

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYK KOL OGI

Vol.59 nr.04 2022

**Psykoanalyse
og melankoli**

Espen Håland

**NORSK
PSYKOLOGI-
HISTORIE**

*Andreas
Høstmælingen*

**Inkluder
kontoransatte**

Debatt

**Ungdommens
indre liv**

Per Are Løkke



PSY KOL OGI

Vol. 59 **nr. 04** 2022

Sjefredaktør Katharine Cecilia Williams,
katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003

Psykologfaglig redaktør Gro Walø-Syversen,
gro@psykologtidsskriftet.no, tlf. 908 45 076

Teknisk redaktør Christian von Schack,
christian.schack@psykologtidsskriftet.no, tlf. 483 30 455

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

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

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

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Joar Øveraas Halvorsen, Cathrine Idsøe,
Pia Beate Pedersen og Martin Bystad

Denne utgaven ble godkjent til trykk 25.03.2022

Omslagsillustrasjon Johan Nord

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening (Journal of the Norwegian Psychological Association)
er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat,
Tekstrekameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell
fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Våren som sluttet før den begynte

Sist gang jeg skrev en leder, hadde ikke Russland invadert Ukraina. Jeg la til et autentisk, postpandemisk hjertelig ønske om en god vår.

Russlands invasjon startet tidlig om morgenen 24. februar 2022, to dager etter at vi sendte Psykologtidsskriftets marsutgave til trykkeriet. I løpet av denne korte tiden har tusenvis av mennesker mistet livet, mistet sine kjære, fått endret livet sitt for alltid. Det videre forløpet av denne ufattbare, forferdelige krigen er umulig å forutsi. De mest pessimistiske prediksjonene er vanskelig å ta inn over seg.

Som medmennesker trenger vi å mobilisere, aktivere, gjøre det vi kan, og ikke la en håpløshet få innpass i våre sinn og gjøre oss handlingslammet. Redaksjonen har de siste ukene fått inn meldinger om ulike måter psykologer engasjerer seg og gjør betydningsfulle innsatser på. Psykologer både vil, kan og skal komme til å gi sine bidrag. Det vil også redaksjonen.

I mellomtiden vil jeg oppfordre, ikke minst meg selv, til å ta dedikert tid for konsolidering. ✕



Katharine Cecilia Williams

Sjefredaktør
katharine@
psykologtidsskriftet.no



De mest pessimistiske prediksjonene er vanskelig å ta inn over seg

282



FOTO: NIKOLAI TIKHOMIROV / SHUTTERSTOCK / NTB

HJERNEN OG SPISEFORSTYRRELSER

På Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP) tilbys en ny behandlingsmetode kalt Temperamentbasert terapi med støtte (TBT-S). Vi må invitere oppdatert kunnskap om hjernefunksjon, personlighetstrekk og genetikkk inn i terapirommet, skriver Kristin Stedal og Agnete Vold.

Fra praksis

288



ILLUSTRASJON: KAMLOTART / SHUTTERSTOCK / NTB

BØR AUTISME BEHANDLES?

Behandling av autisme er blitt sidestilt med konverteringsterapi. Hvorfor kan ikke personer med autisme få være slik som de er? Professor Svein Eikeseth mener den prinsipielle motstanden fra nevro mangfoldsbevegelsen kan resultere i at barn med autismspekterforstyrrelser mister muligheten til et bedre liv.

Debatt



FOTO: MER FILMDISTRIBUSJON

DE USKYLDIGE

Det er noe med filmens tittel som vekket min nysgjerrighet – tittelen kan synes å utfordre en idé om at barn er uskyldige, skriver Line Indrevoll Stänicke om den kritikerroste nyinnspillingen *De uskyldige*. Fra et psykoanalytisk perspektiv utforsker hun underliggende psykologiske tema.

Filmessay

Innhold

- 245 **Våren som sluttet før den begynte**
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 248 **Hvordan norsk psykologi ble en klinisk profesjon**
Fagessay | Andreas Høstmælingen
- 258 **På leting etter et tapt språk: om psykoanalyse og melankoli**
Teoretisk artikkel | Espen Håland
- 268 **Psykoanalytiske teorier om ungdom**
Fagessay | Per Are Løkke
- 277 **Å være en person**
Fagessay | Sigmund Karterud
- 282 **Temperamentbasert terapi med støtte (TBT-S). En ny behandling for spiseforstyrrelser**
Fra praksis | Kristin Stedal & Agnete Vold
- 288 **MENINGER**
Kronikk: «Medavhengighet» på tynn faglig grunn | Ane Ramm (s. 290)
Debatt: Autisme (s. 288), Medavhengighet (s. 294), Smertebehandling (s. 295), Spesialistutdanningen (s. 297), Tverrfaglig samarbeid (s. 300), Barn og unge (s. 302)
- 304 **INNTRYKK**
Anmeldelse: Virtuelt og virkelig (s. 304)
Bokessay: Fremtidstekning definerer vår opplevelse | Simen Bø (s. 308)
Filmessay: *De uskyldige* – å skape sammenheng mellom den indre og ytre verden | Line Indrevoll Stänicke (s. 312)
- 321 **Annonser**
- 325 **Stillingsannonser**

Hvordan norsk psykologi ble en klinisk profesjon

Helsemyndighetenes forståelse av en psykolog som en klinisk psykolog, er en naturlig følge av profesjonens historiske utvikling i Norge.

TEKST Andreas
Høstmælingen

KONTAKT
andrhos@uio.no

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET definerer en psykolog på følgende måte: «Den norske lovgivningen anvender begrepet psykolog i betydningen klinisk psykolog. [...] Kjerneaktiviteten til en psykolog er utredning, diagnostisering og behandling av pasienter» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020, s. 4, min oversettelse). Med dette stadfester norske helsemyndigheter at psykologprofesjonen forvalter en begrenset del av psykologifaget. Selv om kunnskapsgrunnlaget en psykolog skal tilegne seg, er bredt, framgår det av forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning at de ferdighetene psykologer skal tilegne seg når det gjelder konkret tjenesteyting til andre mennesker, i hovedsak handler om psykologisk utredning og behandling av psykiske lidelser (forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning, 2020). Til sammenligning defi-

nerer den europeiske føderasjonen av psykologforeninger (EFPA) «psychologist» bredere. Gjennom Europsy-sertifikatet, som gir en felles standard for psykologkompetanse i alle land der den er utstedt, framkommer det at en psykologs kompetanse bygges i tre faser (totalt seks år) som utgjør en nødvendig basis for selvstendig praksis (European Federation of Psychologists' Associations, 2019). Den første fasen tilsvarer en treårig bachelor som skal inneholde kunnskap og ferdigheter som i stor grad overlapper med de norske utdanningskravene til vitenskapsteori, historie, forskningsmetode og basaldisipliner (European Federation of Psychologists' Associations, 2019; forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning, 2020). Den andre fasen tilsvarer en toårig master som bygger videre på bacheloren og kan følge tre mulige spor. Disse kan enten være

1. udifferensiert og forberede kandidaten for videre PhD-utdanning
2. udifferensiert og forberede kandidaten for generalisert psykologipraksis
3. differensiert og forberede kandidaten for praksis innenfor et av flere praksisfelt som a) klinisk psykologi eller helsepsykologi, b) utdannings- eller skolepsykologi eller c) arbeids- og organisasjonspsykologi.

Den tredje fasen inneholder veiledet praksis innenfor et praksisfelt, og kan i sin helhet foregå etter fullførte fem år, eller være integrert i de foregående fem år (European Federation of Psychologists' Association, 2019). Alle som tilegner seg enten udifferensiert eller spesialisert kompetanse etter disse kriteriene, kan etter Europsy-standarden bruke «psykologist»-tittelen.

Om man sammenligner det norske «psykolog»-begrepet med det europeiske «psychologist», ser man at norsk psykologutdanning følger et differensiert spor hvor man i praksis spesialisere kandidaten innenfor klinisk psykologi og helsepsykologi. Det norske profesjonsstudiet kan således beskrives som en spesialisert utdanning snarere enn en generalistutdanning i psykologi. Videre er tittelen «psykolog» utelukkende knyttet til denne utdanningen. Med andre ord kan ikke kandidater som tilegner seg det som tilsvare Europsy-kompetanse, kalle seg «psykolog», heller ikke de som tar en psykologiutdanning innen klinisk psykologi eller helsepsykologi. Personer med utdanning fra utlandet kan bli godkjent som «psykolog» i Norge, men først etter en konkret vurdering av om utdanningen er sammenlignbar med profesjonsstudiet, og om den gir rett til å utøve psykologyrket i det landet hvor man tar utdanningen (Helsedirektoratet, 2022). I henhold til norske helsemyndigheters definisjon (se over) vil det da si hvorvidt utdanningen gir rett til å drive utredning, diagnostisering og behandling av pasienter. Dette står i kontrast til andre land som følger Europsy-systemet, hvor alle som fullfører en generell eller spesialisert utdanning etter overstående prinsipper, defineres som «psychologist». I Europsy-sammenheng vil totaliteten av mennesker som bruker «psychologist»-tittel, kunne antas å dekke fagfeltet «psykologi». I Norge dekker imidlertid «psykolog» klinisk psykologi, mens det meste av øvrig psykologi forvaltes av mennesker med utdanninger som ikke kvalifiserer til tittelen.

Et sentralt spørsmål i norsk psykologi blir derfor hvordan en profesjon som i utgangspunktet ble ansett å forvalte psykologi som sådan, endte med å bli en spesialisert helseprofesjon. I denne artikkelen utforsker jeg noen elementer av den historiske utviklingen til psykologprofesjonen i Norge, og gjør rede for sentrale utviklingstrekk som førte til norske psykologers særskilte oppdrag som helsearbeidere.

KJENNETEGN VED PROFESJONER

Når en gruppe definerer seg gjennom en bestemt form for kunnskapsanvendelse og denne anvendelsen knyttes til visse typer arbeidsoppgaver, snakker vi gjerne om en *profesjon* (Abbot, 1988; Teigen, 2015). Et første kjennetegn er at profesjonen må forholde seg til en eller annen form for *kunnskapsbase* som den kan kalle sin. Ofte vil denne komme til syne som et resultat av at visse grupper begynner å løse problemer på heltid, for så å etablere skoler og utdanninger for at påfølgende generasjoner skal ha muligheten til å fortsette med denne formen for problemløsning (Wilensky, 1964). Helbredere og kirurger fantes før legevitenenskapen. Prester og dommere utførte sentrale samfunnsoppgaver før det eksisterte et



Det norske profesjonsstudiet kan således beskrives som en spesialisert utdanning snarere enn en generalistutdanning i psykologi





Det som definerer profesjoner, er derfor ikke utelukkende knyttet til kunnskapsbasen de forholder seg til, men like mye de arbeidsoppgavene de løser

godt teologisk og juridisk fundament for denne praksisen (Teigen, 2015). Kunnskapsbasen blir da til gjennom å artikulere og forklare problemløsende praksis. I andre tilfeller vokser det fram teori og kunnskap som man senere finner anvendelsesområder for (Grimen, 2008). Et eksempel på dette er psykologien, som eksisterte som vitenskap og universitetsfag lenge før man kunne snakke om «psykologer» som anvendte denne kunnskapen i yrkessammenheng (Baklien, 1976; Nilsen, 2014; Teigen, 2015).

Et annet kjennetegn ved profesjoner er at de anvender sin kunnskapsbase gjennom et *grunnleggende sett med ferdigheter*, det Abbot kaller «three acts of professional practice» (1988, s. 40). Det dreier seg først om å forstå og klassifisere et problem, for så å iverksette tiltak. Ofte vil det ikke være gitt ut fra klassifiseringen av problemet hva som er beste framgangsmåte. Da blir selve resonneringsprosessen for å komme fram til riktig framgangsmåte en tredje profesjonell ferdighet. Ulike profesjoner har ulike innfallsvinkler for hvordan man utøver disse ferdighetene. Sammenhengen mellom kunnskapsbase og anvendelsesområder kan ofte være uklare. Profesjoners kunnskapsbase er ofte heterogene i den forstand at den er satt sammen av elementer fra forskjellige vitenskapelige disipliner og kunnskapsfelt, og fragmenterte i den forstand at disse elementene ikke utgjør en sammenhengende teoretisk helhet (Grimen, 2008). Det som definerer profesjoner, er derfor ikke utelukkende knyttet til kunnskapsbasen de forholder seg til, men like mye de arbeidsoppgavene de løser. Grunnen til at medisinerer må beherske både biologi og kommunikasjonsteori, er ikke det at du ikke kan forstå det ene uten det andre, men at legen må kunne kommunisere med pasienter for å være i stand til å stille en diagnose (Grimen, 2008). Med andre ord vil ikke kunnskapsbasen framstå som sammenhengende før den sees i lys av hvilke problemer som profesjonen bruker den til å løse. Et tredje definerende trekk ved profesjoner er derfor at de med utgangspunkt i en (heterogen og fragmentert) kunnskapsbase klassifiserer, resonnerer og anbefaler tiltak for å løse *visse typer problemer*. Hvilke problemer er ikke gitt, og såkalte profesjonskamper er et utslag av at ulike grupper søker kontroll over arbeidsoppgaver ved å tilby ulike og konkurrerende måter å forstå og behandle det samme problemet på. Et eksempel er hvordan samfunnet har betraktet rusmisbruk gjennom historien. Rusmisbruk har både et objektivt og subjektivt aspekt. Det objektive er selve inntaket av rusmidler og den skadelige fysiske effekten det har. Det subjektive aspektet dreier seg om hvordan man forstår og klassifiserer problemet, noe som har betydning for hva slags tiltak som anbefales, og hvem som anses å ha kompetansen til å levere det. Tidligere var rusmisbruk definert som et moralsk og åndelig problem, og var noe som tilhørte presteskapets domene. Etter hvert ble det sett på som et medisinsk problem som måtte løses med behandling framfor trusselen om fortapelse. Senere ble det redefinert som et juridisk problem som burde løses med lovgivning og forbud. Enda senere ble det definert som et psykologisk problem, hvor manglende evne til å styre impulsen til å drikke måtte avhjelpes av psykologer (Abbot, 1988).

Et suksesskriterium for profesjoner er at befolkning og beslutningstakere får tillit til at de i større grad enn andre har funnet «de riktige» metodene for å forklare, resonnerer om og behandle et problem. Dette kan skje gjennom forhandlinger med andre grupper som hevder å kunne gjøre de samme oppgavene, eller gjennom anerkjennelse fra de som mottar tjenestene – klienter, offentlig opinion og arbeidsgivere. Men den stør-

ste anerkjennelsen inntreer når myndigheter innrømmer profesjonen en særegen kompetanse ved å skape beskyttede titler for de gruppene som vurderes å kunne utføre skjønnsbaserte arbeidsoppgaver på en tilfredsstillende måte (Freidson, 2001). I dette ligger en erkjennelse av at oppgaver som staten har ansvaret for, ikke kan løses gjennom streng regelstyring. Den som utøver skjønn, resonnerer seg fram til hva som er riktig å gjøre i fravær av klare forbindelser mellom diagnose og behandling, og delegasjon av skjønnsmyndighet hviler på en antagelse om at profesjonsutøveren kan utvise dømmekraft og ta fornuftige beslutninger (Grimen & Molander, 2008). Når profesjoner blir autorisert på denne måten, innebærer dette et statlig godkjent-stempel som sier at profesjonsmedlemmenes kunnskapsanvendelse er nødvendig for å løse arbeidsoppgaver, og i mange tilfeller blokkerer det andre yrkesgrupper fra å utøve dem.

FINNER SITT ANVENDELSESOMRÅDE

Tanken om å integrere «ren» vitenskapelig kunnskap med yrkesutøvelse var fremmed på slutten av 1800-tallet. De rene vitenskapene sto over de anvendte i det intellektuelle hierarkiet. Her ble de grunnleggende abstrakte lover og prinsipper avdekket (Teigen, 2015). De som tok universitetsutdanning, tilegnet seg dannelsen – Bildung – og forsket og tenkte i en sfære atskilt fra profesjonsutøvere, som tok yrkesutdanning med lavere anseelse – «brødstudier». De sistnevnte profesjonsutøverne trådte ofte inn i offentlig tjeneste, tilegnet seg erfaring gjennom praktisk problemløsning og fikk sin legitimitet gjennom statlige sertifiseringsordninger (Abbot, 1988).

Psykologiens profesjonalisering fra slutten av 1800-tallet og gjennom første halvdel av 1900-tallet skjedde gjennom en gradvis overgang fra ren vitenskap til at man fant praktiske anvendelsesområder innen pedagogikk, psykoterapi, rettspsykologi, militærpsykologi og industripsykologi (Teigen, 2015). Den norske psykologiens innledende fase i 1890-årene besto av akademikere med tilhørighet i filosofi, medisin, teologi eller pedagogikk som begynte å fatte interesse for den nye eksperimentalsykologien (Skard, 1959). Først oppsto en psykologiutdanning gjennom opprettelsen av psykologisk institutt i 1909 med fokus på eksperimentalsykologi. Dernest gikk de som

følte en tilknytning til dette faget, sammen og dannet Norsk Psykologforening i 1934 (Baklien, 1976; Skard, 1984). Psykologene hadde fortsatt ingen etablert tradisjon for å løse arbeidsoppgaver, det fantes ingen klientgruppe som etter spurte psykologenes tjenester, og myndighetene visste i realiteten lite om hvilke typer tjenester psykologien kunne tilby (Baklien, 1976). Profesjonaliseringen handlet i stor grad om å gjøre offentlighet og beslutningstakere klar over at psykologisk kunnskap kunne være nyttig for å ivareta udekkede behov i befolkningen (Skard, 1959).

Store sosiale omveltninger på begynnelsen av 1900-tallet skapte nye problemer knyttet til folks personlige liv og sosial kontroll. Mennesker med personlige problemer hadde tradisjonelt ikke andre enn presteskapet å henvende seg til for råd og hjelp. Utviklingen mot en forståelse av slike problemer som psykologiske medførte imidlertid en rask vekst i psykologisk kunnskapsproduksjon og metodebruk, samtidig som presteskapets manglende evne til å løse disse oppgavene gjorde det vanskeligere å forsvare deres legitime kontroll over dem (Abbot, 1988). Etter første verdenskrig slet psykiatrien og medisinen også med å forklare og behandle de «nye» lidelsene som rammet de hjemvendte soldatene. Internasjonalt framsto psykologien som løfterik med tanke på å kunne ivareta et framvoksende og udekket tjenestebehov (Nilsen, 2014). I Norge ble Harald Schjelderup profesjonell psykologs sentrale fødselshjelper gjennom arbeidet med å synliggjøre hvordan psykologi kunne anvendes i terapeutisk praksis (Nilsen, 2014). Han gjorde sin overgang fra fysikk via filosofi til psykologi rett etter første verdenskrig. Etter å ha utdannet seg til psykoanalytiker i Wien tok Schjelderup sine første klienter i 1927, og fikk i 1928 omgjort sitt professorat i filosofi til psykologi; den første akademiske psykolog hadde blitt terapeut, og klinisk psykologi i Norge var et faktum (Nilsen, 2014; Nilsen & Magnussen, 2009). Som Norges eneste professor i psykologi var Schjelderups store prosjekt å integrere psykoanalysen og eksperimentalsykologien (Schjelderup, 1927). Godt hjulpet av en kulturelite (Sigurd Hoel, Arnulf Øverland), legestand (Nic Waal, Trygve Bratøy) og politikere (Karl Evang) som samlet seg om psykoanalysen, drev han psykologien i Norge til å bli et klinisk fag (Nilsen, 2014). Schjelderup

foregrep med dette en utvikling som kom til å finne sted i hele Europa og USA etter den andre verdenskrig, hvor klinisk psykologi vokste til å bli det mest sentrale området innen psykologisk yrkesutøvelse (Nilsen & Magnussen, 2009; Teigen, 2015).

I motsetning til Schjelderups prosjekt med å smelte sammen vitenskap og klinikk førte psykologiens vekst til splittelse i Amerika. På slutten av 30-tallet organiserte praktikere som jobbet med testing og rådgivning i skoler, industri og privat praksis, seg i the American Association of Applied Psychology (AAP), mens den amerikanske psykologiforeningen (APA) forble rent akademisk (Abbot, 1988). Mentale lidelser som prioritert praksisområde ble for alvor aktuelt etter andre verdenskrig. Av de 74 000 innlagte veteranene hadde 60 % psykiatriske diagnoser (Teigen, 2015). Troen på genetiske og fysiske årsaker til mentale lidelser ble svekket i takt med at man så at frykt, sorg, savn og krigshendelser kunne føre til sjokk, apati, depresjoner og nervøsitet (Nilsen, 2014). Det var et stort udekket hjelpebehov, og økonomiske midler for å utdanne flere hjelpere ble gitt av Veterans Administration og United States Public Health Service (Baker & Benjamin, 2000). Med økonomiske midler kom også krav om å sikre at de ble brukt på en forsvarlig måte. Splittelsen mellom de som utførte tjenester og de som forsket, framsto som mer og mer uhensiktsmessig. Forskningen måtte komme til praktisk nytte for millioner av mennesker som hadde behov for hjelp, og de som drev med praktisk hjelp, måtte vise til at deres aktivitet var understøttet av kunnskap. I 1949 samlet derfor sentrale psykologer seg i Boulder, Colorado. På 15 dager klarte 73 personer å bli enige om 70 resolusjoner som ble til det vi kjenner som «scientist-practitioner»-modellen (Baker & Benjamin, 2000). Teologiens, medisins og psykiatriens forklaringsmodeller så ikke lenger ut til å tilby gode nok løsninger, og psykologiens kunnskapsbase måtte ta det endelige steget fra ren til anvendt vitenskap.

Med Boulder-modellen stadfestet man ideallet om psykologen som en som anvender psykologisk forskning for å løse menneskers konkrete problemer.

Også i Norge skapte andre verdenskrig forgang i psykologiens overgang fra vitenskap til profesjon. Da universitetets virksomhet ble gjenopptatt, satset man med Schjelderup i

spissen på å opprette et embetsstudium som skulle gi en yrkesrettet utdanning. I mai 1948 vedtok Stortinget en ny eksamen i psykologi (Christiansen, 1984). Den midlertidige eksamensordningen av 1948 og embetseksamen i psykologi som avløste den i 1959, ble innført for å imøtekomme behovet for psykologer til praktisk yrkesutøving (Ot.prp. nr. 69 (1971–72)). Det hastet å få på plass folk som kunne ta fatt på de viktige arbeidsoppgavene som ventet. Einar Gerhardsen vektla i sin tale til nordisk psykologmøte i 1947 at psykologer hadde en viktig rolle i nasjonens gjenreisnings- og nyreisningsarbeid (Gerhardsen, 1948). Stortinget vektla behovet for psykologer til yrkesveiledning, personalutvelgelse i militæret og for psykologisk behandling som argumenter for å opprette studiet (von der Lippe et al., 2009). Fra 1949 til 1958 økte medlemstallet i Norsk Psykologforening fra 34 til 218, en vekst på 541 % på ni år (Jerger, 1984).

Det som skjedde i Boulder bekreftet Schjelderups drøm om den idealtypiske psykologen som en som anvender forskningsbasert kunnskap for å drive problemløsning i praksis. Den rene psykologiske vitenskap hadde funnet sitt anvendelsesområde. Psykologien kunne ikke lenger begrenses til forskning og forsøk på teoribygging. Kunnskapen måtte ta steget fra elfenbenstårnet og utsettes for testen alle andre profesjoner står overfor: Fungerer de forklaringsmodellene og tiltakene som forskningen gir oss, i praksis? Dette tvang også fram en endring i synet på hva slags kunnskap som måtte foredles ved universitetene:

Utdanningen forutsetter at universitetene [...] nedprioriterer den rene forskning til fordel for praktisk ferdighetsopplæring [...]. Det forutsetter en lydhørhet og åpenhet overfor fagets ikke-akademiske røtter, men samtidig også en identifikasjon med fagets historie innenfor academia. Brytes den første rot, kommer man lett i den situasjon professor Schjelderup beskrev på en treffende måte allerede i 1929, hvorledes han med sine akademiske psykologstudier følte seg helt hjelpeløs stilt overfor mennesker som søkte ham for å få hjelp med sine sjelelige vanskeligheter. Brytes den annen rot, vil psykologifaget fort kunne få det sektariske preg over seg som utmerker fag som ikke har åpne forbindelseslinjer med internasjonal forskning [...]. (Christiansen, 1984, s. 47)

Faget dreide seg ikke lenger bare om kunnskapsproduksjon, men måtte også finne måter å oversette denne kunnskapen til anvendelige metoder og framgangsmåter på for å skape en positiv endring i menneskers liv.

AUTORISERING - REGULERING AV ARBEIDSOPPGAVER

At en gruppe yrkesutøvere vokser fram ved å yte tjenester basert på en bestemt form for anvendelse av en kunnskapsbase, avhenger blant annet av om tjenestemottakere faktisk benytter seg av dem. Et neste trinn i profesjonenes utvikling inntreffer når den får støtte for at deres forklaringsmodeller og tilhørende tiltak er nødvendige for å levere tjenester som staten eller andre tredjeparter har ansvaret for å finansiere. Dette skjer typisk gjennom autorisasjonsordninger hvor profesjoner får kontroll eller «jurisdiksjon» over visse arbeidsoppgaver (Freidson, 2001). På denne måten bindes profesjonen til visse typer arbeidsoppgaver.

I Norge ble klinisk psykologi i form av psykoanalyse stadig mer populært i mellomkrigstiden, men det hjelper lite om en metode får aksept dersom de som tar den i bruk, ikke har tilstrekkelig kompetanse. Man ble bekymret for at et økende antall mennesker drev kvakksalveri i analysens navn etter at «arkitekter og skipsførere i mellomkrigstiden slo seg ned som psykoterapeuter» (Christiansen, 1984; von der Lippe, 1979, s. 21).

Schjelderup sto med sin sindige stil som en garantist for analysens vitenskapelige hold i norsk offentlighet (Teigen, 2015), og allerede i 1938 ble det i Norge gjennomført spesielle autorisasjonskrav for bruk av psykoanalytiske undersøkelses- og behandlingsmetoder (Christiansen, 1984). Ikke i noe annet land ble det ubevisst eksistens på denne måten vedtatt med kongelig segl (Nilsen, 2014). Den kongelige resolusjon av 15/7-38 om at bare personer autorisert av Sosialdepartementet skulle kunne nytte psykoanalytiske metoder, understreket at metoden teoretisk og metodisk tilhørte psykologien, og den åpnet veien for å bryte legenes hegemoni over behandling (Christiansen, 1984). Denne stadfestingen av at metoden i seg selv ikke er nok, men at den også må utføres av noen som har kompetanse til å bruke den, gir et frampek til de sentrale diskusjonene om evidensbasert praksis som skulle komme på 1990- og 2000-tallet.

Både når det gjaldt hypnose og psykoanalyse, tok Schjelderup til orde for offentlig regulering i form av retningslinjer eller autorisasjonskrav for anvendt psykologi (Christiansen, 1984; Nilsen & Magnussen, 2009). Denne tankegangen fortsatte å gjøre seg gjeldende i lovgivningen, noe som bandt psykologer tettere og tettere til kliniske arbeidsoppgaver. Psykologloven av 1973 ble vedtatt av et enstemmig Storting uten debatt eller kommentarer (Gjesvik, 1979). Den beskyttet psykologtittelen ved å stadfeste at bare de med embetseksamen i psykologi kunne kalle seg psykolog (psykologloven, 1973). Utdanningen garanterte for at man hadde en særegen kompetanse til å gjøre noe som var virkelig nyttig for folk (von der Lippe, 1979), og loven førte også til endringer i kvakksalverlovens § 5 som åpnet for at psykologer nå kunne ta syke i kur på linje med leger og tannleger (Innst. O. nr. 18. (1972-73); kvakksalverloven, 1936; Ot.prp. nr. 69 (1971-72)). Ved å inkluderes i denne eksklusive gruppen ble ikke bare psykologenes kompetanse anerkjent av myndighetene, men de kunne også få offentlig refusjon for sin yrkesutøvelse. Psykologens aktivitet ble med dette ansett som en nødvendig del av velferdsstatens tjenester. Da den nye helsepersonelloven ble vedtatt i 1999, framgikk det av lovens forarbeider at «[...] en psykolog er kvalifisert til å treffe avgjørelser i psykologfaglige spørsmål og til å behandle psykiske lidelser på selvstendig



... den første akademiske psykolog hadde blitt terapeut, og klinisk psykologi i Norge var et faktum





Troen på genetiske og fysiske årsaker til mentale lidelser ble svekket

grunnlag» (Innst. O. nr. 58 (1998–99), s. 23). Det fulgte også senere av § 1–4 i psykisk helsevernloven at den faglig ansvarlige for å treffe vedtak enten skulle være lege med relevant spesialistgodkjenning eller klinisk psykolog med relevant praksis og videreutdanning (Helsedirektoratet, 2012). Med unntak av spørsmål om medisiner og somatiske spørsmål skilles det ikke lenger mellom psykologer og leger når det gjelder kompetansekrav for å kvalitetssikre utredning og behandling av psykiske lidelser i psykisk helsevern (Helsetilsynet, 2008, 2010). Ingen annen yrkesgruppe ved siden av legene har fått en så klar jurisdiksjon over utredning og behandling av psykiske lidelser.

Gjennom utviklingen av disse bestemmelsene har man knyttet utredning og behandling av psykiske lidelser til psykologer på en måte som sikrer profesjonen et skjermet arbeidsmarked. Velferdsstaten har ansvaret for å levere disse tjenestene, og gjennom autorisasjonsordninger og regulering stadfestes det at de må ha psykologer til å levere dem. Det inngås på denne måten en form for kontrakt hvor samfunnet sikrer profesjonen tilgang på arbeidsoppgaver, samtidig som profesjonen forplikter seg til å levere kompetente tjenester. På denne måten skapes en gjensidig forsterkende dynamikk hvor man fokuserer på det man er forpliktet til, mens andre felt innen psykologien, som skole- og arbeidspsykologi, blir mindre viktig for profesjonen å ivareta.

NÅR FORSKNING MØTER PRAKSIS - DRØMMEN OM ENHET

Psykologien fant sine anvendelsesområder, og profesjonen opplevde anerkjennelse for den kliniske psykologien ved å bli tildelt jurisdiksjon over arbeidsoppgaver. Men med dette kom også utfordringer. Schjelderups store prosjekt var å vise at psykologien «ikke lenger er filosofisk spekulasjon, men en empirisk videnskap [som] ogsaa i høi grad kan nyttiggjøres i praksis» (Schjelderup, 1927, s. v). En sentral forutsetning for å forstå psykologers praksis dreier seg om utfordringene som oppstår når kunnskap gjennom profesjonalisering skal anvendes på enkelttilfeller. Schjelderup hadde et naturvitenskapelig grunnsyn på psykologien og hevdet at empirisk forskning er nødvendig for å avdekke universelle lover. Men fordi psykologien arbeider med levende mennesker som er i stadig forandring, vil ikke gjennomsnittsutregninger på gruppenivå kunne gjøre oss i stand til å «frigjøre [enkelt]mennesket fra alt det mørke, ubestemte, som snører dets liv ind» (Schjelderup, 1925, s. 74). Samtidig var han frustrert over at den metoden som var tilgjengelig for anvendelse – psykoanalysen – var forringet av «vilkaarlige tydninger, dogmatiske generalisationer og hypotetiske konstruktioner, som ikke engang fyldestgjør de mest beskedne krav til videnskabelig underbygning» (Schjelderup, 1925, s. 75). Med sin lærebok i psykologi utgitt i 1927 var Schjelderups ambisjon å smelte sammen den kritiske og vitenskapelige psykologi og den «verdifulle kjernen» i psykoanalysen til en organisk enhet (Schjelderup, 1969). Schjelderup forsøkte med dette å løse det han kalte «psykologiens dobbelt-stilling»: Siden mennesket er en biologisk organisme, samtidig som de hele tiden endres av sosiale og kulturelle påvirkninger, må vi studere det som en biologisk organisme, men også som et sosio-kulturelt vesen. Vi søker gjennom naturvitenskapelige eksperimenter å forklare hvordan ulike fenomener henger sammen, men vi må også søke å forstå psykologiske fenomener som ikke kan forklares eksperimentelt, gjennom en fenomenologisk tilnærming (Schjelderup, 1969). Naturvitenskapelige metoder er rettet mot å forstå generelle empiriske lover. Men så fort man

skal anvende kunnskap for å hjelpe et enkeltindivid, trer behovet for supplerende informasjon inn. Hvilke erfaringer og risiko- og beskyttelsesfaktorer har drevet akkurat denne personen i en retning som modererer de generelle reglene for utvikling? Vi må forstå det enkeltindividet vi har foran oss, og naturvitenskapelige metoder gir oss ikke nok informasjon. Samtidig peker han på at praksis som ikke er vitenskapelig belyst, blir vilkårlig, dogmatisk og hypotetisk. Denne visjonen om integrering av teoretisk opplæring og praksis ble også den bærende ideen for profesjonsstudiet i Norge (von der Lippe et al., 2009).

AVSLUTNING

Den norske psykologprofesjonen har utviklet seg fra å være et rent akademisk fag til å inneha et samfunnsmandat for utredning og behandling av psykiske lidelser. I Norge er dette et resultat av en lang utvikling, hvor psykologer gjennom autorisasjonsordninger og lovgivning har blitt eksplisitt knyttet til arbeidsoppgaver som gjelder behandling. Overgangen fra å forvalte psykologisk kunnskap som sådan til at denne skal anvendes i praksis, har også vært preget av førende norske psykologers primære interesse for behandling. Drømmen om integrering av kunnskap og praksis har således vært rettet mot det kliniske etter at Schjelderup kom tilbake fra Wien som nyutdannet psykoanalytiker i 1927. Ideen om integrering av teori og praksis har imidlertid ført med seg forvirring om hva norsk profesjonsutdanning i psykologi faktisk gjør. Utdanner man generalister eller spesialister? Ser man på bredden i kunnskap som dekkes i studiet, vil man unektelig se en stor heterogenitet, noe som trekker i retning av å vurdere profesjonsstudiet som en generalistutdanning. Hvis man imidlertid ser på hvordan denne kunnskapen gjennom studiet integreres med praksis – hvilke typer problemer man får trening i å anvende kunnskapen på – endrer bildet seg noe. Da vil man se at den konkrete ferdighetstreningen i stor grad handler om å utrede og behandle psykiske lidelser. Hvis man som Grimen (2008) definerer en profesjon ved å studere hvilke arbeidsoppgaver de løser, blir det tydeligere at den norske psykologprofesjonen (i motsetning til i Europa for øvrig) lærer å bruke en bred kunnskapsbase til å løse et relativt snevert sett av kliniske arbeidsoppgaver. Når norske helsemyndigheter således definerer en «psykolog» som en «klinisk psykolog», er dette en naturlig følge av en historisk utvikling som i Norge kan spores over 100 år tilbake i tid. ✕

REFERANSER

- Abbot, A. (1988). *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*. The University of Chicago Press. <https://doi.org/10.7208/chicago/9780226189666.001.0001>
- Baker, D. B. & Benjamin, L. T. (2000). The Affirmation of the Scientist–Practitioner. A Look Back at Boulder. *American Psychologist*, 55(2), 241–247. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.2.241>
- Baklien, B. (1976). *Psykologprofesjonen og dens omgivelser*. NAVFs utredningsinstitutt.



- Christiansen, B. (1984). Om psykologprofesjonens røtter. I P. A. Holter, S. Magnussen & S. Sandsberg (Red.), *Norsk psykologi i 50 år*. Universitetsforlaget.
- European Federation of Psychologists' Associations. (2019). *EuroPsy – the European Certificate in Psychology*. https://www.europsy.eu/_webdata/europsy_regulations_july_2019_moscow.pdf
- Forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning. (2020). *Forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning* (FOR-2020-01-03-16). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-16>
- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. The University of Chicago Press.
- Gerhardsen, E. (1948). Tale av statsminister Einar Gerhardsen. I E. Østlyngen (Red.), *Nordisk psykologmøte i Oslo 1947: forhandlinger*. Gyldendal. <http://www.nb.no/nbsok/nb/dc50a6f5b9d3c85124d9fb52c1dfb8e8.nbdigital?lang=no#0>
- Gjesvik, A. (1979). Psykologloven av 1973. I E. Brandt (Red.), *Psykologprofesjonen: framvekst, praksis, evaluering: rapport fra en konferanse mars 1979* (s. 7–18). NAVFs utredningsinstitutt. http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013120206011
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 71–86). Universitetsforlaget.
- Grimen, H. & Molander, A. (2008). Profesjon og skjønn. I A. Molander & L. I. Terum (Red.), *Profesjonsstudier* (s. 179–196). Universitetsforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020). *Reply to Reasoned Opinion related to case no. 80103, 79661, 81375 and 81656 dated 29 of April 2020 – Directive 2005/36*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/2f7118bc6c64408e86117ae9c7d9fa22/reply-to-ro--directive-200536.pdf>
- Helsedirektoratet. (2012). *Psykisk helsevernloven og psykisk helsevernloven med kommentarer* (Rundskriv IS-9/2012). Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2022). *Helsefaglig utdanning i utlandet – tips før du velger studium*. Hentet 30. januar fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/autorisasjon-og-lisens/helsefaglig-utdanning-i-utlandet-tips-for-du-velger-studium#beskyttetdetitlerinorge>
- Helsetilsynet. (2008, 21. august). *Vedr psykologers selvstendighet i det psykiske helsevern* (Brev ref. 2008/4077 734.1). Helsetilsynet.
- Helsetilsynet. (2010). *Distriktspsykiatriske tenester – likeverdige tilbud? Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 og 2009 med spesialisthelse tenester ved distriktspsykiatriske senter* (3/2010). Helsetilsynet.
- Innst. O. nr. 18. (1972–73). *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om godkjenning m.v. av psykologer* (Ot. prp. nr. 69 for 1971–72). Sosialkomiteen.
- Innst. O. nr. 58 (1998–99). *Innstilling fra sosialkomiteen om lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)*. Ot. prp. nr. 13 (1998–99). Sosialkomiteen.
- Jerger, R. (1984). Når skjedde det? Viktige hendelser i Norsk Psykologforenings historie 1934–1984. I P. A. Holter, S. Magnussen & S. Sandsberg (Red.), *Norsk psykologi i 50 år*. Universitetsforlaget.
- Kvakksalverloven. (1936). *Lov om innskrenking i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlæge, til å ta syke i kur av 19. juni 1936 nr. 9*.
- Nilsen, H. (2014). Psykologene. I R. Slagstad & J. Mesel (Red.), *Profesjonshistorier* (s. 450–471). Pax Forlag.
- Nilsen, H. & Magnussen, S. (2009). Homo academicus. I S. E. Gullestad, B. Killingmo & S. Magnussen (Red.), *Klinikk og laboratorium. Psykologi i hundre år* (s. 44–61). Universitetsforlaget.
- Ot.prp. nr. 69 (1971–72). *Om lov om godkjenning m.v. av psykologer*. Sosialdepartementet.
- Psykologloven. (1973). *Lov om godkjenning m.v. av psykologer av 9. mars 1973 nr. 13*. Sosialdepartementet.
- Schjelderup, H. (1925). *Det underbevisste. Fra sjelelivets grænseområder*. Gyldendal Norsk Forlag.
- Schjelderup, H. (1927). *Psykologi*. Gyldendal. <http://ub-fmserver.uio.no/minuskel/viewRecord.php?recid=76>
- Schjelderup, H. (1969). *Innføring i psykologi* (4. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Skard, Å. G. (1959). Psykologien i Norge. I Å. G. Skard (Red.), *Psykologi og psykologar i Norge* (s. 9–30). Universitetsforlaget.
- Skard, Å. G. (1984). Då N.P.F vart fødd. *Tidskrift for Norsk Psykologforening*, 21, 555.
- Teigen, K. H. (2015). *En psykologihistorie* (2. utg.). Fagbokforlaget.
- von der Lippe, A. (1979). Psykologloven, hva impliserer den for psykologers plikter? I E. Brandt (Red.), *Psykologprofesjonen: framvekst, praksis, evaluering: rapport fra en konferanse mars 1979* (s. 19–43). NAVFs utredningsinstitutt. http://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013120206011
- von der Lippe, A., Duckert, F. & Braaten, L. (2009). Psykologi blir profesjon. I S. E. Gullestad, B. Killingmo & S. Magnussen (Red.), *Klinikk og laboratorium. Psykologi i hundre år* (s. 237–252). Universitetsforlaget.
- Wilensky, H. L. (1964). The Professionalization of Everyone? *American Journal of Sociology*, 70, 137–158. <https://doi.org/10.1086/223790>

AKTUELT: DISPUTAS

Antidepressiver kan ødelegge effekten av terapi

Stipendiat og psykologspesialist Andreas Høstmælingen disputerer 1. april med sin doktorgradsavhandling om bruk av antidepressiver i psykoterapi.

