

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



PSYKOLOGI

Vol.51 nr.10 2014

Barns fornemmelse for brudd

«Hun merket stemningen i huset selv om ingen voksne sa noe»

TRENGER VI PSYKOLOGIEN?

Essay av Geir Gulliksen

Den medlidende terapeut

Menneskets klagesang

Et drømmspill er intens og god teaterkunst



10

PSY KOL OGI

Vol. 51 **nr. 10** 2014

Sjefredaktør Bjørnar Olsen, e-post bjornar@psykologtidsskriftet.no

Fagredaktører Ida Holth, tlf. 930 23 429 og Katharine Williams, tlf. 934 82 003

Redaktører/journalister Øystein Helmikstøl (debattansvarlig), tlf. 464 66 978,
Nina Elisabeth Strand, tlf. 979 59 515, Per Olav Solberg, tlf. 950 88 575,
og Arne Olav L. Hageberg, tlf. 958 21 895.

e-post redaksjonen@psykologtidsskriftet.no og debatt@psykologtidsskriftet.no

Markedskordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,

e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Markedskonsulent Winnie Engevoid

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Marianne Hansen, Nasjonalt

kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Kirsten Rasmussen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Frode Thuen, Høgskolen i Bergen og Universitetet i Bergen

Catharina E. A. Wang, Universitetet i Tromsø

Omslagsillustrasjon Bendik Kaltenborn

Form Laboremus Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat, Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell fridom i media. Tidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

Troverdig

PSYKOLOGTIDSSKRIFTET har gjennom årene blitt et stadig mer sammensatt tidsskrift, med flere sjangere, flere meninger, flere bidrag. Den nye designen er en helhetlig grafisk gjennomgang som samler de mange trådene i en større vev (les mer om dette på side 855). Den nye formen er også en plattform for å skape et enda mer relevant tidsskrift for våre lesere i årene som kommer. Det betyr å fremstå som en troverdig avsender hvor leseren kan ha tillit til stoffet vi presenterer.

En viktig kilde til troverdighet er forankringen i den akademiske psykologien, ikke minst slik det kommer til uttrykk gjennom fagfelle-vurderte bidrag. Etter innspill fra forskningsmiljøer endrer vi navn på disse bidragene fra fagartikkel til vitenskapelig artikkel. Slik signaliserer vi klart den unike redaksjonelle prosessen som ligger bak vitenskapelige artikler.

Troverdigheten bygges også gjennom meto-disk god journalistikk. Fagpressen og fagtids-skriftene tilbyr i mange henseender bedre rammer for grundig og kritisk journalistikk enn hva dagspressen gjør. Psykisk helse og psykologi opptar mange, både legfolk, fagfolk og poli-tikere, og det er store økonomiske og faglige interesser knyttet til feltet. Da trenger vi solid journalistikk som stiller politikere og bruker-or-ganisasjoner til ansvar, retter blikket mot psy-kologers og Psykologforeningens virke, og ser kritisk på de mange arenaene hvor psykologien spiller en viktig rolle.

Troverdigheten etableres også ved å være åpne om våre redaksjonelle vurderinger. Med denne utgaven etablerer vi to spalter som gjør våre valg mer gjennomsiktlige: I spalten «Derfor» (se side 855 sier vi noe om våre redaksjonelle

begrunnelser, mens «Leserombudet» (side 853) tilbyr et kritisk blikk fra utsiden på vårt innhold, våre vinklinger og vår dekning. Dette gir et offentlig korrektiv til både våre redaksjonelle valg og psykologiens egenforståelse.

Troverdighet fordrer også uavhengighet fra eiere. Fagpressen presenterte nylig en undersø-kelse hvor 61 prosent av utgiverne i Fagpres-sen sa de hadde gjort seg kjent med innhold før publisering, og hver tiende journalist fortalte at artikler er blitt stoppet av bladets eiere. Unio-leder Anders Folkestad sa til NRK at man der-for bør ta en ny debatt om hvordan redaktør-plakaten praktiseres.

Spenningen mellom Psykologforeningen som utgiver og Psykologtidsskriftets redaksjon er også tidvis utfordrende, noe som senest kom til uttrykk på Sentralstyremøtet 18. september. I sakspapirene til møtet heter det at det i Arbeids-utvalget er usikkerhet og klar uenighet om «for-ståelsen av styrets myndighet versus redaktørens uavhengighet», mens diskusjonene i Sentralsty-ret de siste årene har vist at «det i Sentralstyret er forskjellige oppfatninger både om ønsket grad av innflytelse og om retning for Tidsskriftet».

Grunnlaget for redaksjonell uavhengighet ble lagt med innmeldelsen i Fagpressen 1998, et medlemskap som krever at man styrer etter redaktørplakaten. Den redaksjonelle uavhen-gigheten ble formalisert i 2009 ved at det ble vedtatt at Psykologtidsskriftet skal styres etter lov om redaksjonell fridom i media.

At redaksjonen er uavhengig av utgiveren, er en av de viktigste kildene til å fremstå som en tro-verdig avsender. Det er både foreningen, faget, profesjonen og tidsskriftet tjent med. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Troverdig-
heten eta-
bleres også
ved å være
åpne om
våre redak-
sjonelle
vurderinger

822



FOTO: FARTEIN RUDJORD

PSYKOLOG FORSVARER KLIENT:

Forrige gang psykolog Atle Austad var bekymret for om en klient var uskyldig dømt, fikk han rett til slutt. Nå tviler han på en dom igjen.

826



FOTO: LINDA BOURNANE ENGELBERTH

KRISEPSYKOLOGENS EGEN HISTORIE:

En hendelse i familien gjorde det nødvendig for Renate Grønvold Bugge å legge om yrkeskarrieren. Det hindret henne ikke i å ta en sentral rolle i krisehåndteringen etter 22. juli 2011.

848

ESSAY OM PSYKOLOGIEN:

Nesten alltid handler det om å gjøre seg selv til den viktigste personen i sitt eget liv, skriver Geir Gulliksen, forfatter og forlegger.



ILLUSTRASJON: ÅSHILD IRGENS

Innhold

- 809 Troverdighet
Leder | Bjørnar Olsen
- 812 «Psykologvenn? Jeg»
Nå: Erna Solberg | Øystein Helmikstøl
- 814 Barns fornemmelse for brudd. Erfaringer med å vokse opp med skilte foreldre
Vitenskapelig artikkel | Ottar Ness et al.
- 822 Den drapsdømtes forsvarer
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 826 Beretninger om tap og beskyttelse
Portrettintervju: Renate Grønvold Bugge | Nina Strand
- 836 Den med-lidende nybegynder
Fagessay | Line Bang Mikkelsen
- 844 Terapeutisk selvtillit
Fri assosiasjon | Andreas Segrov
- 847 MENINGER
Essay av Geir Gulliksen om psykologien (s. 848)
Leserombud Odd Volden om multippel reduksjonisme (s. 853)
Debat: Unyansert om diagnoser (s. 854)
Derfor har Psykologtidsskriftet fått nytt utseende (s. 855)
Perspektiv: Den glemte omsorgen (s. 858)
- 861 Vilkår for den kliniske autonomi og dens betydning for god praksis
Vitenskapelig artikkel | Karina Malm Utvåg et al.
- 868 Når barn hentes av barnevernet
Oppsummert | Annika Melinder
- 872 INNTRYKK
Teater: *Et drømmespill* (s. 872)
Bok: *Langt fra stammen* (s. 875)
Bok: *Energityvene* (s. 876)
Bok: Miljøterapeutisk arbeid i møte med vold og aggresjon (s. 878)
Kommentar: Om anmelderi i tidsskriftet (s. 879)
Forfatterintervju: Biolog Bjørn Grinde har skrevet bok om bevissthet (s. 880)
- 882 Minneord: John Erling Gaarder og Gunnar Sørbotten
- 884 Kurs og seminar
- 891 Stillingsannonser



STATSMINISTER ERNA SOLBERG:
Legger fram «et godt kommunebudsjett»
om noen dager. (Foto: Scanpix)

«Psykologvenn? Jeg?»

Statsminister Erna Solberg (H) ønsket seg fastpsykologer.
Dukker noen av dem opp i statsbudsjettet?

- Hva er det som har fått deg til å bli så glad i psykologer?

- Psykologvenn? Jeg? Hm. Sier de det?

- Både kritikere og forsvarere av regjeringens retorikk om psykisk helse omtaler deg som «psykologvennlig» når vi har snakket med dem før dette intervjuet.

