta som ustanseleg søker å sameina alt levande i større ein-skapar. Dette inkluderer den kreative søkinga etter å danna stadig nye og utvida fellesskap. Frå familien, stamma, naboskapen, nasjonen til fellesskapet som menneskeslekta rett og slett, eller det kosmopolitiske fellesskapet. Dødsdrifta eller aggressiviteten, eller Thanatos, på si side, fremjar den «naturlege» fiendskapen mellom menneska som bryt ned fellesskapa. Slik er dødsdrifta ei tilbakeføring til den livlause materien, øydelegging og oppløysing av samanslutningar, både i organismen og innfor dei sosiale fellesskapa.

Vi legger til at den [kulturen] er en prosess i Eros' tjeneste, og at hensikten er å få enkelt-

mennesket til å slutte seg sammen i familier, stammer, folk og nasjoner, og endelig til den største enhet, menneskeheten. [...] Menneskenes naturlige aggresjonsdrift, den enes fiendskap mot alle og alles mot den ene, motsetter seg imidlertid dette kulturens program. Denne aggresjon er dødsdriftens avkom og hovedrepresentant, den dødsdriften vi har funnet ved siden av Eros, og som Eros må dele verdensherredømmet med. [...] Og denne striden mellom gigantene har man villet avfeie med våre barnepikers vuggesang! (Freud, 1992 [1930], s. 70).

Freud meinte også at dei sterkaste fellesskapa vart danna gjennom ein opphavleg og kreativ bruk av vald. «Farsdrapet» er opphavet til danninga av «brorfellesskapet», som eit skuld- og valdsfellesskap, og dette fellesskapet er mønstret for mange former for universell solidaritet (Freud, 2013 [1912–1913]).

Det er velkjend sosiologisk kunnskap at eitkvart fellesskap vert halde saman av samspillet mellom indre ideal og leiarskap på den eine sida og kampen mot ytre fiendar på den andre sida (Freud, 2004 [1921]). Freud peika på at for eksempel fiendskapet mot jødane har ytt viktige tilskott i danninga av dei nasjonale fellesskapa i fleire land. Nasjonalismen er slik sett også eit dødsfellesskap, fordi den sterkaste form for solidaritet vert danna gjennom krig mot ytre fiendar (Møen, 2020). Eit anna døme er ifølgje Freud at etter Paulus hadde framheva den allmenne menneskekjærleiken innfor kristendommen, vart også kampen mot dei som stod utanfor, skjerp. Banda mellom dei truande vart sterke, men fiendskapen og intoleransen mot dei ikkje-kristne auka (Freud, 1992 [1930], 2004 [1921]).

Vi har ein serie med historiske døme på dette paranoide og aggressive innslaget i danninga av dei mest utvida og universelle fellesskapa. Det romerske imperiet hadde «barbarane» som dei absolutte fiendane, og for kommunismen var borgarskapet den vonde fienden. Nazismen representerte et sterkt hat mot jødane. Georg Bush gjekk etter 11. september 2001 til krig mot det ekstreme islam som den absolutte vondskapen.

Freud hadde i denne samanhengen ein spesifikk diagnose for danninga av ein fredeleg sivilisasjon. Freud meinte at den stadige utvidinga av fellesskapa og framveksten av den



kosmopolitiske freden, som Eros bidreg med, samstundes fører til indre ufred, samvitsplager og skuldkjensle. Eller ei stille dødsdrift som eit altomfemnande «ubehag i kulturen»: «Er kulturen den nødvendige utviklingsgang fra familie til menneskehet, foregår det en parallell økning av skyldfølelsen, kanskje til en styrke som den enkelte har vanskelig for å greie» (Freud 1992 [1930], s. 83). Kjærleiken eller Eros mellom menneska, og mellom menneska og naturen, er vakre ideal. Men desse ideala er ikkje så realistiske å gjennomføra, fordi dei støyter mot grensene til menneska sine driftsanlegg.

### DEN TRISTE STEMNINGA

Korleis framstiller så Freud samanhengen mellom gjentakingsvungen og dødsdrifta? Freud meiner at det er noko allment konserverande med driftene: «En drift skulle da i den levende organismen være en iboende tvang til å opprette en tidligere tilstand...» (Freud, 2011 [1920], s. 48). Døden er difor eit uttrykk for ein radikal gjentakingsvang, dette å gjenta eller venda tilbake til den livlause materien før den tilfeldige og lite sannsynlege framveksten av livet. Det skal slik sett ifølgje Freud vera djupe biologiske grunnar til at vi strever aktivt for å nå døden og den endelege stille ikkje-eksistensen. «Hvis vi uten unntak kan tillate oss å anta at alt levende dør av indre årsaker og vender tilbake til det anorganiske, kan vi bare si det slik: Målet for alt liv er døden, og som tidligere anført: Det livløse eksisterte før det levende» (Freud, 2011 [1920], s. 51). Freud skildra denne ikkje-eksistensen som den nevnte «nirvanatilstanden»: ei oppheving av all indre spenning, ei total nullstilling av lyst, strev og begjær (Freud, 2011 [1920]). Vi kan ved dette forstå nirvanaprinsippet som fjerning av alle investeringar i andre menneske, aktivitetar, naturen og objekt (Valdrè, 2019).

Det er eit stort spekulativt sprang i å påstå at gjentakingsvungen er utgangspunktet til det allmenne omgrepet om ei sjølvstendig dødsdrift. Det er etter mi meining likevel mogleg at livet berre er eit lysglimt i det stille myrkret. At opphavelig fanst berre den livlause materien, og at livet oppstod gjennom eit tilfeldig samspel av mange faktorar, og at alt liv dør av indre årsaker. Ut i frå både kliniske og sosiokulturelle observasjonar finst det også grunnar til å hevda at dødsdrifta driv oss vekk frå verda og inn i det stille, mørke og innoververande. Til dømes er det vorte hevda at ein viktig psyko-

patologi i dagens samfunn er tilsynekomsten av «den triste stemninga». Dette er ein følelse som oppstår hjå personar som har vanskeleg for å investera Eros eller libido i noko som helst. Desse personane har få eller ingen kjærleiksband til andre menneske, ingen meningsfulle gjeremål, liten fascinasjon og glød andsynes naturen og tinga i omverda. Dette er blitt den levande død for mange – eit liv utan ei framtid med meningsfulle gjeremål. Ei slik form for fråkopling kan visa seg mellom anna gjennom å søkja ly i rus, dataspel og sosiale medium. Mangelen på tilknytning og investeringar opnar opp for ei enorm negativ kraft som svekker den psykiske strukturen hjå dei som vert ramma av denne triste følelsen (Valdrè, 2019).

Eg vil framheve Valdrès (2019) omgrep om «ikkje-investering, disinvestment», som nettopp fører til den nullstillinga av livslysta som omgrepet om nirvanaprinsippet representerer. Omgrepet kan vera viktig med tanke på å skildra enkelte kulturelle fenomen. I dagens konsumkultur finst det til dømes eit driv om å ikkje halda fast ved ting og relasjonar, det er ei stadig rørsle mot å forbruka, noko som også vil seia å øydeleggja alt det gamle i ei stadig jakt etter det nye. Dersom vi ikkje knyter oss til tinga og andre menneskjer gjennom emosjonelle investeringar, står vi att med eit grenselaust begjær, som etter at lysta er tilfredsstilt, startar opp att på ny, igjen og igjen (Valdrè, 2019).

Desinvesteringa kan vi også finna at i valdsbruk mot dei som skil seg ut på grunn av seksuell legning, hudfarge eller funksjonsnedsetting. Ei vald utan meining og grunngeving, men som vert utført berre for å få ei kjensle av å vera i livet og bryta med den store keisemd og likesæle (Valdrè, 2019). Eg har ovanfor skildra korleis den religiøse fundamentalismen kan vere uttrykk for gjentakingsvang. Men sett frå ein litt annan synsvinkel kan vald og terror som har bakgrunn frå fundamentalisme, også springa ut av ein total mangel på investeringar i andre menneske, og framandgjerung frå lokalsamfunn, nasjonen, staten og den demokratiske medborgarskapen. For desse terroristane er alt likegyldig i høve til den reelle og faktiske verda. Den imaginære draumen om ei tidlaus fortid får derimot ein veldig meining og vekt.

### KONKLUSJON

Etter mi meining er den seine driftsteorien sin ide om gjentakingsvang og dødsdrift verdifulle



med tanke på å forstå nokre aspekt ved dagens psykopatologiar. Eg starta artikkelen med Freuds innsikt om at Moses var ein kulturell helt fordi han kontrollerte aggresjonen sin og overførte denne aggresjonskrafta til kulturskapande verksemd. Dødsdrifta har eg først skildra gjennom gjentakingstvingen i leiken til barnebarnet til Freud. Den vesle guten Ernst gjorde det same som Moses i å overføre sitt sinne, knytt til mora som brått vart borte, til den repeterande leiken. Leiken kan sjåast som eit allment kulturelt mønster som ofte kjem til syne som ein «demonisk» tvang til å gjenta. Eg har vist til korleis omgrepet gjentakingstvang kan vere relevant for å forstå dei moderne fenomen diett-tvang, fundamentalisme og herredømme over naturen. Eg har skildra dialektikken mellom eros og dødsdrifta i kulturen eller sivilisasjonen. «Ubehaget i kulturen» aukar gjennom for mykje naturomsorg/miljøvern og gjennom å utvida solidariteten til å femna om alle menneske. Just fordi då vil aggresjonen venda innover som skuldkjensle eller samvitsgnaging.

Eg trur nok at desse tendensane til nevrotisk skuldkjensle og «ubehag i kulturen» var meir vanlege på Freuds tid. Samstundes har det oppstått eit nytt ubehag og ein ny klinisk og sosiokulturell tilstand som ein kan omgrepsfesta som «den triste stemninga innanfor eit aude indre landskap». Landskapet er dødt og aude fordi mange menneske ikkje investerer kjensler i tinga, andre personar, historiske minne, biografiske erfaringar og naturen. Denne triste stemninga kjem særleg fram i dei rusavhengige, dei som utøver tilfeldig vald, og dei som lever det meste av livet sitt innanfor ein media-, informasjons- og dataspelrealitet. ✘



«Ubehaget i kulturen»  
aukar gjennom for mykje  
naturomsorg/miljøvern

## REFERANSER

- Edmundson, M. (2010). *The Death of Sigmund Freud. The Legacy of His Last Days* (2. utg.). Bloomsbury Publishing.
- Freud, S. (2011 [1920]). *Hinsides lystprinsippet*. Vidarforlaget.
- Freud, S. (2015 [1939]). *Mannen Moses og den monoteistiske religionen*. Vidarforlaget.
- Freud, S. (2004 [1921]). «*Mass Psychology and Analysis of the 'T'*». I *Mass Psychology and Other Writings*. Penguin Books.
- Freud, S. (2013 [1912–1913]). *Totem og tabu. Noen overensstemmelser mellom villes og nevrotikers sjeloliv*. Vidarforlaget.
- Freud, S. (1992 [1930]). *Ubehaget i kulturen*. Cappelen's upopulære skrifter.
- Kaye, H.L. (2019). *Freud as a Social and Cultural Theorist On Human Nature and the Civilizing Process*. Routledge.
- Khosrokhavar, F. (2022). *Jihadism in Europe: European Youth and the New Caliphate* (Religion and Global Politics) (p. xi). Oxford University Press.
- Møen, A. (2020). *Sigmund Freuds samfunns-teori*. Scandinavian Academic Press.
- Roy, O. (2017). *Jihad and Death: The Global Appeal of Islamic State*. C. Hurst & Co.
- Valdrè, R. (2019). *Psychoanalytic Reflections on The Freudian Death Drive. In Theory, the Clinic, and Art* (1<sup>st</sup> ed). Routledge, Taylor, and Francis.
- Whitebook, J. (2017). *Freud: An Intellectual Biography*. Cambridge University Press.



FOTO: THOR BRØDRÆSKIFTUJB

**TEKST** Viktor Schønning

**KONTAKT** Viktor.Schonning@helse-bergen.no

**MERKNAD** Ingen oppgitte interessekonflikter

## Barn og ungdom i forskning om vold

Å involvere barna har ulemper, men tar barnas rett til å bli hørt på alvor. Deltagelse kan gi en opplevelse av påvirkningskraft.

**B**arn og ungdom involveres i stor grad i forskning i en rekke fagområder. Det gjelder også i psykologien, hvor en stor del av kunnskapen klinikere benytter seg av, stammer fra forskning på mindreårige. Barn og ungdom deltar i økende grad i forskning og bidrar med førstehåndskunnskap. Det er en positiv utvikling, men trenden aktualiserer og tydeliggjør etiske betraktninger som er nyttige å kjenne til, både for forskere og klinikere.

Jeg disputerte nylig for doktorgraden min på søvn og psykisk helse hos voldsutsatte mindreårige, og prøveforelesningen min handlet nettopp om etiske betraktninger og implikasjoner av å involvere mindreårige i voldsforskning. Tematikken vekker ofte følelser, og det skapes raskt bilder av sårbare barn som må ivaretas. Mange kan vurdere det som uetisk å be barn

gjenfortelle og til dels gjenoppleve sine mest traumatiske livshendelser, selv i forskningens navn. Et sentralt forskningsetisk prinsipp er å beskytte forskningsdeltakere og minimere ulemper ved deltakelse – og dette gjelder i særlig grad for barn og ungdom.

Det finnes ingen fasit på om barn bør involveres i forskning på seg selv. Det er fordeler og ulemper som krever en rekke etiske avveininger, og til syvende og sist blir det et kost-nytte-spørsmål. Det er forskjeller i praksis og regulering mellom ulike land, og Norge har lagt seg på en liberal linje. Her tillater vi at barn ned til 12 år deltar i forskning på voldshendelser på egne vegne, gitt at en rekke forutsetninger er tilfredsstillende. For at deltagelsen skal tillates, må blant annet «samfunnsnyttene ved prosjektet klart overstige ulempene det kan medføre for det enkelte barn å delta i prosjektet» ( Forskrift om barns rett til selv å samtykke til deltakelse i forskning, 2017; Helseforskningsloven, 2008, §§ 10 og 17). Dette er verdimeslige avklaringer som foretas av statlig styrte etiske komiteer, de regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). For å gjenspeile kompleksiteten og det verdimeslige i avgjørelsene kreves det at hver etisk komite skal ha ekspertise i etikk, juridiske spørsmål og relevante forskningsdisipliner, i tillegg til



ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK

en lekperson, for slik å dekke de ulike aspektene involvert.

#### ULEMPER

Hvor belastende oppleves forskningsdeltakelsen for barn selv – og kan barns forskningsdeltakelse rettferdiggjøres for å få tilgang på den unike førstehåndskunnskapen de innehar?

En del barn vil oppleve ulemper ved å delta i forskning på egenopplevd vold. Den mest åpenbare ulempen er at det kan være smertefullt å huske på, gjenfortelle, og til en viss grad gjenoppleve tidligere opplevd vold og overgrep. I ytterste konsekvens frykter en at barna kan re-traumatiseres av forskningsdeltakelsen.

I forskningslitteraturen har flere studier funnet at opp mot en tredjedel av barn og unge føler seg opprørt («distressed») etter å ha svart »

”

... det skapes raskt bilder av sårbare barn som må ivaretas



... førstehåndskunnskap fra barn fanger deres personlige erfaring og gir en annen kredibilitet

på spørsmål om voldshistorikk og sensitive hendelser (Langhinrichsen-Rohling et al., 2006; Ybarra et al., 2009). En av studiene fant at yngre barn hadde høyere risiko for å bli opprørt enn eldre, og at barn som ikke selv hadde opplevd vold, ble like opprørt som de voldsutsatte (Ybarra et al., 2009). Disse funnene understreker viktigheten av å tilrettelegge for å minimere risiko knyttet til barns forskningsdeltakelse.

Samtidig er det slik at en stor andel av barna opplevde forskningsdeltakelsen som positiv, og en dialektisk opplevelse av forskningsdeltakelsen som både opprørende og givende forekommer hyppig blant deltakerne. En kanadisk studie av ungdom som mottok barnevernstjenester, fant at ubehag ved deltakelse samvarierte med de opplevde fordelene ved deltakelse (Waechter et al., 2019). Forfatterne av studien foreslår at økt ubehag ved studiedeltakelse kan skyldes at ungdommene er emosjonelt investert i studien, som kan tolkes som at studien oppleves som viktig for dem (Waechter et al., 2019). Om dette stemmer, tyder det på at sameksistensen av ubehag og opplevd mening ved deltakelse i forskning på vold ikke bare er hyppig forekommende, det er også en sammenhengende mekanisme.

Selv om en andel barn opplever ubehag ved å spørres direkte om egen voldshistorikk, er det sjelden sterkt eller vedvarende over lang tid, og en stor andel av deltakerne bekrefter at de ville deltatt i studien igjen dersom de hadde kjent til spørsmålene på forhånd (Mathews et al., 2022). Dette styrker idéen om at noe ubehag kan forventes, men så lenge ubehaget ledsages av en opplevelse av mening, og en følelse av at en bidrar til å hjelpe andre, syns deltakerne ofte at deltakelsen er verdt det. I en oversiktsartikkel konkluderer forfatterne rundt risikoen ved deltakelse i studier av vold og potensielle traumatiske hendelser med at «på generelt grunnlag er det ikke grunn til å kreve ekstraordinære tiltak for traume-relaterte studier» (Newman & Kaloupek, 2009). Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress konkluderer også i en rapport fra 2016 med at det er «liten risiko for at barn og unge tar skade av å delta i forskning om potensielt traumatiserende hendelser» (Dyb et al., 2016).