Psykoterapi og medisinsk bruk av antidepressiver er behandling som benyttes for kronisk depresjon. Tidligere forskning har vist at de to behandlingsmetodene hver for seg er like virkningsfulle for lidelsen, og at kombinasjonen av disse har bedre resultater enn pasienter som bare får en av dem. Tolkningene av disse funnene er at tilnærmingene påvirker ulike depresjonssymptomer, og at kombinasjonen av antidepressiv behandling og psykoterapi følgelig gir større effekt. Kombinasjonsbehandling har derfor vært å foretrekke.

I sitt doktorgradsprosjekt hadde Høstmælingen et overordnet mål om å undersøke hvordan ulike behandlingstilnæringer påvirker spesifikke symptomer ved kronisk depresjon, og hvilke mekanismer som kan underligge slike effekter.

De kliniske studiene er gjennomført ved Modum Bad sykehus, og undersøkte forskjellene i depresjonsutfall for pasienter som bare mottok psykoterapi, opp mot kombinert behandling med psykoterapi og antidepressiver. Resultatene viste at den antatte kumulative effekten av antidepressiv behandling og psykoterapi ikke var til stede. I den ene studien viste det seg at pasientene som sluttet på antidepressiver underveis i behandlingsforløpet, ikke ble dårligere sammenlignet med pasienter som gikk kontinuerlig på medisinen, og i en annen studie var det ingen signifikant forskjell mellom pasienter som mottok bare psykoterapi, opp mot pasienter som mottok begge behandlinger. Funnene peker dermed på at psykoterapi i noen tilfeller kan være et alternativ til kombinasjonsbehandling.

Videre undersøkte Høstmælingen om de ulike behandlingstilnærmingene påvirket spesifikke sub-grupper av depressive symptomer. Etter å ha etablert at depresjonssymptomene kunne grupperes i en generell depresjonsfaktor med to underfaktorer, henholdsvis selvkritikk



FOTO: FARTEN RUDJORD

DISPUTERT Andreas Høstmælingen har ferdigstilt sitt doktorgradsprosjekt om antidepressiver og psykoterapi.

og somatiske symptomer, viste stipendiaten at kronisk deprimerede pasienter som ikke brukte antidepressiver, reduserte selvkritiske symptomer mer enn pasienter som brukte antidepressiver. Dette viser at istedenfor å ha en tilleggseffekt kan bruken av antidepressiver ha en negativ effekt på selvkritiske aspekter i depresjonsbehandlingen.

Kilde: UIO

AKTUELT: FORSKNING

Smerte og selvmordsproblematikk

Forsker Bergljot Gjelsvik ved Universitetet i Oslo har veiledet en nylig publisert studie om smerte- og selvmordsproblematikk hos ungdom.

Tidligere forskning har etablert at det er en sammenheng mellom smerte og suicidalitet hos ungdom, men langtidsvirkningene og utviklingen av disse problemområdene over tid er lite forsket på.

Den longitudinelle studien, publisert i tidsskriftet *European Child & Adolescent Psychiatry*, strekker seg over en fireårs periode og identifiserte fire ulike utviklingsbaner for smerte hos ungdom i alderen 5 til 16 år. Videre viste funnene at selvmordsproblematikk var spesielt til stede hos ungdom med vedvarende eller tilbakevendende smerte, og at smertene og selvmordsproblematikken påvirker hverandre gjensidig over tid.

Derfor påpeker forskerne at utredning av selvmordstanker og -atferd hos ungdom med vedvarende eller tilbakevendende smerte er viktig for å forhindre uheldige utfall.

REFERANSE:

Hinze, Karl, A., Ford, T. & Gjelsvik, B. (2022). Pain and suicidality in children and adolescents: a longitudinal population-based study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01963-2>

TEORETISK ARTIKKELTIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2022 VOL. 59 NR. 04 S. 258-267 DOI: <https://doi.org/10.52734/3ME6zs95>

På leting etter et tapt språk: om psykoanalyse og melankoli

Espen Håland¹

Sammendrag

Artikkelen undersøker på hvilken måte melankoli bidrar med et viktig språk for å forstå sentrale forhold ved individet og kulturen. Det vises til at melankoli er på vei ut av den generelle psykologien og psykisk helsevern for øvrig. Artikkelen argumenterer for at forståelse av melankoli bidrar med viktig kunnskap om menneskelige grunnvilkår, at melankoliforståelse kan gi et språk både for normale og patologiske forhold ved livet. Utdrag fra en psykoanalytisk terapi utdyper hvordan psykoanalytisk forståelse av melankoli kan bidra til å finne et språk for melankoli som kan være til hjelp for pasienter.

Nøkkelord: melankoli, depresjon, psykoanalyse

¹ Privatpraksis

KONTAKT

espen.haland
@gmail.com

MERKNAD

Pasienten har samtykket og godkjent at utdrag fra terapien presenteres. Utdragene er anonymisert.

FAGFELLEVDERT

Hvordan forstår vi oss selv? Dette er et spørsmål vi aldri blir ferdig med. Språk er grunnleggende for å forstå oss selv og andre. Språk er også helt avgjørende i kommunikasjon og meningsdannelse. Det finnes et helt eget språk for *melankoli*, og det må hele tiden gjenoppdages. I dag ser det ut til at språket for melankoli er i ferd med å gå tapt. Melankolien blir ikke borte av den grunn. Det som blir mer synlig, er vår unngåelse og forsvar mot melankolien. Det vi ikke har bevissthet om, står i fare for å ageres ut (Freud, 1914/2011). Mangel på språk kan bli til sykdom, både fysisk og psykisk. En føler smerter i kroppen, tomhet og tristhet, uten å vite hvorfor. Uten språk for melankolien mister vi en dypere mening om oss selv, våre eksistensielle grunnvilkår og kulturen vi er en del av.

Forståelsen av melankoli kommer i dag i hovedsak fra andre fagfelt enn moderne psykologi (Brunstad, 2003; Hammer, 2004; Johannisson, 2010). I psykologien har depresjon fått hovedfokus. Det er en fare for at depresjonen tar over som begrep for ethvert mørke (Johannisson, 2010). Depresjon kommer fra latin og viser til å presse ned. Betegnelsen dukket første gang opp på 1600-tallet, men ble vanlig å bruke for nedstemthet på 1800-tallet (Bondevik & Stene-Johansen, 2011). I løpet av 1900-tallet ble depresjon formalisert inn i diagnosesystemene DSM og ICD. Depresjonen har blitt innsnevret og instrumentalisert i en medisinsk tradisjon. Melankolien på sin side har i stor grad stått utenfor medisinen¹ og fått påfyll fra flere fagtradisjoner. Den har i tillegg vært i kontinuerlig dialog med den til enhver tid eksisterende samtidskulturen. Det gjør melankolien kompleks og vanskelig å ramme inn.

I psykoanalysen har Sigmund Freud (1917/2011) forstått melankoli i lys av sorg og tap. Senere har Melanie Klein (1935, 1940), André Green (1986) og Julia Kristeva (1994) gitt viktige bidrag. Denne artikkelen vil undersøke hvilken betydning et språk for melankoli har for *selvforståelse*. Jeg vil ta utgangspunkt i psykoanalysen som teori for å utdype forståelsen av det melankolske. Psykoanalysen kan sies å ha et språk for det melankolske. For å illustrere psykoanalysens måte å nærme seg melankoli på ved hjelp av språk vil jeg bruke utdrag fra en psykoanalytisk psykoterapi. Utdragene fra terapien vil understreke betydningen av et melankolispråk. Terapiutdragene vil også vise hvordan en psykoanalytisk forståelse kan være en vei inn til en dypere forståelse av den enkeltes pasients særegne melankoli. Innblikket i en psykoanalytisk psykoterapi vil også gjøre det tydelig hvor aktuell psy-

.....

1. Melankolibegrepet har tidligere blitt brukt i biologisk psykiatri, da som en betegnelse på en svært alvorlig depresjon.

koanalysen og melankolien kan være for å få en dypere selvforståelse og for meningsdannelse.

Psykoanalytisk tenkning står samtidig i kontrast til vanlig tenkning omkring depresjon, som ofte fokuserer på symptomlette. Psykoanalysen evner i mindre grad å belyse melankoliens betydning for kultur og samtid, og for å utdype denne siden ved melankoli har jeg valgt å bruke teori fra andre fagtradisjoner. Psykologifeltet har lite fokus på kulturens og samtidens innvirkning på depresjon og melankoli. Denne artikkelen vil derfor si noe om hvordan melankoli står under en gjensidig påvirkning av den gjeldende samtid og kultur.

Melankoli og depresjon - muligheter og begrensninger

Psykologi er et krevende fagfelt som står i spenn mellom naturvitenskap og humaniora. Dette spennet har blitt mye større de senere tiår, blant annet drevet fram av at psykisk helsevern fokuserer på produksjon, drift, pakkeforløp og korte behandlingsforløp. I en naturvitenskapelig forståelsesramme har diagnosen depresjon sin gyldighet, og terapeutens grunnforståelse av vitenskap, psykologi og psykiatri blir vesentlig. Andenæs (2017) har i sitt kvalitative doktorgradsarbeid forsket på terapeuters grunnforståelse. Han intervjuet 18 psykiatere om deres forståelse av egen rolle, deres syn på pasienten og pasientens vansker. Andenæs fant to grunnleggende betraktningpunkter som benyttes i forståelsen av relevant kunnskap og behandling: *medisineren* og *fortolkeren*.

Medisineren er opptatt av skillet mellom person og lidelse. Sentralt står diagnostisk tenkning. En diagnose er avgjørende for hvilken behandling som skal gis, og symptomer oppfattes som håndfaste tegn på en underliggende tilstand. Pasientens bakgrunn og historie er av mindre interesse. Psykisk sykdom blir betraktet på samme måte som somatisk sykdom. Ansvaret for lidelsen føres tilbake til underliggende tilstand og til den enkelte. Man søker å unngå unødig spekulasjon og interesse for det unike ved pasienten.

Fortolkeren ser pasientens vansker som særegne og som et mellommenneskelig fenomen. En fortolker forstår seg selv som involvert. Sentralt er anvendelsen av kunnskap, erfaring og intuisjon i møte med den enkelte pasient. Pasientens vansker forstås i lys av den enkeltes situasjon og ikke som en såkalt objektiv tilstand som depresjon. Flertydighet og usikkerhet i terapeut-pasient-relasjonen er grunnleggende. Andenæs viser til at medisineren og fortolkeren representerer ulike måter å integrere den naturvitenskapelige og den humanistiske vitenskapstradisjonen på. Hvilke anskuelsesformer som dominerer,

har konsekvenser for forståelsen av lidelse og klinisk praksis. Depresjon hører hjemme i en medisinsk tradisjon, mens melankolien har sin plass i en fortolkende tradisjon.

Interessen for det partikulære, det fortolkende og usikre ser ut til å være på vikende front i psykologien (Foss, 2009). Til tross for at melankoli ikke passer inn i en medisinsk naturvitenskapelig forståelse, er det fremdeles viktig. Stokkeland (2011) hevder tydelig at det er de menneskelige fenomenene, for eksempel kjærligheten, hatet og misunnelsen, som er viktigst. Dette er abstrakte mentale og relasjonelle fenomen som alle kjenner, men som ikke lar seg fange inn på noe standardisert måte av den medisinske vitenskapen. Melankoli er et slikt fenomen.

Depresjon er i dag en velkjent og akseptert diagnostisk kategori. Ordet diagnose viser til kunnskap gjennom kategorisering (Ekland, 2003). Det er lite tvil om at ordet depresjon har fått fotfeste i språket, det hjelper både vanlige folk og fagfolk å forstå noe om hvordan den enkelte opplever seg selv og verden. Diagnostisk depresjon viser til et sett av symptomer. Hvis en viss mengde av disse symptomene vedvarer over tid, oppfylles kriteriene for diagnosen. Depresjon har noe avgrenset og oversiktlig ved seg. Diagnosen sier ikke noe om årsak-virkning, kontekst eller samtid. Depresjon sier noe generelt om den enkelte. Når det mørke og triste blir objektivert og sakliggjort, mister det sin stemme. Den deprimerte mangler et språk for å uttrykke sin opplevelse (Hammer, 2004). Johannisson (2010) sier mye det samme når hun viser til at depresjonen er *taus*, i motsetning til melankolien, som er *talende*. Det er den unike og talende melankolien vi er på leting etter i psykoanalytisk psykoterapi.

Fra terapirommet

A søkte seg til terapi med symptomer på depresjon. Hun hadde fast jobb og hadde vært i et forhold over lengre tid. Tilsynelatende manglet ikke A noe, likevel var det noe som manglet. I begynnelsen kom A inn i terapirommet med en uutholdelig letthet. Det var alltid noe å prate om, men på samme tid virket det som at det mest var tomprat. Jeg fikk en følelse av et unevnelig fravær. Det var vanskelig å koble seg på A og det hun snakket om, som om det var en stor avstand mellom oss. Etter hvert falt A mer til ro i terapien. Ordene uteble, og det følte som et framskritt. A gikk mer og mer inn i seg selv. Utenfra, diagnostisk sett, kunne det se ut til at A ble mer deprimert. Samtidig var det som om det tunge hun var i ferd med å synke inn i, var der hun kunne finne ordene for det som

hadde ført henne til terapi. Det var akkurat som et melankolsk rom var i emning.

Melankoliens kjennetegn

Melankoli rommer mange paradokser og få klare svar. Fenomenet er sammensatt og flertydig. Mange kjenner melankolien som en stemning eller følelse. Disse følelsene er mangfoldige med mørke nyanser. Det forplanter seg i tanken, i språket, i følelsene, i kroppen – i hele oss. Melankoli gir form og farge til vår opplevelse av oss selv og omverdenen.

Melankoliens flertydighet kommer fram i fargene. I forsøk på å nærme seg melankolien har flere teoretikere benyttet seg av farger. Det er interessant at melankoli knyttes til ulike farger. Den vanligste fargen som assosieres til melankolien, er sort. Ordet melankoli betyr sort galle og var i gresk filosofi forbundet med tungsinn. Fargen sort ble assosiert med det farlige, ukontrollerbare og det som var annerledes og ufornuftig (Hammer, 2004). Brunstad (2003) skriver på sin side at «Om denne stemningen har en farge, så er det blå. Blåfargen kan være dyp og klar, men på samme tid så mettet av noe annet, en lengsel, en sorg som ikke helt lar seg gripe» (s. 19). Han peker også på at melankoliens blåfarge kan knyttes til det dype og det kalde, og refererer i den sammenheng til uttrykket «den blå timen», som betegner overgangen mellom dag og natt som mettes av et spesielt lys før nattemørket tar over. Johannisson (2010) deler melankoli inn i en førmoderne variant som knyttes til sort, en moderne variant som er grå, og en senmoderne melankoli som er hvit. Den sorte melankolien er typisk tung og preget av undergangsfølelse, den grå melankolien knyttes til 1800-tallets opprørske romantikkmelankoli, mens den hvite melankolien er assosiert med tomhetsfølelse. Denne oppdelingen støttes av klinisk erfaring. Tonya Madsen (2012) viser til, fra sin kliniske praksis, både en sort og en hvit melankoli.

Tenkningen blir naturlig nok påvirket av melankoliens følelser, som kan resultere i tenkning og ikke-tenkning. I dette ligger det at melankolien både er *taus* og *talende*, skjult og tilgjengelig. En melankoli i bevegelse vil ofte innebære tenkning, mens melankoli som stillstand blir ikke-tenkning. Sagt på en annen måte kan melankoli paradoksalt nok både skape forbindelser og oppløse forbindelser, det er mening og ikke-mening på samme tid. Melankoli har noe tilbake-skuende i seg, men er også her og nå og virker inn på framtidige opplevelser. Med andre ord blir melankoli et grunnvilkår ved tilværelsen, et omdreiningspunkt som mye av den indre virkeligheten springer ut av.

Tomheten kan forstås som melankoliens innside. Johannisson (2010) snakker om melankolske rom,

og det mest fremtredende melankolske rommet er det som er tomt.

Tomrommet er knyttet til fravær av noe. I melankolien er det som om livet forflates, lidenskapene tørker inn og en søker tilflukt i seg selv (Hammer, 2004). Det er ofte knyttet til fravær av mening. Melankoli blir gjerne forstått som angst og sorg uten årsak (Brunstad, 2003). Fenomenet fanger inn sorgen, som er uten bevissthet om at noe er tapt. Det ligger også en udefinert lengsel mot noe en ikke kan sette ord på. Et moderne uttrykk for melankolien er livstrøttheten, som kjennetegnes av at ingenting har mening. Melankoli tilbyr et språk, men er samtidig et fravær av språk. Det innebærer at melankolien trenger å utforskes for å bli til et språk. Psykoanalysen kan tilby en ramme for å nærme seg dette språket.

Melankoli og psykoanalyse

Psykoanalysen hviler på antakelsen om det ubevisste, om at barndommen følger med inn i voksenlivet, at symptomer skjuler mening, og at dette kommer sammen i fortid og nåtid. Det ubevisste har i psykoanalysen både en meningsdannende funksjon og en sannhetssøkende funksjon (Ogden, 2016). Det er også en teori om hvordan det i terapi etableres et bevisst og ubevisst spenningsfelt hvor det oppstår fenomener som overføring, motoverføring og proaktiv identifikasjon. I møte med melankolien tilbyr psykoanalysen en tenkende og følende annen. Der hvor andre fagområder, slik som litteraturvitenskapen, benytter tekst for å nærme seg melankolien, tilbyr psykoanalysen tid og et fysisk konkret og mentalt rom. En relasjon og et felles språk kan da få muligheten til å utvikle seg.

Melankolien er forbundet med psykoanalysen gjennom det ubevisste. Mens vi kan fornemme en melankolsk stemning, forblir mesteparten av melankolien skjult for oss, som et tomrom, et fravær og en lengsel. Store deler av melankolien er ubevisst. Det ubevisste er tidløst. Det vil si at ubevisste prosesser foregår hele tiden, dag og natt. Melankolien har samme kjennetegn som det ubevisste, den er tidløs, uferdig og alltid i bevegelse. Bion (1962) tenkte seg det ubevisste som noe hvor det levde livet kunne bearbeides. I så måte er det ikke tilfeldig at så mye av melankolien forblir utilgjengelig for oss.

Freuds forståelse av melankoli og depresjon

Hos Sigmund Freud (1917/2011), i motsetning til dagens kliniske psykologi og psykiatri, er det i liten grad et skille mellom depresjon og melankoli. Når Freud skriver om melankoli, skriver han om depresjon (Beck-Friis, 2005; Sjögren, 1990). Freuds styrke og det som fremdeles gjør ham aktuell, er at han kategoriserer

og er opptatt av skillet mellom person og lidelse (*medisineren*) og samtidig ser pasientens vansker som særegne og mellommenneskelige (*fortolkeren*). Det var i møte med pasientene at Freud oppdaget at pasientarbeidet best kunne beskrives fra et parallelt medisinsk og fortolkende ståsted. Den videre presentasjonen av teori vil ta utgangspunkt i at depresjon og melankoli i psykoanalytisk teori i stor grad er overlappende. Begrepene vil derfor, i denne sammenheng, brukes om hverandre.

Freud (1917/2011) sammenlignet melankoli med sorg og fant skillelinjer mellom sorgen som bevegelse og melankolien som stillstand. For Freud foregår det ubevisst arbeid i både sorg og melankoli. Han regner begge som reaksjoner på tap. Forskjellen mellom sorg og melankoli ligger i forstyrrelsen av selvet. I melankoli er det ofte ukjent hva som er tapt, i sorgen er tapet kjent. Med andre ord er melankoli i stor grad ubevisst, mens sorgen er bevisst. I sorgen har den ytre verden blitt tom, mens i melankolien er tapet å finne i den indre verden. For Freud er både sorg og melankoli forbundet med hat og aggresjon, men i melankolien er en ikke i stand til å erkjenne disse konfliktfylte følelsene overfor det tapte indre objektet.

Freud tegner opp et nytt landskap for hvordan vi kan forstå den deprimertes indre verden. Det er i *Sorg og melankoli* (1917/2011) at Freud kommer på sporet av en indre verden bestående av objektrelasjoner (Ogden, 2005). Det innebærer at en stor del av den indre deprimerte verden består av spenninger, følelser og konflikter mellom jeget og objekter, basert på viktige andre i den ytre verden. Freud fremhever særlig betydningen av aggresjon vendt innover mot jeget som en del av det som låser depresjonen fast. Samtidig trekker han viktige forbindelseslinjer mellom depresjon og narsissisme. Aggresjonen, sier Freud, kommer i stor grad til uttrykk som selvbebreidelser mot et selv og en forventning om straff. Vi ser her den nære forbindelsen mellom innoverrettet aggresjon, skam og skyld hos den deprimerte.

I Freuds melankoli har det funnet sted en tilbaketrekning fra den ytre virkeligheten. Siden forbindelsen til virkeligheten er mangelfull, er den innoverrettede aggresjonen uten den ytre virkelighetens brems og kan dermed bli veldig destruktiv. Videre skriver Freud at det er som om denne aggresjonen vel så mye kan oppleves å være rettet mot en faktisk person i den ytre virkelighet. Det vil si at en svikt i det ytre miljøet blir gjort om til en svikt ved den deprimerte selv. Vi påminnes her hvor lett barn har for å ta på seg skyld og ansvar for andres svik, og hvordan barnet gjør sviket til noe ved dem selv. Freud forsøker å vise sammenhengen mellom den ytre realitet (f.eks. mor og far) og den indre realitet (objektrelasjoner) i forståelsen av depresjon og aggresjon.

Psykoanalytisk tenkning om melankoli og depresjon etter Freud

Senere psykoanalytikere betonet aggresjonens betydning i depresjon forskjellig. Winnicott (1948/1992) var opptatt av de ytre forhold når han spør seg om barnet tar over morens depresjon, mens Klein (1946) på sin side i stor grad betonet den deprimertes indre fantasiverden som konstituerende for depresjonen. Når det gjelder sammenhengen mellom depresjon og aggresjon, vil Winnicott mene at barnet opprinnelig føler en aggresjon som følge av svikt i den ytre realiteten. Klein tenker at aggresjonen er mer en naturlig del av barnets indre realitet, det eksisterer aggressive fantasier om både indre og ytre objekter. De aggressive ubevisste fantasiene kan være vanskelig å håndtere og blir på den måten forbundet med depresjon.

I den deprimertes indre verden har skillet mellom det indre objektet og egoet opphørt, og derfor kan heller ikke objektet tapes (Ogden, 2005). Det indre objektets mørke skyggefulle sider glir over i egoet. I den ytre verden kan dette vise seg gjennom at en mors depresjon tas over av barnet. Dette står i motsetning til sorg, hvor objektet er kjent, og på den måten kan en sørge over det som et reelt tap i den ytre verden. Kompliserte følelser hos den deprimerte, slik som aggresjon og hat, blir innelukket i et narsissistisk selv. Den deprimerte vil i sin narsissisme la aggresjonen og hatet bli vendt innover mot selvet, og disse følelsene er med og opprettholder depresjonen.

Ogden (2005) viser til at depresjon er narsissismens sykdom. Med andre ord vil objektrelasjonene preges av idealisering og at den deprimerte ikke har vært i stand til å bearbeide konfliktfylte følelser av blant annet kjærlighet og hat til ett og samme objekt. For psykoanalytikeren Johan Beck-Friis (2005) er depresjonen forbundet til narsissisme gjennom tap av selvaktelse. Han viser til at «Om narsissismen er depresjonens mor, kan man si at aggresjonen er dens far. Om narsissismen utgjør såret i depresjonen, er aggresjonen dens motor og kraft som holder såret åpent og ikke tillater det å leges» (s. 99, min oversettelse). For Beck-Friis skjer det en låsing av skam, skyld og aggressivitet i depresjoner, som er nært forbundet med narsissistiske objektrelasjoner.

Kvaliteten på de indre objektrelasjonene får med andre ord stor betydning for depresjonens uttrykk. Psykoanalytikeren Sidney J. Blatt (1974, 1998) har gitt et viktig bidrag til forståelsen av depresjon i denne sammenhengen. Han viser til at forstyrrelser i objektrepresentasjoner kan gi ulike depresjonsformer. Blatt skiller mellom *anaklitisk* og *introjektiv* depresjon. Den anaklitiske depresjonen kjennetegnes av en følelse av hjelpeløshet, svakhet og utarming. Videre knyttes dette til en

sterk frykt for å bli forlatt og et strev etter å opprettholde kontakt med det indre objektet. Introjektiv depresjon karakteriseres av å føle seg verdiløs, kjenne på skyld og en følelse av å ikke leve opp til forventninger.

Den anaklitiske depresjonen er tydelig knyttet til skam og ensomhet. Objektrelasjonene synes å være narsissistiske og i liten grad differensiert i denne formen for depresjon. Aggresjonen virker å være innoverrettet, men mer utydelig, ordløs og primitiv. I den projektive depresjonsformen er objektrepresentasjonene noe mer utviklet, og det er en tydelig forbindelse til skyld. Den innoverrettede aggresjonen synes å være mer tydelig forskjøvet fra en ytre person til et indre objekt som blander seg med selvet til pasienten. Beck-Friis viser til at depresjonens kjerne er sammenblandingen av skam, skyld og innoverrettet aggresjon. Blatts hovedfunn gir uansett mening. Graden av forstyrrelse i objektrepresentasjoner hos den deprimerte har stor betydning og er nært knyttet til narsissisme.

Den ubevisste verden av objekter i melankoli og depresjon

Melankoli er knyttet til ett eller flere indre objekt. Melanie Klein (1940/1975) var særlig opptatt av sinnets geografi (Stokkeland, 2011). Hun bygger på Freud (1917/2011) og utvider hans tenkning. For Freud og Klein kan melankolien dypest sett føres tilbake til den tidlige separasjonen mellom mor og spedbarnet, en separasjon alle må forholde seg til. James Grotstein (2009) hevder at det er et alltid tilstedeværende og alltid-i-utvikling spedbarn i vårt ubevisste. Denne ubevisste representasjonen av spedbarnet fanger inn det mest sårbare og sensitive i oss selv. Det er naturlig å se dette i sammenheng med sorg og melankoli. Brunstad (2003) skriver om dette at «Denne traumatiske taps- og separasjonserfaringen legger grunnlaget for en særegen følelse som senere i livet kan erfares som melankoli. Siden denne følelsen ikke har noe klart objekt, kan sorgarbeidet aldri helt slutføres for en melankoliker» (s. 49). Melankolien vil etterlate spor både i sinn og kropp. Det er melankolierfaringer som ikke er tilgjengelig for språket, men erfaringene lever i kroppen som stemninger og ordløse fornemmelse (Madsen, 2012).

A opplevde en uforklarlig tyngde i kroppen når hun kom i kontakt med sin melankoli. Kontakten med henne kunne da endres fra å være vital og levende til å bli mer monoton og flat. Hun kunne føle seg bortkommen og så uendelig livstrøtt. Kanskje er dette den melankolske kroppens tale? Blikket til A ble mer og mer vendt innover, hun trakk seg mye tilbake sosialt.

I dette ble det også mer tydelig at forståelsen gjennom ord har en yttergrense når det gjelder melankolien.

A's tilbaketrekning kan forstås som en beskyttelse mot en verden som ikke lenger gir mening på samme måte som før (Brunstad, 2003). Den indre tomheten tar over og preger den ytre verden. I perioder av terapien var det viktig for A å verne om og bevare kontakt med tomheten. Samtidig var tomheten vanskelig. En måte å forstå det på var at A fikk en dypere kontakt med seg selv og sine indre objekter i det melankolske tomrommet. I andre perioder, når melankolien ble for tung, evakuerte A uutholdelige følelser gjennom en lengsel etter perfekte vennskap og den store kjærligheten. Det var som om melankolien aldri helt nådde utover seg selv, men stod i fare for å stivne fast i en evigvarende lengsel etter noe annet.

For Klein (1940/1975) er sorg og melankoli en naturlig del i det ubevisste, en indre virkelighet befolket av indre objekter hvor hendelser finner sted kontinuerlig. Kjærlighet og destruktivitet er essensielt i hennes tenkning (Stokkeland, 2011). De indre objektene er basert på viktige andre i den ytre verden, men formes også av barnets følelser i den indre verden.

For Klein har de indre objektene vært der helt fra fødselen av, og det blir en livslang oppgave å håndtere dem (Stokkeland, 2011). Hun tenker seg at melankoli kan transformeres til sorg gjennom at man gjenfinner et godt objekt som har vært tapt. Først da kan melankolien løse opp sin relasjon til det indre objektet. I en kleiniansk tankegang innebærer en slik transformert melankoli en dypere kontakt med seg selv, mer spesifikt et dypere og mer gjennomarbeidet forhold til et indre objekt hvor kjærlighet, hat, skyld, destruktivitet og angst kan eksistere i relasjon til ett og samme objekt. Disse sterke, motsetningsfulle følelsene må en finne ord for. Gjennom psykoterapiarbeid blir det plass til andre relasjoner til de indre objektene i sinnet vårt. Melankolien kan da bli transformert til sorg, med andre ord fra stillstand til bevegelse.

I det melankolske tomrommet er de sterke følelsene vanskelig å sette ord på. Madsen (2012) forsøker å forstå og finne ord for det som i utgangspunktet mangler ord. Hun viser til at den manglende meningen i det melankolske tomrommet kan bli fortærende, at det ligger en desperasjon og fortvilelse der som ikke lar seg fange med ord. Melankolien kan ødelegge den grunnleggende selvpplevelsen (Madsen, 2012). Hun skriver: «I dag møter vi ofte en melankoliker som mer enn å kjempe med mørkets krefter, føler seg overlatt – i et ensomt, stille og kaldt vinterlandskap. Overlatt alene med en frysende indre tomhet og uten håp om å bli forbundet med menneskene igjen» (s. 67).

A følte seg overlatt til seg selv, at hun ikke hadde noen plass. I en time hadde hun følgende drøm: Hun var tilbake til stedet der hun vokste opp. Det var blå himmel og sol. Hun gikk på stier hun gikk som barn, og det vekket en god følelse i henne. A kom så til huset der hun vokste opp. Hun gikk inn i huset. Der var det uhyggelig stille, og det viste seg at huset var fullstendig tomt og forlatt. A kjente da på en smertefull og dyp ensomhet.

Madsen knytter melankolien til en form for hjemløshet. Vi kan her se på det som en psykisk form for hjemløshet, et fravær av et godt holdende objekt. I lys av dette gir det mening å tenke at en vei ut av melankolske tomrom vil være å gjenfinne et godt objekt. Om terapi kan bli til et meningsfellesskap, vil den melankolske smerten bli lettere å leve med (Madsen, 2012). Terapi må etableres som et rom hvor fellesskap, mening og dybde i tilværelsen står sentralt.

Hildegard viser til at melankoliens opprinnelse kan føres tilbake til syndefallet i Edens hage (Bondevik & Stene-Johansen, 2011). Bodin (2010) har i psykoanalysen brukt fortellingen om syndefallet og utestengelsen av Edens hage som en metafor for det melankolske og smerten som er knyttet til modning og integrasjon. Det melankolske oppstår uunngåelig ved utestengelsen. Det blir et spørsmål om hvordan utestengelsen blir håndtert. Om melankolien kan finne sin plass i oss, kan den gi grobunn for modning og vekst. Blir melankolien for vond og skremmende, må den fortrenkes. Her er en klar parallell til det å vokse opp og gradvis ta inn det ufullkomne livet og sorgen det medfører.

For A ble det mer tydelig at det handlet om å finne et språk for et melankolsk tomrom. Jo mer dette språket kom på plass, jo mer fikk A tak på sin egen barndom og oppvekst. Før dette sa A at hun husket lite. Sagt på en annen måte: Jo mer form og farge det melankolske rommet i henne fikk, jo mer fant hun ord for hva hun hadde opplevd.

Tomrommet hadde oppstått tidlig i form av det å bli overlatt til seg selv slik A husker det, nesten som om hun var blitt kastet ut av Edens hage for tidlig. Hun opplevde at det var et nærværende fravær i henne som ofte gjorde henne dypt ensom. Mer og mer ble det tydelig for A at hun hadde vokst opp med en deprimert mor som hadde hatt nok med seg selv.

Det melankolske tomrommet var konfliktfylt. I perioder var A i kontakt med noe i dette tomrommet som hun klarte å sette ord på og bearbeide. Andre ganger manglet ordene, og A fikk konkrete tanker om å ta livet sitt. Hun fantaserte om å komme bort fra det hun opplevde som «drepende» og utarmende.

Noe må brytes ned for at noe annet kan vokse. I terapien med A var det hennes vern mot å kjenne etter som måtte bearbeides. Vernet beskyttet henne mot psykisk smerte samtidig som det holdt henne fast.

Hvordan kan psykoanalytisk forståelse av melankoli bidra med viktige perspektiver inn mot klinisk psykologi og psykiatri?

En innvending mot en psykoanalytisk forståelse av melankoli er at det blir for usikkert. Den lar seg ikke fange inn, telles eller måles. Det betyr at det ikke er mulig å få oversikt, men tvert imot må både terapeuten og pasienten leve i usikkerhet. Både for *medisineren* og dagens psykiske helsevern blir dette problematisk. Diagnosen depresjon hjelper terapeuten og et psykisk helsevern til å føle kontroll. Det skal ikke undervurderes. For *medisineren* leder diagnosen til en behandling som kan være til hjelp, særlig når det gjelder symptomene. Det er en fare for at det individuelle og unike ved den psykoanalytiske forståelsen av melankoli kan lukke for forståelse av viktige fellestrekk hos flere pasienter med samme problematikk. Samtidig kan en psykoanalytisk forståelse gjøre det vanskelig å kommunisere fagforståelse mellom behandlere, i et psykisk helsevern som er stadig mer opptatt av å kontrollere blant annet terapilengde, terapiinnhold og metodebruk.

Mange behandlere i psykisk helsevern vil kunne kjenne seg igjen i både *medisineren* og fortolkeren. Sigmund Freud kjente på det samme. Skulle psykoanalysen bli en naturvitenskap, eller tilhørte den humaniora (Sjögren, 1990)? Og nettopp dette er vesentlig – klinisk psykologi og psykiatri trenger både humaniora og naturvitenskap. Utviklingen i dag går tydelig i retning av at det medisinske tar mer og mer over på bekostning av det fortolkende perspektivet. Det blir avgjørende å se på hvilket fenomen vi har med å gjøre. Er melankoli et fenomen som best lar seg diagnostisere, måle og telle? Psykoanalysen vil mene det er viktig å forsøke å forstå. Melankoli lar seg ikke samle inn, den kaller på oss til å gå dypere, fra telling til undring, fra sikker viten til usikker viten. For A var det ikke nytt at hun hadde diagnosen depresjon. Det som hjalp, var tid og forståelse. Tid til at A kunne nærme seg sin egen melankoli som i stor grad var ubevisst for henne, og forståelse i form av en tenkende og følende annen i terapirommet. Her kan psykoanalytisk forståelse av melankoli informere oss.

Freud sier vi må gjøre et arbeid med melankolien, men hva mener han med det? For å komme videre må pasienten inn i en lang prosess der han/hun igjen og igjen møter det som er tapt, gjennom blant annet

minner og gjentakelser av situasjoner (Sjögren, 1990). Det tar tid. Sjögren skriver om dette: «Det er som om vi i vår dypeste bundethet er blinde og uvillige til å akseptere tapet som et faktum, og som om dette faktum om og om igjen må påvises og gjennomlides» (s. 164). Det innebærer også å være på leting etter et språk for melankolien. Terapeuten må utholde usikkerheten i melankolien. Det trengte A. For henne var et melankolsk språk ikke noe som var gitt, men som ble til underveis. Å lete fram ordene som kunne få A sin melankoli fram i lyset, krevde usikkerhet, tid, arbeid og forståelse.

Psykoanalysen knytter melankolien til ubevisste forhold og mening og gir et sentralt teoretisk bidrag til klinisk psykologi og psykiatri (Gullestad, 2003). Det er derfor viktig at psykoanalytisk forståelse er i kontinuerlig dialog med det offentlige psykiske helsevernet. I tillegg utgjør psykoanalysen et vesentlig fortolkende perspektiv inn mot den enkelte pasient. Mennesket er først og fremst et selvfortolkende vesen (Stokkeland, 2004), altså er vi meningsskapende og fortolkende. Det er i det meningsskapende og fortolkende at psykoanalysen finner sin plass. Psykoanalysen forsøker hele tiden å skape mening og forstå det som skjer i oss og mellom oss. Særlig er det store temaer som kjærlighet, hat, sjalusi og misunnelse som må bearbeides. Melankoli hører naturlig til her, som en del av det å være menneske. Vi må ikke avgrense melankolien, men heller jobbe mot å utvide vår forståelse av den. En psykoanalytisk forståelse av melankoli kan bidra til at klinisk psykologi og psykiatri kommer i berøring med de menneskelige grunnvilkårene som vi ikke kommer utenom. Å ta den psykoanalytiske forståelsen bort fordi det ikke lar seg telle eller standardisere, er som å kaste barnet ut med badevannet.

Patologi og normalitet

Melankoli belyser grenseoppgangene mellom det normale og det patologiske. Vesentlige sider ved melankolien faller bort i dagens kliniske psykologi og psykiatri hvor det som oftest er et fokus på symptomer. Ordet symptom kommer fra det greske symptoma og viser til «det som skjer» eller «tilfelle». Symptomer blir forstått som sykdommens ytringer. I medisinsk tenkning er symptomene det viktigste. Den medisinske tenkningen om depresjon hjelper fagfeltet å få bedre oversikt over det komplekse sinnet. Den gir oss et språk for å snakke sammen og formidle til pasienten hva vi tror han eller hun strever med. Depresjons-tenkningen er imidlertid organisert rundt enten syk eller frisk, og det er lite rom for å tenke utover dette. Vi kan si at den medisinske tenkningen hjelper oss på overflaten, med det som kommer til syne som symptomer, men griper ikke det

som ligger bak. I medisinsk tenkning om depresjon faller A's opplevelse av et melankolsk tomrom bort. Psykoanalysen synliggjør hvordan melankolske tomrom setter avtrykk i vår ubevisste virkelighet. Det ubevisste er stedet hvor disse tapene bearbeides. Melankolien fordrer oss til å tenke og føle på mangelen og fraværet. Samtidig vil omfanget av melankolien være prisgitt både ytre og indre forhold. Omfanget avgjør om melankolien og tomrommet tar en patologisk form eller blir en del av melankolien som naturlig hører livet til. For Kristeva (1994) er melankoli en grunnleggende erfaringsform. For henne finnes det en iboende lengsel i melankolien, et ønske om å vende tilbake til noe som det i virkeligheten er umulig å vende tilbake til.

Melankoli kan også betraktes som en grensetilstand som kan åpne opp for innsikt i eksistensielle grunnvilkår (Madsen, 2012). Madsen viser til Greens (1986) arbeid om fraværets betydning for sinnets utvikling. Dette fraværet er nærværende i det melankolske rom. To sentrale spørsmål melder seg: Når blir fraværet livgivende og utviklingsfremmende? Og når blir fraværet til noe som ikke representerer mening, til erfaringer av mangel, tomhet og ikke-liv (Madsen, 2012)?