- Min mor var kontordame på psykisk helsetjeneste for studenter. Jeg er oppvokst med psykologer. Den gangen var det mange som ikke visste hvilken profesjon dette var, mens jeg kjente den ganske godt.

- I et sommerintervju med NTB sa du at regjeringen dette året «har fått til veldig mye innen rusomsorg og psykisk helse.» Hva da?

- Vi har vært tydelig på prioriteringen av dette innenfor helseforetakene. Og vi har gjen-

TEKST

Øystein Helmikstøl

Les utvidet versjon
av intervjuet på
[psykologtidsskriftet.no](https://www.psykologtidsskriftet.no).
Kommenter det på
våre Facebook-sider.

innført den gylne regelen. Det innebærer at helseforetakene blir målt på at de øker innsatsen sin på psykisk helse og psykiatri. På rusfeltet har vi øremerket penger til helseforetakene for kjøp av mer helsetjenester, og vi mener at en virkning av den prioriteringen vil slå ut i måten man der prioriterer på.

- Hva har regjeringen gjort for de alvorligst psykisk syke det siste året?

- Dette er vanskelig å måle direkte. Det viktige er at vi nå har prioritert mer penger til forebyggende tiltak og lavterskeltilbud ute i kommunene. Å hjelpe flere tidlig gjør at færre trenger hjelp i spesialisthelsetjenesten. Da vil det etter hvert være mer rom innenfor spesialisthelsetjenesten til å hjelpe de alvorligst syke. Tiltakene baserer seg blant annet på Sintef-rapporten, som sa at en tredjedel av innleggelsene

i spesialisthelsetjenesten kunne vært behandlet på et lavere nivå, hvis tilbudet hadde vært bedre utbygget.

– Hva er status for fastpsykologene akkurat nå?

– Det lå økte bevilgninger til psykologer i de rødgrønnes budsjett da vi overtok. Det har vi videreført og uttalt at flere psykologer i kommunehelsetjenesten er viktig. Vi sa også at vi vil prøve ut en modell hvor vi kan ha en psykolog på fastlegekontoret. Jeg har lyst til å si at «fastpsykolog» var et journalistisk begrep.

– Men var det ikke du som brukte begrepet først?

– Jo, men altså, poenget var at psykologen skulle knyttes til et fastlegekontor. Vi var oppatt av at dette ikke skulle være som med fastleger, at alle står på lister. Vi ønsker ikke et «Woody Allen-samfunn», der alle har hver sin psykolog. Tanken er at det skal være flere psykologer knyttet til fastlegekontorene. Da vil en del av pasientene som kommer til fastlegen, bli overført til psykologen ved det kontoret, i håp om at det er der de vil få mest hjelp. Det var modellen. Vi får ikke til alt i det første budsjettet vårt. Det er mye som må ruller ut. Programmet vårt varer i en fireårsperiode.

– Forekomsten av psykiske plager eller lidelser er ikke redusert i tiden etter Opptrappingsplanen (1998–2006).

– Vet vi noe om det? Dette er et av de vanskeligste tallene å finne ut av. Det ble en stor diskusjon da jeg sa at halvparten av oss kan oppleve psykiske plager i løpet av livet. Er forskjellen at vi er mer åpne nå, at vi tør å snakke mer om det? Eller er forekomsten større?

– Vi vet at antallet polikliniske konsultasjoner med blant annet psykologer har økt. Hvordan skal du hindre en profesjonsjippo der psykologer vil tjene godt på dine politiske tiltak, mens de i liten grad kommer de alvorlig psykisk syke til gode?

– Det skal vi gjøre på samme måte som vi jobber med kvalitet i det somatiske helsevernet. Vi skal være opptatt av behandlingsformer som virker. I psykiatrien er det jo brukt metoder som det etter hvert har vist seg ikke fungerer i det hele tatt, og det har tatt lang tid å ta dem ut. Det har vært svakere fokus på og mindre prioritering av å følge opp innenfor psykisk helsevern, enn det som har vært vanlig innenfor somatisk behandling. Når noe i somatisk helsevern har vist seg ikke å fungere, så blir det skalert ut

– Vi ønsker ikke et «Woody Allen-samfunn», der alle har hver sin psykolog

fortere. Vi skal bruke akkurat de samme parameterne i psykiatrien: Kvalitetsregistre, følge pasientløp, sjekke at de gir resultater. Psykologer, psykiatere og andre som jobber innenfor psykisk helsevern, må være klar over at dette kommer til å være et viktig krav. Du skal faktisk se utvikling i det som skjer.

– Hvilket argument fra fagforeningen Norsk psykologforening er det du har lyttet mest til, når foreningen nå ser ut til å vokse seg større ved å rekruttere flere kommunepsykologer?

– Ingen. Jeg har hørt mest på pasientforeninger og brukere når det gjelder psykisk helse. Jeg har også hørt på noen av de som jobber i feltet, men jeg har knapt hørt på Psykologforeningen, som jeg har hatt ett møte med én gang i mitt liv. Jeg har en naturlig skepsis til alle som forsøker å blande profesjon og fagforeningsarbeid.

– Er ikke snakket om flere kommunepsykologer og forebyggingstiltak en avsporing fra det som virkelig er politikk og som kan gjøre en forskjell, og som du kan gjøre noe med: Utjevning av økonomiske forskjeller, skape flere arbeidsplasser og lage en videregående skole med innhold som hindrer frafall?

– Dette er ikke en motsetning: inkludering, skole og arbeidsliv er vårt beste psykiske helsevern, men vi trenger også helsetilbud. Jeg tror ikke det er forskjellen mellom rik og fattig, altså økonomiske spørsmål, som er viktigst. Det viktigste er at alle mennesker skal få muligheten til å bruke sine evner, sitt talent, og at de skal få mestre livet sitt. Det er sånn at psykiske lidelser rammer rike mennesker også. Det rammer mennesker som har det godt på mange områder, som du egentlig ikke forstår hvorfor rammes.

– Hva vil psykologene tenke når de nå om noen dager ser hva statsbudsjettet sier om psykisk helse?

– Det vil jeg ikke kommentere nå. Jeg mener at det er en satsing der, ikke på psykologer, men på psykisk helse. Jeg håper psykologene ser at vi gjør mer for å levere et bedre behandlingstilbud innenfor psykisk helse. Vi ønsker å prioritere lavterskeltilbudet som helsestasjonene kan gi, og det skal ligge penger til å styrke helseøstertjenesten. Det er et godt kommunebudsjett vi kommer til å legge frem. Det er også rom for kommunene til å gjøre prioriteringer, som gjør at de også vil prioritere lavterskeltilbud. ✕

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2014 S. 814-821 FAGFELLEVDERT

OTTAR NESS, Familievernkontoret i Sør-Trøndelag, Høgskolen i Buskerud og Vestfold, **TORIL REITAN**, **AGNAR MELING**, **LENA KRISTIANSEN**, **LILLIAN HUSBY**, Familievernkontoret i Sør-Trøndelag og **TOR-JOHAN EKELAND**, Høgskulen i Volda.
KONTAKT Ottar Ness, ottar.ness@hbv.no, 901 25 312

BARN FORNEMMELSE FOR BRUDD

Erfaringer med å vokse opp med skilte foreldre

Når voksne personer deler sine erfaringer med å ha vokst opp med å bo i «to hjem», er stikkordene oppfølging over tid, steforeldre som ressurspersoner, følelsen av å ha to foreldre, samt fleksibilitet og forutsigbarhet i samarbeidet mellom foreldrene.

I den offentlige debatten og i forskning har det lenge vært fokus på hva skilsmisser og samlivsbrudd medfører for barn (Gran, 2013; Gulbrandsen, 2013; Kvaran, 2008; Haugen, 2007; Langbach & Lindboe, 2013; Moxnes, 2003; Ottosen & Schwartz, 2013; Skjørten, 2010). Konsekvensene kan være store for alle involverte, og undersøkelser viser at foreldrenes samlivsbrudd er belastende for stort sett alle barn (Gulbrandsen, 2013; Ottosen, Stage & Søndergaard Jensen, 2011; Rød, Ekeland & Thuen, 2008). Selv om de fleste barna klarer seg bra, tyder forskning også

ABSTRACT

Children sensing their parents' divorce: Experiences from growing up with divorced parents.