#### FORDELER

Det er også en rekke fordeler ved å involvere barn i forskning på vold – både samfunnsmessige og individuelle. Av fordeler for det individuelle barnet kan det trekkes fram at det å fortelle om ens egen erfaring til en empatisk, lyttende voksen i en profesjonell forskningskontekst kan oppleves som validerende, og at hendelsen blir tatt på alvor. En annen fordel er at barna får mulighet til å hjelpe andre i lignende situasjoner, som vil kunne gi en opplevelse av mening og å bidra til et større gode. Slik sett vil barns forskningsdeltakelse tilrettelegge for en opplevelse av agens og gi dem påvirkningskraft inn mot å bedre situasjonen til andre sårbare barn, som kan være helende i seg selv.

Av samfunnsmessige fordeler kan det trekkes fram at å involvere barn kan øke oppmerksomheten om voldsproblemet i samfunnet, som videre kan bidra til økt innsats for å forhindre problemet. Kunnskapsgrunnlaget for å motarbeide vold mot barn vil også bedres ettersom førstehåndskunnskap fra barn fanger deres personlige erfaring og gir en annen kredibilitet enn foreldrerapportert informasjon. Å involvere barn i forskning på dem selv kan knyttes til Barnekonvensjonens artikkel 12, som gir barn en generell rett til å uttrykke seg og å få sine synspunkter tatt på alvor – også innen forskning – og det er noe samfunnet er pliktig å tilrettelegge for.



Flere paralleller kan trekkes mellom de etiske betraktningene rundt å involvere barn i forskning og klinisk arbeid. Å gå i terapi kan tidvis oppleves ubehagelig og opprørende – det er tidskrevende, kan være dyrt, og i tillegg er det gjerne en terapeut på andre siden av rommet som stiller en rekke krav til deg. Samtidig kan det bidra til sårt tiltrengt endring, oppleves meningsfullt, hensiktsmessig og bidra til at en selv får det bedre. Det er fordeler og ulemper – og ofte er disse tett sammenvevd. Det gjelder også de etiske avveiningene vi som samfunn må ta når vi regulerer og tilrettelegger for trygg forskningsdeltakelse for barn.

Så sent som i 1975 estimerte en amerikansk lærebok i psykiatri at forekomsten av alle typer incest var én per million (Henderson, 1975). De fleste vil være enige i at det er svært usannsynlig at forekomsten av incest på noe tidspunkt i historien har vært så lav. En mulig forklaring på den lavt estimerte forekomsten kan være at barn ikke ble inkludert som informasjonskilder. En konsekvens av en slik feilestimering vil være en underutviklet infrastruktur for å forebygge, fange opp og tilby behandling for incestutsatte, og dette relativt nylige eksempelet kan sees som en tydelig påminner om viktigheten av å involvere barn i forskning tross ulempene det kan føre med seg å være deltaker. ✘

## REFERANSER

- Dyb, G., Glad, K. A., Hafstad, G. S., Holt, T., Myhre, M. C., Skjørten, K., Thoresen, S., Warp, S. K. & Hauge, M. I. (2016). Juridiske, etiske og metodiske problemstillinger ved gjennomføring av omfangsundersøkelser med barn og unge om vold og seksuelle overgrep. [https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/06/Juridiske-etiske-og-metodiske\\_NKVTS\\_Rapport\\_5\\_2016\\_web.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/06/Juridiske-etiske-og-metodiske_NKVTS_Rapport_5_2016_web.pdf)
- Forskrift om barns rett til selv å samtykke til deltakelse i forskning. (2017). Forskrift om barn mellom 12 og 16 år sin rett til selv å samtykke til deltakelse i medisinsk og helsefaglig forskning (FOR-2017-06-28-1000). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-06-28-1000>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44/>
- Henderson, J. (1975). Incest. I A. M. Freedman, H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (2. utgave, s. 1532). Williams & Wilkins.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Arata, C., O'Brien, N., Bowers, D. & Klibert, J. (2006). Sensitive research with adolescents: Just how upsetting are self-report surveys anyway? *Violence and Victims*, 21(4), 425–444. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.21.4.425>
- Mathews, B., MacMillan, H. L., Meinck, F., Finkelhor, D., Haslam, D., Tonmyr, L., Gonzalez, A., Afifi, T. O., Scott, J. G., Pacella, R. E., Higgins, D. J., Thomas, H., Collin-Vézina, D. & Walsh, K. (2022). The ethics of child maltreatment surveys in relation to participant distress: Implications of social science evidence, ethical guidelines, and law. *Child Abuse & Neglect*, 123, 105424. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105424>
- Newman, E. & Kaloupek, D. (2009). Overview of research addressing ethical dimensions of participation in traumatic stress studies: Autonomy and beneficence. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 22(6), 595–602. <https://doi.org/10.1002/jts.20465>
- Waechter, R., Kumanayaka, D., Angus-Yamada, C., Wekerle, C. & Smith, S. (2019). Maltreatment history, trauma symptoms and research reactivity among adolescents in child protection services. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 13, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0270-7>
- Ybarra, M. L., Langhinrichsen-Rohling, J., Friend, J. & Diener-West, M. (2009). Impact of asking sensitive questions about violence to children and adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 45(5), 499–507. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2009.03.009>

# Meninger

## KOMMENTAR

# Psykiatere på full fart inn i fortiden

At styret i Norsk psykiaterforening ønsker at psykiatere skal være enerådende i ledelse av psykisk helsevern, er ikke så overraskende. Men det er vanskelig å se hvilket problem et psykiaterhegemoni reelt skal løse.

**TEKST** Katharine Cecilie Williams, sjefredaktør



FOTO: THOMAS BRUN / NTB

### TREFFER PROBLEMET, BOMMER PÅ LØSNING

I Dagens Medisin 16. april i år uttrykker styret i Norsk psykiatrisk forening (heretter styret) bekymring for at gruppen med de alvorligste psykiske lidelsene blir skadelidende i et helsetilstand som ikke differensierer mellom pasienter. Bakteppet er et psykisk helsevern som erfarer en eksplosiv vekst, og hvor behandlingsskapasiteten er sprengt. Styret poengterer at den manglende differensieringen medfører at en stor gruppe pasienter blir overbehandlet i spesialisthelsetjenestene, på bekostning av kritisk og nødvendig behandling av gruppen «alvorlig psykisk syke». I en situasjon der etterspørselen er blitt større enn tilbudet, er dette en viktig diskusjon for oss å ta. Her blir det naturlig å stille spørsmålet: Hvem skal vi prioritere bort? For gruppen «alvorlig syke» er relativt liten, sammenliknet med alle pasienter i psykisk helsevern som ikke kommer inn under denne kategorien.

Styret hopper over å konkretisere hvem som tilhører gruppen «alvorlig syke» og ikke, og går direkte til løsningsforslaget: Styret vil ha en «tydeligere oppgavefordeling». Det er altså ikke en endring på systemnivå eller en diskusjon i samfunnet om hvordan vi skal forholde oss til psykiske lidelser og kapasiteten i klinikkene, styret ønsker seg. Nei, problemet

med manglende differensiering skal løses av legene, bare de kan få tilbake sin hegemoniske posisjon i klinikkene. Jeg går og sjekker, men får bekreftet: Vi teller 2024 og ikke 1974.

### PSYKOLOGER KAN IKKE UTREDE?

Styret er svært konkret når det gjelder ønsket løsning, men tåkelegger de reelle implikasjonene. Når det gjelder alvorlige psykiske lidelser, har psykiatere alltid hatt en nødvendig, solid posisjon, og det er svært vanskelig å se for seg en akuttavdeling uten grunnfast dekning på psykiatersiden.

Det er en selvfølge at legen foretar somatiske utredninger og medisinske helhetsvurderinger, spesielt blant pasienter som tar medisiner eller har sammensatte fysiske og psykiske plager. Men at legene skal bli enerådende på diagnostikk og kartlegging i psykisk helsevern, vil være å dra behandlingstilbudet til den store og heterogene pasientpopulasjonen innen psykisk helsevern tilbake til fortiden. Psykiatere mangler utredningskompetanse for en rekke lidelser som omfattes av ICD-10 (ICD-11). I internasjonal sammenheng har norske profesjonspsykologer et svært godt utviklet spesialiseringssløp med solid videreutdanning i behandling av psykiske lidelser. I tillegg har psykologer en omfattende skoling innen nor-

malpsykologiske prosesser, nevropsykologi, utvikling, kognisjon, atferd og psyometri. Bare for å nevne noen av de områdene hvor psykologer er formelt bedre rustet til å utrede enn leger, og som kommer i tillegg til kompetanse innen diagnostisering av psykiske lidelser. I denne kompetansen inngår å vite når det er påkrevd å hanke inn medisinsk utredning.

En ting er å vurdere helheten hos pasienter som får farmakologisk behandling, men noe annet er å vurdere helheten i skille mellom eksempelvis depressive symptomer og redusert kognitiv funksjon. Mener styret at demenslidelser kan utredes uten tverrfaglighet? Eller at lidelser på autismespekteret skal fanges opp og utredes av skolehelsetjenesten?

Styret poengterer at en del pasienter har «livsproblemer som man skal leve gjennom uten at det må iverksettes profesjonelle tiltak». Skal angst og depresjon behandles av naboer og venner? Så lenge styret ikke konkretiserer annet enn at de mener at legene skal ha enerådende behandlingsansvar, blir slike spørsmål hengende i luften.

Styret skriver i sitt innlegg: «Vi foreslår at psykiateren med sin legebakgrunn tar det overordnede ansvaret for pasientens utredning og eventuelt behandling.»

Hvis styret med dette mener at psykologer ikke skal ha behandlingsansvar, hadde det vært fint om de sa det rett ut. I dag er det bare leger og psykologer som har behandlingsansvar i klinikker innen psykisk helsevern, og slik sett er meldingen krystallklar. Men jeg savner likevel at styret gjør det tydelig at de mener at psykologer må ut av denne rollen for å løse problemet med kapasitetsbelastningen i psykisk helsevern. Da kan vi kanskje få til en reell diskusjon om overbehandlinger og prioriteringer og ikke denne lite konstruktive profesjonsidylliseringen.

### LEGEN KAN OVERFØRE OPPGAVER TIL ANDRE

I innlegget i Dagens Medisin trekker styret frem en rekke faggrupper som de mener kan få enkelte oppgaver. Jeg for min del blir svært bekymret over fremtiden til flere yrkesgrupper enn min egen hvis legene skal ta over roret. Styret mener at det ikke er bærekraftig at legen går tur med pasienten, skaffer bolig eller bidrar i miljøterapi. Er det bare jeg som føler rekyll til 70-tallets sykehus med skjørteklede sekretærer som tar diktat i overlegens forværelse?

Styret nevner ikke «psykolog» med ett ord i innlegget, og derfor kan jeg anklages for å overreagere når jeg leser at det er psykologene de vil til livs. Imidlertid er det ikke lenge siden Solveig Klæbo Reitan og Lars Lien

publiserte en artikkel i BJPsych hvor psykologer svært konkret og spesifikt ble omtalt. Her problematiseres at psykiatere ikke lenger har det automatiske ansvaret for administrative og kliniske vurderinger fordi psykologer kan ha likestilte lederroller. «Denne situasjonen har ført til en omfattende diskusjon rundt kvalitet, behandlingsindikatorer, diagnostiske retningslinjer, behandlingsprogrammer og kvalitetssikring» (min oversettelse). Diskusjonen de viser til, må ha foregått andre steder enn det jeg har hatt tilgang til. Kanskje har det vært tema for møter i Norsk psykiatrisk forening. At Klæbo Reitan og Lie velger å ta diskusjonen på engelsk og i et tidsskrift som få i psykologenes fagmiljø har umiddelbar tilgang på, bidrar uansett til min opplevelse av en lite konstruktiv debattstrategi.

### VI TRENGER DISKUSJONEN

Tiden er moden for en reell og gjennomgående diskusjon om prioriteringer i psykisk helsevern. Men pasientenes utrednings- og behandlingsbehov er viktigere enn profesjonenes egeninteresser. Det kan ikke være noen tvil om at psykiatere og psykologer har distinkte og nødvendige bidrag i behandlingen av pasienter med psykiske lidelser.

Styret presenterer overbelastede psykiatere som hovedproblemet som må løses. Hvis problemet er at psykiatere er overbelastet, er ikke større ansvarsoppgaver den intuitivt logiske løsningen. Psykiatere er nok ikke den eneste yrkesgruppen i psykisk helsevern som har krevende arbeidsdager. At styret tar initiativet til en viktig og nødvendig debatt, er beundringsverdig. Jeg håper styret kan bli mer konkret, åpen og direkte i kommunikasjonen fremover. ✖

### REFERANSER

- Reitan, S.K. & Lien L. (2023). Mental health services in Norway. *BJPsych International*, 20(4), 95–99. <http://dx.doi.org/10.1192/bji.2023.25>
- Reitan, S.K., Shagyani, S., Larsson, U., Weibell, M., Mork, E., Halvorsen, N., Lorentzen, K.N., Smetop, M. & Lien, L. (2024). Oppgaveglidning i psykisk helsevern – behov for tydeligere

oppgavefordeling. *Dagens Medisin*. <https://www.dagensmedisin.no/oppgaveglidning-i-psykisk-helsevern-behov-for-tydeligere-oppgavefordeling/628773>

# Den verdifulle skjermbruken



Psykologer har ikke grunnlag for skremmeretorikk eller anbefalinger om lovregulert skjermbruk.

**TEKST** Liss Anda



FOTO: PRIVAT

**KONTAKT**

[liss.anda@uis.no](mailto:liss.anda@uis.no)

**MERKNAD**

Ingen oppgitte interessekonflikter

**I PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS** marsutgave sammenligner Marie Midtsund (2024) skjermbruk med nikotinavhengighet. Hun viser til røykeloven med ønske om en skjermlov. Hun mener psykologer, med vår faglige kunnskap om mulige skadeeffekter, bør gå i bresjen for blant annet mobilfrie skoler. Men der tobakksbruk gjennomgående er farlig, finnes det sannsynligvis uskadelig «skjermbruk» (Tang et al., 2021). Kunnskap om at røyk er skadelig, var kjent allerede i 1964, og først i 2004 ble røykfrie serveringssteder innført. Det tok altså rundt 40 år å samle evidens og politisk vilje til å rettferdiggjøre en så vesentlig inngripen i folks liv som røykeloven var. Passiv røyking påvirker også omgivelsene negativt. Tilsvarende kategorisk kunnskap om skadelig skjermbruk finnes ennå ikke.

En annen viktig forskjell: Vi greier oss tålig bra uten nikotin. Nullkompetanse på forskjellen mellom generalsnus og white extra strong gir få ulemper privat eller på arbeidsplassen. Med skjermbruk er det annerledes. Ja, det finnes skadelig, potensielt vanedannende innhold på nett, og kanskje også skadelig skjermbruk, men det kan virke vanskelig å gå gjennom livet

uten skjerm. Det er derfor trolig mer relevant, om enn fremdeles søkt, å holde «skjermbruk» opp mot mat.

Mat er en nødvendighet for alle, men kan brukes destruktivt. Noen regulerer følelser ved overspising eller tvangspregert «clean eating». Men vi forbyr ikke spising på offentlig sted for å beskytte de som er sårbare for å utvikle slik atferd. Noen ganger er vi sinte på chips-reklamen og tenker vi bare burde spise chips på lørdager, men mange regulerer matinntaket sitt greit. På samme måte: Bruk av sosiale medier er antakelig positivt og negativt for to distinkte minoriteter, mens den store majoriteten i liten grad påvirkes i noen retning (Valkenburg et al., 2022). Også mat-metaforen er selvsagt satt på spissen. Men lik det eller ikke: En viss erfaring med og kompetanse innen «sosialt interaktiv skjermbruk» (fra Teams til TikTok) er hensiktsmessig nå og i fremtiden. Skjerm kan neppe unngås.

**SKJERM ER IKKE SKJERM**

Psykologer vet at barn trenger kompetent tilstedeværelse og veiledning for å utvikle seg både sosialt og generelt. Dette oppnår vi ikke ved





**SKJERMEN** gir læreren gode muligheter for nivå tilpasning, mener forfatteren. Foto: CreativeZone / Adobe Stock

å oppfordre til skjermforbud uten klargjøring av hva som i realiteten skal forbys. Argumenter for forbud mot «skjerm» blander nemlig ofte sammen teknologi, plattform og innhold. Skjerm er ikke skjerm. Ja, det finnes selvskadingsvideoer på TikTok. Men skjerm kan også være den beste muligheten en overbelastet lærer har for nivå tilpasset opplæring i matte. Det kan være Duolingo (skolen tilbyr jo ikke opplæring i kinesisk i 2. klasse) eller Procreate (miljøvennlig og kjekt å tegne på digital flate). TikTok er ikke engang TikTok. Min miks av tegne-tutorials og fordøyelsesrelaterte vitser er ikke noens feed av thigh gaps og what-I-eat-in-a-day. Vil vi som faggruppe unisont si at skjerm nærmest er gift for hjernen, eller ønsker vi bare at Chromebook skal reguleres bedre så barn ikke går inn på pornosider i timen hele tiden?