Ett eller flere språk for melankoli?

Et viktig aspekt som avgjør hvorvidt melankoliens fravær i oss blir til utvikling eller stagnasjon, er om vi finner ord for å beskrive det. Med ord kommer forståelse, men det innebærer samtidig psykisk smerte å skulle sette ord på melankolien og fraværet. A ble tidvis dårligere i terapien, hun fikk flere symptomer. I perioder var det for mye for henne å forsøke å sette ord på melankolien, og det var nok for henne å bare komme til timene. I offentlig psykisk helsevern vil mange mene at terapien ikke er virksom når det er forverring, at pasienten ikke blir bedre, og at terapien må avsluttes.

En psykoanalytisk forståelse åpner derimot opp for at det foregår noe viktig i A. I disse timene kan vi tenke oss at det fant sted et ubevisst «arbeid» i Freuds forståelse av ordet. I en psykoanalytisk forståelse gir det altså lite mening å knytte melankoli til enkeltstående og avgrensede symptomer. Melankolien er relasjonell, personlig og abstrakt. Melankolien har blitt til i relasjoner til andre, den får sin helt personlige utvikling og er uten direkte forbindelse til virkeligheten.

Det er ikke et allerede gitt melankolispråk som pasienten skal lete seg fram til, men et melankolispråk som blir til i et fysisk og konkret rom over tid med en tenkende og følende annen. Vi kan snakke om ikke ett, men flere melankolispråk, spesielt om vi tenker på melankoli som en sykdom eller mer som en reflektert livsinnstilling (Hammer, 2004). En slik tenkning om

melankolien rommer et paradoks: nemlig at melankoli både kan ha en kreativ og utviklende side og samtidig er forbundet med destruktivitet og sykdom. Det at vi alle kan føle på melankoli, i større eller mindre grad, tilsier at vi trenger flere språk for melankolien. Felles for disse språkene er at de i mest mulig grad bør ta inn melankoliens mange sider: det individuelle og unike på den ene siden og det fellesmenneskelige og kulturelle på den andre siden.

Det individuelle og det kulturelle melankolske språket

En innvending mot en psykoanalytisk forståelse av melankoli er at den ikke tar opp i seg kulturelle forhold i tilstrekkelig grad. For å forstå mennesket må vi ta høyde for hvordan livet vårt er innvevd i kultur, språk og historie (Stokkeland, 2004). Melankolien sprenger seg ut av den begrensede depresjonstenkningen gjennom sin aktualitet på andre områder enn det intrapsyriske. Vi trenger språket og rommet melankolien tilbyr både for å tenke om det individuelle og det samtidige kulturelle. Psykisk sykdom oppstår ikke i et vakuum, sykdom oppstår i tid og rom. Melankolien har i seg disse dimensjonene.

A fant sitt melankolske språk i terapien. Sanger, enkelte bøker og filmer kunne noen ganger treffe henne på en god måte. Det kunne være en melankoli i sangene, filmene og bøkene som hun kunne gjenkjenne, og på den måten følte hun seg litt mindre ensom. Samtidig fortalte A at dette ikke var noe hun snakket med kjæresten eller venner om. Det ble viktig for A å finne et eget språk for det. Sanger, filmer og bøker tilbød henne et språk som hun delvis kjente seg igjen i, men det var ikke hennes. Det var heller ikke mulig å være i utviklende dialog om det. Det ser ut til at samtiden vår i begrenset grad tilbyr et språk for melankolien eller arenaer for å snakke om det. A var enig i at hun var deprimert, men utover det var depresjon og de tilhørende symptomene ikke noe som ga henne videre mening.

En fare med den psykoanalytiske forståelsen av melankolien alene er at den blir et rent indre anliggende (Hammer, 2004). Et viktig spørsmål er nettopp hvordan melankolien også gjelder den ytre verden, både relasjoner, kultur og samfunn. A's melankoli var unik for henne. Samtidig er det betimelig å spørre om hennes melankoli også var sammenvevd med samtidskulturen. Mens psykoanalysen på en god måte belyser det individuelle og særegne med melankolien, er teorien mindre velegnet til å forklare melankoliens dialektiske forhold til den aktuelle samtid.

Melankolien har bestått på grunn av sin evne til å ta opp i seg og avstemme seg til den aktuelle samtiden. Johannisson (2010) viser hvordan melankoli til forskjellige tider har vært i dialog med samtiden og fanget opp ulike følelsesnyanser i det menneskelige sjelsliv. Hun benevner det melankolske rom. Johannisson deler inn melankoli i lys av historien, i *acedia* (likegyldigheten), sensibilitet (sårbarhet), *ennui* (lede), *insomnia* (skrekk), *fuge* (flukt), nervøsitet (angst), *fatigue* (tretthet) og *anomi* (bortkommenhet). For Johannisson blir melankolien ulike følelsesstrukturer som er i dialog med sin samtid.

For A ble følelsen av livstrøtthet og bortkommenhet opplevd som hjemløshet. Det er ikke unaturlig å tenke at disse uttrykkene er blitt ytterligere forsterket av vår samtids søkelys på selvtilstrekkelighet, konsum og konstant underholdning i alle kanaler. Med andre ord er det få arenaer og kanaler som gir rom for melankoli. Moderne kultur er innrettet på en slik måte at en i minst mulig grad skal kunne kjenne seg sårbar, trøtt eller bortkommen. Alt endres raskt, moderniteten er flytende (Bauman, 2006). Brunstad (2003) viser hvordan moderniteten er preget av frikobling fra naturen, vi er ikke lenger nært knyttet til naturen slik generasjonene før oss var. Han snakker om sosial frihet, at oppløsningen av strukturer og relasjoner har gjort verden mer flytende og omskiftelig. I tillegg viser Brunstad til frigjøringen fra Gud, at mange livsområder nå er løsrevet fra en religiøs autoritet. Denne friheten preger vår tid. Samtidig etterlater det seg et tomrom, et fravær og en melankoli. Brunstad hevder at individualismens frigjøring skaper et kulturelt tomrom. På et kulturelt nivå ser det med andre ord ut som at melankoliforståelsen får en fornyet aktualitet.

Lena Lindgrens (2021) essay om Ekko, algoritmer og begjær sier noe viktig om melankoliens kår som kan informere både psykoanalytisk forståelse, klinisk psykologi og psykiatri. Hun skriver om hva moderne teknologi gjør med oss, særlig hvordan sosiale medier skaper et begjær etter å ligne andre, å bli et «ekko». Men begjæret står i fare for å slå over i det motsatte, nemlig konflikt, aggresjon og destruktivitet. Moderne teknologi er avhengighetsskapende og søker konstant etter vår oppmerksomhet. Det gjør noe med oss. Mange av oss står i fare for å bli avhengige, og vi trekkes mot det lette, det overflatiske og de som er enige med oss. Vi trenger i liten grad å forholde oss til melankolien i eget liv. De fleste pasienter har en stor del av sitt liv på sosiale medier. Pandemien har forsterket dette ytterligere. Kanskje er vår tids melankoli fanget i et ekkospråk uten substans og dypere mening?

På hvilken måte var terapien til hjelp for A?

A kom i terapi og fikk diagnosen depresjon. I det kliniske bildet glir depresjon og melankoli over i hverandre. Det medisinske og det fortolkende perspektivet bidrar begge til å forstå hva som var virksomt. *Medisineren* har et *overordnet* vitenskapelig teoretisk perspektiv. Dette felles teorigrunnlaget bidrar, uavhengig av det unike og særegne med den enkelte pasient, til en bedre forståelse av depresjon og hva som er virksomt. *Fortolkeren* bygger videre på det vitenskapelige teoretiske perspektivet, men ser nærmere på det særegne for pasienten og terapirelasjonen for å synliggjøre hva det var som skapte endring.

A synes å ha mange tegn på en anaklitisk depresjon. Sett i lys av Blatts teori var A's objektrelasjoner preget av narsissisme og medførte en opplevelse av skam med påfølgende tomhet. Denne skammen kan også skjule en innoverrettet aggresjon mot selvet. Synet A hadde på seg selv og andre var mye preget av svart-hvitt-tenkning, for eksempel hvis hun selv ikke levde opp til egne forventninger, var hun verdiløs. Terapien hjalp A å utvikle mer modne objektrelasjoner, det vil si å få større aksept for at en og samme person, både A selv og de rundt henne, kunne vekke både glede, engstelse, sorg, skuffelse og sinne. Dette ble det også jobbet med i overføringen. Den samme terapeuten som skulle hjelpe A, ble også en kilde til frustrasjon, skuffelse og sinne for henne.

Det ble tidlig viktig at terapeuten kunne romme følelsene A hadde av tomhet og meningsløshet, altså å møte følelsene uten å kvitte seg med dem for tidlig (Bion, 1962). Det at A kunne leve en *ordløs erfaring* sammen med terapeuten, synes også å være vesentlig (Madsen, 2012). Det ga mening å snakke om melankolske tomrom. Det hadde også stor betydning for A at det ble forsøkt å finne et språk for hennes melankolske erfaringer og følelser. I forsøkene på å finne sitt melankolispråk måtte A blant annet sortere skam, skyld og aggresjon (Beck-Friis, 2005). Etter hvert kunne for eksempel selvmordstankene til A forstås som å inneha et element av aggresjon i seg. Denne forståelsen ble en åpning for å snakke mer om A's aggresjon. Melankolispråket hjalp A å få mer tak på seg selv, og hun ble tydeligere.

Det var A selv som tok initiativ til å avslutte terapien. Ved avslutning av terapien sa A at hun opplevde en større forståelse for sine egne problemer, hun så flere sammenhenger i eget liv, klarte å romme sine følelser på en bedre måte og aksepterte i større grad seg selv og andre.

A kunne fremdeles ha enkelte tunge perioder, slik hun selv sa det, men periodene var kortere og mulig å håndtere. I de tunge periodene kunne A sortere egne følelser og tanker bedre i stedet for å bli tom og til-

baketrasket. Hun klarte også å fortelle og dele mer med kjæresten om hva som var på innsiden når noe var vanskelig, og hun fikk oppleve forståelse fra ham. A erfarte at hun fikk bedre kontakt med seg selv, hun ble mer åpen, tryggere og tydeligere. Dette medførte også at A ble mer sosial.

Avsluttende bemerkninger

Melankolien har tydelige forbindelseslinjer til grunntemaer i tilværelsen, slik som tapet, tiden, rommet og kjærligheten (Hammer, 2004). Det gjør melankolien tidløs. Melankoliens historie i filosofi, litteratur og kunst over flere tusen år befester tidløsheten.

Melankolien har til enhver tid forsøkt å si noe om både menneskets indre liv og samtiden den utgår fra. Johannisson (2010) understreker denne gjensidigheten, at samtidens forståelse av melankoli bidrar til forståelse av menneskets indre liv, og motsatt hvordan menneskets indre liv bidrar til forståelse av samtiden. Det er både en historisk kontinuitet i melankolien og en utvikling. Det er som om melankolien opp igjen historien har vært et viktig språk for å forstå oss selv i en større sammenheng. Melankolispråket er et språk om oss selv, om vårt liv fra fødsel til død. Samtidig er det et språk for samtidskulturen vi lever i. Å være på leting etter et språk for melankolien er dypest sett å være på leting etter oss selv. ✕

Referanser

- Andenæs, A. M. (2017). *Distanse og involvering. Hvordan 18 psykiatere konstituerer forståelsen av sitt kliniske arbeid* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Agder.
- Bauman, Z. (2006). *Flytende modernitet*. Vidarforlaget.
- Beck-Friis, J. (2005). *Når Orfeus vände sig om. En bok om depression som förlorad självakning*. Natur og Kultur.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Maresfield Reprints.
- Bodin, G. (2010). Expulsion from the Garden of Eden. The pain of growing wiser. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 33, 96–105. <https://doi.org/10.1080/01062301.2010.10592867>
- Bondevik, H. & Stene-Johansen, K. (2011). *Sykdom som litteratur. 13 utvalgte diagnoser*. Unipub.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of Object Representation in Anaclitic and Introjective Depression. *Psychoanalytic Study of the Child*, 29, 107–157. <https://doi.org/10.1080/00797308.1974.11822616>
- Blatt, S. J. (1998). Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46, 393–447. <https://doi.org/10.1177/00030651980460030301>
- Brunstad, P. O. (2003). *Seierens melankoli. Et kulturalanalytisk essay*. Gyldendal Akademisk.
- Ekeland, T. J. (2003). Ein diagnose av diagnoser i psykiatrien. *Impuls. Tidsskrift for psykologi*, 57, 56–64.
- Foss, T. (2009). *Close to the Particular: The Constitution of Knowledge from Case Histories in Psychoanalysis* [Dissertation]. University of Oslo.
- Freud, S. (2011). Sorg og melankoli. I I. Engelstad & J. Øverland (red.), *Mellom psykoanalyse og litteratur* (s. 137–149). Gyldendal. (Første gang publisert i 1917).
- Green, A. (1986). *On Private Madness*. Karnac.
- Grotstein, J. S. (2009). "... But at the same time and on another level..." *Psychoanalytic Theory and Technique in the Kleinian/Bionian Mode*. Karnac.
- Gullestad, S. E. (2003). One depression or many? *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 26, 123–130. <https://doi.org/10.1080/01062301.2003.10592920>
- Hammer, E. (2004). *Det indre mørke. Et essay om melankoli*. Universitetsforlaget.
- Johannisson, K. (2010). *Melankolske rom. Om angst, lede og sårbarhet gjennom tidene*. Cappelen Damm.
- Lindgren, L. (2021). *Ekko. Et essay om algoritmene og begjær*. Gyldendal.
- Klein, M. (1975). Mourning and its relation to manic-depressive states. I R. E. Money-Kyrle (red.), *The writings of Melanie Klein* (bd. 1, s. 344–369). Hogarth Press. (Første gang publisert 1940)
- Klein, M. (1997). Notes on Some Schizoid Mechanisms. I M. Klein, *Envy and Gratitude. And Other Works 1946–1963*. Vintage. (Første gang publisert i 1946).
- Kristeva, J. (1994). *Svart Sol. Depresjon og melankoli*. Pax forlag.
- Madsen, T. S. (2012) «... denne tomhetens smerte» Om sorg og melankoli. I J. Øverland & I. Engelstad (red.), *Mellom psykoanalyse og litteratur* (s. 64–87). Gyldendal.
- Ogden, T. H. (2016). *Reclaiming un-lived life. Experiences in Psychoanalysis*. Routledge.
- Sjögren, L. (1990). *Sigmund Freud. Mannen og verket*. Aschehoug.
- Stokkeland, J. M. (2004). Mennesket som selvførtolkende vesen – del 1. Et essay om drøm, vitenskap og psykisk realitet sett i lys av sentrale tema hos Charles Taylor og Donald Meltzer. *Psyke & Logos*, 25, 762–801.
- Stokkeland, J. M. (2011). *Å gi og å ta imot. Donald Meltzers psykoanalytiske tenkning i tradisjonen fra Melanie Klein og Wilfred Bion* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Tromsø.
- Winnicott, D. W. (1992). Reparation in Respect of Mother's Organized Defence against Depression. I D. W. Winnicott, *Through Paediatrics to Psycho-Analysis. Collected Papers*. Brunner-Routledge Edition. (Første gang publisert i 1948)

Psykoanalytiske teorier om ungdom

I en tid preget av stress og press trenger ungdommens psykiske helse støtte. Psykoanalytisk teori antyder at vi er på vei til å glemme ungdommens indre liv.

TEKST Per Are Løkke

KONTAKT

pe-arelo@online.no

Psykoanalysen er en skattkiste av teorier og tenkemåter som vi kan bruke til å forstå de indre kreftene som herjer i ungdommens «Jurassic Park» eller «Euforia». Psykoanalysen belyser ungdommens indre liv og setter navn på mange av kreftene som regjerer og spiller seg ut, så som drifter, seksualitet, aggresjon, forsvarsmekanismer, fantasier, drømmer, kreativitet, fornuft, følelser og kampen med familiebindingene. Jeg vil presentere noen sentrale teoretikere som har pekt på hva som kjennetegner ungdomsfasen. Ingen annen psykologisk tradisjon har skapt så mange teorier om ungdommens subjektive transformasjoner. Min hensikt er ikke å presentere en fullstendig oversikt over alle bidrag, men mer å gi eksempler på variasjonene i de teoretiske bidragene.

Det er et dobbelt budskap til ungdommen i psykoanalysens tenkemåter. På den ene siden viser psykoanalysen med sitt begrep om det ubevisste at mennesket ikke er herre i eget hus. Når ungdommens sinn er fylt av drømmer, fantasier og uklare tilskyndelser, er det viktig å tilby et terapirom til ungdommen som er åpent for det som ikke er umiddelbart synlig og holder på å vokse frem. Psykoanalysen fastholder også at ungdomsfasen er et mektig psykobio-

logisk utviklingsdrama med særdeles sterke krefter i sving. Derfor fremheves betydningen av at samfunnet må gi ungdommen tid og rom til å finne seg selv, og samtidig skape stor forståelse for at å føle seg hjelpeløs og maktesløs er et av kjennetegnene i denne perioden. På samme måte som mange ungdommer kan føle seg fanget i alle former for ytre strukturer, kan de også føle seg maktesløs fanget i de indre kreftene. Dette er et viktig korrektiv til prestasjonsorienteringen og gjøre-trangen som vårt samfunn er dominert av. På den andre siden forsøker også psykoanalysen å vekke ungdommens ansvarlighet for sine symptomer, sløvsinn, destruktivitet, underkastende tilpasninger og tankeløse utageringer nettopp ved å vise at det nå er mulighet til å begynne å oppdage sitt eget liv. Psykoanalysen inviterer da ungdommen til en helt annen form for ansvarlighet enn å øve seg på forskjellige former for ferdighetstrening for å redusere symptomer.

DORA – DEN FØRSTE UNGDOM I TERAPI

Den 18-årige Ida Bauer, som også ble kalt Dora, er en av de første beskrevne terapier med en ungdom. Freud skriver om den i *Bruddstykker av en hysterianalyse* (2007) i en form som kan minne om en dramatisk familieroman. Han

oppdaget at bak Doras hysteriske symptomer skjulte det seg et innfløkt familiedrama. Hun vokste opp i en familie med tre søsken, mor og far. Faren var en mektig industrimagnat som periodevis var alvorlig syk fra hun var seks år gammel. Moren led av det Freud kalte en «husmorpsykose» (vaske, rydde, ordne), som igjen forhindret henne fra å bekrefte barnas vitale behov. Dora hadde en storesøster som døde tidlig, og en storebror som sympatiserte med moren. Dora var mest knyttet til faren. Familien flyttet i perioder til et sted med et mildere klima på grunn av farens sykdom. Her innledet faren og datteren et vennskap til Herr og Fru K, hvor den unge og elskverdige fru K pleiet faren under hans sykdom, mens Herr K gikk spasereturer med hans datter og skjenket henne gaver. Dora tok seg også av ekteparets to små barn. Det var ikke å skjule at Fru K var farens elskerinne, samtidig som herr K allerede da Dora var 14 år, hadde gjort flere seksuelle og intime fremstøt overfor henne, og til og med tilbudt et frieri.

Gjennom å høre på Dora og også farens fortellinger nøstet Freud frem et flettverk av ytre hendelser som i Doras indre ble tillagt betydninger farget av hennes gryende seksualitet og ambivalente følelser overfor foreldrene. Hun fortalte sine historier om faren, moren, broren, Herr og Fru K. Hun fortalte også om sine drømmer, dagdrømmer, fantasier, assosiasjoner, ønsker, ambivalente følelser og refleksjoner. Dora var kanskje den første ungdom som la seg ned på analysebenken. Hun ble også et berømt eksempel på modernitetens komplekse menneske som lever i et dynamisk og stridig kraftfelt av indre og ytre krefter. Freud oppdaget tidlig at det moderne subjektet var splittet både horisontalt og vertikal. Subjektet har mange roller, ansikter og stemmer som lever i parallelle virkeligheter og fortellinger. Samtidig er det fjernstyrt av irrasjonelle og ubevisste krefter. Freud skriver i boken om Dora at menneskets fortellinger og historier ikke er lineære og oversiktlige. En fortelling er som en «ufarbar elv» hvor steinmasser et sted har blokkert elvene og sandbanker andre steder deler elven i flere løp. Historier har huller og gåter, med mørke tidsavsnitt, der sammenhengene er fragmenterte og rekkefølgen av hendelser usikre. Menneskers fortellinger er slik fordi de både er preget av en bevisst uoppriktighet preget av skyld og skam, men også en ubevisst uoppriktighet, fordi fortrenge ønsker og konflikter er skjult. Mennesket har et ubevisst liv (Freud, 2007, 216).

I dagens område for psykisk helse med mye gjøre-krav står den lyttende holdningen som Freud utviste, i fare for å forsvinne. Freud fremstår derfor fremdeles som radikal, ikke bare fordi han fremhevet betydningen av seksualiteten, men fordi han lyttet til flettverket av fortellinger og usynlige tråder som symptomene var innvevd i. I sine studier av selvbiografier slår Marianne Gullestad fast at menneskets trang til å skape fortellinger, mening, sammenheng er sentralt i alle livshistoriene. Hun påpeker også at behovet for å skape sammenhengende livshistorier og evnen til refleksjon har blitt enda viktigere i vår tid (Gullestad, 1996). Når samfunnet blir mer fragmentert, akselererende, flytende, støyende og abstrakt, er det livsviktig for mennesker å sette sammen sine erfaringer til meningsfylte historier.

SEKSUALITETENS KRAFT

Å føle seg virkelig er kanskje en av ungdommens viktigste følelser, og noe av det mest virkelige er seksualitetens og aggresjonens krefter, og alle fantasiene og følelsene som utfolder seg i dette kraftfeltet. I puberteten



Psykoanalysen fastholder også at ungdomsfasen er et mektig psykobiologisk utviklingsdrama med særdeles sterke krefter i sving





Dora var kanskje den første ungdom som la seg ned på analysebenken. Hun ble også et berømt eksempel på modernitetens komplekse menneske som lever i et dynamisk og stridig kraftfelt av indre og ytre krefter

strømmer seksualiteten frem, men den har også ligget latent i barnet i mange år, slik Tuva Hennem viser i teaterstykket «Normalitet» (2018). Her forteller en ung jente om sin oppvekst og sitt indre liv i korte tekster og poetiske glimt fra forskjellige aldre. Den unge jenta gleder seg over å pine og klippe insekter i stykker den ene dagen, og dagen etter kan hun være dyrevernsforkjemper eller vegetarianer. Hennes smilende og snille fasade skjuler hat, forakt og fordommer. Dirrende og intense seksuelle følelser og stemninger tar henne langt bort fra skole og familieliv. Hun har voldsomme fantasier om seksualitet, forplantning og kropp. Barne-seksualiteten flyter i mange forbudte retninger, i milevis avstand fra all riktig seksualopplysning. Hun har mange fantasier om å være stygg og slem, og lever skamløst ut forbudte fantasier som hun skammer seg over dagen etter. Hun beskriver minner, lyster og fantasier ladet med sammensatte og urovekkende følelser knyttet til far, mor, søsken, venner og venninner. Kort sagt; hun beskriver den verden som foreldrene ikke vil vite om, men som også Simone de Beauvoir beskriver i kapittelet «om ungpiken». Et eksempel er den pene og velstelte piken som ble fascinert av alt som var skittent, begynte å ta på innsekter, betrakte tilgrisede sanitetsbind eller suge i seg blodet fra sårene sine (Beauvoir, 2000, s. 417).

Freuds teorier om ungdommens seksualitet kom til uttrykk i *Three essays on sexuality* (2016). Hans teorier om drifter, barneseksualiteten og ødipuskomplekset har vært gjenstand for store debatter og kontroverser i over 100 år. Det kan være lett å avfeie deler av Freuds seksualteori i dag. Men både i Tuvas verden og i pornografiens lystkabinett oppdager vi lystpreferanser som kan minne om de psykoseksuelle registre som Freud pekte mot. Det er samtidig mitt inntrykk at både ungdom og terapeuter snakker mindre om seksualitet som et problem i dag. Jeg vet ikke om det er fordi den har blitt uproblematisk, er ekspropriert av pornografien eller om det er jeg selv som ikke har funnet koden til de unges språk om seksualitet. Mange snakker riktignok om «ligg» og «fuckfriends» som om de forteller at de hadde spist egg til frokost. En frilynt ungdom i et kreativt miljø sa i en time at «alt flyter», som betydde at alle ligger med hverandre, og at kjønn ikke lenger har noen betydning. Det kunne her nesten virke som om seksualiteten har blitt et koldtbord som alle fritt kan forsyne seg av. En del gutter snakker også om den angsten de føler over å ikke prestere bra nok, som de igjen opplever er inngangsbilletten til fantasien om å forsyne seg av det seksuelle koldtbordet.

På den andre siden kan det virke som om det er den affektive komponenten som representerer den vanskeligste utfordringen. «Skal jeg våge å binde meg og gå all in», som en gutt på 18 kalte det når han spurte seg selv om han var «klar for et romantisk forhold». I romanen *Samtaler med venner* (2018) skrevet av Sally Rooney lever hovedpersonen ut et fritt og åpent seksualliv med både kvinner og menn. I boken trekkes hun inn i et seksuelt forhold til en gift mann. Det er interessant å se hvordan hun gjør alt for å trykke ned og omskrive følelsene av at hun har blitt glad i ham. Er det slik det har blitt i dag, at vi trykker ned det emosjonelle registret på samme måte som vi tidligere trykket ned det seksuelle begjæret?

PIKEN FRA 1958

Høsten 1958 var forfatteren Annie Ernaux 18 år og på vei til sin første sommerjobb i en koloni med vanskeligstilte barn. Hun var en begavet jente i oppbruddsstemning fra sin oppvekst og sine foreldre, som drev cafe og butikk. Mest av alt drømte hun om å befri seg fra morens kon-

trollerende blikk og hengi seg til det første seksuelle møtet. Mange år senere utgir Annie Ernaux boken *Pigen fra 58* (2019) i et forsøk på å gjenkalle den hun var som 18-åring. Det er selvsagt ikke enkelt, men den første seksuelle erfaringen, som var avsluttet etter noen minutter, skildres som en metafysisk kraft som forandret hennes liv for alltid. Det samme gjorde hans avvisning av henne dagen etter og hans umiddelbare erobring av en ny kvinne. Annie møtte så skammen. Hun følte seg dømt som en sulten hore, og etter sommeren ble hun også fanget i spiseforstyrrelsens og bulimiens nett. Den forsvant noen år senere da hun fant retningen på sitt liv. Ville hun fått hjelp i dagens samfunn? spør hun seg selv. Hun tviler, hun hadde jo levd i en drøm.

Annie Ernaux beskriver et ungdomsdrama som strekker seg ut over noen år fra hun er 18. Det begynner når hun frigjør seg fra sin mors blikk, slik også Ask Burlefot (Mykle, 1956) gjorde det da han reiste ut i verden. I Agnar Mykles romaner er det også Asks egne ønsker, begjær og kompliserte følelser som står i sentrum. Både Ernaux og Ask sloss med skammen, men lot seg ikke kue av den. Det kan på mange måter virke som om vi i dag har utviklet en naiv psykologi som usynliggjør ungdommens egne subjektive krefter. Vi har fått en psykologi uten et aktørperspektiv festet i en komplisert psyke. Søkelyset på press, stress, skam, selvkritikk og symptomer trekker oppmerksomheten bort fra ungdommens egne begjær og ønsker. Symptomfortellingene skjuler ungdommens subjektive landskap. Vektleggingen av ferdigheter trekker også oppmerksomheten bort fra ungdommens indre verden. Freuds perspektiv om at det i oss alle bor forbudte og farlige aggressive og seksuelle krefter, er derfor kanskje viktigere enn noensinne.

Å BLI KJENT MED DE INDRE KREFTENE

Jeg har i min praksis snakket med hundrevis av ungdom som utagerer på skole og hjemme. Så godt som alle opplever og forteller at det er de andres skyld. De sier; «det er de andre som begynte». De fleste ungdom har også en dag våknet opp etter en fest og tenkt med gru på hva de gjorde kvelden før. «Det var ikke meg, det bare skjedd», sier mange. Ungdom beskriver ofte at de styres av sterke følelser, innskytelser og impulser. De gjør og sier ting som de hverken forstår eller kan kontrollere. Kort sagt, de styres

av indre anonyme krefter som de selv ikke føler seg ansvarlige for. Dette gjelder ikke minst når symptomene vokser frem. De opplever trangten til å skade seg selv, sulte eller overspise som om noen andre har tatt over kontrollen av deres psyke. Annie Ernaux skriver i boken *Pigen fra 58* at hun kort tid etter sitt første rystende seksuelle møte ble innfanget av spiseproblemer og strukket ut mellom «fastemesterens stolthet» (anoreksi) (2019, s. 112) og viljens sammenbrudd (bulimi). Det samme gjelder symptomer som depresjon, angst eller tvang. Ungdommen opplever at fremmede følelser, impulser, stemninger og stemmer har tatt over makten i deres sinn.

Når ungdommen selv beskriver at de er passive og uskyldige marionettdukker styrt av indre og ytre krefter, er det selvsagt fristende å støtte dem i dette perspektivet, enten ved å skrive dem inn i et offernarrativ eller betegne de anonyme kreftene som styrer ungdommen, for tankefeil eller noe irrasjonelt. Mye av dagens behandling har omgjort terapi til en slags teknisk øvelse hvor det gjelder å øve, bygge, trene, eksponere eller avlære symptomer. Disse terapiformene henvender seg til ungdommens fornuft og vilje. Å fokusere på hva som har blitt gjort mot ungdommen, istedenfor hva de selv gjør, er også en vanlig innfallsvinkel til å forstå ungdommen. Mange sosiologiske vinklinger skriver som om ungdommen er en passiv effekt av ytre makter som for eksempel usunne idealer knyttet til kropp og prestasjoner. Dette perspektivet fremheves også når ungdommen har vokst opp med svikt og overgrep i sine omgivelser. Ungdommen blir i disse forskjellige perspektivene ofte skrevet inn i altfor enkle offernarrativer.

De psykoanalytiske teoriene åpner opp en helt annen verden ved å peke mot de indre skremmende kreftene istedenfor de ytre. Dette betyr ikke at det som gjøres mot ungdommen, glemmes. Tvert imot har det psykoanalytiske perspektivet ofte en stor forståelse for ungdommens følelse av hjelpeløshet, frustrasjon og mangler. Ungdommen blir formet av andre, de opplever overgrep og traumer, de blir krenket og såret, de kjenner ikke egne krefter og hva som driver dem. Mange ungdommer føler seg også *Lost in perfection* (King et al., 2019). Allikevel er det til syvende og sist ingen annen vei mot selvstendighet enn den som innebærer å ta ansvar for eget liv og egne handlinger ut fra

deres egen psykiske realitet. Dette innebærer både å bygge seg opp for å bære de smertene som er påført dem, og samtidig se hva de selv gjør som vedlikeholder symptomer og livsproblemer. Å belyse aktørperspektivet i ungdommens drømmeaktige emosjonelle landskap er slik sett psykoanalysens store fortjeneste.

NØDVENDIGHETEN AV ET FORSVAR

Anna Freud var psykoanalytiker og Sigmund Freuds datter. Hun er kjent for å belyse betydningen av forsvarsmekanismene for ungdom (Freud, 1958). De har ennå et svakt utviklet ego og føler seg truet av mektige drifter. Ungdommens sentrale oppgave er derfor å bygge opp et nytt forsvar, og Anna Freud beskriver mange eksempler på hvordan ungdom løser dette gjennom krig, flukt, kamp eller underkastelse. Mange kan plutselig begynne å hate foreldrene sine, gå i krig med disse eller brått flytte hjemmefra. Andre begynner å hate seg selv, bli barn igjen eller bryte sammen på andre måter. Anna Freud (1958) beskrev her vår psyke som et dynamisk felt av krefter som spiller seg ut mot hverandre. Det bildet som Anna Freud (1958) tegnet av ungdommen som flyktige og uforutsigbare vesener, har dominert behandlingsvesenet frem til dags dato. Det har av mange blitt sett på som på grensen til umulig å arbeide med ungdommen terapeutisk på grunn av deres flyktige natur.

Det er lett å kjenne igjen at det er en slags flyktighet i ungdommens vesen. De kommer til terapi med akutte behov og slutter igjen når det har blitt roligere. De kan få angst av for mye nærhet og synes det er lettere å snakke om andre enn seg selv. Mange slutter raskt, men ringer igjen etter et halvt år. Det er også slående å lese at forestillingene om hva som var sunn utvikling for ungdommen på Anna Freuds tid, på noen områder gikk i helt motsatt retning enn dagens idealer. Det ble sett på som uheldig for utviklingen å bli tidlig flink, snill eller tilpasset. Det betød en for tidlig flukt inn i en voksen verden som medførte at psyken og den psykiske utviklingen stagnerte. Hun påpekte, som ungdomsforskningens far Stanley Hall også gjorde (2015), viktigheten av å leve seg igjen i ungdomsfasens mange drama. Freud uttrykket også bekymring for den snille gutten og jenta som ble venner med foreldrene og aldri våget å utfordre deres autoritet. De trakk seg dermed bort fra sivilisasjonsprosessens utviklingsoppgave, som var å fornye samfunnet ved å bryte løs fra familien. Slik sett ville kanskje Anna Freud vært mer bekymret for den snille ungdommen enn de 25 % som regjeringen bekymrer seg for basert på Ungdatas undersøkelser (HOD, 2016).

INDIVIDETS ANDRE FØDSEL

Både Sigmund og Anna Freud beskrev ungdommens kamp som et drama mellom et relativt svakt ego og truende drifter. Den engelske psykoanalytiker Peter Blos gikk under kallenavnet Mr. Adolescence. Han gikk i psykoanalyse hos Anna Freud og var svært påvirket av psykoanalytiker Margaret Mahlers teorier om separasjon og individuasjon. Relasjonen til moren var nå begynt å komme mer i sentrum av psykoanalytisk terapi. Mahlers teori handlet om barnets gradvise adskillelse fra moren, som hun beskrev gjennom to forskjellige utviklingslinjer, separasjon og individuasjon. Søkelyset er nå ikke lenger barnets infantile seksualitet, men dets infantile avhengighet og de ambivalente følelsene og fantasiene som er knyttet til disse bindingene. Ungdomskampen står ikke mellom driften og ego, men mellom avhengighet og selvstendighet, mente han.

Peter Blos følger sine forgjengere ved å hevde at det fortrenget i barndommen rekapituleres i ungdommen. Men i hans teori er det de tidlige relasjonsmønstrene overfor moren som reaktiveres, og ikke driftene. Peter Blos viktigste bidrag var å vise at ungdommens regresjon er den eneste gang i livet hvor regresjonen står i modningens tjeneste. Å regredere betyr her å hente opp, som igjen gir mulighet til å revidere og bearbeide gamle mønstre. Blos hevdet i tråd med dette at ungdommens viktigste oppgave var å restrukturere sin psyke gjennom en regresjon. Regresjonen skaper muligheter til en ny sjanse og det Blos kalte individets andre fødsel. Men regresjonen skaper også en frykt i ungdommen. Hamlet lengtet etter søvnens fred, men fryktet drømmene som kommer med søvnen. På samme måte lengter ungdom etter driftstilfredsstillelse, men frykter å involvere seg i de infantile mønstrene som er reaktivert (Blos, 1969).

Ask Burlefot ble stum og lammet når han sto overfor Embla som han fikk romantisk følelse for. Man trenger ikke å være psykoanalytiker for å forstå at nærhet til kvinnen reaktiverte Burlefots kompliserte forhold til moren (Mykle, 1956). I romanen *Rubicon* (Mykle, 2012) reiser Valemon Gristvåg på motorsykel- og kjærlighetsreise gjennom Europa. Når han til slutt tumler sammen med en gammel hore i Paris, har han allerede innsett at reisen er forfeilet. Hans elskede finnes ikke i Frankrike, men 100 meter unna der han bodde i Norge. Men han våget aldri å ringe på hennes dør. Jeg erfarer ofte i terapier med ungdom at tidlige barndomsbindinger blir reaktivert i møtet med foreldre, andre voksne eller i intime relasjoner med jevn gamle, slik Mykle beskriver det. Ved å gå inn i dette kompliserte terrenget sammen med ungdommen får ungdommen en ny sjanse til å kjenne på de ambivalente og truende følelsene som vekkes opp. De står i valget mellom å ringe på dørklokken eller flykte til Paris. Ungdommen får en sjanse til å løse gamle emosjonelle floker, kutte navlestrengen og reparere utrygge bindinger.

SPLITTELSE OG FORVIRRING

Annie Ernaux beskriver at for å tegne et fullgodt bilde av seg selv som 18 år måtte hun definere det sosiale, familiemessige og seksuelle terrenget som hennes forventninger var sosialisert inn i. Hun beskriver i romanen at jenta lever i

mange forskjellige verdener, en arbeiderklasse, en skole hvor hun er den mest begavede arbeiderklasseeleven, morens verden som er forskjellig fra farens verden, de forskjellige gruppene hvor hun møter jevngamle, sommerskolen hvor hun til slutt føler seg som en hore, og lærerskolen hvor ingen lenger ser henne som den mest begavede. Hun lengter etter å bli voksen, men også etter barndommens beskyttende trygghet. Hun lever mest av alt i en isolert og privat verden.

Splittelser, forvirring og brå psykiske skiftninger er ungdommens sentrale kjennetegn, skriver den engelske psykoanalytiker Donald Meltzer (2011). Han beskriver at ungdommen er splittet mellom forskjellige verdener, roller og identifikasjoner: den voksne versus infantile, den ytre versus indre, det gode versus det onde, kvinne versus mann. Ungdommen er også ofte forvirret om hva slags seksuelle soner og fantasier som gir dem tilfredsstillelse. Ungdommen pendler i tillegg mellom tre forskjellige selvopplevelser i sine møter og forsøk på å integrere splittelsene. De pendler mellom fornemmelsen av å føle seg liten, begrenset og impotent, følelsen av å ha store ambisjoner med mye tvil og angst og følelsen av å være perfekt, uovervinnelig og suveren.

Ungdommen forsøker å stabilisere sin identitet gjennom å bygge opp forskjellige murer og beskyttelser mot det ukjente, fremmede, farlige og traumatiske, eller mot motsetningsfylte ytre og indre elementer som ikke lar seg forene. Ifølge Meltzer er å skape mening og bånd mellom splittede deler av seg selv ungdommens sentrale utfordring. Splittelser skaper forvirring og psykisk smerte. Å skape mening skjer når ungdommen våger å begynne å lære av egne erfaringer ved å møte sin psykiske smerte fremfor å flykte fra den.

Donald Meltzer har en rekke originale og poetiske betraktninger om ungdommen som er vanskelig å oppsummere, annet enn å anbefale leseren å gå til kildene. Hva slags løsninger tilbyr så Meltzer ungdommen? Han hevder at ungdommens viktigste spørsmål er hva de gjør med sin psykiske smerte og frustrasjon. De lever i en verden med mange splittelser og har derfor ikke noe anker i tilværelsen, noe som igjen skaper forskjellige typer usikkerhet, tvil, angst og symptomer. De må lære at å forholde seg til og oppdage sin unike psyke er noe annet enn å lære å kjøre bil. I tråd med dette hevder han at å lære av erfaring er noe annet enn å lære gjennom kunnskap. Å lære av erfaring handler i mange tilfeller om å gå bakover og forbinde seg med familien og de ensomme sårbare delene av seg selv. Spørsmålet for ungdommen handler her ofte om de tror de kan skape seg selv (være suveren), eller erkjenner at de er en del av slekt og tradisjoner (møte egen sårbarhet og litenhet). Enkelt sagt: Meltzer hevder at det å tåle den lille, sårbare og hjelpeløse delen i personligheten og det å tåle den psykiske smerten som følger med dette, er veien til vekst for ungdommen.