According to Statistics Norway (SSB), it is estimated that 10 000 children under 18 years lived through their parents' divorce in 2012. About twice as many children experience separation when cohabiting parents who split up are included. An increasing group of children are growing up with parents who do not live together. In their childhood these children's relationship with their parents depends on the parent's collaboration, such as visitation agreements.

The aim of the study was to describe the phenomenology of growing up as a child of divorced parents. The study was conducted using a qualitative method within a phenomenological-hermeneutic perspective. The basis of the study was ten individual in-depth interviews with adults who reflected on their childhood with divorced parents. The findings show how they describe what they did as children, (1) *sensing the atmospheres and moods in their home when parents break up and when they are collaborating about visiting agreements*, (2) *the importance of the extended family and other significant others*, (3) *predictability of interaction and flexibility in cooperation for companionship*, and (4) *the sense of having two parents even if the parents are not living together*.

Keywords: divorced parents, visiting agreements, parental collaboration, children's experiences, Qualitative study, family therapy



Tove sa at hun som barn merket hvordan stemningen var i huset, selv om verken foreldrene eller noen andre ikke sa noe om det

på at samlivsbrudd kan føre til negative følger for barn når det gjelder en rekke psykososiale forhold som for eksempel atferd, psykologisk tilpasning, skoleprestasjoner, sosial kompetanse, psykiske helseproblemer og selvfølelse (Amato, 2010; Emery, 1999; Gulbrandsen, 2013; Kelly, 2000; Rønbeck, Hagen & Haavind, 2010).

Forskning viser at den største risikofaktoren for en negativ utvikling hos barn er konflikter mellom foreldrene, særlig når de er vedvarende og involverer barna (Amato, 2000; Gulbrandsen, 2013). Konfliktene kan både være saks-konflikter (bosted, samværsavtaler, økonomi, barnebidrag) og kan handle om emosjonelle og relasjonelle temaer mellom foreldrene (Gulbrandsen, 2013). Det er store individuelle forskjeller i hvordan barn påvirkes av slike konflikter. Fortsatt kontakt med begge foreldrene utgjør et gode for barn flest; samtidig kan godet forringes, og til og med bli en belastning, når foreldrenes konflikter preger omsorgen for barna (Gulbrandsen, 2013). Skal en kunne bidra til at barn blir minst mulig belastet av foreldrenes brudd og mulige konflikter, er det derfor viktig å få kunnskap om hvilke forhold som har innvirkning på dette (Cheng, Dunn, O'Connor, Golding & The ALSPAC study team, 2006; Nilssen, Skipstein & Gustavson, 2012). Ifølge både Amato (2010) og Thuen (2004) avhenger dette av tre forhold: (1) barnets egne ressurser (f.eks. dets tilpasningsevne og temperamentsstil), (2) kvaliteten på foreldrenes samarbeid (det klimaet som foreldrene klarer å skape rundt barnet), og (3) endringer i hverdagen som bruddet fører med seg for barna. Barn som kommer godt igjennom foreldrenes brudd, opplever og erfarer at de har foreldre som er oppmerksomme overfor barnas situasjon, og som positivt støtter dem både før, under og etter bruddet (Ottosen & Schwartz, 2013).

Som familieterapeuter og meklere møter vi daglig barn som opplever at foreldre flytter fra hverandre. Som en del av jobben bistår vi foreldrene i å utarbeide avtaler om barna som omhandler foreldreansvar, bosted og samvær. I tillegg hjelper vi foreldre og barna til å håndtere selve bruddet, dersom de har behov for det. Samtidig prøver vi å hjelpe foreldrene til å få til et godt samarbeid om barna, uansett hvilke samværsavtaler de blir enige om.

I mange av disse møtene på Familievernkontoret fortalte en del personer at de selv har opplevd samlivsbrudd hos foreldrene sine.

Dette gjorde at vi ble nysgjerrige på hva de som voksne var opptatte av når de reflekterte tilbake over egne opplevelser og erfaringer i sin oppvekst med å ha skilte foreldre. Hvilke refleksjoner de hadde om egne opplevelser av hvordan foreldrene deres samarbeidet om samvær og hvordan de skulle ha det som barn. Hensikten med denne studien var å få kunnskap om hvordan det kan være for barn å vokse opp med skilte foreldre. For å søke svar på disse spørsmålene innledet vi et samarbeid med Høgskolen i Buskerud og Vestfold. Sammen har vi gjennomført et kvalitativt forskningsprosjekt basert på intervjuer med ti voksne personer, som selv hadde opplevd at foreldrene skilte lag. Funnene fra denne studien presenteres i denne artikkelen. Problemstillingen var: *Hvordan beskriver personer som har vokst opp med skilte foreldre, sine erfaringer med samværsordninger og hvordan deres foreldre samarbeidet om disse?*

METODE

Vår hensikt var å få tilgang til deltakernes livsverden, deres erfaringer, tanker og beskrivelser. Studien hadde derfor en fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming (Lindset & Nordberg, 2004). Vi ønsket kunnskap om hvordan deltakerne erfarte å vokse opp med foreldre som ikke bodde sammen, og hvordan de opplevde at foreldrene deres samarbeidet omkring dem som barn og ungdommer. Til dette formålet valgte vi å gjennomføre kvalitative forskningsintervjuer (Kvale & Brinkmann, 2009).

UTVALG

Dataene som ligger til grunn for studien, er ti individuelle, semistrukturerte kvalitative forskningsintervjuer av personer i alderen 21–44 år (på intervjuetidspunktet), seks menn og fire kvinner. Variasjonen i alder da deres foreldre flyttet fra hverandre, var 1–17 år. Fire av deltakerne hadde erfart delt bosted med en 50/50 samværsordning, fem hadde erfart fast bosted hos mor, mens en hadde erfart fast bosted hos far. Andre personopplysninger eller demografiske data (for eksempel utdanningsnivå) er ukjent.

Alle deltakerne ble rekruttert ved Familievernkontoret i Sør-Trøndelag. Dette var personer som selv hadde bestilt timer til parterapi og meklinger ved Familievernkontoret. Når da familieterapeutene og meklere møtte perso-

ner som selv fortalte at de hadde opplevd å vokse opp med skilte foreldre, ble de spurt om å delta i studien. Vi startet med å rekruttere deltakere i februar 2012 og avsluttet rekrutteringen i juni 2012, da vi hadde totalt 10 personer som aksepterte å delta. De fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien og at den handlet om at de skulle reflektere over sine egne erfaringer med å vokse opp med skilte foreldre, og ikke over sine erfaringer med å reflektere over dette i forbindelse med å være i eget samlivsbrudd, eller streve i sitt eget parforhold. Alle hadde terapeuter ved Familievernkontoret. De ble informert om at deltakelse var frivillig, og om muligheten til å trekke seg når som helst underveis. De som aksepterte å bli intervjuet, ble intervjuet av førsteforfatter. Forfatter to, tre, fire og fem var med i analysen og i skriving av artikkelen, mens sisteforfatter har bidratt med å kommentere på analyse, diskusjon og skriving av artikkelen.

Begrensinger i studien er at alder da de erfarte samlivsbruddet hos foreldre sine, kan ha betydning for deres erfaringer. Dette, og at de reflekterer retrospektivt, kan ha påvirket hva de husket og ikke husket. Studien er meldt inn og godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

INTERVJU

Kvalitative forskningsintervjuer er basert på et nært forhold mellom forsker og deltaker i intervjusituasjonen. Intervjuene ble gjennomført på deltakernes premisser, der det var sentralt å skape en trygg ramme (Tjora, 2012).

Med utgangspunkt i problemstillingen ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide med følgende tre intervju spørsmål: *Hva husker du omkring bruddsituasjonen til dine foreldre? Hvilke samværsavtaler husker du at du hadde, og hvordan opplevde du disse? og Basert på dine egne erfaringer, hvilke råd har du til foreldre som i dag flytter fra hverandre og skal organisere samvær og samarbeid om barna?* Intervjuene hadde en varighet på 25–75 minutter. De ble gjennomført i perioden april til juni 2012, og transkribert fortløpende.