Det vi trenger, er mer forskning om hvorvidt sosiale medier eller annen digital aktivitet er skadelig, i så fall for hvem, eventuelt hvor skadelig og på hvilken måte (Bjornestad et al., 2020; Steinsbekk et al., 2023). Heller enn å be om forbud kan vi bruke vår psykologiske kompetanse til å bygge evidens rundt styrker og utfordringer ved skjermbruk. Vi kan fremme



Heller enn å be om forbud kan vi bruke vår psykologiske kompetanse til å bygge evidens rundt styrker og utfordringer ved skjermbruk





Det er ikke nødvendig å være psykolog for å rekke opp hånda på et foreldremøte

utviklingen av ikke-kommersielle digitale flater som tilfører barns liv noe positivt. Vi psykologer har, slik jeg ser det, ikke empirisk grunnlag i dag til å be om et spesifikt lovforslag for bedre regulering av «skjerm», uansett hva som legges i begrepet.

#### ET VOKSENANSVAR

Bekvante foreldre velger hva barna spiser, leker med og deltar på fra de er små, og hvilke bøker vi leser for dem. Men når det kommer til digitalt innhold, kaster vi armene i været og roper at det kan være det samme med alt sammen, det er uansett skadelig. Men man kan ikke abdisere voksenansvaret i møte med skjermbruk og en virkelighet som er høyst reell for barn og unge i dag. Vi «havner» ikke i noen skjerm-relatert tragedie. Vi vandrer inn i den med senket blikk og hendene på ryggen. Hvis noen synes barnet deres har vondt av TikTok, så må de rett og slett si nei til det. Det er ikke nødvendig å være psykolog for å rekke opp hånda på et foreldremøte. Foreldre og skoleledelse har allerede mandat til å regulere skjermbruk i hjem og klasserom. Å styrke foreldres evne til å sette individuelle grenser er ikke en erstatning for å jobbe for bedre tilpasning av skjerminnhold til barn og meningsfylt regulering på systemnivå, men det er et godt supplement.

#### MORALSK PANIKK

Skjerm kan faktisk også fasilitere sosial kontakt. Det kan være treveis FaceTime-samtale og Minecraft med søskenbarn i Bodø og Arendal, sånn at de kan hverandres navn neste sommer. Som Midtsund påpeker: Ungene våre står nå sammen i et digitalt skur. Og akkurat som i IRL-røykeskuret finnes mye samhold i det digitale skuret. Dette kan være særlig viktig for dem som faller utenfor den stadig trangere A4-malen som mange ungdom føler gjelder for dem. Internett gir unike muligheter til å bestemme selv når man vil avsløre sin annerledeshet, og til å finne andre hvis annerledeshet speiler ens egen. Det kan kanskje bli for mørkt for enkelte, men også fint for andre. For det var jo en grunn til at 90-tallets 15-åringer begynte å røyke. Det var sannsynligvis ikke at det smakte så sykt godt de første tre gangene. De ville ha noen å stå sammen med, de ønsket seg tilhørighet. Det gjør ungene i dag også.

Jeg mener diskursen rundt sosiale medier og skjermbruk bærer preg av moralsk panikk, med skjerm som «en trussel mot samfunnets verdier og interesser». I kjernen ligger den svært menneskelige, og for psykologer velkjente, frykten for det ukjente: det som potensielt forstyrrer majoritetens status og status quo generelt. For det er interessant at de gruppene som tilsynelatende har størst glede av sosiale medier og muligheten til online-sosialisering, gjerne er minoriteter IRL, på større eller mindre måter. Facebook-gruppa «For oss med Parkinson» har nesten 2000 medlemmer, og det postes daglig der. Enten du liker å håndfarge ditt eget garn, eller er en person med veldig stor kropp som liker å drive med parkour, så er det noen andre der ute som kan bekrefte at du ikke er alene. Det finnes alltid minst én for akkurat deg å danse med.

#### DEN DIGITALE DANSEN

Susan Harts relasjonsdans, som Midtsund refererer til, skjer med andre ord også på internett, om enn i andre former. Kanskje møtes to stykker en dag på en kafé og flytter sitt digitale leirbål til IRL. Kanskje ikke. Men psykologer har et særlig ansvar for å løfte fram også erfaringene til denne

stille minoriteten, så de ikke drukner i dette tiårets bekymring for ungdommens ve og vel.

Heller enn å be om fullstendige forbud er det behov for at vår kompetanse kan forvalte den teknologien vi har oppfunnet, for alle beste, også barnas. Vi må unngå den vanlige debattfella der vi i møte med nye medieformer havner i angstfylte skyttergraver med en retorikk dominert hovedsakelig av sylskarpe, emo-

sjonelt ladede rekyler. Å dytte teknologien til side heller enn å jobbe for bedre barnetilpassede plattformer, mer kunnskap om hva som er trygg skjermbruk, og mer ressurser i skolen så de faktisk kan komme seg ut på tur litt, vil i beste fall gå negativt ut over den sosiale minoriteten som endelig finner sitt leirbål online, og de skoleflinke og -svake som endelig får et modikum av tilpasset opplæring. ✕

## REFERANSER

- Bjornestad, J., Moltu, C., Veseth, M. & Tjora, T. (2020). Rethinking Social Interaction: Empirical Model Development. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4). <https://doi.org/10.2196/18558>
- Midsund, M. (2024). Psykologar må varsle om skjermbruk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(3), 194–197. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2024/02/psykologar-ma-varsle-om-skjermbruk>
- Steinsbekk, S., Nesi, J. & Wichstrøm, L. (2023). Social media behaviors and symptoms of anxiety and depression. A four-wave cohort study from age 10–16 years. *Computers in Human Behavior*, 147. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2023.107859>
- Tang, S., Werner-Seidler, A., Torok, M., Mackinnin, A.J. & Christensen, H. (2021). The relationship between screen time and mental health in young people: A systematic review of longitudinal studies. *Clinical psychology review*, 86. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102021>
- Valkenburg, P.M., Meier, A. & Beyens, I. (2022). Social media use and its impact on adolescent mental health: An umbrella review of the evidence. *Current opinion in psychology*, 44, 58–68. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.08.017>







# Grøftefyll i russetiden

Psykologer må nå russeren med kunnskap om faresignaler og konsekvenser av skadelig alkoholbruk.



**LIKE SIKKERT SOM** at de røde russebuksene viser seg i mai, er det at en god andel russ ender dryppende fulle i rennesteinen. De fleste reiser seg skjelvende igjen dagen etter, men for noen er det starten, eller fortsettelsen, på en skjevutvikling.

## BEGRENSET ERFARING

Russetid innbyr til fyll. De største risikofaktorene – å være sammen med venner som drikker, og hvor det er forventet, nærmest forherliget, å drikke mye alkohol – gjør veien til overstadig beruselse kort. Til og med russeren selv synes det kan bli for mye fyll i russetida. Sånn blir det trolig denne våren også.

Årets russ var offer for strenge koronarestriksjoner da de gikk på ungdomsskolen. De har vært gjennom nedstengning og begrenset sosial kontakt. De har mindre erfaring med uteliv og samvær. De har hatt færre anledninger til å utforske alkohol, men har tatt det igjen nå. Alkoholkonsumet blant unge har gått opp, spesielt blant jentene, og er nå høyere enn før pandemien (Bakken, 2022). Kjønnsgapet som tidligere var der, er lukket. Angst og depresjon øker blant aldersgruppa, og studier har vist

økt risiko for fyllekuler blant unge som bruker alkohol for å mestre angst (Park & Levenson, 2002).

## KUNNSKAP OM GRØFTEFYLLA

Til tross for det ovennevnte er det i dag blitt mer trendy å ikke drikke. Det finnes russeknuter med alkoholfrie alternativer, og russestyrene jobber for å motvirke ekskludering. Samtidig velger majoriteten av russeren å drikke. De må få vite hvordan de kan få det beste ut av alkoholen. At det er ved lykkepromillen på 0,5 de maksimerer gleden. Det er da dopaminnivåene er på topp, og de bedøvende virkningene av alkoholen ikke har tatt overhånd. Det er da alkoholen er et sosialt smøremiddel, latteren sitter løsere og hemningene slipper taket.

Russeren må få vite at det ikke blir gøyere eller bedre med en ekstra øl. De må også få vite at for hver gang de krysser grensa for lykkepromillen, må de drikke enda litt mer neste gang for å få den berusende virkningen de er ute etter. Det hormonelle stress-systemet tilpasser seg. Da bikker de fort over i fyll, for grensa for «binge drinking», eller fyllekuler på norsk, kan virke overraskende lav for mange.

**TEKST** Ragnhild Bø

**KONTAKT** ragnhild.bo@psykologi.uio.no

## MERKNAD

Ingen oppgitte interessekonflikter

## ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen



En fyllekule defineres vanligvis med et alkoholinntak som tilsvarer en promille på 0,8. Det innebærer 4 enheter alkohol for kvinner og 5 for menn innenfor en totimersperiode. Denne blodkonsentrasjonen fører til økt risikovilje, dårligere koordinasjon og lengre reaksjonstid, og er i seg selv forbundet med en rekke konsekvenser. Overstiger man «binge drinking»-grensa med to- eller tregangeren, tilsvarende en promille på 1,6 eller 2,4, øker risikoen ytterligere for å oppleve slagsmål, skader, trafikkuulykker, arrestasjoner og andre lovbrudd, sammenlignet med en promille på 0,8.

### HØY PROMILLE ER FARLIG

De akutte farene ved høye promillenivåer er betydelige og potensielt dødelige. Et økende antall unge har de siste ti årene havnet på legevakta med alkoholforgiftning. For jenter er risikoen for å oppleve seksuelle overgrep mange ganger høyere når de har drukket så mye at de ikke lenger evner å yte motstand. Selv om ned-doping også forekommer, er sjansen vesentlig høyere for at den voldtektsutsatte selv drakk seg fra sans og samling, noe som kan føre til skyld og skamfølelse.

Russen må få vite at dersom de drikker mye og fort, står de i fare for å oppleve blackouts. Da blokkeres overføringen av minner fra korttidstil langtidshukommelsen midlertidig, slik at de ikke husker noen ting, eller kanskje bare løsevne fragmenter som ved brownout. I den tilstanden er de fleste kognitive funksjonene (som impuls kontroll og beslutningstaking) svært redusert, samtidig som atferd eller potensielt farlige handlinger ikke huskes (eksempelvis å ha hatt sex med noen eller kjørt i fylla). Det er svært ubehagelig å bli beskyldt for å ha begått et lovbrudd du aldri husker å ha utført.

### EN UHELDIG LØPEBANE

Alkoholrus kan gjøre at dårlige ideer plutselig virker gode. Når alkoholen ikke gir mer moro etter promillen på 1,0 er nådd, velger en del å ruse seg. De kan eksempelvis bruke kokain med mål om å avhjelpe de negative effektene av alkoholrusen. Siden den sløvende effekten kontres, vil de fremstå mindre fulle, selv om promillenivået er svært høyt. Dette utsetter både dem og andre for betydelig fare. Både kokain- og cannabisbruken blant unge er økende (Bakken, 2022), og selv om det store flertallet ikke bruker andre rusmidler, gir rus-

bruk for noen en svært uheldig løpebane for resten av livet.

I russealder er ennå ikke hjernen ferdig utviklet. Å tilsette et nevrotoxin til et uferdig produkt er uheldig, og konsekvensene fyll har for nevroutvikling, er større i ungdomsalder enn i voksen alder. Selv om hjernen har stor evne til å tilpasse seg og gjenvinne funksjon, er det uklart om endringen reverseres av avhold (Lees et al., 2019). Fyllekuler endrer hjernens struktur og funksjon, og fører til at man får redusert evne til oppmerksomhet, læring, inhibisjon, beslutningstaking og arbeidsminne i edru tilstand. Det kan få innvirkning på eksamensresultater.

Også søvn vil rammes. Kun én fyllekule skal til for å påvirke genet som regulerer søvn. Dette forstyrrer balansen som gir signal om å sove, og medfører en følelse av søvnunderskudd til tross for at søvnen tilsynelatende har vært tilstrekkelig. Dessuten kan alkohol påvirke GABA-systemet og føre til økning i angst, såkalt «hangxiety». For noen kan tilstanden før kroppen og hodet gjenvinner sin balanse, lede til et nådeløst panikkanfall – og behov for å roe ned med en drink.

### NOEN ER I FARESONEN

Gener forklarer mellom 50–60 % av sårbarheten for å utvikle alkoholproblemer. Paradoksalt nok er det de som tilsynelatende tåler alkoholen best, som står i størst fare for å utvikle problemer. Den russen som ikke blir bedøvet, men oppvirket, og som drikker de andre under bordet og fortsatt fungerer dagen etter, er den som virkelig er i faresonen. Mennene som opplever blackouts, har også slik genetisk risiko, potensielt på grunn av en svakhet i inhibitorisk funksjon som blir mer fremtredende under pågående rus. De har lavere frustrasjonstoleranse og økt irritabilitet når de er edru, noe som kan gi dem vansker under press og i sosiale relasjoner. Dette kan gjøre veien til flaska kortere.

Å oppleve traumer, enten det har foregått under rus eller i barndom, er i seg selv en sterk risikofaktor for å utvikle rusproblemer. Følelser, fysiologi og nevralt reaktivitet kan fungere annerledes under stress, og alkoholbruken forsterkes av funksjonen den fyller – enten å roe et overaktivert nervesystem fylt av negative emosjoner, eller skape liv og spenning i et underaktivert system.

Kombinasjonen med fyll og rusmidler er uheldig på kort og lang sikt, og predikerer

utviklingen av alkoholavhengighet i denne unge aldersgruppa – mer enn hva angst og depresjon gjør. For selv om depresjon ikke i seg selv er risikofaktor for fyllekuler hos unge, er kombinasjonen spesielt uheldig, og høyner risikoen for suicidale tanker og atferd betydelig. Og drikker man seg ofte full i tenåra, er risikoen for depressive plager forhøyet i opptil 15 år senere (Powers et al., 2016).

### PSYKOLOGENES ROLLE

De aller fleste som utvikler alkoholrelaterte problemer, oppsøker ikke hjelp for problemene før de er i 30–50-åra, men vi psykologer vil møte mange av dem på kontorene våre før den tid. På grunn av utstrakt grøftefyll vil mange av dem seile under annet flagg som angst, depresjon og søvnvansker. De vil uttrykke en følelse av ikke å mestre livet, ikke forstå andre, ha vansker med relasjoner, eller ikke riktig henge med i studiene. Å kartlegge alkoholerfaringer med vektlegging av funksjonen alkoholen har for den enkelte (for eksempel oppkvikkende eller bedøvende), erfaringer de har hatt både under alkoholpåvirkning og ikke (for eksempel blackouts/brownouts, overgrep), og hvorvidt de bruker alkoholen for å mestre sosiale situasjoner, kan si noe om risikoen for at fyllekulene blir et vedvarende problem eller en umiddelbar fare for liv og helse.

Psykologer kan ikke endre det som har skjedd, ei heller at fyllekuler i ungdomstid endrer hjernens struktur og funksjon. Men vi kan bidra med vår kunnskap. Vi kan hjelpe pasientene våre med å øve opp mestringsstrategier og sosial kompetanse, samt bevisstgjøre dem på risikosituasjoner, legge handlingsplaner og utvikle implementeringsintensjoner.

Men mest av alt skulle jeg ønske at vi nådde ut med den kunnskapen vi faktisk har om alkohol og hvordan alkohol kan brukes på en så lite skadelig måte som mulig. Vi kan på en ikke-moraliserende måte hjelpe rusen med å ta gode valg i møte med rus, og bidra til å fange opp dem som begynner å streve, før det har gått helt galt av sted.

For russetida vil formodentlig også i år fylles med overdrevet alkoholkonsum en måned i strekk. De fleste vil klare seg greit, og gjennom normative endringer i personlighet og innpass i nye voksenroller vil de fleste etter hvert modnes ut av et drikkemønster preget av fyll. Samtidig vil en del russ etter en måned med fyll møte til eksamen med styggen på ryggen, og risiko for eskalerende rusbruk. ✕



Å tilsette et nevrotoksin til et uferdig produkt er uheldig

### REFERANSER

- Bakken, A. (2022). *Ungdata 2022. Nasjonale resultater*. NOVA-rapport, 5. <https://hdl.handle.net/11250/3011548>
- Lees, B., Mewton, L., Stapinski, L.A., Squeglia, L.M., Rae, C.D. & Teesson, M. (2019). Neurobiological and cognitive profile of young binge drinkers: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 29, 357–385. <https://doi.org/10.1007/s11065-019-09411-w>
- Park, C.L. & Levenson, M.R. (2002). Drinking to cope among college students: prevalence, problems and coping processes. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 63(4), 486–97. <https://doi.org/10.15288/jsa.2002.63.486>
- Powers, J., Duffy, L., Burns, L. & Loxton, D. (2016). Binge drinking and subsequent depressive symptoms in young women in Australia. *Drug Alcohol Dependence*, 161, 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.01.019>

# Hjernefunn uten praktisk betydning

Før hjerneforskningen gjør enorme framskritt, har det begrenset nytteverdi å snakke om miljøets påvirkning på hjernen.



**TEKST** Børge Holden



FOTO: PRIVAT

**KONTAKT** Børge.  
Holden@sykehuset-  
innlandet.no

**MERKNAD**  
Ingen oppgitte  
interessekonflikter

I **PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS** aprilnummer svarer Ida Brandtzæg et al. (2024) på Per Lorentzens (2024) opprinnelige kronikk «Hjernen er ikke stjernen». Brandtzæg et al. mener det finnes mye kunnskap om sammenhengen mellom omsorgserfaringer og hjerneutvikling. Deres innlegg består etter min mening dessverre av selvfølgeligheter og manglende logikk.