UNGDOMMENS EKSPERIMENTROM

Den franske psykoanalytiker Julia Kristeva har også levert viktige bidrag til å forstå ungdommen. Julia Kristevas første teorier om ungdom kommer til uttrykk i hennes mye siterte artikkel «Adolescent novel» (Fletcher & Benjamin, 2012), der hun hevder at den europeiske romanens fødsel er befolket med et spekter av sammensatte ungdomsfigurer, som igjen er et speil på den moderne psykens fødsel. Julia Kristeva finner eksempler på eksperimenterende ungdomsfigurer i romaner av Rousseau, Dostojevskij, Nabokov, Diderot med flere. Disse figurene lever i



I dagens område for psykisk helse med mye gjøre-krav står den lyttende holdningen som Freud utviste, i fare for å forsvinne





... behovet for å skape sammenhengende livshistorier og evnen til refleksjon har blitt enda viktigere i vår tid

en åpen og imaginær struktur som eksperimenterer med kjønn, identitet, fortrenninger, drifter, begjær, autoriteter og språk. Ungdommens kjennetegn er en åpenhet som gjør det mulig å bevege seg mellom disse forskjellige psykiske registrene uten at en strengt og straffende samvit-tighet stopper bevegelsene. Et eksempel på slike åpne litterære figurer finner Kristeva hos Rousseau i hans novelle «The fairy queen» og boken *Letter to d'alembert on theathre* (Fletcher & Benjamin, 2012). På den ene siden slår den offisielle Rousseau i sitt pedagogiske manifest *Emile* fast at ungdommens utvikling handler om å stadfeste kjønnsforskjellene. På den andre siden leker Rousseau med kjønnsforvirring og kjønnsforskjeller i bøkene Kristeva refererer til.

Kristeva tematiserer her ungdomsfasen som en åpen struktur og ungdommen som et åpent biologisk system som forandrer seg gjennom interaksjon med andre. Ungdommens økte kapasitet for språk, tenkning og selvrefleksjon gir nye muligheter til å leke og symbolisere. Som igjen gir en utvidet mulighet til å uttrykke det psykisk åpne terrenget som befinner seg mellom den indre og ytre verden og mellom den bevisste og ubevisste verden. Ungdommens kjennetegn er slik sett ikke søken etter en endelig identitetsform, men mer preget av eksperimentering med identiteter og fastslåtte sannheter. Hun bryter i dette perspektivet med deler av den klassiske psykoanalysens søkelys på integrasjon og etablering av en fast seksuell identitet som ungdomsfasens endelige mål. Hun setter snarere opp kreativitet, symbolisering, imaginasjonsevne og evnen til å leve i åpenhet som det viktigste målet. Kreative uttrykksformer, som for eksempel å skrive, kan gi ungdommen både følelse av mestring, bekref-telse, mulighet til å finne en egen stemme (en tale som ikke er tom) og skape et psykisk rom som ikke er underkastet realitetstesting og superego. Denne vektleggingen av kreativitet som den franske poeten Charles Baudelaire kalte for «evnenes dronning», kjennetegner hele Kristevas forfatterskap. Kreativitet og imaginasjon er «dronningveien» til vårt indre liv, og det er gjennom den vi får kontakt med vår særegne personlighet og alle nyanser i vår psyke.

Når ungdommen kommer til terapirommet med sin forvirring, sine splittelser og mange stemmer, så vi at Donald Meltzer skisserte ungdommens kamp som en kamp mellom å tåle eller flykte fra psykisk smerte. Julia Kristevas ungdomslandskap kan minne om Meltzers, men hennes søkelys virker å være mer rettet mot mulighetene til frihet, lek og eksperimentering som forvirringen og mangel på identitet skaper. Å skape mening for Meltzer peker mot å skape gode og dype relasjoner til sine medmennesker der «alt som bor i mennesket, får en plass». Kristevas nøkkelord er «å symbolisere», som peker mer på å leke med sannheter og betydninger, som igjen betyr at ungdommen får en poetisk lisens til å skape sin egen subjektive virkelighet. For Meltzer er relasjonen til den andre det viktigste, for Kristeva ungdommens skaperkraft.

I terapier med ungdom kan viktigheten av begge perspektiver utnyttes i forskjellige faser av behandlingen. Mange ungdommer kjenner på at voldsomme hate/elske-krefter regjerer i deres sinn, de kan være drevet av trangen til å hevne seg og straffe, eller de kan være i klørne på de tre bandittene «grådighet, sjalusi og misunnelse». Dette fører igjen til at de føler seg slemme og onde, og straffer seg selv på de mest oppfinnsomme måter. De murer seg inn i selvlagde fengsler, og det er umulig å utfolde seg i Kristevas eksperimentrom før «det gode og det onde» og forholdet til andre har blitt mer integrert.

Jeg tenker at teorier er modeller og lyskastere som tydeliggjør forskjellige sider av ungdommens sammensatte psyke. I min bok *Ungdommens transformasjoner* (Løkke, 2021a) har jeg brukt både sosiologiske, kjønnteoretiske og psykoanalytiske modeller for å belyse de indre og ytre kreftene som former og påvirker ungdommen. Jeg fremhever at psykoanalysens uvurderlige bidrag er å vise at til syvende og sist er det ungdommen selv som setter sine livs inntrykk sammen til en personlig identitet. Ungdommen støpes i mange forskjellige former, men støper også sine egne former ved å omforme materialer fra smeltedigelen de lever i, til subjektive uttrykk. Jeg har også i boken fremhevet psykoanalytikerens Donald Winnicotts bidrag til å forstå hva som er forutsetningene for at ungdommen skal få tilgang til sine levende, kreative og subjektive krefter. Winnicott burde selvsagt hatt en selvfølkelig plass i dette essayet, men siden jeg har skrevet om hans bidrag andre steder (Løkke, 2016, 2021b), har han måttet vike plassen for andre. Så la oss derfor nå gå over til nyere psykoanalytiske teorier og modeller.

DEN RELASJONELLE VENDINGEN

Den tidlige psykoanalysen formulerte og skisserte frihet, autonomi og individualitet ut ifra en maskulin modell der adskillelse, frigjørelse og opprør sto i sentrum av ungdommens utvikling. Dette forandret seg med det vi kan kalle den relasjonelle vendingen. De tidlige teoriene glemte at vi først og fremst blir oss selv gjennom en kontinuerlig dialog med andre, og at det er denne dialogiske konteksten som binder oss sammen. Selvstendigheten har to ansikter. Identitet og tilhørighet er to sider av samme mynt. Idealet om å finne seg selv og relasjonen til andre er ikke to adskilte størrelser. Båndet til og behovet for andre mennesker ligger derfor implisitt i individualismen. Uten den andre, ingen individualitet (Taylor, 1998).

Feministiske teoretikere som Nancy Chodorow (1978) og Carol Gilligan (1990, 2016) har vist at ungdommens drama ikke først og fremst handler om adskillelse, turbulens og opprør. Utviklingen beveger seg ikke kun langs en akse fra avhengighet og mot selvstendighet eller dreier seg om egoets kamp mot driftene. Utvikling handler først og fremst om at ungdommen omskaper barndommens avhengighet og tilknytningen til nye former for kommu-

nikasjon. Det sosiale båndet skal ikke kuttes, men utvikles og utvide seg mot stadig mer voksne og komplekse former. Den relasjonelle vendingen har også tydeliggjort forskjellen mellom et intrapsykisk og et interpsykisk perspektiv. Enkelt sagt; det er forskjell på ungdommens ytre og indre foreldre. En ungdom kan være i rasende opprør mot sin mor eller far i sitt indre og samtidig i det ytre være smilende og grei. Andre ungdom kan i det ytre være sinte og lukkede overfor sine foreldre, mens de i sitt indre klamrer seg til moren eller faren. Den relasjonelle vendingen viser derfor også frem den forvirringen som kan oppstå når de ytre og indre foreldrene sammenblandes. Min erfaring er at selv om mange ungdommer i dag i det ytre fremstår som snille og greie og er kamerater med sine foreldre, eksisterer det allikevel store drama i møte med deres indre foreldre.

Den tyske psykoanalytikerens Werner Bohleber (2012) hevder at det også har skjedd en refleksiv vending i forståelsen av ungdomsfasen. Både Piaget og Julia Kristeva har fremhevet at det ikke bare er hormoner, men også abstrakt tenkning som vokser frem i ungdomsfasen. Bohleber peker her på at betydningen av abstrakt tenkning har erstattet det ensidige søke-lyset på fremveksten av seksualiteten. Utviklingen av tenkeevnen utvider det refleksive og symbolske rommet og skaper større muligheter til å forstå seg selv og andre. Peter Fonagy (Bohleber, 2012) og hans begreper om mentaliseringsevnenes betydning kan også knyttes til denne refleksive vendingen. Ungdommens utfordring blir da å få hjerte og fornuft til å snakke sammen ikke bare overfor en selv, men også overfor andre.

UNGDOMMEN SOM ALLSIDIG AKTØR

Doras sosiale, familiære, seksuelle og personlige terreng er forskjellig fra det terrenget som Ernaux og Mykle lar sine romanpersoner utfolde seg i. Alle tre beskriver også forskjellige former for psykisk smerte. Psykoanalysens vesentligste bidrag til det psykiske helsefeltet i dag er å anerkjenne og gi mening til denne smerten, nettopp ved å forstå den i lys av det kompliserte symbolske terrenget den kommer til uttrykk i. Ved å møte ungdommens konflikter, hjelpeløshet og smerte i et dynamisk felt av indre og ytre krefter kan ungdommen få hjelp til å ta et gryende ansvar for sitt liv og sin skjebne. De kan da også få en erfaring av at det er mulighet til å transformere psykisk smerte til kreativitet og visdom. Dessuten kan de ved å tåle mer av sin hjelpeløshet og avhengighet begynne å oppdage at dette til syvende og sist er alle menneskers felles livsvilkår.

Den franske sosiologen Eribon (2018) kritiserte psykoanalysen for å omgjøre alt til Ødipus, som igjen betyr å overse de ytre strukturenes tvingende kraft. Ungdommen lever ikke bare i den indre verden. De lever også i sosiale strukturer som for eksempel familien, klassen, skolen og kjønn. Denne kritikken kommer ikke bare utenfra, men foregår også innenfor det psykoanalytiske feltet med mange skoler som har forskjellige perspektiv. Det eksisterer en hel skala av tilnærminger fra å fremheve betydningen av individets drifter og fantasier til betydningen av de sosiale strukturenes tvang og muligheter. Psykoanalytikerens Erik Erikson (1992) er en av dem som har formulert miljøets betydning tydeligst. Han fremhevet at dannelsen av identitet ikke bare handler om å integrere drifter og infantile mønstre, men først og fremst om å etablere og finne seg en meningsfull plass i samfunnet, en kjæreste, en jobb, venner og interesser. Målet med ungdomsfasen er tross alt å bli integrert i samfunnet og den voksne verden.

Men, uansett om ungdomskampen foregår i det indre, mellom det indre og ytre eller mest i det ytre, vil ungdommene møte den psykiske smertens »

problem. De vil møte krenkelsler i familien og i samfunnet, de vil kjempe mot umulige idealer, de vil møte konflikter og motsetninger i seg selv og andre, og de vil møte sin sårbarhet. Ungdommen er en allsidig agent, og nettopp møtet med det negative kan fungere som en «rites de passages» som vekker til live potensialer som både kan puste nytt liv i gamle former og skape nye former i feltet der de indre og ytre kreftene møtes. Slik sett er ungdomsfasen en smerte- og vokseperiode som gir ungdommen en mulighet til å

begynne å stille viktige spørsmål. Mitt perspektiv er at ungdommens hovedoppgave er å begynne å påta seg dette ansvaret, og at den oppgaven de begynner på, er et arbeid som vil vare livet ut. De må våge å nærme seg uhyrene fra «Euphoria» og «Jurassic Park» som nå kontrollerer deres indre liv, og også begynne å frigjøre seg fra ytre og indre undertrykkende strukturer. I dette ligger også en dyp tiltro til at selv i ungdom med de mest dystre oppvekstbetingelser ligger det allikevel kimer og frø til å skape et litt bedre liv. ✕

REFERANSER

- Beauvoir, S. D. (2000). *Det annet kjønn*. Pax.
- Blos, P. (1969). *Om ungdomsårene*. Hans Reitzel.
- Bohler, W. (2012). Adolescence in the Mirror of changing Psychoanalytic Theory. *Adolescent Psychiatry*, 2(1), 3–9. <https://doi.org/10.2174/2210676611202010003>
- Chodorow, N. J. (1978). *The reproduction of mothering*. University of California Press. <https://doi.org/10.1525/9780520924086>
- Eribon, D. (2018). *Hjem til Reims*. Aschehoug.
- Erikson, E. H. (1992). *Identitet. Ungdom og kriser*. Hans Reitzel.
- Ernaux, A. (2019). *Pigen fra '58*. Forlaget Etcetera.
- Fletcher, J. & Benjamin, A. (2012). *Abjection, Melancholia and Love: The work of Julia Kristeva*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203120545>
- Freud, A. (1958). Adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 13, (1), 255–278.
- Freud, S. (2016). *Three Essays on the Theory of Sexuality*. Verso.
- Freud, S. (2007). Bruddstykker av en hysterianalyse. Cappelen Akademiske Forlag.
- Gilligan, C. (1990). *Making Connections*. Harvard University Press.
- Gilligan, C. (2016). *In a different voice*. Harvard University Press.
- Gullestad, M. (1996). *Hverdagsfilosofier: Verdier, selvforståelse og samfunnssyn i det moderne Norge*. Universitetsforlaget.
- Hall, G. S. (2015). *Adolescence*. Arkose Press.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2016). *# Ungdomshelse – regjeringens strategi for ungdomshelse 2016–2021*. https://www.regjeringen.no/contentassets/838b18a31b0e4b31bbfa61336560f269/ungdomshelsestrategi_2016.pdf
- Hennum, T. (2018). *Hverdagspoesi*. Kulturrådet.
- King, V., Gerisch, B. & Rosa, H. (2019). *Lost in Perfection*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315179964>
- Løkke, P. A. (2016). Å hakke seg ut av egget. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(3), 200–206.
- Løkke, P. A. (2021a). *Ungdommens transformasjoner*. Gyldendal Akademisk.
- Løkke, P. A. (2021b). Ungdom, lek og kreativitet. I L. I. Stanicke, U. T. Johns & A. F. Landmark (Red.), *Lek og kreativitet*. Gyldendal Akademisk.
- Meltzer, D. & Harris, M. (2011). *Adolescence*. Karnac Books.
- Mykle, A. (1956). *Sangen om den røde rubin*. Gyldendal.
- Mykle, A. (2012). *Rubicon*. Gyldendal. E-bok.
- Rooney, S. (2018). *Samtaler med venner*. Cappelen Damm.
- Taylor, C. (1998). *Autentisitetens etikk*. Cappelen.

Å være en person

Et essay om person og personlighet, om selvets splittethet, om fremmedhet og seg selv som en annen.

MIN PROFESJONELLE INTERESSE har gjennom et langt yrkesliv kretset omkring personlighet og personlighetsforstyrrelser (Karterud, Urnes & Wilberg, 2017; Karterud, 2017; Karterud & Kongerslev, 2019; Karterud, Folmo & Kongerslev, 2020; Karterud, 2022). Når jeg skriver og foreleser om disse temaene, merker jeg at jeg ofte blir i stuss om hvem eller hva jeg skal tilskrive «aktørskap». Hvem er det som opplever, tenker og handler, og som er moralsk ansvarlig? Er det personen, personligheten, selvet, ego, superego, subjektet eller hva? Det kan være en nyttig øvelse å tenke gjennom dette. Etter hvert har jeg kommet til at *personen* er mest dekkende. Det er meg, deg, han eller hun *som person* som gjorde det, sa det, tenkte det, følte det og – la meg legge til – som var i tvil om det var riktig.

PERSON OG PERSONLIGHET

Å løfte frem personbegrepet stiller ikke minst begrepene om personlighet og selvet i klarere lys. Personbegrepet er større og mer *holistisk*. Begrepet om personlighet refererer til noe mindre, til det invariante i oss. Til autopiloten, slik jeg er når jeg bare handler og ikke tenker meg om, selv om personligheten også rommer de typiske tankene som jeg har om meg selv og andre. Personlighet refererer til strukturer og mønstre som gjentar seg. Men som personer kan vi *overskride* disse begrensningene. Ja, vi kan endog endre vår personlighet. Og paradoksalt nok, selv om vi er i stand til å endre det antatt stabile – jeg er

ikke så irritabel lenger, jeg har blitt mildere med årene – er jeg fortsatt den samme. I mitt tilfelle er jeg fortsatt personen Sigmund Karterud, nå pensjonert professor i psykiatri.

Men det å være personen Sigmund Karterud har ikke alltid vært så enkelt. Jeg har vært misfornøyd med deler av meg selv, vært forvirret om hvordan jeg skulle tenke om meg selv og andre, latt meg forføre av karismatiske skikkelser og vært oppgitt over at faget mitt, psykiatri, har vært så gjennomsyret av reduksjonisme og medikalisering. Hvordan skulle jeg forstå meg selv og forholde meg til en verden med sterke motsetninger og samfunnskamper? Dette lå jeg og funderte over på analysebenken hos Heinz Kohuts arvtaker, Paul Ornstein, i begynnelsen av 1990-årene. Kohut (1971, 1977) hadde formulert selvets behov, og selvpsykologi var kanskje veien (Karterud, 1995; Karterud & Monsen, 1997)? Gradvis kom jeg til den erkjennelse at selvpsykologi ble for mye av *selv* og for lite av *annethet*. Delvis kom det av at Kohut (1959) forkastet alle andre erkjennelsesmetoder enn empati og introspeksjon. Hans elev, Robert Stolorow, førte dette ut i det ekstreme i sin inter-subjektivitetsteori, som rendyrket en sterkt Heidegger-inspirert fenomenologi (Stolorow & Atwood, 1992).

SELVPSYKOLOGIENS BEGRENSNINGER

Både Kohut og Stolorow var lite interessert i empiri av det mer naturvitenskapelige slaget. »

TEKST

Sigmund Karterud

KONTAKT

wkarteru@online.no

Dette forsterket deres *neglisjering av emosjoner*. Og dessuten, fremdeles med sterke røtter i psykoanalysen, strevde de med hvordan emosjonene, eller affektene, skulle konseptualiseres. Var de en del av driftslivet, av id? Eller tilhørte de selvet? I ettertid er det lettere å se at det ikke var tilstrekkelig med en fenomenologisk tilnærming til den enorme kompleksiteten som emosjonene representerer. Ikke minst på grunn av emosjonenes kroppslige forankring og at de driver oss gjennom en logikk som går ut over den intensjonaliteten som fenomenologien bygger på. Emosjonene kan komme bakpå oss, eksempelvis i form av en overveldende frykt uten mål og mening. En frykt som til og med kan dempes gjennom nevrokjemisk manipulering med våre transmittersubstanser. Det er ingen mening i fenomenologisk forstand i det at jeg kan roe meg gjennom en dose Stesolid.

Paul Ricoeur (1981, 1992) er den som mest overbevisende overskrider fenomenologien. Hans hermeneutikk tillater tolkninger av fenomener som ikke nødvendigvis blir gjort med hensikt. Ricoeur formulerer en *selvets hermeneutikk* som grunnleggende preger oss som personer. Det er en videreføring av Kierkegaards teori (1849/1962) om selvet som «et forhold som forholder seg til seg selv», men med en sterkere betoning av kroppslighet, fremmedhet og «annethet» («otherness», «other than self»). Tittelen på Ricoeurs hovedverk er da også *Oneself as Another* (1992). Seg selv som en annen vitner om en dialektikk vi aldri kan befri oss fra. I forsøket på å gi mening til egne opplevelser og handlinger er vi dømt til å tolke oss selv gjennom andres briller, gjennom ord og begreper og myter som kulturen har skapt. Mentaliseringstradisjonen sier det spissformulert som «å se seg selv utenfra». Vi kan se oss selv fra forskjellige perspektiver. Gjennom dette tar vi inn i oss selv oppfatninger og holdninger som kommer fra andre, og forsøker, mer eller mindre vellykket, å gjøre dette til en del av oss selv.

PERSON, SELV OG IDENTITET

Selvets hermeneutikk beriker forståelsen av *identitet*. Identitet handler om å gjenkjenne noe som *det samme* («sameness»). Jeg bærer med meg en rekke markører som forteller at jeg er meg. Jeg beveger meg på min karakteristiske måte, jeg har min spesielle måte å snakke

på, min typiske væremåte, og jeg har mitt utseende og bekledning som gjør at folk med rimelig sikkerhet kan si at, jo, dette er nok Sigmund Karterud. I verste fall kan jeg fremvise passet mitt. Og når jeg ser meg selv i speilet om morgenen, gjenkjenner jeg meg selv som meg selv. Likevel er jeg ikke identisk med meg selv. Som person er jeg i stadig forandring. Tidene skifter, og som person strever jeg med å holde tritt og være den personen jeg ønsker å være, noe alle kjenner igjen fra sine mange rolleidentiteter. Jeg strever med å være en god fagperson, en god ektefelle og familiefar, en god venn og en god samfunnsborger. Og ikke minst kan jeg streve med å verdsette og respektere meg selv. Ikke desto mindre er det jeg selv som holder på med dette strevet. Dette strevet er en iboende del av den «selvhet» («selfhood») som karakteriserer meg som person. Jeg både er og ikke er den samme.

Personlighetsteorien har vært opptatt av «sameness», av stabile forskjeller mellom mennesker: X er mer introvert enn Y, og Z er mer emosjonelt ustabil enn Å. Dette er viktig kunnskap, men like viktige er spørsmålene vi stiller til klienter som søker psykologisk behandling, om *hvordan det er å være* eksempelvis *person Z* med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Hva er fint med det, og hva er verst? Det er kanskje fint å være i kontakt med følelsene sine, men ille å bli overveldet av dem. Og ille å være så upredikerbar at man når som helst kan ramle ned i et bunnsvart hull i seg selv.

DET FREMMEDE I OSS SELV

Dette bunnsvarte hullet (eller panikkangsten eller tvangstankene eller selvfordømmelsen) er noe Z er kjent med, noe Z har støtt på før, det er det samme. Men det er også noe fremmed, som Z ikke forstår, som Z skulle ønske ikke var der, ja, noe som Z bent frem hater. Z bærer i seg noe fremmed, noe annet enn det Z skulle ønske han/hun var. Denne «annetheten» kan man kalle «alteritet» (Stanghellini, 2017) eller «das unheimliche» (Freud, 1919). Følelser av annethet preger oss alle. Det er det ved oss som vi ikke vil vedkjenne oss, som irriterer oss, som kommer bakpå oss. Det er alle feilene ved vårt utseende, alle uvanene, egne ubehagelige personlighetstrekk som vi konfronteres med, følelser vi helst ikke vil ha, eller den plagsomme mangelen på følelser. Annethet, eller det fremmedartede, treffer vi også på hos den

andre, i form av meninger, holdninger, vaner og følelsesuttrykk som vi er ukomfortable med.

Våre klienter bærer med seg opplevelser av alteritet i rikt monn. De er misfornøyde med sine kropp, sine følelser, seg selv eller sine nærmeste. *De kommer fordi dialogen med det fremmede i en selv har brutt sammen.* Vår viktigste oppgave som terapeuter er å vekke denne dialogen til live samtidig som vi forsøker å berike den. Kognitive terapeuter kaller det sokratiske dialoger, psykoanalysen kaller det frie assosiasjoner, og i mentaliseringsbasert terapi søker vi å stimulere det selvreflekterende selvet gjennom en nysgjerrig, såkalt ikke-vitende holdning. Psykologien har kanskje undervurdert dette at å være som person, «personhood», innebærer å være i konstant dialog med seg selv. Har vi undervurdert «inner speech» og ikke minst hva vi gjør med oss selv gjennom våre indre talehandlinger? Talehandlingsteorien (Austin, 1962; Searle, 1969) har først og fremst vært opptatt av hva vi gjør med ord gjennom samtaler med andre, der vi kan trøste, berolige, love, forsikre og lignende. Den har vært mindre opptatt av hva *indre talehandlinger* gjør med oss selv når vi fordømmer, forakter eller kritiserer oss selv, eller motsatt, når vi forherliger oss selv i vårt indre. Intersubjektivitet har en solid plass innenfor psykologien. Burde vi legge til intra-subjektivitet?

PERSONOLOGI?

Gordon Allport og Henry Murray (1938) var pionerer i amerikansk personlighetspsykologi. Murray karakteriserte endatil sin retning som *personologi*, der han la vekt på holisme og idiografisk metode. Erik Erikson (1968), med sin skjellsettende studie om identitetsutvikling, var elev av Murray. Omtrent på samme tid kommer Carl Rogers og hans enormt populære bok *On becoming a person* (1967), her i Norge formidlet av professor Leif Braaten ved UiO. Er det dit vi skal? Med all mulig respekt for Murray og Rogers (og personologiens moderniserte utgave med biografiskrivning og vekt på narrativ identitet, slik vi finner det hos Dan McAdams (2015)) må det være tillatt å peke på deres neglisjering av kroppen og dens biologi. Siden personlighetsteoriens pionertid i 1930-årene i USA har det skjedd en enorm kunnskapsutvikling innenfor affektiv nevrovitenskap (Panksepp, 1998). Det tillater moderne terapeuter å være «flerspråklige». Dels gjør det oss bedre i stand til å føre en fenomenologisk dialog med våre klienter omkring emosjonelle utfordringer, samtidig som vi som terapeuter også kan tenke i begreper som toleransevindu, fryktaktivering og frys, amygdala, separasjonsangst og endogene opioider. Ricoeurs personbegrep med vektlegging av selvhet, selvets hermeneutikk og den problematiske dialogen med det fremmede i oss selv gir nettopp plass for emosjonenes enorme kompleksitet uten å forfalle til hverken biologisk reduksjonisme eller kognitiv idealisme.

EMOSJONENE OG SELVET

Det er emosjonene og det splittede selvet som roter det til for oss, både i livet og i teorien. Emosjonene forsyner oss med (handle)kraft og meningstygde. Det er emosjonene som gjør at ting betyr noe. Ord har sine grammatikalske funksjoner, men uten følelser er ord som symboler i en abstrakt ligning. Og ord kan bokstavelig talt gå på tomgang. De kan løsrives fra emosjonell ladning. Når vi legger lokk på følelsene, risikerer vi bokstavelig talt å bli tomme og kjedelige, strippet for liv. Emosjonene



Kognitive terapeuter kaller det sokratiske dialoger, psykoanalysen kaller det frie assosiasjoner, og i mentaliseringsbasert terapi søker vi å stimulere det selvreflekterende selvet





Denne antatte stabiliteten kan imidlertid farge vår oppfatning av personlighetsforstyrrelsene og gi opphav til en ubegrunnet behandlingss pessimisme

utgjør en vesentlig del av *kjerneselvet* (Northoff & Panksepp, 2008). Når jeg blir irritert, engasjert eller lei meg for noe, er det uten tvil *meg* som blir det, ingen andre, jeg vedkjenner meg det og kan si at ja, det er meg, det er følelser jeg tar ansvar for. Men jeg kan også huse tanker og følelser som jeg ikke vil eller ikke orker å ta ansvar for. Jeg vil ikke vedkjenne meg dem. De vekker frykt og avsky i meg. Jeg støter dem ut av kjerneselvet. Jeg gjør dem til noe annet enn meg selv, til alteritet. Fenomenologisk kommer de da til syne som kroppslige fornemmelser av forskjellig slag, eller som ord på tvangsmessig tomgang, som jeg som person deretter strever å finne mening med gjennom *det selvreflekterende selvet*, men nå i form av en diskurs som fomler i blinde. Teknisk kan vi da snakke om *umentaliserte emosjoner*. Terapeutisk er jobben vår ideelt sett å hjelpe klienten, som person, til å «ei» sine emosjoner, tilegne seg dem og gjøre dem til en del av kjerneselvet og sin narrative identitet. I en nylig bokutgivelse (Karterud, 2022) diskuterer jeg terapeutisk-tekniske implikasjoner ved dette perspektivet.

PERSONUTVIKLING ELLER PERSONLIGHETSUTVIKLING?

I personlighetspsykologien heter det gjerne at personligheten er «ferdig utviklet» rundt 25-årsalderen, og at det deretter skjer små endringer (med mindre livet byr på dramatiske hendelser). Spesielt legger man da femfaktormodellen (McCrae & Costa, 2002) til grunn. En slik påstand sier mye om femfaktormodellens begrensninger, men samtidig rammer den også personlighetsbegrepet som sådan. Det ligger i personlighetsbegrepets vesen at det skal stå for stabilitet. Denne antatte stabiliteten kan imidlertid farge vår oppfatning av personlighetsforstyrrelsene og gi opphav til en ubegrunnet behandlingss pessimisme, av typen en gang borderline, alltid borderline. Nyere forskning har tilbakevist dette. Moderne behandling beforder store personlighetsendringer hos emosjonelt ustabile personer (Kvarstein et al., 2015). Kvalitative studier viser at dette handler mye om større eierskap og evne til refleksjon om egne følelser (Morken et al., 2019). Det er ingen tvil om at radikal personlighetsendring kan skje hos personer med alvorlige personlighetsproblemer. Rokker dette ved selve personlighetsbegrepet? Eller er det personene som utvikler seg og endrer seg? Det er ingen som hevder den påstanden at personer *ikke* utvikler seg. Tvert imot, det er et mantra i vår tid at vi skal være fleksible og tilpasningsdyktige. Vi skal kunne lære oss både det ene og det andre slik at vi kan følge med på tidens ustanselige omstillinger. Det vitner om at vi trenger begreper om begge deler, om person og om personlighet. Det ene ivaretar en dynamisk-dialogisk prosess, mens det andre ivaretar mer stabile strukturer i oss. Selvet har en fot i begge. Kjerneselvet ligger dypt begravet i personligheten, mens det selvreflekterende selvet er personens viktigste redskap. Personligheten preger personen i betydelig grad. Den forsyner personen med liv og lyst, men også med frykt, skyld og skam. Personen, på sin side, har evne til å forholde seg reflektert til seg selv, andre og verden og forplikte seg moralsk. Personen kan også endre sine personlighetsmessige skranker. Som terapeuter bidrar vi i beste fall til å utvikle både personligheten og personen. ✕

REFERANSER

- Austin, J. (1962). *How to do things with words*. Oxford University Press.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
- Freud, S. (1919/1999). *The uncanny*. The standard edition, vol. 17. Vintage.
- Karterud, S. (1995). *Fra narsissisme til selvpsykologi. En innføring i Heinz Kohuts forfatterskap*. Ad Notam Gyldendal.
- Karterud, S. (2017). *Personlighet*. Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S. (2022). *Personlighetsfokusert terapi*. Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S. & Monsen, J. (red). (1997). *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*. Ad Notam Gyldendal.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri*. Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S. & Kongerslev, M. T. (2019). A Temperament, Attachment and Mentalization-based (TAM) theory of personality and its disorders. *Frontiers in Psychology*, doi: 10.3389/fpsyg.2019.00518
- Karterud, S., Folmo, E. & Kongerslev, M. (2020). *Mentaliseringsbasert terapi (MBT)*. Gyldendal Akademisk.
- Kierkegaard, S. (1962). *Sygdommen til døden*. (Samlede værker, Bd. 15). Gyldendal (1849).
- Kohut, H. (1959). Introspection, empathy, and psychoanalysis. An examination of the relationship between mode of observation and theory. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 14, 459–483. <https://doi.org/10.1177/000306515900700304>
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self*. International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. International Universities Press.
- Kvarstein, E., Pedersen, G., Urnes, Ø., Hummelen, B., Wilberg, T. & Karterud, S. (2015). Changing from a traditional psychodynamic treatment program to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder. Does it make a difference? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(1), 71–86. <https://doi.org/10.1111/papt.12036>
- McAdams, D. (2015). *The art and science of personality development*. The Guilford Press.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. J. (2002). *Personality in adulthood: A Five-Factor theory perspective*. Guilford Press. <https://doi.org/10.4324/9780203428412>
- Morken, K. T. E., Binder, P. E., Arefjord, N. M. & Karterud, S. W. (2019). Mentalization-Based Treatment from the Patients' Perspective – What Ingredients Do They Emphasize? *Frontiers of Psychology*, 10, 1327. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01327>
- Murray, H. (1938). *Explorations in Personality*. Oxford University Press.
- Northoff, G. & Panksepp, J. (2008). The trans-species concept of self and the subcortical-cortical midline system. *Trends in Cognitive Sciences*, 12, 259–264. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.04.007>
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press.
- Ricoeur, P. (1981). The model of the text: Meaningful action considered as a text. I. P. Ricoeur (Red.), *Hermeneutics and the human sciences*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316534984.011>
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as Another*. The University of Chicago Press.
- Rogers, C. (1967). *On becoming a person*. Constable & Company.
- Searle, J. (1969). *Speech Acts: An essay in the philosophy of language*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139173438>
- Stanghellini, G. (2017). *Lost in dialogue*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198792062.001.0001>
- Stolorow, R. & Atwood, G. (1992). *Contexts of being. The intersubjective foundations of psychological life*. The Analytic Press.

Temperamentbasert terapi med støtte (TBT-S). En ny behandling for spiseforstyrrelser

På Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP) ved Ullevål sykehus tilbyr vi en ny behandlingsmetode kalt Temperamentbasert terapi med støtte (TBT-S). I TBT-S danner hjerneforskning forståelsesrammeverket, og pårørende er involvert i hele behandlingsforløpet.

TEKST Kristin Stedal & Agnete Vold

KONTAKT
KRSTED@ous-hf.no

POLIKLINIKKEN ved Regional seksjon spiseforstyrrelser (RASP) på Ullevål sykehus er en tredjelinje spesialenhet for behandling av spiseforstyrrelser. Her tilbyr vi poliklinisk behandling for alle typer spiseforstyrrelser hos voksne over 16 år. I behandling av barn og unge med spiseforstyrrelse er det anerkjent at familien og hjemmesituasjonen er sentral for å få til bedring. Når det gjelder voksne, er dette mindre etablert, til tross for at de nasjonale faglige retningslinjene for behandling av spiseforstyrrelser understreker at *dialog og samarbeid med familie og andre pårørende bør vektlegges både i primær- og spesialisthelsetjenesten for barn, unge og voksne* (Helsedirektoratet, 2017). Dessverre har det manglet behandlingsmetoder som på en systematisk måte involverer pårørende eller støttepersoner i behandlingen av voksne pasienter med spiseforstyrrelse. Mange med spiseforstyrrelse forteller at ved overgangen fra BUP til DPS forsvinner fokuset på støttepersoner og dermed også en viktig bit når det gjelder å få til bedring av spiseforstyrrelsen (Lockertsen et al., 2021). Vår erfaring fra

poliklinikken ved RASP bekrefter dette. Vi opplevde at det var et behov for å inkludere støttepersoner i behandling av voksne personer med spiseforstyrrelser og etablerte derfor i 2018 et nytt tilbud kalt *Temperamentbasert terapi med støtte* (Hill et al., 2016).

HVA ER TEMPERAMENTBASERT TERAPI MED STØTTE (TBT-S)?

TBT-S er en intensiv behandling for pasienter med spiseforstyrrelse og strekker seg over fem sammenhengende dager, totalt 37 timer. Den tilbys som et tillegg til annen behandling. TBT-S kombinerer gruppe- og individualterapi med psykoedukasjon, og er tilpasset personer over 16 år som har – eller har hatt – spiseforstyrrelsen anoreksi. Personer diagnostisert med annen form for spiseforstyrrelse, som bulimi og atypisk anoreksi, kan også inkluderes i behandlingen dersom de kjenner seg igjen i personlighetstrekk som perfektjonisme og rigiditet, samt opplever angst knyttet til mat og spising. Deltaelse i TBT-S krever at pasienten har med seg minst én (maks fire) støtteperson(er) (foreldre,

søsken, samboer, venn e.l.) som forplikter seg til å delta ved hele behandlingsforløpet. TBT-S bruker en flerfamiliemodell hvor opptil seks pasienter og deres støttepersoner er samlet i de fem dagene behandlingen varer.

Teoretisk rammeverk og behandlingstilnærming

De senere årene har forskning innen genetik og nevrobiologi gitt økt kunnskap om spiseforstyrrelser. Blant annet har studier vist at visse personlighetstrekk ser ut til å være involvert i utviklingen og opprettholdelsen av anoreksi (Kaye et al., 2015). Allerede i 2013 ble det fremhevet at behandling av spiseforstyrrelser ikke lenger kan forbli «brainless» (Schmidt & Campbell, 2013). Eller sagt på en annen måte – vi må invitere oppdatert kunnskap om hjernefunksjon, personlighetstrekk og genetik inn i terapirommet. Per nå er det få andre behandlingstilnærming (som Maudsley-modellen for anoreksi, MANTRA (Schmidt et al., 2013)) for spiseforstyrrelser som benytter en nevrobiologisk forståelsesramme, og så vidt vi vet, er det ingen som har psykoedukasjon i et intensivt flerfamilieformat. TBT-S bruker kunnskap fra hjerneforskning til å hjelpe personer med spiseforstyrrelse og deres støtteperson(er) med å utvikle verktøy og strategier for å håndtere angst og legger til rette for at de skal bli friske (Hill et al., 2016).

I TBT-S blir symptomer og underliggende mekanismer som driver sykdommen, forstått med utgangspunkt i en biologisk forklaringsmodell. Metoden har fire behandlingsmoduler som har til hensikt å «angripe» spiseforstyrrelsessymptomer med forskjellige intervensjonsstrategier. Alle modulene inkluderer både pasient og støtteperson. Modulene, som blir beskrevet mer i detalj nedenunder, består av:

- a) psykoedukasjon
- b) nevrobiologiske erfaringsaktiviteter
- c) pasientens/støttepersonens verktøykasse
- d) behandlingsavtale

Psykoedukasjon. Hver dag i TBT-S-uken består av minst 60 minutters forelesning om hjernen, angst, hjernefunksjon og nevrobiologisk forskning på spiseforstyrrelser.

Tema som dekkes, er: gener og personlighetstrekk, hjernen og angstrepons, ambivalens og usikkerhet/vansker med å ta avgjørelser, viktigheten av atferdsendring, behov for forutsigbarhet, belønningsrespons. Forelesningen foregår i et uformelt format hvor vi oppfordrer til diskusjon, og til at pasientene reflekterer rundt forskningen i lys av sine erfaringer. Forelesningen er strukturert som en forlengelse av gruppesamtalene, og deltakerne blir oppmuntret til å diskutere, stille spørsmål og dele erfaringer med hverandre. Hovedformålet med psykoedukasjonen er å gi deltakerne oppdatert kunnskap om nevrobiologiske forskningsfunn og dermed gi et rammeverk og rasjonale for intervensjonsstrategiene vi anvender i behandlingen. Psykoedukasjonen er et verktøy både for å øke pasientenes motivasjon for bedring og for å fremme engasjement i behandlingsprosessene.