ANALYSE

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av en fenomenologisk-hermeneutisk analyse (Lindseth & Nordberg, 2004), som bygger på Ricoeur (1979) sin fortolkningsteori. Analysen foregikk i tre trinn: *naiv lesing, strukturert analyse og helhetlig forståelse*. I det første trinnet, den naive lesingen, var problemstillingen i fokus. Her ble det notert ti temaer som vekket vår interesse, ett var for eksempel *fleksibilitet*. I det andre trinnet, den strukturerte analysen, sorterte vi ut meningsbærende enheter fra den transkriberte teksten, som beskrev temaene fra første trinn, og som samtidig bar kunnskap i seg om studiens problemstilling. Analysen viste at enkelte av de foreløpige temaene i trinn én hadde få meningsbærende enheter. Vi vurderte noen til å tilhøre andre temaer, eksempelvis ble «steforeldre i samspill» flyttet til hovedfunnet «den utvidede familie og viktige ressurspersoner». En del foreløpige temaer ble ved nærmere refleksjon vurdert som ikke relevante for problemstillingen, og ble tatt ut. Temaene vi satt igjen med, ble samlet i tre fargekoder. Så skrev vi et fortettet meningsinnhold for de meningsbærende enhetene i hver fargekode. Meningsfortettingen ble kategorisert i undertemaer. Undertemaene ble til slutt oppsummert i fire hovedtemaer som uttryk-

ker en helhetlig forståelse av datamaterialet og er studiens hovedfunn: *Å fornemme atmosfærer og stemninger, Betydningen av den utvidede familie og andre ressurspersoner, Forutsigbarhet og fleksibilitet, og Følelsen av å ha to foreldre*. Vi presenterer resultatene med disse temaene som overskrifter.

Navnene som brukes i presentasjonen av funnene, er pseudonymer, og deltakerne er derfor anonymiserte.

PRESENTASJON AV FUNN

Barn fornemmer atmosfærer og stemninger både i hjemmet og mellom foreldrene

Det fremkom at når deltakerne fortalte om sine opplevelser og erfaringer med å vokse opp med foreldre som hadde flyttet fra hverandre, hadde de fornemmet stemningen mellom foreldrene og atmosfæren i hjemmet. Det første de beskrev, var hvordan stemningen var i tiden før og etter «bruddet» mellom foreldrene. Hilde sa:

Man senser jo sånt med en gang, da er spørsmålet, hva er dårlig stemning for noe, og når man senser at ting ikke er slik som det skal være, og man senser episoder og legger merke til om det kommer telefonsamtaler, hvilket stemmeleie de har i telefonen, senser måten folk går på, om ting er unormalt.

Sondre fortalte om stemningen i huset hjemme: *Det er et bilde jeg har lagt på minne, og det er at det er sånn trist stemning hjemme*. Tove sa at hun som barn merket hvordan stemningen var i huset, selv om verken foreldrene eller noen andre sa noe om det: *man legger jo merke til små ting som barn, det var ingen som sa noe til oss, men det var masse samtaler på kveldene, trist stemning, atmosfære. Barna merker jo det*. Idar fortalte at han gruet seg til å legge seg om natten fordi det var da foreldrene snakket sammen om det som var vanskelig, han reflekterte også over hvordan dette påvirket han dagen etterpå:

Ble litt urolig, og så våknet jeg lett. Det ble til at jeg enkelte ganger gruet meg til å legge meg. Det ble frykten for natta, når du egentlig skal legge deg og du skal inn i drømmeland, så tenker du «åh, nå begynner det å nærme seg snart igjen, kanskje?» og så blir du så trøtt at du sovner, og blir trøtt dagen etterpå igjen.

Et annet aspekt ved det å fornemme atmosfærer og stemninger var hvordan deltakerne snakket om hvordan de opplevde *tonen* mellom foreldrene når de samarbeidet om dem. Kari fortalte om hvor viktig det var for henne at foreldrene viste at de hadde en god tone seg imellom for å skape trygghet for barna.

Jeg opplevde det sånn at de hadde en god tone seg imellom, selv om at jeg visste at enkelte plasser så var det litt sårt enda. Men så visste jeg at når de kom til oss, så var samarbeidet der. Det er så viktig. Det er alfa og omega, for da får vi tryggheten, da slipper vi den uvissheten om at jeg har to foreldre som ikke klarer å snakke med hverandre, det fungerer ikke.

Dette funnet fremhever hvordan deltakerne i studien beskriver hvordan de som barn var sensitive for det emosjonelle klimaet mellom foreldrene. Det gjaldt i hjemmet, men det handlet også om hvordan de som barn var sensitive for stemningene og atmosfæren i samarbeidet mellom foreldrene om barna.

Den utvidede familie og andre ressurspersoner er av stor betydning

Deltakerne fortalte hvor viktig det var for dem at de ble sett og snakket med av andre i den utvidede familien (for eksempel onkler, tanter, besteforeldre) og andre viktige ressurspersoner (for eksempel lærere, førskolelærere, helsesøstre) etter bruddet mellom foreldrene. De ga uttrykk for at ansatte ved skolen kunne ha fulgt mer med, og at dette måtte vare over tid, ikke bare umiddelbart etter bruddet mellom foreldrene. De fortalte at dette kunne ha fanget opp hvordan de hadde det, som Idar sa:

Kanskje litt mer støtte eller oppfølging fra for eksempel skolen i og med at jeg bytta annen hver uke, det hadde vært fint om de hadde spurt også etter noen måneder. Kanskje kunne de på det viset fanget opp noe jeg ikke ville fortelle mamma og pappa eller mormor og morfar. For min del tru æ kanskje det var ja litt sånn redd for å skulle si noe galt og ikke gjøre folk bekymret, ja at kanskje et spørsmål en gang iblant fra en lærer kunne ha gjort noe slikt.

Stine fortalte også om dette. Hun hadde erfart at familien hadde lagt til rette for barna, men at det gikk kanskje litt fort over:

Jeg opplevde vel der og da, ting var lagt til rette.» Besteforeldrene, mamma og pappa og folk var veldig sånn, folk skjønnte at det var noe som var skjedd, så jeg opplevde støtte fra lærere og sånn som kom etter sommeren og spurte om det gikk bra og så, men, det gikk kanskje fort over, eller at et skilsmissebarn må fort komme seg i gang etterpå da. Du er ikke det der skilsmissebarnet som har opplevd en stor omveltning så veldig lenge.

Deltakerne var også opptatt av steforeldrenes rolle i å være ressurspersoner for dem i oppveksten, som Thomas sa:

Så en steforelder som skal inn i en familie må være ekstremt klar over sin rolle da. Han (stefar) har lagt seg fint lite borti ting. Han har alltid sagt meninga si hvis det har vært ting som har vært fornuftig eller ikke fornuftig. Han er smart, klok da. Så han har alltid vært behjelpelig med ting, bidratt med skole, tips, utdanning, råd. Han har stilt opp som støttepersion i den grad det er behov for det, han har samtidig vært forsiktig med å legge seg for mye borti ting og påberope seg en sånn rolle som hovedforelder.

Deltakerne fortalte om hvor betydningsfullt det var at den utvidede familien og andre viktige ressurspersoner var til stede og «så» dem i perioden da det var brudd mellom foreldrene deres. Foreldrene kunne ha nok med seg selv i perioder, og derfor var det viktig at ressurspersonene var til stede for barna over tid.

Forutsigbarhet i samværet og fleksibilitet i samarbeidet er av stor betydning

Viktigheten av forutsigbart samvær og hvordan de hadde det i familielivet etter bruddet til foreldrene, var også noe som de fremhevet. Forutsigbarhet i samvær og fleksibilitet i samarbeidet bidro til at de kunne føle seg «hjemme», som Kari sa:

Det er veldig viktig å ha en avtale som blir holdt, at det blir forutsigbart, jeg følte meg ikke hjemme noe sted til slutt, det var kanskje konsekvensen av to forskjellige hjem da, man passer liksom ikke inn i noen ting når det blir så forskjellig.

Tove fortalte at forutsigbarhet var spesielt viktig for henne etter bruddet mellom foreldrene: *spesielt barn trenger at det er forutsigbart, spesielt etter et brudd.*

I tillegg til forutsigbarhet, slik at de visste hva de kunne vente seg og hvor de skulle være til enhver tid, var deltakerne også spesielt opptatt av at samværsavtalene ikke måtte bli for rigide. Fleksibiliteten i samarbeidet var derfor viktig. Hilde fortalte:

Det er viktig at foreldrene er fleksible. At det ikke blir sånn rigid, på noe vis. Og fleksibilitet i forhold til henting og levering, at man kan bistå sånn, fleksibilitet i forhold til ferie, fleksibilitet i forhold til økonomi, fleksibilitet, det er viktig for barna.