## UNIVERSELT OG ÅPENBART

Først selvfølgelighetene. At trygg tilknytning, eller generelt god oppvekst, er viktig for barns utvikling og sunt for hjernen som for resten av kroppen, mener nok de fleste. At tiltak som bedrer tilknytning, også bedrer hjernen, for eksempel «konnektivitet mellom amygdala og prefrontal korteks», stemmer sikkert. Det skjer garantert utallige andre endringer.

Vi må kunne gå ut fra at hjernen påvirkes av det biologiske miljøet og av erfaringer, og at de første leveårene er viktige. Det hadde vært rart om det var annerledes. Jo før noe kommer ut av kurs, dess skjevere blir det. Det hadde vært like rart om store skader ikke var verre å rette opp enn små skader. Det er helt universelt. Også at en tidlig skade ikke er helt irreversibel, og at

det alltid er en viss plastisitet, virker opplagt. Atferd som skyldes for eksempel omsorgssvikt, er naturligvis aldri umulig å påvirke.

## MYE HJERNEPRAT GIR UFORTJENT STATUS

Så logikken. Brandtzæg et al. mener «ikke at hjerneperspektivet alene bør være bakgrunnen for omsorgsovertakelse». Nei, hvordan skulle det ha skjedd? For at et funn på hjernenivå skal kunne si noe om atferd, må man kjenne atferden som funnet skal si noe om. Da er atferden kjent, og hjernefunn kan ikke si mer enn funn på miljø- og atferdsnivå når det for eksempel skal vurderes hvilke miljøtiltak barn trenger. Da er det tiltak som kan endre atferd, vi må lite på, og hjernefunn har ennå ingen praktisk betydning slik sett. Når hjernefunn i seg selv ikke sier noe om atferd, er det også vanskelig å se at hjernen er «individdefinerende», slik forfatterne mener den er. Før hjerneforskning gjør enorme framsteg, defineres vi nok mer av hva vi opplever og gjør.

I hjerneforskningen Brandtzæg et al. viser til, er endringer på hjerne- og atferdsnivå parallelle effekter av de samme variablene: tilknytning, omsorg og oppvekst i det hele tatt. Hjer-





Faksimile fra aprilutgaven

neendringer er ingen uavhengig variabel som skaper atferd. Gitt dette forholdet er det neppe tilfeldig at forfatterne skriver om hjerne og atferd om hverandre, og kun om miljøtiltak og atferdsendring når det gjelder praktisk handling.

Det har etter mitt syn begrenset nytteverdi å snakke om miljøets påvirkning på hjernen. Lorentzen har kanskje en annen vinkling enn meg på dette, men jeg støtter ham i at mye prat om hjernen er fraser som gir ufortjent status. ❌

**REFERANSER**

Brandtzæg, I., Torsteinson, S., Brean, G.V. & Tobiassen, S. (2024). Kunnskap er ikke nevrobabel. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(4), 250–253. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2024/03/kunnskap-er-ikke-nevrobabel>

Lorentzen, P. (2024). Hjernen er ikke stjernen. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 61(2), 128–131. <https://psykologtidsskriftet.no/kronikk/2024/01/hjernen-er-ikke-stjernen>

**Dette er #nevro-babel-debatten:**

I januarutgavens kronikk «Hjernen er ikke stjernen» kritiserte Per Lorentzen bruken av hjerneforskning i psykologisk, barnevernsfaglig og populærvitenskapelig sammenheng. Han mener hjernemetaforer brukes ukritisk for å forsterke argumenter og overbevise, heller enn å bringe ny innsikt og forståelse. Han hevder dette kan svekke fagets troverdighet, og gå ut over barn og foreldre.

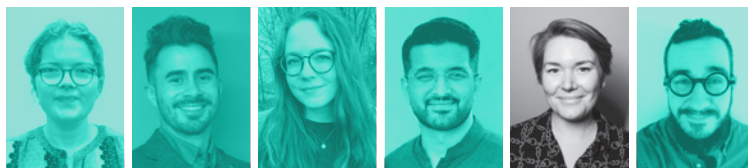
I et tilsvaer fremholdt Ida Brandtzæg et al. at kunnskap ikke er nevrobabel, og at tilknytnings- og utviklingspsykologi gjør betydningen av barns omsorgsmiljø mer tydelig.

Nordanger et al. mener Lorentzen har et poeng, og reflekterer rundt hvorvidt hjernediskursen har gått litt for langt. Samtidig argumenterer forfatterne at det finnes kunnskap som ikke må oversees.

Lorentzen har i et ytterligere innlegg holdt fast ved at hjerneforskningen fremstilles tendensiøst og uriktig. Her får han støtte fra Børge Holden, som mener nytteverdien ved slik forskning er begrenset.

Les flere innlegg i denne debatten på nettsiden:





RUNA KONGSVIK er spaltist i maiutgaven.

## Sentre for kjønnsinkongruens i alle helseregioner

Med dekning over hele landet har tilbudet nådd en sentral milepæl. Her er svar på vanlige spørsmål.

### MERKNAD

Runa Kongsvik er psykolog/koordinator ved Regionalt senter for kjønnsinkongruens, Helse Vest

**D**en 15. februar i år ble snoren klippet på Regionalt senter for kjønnsinkongruens (RSKI) i Helse Bergen. Med det har hver helseregion fått sitt RSKI, en viktig milepæl i desentraliseringen av tjenestetilbudet til personer med kjønnsinkongruens. Siden åpningen har det knapt vært stille på telefon og e-post fra kollegaer som vil vite stort og smått om tilbudet på senteret. For å unngå å gjenta meg selv, og dermed spare tid både til arbeid og fest, vil jeg her svare ut noen av de spørsmålene jeg oftest får som ansatt på RSKI.

*For å begynne med spørsmålet jeg oftest får på fest: «Hvorfor jobber du med dette?»*

Først og fremst fordi jeg synes det er spennende! Psykologien – men også filosofien, sosiologien, jusen, medisinen og politikken. Kjønnsinkongruens som tema beveger seg mellom alle disse disiplinene. Det handler om det evige spørsmålet om hvem man er, og hvorfor – og om hvordan man blir møtt av samfunnet hvis man bryter med de rådende normene. Om hvorvidt lovverket gir beskyttelse, og råderett over egen identitet. Om mulighetene som finnes for å endre kroppen slik at den kjennes mer riktig, og om begrensningene som likevel eksisterer. Om kampen for å kunne leve autentisk og åpent som seg selv.

Deretter over til spørsmål fra innboks og telefon:

*Hvorfor skal helsetilbudet desentraliseres?*

Det nasjonale behandlingstilbudet for kjønnsbekreftende behandling har ligget til

Rikshospitalet, hvor det har eksistert i ulike organiseringer siden starten av 1980-tallet. Pasientflyten har vært som følger: Fastlege har henvist til psykiatrisk utredning ved BUP eller DPS, som deretter har henvist pasienten videre til Rikshospitalet. I 2020 vedtok Helse- direktoratet i sine nasjonale faglige retningslinjer at deler av behandlingstilbudet skulle desentraliseres. RSKI skulle opprettes i hver helseregion som en del av denne prosessen. Kommunene skal i tillegg tilby veiledning og utforskning opp mot kjønn og identitet. Flere kommuner styrker nå kompetansen sin innen tematikken, for eksempel gjennom kommunale kompetanseteam om kjønn og seksualitet (KKS).

*Hvordan skal helsetilbudet organiseres?*

Personer med kjønnsinkongruens er en sammensatt gruppe med varierte ønsker og behov for oppfølging fra helsetjenesten – og ikke minst en gruppe som har vokst betydelig de siste årene. Helse- direktoratet skriver i retningslinjen at helsetilbudet bør være *desentralisert, differensiert og helhetlig* – det vil si organisert på flere linjenivå, individuelt tilpasset og koordinert. Videre skal tjenestetilbudet være i tråd med prinsippet om laveste effektive omsorgsnivå (LEON).

Formålet med desentraliseringen er å skape «*gode, sammenhengende pasientforløp for personer med kjønnsinkongruens*». Noen av hindringene som eksisterer i dag, er som følger:

### NYE STEMMER

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

- Variasjon i tilgang på lokale lavterskeltilbud
- Variasjon i om det gis tilbud på BUP/DPS, og hva slags tilbud som gis
- Stor pågang til den nasjonale behandlingstjenesten
- Mange pasienter får avslag som følge av mangelfull utredning/utforskning i forkant av henvisning.
- Lang reisevei til behandlingstilbudet for alle som er bosatt utenfor Oslo, som fører til fravær fra jobb eller skole

#### *Hvor ligger RSKI-ene, og hvem er målgruppen?*

RSKI ligger i spesialisthelsetjenesten, i hvert regionale helseforetak. Så å si alle har barn og unge med kjønnsinkongruens som sin målgruppe, men hva som er «ungt», varierer litt mellom regionene.

Helse Sør-Øst var først ute, og har i dag sentre ved Ahus og Sykehuset i Vestfold. Her finnes to sentre for pasienter under 18 år, og det så langt eneste RSKI-et med voksne som målgruppe (Tønsberg). Helse Nord sitt senter ligger på UNN i Tromsø, og tar imot pasienter opp til 23 år fra hele Helse Nord. Helse Midt er på St. Olavs i Trondheim, og tar imot pasienter under 23 år fra hele Helse Midt. Helse Vest sitt senter ligger på Haukeland i Bergen, og tar imot pasienter under 18 år fra hele Helse Vest. På sikt er tilbudene ment å utvides til å gjelde alle aldersgrupper.

#### *Hvem jobber på RSKI?*

Sentrene har så langt en beskjeden bemanning, med ett til to årsverk per senter. Inntil videre er sentrene psykologtunge, men det finnes også sykepleier, lege og sexologisk rådgiver blant de ansatte på forskjellige sentre. RSKI Vest har i tillegg opprettet et regionalt kompetansenettverk i regionen, som består av fagpersoner fra hvert helseforetak i tillegg til brukerrepresentanter.

#### *Hvem kan henviser til RSKI?*

Som til andre spesialisthelsetjenester kan fastlege, BUP, barnevernsleder eller psykolog/lege i kommunehelsetjenesten henviser til RSKI.

#### *Tilbys medisinsk kjønnsbekreftende behandling på RSKI?*

Inntil videre er det ingen RSKI som har et medisinsk tilbud. Hva slags tilbud som gis ved de enkelte sentrene, vil variere noe, men aktuelle tilbud er kartlegging, utforskende samtaler om kjønn og identitet, tilgang på hjelpemidler som kompresjonsvest eller proteser, hårfjerning og stemmetrening.

RSKI-ene har faste samarbeidsmøter med nasjonal behandlingstjeneste på Rikshospitalet om pasienter som ønsker kjønnsbekreftende behandling. Formålet er å sikre at aktuelle pasienter henvises dit på riktig tidspunkt, for å kunne begrense avslag og dermed korte ned ventelisten.

#### *Skal alle pasienter som ønsker kjønnsbekreftende behandling, gjennom RSKI? Skal de ikke lenger til BUP?*

Som alle andre kan personer med kjønnsinkongruens både ha og ikke ha psykiske lidelser og nevroatypi. Helsedirektoratet har gått vekk fra å anbefale psykiatrisk utredning som obligatorisk krav forut for kjønnsbekreftende behandling. Det blir altså prioriteringsveilederen og ikke kjønnsinkongruensen som avgjør om pasienten skal ha tilbud i BUP. Pasienter som har behov for utredning og behandling av andre tilstander, må henvises *både* til BUP / annen instans og til RSKI. Noen ganger vil behovet for utredning og behandling komme frem under forløpet på RSKI, som henviser videre. Godt samarbeid mellom RSKI og andre helse- og omsorgstjenester blir en grunnleggende forutsetning for et helhetlig og godt behandlingstilbud til målgruppen.

#### *Er det gøy å jobbe på RSKI?*

Stort sett! Det er stort å få være med på å skape bedre tjenester til en gruppe som over tid har hatt et altfor lite utbygd tilbud. Klientene og familiene vi har hatt kontakt med så langt, er glade og takknemlige for at tilbudet har startet opp. Og selv om dagene er travle, er det likevel hyggelig når nysgjerrige kollegaer tar kontakt og setter pris på at vi finnes. ✖

## 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.

### DEBATTINLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

### REPLIKK/KORTINLEGG

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.

# Inntrykk

Essay og anmeldelser

**ANMELDT:** BOK

## En nyttig provokasjon

Svend Brinkmann går til krig mot opplevelsessamfunnet i sin nye bok, hvor han argumenterer for at opplevelser ikke finnes.



**BOK** *Opplevelsessamfunnet - om viktigheten av å innse at livet ditt er mer enn bare opplevelser*

**FORFATTER** Svend Brinkmann

**ÅR** 2024

**FORLAG**

Fagbokforlaget

**SIDER** 91

**ANMELDT AV**

Daniel W. Gunstveit,  
RASP, Oslo og  
Tidsskrift for Norsk  
psykologforening

**MERKNAD**

Ingen oppgitte  
interessekonflikter

**I PÅSKEN KOM** jeg tilfeldigvis over sketsjen «Alt om min onkel» fra NRK-programmet *Uti vår hage*, hvor den funksjonsfriske karakteren Svein, spilt av Bård Tuft Johansen, også *føler seg som* funksjonshemmede Truls Ove, som ble påkjørt av en leddbuss da han var tolv år gammel. Denne politisk ukorrekte, men underholdende sketsjen, fikk sin parallell i virkeligheten for et par år tilbake, da Jørund Viktoria Alme sto frem i flere medier som rullestolbruker – selv om gangfunksjonen var helt i orden. At kjønnsidentitet og biologisk kjønn ikke nødvendigvis samsvarer er veletablert, både i og utenfor fagmiljøene, men at man kan «velge» å identifisere seg som rullestolbruker, skapte til dels sterke reaksjoner. Alme-saken (med sitt humorhistoriske forelegg) er et godt eksempel på det psykologiprofessor Svend Brinkmann kaller opplevelsessamfunnet, hvor vi forstår både oss selv og omgivelsene våre ut fra hvordan vi opplever dem. «Verden er slik jeg opplever at den er», er mantraet i denne tendensen, som Brinkmann presenterer, kritiserer og vinker farvel til i løpet av i sin knappe 90 sider nye bok.

**EN ALVORLIG TOALETTOPPLEVELSE**

Boken begynner med en anekdote de fleste kan kjenne seg igjen i: På flyplassen blir Brinkmann bedt om å kommentere på sin *opplevelse* etter et toalettbesøk. Å bli bedt om å skåre sin *toa-*

*lettopplevelse* kan virke som en bagatell for de fleste, men der andre ville nøydt seg med et forarget snøft, tar Brinkmann fenomenet på dypeste alvor og bruker det som en rampe for en underholdende og samtidig alvorlig samtidsanalyse. For opplevelsesbegrepet *er* virkelig overalt, om man først legger merke til det. Dette gjelder selvsagt også psykologien. Vi har opplevelsesbaserte terapier, erfaringsbasert læring, brukermedvirkning, erfaringskonsulenter og pasientene svarer på spørreskjema om hvordan de opplevde timen – alle faktorer som på en eller annen måte har noe med opplevelsesdimensjoner å gjøre. Mye av dette er naturligvis positivt – vi vil at pasienten skal medvirke til egen behandling – og er nok en reaksjon på psykiatriens gamle synder. Det er heller ikke kritikk av psykisk helsevern som er Brinkmanns hovedanliggende i *Opplevelsessamfunnet*. Likevel tror jeg den vil være tankevekkende lesning for psykologer som eksempel på en samfunnstendens vi som faggruppe langt på vei har beredt grunnen for.

**OPPLEVESSAMFUNNETS DYNAMIKK**

I bokens første del, «Velkommen til opplevelsessamfunnet», gjennomgår Brinkmann i store sveip hvordan opplevelsesbegrepet har endt opp med å gjennomsyre måten vi møter verden og oss selv på. Opplevelsessamfunnet har medført at kvaliteter vi tidligere tok for gitt som





**OPPLEVESSAMFUNNETS LOGIKK** får politiske konsekvenser, ifølge Svend Brinkmann. Foto: Lev Radin / Zuma Press / NTB Scanpix

objektive størrelser, slik som kriminalitetsrater, nå er blitt en opplevelse – «jeg føler meg utrygg» – selv om man rent objektivt er tryggere enn på lenge. Brinkmann er god på å presentere relativt komplekse dynamikker med gjenkjennelige eksempler. Bokens første del er innom så forskjellige temaer som Donald Trump, det moderne arbeidsmarkedet, «helse-religionen», kjærlighet, *opplevelsen* av mening og underholdningsindustrien. Spesielt underholdningsindustrien er et nyttig eksempel for å forstå Brinkmanns argumentasjon: Skjerm-livet dreier seg i stor grad om det Brinkmann kaller et formidlet liv – noe som fjerner oss fra det umiddelbare livet, hvor vi er i kontakt med omgivelsene og hverandre.

Det er psykologiseringen som har lagt til rette for opplevelsessamfunnet ifølge Brinkmann. I takt med at psykologien har omfavnet opplevelsessamfunnets logikk, forandres måten vi ser verden på. Dette får også politiske konsekvenser – slik som under det amerikanske presidentvalget i 2020, hvor Trump nektet å godta det bekreftede valgresultatet, fordi han mente, eller *opplevde*, at resultatet ikke stemte. At den subjektive opplevelsen får forrang over den objektive virkeligheten, er kjernen av opplevelsessamfunnets dynamikk. Dette ble også tematisert i Zemir Popovacs kronikk «Validering på avveie» i Psykologtidsskriftets aprilutgave, og underbygger at Brinkmanns kritikk av

opplevelsesbegrepet kan anvendes for å forstå tendenser i samtiden.