Nevrobiologiske erfaringsaktiviteter. TBT-S-uken består også av en rekke *erfaringsaktiviteter* som er utviklet for å gjøre den nevrobiologiske informasjonen lettere å tilnærme seg. I tillegg skal det øke empati og forståelse hos støttepersonene og motivere til endring hos pasientgruppen. Hele deltakergruppen – både pasient og støttepersoner, og også ofte



TBT-S har som hovedfokus å anvende kunnskap fra hjerneforskning til å hjelpe personer med spiseforstyrrelse

TBT-S har følgende kjerneprinsipp:

1. Spiseforstyrrelse er en psykisk lidelse med et biologisk opphav
2. «Treat to the trait» - individets temperament/personlighetstrekk danner grunnlaget for behandlingstilnærmingen
3. Mat er medisin
4. Støttepersoner trengs og er en nødvendig del av behandlingen, for alle aldersgrupper
5. Bevegelse/handling er fundamentalt for endring





Erfaringsaktivitetene gjør det mulig å nærme seg en ellers vanskelig og utfordrende tematikk på en ny og annerledes måte

behandlingsteamet – deltar i erfaringsaktivitetene sammen. I aktivitetene utforsker vi situasjoner som kan være representativt for hvordan det kan være å ha en spiseforstyrrelse – og øver på strategier som kan være hjelpsomme for å overkomme utfordringer i bedringsprosessen. Eksempler på tema i erfaringsaktiviteter er ambivalens ved valg, tendens til å gjenta «trygge» handlinger og spiseforstyrrelsesstøy. Vi utforsker hvordan tankekjør rundt spiseforstyrrelsen kan påvirkes – og hvordan man kan håndtere vanskelige situasjoner. Støttepersoner får prøve å «skrive med motsatt hånd» for å kjenne på hvor vanskelig det kan være å utføre handlinger som «hjernen ikke er vant med». De får også oppleve hvordan det høres og kjennes ut å stå i vanskelige mat-valg og ha «spiseforstyrrelsesstøy». Erfaringsaktivitetene gjør det mulig å nærme seg en ellers vanskelig og utfordrende tematikk på en ny og annerledes måte – og dermed legge til rette for utviklingen av konstruktive strategier for fremtidige situasjoner som kan føles krevende. På denne måte kan pasient og støtteperson både lære og utforske strategier i fellesskap.

Verktøykassen. I løpet av TBT-S-uken gjennomgår og utforsker vi verktøy som kan være nyttige for å forsterke bedringsprosessen. Et av kjerneprinsippene ved TBT-S er at man «lærer ved å gjøre». Derfor legger vi vekt på at deltakerne skal erfare og øve på verktøyene i praksis. En god anledning til å øve på dette er under måltidene. Fra første dag forventes det at deltakerne spiser frokost og lunsj i gruppen. Her får både de og støtteperson veiledning i hva som er fullverdige måltider, og hva som kan være nyttige verktøy for å få spist. Verktøyene er blant annet strategier for å redusere angst og øke friske handlingsmønstre. Ofte vil deltakerne be støttepersonen om å bidra på en konstruktiv måte.

Verktøyene presenteres ut ifra et prinsipp om at den spiseforstyrrede «hjernen får hjelp» til å manøvrere i utfordrende situasjoner, og gir støttepersonene konkrete tiltak for å bistå i bedringsprosessen. Verktøy som dreier seg om bevegelse og handling, er særlig sentrale. Eksempelvis kan «planlegging» og «tilby to valgalternativ» være nyttige verktøy for pasienter som har utfordringer knyttet til ambivalens og angst. For mange har det også vært hjelpsomt å avtale 10 minutt rolig bevegelse eller rolig gange etter vanskelige måltider.

Behandlingsavtalen. I løpet av TBT-S-uken utarbeider pasient og støtteperson en behandlingsavtale – under veiledning av en TBT-S-terapeut og i samarbeid med klinisk ernæringsfysiolog. Behandlingsavtalen inkluderer blant annet fokusområder for bedring (som kostplan og/eller fysisk aktivitet) og en detaljert plan for hvordan støttepersonen skal være involvert. Behandlingsavtalen tar utgangspunkt i pasientens temperament og personlighetstrekk – og hvordan disse kan anvendes som en ressurs i bedringsprosessen. Hensikten er å lage en forutsigbar plan med tydelige rammer for hvordan en best skal legge til rette for tilfriskning, og hva en gjør ved tilbakefall. Behandlingsavtalen inkluderer også kort- og langsiktige mål, samt en dato for når avtalen skal oppdateres. De blir oppmuntret til å dele denne avtalen med behandler på DPS i etterkant av uken.

TBT-S SOM BEHANDLINGSTILBUD VED REGIONAL SEKSJON SPISEFORSTYRRELSER (RASP)

RASP er en av de første klinikkene utenfor USA som anvender TBT-S som del av sitt behandlingstilbud. I mars 2018 gjennomgikk klinikere ved RASP en én-ukes opplæring i TBT-S med en av utviklerne av model-

len (dr. Laura Hill). Våren samme år oversatte vi behandlingsmateriellet og startet en utprøving av TBT-S som et supplement for pasienter innlagt ved voksenposten. Basert på de positive erfaringene og tilbakemeldingene fra klinikere og deltakere ved posten besluttet vi å utvide tilbudet. Derfor tilbyr vi nå TBT-S som en poliklinisk behandling for pasienter som henvises til RASP via lokal DPS. Behandlingsteamet består av en psykologspesialist, en psykolog som er forsker, en spesialsykepleier og to kliniske ernæringsfysiologer. Timeplanen følger samme utgangspunkt i alle behandlingssøkene, og ansvarsområdene er tydelig fordelt i behandlingsteamet.

ERFARINGER FRA IMPLEMENTERING AV TBT-S VED RASP

Det har så langt vært uproblematisk å kombinere TBT-S med det eksisterende tilbudet på klinikken. Særlig tre punkter skiller TBT-S fra vår vanlige behandlingstilnærming: 1) en nevrobiologisk forståelsesramme, 2) kost-tilnærmingen, 3) bevegelse.

En nevrobiologisk forståelsesramme

TBT-S tar i større grad utgangspunkt i hjernen for å regulere angst enn det tradisjonell spiseforstyrrelsesbehandling gjør. Eksempelvis er det i TBT-S-perspektivet forståelig at personer med anoreksi ofte ikke ønsker å spise, da sult rent nevrobiologisk synes å dempe angsten hos mange med denne lidelsen. I tradisjonell behandling møtes denne angsten ofte med at man må eksponere seg nok for mat, og så vil angsten bli mindre etter hvert. Mange pasienter forteller at de har fått høre at når de bare blir normalvektige, vil angsten forsvinne. Dette stemmer sjelden med pasientenes egne erfaringer. Tvert imot forteller de ofte om en opplevelse av *økt* angst i takt med at undervekten reduseres. I TBT-S jobber vi aktivt med å «regulere» hjernen før, under og etter måltider. Vi har erfart at dette er et nyttig og hjelpsomt perspektiv. Denne biologiske tilnærmingen til spiseforstyrrelser gir økt forståelse for utfordringer ved lidelsen, samtidig som en reduserer skam og skyldfølelse – både hos støtteperson og pasient. For støttepersonen kan det hjelpe å forstå hvorfor det er vanskelig å spise, til tross for et uttrykt ønske om å bli frisk.

Psykoedukasjonen gir et biologisk fundamentert rasjonale for hvordan det er mulig å

bli bedre – og dermed også motivasjon for tilfriskning. Fordi forelesningene er interaktive og deltakerfokuset, kan vi tilpasse og legge til rette undervisningen slik at vi dekker områder som deltakerne opplever som særlig krevende. Det nevrobiologiske perspektivet gir også retning for pasient og støttepersoner når en skal utforme tiltak, eller hvis støttepersonen lurer på hvordan de best mulig kan hjelpe. Støttepersonen kan for eksempel spørre om de skal kommentere maten under måltider, eller om det er mer hjelpsomt hvis de snakker om helt andre ting. I tillegg har de nevrobiologiske erfaringsaktivitetene vært en nyttig innfallsvinkel til å øke forståelsen av hvor vanskelig det kan være å endre etablerte atferdsmønstre, særlig når disse (som å spise lite) er angstdempende. Øvelsene, slik som å skrive med motsatt hånd, har gitt sterke opplevelser både for støttepersoner og pasienter, og vi erfarer at de gir en ny forståelse av at spiseforstyrrelse handler om mer enn «å bare spise». Disse konkrete øvelsene som gir en «forklaring» på hva spiseforstyrrelse er, har vi opplevd som noe av det mest verdifulle med metoden. Det blir også en nyttig form for eksternalisering av spiseforstyrrelser. Forklaringsmodellen er ikke en hvilepute, men den gir pårørende økt innsikt og dermed også hjelp til støttepersonene når de skal håndtere sinne og frustrasjon i vanskelige situasjoner.

Mat og kost-tilnærmingen

Via TBT-S har vi også på poliklinikken fått et nyansert perspektiv på måltider og tilrettelegging av kostplan for pasienter med spiseforstyrrelse. Ideen om at man må spise all type mat og ha stor variasjon for å kunne defineres som frisk fra en spiseforstyrrelse, har blitt utfordret. For eksempel kan det for noen pasienter være viktigere med struktur, forutsigbarhet og en tydelig kostplan. Heller enn fleksibilitet og det å kontinuerlig bli eksponert for utfordrende matvarer. Derfor vekter TBT-S i større grad at pasientene spiser tilstrekkelig og får fullverdige måltider, enn variasjon og mange matvarer på repertoaret. For pasienter som har hatt en langvarig spiseforstyrrelse og et svært rigid spise-mønster, kan det være enklere å spise det samme hver dag til frokost og lunsj, og kun ha to-tre forskjellige middagsvarianter. Forutsigbare måltider kan også hjelpe pasienter som har vansker med å kjenne sult og/eller metthetssignaler. Når det gjelder ungdom og nysyke, »

fokuserer vi mer på eksponering og variasjon. Modellen åpner altså for ulik tilnærming til kost/mat avhengig av sykdomsforløpet og symptomtrykk.

Vi er opptatt av å legge til rette for den enkelte pasient og hvor denne er i bedringsprosessen. Alle deltakerne og behandlingsteamet spiser frokost og lunsj sammen hele uken. Vi får dermed et tydelig bilde av hva som er viktig for pasienten å jobbe med rundt måltider og kost, og det blir ofte klarere for støttepersoner hva som er særlig utfordrende. Felles måltider har også vært verdifullt for å kunne gi mer spesifikk og detaljert informasjon til ansvarlig behandler på DPS om måltidssituasjonen og hvordan fremme gode tiltak der.

Bevegelse

Det siste punktet som særlig skiller TBT-S fra tradisjonell spiseforstyrrelsesbehandling, er fokuset på at bevegelse kan bidra til å redusere uro/angst. I tradisjonell behandling er det et vanlig begrep med «hviletid» i minst 30 minutter etter måltider for å unngå unødvendig forbrenning av kalorier og for å hjelpe dem som har problemer med overaktivitet, til å roe ned etter måltider. I TBT-S er bevegelse et eget verktøy og blir brukt systematisk i løpet av behandlingsuken. Blant annet etter måltider, hvor deltakerne oppfordres til bevegelse – for eksempel rolig gange, strikking, avspenningsyoga eller annen aktivitet med lav intensitet. Til tross for at overaktivitet er en utfordring hos mange pasienter med spiseforstyrrelse, har vi ikke erfart at det har vært grunn til bekymring for å bruke bevegelse som terapeutisk verktøy. I stedet opplever vi at deltakerne i TBT-S-ukene anvender bevegelse som et verktøy for å dempe angst på en hensiktsmessig måte.

Andre erfaringer fra implementering av TBT-S ved RASP

Arbeidet med behandlingsavtalen/kontrakten har etter vår erfaring vært et svært nyttig element ved TBT-S. I vanlig poliklinisk behandling er det sjelden vi får jobbet så intensivt med én type behandlingsplan eller kontrakt. I tillegg oppleves dette særlig virksomt, siden pårørende er med i arbeidet. De fleste støttepersoner kommer til gruppen med ønske om å få vite mer om hva de kan gjøre for å hjelpe pasienten mot tilfriskning, og i kontraktarbeidet opplever de å bli inkludert i hele prosessen. Kontrakten/behand-

lingsavtalen er også nyttig for å få på bordet de spesifikke utfordringene som det vil være viktig å arbeide med i tiden fremover. Ved flere anledninger har primærbehandler (psykolog) fra DPS blitt inkludert i behandlingsuken når pasient har ønsket dette. I de tilfellene der dette har vært mulig, har både pasient og primærbehandler uttalt at dette var nyttig for oppfølgingsarbeidet ved lokal behandlingssenheter. Følgelig oppfordrer vi deltakerne til å inkludere lokal behandler i TBT-S-ukene minst én av dagene.

Flerfamilieformatet er også en verdifull del av TBT-S. Studier har vist at flerfamilieformatet kan forsterke læring og endring ved at deltakerne lærer fra hverandre ved å dele informasjon, gi tilbakemeldinger og modellere og observere – i tillegg til at det gir en følelse av samhold og opplevelse av at det er flere i samme situasjon (Lemmens et al., 2009). Mange støttepersoner bekrefter dette. De forteller også at de kjenner seg ensomme når de ikke har kunnet snakke ordentlig om hvordan det er å ha en nærstående person med spiseforstyrrelse. De opplever at kolleger, venner eller familie ofte ikke forstår. Det er tydelig i gruppene vi har hatt her på RASP, at støttepersoner opplever det som svært nyttig å snakke med andre som har lignende erfaringer. Fellesskapet i gruppen ser vi ikke bare i de formelle samlingene, men også i pauser og under lunsjen. Mange har gitt tilbakemelding på at de føler seg ivaretatt og sett av de andre i gruppen på en god måte. I alle gruppene har dette delte fellesskapet vært sentralt. Dog kan vi også se noen problemstillinger knyttet til at støttepersoner/familier har kommet ulikt ut i forløpet. Det har derfor vært en fordel å ha familier til «nysyke» sammen med andre som heller ikke har hatt en spiseforstyrrelse i så lang tid. Her har behandlerne et ansvar med tanke på seleksjon til den enkelte gruppe, men også når det gjelder tilpasning og regulering av gruppen underveis. Vurderingssamtalen vi gjør i forkant av gruppen, er derfor viktig for gruppesammensetningen.

OPPSUMMERING

Oppsummert tenker vi at TBT-S er en intensiv behandling som kan sette i gang tilfriskningsprosessen og bidra til at annen behandling blir mer effektiv. TBT-S legger til rette for å sette tydelige mål og gir konkrete verktøy å jobbe videre med. Pasient og støttepersoner får i fellesskap økt kunnskap om spiseforstyrrel-

ser. En tilbringer mange timer sammen over en hel uke, og dette synes å styrke relasjonen og tilknytningen til hverandre.

TBT-S er fremdeles en relativt ny behandling, og det er behov for flere studier som undersøker behandlingseffekt. Undersøkelser fra USA peker på gode resultater fra behandlingen og en uvanlig lav frafallsrate (Hill et al., 2016; Knatz Peck et al., 2021; Wierenga et al., 2018). I tillegg rapporteres det om signifikant økt kroppsmasseindeks, redusert spiseforstyrrelsespatologi og bedret familiefungering ved fire måneders oppfølging. Sekstito prosent av deltakerne vurderes som fullstendig eller delvis friskmeldte ved oppfølging (Wierenga et al., 2018). Vi har startet innsamlingen av data fra deltakerne hos RASP, og vil presentere disse

på et senere tidspunkt. Det er også behov for å utforske hva som er de potensielt virksomme elementene i behandlingen. Hvis du hadde spurt utviklerne av TBT-S, dr. Hill, dr. Wierenga eller dr. Knatz-Peck, om hva som er det virksomme elementet i behandlingen, ville du nok fått tre forskjellige svar, avhengig av hvem du spurte: a) det er de nevrobiologiske erfaringsaktivitetene og kontrakten, b) det er psykoedukasjonen om nevrobiologi, gener og personlighetstrekk, eller c) det er inkluderingen av støttepersoner og gruppeformatet. Vår kliniske erfaring hittil tilsier at det er kombinasjonen av alle disse elementene som gir TBT-S påvirkningskraft – i tillegg til fokuset på å fremme deltakernes egne erfaringer, ressurser og eierskap til bedringsprosessen. ✕



TBT-S legger til rette for å sette tydelige mål og gir konkrete verktøy som en kan jobbe videre med

REFERANSELISTE

- Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for spiseforstyrrelser*. Retrieved 17.01.2022 from <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>
- Hill, L., Peck, S. K., Wierenga, C. E., & Kaye, W. H. (2016). Applying neurobiology to the treatment of adults with anorexia nervosa [journal article]. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0119-x>
- Kaye, W., Wierenga, C., Knatz, S., Liang, J., Boutelle, K., Hill, L., & Eisler, I. (2015). Temperament-based treatment for anorexia nervosa. *Eur Eat Disord Rev*, 23. <https://doi.org/10.1002/erv.2330>
- Knatz Peck, S., Towne, T., Wierenga, C. E., Hill, L., Eisler, I., Brown, T., Han, E., Miller, M., Perry, T., & Kaye, W. (2021). Temperament-based treatment for young adults with eating disorders: acceptability and initial efficacy of an intensive, multi-family, parent-involved treatment. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00465-x>
- Lemmens, G. M. D., Eisler, I., Buysse, A., Heene, E., & Demyttenaere, K. (2009). The Effects on Mood of Adjunctive Single-Family and Multi-Family Group Therapy in the Treatment of Hospitalized Patients with Major Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(2), 98–105. <https://doi.org/10.1159/000201935>
- Lockertsen, V., Holm, L. A. W., Nilsen, L., Rø, Ø., Burger, L. M., & Røssberg, J. I. (2021). The transition process between child and adolescent mental services and adult mental health services for patients with anorexia nervosa: a qualitative study of the parents' experiences. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00404-w>
- Schmidt, U., & Campbell, I. C. (2013). Treatment of Eating Disorders can not Remain 'Brainless': The Case for Brain-Directed Treatments. *European Eating Disorders Review*, 21(6), 425–427. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/erv.2257>
- Schmidt, U., Renwick, B., Lose, A., Kenyon, M., Dejong, H., Broadbent, H., Loomes, R., Watson, C., Ghelani, S., Serpell, L., Richards, L., Johnson-Sabine, E., Boughton, N., Whitehead, L., Beecham, J., Treasure, J., & Landau, S. (2013). The MOSAIC study – comparison of the Maudsley Model of Treatment for Adults with Anorexia Nervosa (MANTRA) with Specialist Supportive Clinical Management (SSCM) in outpatients with anorexia nervosa or eating disorder not otherwise specified, anorexia nervosa type: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 14, 160. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-14-160>
- Wierenga, C. E., Hill, L., Knatz Peck, S., McCray, J., Greathouse, L., Peterson, D., Scott, A., Eisler, I., & Kaye, W. H. (2018). The acceptability, feasibility, and possible benefits of a neurobiologically-informed 5-day multifamily treatment for adults with anorexia nervosa. *51(8)*, 863–869. <https://doi.org/10.1002/eat.22876>

Meninger



DEBATT

Bør autisme egentlig behandles?

Nevromangfoldbevegelsens prinsipielle motstand mot EIBI kan resultere i at barn med autismespekterforstyrrelse (ASD) mister muligheten til et bedre liv.



TEKST Svein Eikeseth, professor i psykologi, OsloMet – Storbyuniversitetet

AUTISME

I EN DEBATTARTIKKEL i Dagsavisen den 15. februar 2022 hevder Caroline Nerdal og Veslemøy Krey Stubberud, begge medlemmer av Nevromangfold Norge, at det å behandle barn med autismespekterforstyrrelse (ASD) kan sammenliknes med konverteringsterapi. Konverteringsterapi, eller homoterapi, er en behandling som har som mål om å endre den seksuelle orienteringen eller kjønnsidentiteten til en person. Kultur- og likestillingsministeren vurderer å forby konverteringsterapi, og Nerdal og Stubberud benytter samme argumentasjon for å begrunne hvorfor «Early Intensive Behavioral Intervention» (EIBI) bør forbys.

EIBI ER IKKE KONVERTERINGSTERAPI

EIBI er en behandlingsform for barn med autisme som har god empirisk støtte. Behandlingen er individuelt tilrettelagt, og barnets bistandsbehov styrer behandlingsmålene. Der som barnet har vansker med språk og kommunikasjon, vil man igangsette tiltak for å hjelpe barnet til å utvikle effektive kommunikasjonsferdigheter. Hvis barnet har vansker med lek, sosialt samspill eller å forstå eller tolke andre menneskers følelser, vil man forsøke å hjelpe barnet med å utvikle disse ferdighetene. Det er altså barnets individuelle behov eller vansker som styrer behandlingsopplegget. Behandlingen er basert på utviklingspsykologi og den delen av læringspsykologien som kalles anvendt atferdsanalyse. I februar 2020 ble NOU 2020: 1 fra Autisme- og touretteutvalget over-

rakt av daværende helse- og omsorgsminister Bent Høie. Utvalget foreslo en satsing på behandling av barn med autisme, og EIBI som et egnet behandlingstilbud ble spesifikt nevnt. Hvilke paralleller EIBI skulle ha til konverteringsterapi, er for meg uforståelig.

Nevromangfoldbevegelsen har imidlertid en viktig misjon. Blant annet arbeider organisasjonen for at personer med ASD skal ha tilgang til full inkludering og likestilling i skole, arbeidsliv og annen samfunnsdeltakelse. I tillegg arbeider de for sosial aksept av nevrodiversitetstilstander. Dette er prisverdige formål og i tråd med hvordan man i det moderne samfunnet tenker om mangfold.

Et legitimt spørsmål som nevromangfoldbevegelsen stiller, er hvilket mandat staten eller samfunnet har for å behandle ASD, f.eks. ved hjelp av metoder slik som EIBI? Hvorfor kan ikke personer med ASD få være slik som de er?

RETTE TIL BEHANDLING

Retten til effektiv behandling er forankret i Barnekonvensjonen. Barnekonvensjonen er en internasjonal avtale som beskytter barns rettigheter, bl.a. barns rett til den høyest oppnåelige helsestandard, til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering, til tilstrekkelig levestandard, til utdanning og til lek, hvile og fritid.

Innenfor etikken står begrepet personlig integritet sentralt. Integritet betyr selvstendighet, ukrenkelighet og å være hel. En forutsetning for at et barn skal vokse opp til å bli

et selvstendig individ og oppleve størst mulig grad av frihet, er at individet er i stand til å ta egne valg. Dette forutsetter at individet har utviklet en viss grad av kognitiv og språklig kompetanse. Mange barn med ASD mangler slik kompetanse. I tillegg kan de ha nedsatt livskvalitet som er forbundet med vansker de opplever i forbindelse med tilstanden definert av ASD-diagnosen.

Målet med EIBI er å hjelpe barna slik at de kan vokse opp til å bli selvstendige individer som kan ta vare på seg selv, ta egne valg og nå de målene eller drømmene de måtte ha. Dette er langt unna det som kjennetegner konverteringsterapi.

NÅR SKAL MAN IKKE BEHANDLE?

Det hviler et stort ansvar på dem som forvalter en effektiv psykologisk behandling. En viktig faglig og etisk avgjørelse er å innse når man ikke skal behandle. Det er etisk problematisk å behandle en person fordi han/hun har nedsatte sosiale interesser, eller fordi personen oppfører seg «rart» eller har «snevre» interesser, gitt at dette ikke oppleves som et problem for personen selv. I slike tilfeller skal oppmerksomheten rettes mot omgivelsene for å bygge større grad av respekt for mangfold, på lik linje med f.eks. respekt for hudfarge, kjønn og seksuell legning. Dette i stedet for å forsøke å endre personen.

En diagnose gir altså ikke i seg selv et grunnlag eller et mandat til å igangsette behandling. I tillegg til en diagnose må man foreta en indi-

viduell vurdering og kartlegging av individet, basert på etiske og menneskerettsprinsipper beskrevet ovenfor. Behandler må vurdere det slik at fordelene med behandling basert på økt personlig integritet, selvstendighet og økt mulighet til å påvirke sin egen livssituasjon overstiger ulempene ved behandling. Behandler må videre sørge for at individet eller pårørende har fått grundig informasjon om ulempene og fordelene ved behandling slik at informert samtykke kan innhentes. Videre må behandling stoppes hvis man ikke oppnår positive resultater.

NÅR KAN DET VÆRE UETISK Å TILBAKEHOLDE BEHANDLING?

Det å hindre et barn som ikke er i stand til å klare seg selv i samfunnet, behandling kan være et overgrep mot barnet. I slike tilfeller vil man av respekt for individet prøve å hjelpe. EIBI er en etisk og vitenskapelig dokumentert metode som har hjulpet mange barn.

Nevromangfoldbevegelsens prinsipielle motstand mot EIBI kan resultere i at barn med ASD mister muligheten til et bedre liv. ❌

REFERANSE

Nerdal, C. & Stubberud, V. K. (2022, 15. februar). Forby konverteringsterapi. *Dagsavisen* <https://www.dagsavisen.no/debatt/2022/02/15/forby-konverteringsterapi/>



Hvilke paralleller EIBI skulle ha til konverteringsterapi er for meg uforståelig



John Turner 21
22

«Medavhengighet» på tynn faglig grunn

Forsker John-Kåre Vederhus ved Sørlandet sykehus står i marsutgaven på tynn faglig grunn når han hevder at begrepet medavhengighet gir et nyttig psykologisk rammeverk i arbeidet med familier til rusavhengige.



BEGREPET STAMMER FRA tolvtrinnsideologien, en kristen omvendelsesideologi som ble utviklet for mannlige alkoholikere i USA i 1937. Gratis selvhjelpsgrupper står sentralt i programmet. I USA, Norge og en rekke andre land var, og er, disse selvhjelpsgruppene ofte det eneste tilbudet rusavhengige har. I tillegg til å delta i gruppene skal medlemmene også forkynne og rekruttere nye medlemmer. Dette er grunnen til at tolvtrinnsideologien har fått så stor utbredelse. De siste årene har imidlertid kritikken vært sterkt økende. Det viser seg at mange dør på veien mot salig frelse.

Men hva er nå disse tolv trinnene? Hvilket program er det pasienter og pårørende skal igjennom? Hvor farlige kan de egentlig være? Hvordan kan «De tolv trinn» påvirke ROP-pasienter med kompleks PTSD? Hva er det for et rammeverk forskeren Vederhus framsnakker?

De tolv trinn

1. Vi innrømmet at vi var maktesløse overfor vår avhengighet, og at våre liv var blitt umulige å mestre.
2. Vi kom til å tro at en makt større enn oss selv kunne gi oss forstanden tilbake.
3. Vi tok en beslutning om å overlate vår vilje og våre liv til Guds omsorg – slik vi oppfattet ham.
4. Vi foretok en grundig og fryktløs moralsk selvransakelse.

5. Vi innrømmet for Gud, for oss selv og for et annet menneske nøyaktig hvordan det forholdt seg med våre feil.
6. Vi var fullstendig rede til å la Gud fjerne alle disse karakterfeil.
7. Vi ba ham ydmykt om å fjerne våre feil.
8. Vi laget en liste over alle personer vi hadde skadet, og ble villige til å gjøre opp med dem alle.
9. Vi gjorde opp direkte overfor disse menneskene hvor det var mulig, unntatt når det ville skade dem eller andre.
10. Vi fortsatte med å ta selvransakelse, og når vi feilet, innrømmet vi det med én gang.
11. Vi søkte gjennom bønn og meditasjon å forbedre vår bevisste kontakt med Gud, slik vi oppfattet ham, og ba bare om kjennskap til hans vilje med oss og kraft til å utføre den.
12. Etter å ha hatt en åndelig oppvåkning som følge av disse trinn forsøkte vi å bringe dette budskapet til rusavhengige og praktisere disse prinsippene i alle våre livsforhold.

ALTOPPSLUKENDE SKAM

Selv var jeg godt voksen da jeg møtte begrepet «medavhengighet» på et pårørendekurs finansiert av Helsedirektoratet. Datteren min var bare nitten og førstereis i døgntilrettelagt behandling. Da hun kom til det fjerde trinnet, ringte hun hjem fordi hun ikke ville være i behandling lenger. *Vi foretok en grundig og fryktløs moralsk selvransakelse* »

TEKST Ane Ramm, forfatter og pårørende*

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

MEDAVHENGIGHET

* Ane Ramm utga i 2019 boken *Jeg skal passe på deg – en annerledes fortelling om rus*, der hun skriver om datteren som blir rusavhengig, om erfaringer fra rusbehandling og det hun oppfatter som et lite fleksibelt hjelpeapparat. Datteren har samtykket i at hennes historie er en integrert del av denne kronikken.

kelse. Hun følte seg presset til å dele sensitive og svært private ting i en gruppe hun ikke hadde valgt selv, og derfor ikke visste om hun kunne stole på. Dårlig samvittighet for alt og alle i kombinasjon med en altoppslukende skam ble sementert. Hun mistet søvnen. Da hun kom til det åttende trinnet, forlot hun behandlingsstedet. *Vi laget en liste over alle personer vi hadde skadet, og ble villige til å gjøre opp med dem alle.* Nå begynte hun å ruse seg hardere enn noen gang. Hun ønsket ikke å dø. Hun var bare helt likegyldig til om hun levde eller døde. Selv lurer jeg på hva listen hun skulle skrive, inneholdt. Navnet på en venninne hun røk uklar med på barneskolen? Farmor, som hun ikke fikk besøkt nok mens hun levde? Læreren hun kranglet med på ungdomsskolen? Storebror, mor og far? Eller kanskje navnet på han hun ikke klarte å redde, og som døde i en overdose?

Pårørendekurset jeg gikk på, var del av et landsdekkende tilbud og det eneste kurset jeg fant som ble drevet av fagpersoner. To sykepleiere med lang erfaring fra praksisfeltet nevnte at kurset var basert på begrepet medavhengighet, noe som ikke sa meg mye. Over åtte kursvelder gikk vi gjennom trinnene uten at de ble nevnt. Både begrep og ideologi var nedtonet. Hvorfor ga vi våre rusavhengige barn mat? Det var jo mat i døgnbehandling. Hadde noe av det vi hadde gjort fram til nå, hjulpet? Vi ble svar skyldige.

Den snart åtti år gamle faren skammet seg mest. Han var flau fordi han måtte følge sin førti år gamle sønn til tannlegen. Sønnen sto overfor store tannoperasjoner, men ble nektet bedøvelse og smertestillende fordi han var rusavhengig. – Jeg vet ikke om jeg klarer å forandre meg, sa faren. – Men hjelpen fra meg vil uansett snart ta slutt.

Vederhus har rett i at ideologien har blitt tonet ned. I praksis betyr det bare at den har blitt subtil og enda vanskeligere å forholde seg til. Med Vederhus' hjelp holdes den stadig i live. Andre fagfolk – psykologer, sykepleiere, miljøterapeuter og leger – plukker opp begrepet og bruker det ukritisk uten å vite hva det representerer, eller hvilke konsekvenser metoden kan ha i praksis.

DOBBELT SVIK

I tolvttrinnsideologien blir ROP-pasienten redusert til den karaktersvake rusavhengige som er besatt av rusmidler og derfor helt utilregnelig.

Mantraet er at dersom du ryker ut av programmet, vil du enten havne i fengsel eller dø. Å så dette frøet kan mildt sagt være uheldig. Tankens kraft er stor. I neste runde lærer pasienten om katastrofetanker. På denne måten kan behandling produsere skader som den i neste runde prøver å bøte på. Ett skritt fram. To tilbake. Når pårørende stemples som «medavhengige», er det et dobbelt svik satt i system som kan få alvorlige konsekvenser for både den rusavhengige og deres familier.

For hvor går grensa for mennesker i nød? Hvordan praktisere tøff kjærlighet overfor mennesker med sosial angst, panikkangst og selvmordstanker, Vederhus? De abstinente, de deprimerte eller psykotiske? På hvilken måte hjelper ytterligere funksjonsfall? Hvordan skal vi som pårørende forholde oss til den kjensgjerning at mange dør på veien til bunnen? Hvordan skal vi gå videre dersom våre barn dør på vår vakt? Som pårørende til opiatavhengige har vi sett bunnen flere ganger. Ta moren som fotfulgte den psykotiske sønnen gjennom hele natten fordi akuttmottaket avviste ruspasienter. Er hun en medavhengig av verste sort? Selvoppofrende og kontrollerende? Eller var hun engstelig for at han skulle skade seg selv eller andre? Hun visste at glattcelle bare ville gjøre vondt verre. Hun visste også meget godt hvem som måtte bruke de neste dagene og nettene på trygging i forsøk på å bøte på de nye skadene som ville oppstå.

Tolvttrinnsmodellens grunnleggende antakelser bygger på tro og ikke vitenskap (Dodes & Dodes, 2014; Glaser, 2015). Begreper som *samtykkekompetanse* og *brukermedvirkning* har slått bunnen ut av *utilregnelig* og *makteløs*. Flere og flere erkjenner sågar at rusmidlene også er årsaken til at mange har overlevd så lenge, og det eneste verktøyet mange står igjen med etter gjentatte behandlingsforsøk med samtalerterapi, psykologiterapi, målsettingsterapi og endringsterapi eller selvhjelpsgrupper i NA. Sannsynligheten er stor for at de også har pårørende som har vært på kurs og lært om medavhengighet.

Medavhengighetsbegrepet patologiserer omsorg, trygging og støtte (Recke, L. 2022). Pårørende som medavhengige lar seg imidlertid ikke forene med foreldrerollen. Derfor må også pårørende brytes ned eller omvendes, fordi mange av oss stritter imot. Begrepet skaper konflikter i familier fordi hvert familiemed-

lem har ulike grenser for hvor langt det er i stand til å gå for at et menneske skal forfalle ytterligere. Vi tutes ørene fulle av floskler. *Du må ta på deg din egen fallskjerm før du kan hjelpe andre.* Hva betyr dette i praksis? I møte etter møte med bydel NAV, kommune og stat? Tillit er det første som forsvinner under praktiseringen av tøff kjærlighet. Relasjoner brytes. Familier splittes. I dette mørke kaoset forventes det at motivasjonen skal spire.

«KORRUMPERT»

I Vederhus' perspektiv blir vi pårørende og vår kompetanse korrumpert. En del av pårørendekompetansen handler om kunnskap om hvilket lappverk av et system vi er en del av. En annen handler om abstinenser og psykoser som lurer under overflaten ved for rask nedtrapping. Vi kan alt om bivirkninger av c-preparater, sosial isolasjon og ensomhet. Det hjelper ikke å utsette oss for motiverende intervju. Vi sitter nemlig med en del biter mange profesjonelle mangler fordi de først og fremst er opptatt av sine egne rammevilkår. De har ikke tid til å stille spørsmål ved egen praksis eller hvordan neste ledd i næringskjeden virker inn på hele behandlingen.

I en tid hvor alle skal hjelpes der de er, og hvor omsorg er erstattet med endringsarbeid, trengs pårørendekompetansen mer enn noen gang. Tittelen på boka jeg har skrevet, *Jeg skal passe på deg*, er i seg selv et oppgjør med ideologien som ligger til grunn for medavhengighet. Begrepet er kanskje nyttig for forskere som er mer opptatt av å finne karakteristika ved pasientene og deres pårørende enn av gode kvalitetsparametere for rusbehandling. Selv etterlyser jeg forskning som viser svakheter og karakteristika ved hjelpesystemet. Inntil da må jeg forholde meg til eksperter som reduserer meg til en nyttig idiot. ✕



Hun følte seg presset til å dele sensitive og svært private ting i en gruppe hun ikke hadde valgt selv

REFERANSER

- Halvorsen, P. (2022). – Nyttig psykologisk rammeverk for familiebehandling *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 59, nummer 3, 2022 side 171
- Dodes, L., Dodes, Z. (2014) *The Sober Truth: Debunking the Bad Science Behind 12-Step Programs and the Rehab Industry*. Beacon Press
- Glaser, G. (2015, april). *The Irrationality of Alcoholics Anonymous*. The Atlantic <http://www.theatlantic.com/features/archive/2015/03/the-irrationality-of-alcoholics-anonymous/386255/>
- Recke, L. (2022). Pårørende som medafhængige. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 59, nummer 3, 2022, side 180–185

Et frigjørende begrep

I motsetning til Liese Recke mener jeg medavhengighetsbegrepet har et frigjørende potensial.



TEKST Brynhild Helle Bjordal, psykologspesialist, Haukeland universitetssjukehus

MEDAVHENGIGHET

I **PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS** marsnummer uttaler Recke at hun mener begrepet medavhengighet er klart for skraphaugen. Som argument bruker hun blant annet at det kan påføre skyld til allerede belastede familier. Min erfaring som kliniker er at begrepet er nyttig for å forstå dynamikken som kan oppstå mellom rusavhengige og familiemedlemmer. Det kan være et begrep pårørende kan bruke for å forstå hva som skjer når stemningen i familien styres av situasjonen til den rusavhengige. Psykologspesialist Arne Johansen viser til dette når han uttaler til Psykologtidsskriftet at «*Når det går bra med misbrukeren, er alle 'glade', og i perioder med aktiv rusing har alle det følelsesmessig vondt*».

Å ha et ord for denne mekanismen kan fungere som en bevisstgjøring for familiemedlemmer slik at de kan frigjøre seg fra medavhengigheten. Da kan familien fungere mer stabilt på tross av svingningene til den rusavhengige. Andre barn i familien kan oppleve at alt dreier seg om den som strever med avhengighet. Det kan føre til at de opplever seg både usynliggjort og ubetydelige. For foreldrene kan det være vondt å ta inn over seg at de andre barna lider fordi de selv ikke klarer å frigjøre seg fra bekymringen knyttet til barnet som ruser seg. Ved å gi fenomenet et navn blir det lettere å gjøre noe med det. Når man som pårørende innser at man mangler energi, er irritabel og trist, og man gjenkjenner at dette er knyttet til bekymring for det rusavhengige barnet, kan

man mobilisere for å rette oppmerksomheten mot positive hendelser knyttet til de andre barna, eller andre områder i livet. Denne prosessen er ikke en enkel «omdirigering» av psykisk energi, men den er mulig.

Jeg tok problemstillingen opp med en av pasientene som har vært innlagt i Kvinneposten hvor jeg jobber. Hun har vært i aktiv rus i flere år. Hun har gitt meg tillatelse til å bringe synspunktene videre og skriver:

«Vi trenger 'medavhengighet' fordi det er et veldig forklarende ord på en veldig vanskelig familiesituasjon. Ordet må forklares med omsorg og respekt. Det er viktig. Ordet oppleves forstående og trøstende. Det blir forklarende for hvorfor det er så vanskelig med grensesetting og så videre. Når du har hørt begrepet, og får hjelp til å forstå hva det innebærer, er det lettere å løsrive seg fra noe av det destruktive du gjør for den medavhengige. Det kan være små ting, men det kan likevel ha stor betydning.»

Har Recke et bedre ord enn medavhengighet for å beskrive svingningene som familiemedlemmene til rusavhengige opplever? Om hun ikke har det, er medavhengighet fortsatt et nyttig begrep som kan være til hjelp for familier i arbeid med å fremme stabilitet, i livet de skal leve, mens den rusavhengige fortsatt er aktiv i rus. ✕



Ved å gi fenomenet et navn blir det lettere å gjøre noe med det

EFFEKTIV BESKYTTELSE Feil-implementerte kognitive teknikker og skjemaer blir effektive solbriller i møte med smertens glødende solstråler, skriver artikkelforfatteren. Foto: Plainpicture / Lubitz + Dorner



Vi må unngå å snakke bort pasientens smerte

Av og til svikter vi den helt grunnleggende oppgaven i psykiske helsetjenester: å forstå og håndtere pasientens psykiske smerte.

MANGE HAR HENVENDT seg til meg etter de leste kronikken *Det er ikke farlig å ha vondt* (Berg, 2021) og fortalt at helsepersonell blir blanke i blikket, bagatelliserer eller snakker bort smerte de forteller om. Følelser av skam, håpløshet og tap av tillit til helsehjelpen forsterkes av disse erfaringene.

Erkjennelsen av vår egen eksistens befinner seg alltid i skyggen av vissheten om at vi skal dø, skriver Irvin Yalom (2015). Å lytte til andres smerte blir som et speil på vår egen dødelighet. Det er som å stirre på solen. Vi kan kun se på den i små glimt om gangen. I ubehaget vi opplever i møtet med andres smerte, er det lett å ty til metoder som hjelper med å skape emosjonell distanse. Feil-implementerte kognitive teknikker og skjemaer blir «effektive solbriller» i møte med smertens glødende solstråler.