Deltakerne fortalte om at forutsigbarhet i livssituasjonen deres var svært viktig for tryggheten deres underveis i oppveksten. Samtidig måtte ikke forutsigbarheten være et hinder for fleksibiliteten i samarbeidet om sam-

værsavtalene. Foreldrene måtte ha forutsigbarhet som utgangspunkt, mens de samtidig måtte vise fleksibilitet i måten å samarbeide på gjennom god kommunikasjon. Dette er et sentralt tema i studien, og selv om det kan være en tilsynelatende motsetning mellom fleksibilitet og forutsigbarhet er begge disse forholdene noe av det mest viktige for å få til et godt samarbeid, ifølge deltakerne i studien.

Å ha en følelse av å ha to foreldre
er av stor betydning

Deltakerne fortalte at selv om foreldrene ikke lenger bodde sammen, var det viktig for dem å ha en «følelse av å ha to foreldre.» Denne «følelsen» fikk de gjennom at foreldrene hadde et godt samarbeid om barna, selv om foreldrene bodde et stykke unna hverandre. Magnus sa: *Det er viktig at du hvis du bor langt unna, at du får følelsen av at du har både en mor og en far.*

Per mente det var viktig at foreldrene viste at de kunne samarbeide om barna. Dette ville være med på å bidra til å «lappe sammen» bruddet og skape en meningsfull sammenheng for dem. Det bidrar igjen til en følelse av å ha to foreldre, som han sa:

Jeg tenker at hvis man skal samarbeide godt som skilte foreldre så kan man bidra til å lappe litt sammen det her bruddet som skjedde. I forbindelse med både konfirmasjon og i bursdager og i hendelser som oppstår i hverdagen, rett og slett. Gi inntrykk at vi er – at du fortsatt har foreldre. Du har ikke en mor og en far, men at det er fortsatt foreldre det er snakk om.

For å ha et godt samarbeid var deltakerne svært opptatt av at foreldrene måtte ha god kommunikasjon. Dette handlet om å legge til rette for barna slik at de kunne få en forutsigbar hverdag, som Pål sa:

De snakket sammen nesten hver dag i to år. De ville på en måte gjøre det lettest mulig for oss. For barna da, så de hadde på en måte god kommunikasjon da. At de liksom visste når vi skulle dit og når vi skulle dit, planla liksom ting som vi kunne møtes på og liksom, de la litt til rette for oss. Samtidig var de jo gode venner, da det var ikke slik at de prøvde å unngå å møtes, så det var veldig greit.

Hilde fortalte at det å ha god kommunikasjon bidrar til at barna kan oppleve at foreldrene er «på talefot»:

Det er viktig med god kommunikasjon da, at de er på talefot selv om de gjør det slutt, for barna sin skyld. Det begynner jo med at hvis man gjør det slutt og hater hverandre, så har de faktisk noen barn de skal ta vare på samtidig, og at de ikke setter dem bak seg selv – at de ikke bryr seg mer om seg selv enn sine barn.

Idar fortalte at det var viktig for dem som barn at de kunne oppleve at foreldrene kunne prate sammen, og at dette gav dem gode følelser: *Det var så viktig for meg at foreldrene mine kunne prate sammen, så fikk jeg en god følelse, for da ser du at dem ikke hater hverandre.*

Deltakerne opplevde det som et viktig element i deres oppvekst med å ha «skilte foreldre» at de kunne samarbeide på en måte som gjorde at de som barn kunne få en følelse av å ha to foreldre, fremfor å ha foreldre som var i konflikt om barna.

DISKUSJON

Kunnskap om hvordan det er å vokse opp med skilte foreldre og hvordan samarbeidet om barna fungerer, er avgjørende for å bistå og å hjelpe både enkeltpersoner og familier. Dette gjelder både i terapeutiske samtaler, i foreldre-samarbeidssaker og i meklingsarbeid.

Det er av betydning for hvordan barn har det senere i livet, at foreldrene klarer å ha et godt samarbeid etter et brudd (Barneombudet, 2012; Skjørten, Barlindhaug & Lidén, 2007). Det handler om å skape gode rammer og god omsorg for barnas oppvekst (Hakovirta & Broberg, 2007). Temaer som det ofte er konflikter om mellom skilte foreldre, handler om utforming av samværsavtaler, barnebidrag, økonomi og bosted (Gulbrandsen, 2013). Selv om våre deltakere ikke uttaler seg spesifikt om alle disse forholdene, har de en klar oppfatning av at de som barn ønsket seg fleksibilitet i samarbeidet, men forutsigbarhet i samværsavtalene. Dette handler om at barn kan ønske at de har en forutsigbar verden å forholde seg til, hvor de skal sove, bo, hvem av foreldrene de skal være hos når. Samtidig formidlet de at det måtte være rom for fleksibilitet i samarbeidet mellom foreldre, noe som for eksempel kunne gjøre det mulig at de kunne sove eller spise hos



Ansatte ved skolen kunne ha fulgt mer med over tid og ikke bare umiddelbart etter bruddet mellom foreldrene



Idar fortalte at han gruet seg til å legge seg om natten fordi det var da foreldrene snakket sammen om det som var vanskelig

den andre forelderen dersom det var nødvendig. Vi antar at foreldre lettere kan skape slik fleksibilitet når konfliktnivået er lavt og det er etablert tillit i samarbeidet.

Konflikter mellom foreldre er den største risikofaktoren for negativ utvikling hos barn (Gulbrandsen, 2013), og å håndtere konflikter er en viktig forutsetning for et fungerende «skilt foreldreskap». Selv om de ikke lenger er et par, er de fortsatt foreldre og har felles ansvar for at foreldreskapet fungerer for barna. Dette kan oppleves utfordrende for foreldre som er i krise, med de følelsesmessige reaksjonene dette innebærer. Vår studie viser at det er viktig at barn kan føle seg trygge, og at de opplever å ha «to foreldre», selv om foreldrene ikke bor sammen. Deltakerne formidlet at de fornemmet stemningene i huset og mellom foreldrene, selv om foreldrene prøvde å «skjerm» dem fra konfliktene de stod i. Dette er viktig kunnskap å formidle til foreldre i en skilsmisssituasjon, og det bør være et overordnet mål for meklingen og i foreldresamarbeidssaker å hjelpe foreldrene til å etablere et «foreldreskap» som fungerer. Det handler om at foreldre trenger å forsterke eller utvikle ny samarbeidskompetanse for å kunne ivareta barna i en vanskelig livssituasjon. Det kan bidra til det Antonovsky (1996) kaller «Sense of Coherence (SoC).» I vårt tema, og med store indre og ytre forandringer, kan SoC handle om at barna i forbindelse med foreldrenes brudd og tiden etter likevel kan oppleve at de har en sammenheng i livet, at det er begripelig, håndterbart og meningsfullt. At foreldre og andre ressurspersoner hjelper barn med å regulere og å skape denne opplevelsen av sammenheng, kan bidra til at barna opplever at foreldrene står sammen om oppdragelsen av dem uten negative konflikter (Amato & Afifi, 2006).

Brudd mellom to mennesker kan skape mange vanskelige og sterke følelser, fra stor lettelse og frihetsfølelse til massiv sorg og katastrofelignende reaksjoner (Madsen, 2012). Samtidig med at de voksne har sterke følelser, skal de også ta ansvar for barna på en god måte. De fleste foreldre klarer i varierende grad dette, og noen har god støtte fra sitt sosiale nettverk, som kan bistå og hjelpe dem. I meklingsarbeidet er det barna og foreldrene som er i fokus. Vår studie viser betydningen av sosial støtte, ved at mange av deltakerne skulle ønsket at det var ressurspersoner i den utvidede fami-

lien og i det sosiale nettverket som så dem og brydde seg om dem. De skulle ønsket at ressurspersonene brydde seg over lengre tid og kunne bistå i å «fange opp» tristhet og tanker de gikk med for seg selv som barn. Funnene i vår studie fremhever at både de som jobber i barnehager, skoler og helsestasjoner, eller er venner, besteforeldre, tanter og onkler, blir gjort oppmerksomme på å være til stede over tid for barna og foreldrene som strever. Det er «savnet fellesskap» som formidles. Dette kan gjøre at det blir lettere for alle å håndtere bruddsituasjoner, og å ivareta barna på en god måte. Det kan derfor være viktig i meklingsmøter og i foreldresamarbeidssaker at barnets (og familiens) nettverk kartlegges og mobiliseres. Hvem det er barna har tillit til og som kan få et mandat fra foreldrene til å støtte og å snakke med barnet underveis i prosessen med å flytte fra hverandre. Det er sentralt at disse ressurspersonene kan få et mandat og informasjon fra foreldrene om dette, da det ikke alltid er enkelt å være i nettverket rundt foreldre som flytter fra hverandre.