#### **OPPLEVELSE SOM ANSVARFRASKRIVELSE**

I bokens andre del, «Det er jo *din* opplevelse!», introduserer Brinkmann to nyttige begreper. *Opplevelsesrelativisering* er ansvarsfraskrivelse begrunnet med at noe «bare er en opplevelse». Et eksempel er avfeining av seksuell trakassering eller rasistiske ytringer som misforståelser – «det var ikke slik det var ment». Her påkaller Brinkmann en objektiv moral som ligger til grunn for resten av boken: «Det er verden som må undersøkes for å finne ut av om en kritikk er berettiget eller ikke, og ikke kritikerens opplevelse av verden, for opplevelsen i seg selv kan ikke diskuteres.» Opplevelsesrelativisering blir en måte å gjøre seg uangripelig på, siden det ikke går an å argumentere den andre ut av sin opplevelse.

*Opplevelsesabsolutisme* er et beslektet uttrykk som innebærer at den ytre verden svarer fullstendig med den indre opplevelsen. Dette fører til at spørsmålet om det er mobbing eller ikke, kan reduseres til mottakerens opplevelse – «hvis man opplever det som mobbing, så er det mobbing». I MBT-språket kaller vi dette psykisk ekvivalens. Brinkmann hevder at opplevelsesabsolutismen er en felle som ignorerer at mobbing er *handlinger*, og argumenterer for at vi må vurdere handlingen, og ikke ved- »



## Opplevelsessamfunnet byr imidlertid på forfriskende polemikk

kommendes opplevelse, for å avgjøre om det *er* mobbing. Vår opplevelse stemmer ikke alltid med hvordan virkeligheten faktisk ser ut, og en felles utforskning av saksforholdene vil øke sannsynligheten for at vi finner frem til det rette svaret. Det høres unektelig forlokkende ut.

### OPPLEVELSER FINNES IKKE

I bokens siste del, «Farvel til opplevelsessamfunnet!», presenterer Brinkmann sin mest kontroversielle påstand: *at opplevelser ikke finnes*. Vi må finne andre måter å beskrive vår væren i verden på. Den siste delen av boken krever mest arbeid av leseren, kanskje spesielt om leseren er psykolog – for er det ikke i stor grad opplevelser psykologien som vitenskap befatter seg med? På ingen måte, argumenterer Brinkmann. Som så ofte ellers i hans forfatterskap, vender han seg til de gamle grekerne for kunnskap. Han bruker blant annet Aristoteles' atferdsfokus og søken etter det gode som en alternativ måte å være i verden på. Heller enn å befatte seg med opplevelser som indre modeller for livene vi lever, argumenterer Brinkmann for at vi skal vurdere handlingene, som i mobbeeksemplet ovenfor. For det er noe passivt med å «ha en opplevelse». Brinkmann ønsker en forskyvning fra substantiv til verb – vi *har* ikke en opplevelse av verden, vi *opplever* den gjennom sansene våre, altså gjennom handlinger. Det kan høres som semantisk kverulering, men har stor betydning, siden det innebærer at vi går fra å være observatør til aktør i verden.

Det er kort mellom referansene i denne tredje delen, noe som gjør det vanskeligere å henge med enn ellers i boken. En del av teoriene kunne vært grundigere presentert, slik at det ble enda tydeligere hvordan de underbygger Brinkmanns påstand om at opplevelser ikke eksisterer. Samtidig demonstrerer han tydelig i denne delen hvor nyttig kritikken av opplevelsessamfunnet kan være, som i møte med klimakrisen. Klimakrisen er et faktum, ikke en opplevelse. Ethvert forsøk på å gjøre krisen til en subjektiv mening, blir et tilfelle av opplevelsesrelativisering («jeg mener at dette er naturlige temperatursvingninger»), og noe som strider mot de objektive fakta, og derfor ikke kan være sant, selv om det *føles* slik.

### ET FORSVAR FOR INTENSJONEN

Brinkmann argumenterer overbevisende for at opplevelseslinsen kan være en konstruktiv modell for samfunnskritikk, men tidvis blir modellen litt for snever. Jeg hadde også ønsket meg at han boret enda dypere i enkelte av tematikkene som ikke er så svart-hvitt og som ikke er så lett å avgjøre ut fra objektive fakta, slik som rasisme og diskriminerende atferd. Det er også noe kunstig med det strenge skillet mellom opplevelse og handling – det kan føre til en nedvurdering av intensjon. «Hvor kommer du fra?» er et spørsmål der både intensjon, kontekst og de subjektive erfaringene til både avsender og mottaker vil avgjøre om spørsmålet er diskriminerende eller ei. Brinkmann adresserer noe av denne kritikken, men slipper tak i den litt for raskt til at jeg er fullstendig overbevist. Selv om jeg ikke er enig i at vi kan pensjonere opplevelsesbegrepet riktig ennå, er jeg etter endt lesing enig i at opplevelsessamfunnet har gått litt langt. «Det er forskjell på å leve et liv og å oppleve et liv», som han skriver i boken. *Opplevelsessamfunnet* byr imidlertid på forfriskende polemikk, og jeg leser den som en nyttig provokasjon. Vi har godt av at kritiske tenkere som Svend Brinkmann rister litt i treet vi sitter i. Kanskje faller noen frukter ned. ❌

# En ny vår for narsissisten

*Mentalization-Based Treatment for Pathological Narcissism* er en sårt tiltrengt nyvinning. La oss håpe den kan børste støv av narsissisme-begrepet.

**N**arsissisme er flere ting. På folke-  
munne brukes det synonymt med  
selvopptatthet, mens det i diagno-  
semanualene er en personlighets-  
forstyrrelse, i tillegg til å være et psykologisk  
begrep i videre forstand. Opphavet er velkjent:  
den tragiske skikkelsen Narkissos, en selvforel-  
sket jeger som av Nemesis ble straffet for sin  
hybris ved å forelske seg i sitt eget speilbilde,  
hvilket han stirret fortapt inn i, til han mistet  
sin livsgnist og døde.

Begrepet ble etablert av Freud i 1914, i *Til  
innføring i Narsissisme*, men i forhold til hans  
andre teorier ble det viet lite oppmerksomhet.  
Patologien lot seg ikke behandle med driftste-  
ori og konfliktforløsning. Det er som om faget  
måtte modnes for å kunne omfavne narsissis-  
men på en mer meningsfull måte. I etterkrigs-  
tiden ble psykologifaget tilført konsepter som  
tilknytning, grunnleggende trygghet, selvet og  
selvets utvikling og behov, samt selvfølelse og  
regulering av den. Dette skjedde parallelt med  
en vestlig samfunnsutvikling som i stor grad la  
bak seg klasesamfunnet og religion som kjerne  
i tilværelsen. Individet fikk bevegelsesfrihet,  
mobilitet og personlig frihet til å utfolde seg –  
selvrealisering!

Kanskje var det disse faktorene som reakti-  
vitaliserte narsissismen på det nyliberalis-  
tiske 1970-tallet, først og fremst takket være  
arbeidene til Heinz Kohut og Otto Kernberg,  
men også historikeren og samfunnskritikeren  
Christopher Lasch og hans *Den narsissistiske  
kultur* fra 1979. Til den dag i dag er det deres  
patologiforståelse og kliniske tilnærming vi

ofte refererer til. Kernberg holdt seg til ego-  
psykologiens termer, og er tydelig på at nar-  
sissisme er skjevutvikling, patologiske proses-  
ser i integrering og differensiering av ego og  
superego, med tilhørende primitive forsvars-  
strategier. I Kernbergs behandling identifise-  
rer, tolker og konfronterer terapeuten narsis-  
sistiske uttrykk, som grandiositet, berettigelse  
og misunnelse.

Kohut, på den annen side, ser narsissisme  
som mangelpatologi: Vi har alle en medfødt  
narsissisme, men gjennom sunn utvikling klår-  
er de fleste av oss å moderere de narsissis-  
tiske behovene ned til et sunt nivå. Narsissis-  
ten mangler modereringen på grunn av svikt  
hos omsorgspersonene. Kuren blir da å tilføre  
det som har manglet, en kompenseringsterapi:  
ubegrenset empati, aksept og forståelse. Når  
det uunngåelig går litt på tverke i terapien,  
og terapeuten ikke dekker alle pasientens  
behov, er det sentralt at terapeuten erkjen-  
ner sin empatiske svikt, utforsker opplevel-  
sen med pasienten og regulerer ivaretagelsen  
av pasienten til et nivå av *optimal frustrasjon*.  
På et overordnet nivå kan vi si at Kohut ser  
narsissisme som en normal del av utviklingen,  
mens Kernberg ser det som et tegn på patolo-  
gisk struktur.

Siden denne debatten stilnet i et slags enig-  
om-å-være uenig, har lite nytt blitt brakt til  
torgs, med noen hederlige unntak – som bidra-  
gene til Giancarlo Dimaggio og Elsa Ronnings-  
tam. I vår evidensbaserte tidsalder finnes det  
imidlertid fortsatt ingen gullstandard for nar-  
sissistisk personlighetsforstyrrelse (NPD).. Det

**BOK** *Mentalization-  
Based Treatment  
for Pathological  
Narcissism.*

*A Handbook*

**FORFATTERE** Robert  
P. Drozek, Brandon T.  
Unruh & Anthony W.  
Bateman

**ÅR** 2023

**FORLAG** Oxford  
University Press

**SIDER** 432



**TEKST** Simen  
Fjellstad Holm,  
Akerselvpsykologene

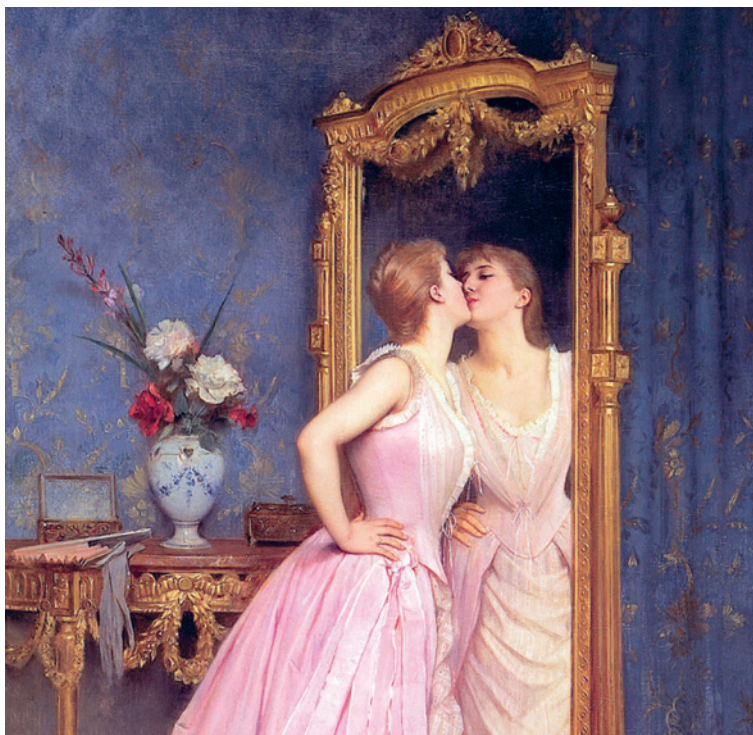
**KONTAKT** simen@  
akerselvpsykologene.  
no

**MERKNAD**

Ingen oppgitte

» interessekonflikter





finnes ikke en eneste evidensbasert behandlingsmanual eller NICE-guide.

#### BEHANDLINGSOPTIMISME SOM MOTGIFT MOT STIGMATISERING

Hvorfor har patologisk narsissisme fått så lite oppmerksomhet i faglitteraturen de siste 50 årene? Det er merkelig, når samtiden i høyeste grad har adoptert begrepet i dagligtalen. Kanskje er dette faktisk en del av problemet. For narsissisten har blitt redusert til en sjablong. Han (ofte illustrert med en Patrick Bateman-aktig figur i dress) er sykkelig selvopptatt, driter i andre, er blottet for empati og hensyn. Denne stigmatiserende reduksjonen gjøres av journalister, og skyldes nok delvis også diagnosemanualen og de diagnostiske intervjuene, som er overopptatt av ekstrem grandiositet: *Får du det vondt når andre mennesker har det bra? Tenker du mye på den makt og anerkjennelse som en dag vil bli deg til del?* Regelmessig ser vi også en vinkling i mediene, som fagpersoner bidrar til, med et rendyrket søkelys på det onde personer med patologisk narsissisme (PN) driver med, som manipulasjon, gaslighting og triangulering, og hvordan andre mennesker skal «håndteres».

Jeg tror denne fremstillingen har sammenheng med mangelen på nyvinninger i behand-

ling av patologisk narsissisme de siste 50 årene, særlig sett i forhold til sin kusine i personlighetsfeltet: Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF). Utviklingen av MBT og DBT for EUPF har hatt enorm betydning for hvordan personer med EUPF snakkes om i dag. De regnes ikke lenger som behandlingsresistente og manipulative, men pasienter med en alvorlig lidelse som vi har god behandling for. *MBT for Pathological Narcissism* gir meg håp om at noe liknende kan være i gjære for de med PN. Vi er avhengig av nyvinninger, innen holdning, diagnostikk/patologiforståelse og ikke minst behandling.

#### MENTALISERINGSBASERT TERAPI

MBT bygger på teorien om mentalisering (å reflektere rundt egne og andres sinnstilstander), og at personer med PF har en nedsatt mentaliseringsevne. De vil derfor ofte misforstå seg selv og andre, særlig når sterke følelser er involvert.

Robert Drozek og Brandon Unruh er psykiatere og garvede MBT-spesialister ved McLean Hospital i Massachusetts. Innledningsvis i boken skriver de om en vanskelig gruppe de møtte i MBT-programmet deres. Som EUPF-pasientene var også denne gruppen volatile og strevde relasjonelt, men i motsetning til dem var denne gruppen pasienter slående selvtilstrekkelige, tidvis unnvikende og tilbaketrukket og arrogant selektive i hvem de ville ha med å gjøre. De var også tilknytningssøkende, men på en mer indirekte måte enn resten: ved å dele innsikter, fortelle om krevende perioder de har mestret, og vise til fremragende bedring på kort tid. Heller enn emosjonell overveldelse strevde de med frakobling og manglende innlevelse, de opplevdes som defensive, kranglete, overlegne og tidvis aggressive, spesielt hvis selvfølelsen deres ble truet av andre. Mange ville «luket ut» disse pasientene fra behandlingen, men Drozek og Unruh mobiliserte engasjement og empati, der de fleste av oss ville pekt mot døren og skrevet «ikke motivert til videre behandling» og «mulig underliggende personlighetsproblematikk» i epikrisen.

Denne gruppen ble ansett å ha et patologisk nivå av narsissisme (PN), men oppfylte ikke nødvendigvis kriteriene for narsissistisk personlighetsforstyrrelse (NPD). Slik demonstreres fleksibiliteten klinikerer får når vi endelig skrinlegger det kategoriske PF-systemet fra



DSM-4/ICD-10 og går over til den dimensjonelle tilnærmingen i DSM-5/ICD-11. Men kan denne gruppen, som strever med PN, virkelig hjelpes med MBT-prinsipper? Etter å ha lest boken virker anvendelsesverdien åpenbar. «Matchen» er faktisk slående god.

### IKKE-MENTALISERENDE TILSTANDER

La oss ta for oss tre sentrale begreper fra MBT, som har å gjøre med ikke-mentaliserende tilstander, og se hvordan de anvendes til NP.

*Pretend Mode* er kognitiv tomsnakk som høres ut som terapi, men i virkelighet ikke er det. Det snakkes i det generelle, uten spesifikke eksempler og emosjonell innlevelse. Forfatterne anser *pretend mode* som «the single factor most responsible for lack of progress in the treatment of PN». Det er narsissistiske pasienters ekstreme tendens til *pretend mode* som gjør at de kan gå årevis i behandling uten å få en mer sammenhengende og nyansert forståelse av seg selv og andre, mens de fortsetter å såre de rundt seg, og forblir fastlåst «i et lukket kompenseringssystem, en selvnerende loop av ikke-virkelighet som aldri kan punkteres av andre sinn» (s. 183, min oversettelse). Intervensjoner mot *pretend mode* får derfor helt sentral plass i behandlingen.

*Psykisk ekvivalens* refererer til fastlåst skråsikkerhet: «Jeg føler det slik, derfor er det slik.» Dette er en svært fruktbar måte å forstå PN-pasienters «stil» på. De er ofte fullstendig overbeviste om sine egne oppfatninger, det er helt unaturlig for dem å undre seg. Alt er åpenbart, stivt, utvilsomt og selvsikkert hardt. Tanker legges ikke frem som tanker, men som forklaringer, en fasit. De mangler mentalisering som «reflektiv buffer». Det stereotypiske eksemplet er overbevisning rundt egen fortreffelighet, men i min erfaring dreier skråsikkerheten seg oftere om intens selvforakt etter opplevde nederlag, som eiendomsmegleren som leverte salgshall litt under avdelingens gjennomsnitt, eller filmfotografen som får tilbakemeldinger etter en tagging en regissør ikke er helt fornøyd med. Dette er faderer som beskrives som utilgivelige og fører til en kollaps i selvfølelsen og påfølgende raseri mot seg selv og desperate reparasjonsforsøk eller nådeløs selv-straff.