For helsepersonell som skal ivareta både pasientens og egen helse, er det nødvendig å

balansere mellom emosjonell involvering og profesjonell avstand. Balansen ivaretas ofte ved hjelp av faglig veiledning og refleksjon. Helsepersonell som ikke er psykologutdannet, men som benytter psykologiske metoder, opererer derimot ofte uten veiledning. Det er nærliggende å tenke at dette kan bidra til både for stor avstand så vel som overinvolvering.

LIKNER SELVMORDSFØREBYGGING

Likhetene mellom kronisk smertebehandling og selvmordsforebygging er påfallende. I en kvalitativ studie dybdeintervjuet jeg 18 pasienter som var innlagt i psykisk helsevern for voksne (Berg et al., 2020). De hadde alle vært gjennom en suicidal krise, og halvparten hadde forsøkt å ta livet sitt før de ble innlagt. Pasientene hadde alle blitt spurt om selvmordstanker og planer mens de var innlagt, gjentatte ganger. Noe av det som overrasket meg, var at de fleste ikke opp-



TEKST Siv Hilde Berg, psykolog og førsteamanuensis i pasientsikkerhet, Universitetet i Stavanger

**SMERTE-
BEHANDLING**





Likhetene mellom kronisk smertebehandling og selvmordsforebygging er påfallende

DEBATT OM SMERTEBEHANDLING

Tidligere innlegg:

- Nr. 03 - 2022 Frykten for pasientens frykt (Frøydis Lilledalen)
- Nr. 03 - 2022 Den krevende pasientrollen (Hege M.K. Christensen)
- Nr. 01 - 2022 KAT mot smerte bommer uten relasjon (Borricks Schjødt)
- Nr. 01 - 2022 Kvinner er offer for psykologisering (Frøydis Lilledalen)
- Nr. 01 - 2022 Smertebehandling er skreddersøm (Elin Fjerstad, Torkil Berge)
- Nr. 12 - 2021 Der er ikke farlig å ha vondt (Siv Hilde Berg)

levde å ha hatt noen ytterligere samtale om selvmordstankene med helsepersonell. De opplevde å snakke om selvmordstankene for første gang i intervjuet med meg. Dette er et paradoks. Hvordan kan pasientene oppleve å ha blitt spurt om selvmordstanker, men ikke oppleve å egentlig ha hatt en samtale om selvmord med helsepersonell? Flere av pasientene erfarte at samtalen stoppet etter de hadde svart på om de hadde selvmordstanker. Noen hadde møtt helsepersonell som satt med et skjema når de skulle gå gjennom selvmordstankene. De følte at de var en del av et maskineri: at de som individ ikke var viktig, og de kjente på følelser av uverdighet.

Pasientene forventet en samtale når helsepersonell åpnet opp for å prate om vanskelige følelser, mens helsepersonell skulle kartlegge og hente inn informasjon. Systemet evnet å iverksette prosedyren, men sviktet på det helt grunnleggende, selve kjerneoppgaven i psykiske helsetjenester: å forstå og håndtere psykisk smerte.

I en systematisk litteraturstudie av pasienterfaringer med å være innlagt i en selvmordskrise fant vi at imøtekommelse av helt grunnleggende psykologiske behov for beskyttelse, tilknytning og opplevelse av kontroll var avgjørende for pasientenes opplevelse av trygghet under innleggelse. Men det var også her det sviktet (Berg et al., 2017).

Selv om årsakene til lidelse er komplekse og kan være vanskelig å forstå, kan det synes som om behandlingen svikter i det basale, i det å møte grunnleggende psykologiske behov. Dette til tross for at vi har kunnskapen om hvordan vi kan individtilpasse tjenester og skape gode relasjoner.

Det er kjent at pasienterfaringer er assosiert med klinisk effektivitet og pasientsikkerhet på tvers av ulike områder av helsetjenesten (Doyle et al., 2014). Å ta hensyn til pasientens erfaringer vil øke sannsynligheten for bedre behandlingsresultat.

Å TÅLE SMERTE

«Hvor mye smerte tåler samfunnet?» ble jeg spurt i kjølvannet av debatten om smertebehandling i *Psykologtidsskriftet*. Som individer tåler vi muligens litt mer med solbriller på. Som samfunn tror jeg vi må velge hvilke verdier som skal være styrende for våre samfunnsstrukturer.

Det er behov for å organisere tjenester som har kapasitet, tåler smerte og håndterer vanskelige følelser som står i veien for menneskelig tilknytning.

I møte med kompleksitetene i oppgavene å levere det som virker for den enkelte, må vi sørge for at tjenesten ivaretar det grunnleggende: å forstå pasientens perspektiv. ✕

REFERANSER

- Berg, S. H. (2021). Det er ikke farlig å ha vondt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 58, nummer 12, 2021, side 1057–1059
- Berg, S. H., Rørtveit, K., Walby, F. A. & Aase, K. (2020). Safe clinical practice for patients hospitalised in mental health wards during a suicidal crisis: qualitative study of patient experiences. *BMJ Open*, 10(11), e040088.
- Berg, S. H., Rørtveit, K. & Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 17(1), 73.
- Yalom, I. D. (2015). *Å stirre på solen: Om å overvinne frykten for døden*. Arneberg.
- Doyle, C., Lennox, L. & Bell, D. (2014). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3, e001570.



Faksimile fra marsutgaven

Lite spill for galleriet

I Psykologforeningen jobber vi kontinuerlig med å forbedre spesialistutdanningens kvalitet, og mener Reidar Nævdal bommer med mye av sin kritikk i innlegget «Spesialistspill for galleriet».

REIDAR NÆVDAL har i marsnummeret av Psykologtidsskriftet et debattinnlegg under tittelen «Spesialistspill for galleriet». Han er kritisk til kvaliteten på kursene som tilbys, og kritisk til Psykologforeningens rolle som forvalter av spesialistutdanningen. Vi er glade for at medlemmene formidler synspunkter på utdanningen. Vi er også glade for denne muligheten til å rette opp i noen misforståelser og bidra til en bedre forståelse av de temaene han løfter.

Først en erkjennelse av at spesialistutdanningen er kompleks, hvor psykologene i spesialisering må treffe en del valg, før og underveis. Det kan, som Nævdal påpeker, være vanskelig å navigere i dette feltet. Strukturen i dagens spesialistutdanning ble fastlagt av landsmøtet i 2013. Med en gjennomsnittlig utdannings-tid på +/- åtte år (minimum fem) er det først i disse dager at et flertall av de nye spesialistene er utdannet etter denne strukturen. Grunnlaget for strukturendringen var blant annet å tilpasse spesialitetene samfunnsutviklingen, skape større fleksibilitet for spesialistene i valg av tjenestefelt og større mulighet for mobilitet mellom spesialitetene.

Fagutvalgene og spesialitetsrådet arbeider med en evaluering av de valgfrie programmene og hvordan programmene møter ulike behov i tjenestene og spesialitetene. I disse dager satses det dessuten massivt på digitale løsninger

for forbedret kommunikasjon med psykologene, både ved starten av spesialiseringsløpet og underveis.

SPESIALISTUTDANNINGEN ER MYE MER ENN KURS

Nævdals kritikk retter seg mot kursene i spesialistutdanningen. Men utdanningen består av ytterligere tre deler: fem års praksis, veiledning og avsluttende skriftlig arbeid. Totalen av disse elementene er grunnlaget for utdanningens kvalitet. Spesialistutdanningen er ikke et akademisk studium. Veiledet praksis er den mest omfattende komponenten i utdanningen med erfaringslæring som bærende pedagogisk metode. Den økte kompetansen spesialistene besitter, er derfor også avhengig av egen motivasjon og innsats. Ingen kan tvinges til å bli en dyktig spesialist, og spesialistutdanningen er frivillig. Men Psykologforeningen plikter å legge betingelsene best mulig til rette.

Innlegget problematiserer Psykologforeningens roller både som fagforening, politisk aktør, utdanningsinstitusjon og bedrift. Psykologer tilhører en profesjon, på samme måte som advokater, farmasøyter, veterinærer og leger. Det er en forventning fra samfunnet at profesjonene selv forvalter og utvikler sitt fag. Hvem skulle ellers gjort det? Det foreligger altså en tillitsbasert samfunnskontrakt hvor profesjo-



TEKST Ole Tunold, generalsekretær og Bjørnhild Stokvik, utdanningssjef

SPESIALIST-UTDANNINGEN



nene er tillagt rettigheter, med en forventning om at samfunnet nyter godt av profesjonenes kompetanse. Men det er ikke et totalt frislipp. For helseprofesjonenes del stilles det krav om autorisasjon, og for advokater er det krav om bevilling. Det er også etablert kontrollinstitutter som påser at tjenestene utføres forsvarlig, for eksempel Statens helsetilsyn.

IKKE OFFENTLIG GODKJENT, MEN OFFENTLIG ANERKJENT

Nævdal refererer til psykologforeningens hjemmeside når han skriver at «[Psykologforeningen er] *offentlig forvalter av spesialisttittelen*». Det som står på hjemmesiden, er at: «Foreningen har ansvar for den offentlige anerkjente *spesialistutdanningen for psykologer*». Og det er kanskje her opphavet til misforståelsen ligger.

De medisinske spesialitetene er underlagt offentlig godkjenning. Denne godkjenningen var delegert til Den norske legeforening frem til 2011, etter en lovendring i 2009. Da overtok Helsedirektoratet godkjenningen, som hele tiden har vært offentlig. De psykologiske spesialitetene har ikke offentlig godkjenning. Spesialistutdanningen ble etablert i 1959 av Psykologforeningen, som siden har forvaltet den. Utdanningen er likevel offentlig *anerkjent*, ved at den refereres til i en rekke regelverk og forskrifter. For eksempel stilles det krav om at det skal være ansatt psykologspesialist ved poliklinikker i psykisk helsevern for at disse skal kunne drives lovlig. Psykologspesialistenes rolle er også tydeliggjort i flere av Helsetilsynets rapporter.

Psykologforeningen hadde lenge som politisk mål at myndighetene skulle overta ansvaret for spesialistutdanningen. Dette ble aktualisert i forbindelse med at den delegerte godkjenningsmyndigheten ble trukket tilbake fra Legeforeningen. Myndighetene vurderte samtidig om også andre helseprofesjoners spesialiteter skulle underlegges offentlig godkjenning. I denne prosessen viste det seg at myndighetene hadde en snever modell for psykologspesialisering som ikke var profesjonsfremmende. Psykologforeningen endret derfor sin politikk på dette punktet i 2013. Helse- og omsorgsdepartementet konkluderte sin vurdering med ikke å underlegge flere spesialiteter offentlig godkjenning. Departementet konstaterte også at det var mer hensiktsmessig å videreføre spesialiseringen i regi av profesjonsforeningene.

Psykologforeningen har altså ikke tilranet seg forvaltningsmakt over spesialistutdanningen. Den er etablert, utviklet og har alltid vært forvaltet av Psykologforeningen. Å kalle det monopolmakt er tendensiøst. Spesialistordningen er etablert, utviklet og vedlikeholdt av medlemmenes frivillige innsats og medlemskontingent.

Hvis Psykologforeningen ikke ivaretar kvaliteten i spesialistutdanningen og ikke er opptatt av å dekke befolkningens behov for tjenester, vil spesialistutdanningen for psykologer miste sin relevans, og arbeidsgivere vil slutte å etterspørre disse kvalifikasjonene.

Nævdal hevder for øvrig at det er andre aktører som også tilbyr spesialistutdanning for psykologer. Det er ikke riktig, men det finnes aktører som tilbyr spesialiseringkurs i tråd med reglementet for spesialistutdanningene.

BUKKEN OG HAVRESEKKEN?

Psykologforeningens revisjon av spesialistutdanningen fra 2013 hadde også som formål å tydeliggjøre roller, bedre transparens og sikre uavhengighet i godkjenning av spesialister. Det ble etablert både et godkjen-

ningsutvalg og et ankeutvalg. Disse utvalgene er satt sammen av representanter fra myndigheter, arbeidsgivere, universiteter, brukere og Psykologforeningen. En sentral forutsetning er at de eksterne representantene i utvalgene er i flertall og Psykologforeningens representanter i mindretall. På den måten sikres den formelle godkjenningen av spesialister uavhengighet fra foreningen selv. Myndighetene har foreløpig reservert seg fra deltagelse i disse utvalgene, til tross for gjentatte oppfordringer fra Psykologforeningens side. For å opprettholde uavhengighet er foreningens representasjon i utvalgene redusert slik at den fortsatt er i mindretall.

Nævdal hevder at Psykologforeningen bryter god forvaltningsskikk ved at de ikke har klagerett på «*bestemmelser gjort av fagutvalget*». Psykologforeningen har nettopp et ankeutvalg for spesialistsaker. Utvalget behandler klager fra psykologer på vedtak vedrørende søknader om spesialistgodkjenning eller vedlikehold av spesialiteten.

PSYKOLOGFORENINGEN SOM BEDRIFT

I 2021 var det over 5000 kursdeltagere i spesialisering. Psykologforeningen er derfor ganske riktig også en utdanningsinstitusjon. Men Nævdal skiller ikke mellom bedrifter som har avkastning til aksjonærene som formål, og non-profit-organisasjoner, som Psykologforeningen, som ikke har profitt som motiv. Han besværer seg også over at helsevesenet belastes med store kostnader for spesialisering av psykologer. Det er en grunnleggende misforståelse. Spesialisthelsetjenesten har som hovedoppgave, ved siden av pasientbehandling, å utdanne helsepersonell. En viktig grunn til at myndighetene ikke ønsket å gjøre spesialistutdanningen offentlig, var antagelig de betydelige forvaltningskostnadene det ville medføre. Noe som trolig kom som en ubehagelig overraskelse da myndighetene trakk tilbake delegasjonen fra Legeforeningen. Utdanningen er ikke gratis, men mye av Psykologforeningens innsats er basert på frivillig dugnad fra over hundre utvalgsmedlemmer. Det er en innsats som sparer samfunnet for betydelige summer som ellers ville gått til å finansiere ansatte i offentlig forvaltning.

Frem til 2009 var deler av kostnadene til spesialistutdanningen finansiert av medlemmene.

En stadig effektivisering av forvaltningen gjør at utdanningen nå er økonomisk bærekraftig, men ingen pengemaskin.

Nævdal påstår at prisen på digitale kurs under pandemien ble redusert med 50 kroner dagen sammenlignet med fysiske kurs. Dette er heller ikke riktig. Under pandemien ble prisen for obligatoriske kurs kuttet med kr 500 per dag for digitale kurs, og kr 400 per dag for digitale kurs i valgfrie program. Det er riktig at man sparer kostnader til dagpakker for kursdeltakerne når kursene gjennomføres digitalt. Men det er også slik at det påløper ekstra kostnader til omlegging av kursene til digitalt format. Det er ikke kostnadsfritt å etablere et digitalt kurssystem og opplæring av kursledere og forelesere. Det er også ekstra kostnader ved omlegging og forberedelse av kursene, og det er kostnader til leie av kurslokaler til kursledere og forelesere som underviser.

Når Psykologforeningen vurderer å tilby en blanding av digitale og fysiske kurs etter pandemien, er dette blant annet etter ønske fra psykologene. Denne beslutningen er tatt etter flere undersøkelser blant alle kursdeltakerne på Psykologforeningens kurs. Det vil også spare arbeidsgiver for kostnader knyttet til reise og opphold for psykologer i spesialisering og redusere klimaavtrykket.

Det er viktig for Psykologforeningen å ivareta kvaliteten på digitale kurs, og riktig at det stilles krav om at man skal ha kamera på når man deltar. Dette for å dokumentere deltakelse, men også fordi det har betydning for den digitale læringskonteksten at deltakerne kan se hverandre og foreleserne kan se dem de underviser. Også Datatilsynet mener at dette kan være legitime grunner til at kameraet skal være på.

IKKE EN STRUKTURERT UTDANNING?

Nævdals påstand: «Siden Psykologforeningen ikke gjennomfører strukturerte evalueringer av utdannelsen, evalueringer av deltakernes læringsutbytte, stiller krav til innhold i kursene de drifter, m.m., kan dette oppleves som et brudd med prinsipperklæringen de selv fremmer, og slik skape en omdømmerisiko.»

Psykologforeningen evaluerer alle sine kurs opp mot læringsutbyttet som er definert i detaljerte målbeskrivelser for de aktuelle utdanningsprogrammene. Det stilles selvsagt krav til innhold i kursene som tilbys. Vi gjennomgår alle evalueringene og følger opp i jevnlige møter med våre kursledere om tilbakemeldingene.

Nævdal legger til grunn at kvaliteten på spesialistutdanningen bare kvalitetssikres gjennom å evaluere kursene som tilbys. Det er veiledet praksis som er den viktigste læringsarenaen i spesialistutdanningen. Veileder har et særskilt ansvar for å vurdere psykologens progresjon i spesialistutdanningen. Som hovedprinsipp skal veileder være spesialist i den aktuelle spesialiteten det gis veiledning i.

Etter vedtak på Psykologforeningens landsmøte i 2019 er det nedsatt en arbeidsgruppe som utreder hvordan psykologer best tilegner seg klinisk ekspertise og terapeutferdigheter, og hvilke implikasjoner det kan ha for spesialistutdanningen. Utdanningsavdelingen arbeider sammen med ulike fagutvalg om kravene til vedlikeholdsaktivitet i tillegg til videreutvikling av anbefalinger for veiledere, og krav om direkte observasjon i veiledningen.

Psykologforeningen er, som Nævdal, opptatt av kvalitet i utdanningen og arbeider kontinuerlig med dette, både i politisk ledelse, fagutvalgene, spesialitetsrådet og utdanningsavdelingen. ✕



Psykologforeningen evaluerer alle sine kurs opp mot læringsutbyttet som er definert i detaljerte målbeskrivelser

DEBATT OM SPESIALISTUTDANNINGEN

Tidligere innlegg:

Nr. 03 - 2022 Spesialistspill for galleriet
(Reidar Nævdal)

**HELHETLIG**

Kontorfagliges arbeid er ikke noe som bare kan organiseres på siden av den øvrige virksomheten. Foto: Harris & Ewing

En underkjent faggruppe

Psykologer får mer tid til behandling om kontoransatte får gjøre jobben sin.



TEKST Siri Jensen, tidligere studieleder for den kontorfaglige utdanningen på RBUP

TVERRFAGLIG SAMARBEID

JEG HAR i mange år jobbet med å sette ord på kontorfaglig ansattes arbeid og funksjon både i BUP, sykehus og førstelinjetjenester (Jensen, 2008, 2010, 2012, 2016). Kontorfaglige har en nødvendig kompetanse, men om den tas i bruk, avhenger av lederes forståelse for faggruppas betydning. Nedskjæringer, omorganisering og omlegging av rutiner skjer ofte uten at gruppa får medvirke, og uten at konsekvensene for klinikken blir forstått. Kontorfaglige blir trukket ut av tjenestene og organisert for seg selv, avskåret fra løpende kontakt med faggruppene de samarbeider med. Jeg har derfor tre utfordringer til ledere for tjenester for barn og unge.

SENTRALE FUNKSJONER I DET HELHETLIGE ARBEIDET

For det første må kontorfagliges arbeid forstås som en del av et helhetlig arbeid med barn,

unge og deres familier, ikke noe som kan organiseres på siden av den øvrige virksomheten.

Da jeg til min masteroppgave intervjuet klinikere i BUP om samarbeidet med kontoransatte, fant jeg fem sentrale funksjoner denne faggruppa har i profesjonelle organisasjoner:

- sikre flyt i pasientarbeidet
- skape system og struktur
- fungere som kommunikasjonsknutepunkt
- kontrollere rutiner og registrering nedenfra
- bidra til at inngangen til tjenestene blir så god som mulig for barn og familier (Jensen, 2012)

Alle funksjonene bidrar til å nå sentrale mål i tjenestene. Likevel har kontorfaglig ansatte liten plass i diskusjoner om hvordan slike mål skal nås. Funksjonene utøves gjennom et allsi-

dig arbeid som krever kompetanse bl.a. i å gjøre rutiner i praksis, registrering, dataopplæring og kommunikasjon. Arbeidet i sentralbord og ekspedisjon handler om å møte folk og henvendelser, men også om å være bindeledd innad. Funksjonene kan forstås som koordinering (Jensen, 2016), i tråd med moderne organisasjonsteori, som har blitt mer opptatt av de uformelle mekanismene som koordinerer arbeid i organisasjoner (Okhuysen & Bechky, 2009).

Kontorfagliges funksjoner krever at de er integrert i virksomheten. De trenger fakkunnskap, men også å kjenne til arbeidsgangen og tenkningen i klinikken og de ulike faggruppens måte å jobbe på. Ikke for å gjøre deres jobb, men for å gjøre sin del av arbeidet godt. Johannessen (1999) kaller dette *fortrolighetskunnskap*. Forskning på relasjonell koordinering (Gittell, 2012) understreker at effektiv koordinering krever felles mål, felles forståelse for hvordan oppgaven inngår i helheten, og gjensidig respekt. I min første undersøkelse var betydningen av fortrolighetskunnskap den delen av kontorfagliges arbeid som var dårligst forstått (Jensen, 2008). Fortsatt forteller studenter på kontorutdanningene at de stenges ute fra faglige fora der de kunne ha tilegnet seg nødvendig kjennskap.

SAMARBEID MED ANDRE FAGGRUPPER

For det andre er samarbeidet mellom kontorfaglige og de andre faggruppene helt avgjørende for arbeidet med barn og familier. Samarbeidet foregår i stor grad på individnivå, men det er også nødvendig med et samarbeid som faggrupper. Det siste er ikke så vanlig.

Kontorfaglige har ofte et nært samarbeid med ledere. Det kan innebære at kontorfaglige får ansvar for å håndheve nye rutiner uten at verken de selv eller noen fra de andre faggruppene får være med å utforme arbeidsgangen på en måte som passer med deres arbeid. Kontorfaglige kan bli oppfattet som redskaper for ledelsen dersom de blir misbrukt til å fronte upopulære endringer og pålegg. Dette kan skape konflikter og hindre samarbeidet som er så nødvendig for den daglige driften. I en klinikk førte slike motsetninger til at kontorfaglige og klinikere sammen så på hvordan rutinene kunne tilpasses på en måte som respekterte begge faggruppers arbeidsoppgaver og kompetanse. Dette skjer altfor sjelden og burde være en del av det løpende arbeidet.



Kontorfagliges funksjoner krever at de er integrert i virksomheten

Det er nødvendig å skille mellom lederes personalansvar (med ansvar for at folk gjør jobben sin) og kontorfagliges arbeid med oppfølging av registreringsarbeidet. I min undersøkelse kom det fram at kontorfagliges oppfølging av manglende registreringer ble opplevd som nyttige nettopp fordi de *ikke* kom fra ledelsen (Jensen, 2012). Kontrollen kunne gjøres og oppfattes som hjelp fordi kontorfaglige var forankret i pasientarbeidet, klinikerne oppfattet at de «spiller på lag».

NØDVENDIG KOMPETANSE - ET LEDERANSVAR

For det tredje er kontorfaglige en faggruppe med kompetanse som er *nødvendig* for tjenestene. Kompetansen må anerkjennes, og kontorfaglige må få mulighet til kompetanseutvikling på linje med andre grupper. Kontorfaglige trenger egne fora som gir rom for erfaringsutveksling og fagutvikling. Samarbeid mellom kontorfaglige på tvers av tjenestesteder eller tjenester gir breiere erfaringsgrunnlag. Samtidig trenger kontorfaglige å være en del av den felles fagutviklingen i tjenesten. Planlagt kompetanseutvikling krever analyse av hva arbeidet består i, og hva kontorfaglige trenger av kunnskap, kjennskap og ferdigheter for bedre å fylle sine funksjoner. Dette er et lederansvar, i samarbeid med faggruppa. Fagdager og kontorfaglig utdanning på RBUP kan gi mulighet for økt kompetanse og faglig bevissthet. ✕

REFERANSER

- Gittell, J. H. (2012). New Directions for Relational Coordination Theory. I G. M. Spreitzer & K. S. Cameron (Red.), *Oxford Handbook of Positive Organizational Scholarship* (s. 400–411). Oxford Handbooks Online.
- Jensen, S. (2008). Når samhandling forstås som hjelp: Forholdet mellom kontoransattes kompetanse og samhandlingen med klinikerne i psykisk helsevern for barn og unge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(2), 133–140.
- Jensen, S. (2010). Taking the analysis one step further. *Qualitative research in psychology*, 7(4), 281–298.
- Jensen, S. (2012). *Når noe går av seg selv, er det nok en kontoransatt som gjør det. Kontorfaglig ansattes rolle og funksjon i profesjonelle organisasjoner*. (Master), Høgskolen på Lillehammer, Lillehammer.
- Jensen, S. (2016). Oversett av organisasjonsteori og praksisfelt: Kontorfaglig ansattes rolle og funksjon i profesjonelle organisasjoner. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 18(2), 54–75.
- Johannessen, K. S. (1999). *Praxis og tyst kunnskap*. Dialoger.
- Okhuysen, G. A. & Bechky, B. A. (2009). Coordination in Organizations: An integrative perspective. *The Academy of Management Annals*, 3(1), 463–502.

Ansvarsfordeling mellom voksne, barn og unge

Vi må tørre å snakke om hvor mye ansvar ungdommen har for sin egen psykiske helse.



TEKST Ivar Wathne
Oftedal, psykologi-
student ved
Universitetet i Bergen

BARN OG UNGE

I UTGANGSPUNKTET VAR min henvisning til psykologiprofessor Ole Jacob Madsen i februar-utgaven ment som et springbrett til mitt hovedpoeng – nemlig at vi må tørre å snakke om hvor mye ansvar ungdommen har for sin egen psykiske helse.

Madsens svar i marsutgaven inneholder betimelige innvendinger som bidrar til nyansering. Samtidig inneholder svaret hans problematiske antakelser. Madsen skriver nemlig: «Hele rettssystemet vårt har jo som utgangspunkt at mennesker er tilregnelige og dermed kan gjøres ansvarlig for sine handlinger. Noen unntak er det, deriblant barn under 15 år.» I mine øyne blir dette en søkt sammenligning. Jeg oppfatter det mer som stråmannsargumentasjon enn som et reelt forsøk på å i det minste erkjenne muligheten for at noe har skjedd med landets oppdragerpraksis. Rettssystemet og dets praksis – for ikke å nevne skolesystemet – har eksistert lenge, men rapportert psykisk uhelse blant barn og unge har økt. Jeg tror denne økningen skyldes variabler vi ikke har klart å kartlegge.

UKJENTE VARIABLER

Basert på Madsens svar kan det imidlertid virke som om variablene ikke er ukjente. Med utgangspunkt i min betraktning av det som forståelig kan oppleves som et utfordrende oppvekstmiljø for barn og unge, skriver han videre: «Dermed er det heller ikke så rart at mange unge opplever mye stress og press, ikke minst hva gjelder skolen, som kommer ut som den fremste kilden til stress i Ungdata-undersøkelsen.»

Det er definitivt på sin plass å gjennomføre en grundig evaluering av hvilke ytre faktorer som kan være av betydning. Da kan Ungdata-undersøkelsen være et nyttig hjelpemiddel. Det føles derfor overflødig å måtte påpeke alle

de metodologiske begrensningene ved denne undersøkelsen, og det faktum at den på ingen måte sier noe om årsaksforhold. Forskerne i NOVA understreker selv, om den statistisk observerte sammenhengen mellom psykiske helseplager og opplevd skolestress: «Dette viser at det er mange av de samme ungdommene som rapporterer om skolestress, som også rapporterer psykiske plager, uten at dette sier noe om hva som er årsak og hva som er virkning» (NOVA, 2020). Jeg tror ikke vi er utprøvende nok med hensyn til mulige ukjente variabler i dette årsaksforholdet. Sannsynligvis finnes det årsaker som – enn så lenge – forblir ukjente for oss.

DIAGNOSEPRÅKETS FELLE

Jeg opplever at det offentlige ordskiftet tynges ned av diagnosespråk, ikke minst understøttet av alt som med den største letthet kan finnes på nettet. Der Madsen poengterer påvirkningskraften til selvhjelpsgjennomsyret Insta-inspo og Jordan Peterson-klipp, glemmer han å nevne visse andre problematiske forhold i dagens SoMe. Blant annet høyst tvilsomme instruksjonsvideoer på TikTok om hvordan man kan diagnostisere seg selv, og dermed få en bekreftelse på at de kjipe dagene ikke skyldes annet enn sosial angst og en mulig personlighetsforstyrrelse. Da er man i det minste fritatt fra å gjøre noe med opplevelsen av hverdagen, som uansett er prisgitt ens selververvede diagnose. Dette bidrar ikke til håndtering av transformativ livskriser, men til en passiv tilnærming til både transformativ livskriser og livet for øvrig. En særdeles dårlig langsiktig løsning, spør du meg.

Som poengtert i februarutgaven er jeg delvis enig med Madsen. Det er ikke Insta-inspo og Jordan Peterson, men voksne rollemønstre, lærere, aktivitetsledere og – viktigst av alt



Jeg opplever at det offentlige ordskiftet tynges ned av diagnose-språk

– foreldrene som bør utgjøre våre oppdragere. Likevel stiller jeg meg altså tvilende til noen av Madsens premisser for at det er galt å legge ytterligere ansvar på ungdommens skuldre. Mine tvil dreier seg om den ukjente årsakssammenhengen mellom opplevd stress og press, og opplevde psykiske helseplager. Som NOVA (2020) påpeker, forblir dette en kausal gråson. Det er vår jobb å utforske den.

EN KRITISERT FILOSOFI ER IKKE NØDVENDIGVIS UTDATERT

Madsen er ikke så sikker på hvor mye hjelp vi kan hente fra eksistensiellistisk tenkning. Jeg oppfatter ham som kritisk til en filosofi som i hans øyne forfekter «å omfavne ens skjebne». For meg blir dette en reduksjonistisk tolkning av både Nietzsche og Heidegger. Man skal selvsagt ikke legge seg på ryggen og akseptere upåvirkelige livshendelser i påvente av bedre tider, men i stedet søke innsikt, lærdom og forhåpentligvis håndtering og mestring. Dog ikke i form av et påtvunget obligatorisk skolefag. En slik tilnærming trenger ikke nødvendigvis være en forløper til slave-moralen, slik Madsen parerer. Det kan vel så godt forårsake det motsatte – nemlig at unge mennesker innser sin egen påvirkningskraft og dermed søker autonomi framfor underkastelse, innsikt framfor formynderi og ydmykhet framfor overlegenhet.

Kanskje bør Madsen spørre seg om hvorfor et visst Nietzsche-sitat i det hele tatt har blitt så populært? ✕

REFERANSER

- Madsen, O. J. (2022). Barn og unges ansvar for eget liv. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(3), 222–223.
- NOVA. (2020, 23. januar). *Stress, press og psykiske plager blant unge*. Ungdata. <https://www.ungdata.no/stress-press-og-psykiske-plager-blant-unge/>.
- Oftedal, I. W. (2022). Trenger livsutfordringer, ikke diagnoser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 59(2), 132–133.

PSYKOLOGTIDSSKRIFTET RETTER

I Ivar Wathne Oftedals debattinnlegg *Trenger livsutfordringer, ikke diagnoser* i februarutgaven har to setninger under mellomtittelen *Nedtyngnet debatt* endret mening i korrekturen. Det korrekte skal være: «Mens jeg skriver mine refleksjoner rundt muligheten for at dagens strategi for å slå ned økningen i psykiske plager hos ungdommer er feilslått, slår de meg som noe utidsmessige. Ikke fordi jeg er skeptisk til fornuftsgrunnlaget mitt, men fordi jeg ser at det strider imot en oppfatning som i dag virker å være så fastgrodd og kanonisert at den har blitt nærmest ubestridelig, nemlig at all informasjon om psykisk helse er god informasjon.» Vi beklager. Red.

DEBATT OM BARN UNGE

Tidligere innlegg:

Nr. 03 - 2022 Barn og unges ansvar for eget liv (Ole Jacob Madsen)

Nr. 02 - 2022 Trenger livsutfordringer, ikke diagnoser (Ivar Wathne Oftedal)

Nr. 01 - 2022 Psykologi uten psyke, psyke uten samfunn (Per Are Løkke)

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

DELTA I DEBATTEN

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

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

HOVEDKRONIKK

Hovedkronikken i Psykologtidsskriftet tar for seg en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 8000 tegn inkludert mellomrom.

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



ANMELDT: BOK

Virtuelt og virkelig

Når gamlinger skal lese om ungdommens verden, blir det gjerne noen misforståelser. Men da jeg etter hvert fikk dechiffrert innholdsfortegnelsen i boka, fikk jeg et lite gløtt inn i ungdommens virtuelle verden.



BOK *Det skjulte nettverket. Farlige forbindelser mellom unge på nett*

FORFATTER

Annemarte Moland

ÅR 2021

FORLAG Cappelen

Damm

SIDER 160

ANMELDT AV

Ragnhild B. Lygre

BOKA HANDLER OM det skjulte digitale nettverket journalist Annemarte Moland fant på mobilen til en 17 år gammel jente som hadde tatt livet sitt for to år siden. Moland har skrevet flere artikler på nett og i aviser om dette skjulte nettverket på Instagram (Moland, 2018; Moland & Solvang, 2019). I nettverket samles jenter over hele Norge for å dele selvmordstanker og -forsøk, selvskading og spisevansker (Moland & Solvang, 2019). Jentene både støtter, trøster og inspirerer hverandre. På få år tok minst 15 av 500 jenter i samme nettverk livet av seg (Moland & Solvang, 2019).

I boka følger Moland fire jenter som deltar i nettverket, gjennom ett år. Men det visste ikke jeg, så etter å ha lest innholdsfortegnelsen skjønnte jeg ingenting. Side opp og side ned står det ord som «Bionegativ», «Bananert1», «Prinsessesau» og «Oljepastell». Kanskje er det bare en indikasjon på hvor uvitende jeg har vært om hvordan det faktisk ser ut på innsiden av disse nettverkene. De fleste som jobber med psykisk helse, har kanskje hørt om slike skjulte nettverk som boka beskriver. Jeg trodde ikke jeg var Så uvitende og føler meg nesten litt flau når jeg innser at «Bionegativ», «Bananert1», «Prinsessesau» og «Oljepastell» er brukernavnene på Instagram-kontoene til informantene i boka. Det er jo selvfølgelig forskjell på å for-

stå noe utenfra og å forstå noe innenfra. Boka gir leserne et lite blikk inn i denne verdenen.

Her får vi innsiden beskrevet gjennom kontakten journalisten har hatt med fire brukere av nettverket. Historiene til de fire er så lik historien til andre jenter jeg har hatt i behandling, at jeg tenker nesten at jeg må ha møtt en av dem. Dette er jenter som møter mange av oss i helsevesenet. Samtidig er jeg usikker på i hvor stor grad vi er klar over den innvirkningen slike skjulte nettverk har på dem. Eller kanskje vi er klar over det, men vet ikke helt hvordan vi skal gripe det an?

«DETTE ER MITT FELLESKAP, OG DET ER HER JEG HØRER TIL»

Historiene til jentene i boka er lange, kronglete og vanskelige. De har møtt på store utfordringer i livet sitt: rus, mobbing, ulykker, somatiske plager, overgrep og omsorgssvikt. Er det nettopp det som gjør at de trekkes mot et slikt nettverk og forblir en del av noe som kan gjøre dem sykere? Moland trekker ut følgende felles opplevelser i de fire historiene vi følger i boka:

- Hjelp som ikke hjelper
- Isolert og ensomme i eget liv
- Finner mening i parallelt univers
- Opplevelse av å ikke bli hørt, hverken av voksne eller psykisk helsevern



FYSISK OG DIGITALT Livet på nett kan være lysere og mørkere enn det fysiske livet, og sjansen for å finne noen som har det på samme måten, er større. Foto: Peter Chirkov/Unsplash

I nettverket deler jentene negative erfaringer med konkrete behandlingsopplegg og ulike avdelinger i psykisk helsevern. De fraråder andre å oppsøke hjelp hos navngitte psykologer, som enkelte mener gjør en dårlig jobb. Det er gjengitt utdrag fra journalnotater skrevet av flere psykologer, og det kommer en rekke påstander om psykologenes virke, både fra jentene i boka og forfatteren: «Ergoterapeuten har tid, noe psykologene har lite av», «Her finner jeg endelig en psykolog som ikke er overrasket over mine funn», «Jentene blir avvist eller utskrevet tidlig uten noe tilbud eller støtteapparat». Jeg kjenner at det både er nyttig og ubehagelig å se sitt eget virke utenfra.

PEDANTENS POENG

Moland har vunnet flere priser for sitt arbeid med å avdekke nettverket på Instagram og for artiklene hun har skrevet om dette arbeidet, og jeg er dessverre fristet til å heller anbefale å lese disse artiklene. Jeg leste boka før jeg leste NRK-artikkelen (Moland & Solvang, 2019) om samme tema. Det burde kanskje vært omvendt. Jeg synes nemlig artikkelen er bedre enn boka. Artikkelen fremstår velskrevet og med mer intensitet og driv, uten å være dramatisk. I boka maler forfatteren sine egne inntrykk med bred pensel. Boka starter blant annet med setningen: «Gråværet lå tungt over de høye fjellene.» Den har også andre dramaturgiske setninger som «For å finne ut av det går jeg tett på. Kanskje litt for tett». For meg er historiene til disse jentene sterke nok i seg selv, og dramaturgi og tolkninger fremstår som overflødig. Virkeligheten er sterk nok. Og setninger som «Det er lite i omgivelsene som skulle tilsi at det skulle bli vanskelig å vokse opp her», synes jeg blir banalt.

Boka fortjener kanskje bedre enn å bli lest av en pedantisk psykolog som irriterer seg over punktum mellom F og 60 (F.60) og begreper som «psykiske diagnoser». I tillegg kommer Moland med en del påstander og

”

...etter å ha lest
innholdsfortegnelsen
skjønte jeg ingenting

»



De fraråder andre å oppsøke hjelp hos navngitte psykologer, som enkelte mener gjør en dårlig jobb

utsagn som jeg undrer meg over hvor kommer fra. Blant annet skriver hun om håndteringen av flere selvmord blant ungdom i Brønnøysund: «I håndteringen la de voksne lokk på åpenheten om det som hadde rammet dem. Selvmordene og hva som lå bak, ble pakket inn i frykt og hastige tiltak.» I boka refererer også forfatteren til en liste hun har laget over jentene i nettverket som har tatt livet sitt. Der nevner hun både alder, sted, måned og år for flere selvmord. Jeg er litt usikker på hva man skal tenke om denne listen. Jeg vil tro at noen kan identifisere enkelte av disse jentene basert på listen. Muligens kan man det ut fra andre kilder også, og åpenhet er viktig, men den bør kanskje komme fra den som er rammet selv. Det er godt mulig at forfatteren har gjort noen vurderinger knyttet til dette, uten at jeg har fått tak i dem.

«BEHANDLERE SOM IKKE VET, KAN UMULIG HJELPE»

Pedantisk pinking til tross tenker jeg at dette er en viktig bok som gir oss innsikt i en verden vi trenger å vite om og ha et bevisst forhold til. Som forfatteren skriver: «Behandlere som ikke vet, kan umulig hjelpe.» Det er bra at boka ikke bare beskriver det som skjer, men også forsøker å være konkret i sine råd om hvordan en både som profesjonell og medmenneske kan ta opp dette temaet. Vi må selvfølgelig snakke om det. «Prøv å forstå hvorfor relasjonene på nett er så viktig for unge, og snakke med dem, få dem til å reflektere over påvirkningen disse relasjonene har.» Selv synes jeg det kan være vanskelig å ta opp på en ivaretakende måte dette temaet dersom ungdommer jeg prater med, er med i slike nettverk, og jeg er urolig for hvilken innvirkning det i så fall har på dem. Berøringsangsten melder seg, og jeg kan lett bli redd for å bli oppfattet som anklagende eller bagatelliserende i min utforskning av ungdommenes hemmelige liv på nett. Jeg blir redd for at ungdommene skal tro at jeg tenker at de ikke egentlig er syke, men at de later som for å være med i konkurransen om å ha det mest vanskelig. Jeg vil nødig skyve dem fra meg, men kanskje nettopp denne stillheten, denne berøringsangsten, gjør nettopp det, slik Wencke Seltzer skriver om i boka *Familiehemmeligheter. Tause fortellinger fra terapirommet* (2003): hvordan tausheten om ett tema vokser og sprer seg til andre tema. Tause historier som legger bånd på og begrenser de historiene vi deler/forteller. Dører som lukkes, og rom vi aldri får gå inn i.