Barna ønsker at foreldrene skal ha det godt, og når de ser at mor og far ikke har det slik, kan de raskt gå inn i rollen som hjelpere og påta seg et ansvar og en rolle som de ikke skal ha, noe som kan ha negative konsekvenser for dem, for eksempel i form av både skyld og mindreverd (Ottosen & Schwartz, 2013). Det er derfor viktig at både foreldrene og ressurspersoner rundt bryr seg og selv tar dette voksenansvaret.

AVSLUTTENDE REFLEKSJONER

Denne studiens funn må av metodiske begrensninger tolkes med forsiktighet. En viktig begrensning er at den omfatter kun ti personer med et bredt aldersspenn i sine erfaringer. Disse erfaringene kan dermed ikke uten videre generaliseres. Den retrospektive refleksjonen antas også å være påvirket av hva de husket og ikke husket – og er påvirket av nå-situasjonen. På den annen side er avstand i tid, kombinert med den refleksjonsdybde som egen livserfaring gir, en viktig kilde til kunnskap. Det kunne være interessant å supplere denne ved å følge en gruppe barn og ungdommer over tid der de reflekterer underveis over sine erfaringer med å vokse opp med skilte foreldre. Det kunne også vært interessant med studier som handler om barns erfaringer med ulike samværs- og bostedsløsninger. Vi trenger også å

få mer kunnskap om hvordan erfaringer med å vokse opp med skilte foreldre påvirker barna når de blir voksne og selv skal etablere og leve i parforhold og i sitt familieliv. Kunnskap som dette bør inngå i det som er en viktig implikasjon av vår studie: å sette på dagsorden, både i forskning og i den offentlige debatten, hvor-

dan vi kan utvikle offentlige ordninger, tiltak og sosiale normer som bidrar til å ivareta foreldreskapet etter samlivsbrudd. ✕

* Vi vil takke alle kolleger ved Familievernkontoret i Sør-Trøndelag for rekruttering av deltakere til forskningsprosjektet og vi vil takke leder ved Familievernkontoret i Sør-Trøndelag for muligheten for å gjennomføre forskningsprosjektet.

REFERANSER

- Amato, P. R. (2010). Research on Divorce: Continuing Trends and New Developments. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 650–666.
- Amato, P. R. & Afifi, T. D. (2006). Feeling caught between parents: adult children's relations with parents and subjective well-being. *Journal of Marriage and Family*, 68, 222–235.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11–18.
- Barneombudet (2012). *Barnas stemme stilner i stormen: en bedre prosess for barn som opplever samlivsbrudd*. Rapport: 2012 lastet ned på www.barneombudet.no
- Cheng, H., Dunn, J., O'Connor, T., Golding, J & the ALSPAC study team (2006). Factors moderating children's adjustment to parental separation: Findings from a community study in England. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(2), 239–250.
- Emery, R. E. (1999). *Marriage, divorce, and children's adjustment*. (2nd ed.) Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gulbrandsen, W. (2013). Foreldrekonflikter etter samlivsbrudd: En analyse av samspill og klider til det fastlåsende. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50, 540–551.
- Gran, S. (2013). *Skilsmissetanker*. Essay i *Morgenbladet*, 20.–26. september 2013. 008thousand Oaks, CA: Sage.
- dreaPsychiatry, 39e: A decade review of research. eementsp med skilte foreldre ble leden?et e.esgla
- Haugen, G. D. (2007). *Divorce and post-divorce family practice the perspective of children and young people*. Ph.d.-avhandling 2007: 58. Trondheim: NTNU.
- Hakovirta, M. & Broberg, M. (2007). Parenting from a distance: factors connected to the contact between children and a non-resident parent. *Nordisk sosialt arbeid*, 1(27), 2–18.
- Kelly, J. B. (2000). Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: A decade review of research. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 35–52.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvaran, I. (2008). *Skilsmisse sett med barnas øyne – barns sårbarhet og håndtering*. Doktoravhandling ved NTNU 2008:21.
- Langbach, T. & Lindboe, A. (2013). Konfliktbarn må få det bedre. Kronikk i *Aftenposten*, 25.02.2013.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145–153.
- Madsen, A. D. (red.) (2012). *Far, mor og skilsmissen: at være barnene i midten*. København: Dansk psykologisk forlag.
- Marcussen, S. (2012). Samarbejdets vigtige kunst. I A. D. Madsen. *Far, mor og skilsmissen: at være barnene i midten* (s. 213–236). København: Dansk psykologisk forlag.
- Moxnes, K. (2003). *Skånsomme skilsmisser – med barnet i fokus*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Nilsen, W., Skipstein, A. & Gustavson, K. (2012). *Foreldrekonflikt, samlivsbrudd og mekling: konsekvenser for barn og unge* (rapport 2012:2). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Ottosen, M. H. & Schwartz, R. (2013). Beskyttelses- og risikofaktorer for skilsmissebørns trivsel i deleordninger. *Fokus på Familien*, 41(1), 58–78.
- Ottosen, M. H., Stage, S. & Jensen, H. S. (2011). *Børn i deleordninger. En kvalitativ undersøgelse*. Rapport. København: SFI-Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.
- Ricoeur, P. (1979). *Fortolkningsteori*. København: Vintens Forlag.
- Rød, P. A., Ekeland, T.-J., & Thuen, F. (2008). Barns erfaringer med konfliktfylte samlivsbrudd: problemforståelse og følelsesmessige reaksjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(5), 555–562.
- Rønbeck, K., Hagen, T. & Haavind, H. (2010). Foreldreposisjoner i bevegelse : fra fastlåst konflikt til utvidet omsorg og empati for egne barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(8), 720–729.
- Skjørten, K. (2010). Barns meninger om samvær, I: A.T. Kjørholt (red.), *Barn som samfunnsborgere – til barnets beste?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Skjørten, K., Barlindhaug, R. & Lidén, H. (2007). *Delt bosted for barn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Statistisk sentralbyrå (2010). Tabell 05709. *Barn under 18 år som opplevde separasjon i 2009*. Hentet fra www.ssb.no 25.02.2013.
- Thuen, F. (2004). *Livet som deltidsforeldre*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Den drapsdømtes forsvarer

Psykolog Atle Austad mener at klienten Viggo Kristiansen kan være uskyldig dømt. Det blir bråk av sånt.

TEKST

Øystein Helmikstøl

FOTO

Fartein Rudjord

- **JEG KAN** ikke skjønne at han kan fortsette i jobben, sa Ada Sofie Austegard da NRK offentliggjorde deler av e-post fra psykolog Atle Austad der han langt på vei skriver at Viggo Kristiansen kan være uskyldig. Austegard er mor til en av jentene som ble drept i Baneheia i 2000, og har klaget psykologen inn til Fylkeslegen i Oslo og Akershus og til Fagetisk råd i Psykologforeningen.

Rettspsykiater Randi Rosenqvist jobber ved Ila fengsel og forvaringsanstalt, der Kristiansen soner en 21 års forvaringsdom. Da saken ble kjent, sa hun ifølge NRK at hun «tror en behandler må legge til grunn at en rettskraftig dom er riktig».

Viggo Kristiansens behandler, psykolog Arne Austad, reagerer kraftig på uttalelser i mediene om psykologens meninger om dommen og om behandlingen han har gitt Kristiansen.

- UVITENHET

Til Psykologtidsskriftet fremholder Austad at han tror nok det går over grensen for brudd på psykologers fagetikk, når psykologer uttaler seg i det offentlige uten å vite noe om behandlingen hans, uten å vite noe om hva hans bekym-

ring baseres på, uten å vite noe om hva han faktisk mener, uten å vite noe om hvordan han har håndtert dette for å ivareta klientens behandlingskvalitet, og uten å vite hvordan han har ivaretatt sin egen yrkesetikk.

Dette er saken:

- I 2002 ble Viggo Kristiansen dømt til 21 års forvaring og Jan Helge Andersen til 19 års fengsel for voldtekt og drap i Baneheia i Kristiansand.
- I september ble det kjent at Kristiansens behandler psykolog mener at klienten kan være uskyldig dømt.
- Advokat Arvid Sjødin arbeider nå med den femte begjæringen om gjenopptakelse av saken.
- Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker har gjenåpnet 204 av 1765 mottatte saker i de siste ti årene. Av sakene som er gjenåpnet, har 119 saker ført til frifinnelse i rettssystemet (65 av disse sakene gjelder utilregnelighet).