Det gir virkelig god mening å forstå narsissistiske regelverk og premisser (for at andre og en selv skal ha verdi) som psykisk ekvivalens, og intervensjonene som forklares og demon-

streres i boka, virker intuitive. Man må bløtlegge det harde for å kultivere undring. Men det skal ikke gjøres med konfrontasjoner a la Kernberg, og heller ikke med grenseløs empati og forståelse a la Kohut, de legger seg på en mellomting: «... istedenfor å møte skråsikkerheten med direkte konfrontasjon går vi bort til den sammen med pasienten, mens vi utvikler det andre synspunktet som en parallell, men ikke-konkurrerende tanke» (s. 201, min oversettelse).

I *Teleologisk modus* legges altfor stor vekt på konkrete, synlige faktorer i forståelsen av indre prosesser. Eksempelvis: «Han håndhilste på meg med fuktige hender, så han respekterer meg ikke.» Eller «jeg må ha definerte muskler for å føle meg vel». Ofte blir ikke teleologiske tendenser uttalt fullt så konkret (selv om disse er reelle eksempler), men heller som en generell overdrivelse av ytre faktorer som utseende, penger, tilbakelagte reisemål, antall seksualpartnere, yrkestittel – altså et rigid forståelsesforhold mellom ytre faktorer og indre prosesser. Forfatterne legger denne tendensen til grunn som forklaring på «handlingstrykket» vi ser i narsissisme på patologisk nivå: Emosjonelt ubehag fører nødvendigvis til handling, for problemene og løsningene oppleves å være *utenfor*, og ikke *i* sinnet. For å kunne føle seg bedre, enten for å skape en god følelse, eller kvitte seg med en dårlig en, må noe ytre endres.

Intervensjonene rettet mot teleologien er snedige, ved at de unngår konfrontasjon, samtidig som de «medfølende, men innbitt» styrer samtalen mot å koble atferd og sinnstilstand; hva er den indre prosessen som ligger til grunn, som hittil har gått under radaren? Hva prøver du å få til med dette? Og hva er konsekvensen av denne vektleggingen av det ytre for selvfølelsen din? I MBT vil vi legge til nye refleksjoner, ikke tvinge vekk gamle, og slik bygges, på tålmodig vis, evne til refleksjon om seg selv og andre. Utfordringene skal ikke være så voldsomme at den skjøre selvfølelsen trues, og alt bygges på en validerende, ikke-vitende holdning. Det males med tynne strøk, over tid. To til fire år, anslår de.

### EN DOMENEBASERT MBT-MODELL

Freuds *Til innføring i narsissismen* er på 83 sider. Karterud og Batemans første MBT-manual for EUPF er 130 sider lang. *MBT for Pathological*



Man må bløtlegge det harde for å kultivere undring





La oss håpe denne  
behandlingsoptimismen  
skaper ringvirkninger  
i feltet

*Narcissism* er som en murstein å regne i forhold: 400 sider. Lengden skyldes ikke teoretiske utgreiinger, men metodologisk grundighet og detaljfokus. De har konseptualisert MBT på en helt ny måte, nemlig en *domenebasert* MBT, og en fastsatt rute (trajectory) som skal strukturere enkelttimer og rekkefølger på intervensjoner. Dette er en håndbok, som skal gi svaret på hva man skal gjøre, og når man skal gjøre det.

Domenene er *innhold*, *kontekst* og *prosess*. Grunnleggende sett skal man i *innhold* få tak i konkrete hendelser, sinnstilstander i selv og andre, for så å utforske og tydeliggjøre disse, til narrativet fremstår så tydelig i eget indre at en kan se det hele for seg og leve seg inn i det. Det er her pretend mode forebygges. Man må møysommelig jobbe frem materien ved hjelp av intervensjonene utforskning, oppklaring og et validerende emosjonsfokus. Alt man har til rådighet resten av timen, kommer herfra.

I *kontekst* skal man jobbe med å se sammenhenger mellom alt man har fått på bordet i *innhold*. Hva er sammenhengen (toveis-påvirkningsforhold) mellom en sinnstilstand og en ytre hendelse? Eller sinnstilstanden og en atferd? Her vises det på glimrende vis hvor kort vei det er fra det (for terapeuten) banale til det sublime. For ved å innbitt nyanse forholdet mellom atferd og mentale tilstander beskrives det hvordan en person med PN får et blikk for de emosjonelle kreftene som driver egen og andres atferd. Det jobbes møysommelig med å bygge opp en «mentalisering buffer» som kan forhindre skadelig atferd. Denne gruppen skjønner ofte lite av hvordan atferden deres *påvirker* dem selv og andre. De har derfor vært passive ofre i sitt eget liv, uten opplevd påvirkningskraft. De er misfornøyde og sinte over hvordan andre behandler dem, men ser ikke hvordan de selv kan være *konteksten* for andres følelser og atferd. Arbeid med dette kan føre til en opplevelse av autonomi: «Mens vi innbitt, men medfølelse retter pasientenes oppmerksomhet mot sin egen medvirkning (...) begynner de å reflektere over denne medvirkningen» (s. 162, min oversettelse).

I den siste delen av timen, *prosess*, skal man ha gjort seg opp en mening om pasientens spesifikke mentaliseringssvikter, og intervensjoner mot disse, altså de ovennevnte pretend mode, psykisk ekvivalens og teleologisk tenkning.

Enkelt og greit!

#### NOEN KRITISKE BEMERKNINGER

I sum har altså Drozek, Unruh og Bateman laget en ambisiøs håndbok, en steg-for-steg-tilnærming til behandling av patologisk narcissisme. De definerer PN som tilknytningsrelatert nedsettelse av mentaliseringsvevnen, som fører til refleksivt behov for kompenseringsatferd for å opprettholde stabilitet og sammenheng i selvet. Oppstartsarbeidet skal gjøres grundig, og kasusformuleringen er fundamentet som dikterer terapiens retning. Deretter skal pasienten løses gjennom hvert av de tre mentaliseringsdomenene. De velkjente fallgruvene i narcissisme-behandling – frakoblet pseudo-terapi, skråsikkerhet og overopptatthet av det ytre og observerbare og kompenseringsstrategier for en ustabil selvfølelse – er oversatt til MBT-språk, og det går aldri mange sidene mellom gode verbatim eksempler på potente intervensjoner.

Dette er et beundringsverdig og inspirerende stykke arbeid, gjort av engasjerte fagpersoner som vil vel, og som har en dyp empati med pasientene de forsøker å hjelpe. Ingen av eksemplene er der for å illustrere «det ekstreme» i patologien, men forklares som lidelsesuttrykk og forstås

empatisk. Fordommer, som at de med patologisk narsissisme er for selvopptatte til å bry seg om hva terapeuten mener, finnes ikke. Forfatterne opplever utvilsomt at de får til å hjelpe gruppen, og ønsker å dele metoden sin.

Kanskje er det nettopp engasjementet, eller begeistring, som gjør at det blir litt «kjekt og greit» noen ganger. Det tviles lite i denne håndboka. *Ikke så enkelt!* noterte jeg flere ganger i margen. For med en «ordentlig» narsissist er det vanskelig å komme til orde, spesielt når de, oppglødd i sin overbevisning, bare vil få gjennom historien sin. Å da stille spørsmål rundt narrativet, å tvinge inn nyanser og undring, kan vekke krenkelse på et millisekund. Raseri eller selvfølelseskollaps ligger konstant og truer, så man vokter sine ord, ofte med intense motoverføringsreaksjoner som frykt, forakt eller sinne.

Heldigvis drøfter de ikke bare den samarbeidsvillige narsissisten, selv om det kan fremstå slik i bokens første 250 sider. Der er nemlig intervensjonene så vellykkede og lander så godt hos pasienten at jeg savner mer ydmykhet i tilnærmingen. Men så vier de resten av boken til nettopp dette; hvordan å jobbe med relasjonelle utfordringer i terapirommet. Takk og lov. Det får være greit at de først vil demonstrere modellen, rendyrket og idyllisert, før problemløsning fyller de siste kapitlene.

Begrunnelsen for oppstykkningen av MBT til en domenebasert modell med en bestemt rekkefølge er todelt. For det første er det et tiltak mot overveldelsen man som terapeut kan føle i møte med de anti-terapeutiske kreftene i narsissisme (avvisning, pretend mode, krenkbarhet, aleksitymi). Det skal dermed tydeliggjøres hvor problemet til pasienten ligger, og skreddersy intervensjoner. For det andre skal det gjøre MBT lettere å forstå for nybegynnere. At innviklede boks-systemer og piler gjør MBT lettere å forstå, er jeg sterkt uenig i. Som fersk MBT-terapeut var det nettopp det ukompliserte ved modellen som appellerte til meg. Jeg opplevde MBT mer som en terapeutisk *holdning*, med masser av bevegelsesrom, som gjorde at man kunne finne frem til sin egen form. Det var aldri lett, men det skyldtes mangel på trening, ikke uhåndgripelige boks-diagrammer med piler i alle retninger. Og det er mange bokser i denne boken, enda flere piler. Jeg opplever heller denne tilnærmingen som MBT for «spesielt interesserte».

Forfatterne tar sterkt avstand til psykoanalytens språk, og gir etter mitt syn for lite honnør til feltets tidligere bidragsyttere. Noen ganger selges «gammel vin på ny flaske», og jeg skulle ønske de var mer integrative i sin formidling. De anser den terapeutiske relasjonen som en potent og intim kontekst for aktivisering av pasientens tilknytningsbehov, og er følgelig opptatt av å identifisere ting som spiller seg ut i terapien som minner om erfaringer ute i livet. Dette kaller de «Relational tracers». Å diskutere dette fenomenet som noe nytt, og ikke som *overføring*, er smått provoserende og historieløst. Spesielt da overføringsbegrepet nærmest idiotforklares som ikke-mentaliserende, med stråmannsargumentasjon. Det er langt fra sannheten at vi som finner dette begrepet nyttig, bruker det «autoritativt», med en tanke om at vi har en fasit på hva som spiller seg ut.

Avslutningsvis må det også nevnes at MBT-N kun innbefatter en individualterapeutisk tilnærming. Gruppaperspektivet og kombinasjonsbehandlingen, som står så sentralt i MBT for EUPF, er glemt. Kanskje skyldes dette at det domenebaserte behandlingsformatet blir for innfløkt for en behandlingsgruppe? Kanskje er det fortsatt under utvikling?

#### EN NY VEI FREMOVER

Unruh, Drozek og Bateman har altså oversatt narsissisme til MBT-språk og laget en grundig, omfattende og praksisnær håndbok, full av gode eksempler. Boken er anvendbar og et sårt tiltrengt bidrag inn i et felt som har stagnert, da får vi tilgi at forfatterne blir for historieløse og er lite integrative med sin egen nomenklatur. De behandler ikke narsissistisk personlighetsforstyrrelse, men patologisk narsissisme, og kan dermed unngå problemene knyttet til de ekstreme diagnosekriteriene, og dermed også nå personene med subdiagnostiske lidelsesuttrykk. La oss håpe denne behandlingsoptimismen skaper ringvirkninger i feltet. Kanskje er det dette vi trenger for å legge bak oss den stigmatiserende og avvisende holdningen disse pasientene møter. Hvem vet, kanskje vil en slik utvikling også prege tidsånden for øvrig, slik at vi i fremtiden kan få en større raushet for dette dagsaktuelle lidelsesuttrykket. ❖

## MINNEORD

## ANDERS ZACHRISSON

(1943–2024)



**VÅR KJÆRE KOLLEGA** Anders Zachrisson sovnet stille inn natt til langfredag 29. mars, 80 år gammel.

Anders kom til Universitetet i Oslo med lisensiatgrad om ubevisste mekanismer i persepsjon fra Lunds universitet i Sverige, der Anders vokste opp. Gjennom 50 år gjorde han en uvurderlig innsats som veileder, lærer og sensor ved Klinikk for dynamisk psykoterapi ved Psykologisk institutt. Med sin uvanlige tankekraft og klarhet og sin lune, romslige form var Anders høyt skattet av studenter og kolleger. Gjennom sitt virke har han preget utallige årskull av psykologer.

Anders var psykoanalytiker og søkte, i tradisjonen fra Harald Schjelderup, å forankre psykoanalysen som en vitenskapelig disiplin. Hans faglige arv strekker seg fra konseptuelle arbeider innen klinisk teori og teknikk til vitenskapsteori og psykoanalytiske tolkninger av litterære tekster. Anders var innforstått med det irrasjonelle i menneskesinnet og hadde en filosofisk og eksistensiell horisont i sin tenkning, med utpreget sans for de prinsipielle spørsmål.

Fra 2002–2006 var Anders president i Norsk psykoanalytisk forening, og fra 1993–1997 redaktør av *Scandinavian Psychoanalytic Review*.

Anders virket som lærer og veileder ikke bare i Norge, men i Norden og Øst-Europa, og fra 2007 i et norsk-kinesisk samarbeid om opplæring i psykoanalytisk terapi. De kinesiske kollegene hungret etter dypere forståelse av psykisk lidelse, og Anders fikk umiddelbart en spesiell posisjon i vår lærergruppe – kineserne elsket ham. Anders hadde en stor varme og toleranse, og møtte hver enkelt med respekt og forståelse. For oss alle var han ikke bare en erfaren fagperson, men en filosof og vismann.

Vi føler dyp takknemlighet over det Anders har gitt og vært. Han etterlater et stort tomrom.

På vegne av kolleger ved Psykologisk institutt og Norsk psykoanalytisk forening

*Siri Gullestad  
Mette Hvalstad  
Sverre Varvin  
Hanne-Sofie Johnsen Dahl*



## IN MEMORIAM: JOHN ANDERS ZACHRISSON (1943–2024)

**VED ANDERS ZACHRISSONS** bortgang er det svært mange norske psykologer som vil minnes ham med dyp takknemlighet. Han virket gjennom et halvt århundre som universitetslærer, veileder, psykoanalytiker og faglitterær forfatter. Han hadde verv som president i Norsk psykoanalytisk forening og redaktør av *Scandinavian Psychoanalytic Review*, og var også engasjert internasjonalt, blant annet som lærer i psykoanalyse i Øst-Europa og i Kina.

Anders ble født på en avsidesliggende gård i Dalsland i Sverige og vokste opp med tre yngre brødre. Læreren så i Anders en begavet ung elev, og forsto at gutten var akslet for større utfordringer enn hva en landsens grendeskole kunne tilby. Anders flyttet hjemmefra som 12-åring og begynte på realskole i Vänersborg, hvor han bodde hos en tante. Han begynte etter hvert å studere psykologi ved Universitetet i Lund og tok graden Filosofie licentiat. Avhandlingen besto av en eksperimentell studie av ubevisste forsvarsmekanismer i persepsjon. Professor Ulf Kragh i Lund hadde fått tilbud om en stilling ved Psykologisk institutt i Oslo og kunne ta med seg en assistent. Han valgte ut Anders, som begynte som vitenskapelig assistent ved Psykologisk institutt i 1972. Der traff han psykologstudenten Elisabeth Daae, og hun inviterte Anders på fest i boligen sin i Anton Schjøths gate. Anders gikk ikke hjem fra festen, men ble boende sammen med Elisabeth i førti år, frem til hennes død i 2012. De giftet seg midt på 70-tallet og fikk sønnene Henrik (f. 1977) og Johannes (f. 1980), som Anders alltid omtalte med en omsorgsfull stolthet.

I en tid hvor generell akademisk nivåsenkning går sammen med økende spesialisering og en ensidig scientisme, var Anders atypisk for sin tid. Han ivaretok en sentraleuropeisk tradisjon hvor vitenskapelig og kulturell allsidighet ble oppmuntret og praktisert, og var en representant for denne bredspektrede «Bildungsmensch»-tradisjonen. Her ble en akademiker som kun behersket sitt fag, sett ned på som en «Fachidiot». Dette idealet ser en tydelig hos Freuds lærere på Universitetet i Wien; den deterministiske Ernst Brücke var også maler på fritiden, hjerneanatomen og psykiateren Theodor Meynert publiserte også poesi, allmennpraktikeren og vitenskapsmannen Josef Breuer var intenst opptatt av musikk, kirurgen Theodor Billroth likeså. Freud selv var lommekjent i skjønnlitteraturen; en av grunnene til at han betraktet amerikanere som vulgære, var at de ikke forstod hans allusjoner til den klassiske litteraturen. Dette dannelsesidealet fant sin inkarnasjon i Anders, som like ubesværet siterte Shakespeare og svenske poeter som Freud når de hadde sagt noe som var relevant for et emne.

En annen fremtredende egenskap ved Anders var kvaliteten på hans dialoger med andre mennesker. I en tid hvor narsissisme og enetale er blitt mer vanlig, sto Anders for gjensidighet og dialog på en måte som gjorde samtaler med ham til intellektuelle og menneskelige høydepunkter. Han var en god lytter og en ytterst inspirerende samtalepartner.

Begge disse egenskaper var tydelige da Anders' 80-årsdag ble feiret på Schafteløkken 11. november 2023; det var åpenbart at Anders hadde berørt andre dypt og bidratt til en forandring i manges liv. Hans kinesiske elever hadde laget en gratulasjonsvideo hvor de kort oppsummerte hva Anders hadde betydd for dem. En skal her huske på at mange av dem var cirka 50 år yngre enn sin lærer. Dette var rørende å se; en ble minnet på at intellektuell og faglig virksomhet på sitt beste er grenseløs, på den måten at den kan knytte sammen mennesker på tvers av kultur og på tvers av alder. Anders hadde en «Intet menneskelig er meg fremmed»-tilnærming som gjorde at han kunne samtale om en til dels voldsom bredde av tema.