Livet på nett er kanskje både lysere og mørkere enn det fysiske livet. På nettet lever toppene og bunnene. Kanskje framstår nettet derfor som mer forlokkende enn virkeligheten, som ofte er ganske grå. Ikke «Fifty shades of grey», bare sånne vanlige, kjedelige grå hverdager... Du får gjerne ikke så mye støtte og bekreftelse i det virkelige livet som du gjør på nett. Bekreftelsen kan være sterkere og mer tilgjengelig. Sjansen for å finne noen som har det på samme måten, er større. Og som Martin Bystad (Halvorsen, 2022) nylig har påpekt i intervju i *Psykologtidsskriftet*; ofte når pasientene trenger hjelp, så har vi psykologer gjerne gått hjem. Ulvetimen ligger utenfor ordinær arbeidstid. Da søker man gjerne støtte der man kan få støtte.

Vi lever livet vårt både fysisk og digitalt. Begynner det fysiske livets forrang å knake i fortøyningene? Kanskje er det ikke lenger så naturlig å tenke at det er det fysiske livet som er det viktigste eller det *virkelige*? Som journalisten skriver i avslutningen: «(...) den virtuelle virkeligheten er faktisk selve livet for dem.» Og da er den fysiske verden kanskje kun en blek kopi? Som representant for generasjonen som vokste opp

med et internett som ikke alle hadde tilgang til, og som innebar ventetid med desibel nærmere ørets smertegrense, så synes jeg det er litt trist. Det virker slitsomt å skulle levere et liv på nett som sanker mange hjerter og likes. Men jeg tror at våre barn og ungdommer kanskje ikke har muligheten til å la være å prøve.

Akkurat som selvsikading ofte oppleves som den mest effektive måten å få bort følelser på, og der alt annet blekner i forhold, kommer kanskje både virkeligheten og terapien til kort i konkurransen med nettets 24 timers tilbud om tilhørighet, anerkjennelse og identitet. Hvordan skal eller kan vi konkurrere med en så sterk kraft? Terapien har vel egentlig alltid konkurrert med resten av ukas 167 timer, men kanskje har konkurransen spisset seg til?

Moland skriver at hun håper at hemmelighet i nettsamfunn skal bli overflødig, fordi vi som samfunn fanger opp unge tidligere og gir dem den hjelpen og tilhørigheten de så sårt trenger. Jeg er usikker på om vi klarer å konkurrere mot teknologien, men hva er egentlig alternativet?

Historiene til jentene i boka minner meg om et, kanskje noe velbrukt, dikt av Stein Mehren (1998):

Bønn (Ikon)

Vi ber ikke om utskrifter,

forklaringer, diagnoser, prosedyrer

Vi ber ikke engang om overbevisninger

Vi ber om å bli sett av en annen

Vi ber om et ansikt



... artikkelen er bedre enn boka



REFERANSER:

Halvorsen, P. (2022, 3. januar). Når pasientene kommer, har psykologen gått hjem. *Psykologtidsskriftet*. Når pasientene kommer, har psykologen gått hjem

Mehren, S. (1998). *Nattmaskin*. Oslo: Aschehoug.

Moland, A. (2018, 8. desember). Det de voksne ikke vet. *NRK*. <https://www.nrk.no/>

Moland, A. & Solvang, R. (2019, 27. oktober). Det skjulte nettverket. *NRK*. <https://www.nrk.no/>

Seltzer, W. (2003). *Familiehemmeligheter. Tausefortellinger fra terapirommet*. Oslo: Gyldendal.

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Ønsker du å anmelde fagbøker for Psykologtidsskriftet eller har du tips til bøker som bør omtales? Ta i så fall kontakt med redaksjonen. Lengre bokessay er også av interesse.

En vanlig bokanmeldelse er på 3-4000 tegn.

Opplys om det foreligger mulige interessekonflikter i vurderingen av en bok.

Send forespørsel på e-post til redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



FORTID FRA FREMTID Som et konsept kan fremtidstenkning gi oss et nøyere innblikk i hvordan hukommelsen er skrudd sammen. Foto: Drew Beamer/Unsplash

BOKESSAY

Fremtidstekning definerer vår opplevelse

Våre kreative tanker om fremtiden er nært knyttet opp til vår rekonstruktive hukommelse og vårt skapende språk. Uten søkelys på fremtidstenkning kan vi ende opp med en fattigere fagpsykologi.

TEKST Simen Bø

I boken *Adventures of a Psychologist: Reflections on What Made Up the Mind* har psykologen Michael Corballis vevd sammen selvbiografi, psykologihistorie og forskningsresultater i et tankevekkende narrativ (Corballis, 2020). Gjennom empiriske studier, teo-

retiske modeller og kvalifiserte gjetninger syr Corballis sammen en rekke ulike psykologiske domener på en måte som setter fremtidstenkning i førersetet. Utgangspunktet er at språk og hukommelse er kreative prosesser som støtter opp under våre tanker om fremtiden.

Mennesker er fremtidsdrevne vesener. Livet vårt er preget av private og profesjonelle mål, hverdagene våre lagt opp etter planer, og motivasjonen vår er i stor grad drevet av tankene våre om hvordan livet vil utvikle seg videre. *Fremtidstenkning* beskriver denne evnen til å sette mål, legge planer, forsøke å predikere hva som vil skje, og aktivt forestille oss vår egen fremtid (Szpunar et al., 2014). Corballis skriver om *mentale tidsreiser* (*mental time travel*), der han forstår fremtidstenkning som en del av en mer generell evne til å kreativt tenke fremover og bakover i tid.

Evnen regnes ofte som mer velutviklet hos mennesker enn andre dyr (Corballis, 2020). Ikke at vi nødvendigvis er flinkere enn andre dyr til å predikere fremtiden. Bilister som glemmer å skifte til vinterdekk, er mindre rustet for vinteren enn ekorn som har hamstret nøtter hele høsten. Heller enn at mennesket er mer presis i sin fremtidstenkning enn andre dyr, handler det om at vi har en mer velutviklet kreativitet i tankene våre om både fortiden og fremtiden. Tankene våre kan strekke seg milevis bakover i tid, til første skoledag, og milevis fremover i tid, til pensjonisttilværelsen, Norge i 2050 eller selve døden. Kreativiteten vår er rett og slett større. I boken er Corballis tydelig på at det er utfordrende å avgjøre om skillet mellom menneskers og dyrs fremtidstenkning er kvalitativt eller kvantitativt.

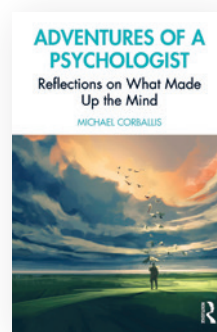
Tanker om fremtiden fremstår som en tydelig rød tråd gjennom mye av psykologien. I ledelsespsykologi har transformasjonsledelse lenge vært en sentral modell, og det avgjørende kjennetegnet er *visjonen* til lederen (Avolio et al., 2009). I kliniske studier har man avdekket at svekkelser i fremtidstenkning i både angst og depresjon er sentrale i opprettholdelsen av psykopatologi (Gamble et al., 2019; Hallford et al., 2020). Studier i kognitiv psykologi har avdekket bias som oppstår når vi bruker heuristikker for å predikere fremtiden (Buehler et al., 2002; Wilson & Gilbert, 2005). For eksempel har vi en tendens til å undervurdere hvor lang tid det tar å utføre en oppgave (*planning fallacy*). Dette skjer blant annet fordi planene våre ofte er basert på tanker om én mulig fremtid og ikke flere (Buehler et al., 2002). I operativ psykologi fokuserer man på operatørens *situasjonsbevissthet*, der et avgjørende kjennetegn er evnen til å forutsi hva som vil skje videre i en kritisk situasjon (Endsley, 1995).

I alle disse modellene innenfor ulike deler av fagpsykologien fremholdes det at handlingene våre i stor grad er drevet av det vi tenker om fremtiden. Fremtidstenkning kan altså forstås som et konstrukt som er avgjørende for å forstå fenomener som opptar allmennheten, forskerstanden og psykologstanden – hukommelse, språk, beslutningstaking, angst, depresjon og mer. Corballis' narrativ er i stor grad drevet av tanken om disse sammenhengene, og om hvordan kreativitet er et avgjørende fellestrekk.

Som et konsept kan fremtidstenkning gi oss et nøyere innblikk i hvordan hukommelsen er skrudd sammen. Hukommelsesprosesser blir ofte forstått gjennom modeller eller metaforer, slik som den kognitive revolusjonens datamaskinmetafor, der man forsto hukommelsen som et lager (Atkinson & Shiffrin, 1968; Massaro, 1986). Corballis' perspektiv antyder i større grad at hukommelsen er en kreativ prosess, og altså ikke like lett lar seg fange av en modell eller metafor. Som Corballis fremhever i boken, kan det være mer nøyaktig å forstå minnene som en del av en kreativ prosess heller enn et lager. Fra et evolusjonært perspektiv var det mer tilpasningsdyktig å kunne bruke tidligere erfaringer for å forestille oss det som kan skje, heller enn at vi lagrer nøyaktige kopier av opple-

”

Tanker om fremtiden fremstår som en tydelig rød tråd gjennom mye av psykologien



BOK *Adventures of a Psychologist Reflections on What Made Up the Mind*

FORFATTER Michael Corballis

ÅR 2020

FORLAG Routledge

SIDER 138

»



Søkelyset på kreative prosesser gjør at vi må tenke nytt på veletablerte metaforer og modeller

velsene våre (Suddendorf & Corballis, 1997). Om vi lagrer informasjon på en kreativ heller enn en nøyaktig måte, kan det være mye enklere å være forberedt på helt nye situasjoner.

Denne tanken om koblingen mellom en kreativ hukommelse og kreativ fremtidstenkning er best oppsummert i hypotesen om skapende, episodisk simulering (*constructive episodic simulation hypothesis*; Schacter & Addis, 2007). Hypotesen antyder nettopp dette, at hukommelse og fremtidstenkning sameksisterer i et kreativt system som «flexibly extracts and recombines elements of previous experiences – a constructive rather than a reproductive system» (Schacter & Addis, 2007, s. 774). At hukommelse og fremtidstenkning i utgangspunktet er forankret i samme mentale kreativitet, blir også støttet av hjerneavbildningsstudier som viser at de samme hjerneområdene er aktive, og antakeligvis avgjørende, både når man konstruerer fortiden og fremtiden (Schacter & Addis, 2007).

Vår kreative fremtidstenkning er ikke bare av stor verdi for å forstå hvordan vi husker ting. Det er noen påfallende likhetstrekk mellom hvor kreativ fremtidstenkningen vår er, og hvor kreativ kommunikasjonen i språkene våre er. I sin analyse hevder Corballis at det særlig er evnen til å kommunisere tankene våre, heller enn tankene i seg selv, som er det avgjørende skillet mellom mennesker og dyrs tanker om fremtiden. Til sammenligning med annen kommunikasjon i dyreverden er menneskelige språk preget av en ekstrem *generativitet*, med symboler som lar seg kombinere i evigheten, slik at man alltid kan finne nye måter å sette ordene sammen på (Corballis, 1992). Det er tilnærmet ubegrenset hva som kan kommuniseres gjennom det menneskelige språk.

En tidlig forklaring på dette var Chomskys *universelle grammatikk* – tanken om at mennesker har et mentalt apparat som tillater tilegnelse av vidt forskjellige morsmål, alt etter hva man blir eksponert for som barn (Nowak et al., 2001). Basert på denne forklaringen er språket altså kreativt fordi mennesker har et predisponert, språklig spesifikt apparat som blir tilpasset etter omgivelsene. Selv om modellen har blitt kritisert for at den ikke er en nøyaktig beskrivelse av hverken språkets opphav eller språktilegnelse, er den fremdeles et nyttig eksempel på en modell for språk (Lin, 2017).

Corballis er også orientert mot språket som kreativt, men forstår det mer som en prosess som er sammenkoblet med hukommelse og fremtidstenkning. Hva om det er sånn at språket er så kreativt fordi vi må kunne kommunisere våre kreative tanker? At det er vår unike evne til å tenke på fremtiden som gjør at språket vårt er unikt, og at det har blitt utviklet nettopp for å gjøre det mulig for oss å dele disse tankene? Disse spørsmålene setter Corballis som avgjørende for sitt resonnement om koblingen mellom fremtidstenkning og språk. Som han selv skriver: «What Chomsky called universal grammar may be no more than imagination, the capacity to relive, construct, and fabricate endless scenarios» (Corballis, 2020, s. 97). Det er altså kreativitet som binder sammen fremtidstenkning, hukommelse og språk.

Antakelsen om fremtidstenkning som en kreativ prosess med nære koblinger til hukommelse og språk vil kunne ha tydelige implikasjoner for psykologifaget. Depresjon kjennetegnes for eksempel av at positive fremtidstanker er mindre spesifikke (Gamble et al., 2019). Da kan det hende at intervensjoner som har som formål å øke spesifisiteten i fremtidstenkning (*Future specificity training*), dermed kan være en nyttig innfallsvinkel til depresjon (Hallford et al., 2020). Et annet eksempel er

suicidalitet, der man blant annet har sett at suicidale tanker sammenfaller med en manglende tro på at positive hendelser vil skje en selv i fremtiden (Rosario-Williams et al., 2021). Ved å fokusere på optimisme, som kan fungere som en beskyttelsesfaktor, kan man da utvikle mer kunnskapsbaserte forsøk på å forhindre suicidalitet (Sánchez Álvarez et al., 2020).

Historiene vi forteller oss selv, måten vi kommuniserer på, valgene vi tar, og måten minnene våre lagres på, kan forstås som nært koblet til tankene vi har om fremtiden. Det er mange deler av den menneskelige tilværelse som kan være vanskelig å forstå uten å ta hensyn til vår fan-

tastiske, kreative evne til å se for oss hva som kan skje. Som et konsept kan fremtidsstenkning binde sammen mange deler av fagpsykologien på en måte som gir også nye implikasjoner og nye innganger til allerede etablerte fenomener. Søkelyset på kreative prosesser gjør at vi må tenke nytt på veletablerte metaforer og modeller. Det er et tema som fortjener mer oppmerksomhet, både nå og i fremtiden. ✘

REFERANSER

- Atkinson, R. C. & Shiffrin, R. M. (1968). Human memory: A proposed system and its control processes. I K. W. Spence & J. T. Spence (Red.), *Psychology of learning and motivation* (Vol. 2, s. 89–195). Academic Press. [https://doi.org/10.1016/S0079-7421\(08\)60422-3](https://doi.org/10.1016/S0079-7421(08)60422-3)
- Avolio, B. J., Walumbwa, F. O. & Weber, T. J. (2009). Leadership: Current theories, research, and future directions. *Annual Review of Psychology*, 60, 421–449. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.60.110707.163621>
- Buehler, R., Griffin, D. & Ross, M. (2002). Inside the planning fallacy: The causes and consequences of optimistic time predictions. I T. Gilovich, D. Griffin & D. Kahneman (Red.), *Heuristics and biases: The psychology of intuitive judgment* (s. 250–270). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511808098.016>
- Corballis, M. C. (1992). On the evolution of language and generativity. *Cognition*, 44(3), 197–226. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(92\)90001-X](https://doi.org/10.1016/0010-0277(92)90001-X)
- Corballis, M. (2020). *Adventures of a Psychologist: Reflections on What Made Up the Mind*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780367821500>
- Endersley, M. R. (1995). Toward a theory of situation awareness in dynamic systems. *Human Factors*, 37(1), 32–64. <https://doi.org/10.1518/001872095779049543>
- Gamble, B., Moreau, D., Tippett, L. J. & Addis, D. R. (2019). Specificity of future thinking in depression: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 14(5), 816–834. <https://doi.org/10.1177/1745691619851784>
- Hallford, D. J., Yeow, J. J. E., Fountas, G., Herrick, C. A., Raes, F. & D'Argembeau, A. (2020). Changing the future: An initial test of future specificity training (FeST). *Behaviour Research and Therapy*, 131, 103638. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103638>
- Lin, F. Y. (2017). A refutation of universal grammar. *Lingua*, 193, 1–22. <https://doi.org/10.1016/j.lingua.2017.04.003>
- Massaro, D. W. (1986). The computer as a metaphor for psychological inquiry: Considerations and recommendations. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 18(2), 73–92. <https://doi.org/10.3758/BF03201006>
- Nowak, M. A., Komarova, N. L. & Niyogi, P. (2001). Evolution of universal grammar. *Science*, 291(5501), 114–118. <https://doi.org/10.1126/science.291.5501.114>
- Rosario-Williams, B., Rombola, C. & Miranda, R. (2021). Being certain that negative events will happen or that positive events will not happen: Depressive predictive certainty and change in suicide ideation over time. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51, 1106–1116. <https://doi.org/10.1111/sltb.12793>
- Sánchez Álvarez, N., Extremera Pacheco, N., Rey Peña, L., Chang, E. C. & Chang, O. D. (2020). Frequency of suicidal ideation inventory: Psychometric properties of the Spanish version. *Psicothema*, 32(2), 253–260. <https://doi.org/10.1037/t80124-000>
- Schacter, D. L. & Addis, D. R. (2007). On the constructive episodic simulation of past and future events. *Behavioral and Brain Sciences*, 30(3), 331–332. <https://doi.org/10.1017/S0140525X07002178>
- Suddendorf, T. & Corballis, M. C. (1997). Mental time travel and the evolution of the human mind. *Genetic Social and General Psychology Monographs*, 123, 133–167.
- Szpunar, K. K., Spreng, R. N. & Schacter, D. L. (2014). A taxonomy of prospection: Introducing an organizational framework for future-oriented cognition. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(52), 18414–18421. <https://doi.org/10.1073/pnas.1417144111>
- Wilson, T. D. & Gilbert, D. T. (2005). Affective forecasting: Knowing what to want. *Current Directions in Psychological Science*, 14(3), 131–134. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2005.00355.x>



FILMESSAY

De uskyldige: - å skape sammenheng mellom den indre og ytre verden

Filmen *De uskyldige* illustrerer hvor utfordrende det kan være for oss mennesker, og spesielt for barn, å skape sammenheng og skille mellom vårt indre liv og den ytre verden.



FOTO: MER FILMDISTRIBUSJON

Filmen *De uskyldige* er regissert av Eskil Vogt, kritikerrost og solgt til en rekke land etter lanseringen i 2021. Filmen omtales som en psykologisk grøsser, og hylles selv om den skremmer og vekker ubehag – eller kanskje nettopp derfor? Filmen handler om Ida, Anna, Ben og Aisha, som bor sammen med foreldrene sine i et forstadsområde. De leker hjemme, i sandkassa eller i skogen. I deres tilsynelatende normale liv er det en uhyggelig stemning, og vi blir vitne til mer og mer aggressivitet og vold – foretatt av noen av barna. Det utspiller seg en kamp mellom gode og onde krefter som noen av barna representerer med sine evner og sin væremåte. Vi ser ondskapsfullhet, telepati, besettelse og overnaturlig eller demonisk styrke.

Det er noe med filmens tittel som vekket min nysgjerrighet – tittelen kan synes å utfordre en idé om at barn er uskyldige. I det følgende vil jeg utforske om filmen kan lede oss inn i et underliggende psykologisk tema om hvordan vi utvikler en sammenheng mellom vår indre og ytre verden. Kan filmen illustrere hvor utfordrende det kan være for oss mennesker, og spesielt for barn, å skape en sammen-

heng, men også å *skille* mellom våre indre følelser, tanker, fantasier og intensjoner og en ytre verden?

Vi blir kjent med Ida. Ida sitter i baksetet sammen med søsteren Anna. Anna har en utviklingsforstyrrelse – Anna synes opptatt med sitt. Vi ser at Ida sjekker at foreldrene ikke følger med, sniker handa forsiktig bort, og klyper Anna hardt. Søsteren ynker seg, men foreldrene reagerer ikke. Søsterens måte å uttrykke seg på skiller seg kanskje ikke så mye fra andre uforståelige lyder hun har. Kanskje er foreldrene vant med at datterens stemning skifter uten at de skjønner hva det er som motiverer henne. Anna er *i sin indre verden*.

Ida blir kjent med Ben. Ben kan få rare og unaturlige ting til å skje – *bare* ved å tenke på det han *vil* skal skje – for eksempel at en pinne knekker, eller at et tre faller ned. De er i en lekeverden, og samtidig får leken følger i den reelle verden. De leker etter hvert med en katt som tilhører en annen jenta, Aisha. De fanger katten, piner den, og så ... kaster den ned en trapp. Det er veldig vondt å se på. Katten brekker et ben og halter vekk. Her uttrykker faktisk Ida forferdelse – det er som om hun våkner av hendelsen: «Hva har de gjort»? Det var en lek, men de gikk over *en grense*. Det var ikke lenger *et skille* mellom lekeverdenen og den ytre verden. Leken ble realitet. Ida går vekk, og det ser ut som at hun får dårlig samvittighet. Vi ser også senere en scene hvor Ida legger et glasskår i skoen til Anna, og Ida lar moren ta skoen på Anna. Anna klager, men moren fortsetter – igjen er det vanskelig å forstå Annas uttrykk: Kommuniserer hun noe om sin *indre* eller *ytre* verden? Søsteren går lenge med glasskåret i skoen, og det oppdages først når de kommer hjem. »

Vi blir mer kjent med Ben.. Vi ser at han har krefter – han går inn i en slags transe eller besettelse. En gutt får ødelagt benet sitt på fotballbanen, og en nabo dreper en gutt i nærmiljøet. Bens egen mor får kokende vann over seg, og deretter en stekepanne i hodet. Jeg får inntrykk av at det han tenker på inni seg, *blir det som skjer* i den ytre verden. Handlingene synes motivert av at Ben har opplevd urett, vanskelige følelser som sinne eller det å bli holdt utenfor av eldre gutter som spiller fotball. Eller det at han kanskje ikke føler seg ivaretatt av sin mor, at hun er opptatt av alt annet enn han, at de har flyttet mye, og at hun kjefter på han hele tiden. Men vi ser også at Ida finner katten død og det ser ut som at noen har drept den – er det Ben?

Vi blir kjent med Aisha, som også har krefter, og som kan *høre det andre tenker*. Ida, Aisha, Ben og Anna tester ferdighetene på hverandre. Anna og Aisha synes begge å ha denne evnen og utvikler en spesiell kontakt. Aisha får kontakt med Annas indre, forstår hva hun kommuniserer, og etter hvert bruker Anna mer ord. Ordene skaper *en sammenheng* mellom Annas indre og ytre verden. Aisha får en *kontakt* som hverken Ida eller foreldrene synes å ha. Kanskje trengte Anna å bli forstått i sitt eget før hun selv kunne strekke seg ut mot en annen?

Parallelt med at Anna og Aisha blir venner, synes det som at Ida begynner å reagere på Bens oppførsel. Ida forstår at det er han som «får» andre til å bli skadet ved å gå inn i en transe. De tre jentene forsøker å nå inn til han, og få han til å stoppe. Anna viser styrke ved å stå opp mot hans energi og innflytelse. Han blir mer og mer kraftfull, tar styring over moren til Aisha, som så dreper sin egen datter, og Ida og Anna opplever seg angrepet flere ganger. Mot slutten av filmen – etter at hans mor har ligget død i leiligheten – er det et oppgjør mellom Anna og Ben. Vi kan ane et sinne fra Anna overfor Ben som drepte venninnen som hadde muliggjort for Anna å ha kontakt med en ytre verden. Han kjenner hennes overmakt og knekker.

Det er mange detaljer jeg ikke har nevnt. Det er sterk kost i en norsk film. Hvordan skal vi forstå filmens innhold? Hva er det som gjør at vi kan bli fascinert av filmens form, uttrykk, regi og sjanger? Hvorfor vil vi se noe så fælt? Det at barn utøver vold og kan drepe, er et tabubelagt område. Vi hører sjelden om at barn er voldelige eller dreper. Eller vi vil kanskje ikke høre

om det, for det skjer. Filmens tittel kan peke på at vi har forestillinger om at barn *er* uskyldige. Interessant i denne sammenheng er at i en kristen tradisjon må barn døpes tidlig for å ikke bli ledet inn i fristelse og *ondskap* – altså holdes på den smale sti. Med Rousseau kom et annet barneperspektiv – han mente at barn fra naturens side er *gode*. Det er de voksne og samfunnet som påvirker barna eventuelt negativt. I dag har vi utviklingspsykologisk kunnskap om at barnet er født med en rekke ferdigheter og potensialer. Barnet har en sosial rettethet. Barnets sanseapparat, hjernen, kroppens følelsesregister og kognitive potensialer utvikles i en relasjonell, emosjonell og kulturell sammenheng. I de nære relasjonene utvikles en evne til å *forstå* følelser, til å *skille* mellom egne og andres behov, og på denne måten kunne *vis*e både empati og selvomsorg.

Forsker Vibeke Ottesen sa på et foredrag i forbindelse med filmen at hvis barn er voldelige, har vi en tendens til å se på barnet som kynisk, kalkulerende og ondskapsfullt. Vi legger barnet ondskap fordi vi antar at barn generelt er uskyldige. Hun formidlet at i straffesaker der barn utøver alvorlig vold eller dreper, så er det som oftest *stor* omsorgssvikt og ekstreme oppvekstvilkår. Atferden kan derfor være en reaksjon på omstendighetene. Barnas voldelige handlinger kan være et uttrykk for at de har følt seg utsatt og truet, eller at de har lært aggressiv atferd av sine nære. Dette er et viktig perspektiv. Vi kan undre oss om samfunnet har sviktet dem – at de blir syndebukken. At ondskaper blir *individualisert*, og vi betrakter volden som *et trekk* ved barnet. Ida og Ben vil kunne treffe på en rekke kriterier på atferdsforstyrrelse – en diagnose som sees i relasjon til antisosiale og psykopatiske personlighetstrekk som voksen.

Hva sier dette oss om Ida og Ben? Vi legger merke til at Bens mor er kjeftete, opptatt med sitt og fraværende. De har flyttet mange ganger. Han begynner å gråte en gang han kommer hjem. Vi kan lure på om han har vært utsatt for omsorgssvikt. Vold? Eller emosjonelt fravær? Har han fått den utviklingsstøtten han hadde trengt? Har han følt seg forstått, tatt imot og hjulpet når han har opplevd noe vanskelig? Eller har han måttet klare seg alene og ikke fått hjelp til hverken å håndtere egne følelser og behov eller andres? Er volden og kulden han viser, en selvbeskyttelse?

Men hva med Ida? Familiesituasjonen synes mer upåfallende. Det å ha en datter med en utviklingsforstyrrelse er imidlertid krevende og slitsomt. Kanskje ser vi en tendens til forskjellsbehandling – tett oppfølging av Anna, forståelig nok, og desto høyere krav om selvstendighet overfor Ida. Idas behov kan være en påminner til foreldrene om sorgen og slitenheten med Annas strev. Kanskje blir Ida noe forstrukket i sin selvstendighet – Ida kan ikke være til bry. Kanskje mister foreldrene noe i relasjonen med Ida i jakten på kontakten med Anna.

Kan vi forstå Idas sinne som et uttrykk for at hun opplever seg oversett, men at dette er umulig å uttrykke? At hun ikke får mors oppmerksomhet, og at hun blir stilt krav til som en storesøster når hun er en lillesøster. Er de voldelige impulsene en måte å straffe søsteren på for å ha tatt fra henne mor? Kanskje kan Ida også straffe Anna fordi hun føler seg avvist av søsteren. Vi ser noen tilløp til dette når Anna får så god kontakt med Aisha – vi kan få inntrykk av at Ida er sjalu.

Men la meg ta en litt annen retning som jeg lurer på om filmen også kan invitere oss inn i. I filmen ser vi at Ida hører *stemmer*. Vi ser at Ben går inn i en *transe* hvor han får makt over andre mennesker. Vi ser at Aisha og Anna kan *høre det andre tenker*, og snakke sammen i tankene. På fagspråket kan vi betegne slike fenomener som psykotiske eller grensepsykotiske symptomer, som hørselshallusinasjoner, magisk tenkning og vrangforestillinger.

Psykoanalytisk teori tilbyr imidlertid et perspektiv på hvor vanskelig det kan være for oss mennesker å *skape* et skille mellom den indre og ytre verden. Vi kan ikke forstå eller oppleve den ytre verden på en annen måte enn ut ifra oss selv. I min opplevelse av verden og andre mennesker har jeg med meg mine erfaringer, mine relasjoner, min tenkning, mine følelser og fantasier. Vi kan si at jeg *fargelegger* verden med mitt indre. Hvis vi tar dette som et premiss, så vil andre fargelegge verden på en mulig annen måte enn min. Den samme situasjonen kan oppleves forskjellig. Våre forventninger til den samme situasjonen er muligens forskjellig. Et skille mellom ens eget og andres indre, eller til den ytre verden, er skjørt og porøst.

Freud (1900) utviklet teori og begreper om hvordan vi kan psykologisk tillegge, forskyve og *tillegge* andre følelser, fantasier og kjennetegn *vi ikke aksepterer ved oss selv* – såkalt «projeksjon». Begrepet «introjeksjon» viser til den prosessen der vi *tilegner* oss, altså tar til oss egenskaper, tanker eller fantasier fra andre eller omgivelsene og opplever dette som *en del av oss selv*. I all hovedsak utviklet Freud en omfattende teori om menneskets indre sjelsliv. Det betyr at de fleste av hans teoretiske begreper refererer til det som omtales som «intrapsykiske prosesser». De psykoanalytiske bidragene etter Freud – fra Melanie Klein, Ronald Fairbairn, Donald Winnicott og Wilfred Bion, og senere Joseph Sandler og Peter Fonagy, for å nevne noen – har stort sett videreutviklet den mer *relasjonelle forståelsen* av mennesket. Så i dag – og spesielt med objektrelasjonsteori – forstås psykoanalytiske begreper forankret i et sosialt og relasjonelt samspill. En del begreper som Freud brukte om intrapsykiske prosesser – som projeksjon og introjeksjon – er i dag refortolket inn i det relasjonelle perspektivet. En slik relasjonell refortolkning fremkom tydelig da Winnicott (1960) skrev at «there is no such thing as an infant» (s. 587). Spedbarnet kan aldri forstås alene, men er alltid i et samspill med mor eller en i hennes sted. Kvaliteten på samspillet kan være mer eller mindre gunstig for å fremme barnets utvikling – og for å klare å utvikle et skille mellom ens indre og ytre verden.



Filmens tema kan kanskje vise oss *slik det ville vært* om det vi tenkte på eller var redd for, eller de impulsene og fantasiene vi hadde, *spilte seg ut i* den ytre verden?





I de nære relasjonene utvikles en evne til å forstå følelser, til å skille mellom egne og andres behov, og på denne måten kunne vise både empati og selvomsorg

Begrepet «objektrelasjon» kan synes noe teknisk, men viser til den essensielle betydningen den andre har for barnet i tidlig utvikling (Greenberg & Mitchell, 1983). De viktige andre – omsorgspersonene – både *tilfredsstiller* grunnleggende behov, kjærlighet og trygghet, men *frustrerer* og stimulerer også barnet til å utforske verden. De viktige andre er sentrale i en *ytre* verden, men danner også grunnlag for *indre* forventninger og fantasier for å skape *mening* til erfaringer. En objektrelasjonserfaring viser derfor ikke bare til et konkret samspill, men også til det erfaringen *har blitt i ens indre*. Det er *hvordan* det ytre samspillet blir fortolket, altså assosiasjonene av forventning, følelser, tanker og fantasier, som legger grunnlag for barnets forståelse av *sammenheng* mellom den indre og ytre verden (Landmark & Stänicke, 2016).

I et slikt perspektiv kan vi tenke at Ida og Ben har med seg ulike objektrelasjonserfaringer som farger deres forventninger til samspill og situasjonsopplevelser. Ida synes sint og føler seg oversett og vil klare seg selv. Ben virker som å være i beredskap og føler seg utenfor. Når Ida og Ben ikke får være med på fotballen, går det rett inn – Ida blir skuffet, og kanskje ble det slik hun forventet, men Ben – han har et hav av skuffelse å ta av.

Der Freud analyserer hvordan projeksjon og introjeksjon foregår i tankevirksomheten – intrapsykisk – hos sine pasienter, går senere teoretikere (eksempelvis Bion, Gabbard og Symington) et skritt videre ved at de forstår disse prosessene som at de foregår i et emosjonelt spenningsfelt mellom mennesker. I et relasjonelt perspektiv kan vi forstå volden overfor meitemarken eller katten som å kunne inneholde projektive tendenser – det er *ikke jeg* som er sårbar og liten, og som kan knuses, men *meitemarken* eller katten. Igjen står jeg som sterk, maktfull og med full kontroll. Gjennom den voldelige handlingen kan jeg *bli kvitt* det jeg ikke kan erkjenne ved meg selv – ikke bevisst, men som en ubevisst prosess. På samme måte kan vi forstå det som utspiller seg mellom Aisha og Anna, som en illustrasjon av et skjørt skille eller en relasjonell sårbarhet og avhengighet mellom oss mennesker. Følelsesmessige opplevelser kan deles uten ord, og vi kan bli fylt av andres forventninger til oss på en så sterk måte at vi opplever det som en del av vår identitet og handler deretter. Begrepet om «projektiv identifikasjon» tilbyr en forståelse av hvordan vi mennesker kan inngå i samspillsmønstre der vi ubevisst, helt eller delvis, «leder» eller «lar» den andre oppfylle våre egne forventninger, med det formål at vi slipper å kjenne på de ubehagelige følelsene selv (Ogden, 1977). Ben oppfører seg på en måte som gjør at Ida først underkaster seg eller følger han.

Teorien om projeksjon og introjeksjon har omfattende implikasjoner for hvordan man forstår psykologi. Teorien forutsetter at vi mennesker strever med en grenseoppgang mellom *hva* som er inni og utenfor oss selv. Tanken er at vi mennesker fødes kognitivt umodne, og må gjennom en rekke formative livserfaringer for å forankre *hva som er en del av meg selv*, og *hva som kommer fra andre*. Som et tankeeksperiment, se for deg om du kan avgjøre til enhver tid *hva som er tanker og følelser som genuint bare er dine*, eller om de kan spores tilbake til noe som du har identifisert deg med fra andre, blitt inspirert av, som vi ofte sier, eller er noe som du til og med ikke har tenkt over, men bare tatt inn. Vi kan tenke oss mennesket som et sosialt og intelligent vesen med *en tynn hinne* mellom det som er ens eget, og det som er andres. Vi legger ut følelser og forventninger i våre omgivelser, som andre kan mer eller mindre

besvare, overse eller avvise. Vi tar noe inn, gjør det til vårt eget, overser eller kanskje også avviser.

Psykoanalysen er en teori om hvordan vi mennesker er i en stadig utvikling der vi hele tiden må sortere hva som er *mitt*, og hva som er *ditt*, hva som er mine projeksjoner, og hva jeg «låner» og «lærer» av deg. Denne utvekslingen av *mening* mellom mennesker er helt fundamentale elementer og prosesser i barnets utvikling. Vi er sosialt avhengige av å være og utvikle oss i et fellesskap – det er det emosjonelle relasjonssamspillet som danner grunnlag for kvaliteter ved selvopplevelse, forståelse av egen og andres indre verden, samt toleranse for følelser og strev.

Begrepet om «mentalisering» viser til denne utviklingsprosessen, og har tydelige røtter inn i psykoanalytiske begreper som projeksjon og introjeksjon, Bions (1970) begrep om «containment» og Winnicotts (1971) begrep «holding» (for redegjørelse, se Lecours & Bouchard, 1997; Stänicke, 2012). Mentalisering er en evne til å forstå at ens egen og andres handlinger er uttrykk for psykiske forhold – som tanker, følelser, behov og fantasier. I tidlige barneår tar barnet for gitt at det som skjer i verden, har noe med deres indre å gjøre. Deres indre og ytre verden er «den samme» som hos andre. De trenger hjelp for å bli kjent med, representere, tolerere og regulere følelser og impulser *som* intensjoner. Ved at gode og utfordrende erfaringer *deles og gis mening til* av en annen, blir det mer og mer etablert *en grense* mellom deres indre og ytre verden. Men hvis de ikke får delt det overveldende, og det skjer gang på gang, eller når følelsene stiger altfor mye og de er alene, så kan den skjøre mentaliseringsevnen kollapse. Følelser kan bli sannheten om dem selv eller andre. Tanker kan få magiske konsekvenser. Fantasier kan spilles ut på høylys dag.

I et slikt perspektiv kan vi si at Ben ikke bare projiserer sårbarhet, men *fargelegger* sin verden med sin omnipotens og makt. Er det hans fantasi-verden vi er vitne til? Hans indre verden illustrert i filmens ytre handling? Og når vi ser med Idas perspektiv – ser vi en mer forsiktig, men likevel voldelig uttesting av grenser for realitet? Når barn blir sinte eller triste, så kan fantasiene oppleves så reelle at hvis foreldre eller søsken deretter blir syke, at foreldre skilles, eller om huset brenner ned – kan de føle overveldende skyldfølelse. De er sikre på at det er de som har forårsaket elendigheten. Det er umulig for barnet at det ikke handler om dem.

En psykotisk pasient sa til meg at tsunamien var hans skyld – han hadde vært så sint! Den psykotiske pasienten var alene og isolert, men i vrangforestillingen var han en sentral faktor i manges liv om enn som konsekvens til andres død. I filmen ser vi at Bens magiske tenkning, transetilstand og kontroll over andre mennesker øker når han har det vanskelig, når han er alene og sårbar. Illustrerer filmen barnas utforskning av grensene mellom hva som er deres *tanke* om hverandre? Filmens tema kan kanskje vise oss *slik det ville vært* om det vi tenkte på eller var redd for, eller de impulsene og fantasiene vi hadde, *spilte seg ut* i den ytre verden?

I lek kan barn spille ut roller, og projisere sine fantasier og ulike selvopplevelser (Stänicke et al., 2021). De kan kle seg ut som sjørøver og leke med stor innlevelse at de fanger skurker og seiler på det store hav, og *samtidig* vite at det *ikke* er reelt. Leken må ha en klar avstand til det reelle. For et barn kan løvekostymet bli for ekte når hen ser seg i speilbildet – det er en løve i speilet. Når vi som voksne ser film, kan filmens form og innhold tilby et lekeområde og et projeksjonsfelt. Fantasier, selvtilstander, det som er mer eller mindre konfliktfylt eller ukjent i oss, kan spille seg ut *der ute* i filmen. Våre indre forbudte impulser kan ha hovedrollen i en psykolo-



gisk thriller. Vi kan jo alle ha impulser vi ikke vil vedkjenne oss. Vold, og ikke minst drap, er jo oftest gjort av en nær slektning, ofte i affekt. Vi trenger kanskje å se hvor ille det kan gå. På filmen er det *de andre* som er voldelige. Vi som ser filmen, kan kjenne på *grensen* mellom fantasi og realitet, og kanskje erkjenne sinne som en del av meg selv – tenke det, ville det, men likevel ... å gjøre det, nei.

Avslutningsvis er det viktig for meg å understreke at et perspektiv som tar høyde for menneskets projektive tendenser, ikke er det samme som å si at dette er gjort med en bevisst hensikt. Eller at våre projeksjoner er mulig å avdekke en gang for alle. I psykoanalysen er det mer en tanke om at vi – barn som voksne – er sårbare og hele tiden *trenger* og *braker* relasjoner for å bli kjent med og *bearbeide* overveldende erfaringer og følelser. Overveldende erfaringer som å føle seg avvist, alene

og ikke inkludert. Relasjoner gir oss styrke, og spedbarnet dør uten kjærlighet. Vår sårbarhet er at projeksjoner til en viss grad må tas imot av en annen, tåles, sorteres og gis tilbake i en bearbeidet form for at utvikling av psykisk realitet skal finne sted.