– Skal jeg koble ut hodet og overfor klienten late som at disse bevisene ikke eksisterer?

Psykolog Arne Austad om behandlingen han gir Viggo Kristiansen

TVILER PÅ DOM: Psykolog Atle Austad er bekymret for om dommen mot hans klient Viggo Kristiansen er feil.

– Og de hevder feilaktig at jeg har gått ut med min bekymring, altså uten å vite noe om det også.

– Hvilken rett og etikk ligger til grunn for at disse psykologene og psykiaterne fritt i media kan uttale seg om at min terapi med klienten ikke er god nok? spør Austad, som opplever det skremmende.

– Jeg har aldri sagt noe om denne saken i det offentlige. Det har andre sørget for. Jeg finner det ærekrenkende og diskvalifiserende når hel-sepersonell uttaler seg slik om meg uten grunnlag for det.

DOMMEN MOT KRISTIANSSEN

Atle Austad er spesialist i klinisk psykologi ved Institutt for Klinisk Sexologi og Terapi i Oslo. Her forteller han om bakgrunnen for meningene han har om dommen mot Viggo Kristiansen.

– Faktum er at det har tilflytt meg mange nye sentrale bevis som åpenbart ikke stemmer med dommens premisser. Og som ble holdt unna

retten av påtalemyndighetene eller politiet. Skal jeg late som om de bevisene ikke eksisterer? Skal jeg koble ut hodet og overfor klienten late som at disse bevisene ikke eksisterer? Ville det vært etisk riktig? En slik evne til dissosiering har jeg ikke, dessverre.

Ifølge Austad endret mye seg i juni 2010.

– Før det var jeg overbevist om klientens skyld. All behandling fra 2004, dobbelttimer ukentlig, og frem til nå har basert seg utelukkende på å behandle klientens grunnlagsproblematikk som om han er skyldig. Nå er jeg bekymret for om han er uskyldig, men jeg har aldri blandet meg opp i det rettslige.

– Min bekymring er utelukkende basert på politiets egne bevis som de har holdt unna retten. Det gjør meg bekymret og trist på klientens vegne.

- URIKTIG OG OPPSIKTSVEKKENDE

Ingen ved Riksadvokatens kontor ønsker å kommentere saken.

Arne Pedersen, sjef for felles kriminalenhet i Agder politidistrikt tar i en e-post til Psykologtidsskriftet klart avstand fra Austads påstander.

– De er helt uriktige, og det er oppsiktsvekkende at en som ikke har vært involvert i de rettslige prosessene i Baneheiasaken kan komme med denne type utsagn, skriver Pedersen.

– Samtlige avhør og øvrige dokumenter som ble produsert i Baneheiasaken ligger i mapper som både advokatene og Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker har fått tilsendt tidligere. Det er altså en »

fullstendig feilkobling når det hevdes at opplysninger i saken har blitt holdt unna fra politiets side.

– En må heller spørre seg om hva som er bakteppet for den oppsiktsvekkende dialogen mellom psykolog og advokat slik den fremstår i denne saken. I tillegg må en spørre seg hvordan psykologen kan referere til avhør som er tatt i saken når han selv ikke er mottager av sakens dokumenter. På hvilken måte det skal ha skjedd at det har tilflytt psykologen mange nye bevis, sies det ingenting om, skriver Arne Pedersen.

ÅGE FJELL-SAKEN

Atle Austad sier at han én gang tidligere har uttrykt bekymring for om en person er uskyldig dømt.

Åge Vidar Fjell ble i 1990 dømt til 7 års fengsel og 10 års sikring for «å skjule en annen forbrytelse eller unndra seg straffen for en sådan; å ha forvoldt en annens død.»

Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker bestemte i 2008 at saken skulle tas opp igjen. Riksadvokaten innstilte på frifinnelse, og Fjell fikk medhold i at mannen aldri skulle vært dømt.

– Åge Fjell var tilknyttet Proff (Prosjekt Felles Framtid, red. anm.) i Sandefjord, der jeg var ansatt som behandler. Etter samtaler med Fjell var det flere forhold som gjorde at jeg ble bekymret for om dommen mot ham kunne være riktig. Det var blant annet noe som vanskelig kunne stemme, ut fra det Fjell fortalte meg, sier Austad til Psykologtidsskriftet.

Psykologen vurderte også at premisser i dommen ikke kunne stemme ut fra Fjells kognitive fungering. Austad ga beskjed videre til sin arbeidsgiver, og flere begynte etter hvert å jobbe for at saken skulle åpnes igjen.

Saken er i ettertid karakterisert som et justismord.

Psykologer kan ha ytringsplikt om skyldspørsmål

Psykolog Atle Austad får kritikk, men flere eksperter forsvarer psykologens rett til å uttale seg om skyldspørsmålet i dommen mot Viggo Kristiansen.

HVA KAN EN behandlende psykolog mene og si om dommen mot sin klient? Har psykologer ytringsfrihet, og til og med ytringsplikt?

Nina Dalen har vært leder av Fagetisk råd i Psykologforeningen. Hun fremholder overfor Psykologtidsskriftet at spørsmål om skyld er en kompetanse som er tillagt retten, og at skyldspørsmålet skal avgjøres der. Hun legger til at en kan undre seg over hva slags terapi som her er gitt i løpet av de ti årene.

– En psykolog kan ikke påberope seg ytringsfrihet og ytringsansvar gjennom å fremholde psykologfaglig kompetanse som grunnlag for å avgjøre et rettslig spørsmål om skyld. Det er uærlig og gagnar heller ikke hans pasient, mener Dalen.

Psykologtidsskriftet har kontaktet medlemmene i Psykologforeningens menneskerettsutvalg. Psykolog Jorunn Gran er en av to som har besvart henvendelsen. Hun mener det er andre forhold enn menneskerettslige spørsmål og ytringsfrihet denne saken handler om, som konfidensialitet, taushet og etiske hensyn. Hun mener at dette er noe Psykologforeningens fagledelse heller bør uttale seg om.

PSYKOLOGFORENINGEN: YTRINGSPLIKT

Psykologforeningens fagsjef Andreas Høstmælingen er klar på at saken også handler om ytringsfrihet. Han understreker at saken omhandler en grufull handling, og at det åpenbart er en belastning for pårørende og andre berørte når det blir satt spørsmålstegn ved sakens realiteter.

– Men det er viktig å understreke at alle har ytringsfrihet. I den grad den skal begrenses, må dette hjemles i lovverket, ifølge fagsjefen, som legger vekt på at i denne saken har en psykolog møtt pasienten i en periode over ti år, og har en unik innsikt i pasientens liv.

– Hvis det i løpet av disse ti årene kommer frem informasjon som belyser skyldspørsmålet på en ny måte, har man en forpliktelse overfor pasienten og rettsvesenet til å sørge for at dette blir gjort kjent, sier fagsjefen.

Høstmælingen understreker at det ikke er psykologens oppgave å avgjøre om pasienten er skyldig.

– Det er rettsapparatet som skal vurdere de ulike bevisene opp mot hverandre, sier han.

Fagsjefen er enig i at det kan stilles spørsmålstegn ved at helsepersonell konkluderer om skyldspørsmål.

– Men helsepersonell kan gjennom sin rolle få tilgang til informasjon som stiller skyldspørsmålet i nytt lys. Da er det viktig for rettssamfunnet at dette blir gjort kjent, sier Høstmælingen.

Psykologforeningens president Tor Levin Hofgaard er knappere i sin kommentar:

– Om denne psykologen har brutt norsk lov eller ikke, er nå til vurdering i Helsetilsynet. Jeg har tillit til at Tilsynet gjør de nødvendige avveininger av lovverk som definerer helsepersonellens rammebetingelser, i denne saken som i andre saker, skriver Hofgaard i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Aslak Syse er professor ved Institutt for offentlig rett ved Universitetet i Oslo. Etter hans mening er det klart at en person som er overbevist om at annen person er uskyldig dømt for en alvorlig forbrytelse, har rett til å meddele dette.

– Etisk sett er det nærmest en plikt.

Det spesielle her er ifølge Syse at det er en fagperson som har et arbeid å gjøre i forhold til den dømte.

– Da kan dette bli en sammenblanding av roller som er uheldig både for arbeidet som fortsatt pågår, og for psykologens troverdighet som arbeidstaker.