Jeg ble kjent med Anders midt på 1990-tallet da han ringte meg som redaktør av *Scandinavian Psychoanalytic Review* og spurte om en artikkel jeg hadde skrevet om Freud i *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, kunne oversettes og publiseres i hans tidsskrift. Etter dette fortsatte jeg å publisere bokessays i *Scandinavian Psychoanalytic Review*. Vi hadde i den forbindelse tallrike diskusjoner om Freud og psykoanalysens historie og utviklet etter hvert et nært vennskap. Vi satt også sammen i Norsk psykologforenings ankeutvalg for spesialistsaker mange år. I 2021 utgav Anders boken «Psychoanalysis my way. Complex Oedipus and other issues». Jeg følte meg beæret da Anders ville at nettopp jeg skulle skrive en omtale av den i *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. I 2023 publiserte vi sammen den omfattende artikkelen «Sigmund Freud and suicide – In his life and in his writings» i det internasjonale psykoanalytiske tidsskriftet *IMAGO*. Den siste samtalen jeg hadde med Anders på tomannshånd, var da vi satt på kjøkkenet hans og drakk rødvin og feiret utgivelsen av artikkelen vår.

Han vil bli dypt savnet.

*Kim Larsen*

# Retten til ammefri som psykolog

Hvor mye tid kan jeg få til å amme, og kan arbeidsgiver bestemme når det skal gjøres?



Tone Hagen Stephensen, spesialrådgiver/  
advokat i Jus- og arbeidslivsavdelingen  
Foto: Psykologforeningen

Psykologer har rett til ammefri etter både arbeidsmiljøloven og tariffavtale. Tidspunktet for ammefri i løpet av dagen skal følge barnets og mors behov.

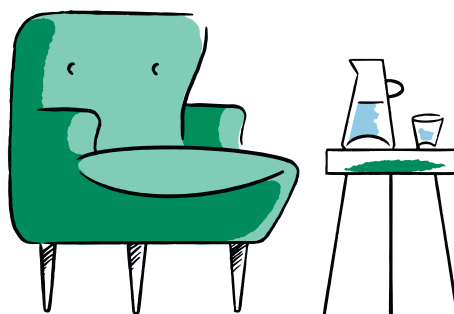
## Hva er ammefri?

Ammefri er en kvinnes rett til fri fra jobb for å amme eller pumpe. Det betyr at tiden som tas ut skal brukes til amming eller pumping. I tillegg omfatter retten til ammefri dessuten også reisetiden som går med til å reise til barnet og eventuelt tilbake på jobb.

## Rettigheter etter lov og tariffavtale

Det følger av arbeidsmiljøloven § 12-8 at «Kvinner som ammer sitt barn kan kreve fri hun av den grunn trenger». Det vil si at det etter loven ikke er noen tidsbegrensning i hvor mange timer kvinner som ammer kan kreve i løpet av en arbeidsdag. Ammefri med lønn etter loven er imidlertid begrenset til barnets første leveår, og inntil én time de arbeidsdager der arbeidstaker har avtalt arbeidstid på syv timer eller mer.

Overenskomstene og tariffavtalene gir ammende kvinner bedre rettigheter til ammefri med lønn enn etter arbeidsmiljøloven. Dine rettigheter avhenger av hvor du arbeider.



**«Dersom ammefri fører til problemer eller ulemper for arbeidsgiver, er det arbeidsgiver sitt ansvar å løse dette.»**

I kommunal sektor (KS) ble det i oppgjøret 2022 avtalt en innskrenkning i retten til ammefri, noe som har skapt debatt. Tidligere hadde arbeidstaker krav på betalt ammefri inntil to timer om dagen så lenge det var behov for det. I ny tariffavtale ble det regulert at retten til inntil to timer ammefri med lønn kun gjelder i barnets første leveår. Og at det ved «særskilte behov» hos barnet gis fri med lønn også utover denne perioden. Det er uttalt at «særskilte behov» kan for eksempel være premature barn som sliter med å ta til seg annen næring og heller ikke kan ta flaske. Oslo kommune har samme bestemmelse og rettighet som i kommunal sektor for øvrig.

I statlig sektor og i helseforetakene har kvinnen rett til ammefri i inntil to timer per dag. I staten er det en aldersbegrensning som gjør at retten til betalt ammefri opphører når barnet fyller to år. I helseforetakene er det i avta-

leverket ingen klar begrensning på hvor lenge retten til betalt ammefri varer. Vi anbefaler at våre medlemmer her går i dialog med arbeidsgiver og finner gode lokale løsninger.

Det presiseres at selv om retten til ammefri med lønn etter tariffavtalene begrenses til antall timer per dag eller barnets alder, har kvinnen uansett rett på ammefri uten lønn den tid hun trenger, jf. arbeidsmiljøloven § 12-8. Denne rettigheten innskrenkes ikke av tariffavtalene.

Det er barnets og kvinnens behov som skal være førende for når på dagen ammefri tas ut. Kvinnen som har behov for ammefri kan selv avgjøre hvilken ordning som passer best for henne og barnet. Det er således ikke slik at amme fritiden må legges til begynnelsen eller slutten av dagen. Det er opp til arbeidstaker å bestemme innretningen på amme fritiden. Dersom ammefri fører til problemer eller ulemper for arbeidsgiver, er det arbeidsgiver sitt ansvar å løse dette.

## Fag- og profesjonsrådet er godt i gang med arbeidet

Arbeid med fagutvikling og kvalitet er alltid prioritert i foreningen, og vi arbeider med dette på mange måter, og i mange ulike utvalg.



Arnhild Lauveng, visepresident med ansvar for fag- og profesjonspolitikk  
Foto: Fartein Rudjord

I forrige landsmøteperiode hadde jeg gleden av å lede det daværende Kvalitetsutvalget. Det var et godt utvalg, med særdeles dyktige utvalgsmedlemmer. Samtidig ble arbeidet vårt hemmet av at mandatet var for bredt, for uklart og delvis overlappende med mandatet til andre utvalg. I tillegg er det åpenbart at ett enkelt utvalg ikke kan ta ansvar for alt kvalitetsarbeid i foreningen. Det å arbeide for kvalitet, både i egne prosesser innad i foreningen, og ikke minst i psykologisk arbeid i samfunnet, i utdanning og i psykologisk behandling, er noe alle ledd i foreningen arbeider med hele tiden, og på mange ulike måter.

Det var derfor behov for å tenke nytt rundt mandatet til utvalget, samtidig som det fortsatt var, og er, behov for en gruppe som kan ha tid og rom til å arbeide systematisk med fag og profesjonsutvikling. Landsmøtet vedtok derfor å erstatte Kvalitetsutvalget med Fag- og profesjonsrådet. Rådets hovedoppgave er å legge til rette for at foreningen bedre kan gjennomføre punkt 2 og 3 i Lover og Prinsippprogrammet for Norsk psykologforening:

- Å arbeide for å forbedre menneskers livsvilkår og livskvalitet gjennom utvikling og formidling av psykologisk kunnskap, og gjennom praktisk anvendelse av psykologisk fagkunnskap.
- Å arbeide for å fremme anvendelse av psykologisk fagkunnskap, slik at befolkningen får den bistand de har behov for og krav på.

Rådet er plassert under Sentralstyret, og tar imot oppdrag fra Sentralstyret angående faglige spørsmål og profesjonens utvikling og funksjon. Vi kan også utrede aktuelle problemstillinger og gi faglig funderte råd i tråd med prinsipperklæringen for evidensbasert praksis.

Rådets første oppdrag gjaldt eldrepsykologi. Dette var et arbeid som engasjerte medlemmene i rådet mye, og det ble utviklet en matrise som identifiserte tre hovedmål som er aktuelle for foreningens videre arbeid: 1) Eldre blir behandlet som en ressurs og får benyttet sin kompetanse. 2) Systematisk forebygging av aldersrelaterte plager. 3) Gode og ikke-diskriminerende behandlingstilbud til eldre.

Hvert mål var begrunnet og gjennomarbeidet, det ble satt opp forslag til tiltak innen hvert målområde, og arbeidet ble gjort i samarbeid med andre instanser i foreningen, særlig fagutvalget for eldrepsykologi. Matrisen med mål, begrunnelser og tiltak ble så forelagt Sentralstyret, som ønsket et utkast til hvordan disse målene kan innarbeides i eksisterende strategier, særlig strategi for spesialisthelsetjenesten og strategi for kommunale tjenester. Dette arbeidet er nå overtatt av fagpolitisk avdeling og vil bli sendt på høring i foreningen på vanlig måte.

Fag- og profesjonsrådet er dermed ferdig med sitt første oppdrag, og har fått et nytt oppdrag fra Sentralstyret. Denne gangen er vi bedt om å utrede problemstillinger knyttet til psykologer og samfunnsoppdraget. Dette er et stort og komplekst område, som blant annet inkluderer utfordringer knyttet til å rekruttere og beholde psykologer i tjenestene, kommersielle tjenester vs offentlig helsetjeneste, offentlig spesialistutdanning, færre psykologer som forsker og underviser, fortsatt få psykologer som ledere, og mye mer. Foreløpig arbeider vi med å avgrense og ramme inn oppdraget, slik at rådets betraktninger kan bli nyttige for Sentralstyrets videre arbeid.

Det tar tid å etablere et nytt utvalg, men den foreløpige erfaringen er at dette går bra, og at strukturen med å arbeide med konkrete bestillinger fra Sentralstyret, i tett samarbeid med andre strukturer i foreningen, og som en naturlig del av det helhetlige arbeidet, fungerer bra. Kvalitet, inkludert profesjonsutvikling, kan aldri overlates til ett utvalg, eller én avdeling. Kvalitet er noe vi arbeider med hele tiden, alle sammen, og på ulike måter, og et godt resultat er avhengig av godt samarbeid.

*Sidene merket  
Medlemsnytt er  
produsert av  
Psykologforeningen  
og er redaksjonelt  
uavhengig fra  
Psykologtidsskriftet.*



Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør

## Spesialistutdanning for psykologer

Lær mer om utviklingsmulighetene i den terapeutiske relasjonen, og hvordan du kan bruke deg selv som terapeut for å oppnå endring. Programmene tar sikte på å favne kompleksiteten i en klinisk hverdag, med utviklingspsykologisk tenkning og forskning i sentrum.

**Obligatorisk program i spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi:** Åpen for søknad i juni 2024, oppstart januar 2025.

**Valgfritt program i utviklingsrettet intersubjektiv terapi med barn og ungdom:** Åpen for søknad fra april 2024, oppstart 21. august.

Ved spørsmål kontakt:

renate.stendal@r-bup.no (obligatorisk program),

monica.werner@r-bup.no (valgfri og intersubjektiv terapiutdanning)

- Undervisningen skjer i stabile grupper over tid, med ro til langsgående prosesser og terapeututvikling.
- Integrasjon av teoretisk/empirisk kunnskap og klinisk praksis gjennom øvelser og refleksjon.
- Alle gruppeledere er erfarne terapeuter.



**BRYNE.** I sentrale og attraktive lokaler i Arne Garborgs veg 15/17 i Bryne sentrum har vi ledig for leie 200 kvadratmeter.

I samme bygning finnes gynekologpraksis og allmennlegepraksis.

Samlokalisert er også politistasjon og apotek. En annen allmennlegepraksis ligger i nabobygget.

Beliggenheten er sentral i forhold til tog, og det er stor parkeringsplass like utenfor lokalene.

Omlandet er folkerikt med Bryne som et naturlig sentrum for folket på Jæren. Samtidig er hovedtyngden av spesialistlegepraksiser og psykologpraksiser plassert i og nær byene Sandnes og Stavanger, i noe avstand fra Bryne.

Området egner seg meget bra for etablering av praksis for disse spesialiteter.

Utleier kan tilby spesielt gode leie-betingelser i en oppstartsperioden.

Kontaktperson: Oddvar Gilje, mobil 928 50 812, e-post [oddvar.gilje@gmail.com](mailto:oddvar.gilje@gmail.com)



## GRUNNUTDANNING I EMDR

Fysisk oppmøte og digitalt

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen, EMDR Europe Accredited Senior Trainer

### The Art of EMDR

Røros, 17.–20. september 2024

Workshop med Roger Solomon, EMDR Institute Senior Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:  
[www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

**OSLO.** Stort lyst kontor i liten psykologpraksis ledig på Lilleaker.

Gode kommunikasjonsmuligheter til Oslo og Bærum/Asker. Grei parkering. Rimelig leie.

Kontakt Heidi Ihlen på SMS mobil: 907 64 625 eller e-post [hihlen@online.no](mailto:hihlen@online.no)





## Svært gode priser og betingelser for medlemmer i Norsk psykologforening

- Du får 30 prosent rabatt på Storebrands ordinære pris på private skadeforsikringer
- Har du tre eller flere forsikringer øker rabatten til 35 prosent samlerabatt
- Kjøper du forsikring på nett får du i tillegg 10 prosent nettrabatt





## FPP-SEMINAR OG ÅRSMØTE 2024

Forening for psykologer i privat praksis

19.–21. september. Hotel Natura, Reykjavik, Island

### Dagsaktuelle perspektiver på psykoterapeutisk kompetanse

Kristin Østlie og Hanne Strømme

#### Torsdag 19. september

08.30–09.00: Registrering

09.00–09.05: Åpning ved leder i FPP

09.05–12.00: Når terapeuten og terapeutkompetansen utfordres

- Stagnasjon
- Selvmordsfare
  - Private teorier; konvergens og divergens
  - Vanskelige følelser hos terapeuten
  - Nye retningslinjer

12.00–13.00: Lunsj

13.00–15.00: «Deliberate practice»

– trenger erfarne terapeuter målbevisst ferdighetstrening?

15.15–16.00: Ferdighetstrening på

utfordrende situasjoner. Øvelser der deltakerne bruker eksempler fra egen praksis

16.15–17.15: Årsmøte FPP

#### Fredag 20. september

09.05–11.00: Overføringskjærighet og forføring i terapirelasjonen

11.15–12.00: Faglighet og teori

- Nærhet og grenser
- Teorier å tenke med

12.00–13.00: Lunsj

13.00–15.00: Psykoterapeutisk kompetanse nå og fremover

- Funn og problemstillinger i dagens kompetanseforskning
- Kunstig intelligens som bidrag til ferdighetsutvikling?

- Endringer i rammer – samfunnsutvikling og psykisk helsevern

15.15–16.00: Gruppediskusjoner

- Hva tenker vi er terapeutkompetanse?
- Hva ivaretar erfarne terapeuters engasjement og fagutvikling?

16.15–17.00: Plenumssamtale og oppsummering

19.00: Festmiddag

#### Lørdag 21. september

09.00–12.00: Norsk psykologforening v/Jus- og arbeidslivsavdelingen

Informasjon og diskusjon

12.00–13.00: Lunsj

Seminaret er godkjent som 18 timers vedlikeholdskurs for spesialitetene.

Seminaravgift kr 1 000,- er sterkt subsidiert og inkl. bl.a. festmiddag. Seminaret er forbeholdt medlemmer av FPP. Medlemsavgift: kr 350,- pr. år. For å bli medlem i FPP send en e-post (merk e-posten FPP innmelding) til [Medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:Medlemsservice@psykologforeningen.no)

Saker som ønskes behandlet på årsmøtet sendes [post@fppstyret.no](mailto:post@fppstyret.no) innen 5. september.

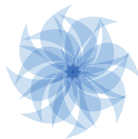
Deltakerne må raskest mulig etter bekreftet seminarplass bestille overnatting via lenke til

hotellet, ref. FPPs hjemmeside. FPP-styret anbefaler booking 18.09–22.09 (onsdag til søndag).

All informasjon om seminaret (priser, booking, aktivitetstilbud m.m.) finnes på FPPs hjemmeside og Facebookside.

**Påmeldingsfrist:** 31. mai  
**Avbestillingsfrist:** 1. august

**Påmelding til seminar/årsmøte via**  
[www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/Kurs%20og%20utdanning)



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

# Prosjektleder/fagutvikler



## Administrasjon i Divisjon Psykisk helsevern, Sykehuset Innlandet HF

Vi leter etter deg som ønsker å bidra til bedre pasientbehandling innen psykisk helsevern og rus.

I Divisjon psykisk helsevern, Sykehuset Innlandet, arbeider vi med å optimalisere pasientforløp og ønsker at kliniske eHelse-løsninger er en naturlig del i hvert pasientforløp. De siste årene har vi implementert DelMedMeg. Via den løsningen samler vi inn pasientrapporterte data og kan distribuere informasjon og behandling til pasienten. Vi ser store utviklingsmuligheter her og ønsker deg med på laget for å utvikle fremtidens helsetjeneste sammen med våre ledere og klinikere.

Du må se muligheter teknologi gir og evne å omsette det til gode praktiske løsninger for klinikken. For at det skal komme pasientene til gode må det implementeres og i dette arbeidet får du en nøkkelrolle.

### Arbeidsoppgaver

- Planlegge og bistå i implementeringsprosesser.
- Utvikle prosedyrer og system for etablering av internt kvalitetsregister og digitalisering av kliniske verktøy.
- Opplæring av klinikere/ledere og bistå i å implementere løsningen i våre kliniske enheter.
- Kontaktperson overfor leverandør/e-helse internt i utvikling av løsning.
- Samarbeid med andre sykehus/HF som har liknende løsninger.

### Kvalifikasjoner

- Organisasjonpsykolog eller psykolog/lege med spesialisering/erfaring innen psykisk helsevern og rus og erfaring innenfor digitale løsninger.
- Det åpnes også opp for høyskoleutdannede med tilsvarende spesialisering/erfaring.
- IT- utdanning/interesse for og erfaring med digitale løsninger er nødvendig.