På ulike måter opplever alle barna vi blir kjent med i filmen, fravær og mangler i omsorgen. Kanskje kan vi forstå Ben som en gutt som har måttet holde seg oppe i en verden av mangel. Fraværet vil skape stort rom for fantasi i et forsøk på å skape mening. Projeksjoner blir ikke tatt imot, tålt eller bearbeidet. Omnipotens, styrke, vold og kontroll dekker over sårbarheten og litenheten. Barnet bevarer omsorgspersonen de er avhengig av, ofrer seg selv og blir den onde. Ben knekker til slutt når han møter sterk nok motstand. Han møtte en, Anna, som sto opp mot hans projeksjoner. Når han knekker, har han ingenting å falle tilbake på. ✘

REFERANSER

- Bion, W. (1970). *Attention and interpretation*. Karnac books.
- Freud, S. (1900). The interpretation of dreams. *Standard Edition*, 4, ix-627. Vintage & Hogarth press.
- Greenberg, J. & Mitchell, S. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Harvard University Press.
- Landmark, A. F. & Stänicke, L. I. (2016). *Det uforståelige barnet – om å skape sammenheng mellom den indre og ytre verden*. Hertervig forlag.
- Lecours, S. & Bouchard, M. (1997). Dimensions of mentalization: Outlining levels of psychic transformation. *International journal of psychoanalysis*, 78, 855–875.
- Ogden, T. H. (1977). *Projective identification and psychotherapeutic technique*. Jason Aronson.
- Stänicke, L. I., Johns, U. T. & Landmark, A. F. (2021). *Lek og kreativitet i psykoterapi med barn og unge*. Gyldendal Akademisk.
- Stänicke, L. I. (2012). Mentalisering i arbeide med barn og unge. *Mellanrummet*, 27, 19–31.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Routledge.
- Winnicott, D. W. (1960). The theory of the parent-infant relationship. *International Journal of psychoanalysis*, 41, 585–595.

Todimensjonale psykologer

Pandemien har sett en voldsom økning i bruk av digitale verktøy for å gi mennesker psykisk helsehjelp. Dette har som alle faglige utviklinger enormt gevinstpotensial og noen fallgruver. Psykologforeningen har derfor utviklet en policy for bruk av digitale verktøy i psykologisk behandling.

Da pandemien traff i mars 2020, kastet helse-tjenestene seg rundt og satte fart i en utvikling som lenge har vært etterspurt av både brukere og fagmiljøer: bruk av digitale verktøy for å kunne gi psykologisk behandling. Viktige hensyn som personvern og datasikkerhet ble raskt avklart, og som forening jobbet vi på høy-gir for å kunne anbefale ulike løsninger til våre medlemmer. Resultatet av en enorm innsats fra dere omstillingsvillige medlemmer ble at mange mennesker fikk nødvendig behandling som de ellers ikke hadde fått. Jeg har gitt dere honnør for det før og gjør det nå igjen.

De digitale løsningene er nå kommet for å bli. Det er en god ting som kom ut av pandemien. Likevel er det viktig at vi stopper opp og stiller oss de samme spørsmålene om disse løsningene som vi gjør om alle verktøy i behandling. Virker de etter intensjonen? Virker de for alle? Hvilke hensyn må tas, og finnes det situasjoner hvor de ikke bør brukes?

Vi har gått gjennom forskning på feltet, innhentet erfaring fra praksis og vært i dialog

med interesseforeningen DigPsyk. Resultatet er et policydokument som gir enkle, kunnskapsbaserte anbefalinger om bruken av disse verktøyene. Det er solide prinsipper som at bruken bør være basert på mottagerens aksept, og at det må vurderes hensiktsmessig i en samlet faglig vurdering. Vi tror at dere medlemmer allerede ivaretar disse prinsippene, men vi kan også i enkelte sammenhenger se en iver i ulike tjenester etter å rulle ut denne typen løsninger – uten å vurdere alle hensyn. Derfor har vi også tilgjengeliggjort policyen for alle våre tillitsvalgte til bruk i dialog med ulike arbeidsgivere.

Psykologer skal bidra til å utvikle og forbedre helsetjenestene, også ved å tilgjengeliggjøre dem og ta i bruk effektiv teknologi. Samtidig må vi bruke faget vårt til å styre den utviklingen i riktig retning. Som forening er vi derfor stolte av å kunne levere et bidrag som kan medvirke til det.

Policy for bruk av digitale løsninger finner dere på hjemmesiden vår nå.



FOTO: FARTEN RUDJORD

TEKST

Håkon Kongsrud
Skard, president

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

Spesialisterklæringer og andre oppdrag for NAV

Det følger av folketrygdloven § 21-4 at helsepersonell, etter krav fra NAV, plikter å gi de erklæringer og uttalelser som er nødvendige for at NAV skal kunne vurdere rettigheter og plikter. For dette arbeidet ytes økonomisk godtgjørelse etter fastsatte honorartakster. Husk at bestillingen fra NAV må foreligge skriftlig. Dersom du har fått utbetaling uten en slik skriftlig bestilling, risikerer du å måtte betale tilbake hele beløpet.



FOTO: PSYKOLOGFORENINGEN

TEKST Spesialrådgiver/
advokat Heidi Roald

NAV plikter å påse at saken er så godt opplyst som mulig for å sikre at enkeltpersoner får de ytelsene de har rett til. Etter folketrygdloven er det NAV som skal vurdere både hvilke opplysninger som skal innhentes i den enkelte sak, og hvem de skal innhentes fra. Behovet for innhenting av erklæringer og opplysninger skal alltid vurderes i lys av de medisinske opplysningene som NAV allerede har i en sak.

Plikten til å gi erklæringer og uttalelser omfatter både offentlige og privatpraktiserende helsepersonell. De som blir pålagt å gi erklæringer og uttalelser, plikter å gjøre dette uten hinder av taushetsplikt. Plikten til å gi erklæringer og uttalelser gjelder uten hensyn til om behandleren har hatt stønadsmottakeren som pasient fra før.

Det er særlig legeerklæring ved arbeidsuførhet (takst L40) og spesialisterklæringer (takst L120/L30) som er aktuelle for psykologer. Godtgjøring for disse erklæringene krever skriftlig bestilling fra NAV og presisering fra NAV om at erklæringen vil bli godtgjort etter henholdsvis takst L120 eller L40. Dette gjelder selv om du har refusjonsrett. Takstsystemene i HELFO og NAV er to adskilte takstsystemer. Refusjonstakstsystemet er ment å dekke nødvendig helsehjelp, mens honorartakstene i NAV skal sikre befolkningen riktige ytelser i folketrygden. Nødvendige undersøkelser og utredninger i forbindelse med f.eks. en spesialisterklæring til NAV skal derfor godtgjøres med NAVs honorartakst L120/L30 og ikke HELFOs refusjonstakster.

Erklæring til NAV og godtgjøring etter L-takstene krever *alltid* skriftlig bestilling fra NAV.

Dette gjelder selv om du sender inn regningen til NAV via HELFO fordi du har refusjonsrett. Psykologforeningens klare råd er at du ikke skriver spesialisterklæringer uten slik uttrykkelig skriftlig bestilling fra NAV, da flere medlemmer har opplevd å få store tilbakebetalingskrav fra NAV i ettertid.

Selv om folketrygdloven presiserer at det er NAV selv som bestemmer hvilke opplysninger de trenger, og hvem de skal innhente opplysningene fra, så erfarer dessverre psykologer ikke sjelden at omfanget av opplysninger som NAV ber om, ikke står i samsvar med skissert godtgjøring i bestillingen. Dette har vi tatt opp med NAV sentralt flere ganger. Dersom omfanget av arbeid i vesentlig grad ikke samsvarer med godtgjøringen, f.eks. fordi pasienten må utredes nærmere, eller fordi omfanget av spørsmål som NAV ønsker belyst, er vesentlig mer omfattende enn den økonomiske godtgjøringen tilsier, bør du ta kontakt med NAV lokalt. Du bør redegjøre for omfanget av saken, og opplyse om at du ikke på en forsvarlig måte kan avgi en erklæring innenfor skissert godtgjøring. NAV må da vurdere om de skal bestille en ny erklæring med en annen godtgjøring, eller presisere hvilke opplysninger de ønsker innenfor eksisterende godtgjøring.

Har du spørsmål knyttet til oppdrag for NAV eller andre instanser, kontakt forhandlingsavdelingen på e-post forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no eller på tlf. 23 10 31 30 hver dag mellom kl. 12.15–15.00.



BASC-3 & BESS

BASC-3 er den tredje utgaven av Behavior Assessment System for Children. Instrumentet er utviklet for å fange opp adaptive styrker og for å kartlegge et bredt spekter av atferds- og følelsesmessige vansker hos barn og ungdom i alderen 6–19 år. BASC-3 består av en rekke vurderingsskjemaer, som gjør det mulig å integrere informasjon og perspektiv fra ulike respondenter, så som foreldre, lærere og barnet selv.

BESS (Behavioral and Emotional Screening System) er et screeningverktøy som bygger på BASC-3. Instrumentet er utformet for å gi et raskt og oversiktlig bilde av atferds- og følelsesmessige styrker og svakheter. De spesifikke indeksene som inngår i BESS, er innholdsmessig i tråd med de tilsvarende skalaene med samme navn i BASC-3. Av den grunn egner BESS seg bra som et screeninginstrument før det eventuelt foretas en mer omfattende vurdering ved hjelp av BASC-3.

Les mer om BASC-3 og BESS her:

pearsonclinical.no/basc-3

pearsonclinical.no/bess



Å BLI SEG SELV

OM UTVIKLING OG BEHANDLING AV PERSONLIGHETSPROBLEMATIKK



NANCY MCWILLIAMS
GLEN GABBARD

GIANCARLO DIMAGGIO • CHANDRA GHOSH IPPEN

MICHAEL GARRETT • NICK GREY

DOLORES MOSQUERA • REBECCA SHINER

PÅL GRØNDAHL • SVERRE BJERTNÆS

ERIK SIMONSEN • FINN SKÅRDERUD

OG MANGE FLERE...

SCHIZOFRENIDAGENE, STAVANGER 7.-11. NOVEMBER 2022

HOLD DEG OPPDATERT PÅ WWW.SCHIZOFRENIDAGENE.NO

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no

PSYKOLOGTIDSSKRIFTET ANNONSER OG ABONNEMENT

ABONNEMENT:

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

ANNONSER:

Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller www.psykologtidsskriftet.no, se: *For annonsører* for informasjon om annonsering. 19.04, 19.05, 20.06, 18.07, 19.08, 19.09, 19.10, 18.11

Fagpressen 
OPPLAGSKONTROLLERT



For psykologar og legar blir det hausten 2022 sett i gang:

2-årig INNFØRINGSSEMINAR i: OSLO – seminarleiar blir Mona Semb

2-årig VIDAREGÅANDE SEMINAR i: OSLO – seminarleiar blir Torbjørn Alme

2-årig VIDAREGÅANDE SEMINAR i: KRISTIANSAND – seminarleiar blir Ole Johan Finnøy

2-årig VIDAREGÅANDE SEMINAR i: TRONDHEIM – seminarleiar blir Olaf Rørsgaard

2-årig INNFØRINGSSEMINAR i: TRONDHEIM – seminarleiar blir Julio Raul Garcia-Salas

2-årig INNFØRINGSSEMINAR i: TROMSØ – seminarleiar ikkje avklart enno

2-årig INNFØRINGSSEMINAR i: STAVANGER – seminarleiar ikkje avklart enno

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

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

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

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


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

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

Seminaravgift er kr 12 000,- pr. semester.

Søknadsfrist: 22. mai 2022. Søknad skal sendast via heimesida <https://instpsyk.no/utdanning/nye-seminarer/soknad-til-seminar/>

For nærmare informasjon:
telefon 22 58 17 70 eller e-post sekr@instpsyk.no eller und-leder@instpsyk.no

| |
|--|
| <p>12 dagers Treningsprogram i Acceptance and Commitment Therapy (ACT)</p>  <p>Bedre Terapeuter</p> |
| <p>Kursholdere: Psykologspesialistene Asle T. Elen og Thorvald Andersen.</p> |
| <p>Vil du lære ACT eller videreutvikle eksisterende ACT-ferdigheter? Vi tilbyr et omfattende program med nok dybdetrening til å anvende ACT i din kliniske praksis. Kurset gir også 3 dagers fordypning i korttidsbehandling med ACT (Fokusert ACT; fACT). Gjeste foreleser om fACT er psykolog Thomas Gustavsson. Kurset er godkjent som 72 timers vedlikehold av spesialiteten i psykologi. Frist påmelding: 2. mai 2022</p> |
| <p>Sted: Tønsberg, Tollboden, Nedre Langgate 38.</p> |
| <p>Dato: 31 mai – 02 juni 2022. 14 – 16 september 2022. 02 – 04 november 2022. 18 – 20 januar 2023.</p> |
| <p>Pris: 26.000 Kr. inkl. lunsj, kaffe og frukt.</p> |
| <p>Hjemmeside: www.bedreterapeuter.no Kontakt: kontekstuell@gmail.com</p> |

EMDR MED BARN

20.-22.04.22. digitalt
se info på www.emdrkurs.no

Kurset holdes av A Savita Dalsbø,
psykologspesialist,
EMDR Europe Approved C & A Senior Trainer



Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på

facebook



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

**Sett av datoene for årets
SEMINAR og ÅRSMØTE**
i Forening for psykologer
i privat praksis (FPP*)

20.-22. oktober 2022
Grand Hotel Casselbergh,
Brugge i Belgia.

Årets tema:

- 1. Identitet og eksistensiell helse.**
**Integrative perspektiv på identitets-
utvikling, kasusformulering og selv-
ivaretagelse som terapeut**
v/professor Per Einar Binder, UiB
- 2. Norsk psykologforening om fagpolitikk
og siste nytt**

På årsmøtet i 2021 var det stor stemning for å legge også årets seminar til et noe mer eksotisk sted enn Oslo/Bergen. Vi har landet på Brugge, en av Europas best bevarte historiske byer, med et idyllisk sentrumsområde, hvor også det staselige seminarhotellet ligger. Brugge nås via fly til Brussel eller Amsterdam, derfra tog til Brugge.

Seminaret starter kl. 09.00,
torsdag 20. oktober, og avsluttes
lørdag 22. oktober kl. 12.00.

Informasjon om påmelding:
Se ny annonse i Psykologtidsskriftets juni-
nummer, påmelding 4.-18. juni.

Seminaravgiften vil bli sterkt subsidiert.
Det tas forbehold om endringer i korona-
situasjonen.

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



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

HEDALEN I VALDRES – 12 MIL FRA OSLO/GARDERMOEN

SØKER ETTER PSYKOLOG- SPESIALIST I 100% STILLING



FEKJÆR
FEKJÆR.NO

Fekjær psykiatriske senter (FPS) er en stiftelse innen spesialisthelsetjenesten. FPS har avtale med Helse Sør Øst RHF og er godkjent også for inntak etter Fritt behandlingsvalg. FPS består av 2 døgneheter, poliklinikk med ambulant team og overgangsboliger (Etterbehandlingstilbud). Døgneheten behandler voksen ungdom i aldersgruppen 18 – 35 år med alvorlige psykiatriske problemstillinger. Noen har tilleggspromblemattikk rus. Vi er en aktiv behandlingseenhet og behandlingstiden er 3–5 måneder. Vi vektlegger en psykodynamisk tenkning, men også med andre tilnærmeringer.

Fekjær har et stort fagmiljø med vel 60 ansatte som består av bl.a. psykiatere, psykologspesialister, psykologer, spesialsykepleiere, vernepleiere, sosionomer, ergoterapeut og idrettskonsulenter. Innlandet fylkeskommune har egen skole ved FPS med 2 lærere. FPS har vurderingskompetanse.

Vi har studenter fra ulike universitet og høyskoler. FPS er tilsluttet Det nasjonale faglige nettverket for alvorlige personlighetsforstyrrelser NAPP. Vi vektlegger fagutvikling for alle våre ansatte. 2 av våre psykologer er under spesialisering. Vi stimulerer ansatte til å ta master- og relevante videreutdanninger samt Ph.D. FPS vil høsten 2022 ta i bruk et nytt behandlingsskolektiv for 4 pasienter og 2 treningsleiligheter.

Vi søker derfor etter psykologspesialist i 100 % stilling

ARBEIDSPOPPGAVER:

- Diagnostisering og kartlegging
- Gi psykoterapi/individualterapi og gruppeterapi, som koordineres med tilrettelagt miljøterapeutisk behandling
- Delta innen FOU-arbeid
- Gi veiledning til våre psykologer
- Arbeidet vil vesentlig være ved døgneheten, men etter nærmere avtale noe i poliklinikken

PERSONLIGE EGENSKAPER/KVALIFIKASJONER:

- Klinisk spesialist i psykologi
- Interesse og forståelse for miljøterapeutisk arbeid
- Bred erfaring fra psykiatrisk spesialisthelsetjeneste
- Gode tverrfaglige samarbeidsevner

- Evne til å arbeide systematisk og målrettet
- Interesse for veiledning og undervisning

VI TILBYR:

- Et stort og godt fag- og arbeidsmiljø med bl.a. faste fagdager
- Engasjerte og dyktige medarbeidere i en hektisk hverdag
- Et arbeidsmiljø preget av trygghet, engasjement og respekt
- Lønn etter avtale med pensjons- og forsikringsordning
- Gode og moderne boliger til leie også for familie
- 6 måneder prøvetid

For mer informasjon om Fekjær: www.fekjaer.no

For mer informasjon om Hedalen: www.hedalen.no

KONTAKTPERSONER:

Institusjonssjef Elling Fekjær, tlf. 905 91 545, e-post elling.fekjaer@fekjaer.no og ass. institusjonssjef Tor Anders Perlestenbakken, tlf. 915 13 484, e-post tor.anders.perlestenbakken@fekjaer.no

Skriftlig søknad med referanser sendes innen 30. april 2022, pr. post eller elektronisk til: post@fekjaer.no



FEKJÆR PSYKIATRISKE SENTER

3528 HEDALEN I VALDRES



Coperio søker Psykologspesialister/Psykologer

Vi opplever sterk etterspørsel etter våre tjenester og ønsker ansette en eller flere psykologspesialister. Våre pasienter er både barn og unge samt voksne, og problematikken omhandler psykiske lidelser og sammensatte plager samt ulike utviklingsforstyrrelser.

Vi kan tilby heltid- og deltidstilling eller evt. konsulentavtale for deg som ønsker å arbeide på timesbasis. Hos oss vil du arbeide innen forutsigbare og trygge rammer i et tverrfaglig miljø bestående av psykologer, legespesialister, spesialpedagoger, fysioterapeuter samt medisinsk laboratoriepersonale og annet helsepersonell.

Arbeidsoppgaver

- Diagnostiske vurderinger og utredninger for å kunne tilrettelegge behandlingstiltak
- Individuell utredning og behandling
- Tverrfaglig samarbeid internt og eksternt
- Deltagelse i faglig utviklingsarbeid og planlegging

Kvalifikasjoner

- Norsk autorisasjon, evt. lisens, som psykolog
- Det er en fordel om du har en viss erfaring, gjerne med spesialitet eller påbegynt spesialisering innen klinisk barne- og ungdomspsykologi eller klinisk voksenpsykologi

Vi tilbyr

- 100 % fast stilling i Trondheim, evt. deltid i lavere stillingsgrad
- Konsulentavtale på timesbasis for den som ønsker en løsere tilknytning
- Et svært solid faglig fellesskap, med varierte og utfordrende arbeidsoppgaver hvor du aktivt tar del i faglig utvikling
- Mulighet til å være deltakende innen forskning
- Godt kollegialt fellesskap med stor takhøyde

Søknad og CV sendes til e-post torben.jenssen@coperio.no

Ved eventuelle spørsmål, ta kontakt pr. epost.

Søknadsfrist: **Snarest**

Om arbeidsgiveren

CoperioSentret ble etablert i 2003 og er i dag en betydelig aktør innenfor helse og arbeidsliv. Vi tilbyr helserelaterte tjenester innen tre hovedområder: 1) polikliniske behandling av personer med psykiske lidelser og sammensatte lidelser, 2) spesialiserte dagrehabiliteringstjenester for personer med smerteproblematikk og utmattelsestilstander, 3) bedriftshelsetjeneste og ledelsesrådgivning.

Ambisjonen for vår behandlingsvirksomhet er høy og vi sikter mot å bli en internasjonalt ledende aktør for behandling av pasienter med psykiske lidelser, CSF/ME og pasienter med langvarig smerteproblematikk. Vi ønsker å utvide vår allerede sterke fagstab ved å tilsette flere dyktige psykologer.

Sola DPS har ansvar for innbyggerne i Hinna-, Hillevåg-, Finnøy- og Rennesøy bydeler i Stavanger kommune, Sola kommune, Randaberg kommune og Kvitsøy kommune.

Psykolog/psykologspesialist

Vi lyser ut en fast stilling som psykolog/psykologspesialist ved allmennpsykiatrisk poliklinikk avdeling Sola. Våre pasienter er over 18 år og kommer fra Sola kommune og Hinna og Hillevåg bydel i Stavanger kommune. Poliklinikken har også enhet for eMeistring og Helse og Arbeid.

Vi er 22 ansatte i poliklinikken. Vi representerer bred og solid faglig kompetanse som favner mange ulike faggrupper, behandlingsretninger og metoder. Vi jobber for å løse oppgavene våre sammen. Som privatpersoner representerer vi også et bredt mangfold, og samtalene våre kan handle om alt fra brodering til trylling. For å kunne være sammen, også under pandemi, har vi regelmessig tur sammen til Solastranden i arbeidstiden. Vi har god spredning i alder, og en fjerdedel av gruppen er menn. Vi ønsker oss en ny faglig dyktig og hyggelig kollega. Kan det være deg?

Søknadsfrist **19.04.22**. Stillingen er ledig fra 01.07.22.

Se psykologtidsskriftet.no, webcruiter, Finn.no eller ring leder på tlf. 941 68 055 for mer informasjon.



PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

Ønsker du å lese stillingsannonsene fra Psykologtidsskriftet raskest mulig? Vi sender deg gjerne oversiktlisten som du kan sjekke på Internett. Alle stillingsannonsene som trykkes i Tidsskriftet finner du også på www.psykologtidsskriftet.no/ **Stillingsannonser**

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



Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 145 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi.

Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse. Se www.diakonhjemmetpsykehus.no.

PSYKOLOGSPESIALIST/PSYKOLOG

Voksenpsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus

Prosjektstilling for psykologspesialist/psykolog:

Vil du være med å utvikle et Rus-FACT team på Oslo vest?

Diakonhjemmet sykehus søker faglig dyktig og utviklingsorientert psykologspesialist eller psykolog til 100 % prosjektstilling i Rus-FACT vest.

Dette er en prosjektstilling med oppstart etter avtale. Stillingen varighet ut 2023, med mulighet for forlengelse.

Rus-FACT vest er et nytt tilbud til personer med alvorlige rusmiddelproblemer og langvarige og/eller sammensatte hjelpebehov som krever samtidig og arenafleksibel innsats fra spesialisthelsetjenesten og kommunen. Rus-FACT Vest er et samarbeidsprosjekt mellom de tre vestlige bydelene Ullern, Frogner og Vestre aker, Velferdsetaten og Diakonhjemmet sykehus.

Det nye tilbudet retter seg særlig mot personer som på grunn av sine samlede vansker ikke nyttegjør seg ordinære tjenestetilbud, for eksempel på grunn av for stor ustabilitet, manglende oppmøte eller livsbetingelser som hindrer endring. Teamet vil være bemannet med tverrfaglig personell fra bydel og sykehus, som sammen skal bidra til å sikre helhetlig og samtidig helsehjelp til sine brukere.

Psykologen i teamet vil være ansatt ved Enhet for rus og psykiatri, som er organisert under Voksenpsykiatrisk avdeling ved Diakonhjemmet sykehus. Psykologen vil inngå i kompetanse- og personalfellesskap med øvrige medarbeidere i avdelingen, men utfører sitt daglige kliniske arbeid i FACT teamet som lokaliseres i Bygdøy Alle 23.

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen består av syv kliniske enheter innen fagområdene Psykisk helsevern og TSB, samt en fagutvikling- og forskningsenhet og en enhet for administrasjon og økonomi. Avdelingen drifter både døgntilbud og polikliniske-/ambulante tjenester, med både DPS og sykehusfunksjon. Avdelingen kjennetegnes av et aktivt og inspirerende fagmiljø, med høy innsats og gode muligheter til å delta i fagutvikling og forskning.

Enhet for rus og psykiatri er en ruspoliklinikk innen TSB som har ansvar for tverrfaglig utredning og behandling til personer med rusmiddelidelser i bydelene Frogner, Vestre Aker og Ullern. Enheten samarbeider tett med OUS og øvrige institusjoner som tilbyr døgnbehandling innen TSB.

Arbeidsoppgaver

- Utredning og behandling av pasienters ruslidelser, psykiske lidelser og sammensatte psykososiale vansker
- Deltakelse i FACT teamets møter og fagutviklingsaktiviteter
- Samhandling med øvrig relevant tjensteapparat innen TSB og kommune, herunder akuttjenester, døgnjenester og LAR
- Diffrensialdiagnostiske vurderinger.
- Ø-hjelpesarbeid
- Bidra til utvikling og vedlikehold av relevante faglige prosedyrer for rus FACT

Kvalifikasjoner

- Cand.psychol og autorisasjon som psykolog
- Spesialisering innen rus og avhengighetsbehandling eller klinisk voksenpsykolog er ønskelig
- Kjennskap til Motiverende intervju
- Kjennskap og erfaring med bruk av strukturerte utredningsverktøy
- Erfaring fra arbeid med pasientgruppen og med tverrfaglig samarbeid er ønskelig
- Interesse for FACT

Personlige egenskaper

- Vi ønsker en medarbeider med faglig dyktighet og gode samarbeidsevner
- Personlig egnethet og arbeidserfaring fra ruspoliklinikk og/eller psykiatrisk poliklinikk vil bli vektlagt
- På grunn av arbeidets art og sammensetning av personalgruppe oppfordres mannlige psykologer til å søke

Vi tilbyr

Lønn etter avtale. Av bruttolønn trekkes 2 % til pensjon.

Ansettelses- og arbeidsvilkår, pensjonsordning, gruppe- og ulykkesforsikring etter avtale mellom arbeidstakerorganisasjonene og Virke.

Innholdet i cv må dokumenteres med vitnemål og attester i Webcruiter. Kontaktinformasjon til to referanser medbringes til et eventuelt intervju.

Kontaktperson

Enhetsleder Ken Hagen Olsen, tlf.: 22 02 98 00
Ass. enhetsleder Thomas Mengshoel, tlf.: 22 02 98 00
Ass. avdelingsleder Håkon Sverre Lycke, tlf.: 22 02 98 00

Søknadsfrist: 1. mai 2022

Webrecruiter-ID: 4500170671



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region sør

Vil du være med på vårt viktige samfunnsoppdrag?

Vi søker leder for TFCO i Drammen

Er du psykolog/psykologspesialist med ledererfaring? Har du i tillegg erfaring fra arbeid med barn og unge kan du være den vi leter etter.

Som leder for TFCO-teamet får du en unik mulighet til å lede et spennende behandlingsarbeid for ungdom og familier med omfattende problematikk. Vi har et godt og stort psykologfelleskap i region sør, hvor flere av psykologene har god kompetanse på TFCO.

Lurer du på noe? Ta kontakt med enhetsleder Barbro Akerheim på telefon 409 12 890, eller Rebecca Ervik-Jeannin på telefon 948 66 857.

Søknadsfrist er 3. april 2022.

Se fullstendig utlysning og søk stillingen på www.bufetat.no

Ved NTNU – Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, skapes kunnskap for en bedre verden og løsninger som kan forandre hverdagen.



ER DU EN AV OSS?

NTNU SØKER ENGASJERTE MEDARBEIDERE

Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi

Førsteamanuensis i klinisk barne- og ungdomspsykologi

100 % fast stilling.

Arbeidssted: Trondheim
Søknadsfrist: 15.04.2022



TRONDHEIM – GJØVIK – ÅLESUND

jobbnorge.no

Se ntnu.no/ledige-stillinger



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Midt-Norge

Vil du gjøre en forskjell for ungdom og deres familier?

MST-terapeut/psykolog

Ønsker du en spennende terapeutstilling med kombinasjon av selvstendig og teambasert arbeid? I Trondheim har vi ledig 100% fast stilling ved et av våre MST-team.

Er du utdannet psykolog eller psykologspesialist? Har du i tillegg har erfaring fra klinisk arbeid, gjerne med barn, ungdom eller familier, kan du være akkurat den vi leter etter.

Spørsmål? Kontakt MST-veileder Erlend Steffensen på telefon 466 17 606.

Søknadsfrist: 21. april 2022.

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no





Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Midt-Norge

Er du psykolog og har lyst på en litt annerledes jobb?

Vi søker leder for TFCO i Trondheim

Vi søker deg som brenner for arbeid med ungdom og deres familier.

Treatment Fostercare Oregon (TFCO) er en kunnskapsbasert metode for å jobbe med ungdom med atferdsvansker og deres familier. Som behandlingsleder vil du lede teamet og behandlingen, med en robust organisasjon rundt deg som viktig støtte.

Lurer du på noe? Ta kontakt med avdelingsdirektør Nils Harald Brattgjerd på telefon 466 17 561, eller TFCO-konsulent ved NUBU, Kyrre Lønnum på telefon 930 90 451.

Søknadsfrist er 19. april 2022.

Se fullstendig utlysning og søk stillingen på www.bufetat.no





Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region sør

Vi oppretter et nytt MST-team i Buskerud. Blir du med på laget?

MST-terapeut/psykolog til 100% stilling

Barne-, ungdoms og familieetaten har egne enheter som driver med multisystemisk terapi (MST). Dette er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Terapeutene jobber i hjem, nærmiljø og skole med foreldre og ungdom, der ungdommen står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet.

Et team består av flere terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Stillingen innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig veiledning og regelmessige fagseminarer. I forbindelse med opprettelse av et nytt team i Buskerud, er det er ledig 2 - 4 100% faste stillinger.

Søknadsfrist er 18. april 2022.

Se fullstendig utlysning og søk stillingen på Jobbnorge.no - ID 222477



Vil du gjøre en forskjell for barn og unge utsatt for vold og omsorgssvikt?

Som eneste kommune i Norge har barneverntjenesten i Bærum et team som gir multistystemisk terapi til familier der det forekommer vold og / eller alvorlig omsorgssvikt.

I MST-CAN (Multisystemic therapy – child abuse and neglect) gir terapeutene hjemmebasert behandling til hele familien for å forhindre omsorgsovertagelse og plassering utenfor hjemmet. MST-CAN teamet består av én leder/veileder, fire terapeuter/psykologer og én miljøterapeut.

Vi har nå ledig to terapeutstillinger der vi søker lærevillige og fremoverlente psykologer eller psykologspesialister. Stillingene innebærer en unik mulighet for opplæring i og arbeid med en systemisk og fleksibel behandling for barn og unge utsatt for vold og alvorlig omsorgssvikt. Psykologene har selvstendig behandlingsansvar og samarbeider tett med resten av teamet i det daglige arbeidet.

Rekrutteringen blir gjort i et samarbeid mellom Bærum kommune og Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU), som har faglig ansvar for behandlingsmodellen.

Se fullstendig utlysningstekst og søk på stillingen: www.baerum.kommune.no og www.finn.no



BÆRUM KOMMUNE

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2022

SPESIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 26 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 990, samme format i farger kr 4 313.

SMÅANNONSER:

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

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 800, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 500. 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 under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

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

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

| Nr | Materiellfrist | Utgivelse |
|----|----------------|-----------|
| 5 | 19.04 | 02.05 |
| 6 | 19.05 | 01.06 |
| 7 | 20.06 | 01.07 |
| 8 | 18.07 | 01.08 |
| 9 | 19.08 | 01.09 |
| 10 | 19.09 | 03.10 |
| 11 | 19.10 | 01.11 |
| 12 | 18.11 | 01.12 |

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

| Format | 4 farger | Sort |
|----------|----------|--------|
| 1/1 side | 18 300 | 16 700 |
| 1/2 side | 14 300 | 12 700 |
| 1/4 side | 12 300 | 10 300 |

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

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

Helse Vest RHF (regionalt helseføretak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland og Vestland. Helse Vest RHF eig seks helseføretak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseføretaka har om lag 30 300 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Sogndal

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Sogndal er ledig frå 01.10.2022, eller etter avtale.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

- erfaring og praksis, medrekna erfaring som spesialist
- eigenskapar for heimelen
- innretning av praksis
- samarbeid med andre

Praksis skal drivast i samsvar med den til kvar tid gjeldane rammeavtale mellom Helse Vest og Norsk psykologforening.

Avtalespesialisten skal bidra til at Helse Vest RHF kan oppfylle «sørge for»-ansvaret. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten utfører undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen.

Helse Vest RHF skal gjennom 2022 legge til rette for at helseføretaka etablerer ei ordning der alle tilvisingar av pasientar til psykisk helsevern skal sendast til tilvisingsmottak ved helseføretaket («ein-veg-inn»).

Avtalespesialisten skal ha eit nært fagleg og forpliktande samarbeid med Helse Førde HF om oppgåvefordeling og for å sikre rett prioritering og gode pasientforløp.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar før det vert gitt tilbod om avtaleheimelen.

Spørsmål om heimelen kan rettast til Helse Vest ved Torleiv Bergland, tlf. 51 96 38 22.

Skriftleg søknad med relevante opplysningar, CV og sannkjende kopiar av attestar og godkjenningar skal sendast til Helse Vest RHF, Postboks 303 Forus, 4066 Stavanger.



avonova

Teamleder

Vi er en privat avtalepart til spesialisthelsetjenesten i løpende avtale med Helse Sør-Øst. Vi holder til på Helgelandsmoen i Hole kommune, i pendleavstand fra Oslo og omegn.

Vi har et av Norges fremste kompetansemiljøer innenfor tverrfaglig, spesialisert rehabilitering for sykelig overvekt.

Har du ønske om å utfordre og videreutvikle deg som leder, terapeut og foredragsholder? Er du på utkikk etter nye utfordringer?

Stillingen vil gi unik erfaring i et spennende og bredt fagfelt, med fokus på fysisk aktivitet, ernæring og psykolog-faglige tilnærminger til livsstilsendring.

Arbeidsmiljøet kjennetegnes av godt samarbeid og engasjement, og det legges til rette for at en kan dra vekslers på hverandres ulike kompetanser.

Vi søker deg som er

- Psykolog eller psykiatrisk sykepleier med norsk autorisasjon
- Har kompetanse og erfaring innen ledelse
- Egnethet for stillingen vil være helt avgjørende. Dine lederegenskaper vil vektlegges. Vi søker en leder som kan lede gjennom godt lagspill
- Det er ønskelig med erfaring fra fagfeltet, gjerne fra arbeid med pasienter med spiseforstyrrelser
- Du må beherske norsk skriftlig og muntlig

Søknadsfrist **17. april**. Søknadene behandles fortløpende.

Tiltredelse snarest.

For ytterligere informasjon eller spørsmål om stillingen, ta kontakt med leder Dikka Gulowsen Wibe, tlf. 988 60 717.

Søknad sendes elektronisk <https://stamina.easycruit.com/vacancy/2897331/152057?iso=no>

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

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

Visepresidenter

Rune Frøyland
rfroey@online.no
450 30 522

Arnhild Lauveng
913 17 162
post@arnhildlauveng.com

Medlemmer

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

Hanne Indregard Lind
948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

**Britt Randi Hjartnes
Schjødt**
922 99 371
bibihj@gmail.com

Ingvild Gregersen
957 27 801
ingvildg@gmail.com

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

Jakob Støre-Valen
984 23 805
jakob@valen.cc

Studentrepresentanter

Julie Bjerkvik
938 93 002
juliebjerkvik@gmail.com

Rikke Tjoflaa Bruusgaard
930 35 152
bruusgaard.r@gmail.com

Varamedlem

Alf Martin Eriksen
909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

LOKALAVDELINGER

Akershus
Maria Nylund
maria_nylund@hotmail.com
997 98 973

Aust-Agder
**Anniken Lucia Willumsen
Laake**
annilaak@gmail.com
462 98 210

Buskerud
Henriette Alsaker
henriette.alsaker@gmail.com
997 22 725

Finnmark
Dagmar Patricia Steffan
dagmar.patricia.steffan@
finnmarkssykehuset.no
971 95 996

Hedmark
Lene Engen Kleppe
leneeng@hotmail.com
924 53 116

Hordaland
Runa Kongsvik
runa.kongsvik@gmail.com
938 63 918

Møre og Romsdal
Ragnhild Ese
ragnhild.es@gmail.com
920 11 528

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

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

Oppland
Iver Sørli Røhr
iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo
Birgit Aanderaa
biraan@ous-hf.no
917 12 983

Rogaland
**Marie Tonette Solhaug
Hansen**
marietsh@yahoo.no
977 34 812

Sogn og Fjordane
Solbjørg Torheim Hanitz
solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag
Kjersti Sandnes
sandneskjersti@gmail.com
916 72 756

Telemark
Birgitte Lindø
libi@siv.no
473 83 123

Troms
Anne Sofie Bentzen
annesofie.bentzen@
hotmail.com
404 61 116

Vest-Agder
Ann Birgithe S. Eikhom
abseikhom@gmail.com
971 29 052

Vestfold
Anne-Kristin Imenes
anne.kristin.imenes@
gmail.com
907 55 410

Østfold

FAGETISK RÅD

Maria Norheim, leder
Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

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

LØNNS- OG ARBEIDS- MARKEDSUTVALGET

Rune Frøyland, leder,
tlf. 450 30 522
Ingvild Gregersen,
nestleder, tlf. 957 27 801
Bjarte Bønes Bruntveit,
Spekter-helse, tlf. 909 98 052
Birgit Aanderaa, Spekter-
helse, tlf. 917 12 983
Inger Marie Andreassen,
KS, tlf. 924 28 703
Bjørn Arne Øvrebø, Stat,
tlf. 982 49 732
Helene Kindle-Skau, Virke/
HUK, tlf. 924 28 703
Grete Schau, Privatpraksis,
tlf. 909 19 372
Ingrid Grov Mannsverk,
Oslo kommune, tlf. 482 98 128

FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

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

SPELITETSRADET

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

KVALITETSUTVALGET

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

FAGUTVALGENE

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

Barne- og ungdomspsykologi

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

Familiepsykologi

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

Rus- og avhengighetspsykologi

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

Eldrepsykologi

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

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

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

Nevropsykologi

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

Habiliteringspsykologi

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

Arbeidspsykologi

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

Samfunn- og allmennpsykologi

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

Organisasjonspsykologi

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

Klinisk helsepsykologi

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

GODKJENNINGS- UTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

Julie Solheim Bjerkvik,
leder, e-post juliebjerkvik@
gmail.com, tlf. 938 93 002

KLIMAUTVALGET

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

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIG- HETSUTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Rikke Pauline Sandvik,
leder, e-post rikkepsandvik@
gmail.com, tlf. 905 74 666

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

Ane Johnsen, leder,
e-post ane@millimtr.no,
tlf. 414 02 259

SEKRETARIATET

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

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
e-post linda@
psykologforeningen.no
Toril Dyrhovd,
nestleder, e-post toril@
psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef
Joakim Solhaug, nestleder
Kontakt
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Kim Edgar Karlsen,
fagsjef, e-post kim@
psykologforeningen.no
Lars Jørgen Berglund,
nestleder og spesialrådgiver
e-post lars@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik,
utdanningssjef,
e-post bjornhild@
psykologforeningen.no
Eva Danielsen,
nestleder, e-post eva@
psykologforeningen.no
Kontakt kurs@
psykologforeningen.no

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