### Personlige egenskaper

Vi ser etter deg som:

- er selvstendig, innovativ og samtidig tålmodig.
- er strukturert, løsningsorientert og har evne til å ha flere baller i luften samtidig.
- evner å se sammenhengen mellom analyse av tall og klinisk praksis.
- har interesse av hvordan systematisk innhenting av data kan brukes til forbedringer i pasientbehandling og flyten i den kliniske hverdagen.
- evner å skape opplutning, både på leder- og medarbeidernivå.
- har god skriftlig og muntlig kommunikasjonsevne samt god formidlingsevne.
- liker å samarbeide med andre.

Personlig egnethet vektlegges.

### Vi tilbyr

Mulighet til å være med å utvikle og kvalitetssikre tjenesten.

Etter søknadsfristens utløp vil offentlig søkerliste bli utarbeidet. Hvis søker har krysset av for ønske om ikke å fremkomme på offentlig søkerliste, vises det til offentleglova § 25, annet ledd. Helsefor- etaket vil gjøre en vurdering av om kriteriene for å bli unntatt fra søkerlista er oppfylt. Det gjøres oppmerksom på at en søknad kan bli gjort offentlig selv om søkeren har bedt om ikke å bli ført opp på søkerlista. Søkeren vil i tilfelle bli varslet om dette.

### Søknadsfrist: 25.05.2024

Arbeidsgiver: Sykehuset Innlandet HF  
Sted: Brumunddal  
Stillingsstittel: Prosjektleder/fagutvikler  
Stillinger: 1  
Heltid/Deltid: Heltid  
Ansettelsesform: Fast  
Stillingsprosent: 100  
Webcruiter-ID: 4796765339

### Lenke til stillingen

[https://2411.webcruiter.no/Main2/Recruit/Public/4796765339?language=nb&link\\_source\\_id=2000&showExpired=False](https://2411.webcruiter.no/Main2/Recruit/Public/4796765339?language=nb&link_source_id=2000&showExpired=False)

### Kontaktinformasjon

Per Anton Emanuel Åhrén, ass.direktør  
Telefon: 473 44 923



**SYKEHUSET INNLANDET**



## Om Montgomery AS

Montgomery AS er en privat psykologklinikk eid av psykologene Hedvig Montgomery og Arne Jørgen Kjosbakken. Vi jobber med terapi, veiledning, kurs og foredrag. I tillegg jobber vi mye med formidling av psykologi, og følger opp mennesker som er eksponert gjennom ulike medier. Vi kan tilby en spennende, morsom, travel og krevende hverdag i et tett og hyggelig fagmiljø sentralt i Oslo.



## Vi søker psykologer: 100 % fast stilling og 20 % engasjement

Vi er på utkikk etter en psykolog som vil være med oss og utvikle selskapet videre, eller deg som ønsker å bruke deg selv og faget mer enn du får gjort i dag. Du kan være spesialist, men enda viktigere er det at du brenner for faget, klientene og din egen fagutvikling.

### Vi tilbyr:

- Spennende arbeidshverdag med stor variasjon, høyt tempo og fleksibel arbeidstid.
- Mulighet til å jobbe med klienter over tid i et solid fagmiljø hvor vi både støtter og utfordrer hverandre.
- Gode muligheter til å påvirke egen arbeidshverdag, og -oppgaver.

- Mulighet til å jobbe privat med trygge rammer og gode pensjonsordninger.
- Lønn etter avtale.

Søknadsfrist: **8. mai**.

Søknad og CV sendes til Arne Jørgen Kjosbakken, e-post [aj@montgomery.no](mailto:aj@montgomery.no)

Ved spørsmål, ta kontakt med Arne Jørgen (daglig leder), på mobil **902 03 504** eller e-post.



Montgomery as

## Er du vår nye psykolog/psykologspesialist?

**Statens Barnehus Bergen** har ledig to faste stillingar i 100 % som psykologspesialist SKO 1304 i barnefagleg team. Ved mangel på kvalifiserte søkjarar som psykologspesialist vil vi vurdere tilsetjing i stiling som psykolog SKO 0794. Det kan òg vere aktuelt å tilsetje i lavere stillingsprosent ( minimum 50 %).

Statens Barnehus Bergen og avdeling Førde består for tida av 19 tilsette. Gjennom aktiv samhandling skal vi sørge for tryggleik, god helse og rettstryggleik for overgrepsutsette barn og vaksne med utviklingshemming. Barnehusene har i 2024 fått utvida mandat og tilbodet skal inkludera unge mistenkte for seksuallovbrot. Vi er eit tverretatleg samarbeidstiltak som formidlar kunnskap innan feltet og fremjar samarbeid med andre instansar. Hos oss får du vere ein del av ein utfordrande og spennande arbeidsplass der kompetanse og evne til samarbeid og god kommunikasjon blir høgt verdsett.

Du blir ein del av barnefagleg team saman med øvrige seniorrådgjevarar og psykologspesialist. Det faglege

arbeidet blir leia av seksjonsleiar for Statens Barnehus og avsnittsleiar for barnefagleg team.

I tillegg til barnefagleg team har vi fem konsulentar og ein teamleiar for administrativ støtte og tekniske oppgåver, og ein av konsulentane er lokalt tilsett ved avdeling Førde.

Statens Barnehus er ein del av Felles eining for førebygging i Vest Politidistrikt. Det blir arbeid på tvers av alle fagmiljø i politiet som arbeider med utsette barn og unge, samt med relevante fagmiljø som jobbar med overgrepsutsette barn og vaksne med utviklingshemming.

Fast arbeidstad for stillinga er i Bergen, men noko reiseverksemd og arbeid ved avdeling Førde må påreknast.

Søknadsfrist **20. mai**

**Les meir og søk på stillinga i Webcruiter, id: 4775047969**



**STATENS BARNEHUS**  
Et tverrfaglig kompetansehus

Bergen



Stiftelsen Fekjær – Hedalen i Valdres, 12 mil fra Oslo og Gardermoen

## Er du vår nye psykologkollega i et unikt terapeutisk samfunn?



Stiftelsen Fekjær har ledig fast stilling for psykologspesialist/psykolog 100%.

Fekjær Psykiatriske Senter (FPS) er en spesialisert behandlingsinstitusjon innen psykisk helsevern, i samarbeid med HSØ RHF. FPS består av to døgneheter, overgangsboliger, poliklinikk og amb. team.

Døgneheterene tilbyr miljøterapeutisk behandling til unge voksne (18-35 år) med alvorlige psykiske lidelser og sammensatte tilstander. Noen har samtidig rusproblem. FPS har en psykodynamisk bunnklang, med vekt på relasjonelt korrigerende erfaringer i miljøterapeutisk kontekst. Enhetene er tverrfaglig organisert, med helhetlig syn på individet og gruppeprosesser.

Vi søker nå en ny psykologspesialist/psykolog som liker utfordringer, kompleksitet, og har lidenskap for tverrfaglig relasjonelt arbeid i møte med en variert pasientgruppe. Vi ser etter deg som tror på at psykoterapi og miljøterapi går som hånd i hanske, og med nysgjerrighet på samspill og relasjonelle prosesser. Hvis dette griper deg, les gjerne mer på våre hjemmesider: [www.fekjaer.no](http://www.fekjaer.no)

### ARBEIDSGRAVER

- Utredning og behandling av komplekse psykiske tilstander, i tverrfaglige enheter
- Rettighetsvurdering av henvisninger
- Delta i kompetanseheving og fag- og utviklingsarbeid, og veilede andre faggrupper ved behov
- Ansvar for pasientforløp i døgneten primært, med mulighet for poliklinisk arbeid etter avtale
- For spesialister: veiledning av psykologer

### KVALIFIKASJONER

- Norsk autorisasjon (cand.psychol), psykologer på lisens kan vurderes
- Erfaring med utredning og behandling
- For spesialister: Spesialitet innen klinisk voksenpsykologi, psykoterapi eller rus- og avhengighet er ønskelig, andre relevante spesialiteter vurderes

### PERSONLIGE EGENSKAPER

- Interesse for miljøterapi, arbeid med sårbare pasientgrupper og alvorlige tilstander

- Gode samarbeidsevner/ evner til selvstendig arbeid
- Høy arbeidskapasitet
- Intr. for psykodynamisk/gruppodynamisk forståelse
- Erfaring med komplekse traumelidelser, personlighetsforst. og psykoselidelser en fordel
- Personlig egnethet og motivasjon vil vektlegges

### VI TILBYR

- Inspirerende pasientgruppe, givende terapeutisk arbeid
- Spennende arbeid med dyktige medarbeidere
- Mulighet for faglig og personlig vekst
- Mulighet til å delta i utv. av et unikt beh. tilbud
- Fleksible arbeidsbetingelser i dialog med arb. giver
- Moderne tjenesteboliger til leie (også for familie)
- Vakre omgivelser, med mulighet for naturopplevelser
- Gjensidig 6 mnd. prøvetid. Mulighet for rask tiltredelse
- Lønn etter avtale og pensjon i KLP

Søknad sendes: [post@fekjaer.no](mailto:post@fekjaer.no) Søknadsfrist 23.mai. Oppgi to referanser.

Gå gjerne inn på [hedalen.no](http://hedalen.no) for å lese om bygda Hedalen og Sør-Valdres.

### KONTAKTPERSONER

Institusjonssjef Elling Fekjær, tlf. 905 91 545,  
e-post [elling.fekjaer@fekjaer.no](mailto:elling.fekjaer@fekjaer.no)

Klinikkleder Tor Anders Perlestenbakken,  
tlf. 915 13 484, e-post [tor.anders.perlestenbakken@fekjaer.no](mailto:tor.anders.perlestenbakken@fekjaer.no)

Psykolog/representant Norsk psykologforening  
Alexandra Tenebroso, tlf. 900 47 314,  
e-post [alexandra.tenebroso@fekjaer.no](mailto:alexandra.tenebroso@fekjaer.no)



FEKJÆR PSYKIATRISKE SENTER

3528 HEDALEN I VALDRES

# PSYK KOL OGI

## MATERIELLFRISTER OG PRISER 2024

### SPESIALPLASSERING:

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

### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 28 per sp.mm.

Fargetillegg kr 12 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 3 220, samme format i farger kr 4 600.

### SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 590.

### NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 10 000, 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 1 950 per uke eller 5 950 for inntil en måneds visning kan stillingen vises på forsiden [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no) med link til bedriftens stillingsannonse.

**Bannerannonser** publiseres både på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) og toppbanner på [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no) og koster kr 15 900 per måneds visning.

#### ANNONSEFORMATER FOR BANNERANNONSER

Nettsidene		Visning på mobil
220x170 px	980x150 px	320x120 px

Se informasjon om annonsering også på [www.psykologtidsskriftet.no/annonsorer](http://www.psykologtidsskriftet.no/annonsorer)

**Nyhetsbrev** sendes ut samtidig med utgivelse av papir-utgaven den 1. virkedagen og den 15. i hver måned. For tiden er det ca 9 050 mottakere av nyhetsbrevet. Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet i følgende formater:

#### NYHETSBREVFORMATER

Full bredde	1/2 bredde
564 piksler for kr 7 500	264 piksler for kr 4 500

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
6	15.05	03.06
7	14.06	01.07
8	18.07	01.08
9	16.08	02.09
10	17.09	01.10
11	18.10	01.11
12	15.11	02.12

#### PRISER: STILLINGANNONSER/PROFILANNONSER

Format	4 farger	Sort
1/1 side	18 900	17 300
1/2 side	14 900	13 300
1/4 side	12 900	11 300

Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på [www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser)

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

#### ANNONSEFORMATER

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

#### ABONNEMENT OG LØSSALG

Institusjons- abonnement	Privatabonnement i Norge
kr 2 650	kr 1 495

Portotillegg for utsendelse innen Norden og Europa kr 360, til verden for øvrig kr 520. Løssalg kr 185 + porto/eksp.gebyr

PSY  
KOL  
OGI

### SØKER DU JOBB?

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

Send e-post til [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) og meld din interesse.

## 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)

HELSE  SØR-ØST

## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **3. juni**, frist for å bestille annonse til juni-utgaven er **15. mai**

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

## Vi kan tilby annonseplass i nyhetsbrevet

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

### Annonseformat

Full bredde:  
564 x høyde 120 piksler for kr 7 500  
1/2 bredde:  
264 x høyde 120 piksler for kr 4 500

For mer informasjon om annonsering, kontakt oss på e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller telefon 23 10 31 33

## NORSK PSYKOLOGFORENING

---

### SENTRALSTYRET

#### President

**Håkon Kongsrud Skard**  
23 10 31 30  
hakon@  
psykologforeningen.no

#### Visepresidenter

**Hanne Indregard Lind**  
948 05 153  
h\_indregard@hotmail.com

**Arnhild Lauveng**  
913 17 162  
arnhild@  
psykologforeningen.no

#### Medlemmer

**Eva Therese Næss**  
971 01 119  
eva.th.naess@gmail.com

**Siri Næs**  
902 68 699  
Siri.naes@gmail.com

**Ann Birgithe Solheim  
Eikholm**  
971 29 052  
abseikhom@gmail.com

**Bjarte Bønes Bruntveit**  
909 98 052  
bjartebruntveit@yahoo.no

**Chris Margaret Aanonsen**  
957 92 616  
chris.m.aanonsen@  
gmail.com

**Lars Ravn Øhlckers**  
908 81 250  
larsravnohlckers@gmail.com

**Eldrid Robberstad**  
475 00 308  
eldrid.robberstad@  
sola.kommune.no

**Andreas Vindenes**  
studentrepresentant  
917 02 956  
andreas.vindenes@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

**Kristin Lothe Nordbø  
(1. vara student-  
representant)**  
476 54 401  
kristinnordb@hotmail.com

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

### LOKALAVDELINGER

**Akershus**  
**Andrea Wister**  
andrea\_wister@alumni.  
brown.edu  
994 35 493

**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**  
**Asiyah Michelle Farooqui**  
michelle.farooqui@  
gmail.com  
971 26 394

**Møre og Romsdal**  
**Bjørn Olav Henden**  
bjorn.olav.henden@  
helse-mr.no  
974 81 950

**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 Lindøe**  
libi@siv.no  
473 83 123

**Troms**  
**Ida Atalie Falch**  
Ida.atalie@gmail.com  
916 99 270

**Vest-Agder**  
**Øyvind Buli Føreland**  
vestagder@  
psykologforeningen.no  
948 84 351

**Vestfold**  
**Paul André Myhrer**  
amyhrer@gmail.com  
990 41 900

**Østfold**  
**Fredrik Henanger Blom**  
fhiblom@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,  
evakarinloevaas@gmail.com,  
tlf. 916 64 076

#### *Eldrepsykologi*

**Cecilie Gaustad,** leder,  
ceciliegaustad@gmail.com,  
tlf. 975 48 563

#### *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@helsebergen.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**

**Klara Øverland,** leder,  
klara.overland@uis.no,  
tlf. 406 08 818

### **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

### **SEKTORUTVALG**

#### *Spesialisthelsetjenesten*

**Bjarte Bruntveit,** FTV  
Helse Bergen, leder, bjarte.bruntveit@helse-bergen.no, tlf. 909 98 052

#### *Stat*

**Grethe H. Strand Rolfsen,**  
Bufetat Region Øst, leder,  
grethe.strand.rolfsen@bufetat.no, tlf. 959 99 232

#### *Kommunal sektor*

**Kristin Haugholt,** leder,  
Ringsaker, kristinhaugholt@hotmail.com, tlf. 951 72 032

#### *Avtalespesialister*

**Henrik Riekeles Vik,**  
Helse Sør Øst, leder,  
Henrik@riekelesvik.no,  
tlf. 408 45 848

### **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,**  
forhandlingssjef,  
ja@psykologforeningen.no

#### *Fagpolitisk avdeling*

**Kim Edgar Karlsen,** fagsjef,  
kim@psykologforeningen.no

#### *Utdanningsavdeling*

**Bjørnhild Stokvik,**  
utdanningssjef, 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

- 286 Nye retningslinjer for selvmordsforebygging**  
Aktuelt | Johannes Valdemar Ytreberg Meløe
- 294 Skyld og skam i nyliberalismens tid**  
Fagessay | Simen Marenius Ekelund
- 300 Grupper for ungdom med autismspekterdiagnose**  
Fra praksis | Mogård et al.
- 306 Norskfødte med innvandrerforeldres erfaringer i psykologisk behandling: en kvalitativ studie**  
Originalartikkel | Ngo et al.
- 316 To nye modeller for personlighetsvurderinger**  
Oppsummert | Nysæter og Christensen
- 320 Aktuelle samfunnsproblem sett med Freud**  
Fagessay | Atle Møen
- 326 Barn og ungdom i forskning om vold**  
Etikkpanelet | Viktor Schønning
- 330 MENINGER**  
Kommentar: Psykiatere på full fart inn i fortiden | Katharine Cecilie Williams (s. 330)  
Debatt: Den verdifulle skjermbruken (s. 332), Hjernefunn uten praktisk betydning (s. 340)  
Kronikk: Grøftefyll i russetiden | Ragnhild Bø (s. 336)
- 342 Sentre for kjønnsinkongruens i alle helseregioner**  
Nye stemmer | Runa Kongsvik
- 344 INNTRYKK**  
Anmeldelser: En nyttig provokasjon (s. 344)  
Bokessay: En ny vår for narsissisten | Simen Fjellstad Holm (s. 347)
- 352 Minneord**
- 356 Annonser**
- 359 Stillingsannonser**