- IKKE BLIND LOJALITET

Advokat Jon Wessel-Aas arbeider med ytringsfrihet og menneskerettigheter. Han mener det er klart at også en domfelts behandlende psykolog, både etisk og juridisk, må ha rett, og etter omstendighetene til og med plikt, til å si fra, dersom han gjennom behandlingen får innsikt i forhold som taler for at domfelte er uskyldig dømt. At behandlingen i utgangspunktet må bygge på en forutsetning om at en rettskraftig dom er korrekt, kan ifølge Wessel-Aas ikke innebære at psykologen skal se bort fra eller fortie slike forhold.

– En uavhengig fagperson kan ikke avkreves blind lojalitet til en rettskraftig dom, i strid med konkret, faglig innsikt som vedkommende måtte tilegne seg gjennom behandlingen, mener han.

Jurist Anine Kierulf har jobbet med ytringsfrihet ved Institutt for offentlig rett ved Universitetet i Oslo. Hun understreker overfor Psykologtidsskriftet at utgangspunktet er at psykologen, som alle andre, har den samme *rettslige* ytringsfriheten som folk flest. Kierulf fremholder at i likhet med flere andre yrkesgrupper, som leger, journalister og advokater, kan imidlertid psykologer være underlagt profesjonsetiske regelverk som begrenser deres ytringsfrihet mer enn det rettslige regelverket.

– Men dersom et slikt regelverk er for inngripende, det vil si begrenser ytringsfriheten mer enn hva som er i samfunnets interesse, vil det etiske regelverket i seg selv stå i et spenningsforhold til den rettslige ytringsfrihetsbeskyttelsen.

Om noe slikt skulle være tilfellet, vil regelverket, og håndhevelsen av dette, kunne være ulovlig, ifølge Kierulf.

– Et viktig moment i vurderingen av om en ytring lovlig kan begrenses eller ei, er hvilken betydning den anses å kunne ha for det offentlige ordskiftet, mener hun.

Det kan ta tre måneder før klagesaken på psykolog Atle Austad eventuelt blir åpnet for kontradiksjon i fagetisk råd i Psykologforeningen. Dersom en sak åpnes, tar det minimum tre måneder før avgjørelse blir tatt. ✘

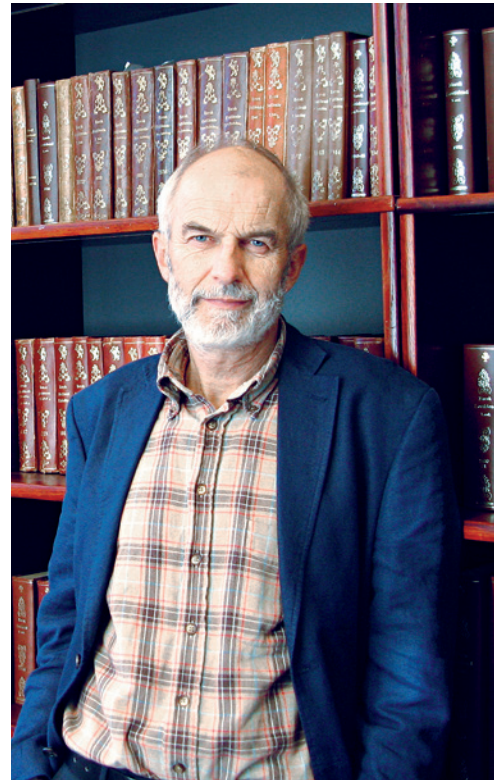


Foto: Ulf

YTRINGSPLIKT: Det er ifølge professor Aslak Syse nærmest en plikt at en person som er overbevist om at en annen person er uskyldig dømt, meddeler dette.

– En uavhengig fagperson kan ikke avkreves blind lojalitet til en rettskraftig dom

Jon Wessel Aas, advokat

PORTRETTINTERVJU

Beretninger om tap og beskyttelse

Som fireåring kunne hun ikke skåne moren mot overgrep i et krigsherjet Berlin. Som krisepsykolog gav Renate Grønvold Bugge råd og hjelp en hel nasjon etter 22. juli.

TEKST Nina Strand

FOTO Linda Bournane Engelberth



BETYDNINGSFULLT STED: Her på operataket pustet Renate Grønvold Bugge ut 1. august 2011. Uker med døgntilstand og døgntilstand som krisepsykolog var over, og sterke barndomsminner våknet i henne.

I dag må hun skjerme seg mot å være i direkte kontakt med den enkeltes lidelse. – Jeg ville ikke orket å jobbe i et akutt-mottak og møte etterlatte slik jeg gjorde tidligere, sier Bugge.

En hendelse i familien gjorde det nødvendig for henne å legge om yrkeskarrieren. Men det hindret henne ikke i å ta en sentral rolle i krisehåndteringen etter 22. juli 2011.

GLEMTE MINNER

Oslo, juni 2014. I solskinn og sommervind vandrer Renate Grønvold Bugge på operatakets skrå marmorflater. Dette stedet betyr noe spesielt for psykologen. Her satt hun for seg selv 1. august 2011, på operaens uterestaurant tett ved vannkanten. Etter to ukers døgnskuttetlig jobbing som krisepsykolog i Arbeiderpartiets kontorer har hun endelig en frikveld.

Fra partikontoret på Youngstorget har hun ruslet ut i gatene og sugd inn atmosfæren i byen. Stanset opp ved blomsterhavet foran domkirken, gått forbi rosene folk har hengt opp i portrom og på lyktestolper. Det er stille i byen. Hun føler en ro. Endelig kan hun puste ut, slippe til tanker og følelser. Hun ser utover fjorden med de grønnkledte øyene. Kjenner hvordan tårene begynner å renne. Litt etter litt fylles hun av sterke minner fra barndommen. Minnene knyttes sammen med de siste ukens intense jobbing i Arbeiderpartiets hovedkontor.

– Den kvelden åpnet det seg vinduer inni meg som hadde vært lukket i mange år, sier psykologen.

Bugge brenner mest for å snakke om faget sitt. Men hun har tvilt seg frem til at Psykologtidsskriftets lesere skal få noen glimt også inn i hennes personlige historie – fra tidlig barndom i et krigsherjet Berlin til oppveksten som tysk-ættet adoptivbarn i etterkrigs-Norge.

– Historien min er vel også en tidsvitnehistorie, sier hun.

TRE MÅNEDER FRI FRA ANGSTEN

Drammen, 19. mars 1948. På togstasjonen står en sjuåring med navneskilt rundt halsen, alene i mørket. Berlin-jenta Renate Pohl er kommet til en fremmed by i et fremmed land. En mann setter seg på huk og snakket til henne på sitt litt hjelpeløse tysk. Ett års tid senere skal han bli hennes adoptivfar.

Renate kom til Norge med den første barnetransporten fra Berlin. I regi av Israelmisjo-

nen skulle hun sammen med 46 andre barn få tre måneders fri fra en by dominert av vold og hungersnød.

Slik beskrives Renate i Israelmisjonens liste over barna:

34. Pohl, Renate. Født 31.10.40 Bln-Charlottenburg, Knesebeckstr. 88 b Hufnagel. Moren turde ikke inngå ekteskap under Hitler-tiden, da faren var halvjøde og ble forfulgt av Gestapo. Hennes forlovede omkom ved et bombeangrep. Barnet Renate som moren nå må underholde uten farens hjelp, er sart og undervektig.

Grunnen til at Renates foreldre ikke hadde giftet seg, var Nürnbergerlovene fra 1936, som forbød ekteskap mellom «arisk renrasede» og jøder – selv halvjøder. Men til tross for at paret ble angitt av naboer og måtte flytte fra hverandre, fortsatte de å møtes i hemmelighet, og fikk et barn til.

Etter tre måneder med sunn kost og mye kjærlighet fra de norske pleieforeldrene, reiste Renate og de andre barna tilbake til Berlin. Men Berlinblokaden den påfølgende vinteren gjorde at alle livsnødvendige tilførsler ble avstengt. Renates familie var hardt rammet, og den lille jenta ble syk. Det sto om livet. Underernært og svak ble hun innvilget et nytt opphold i Norge, hos det samme ekteparet som sist.

- NÅ HADDE DU VÆRT STOLT

Augustkvelden på operakafeen i 2011 er det adoptivfaren sin Renate tenker på. Han var en engasjert Arbeiderparti-tilhenger, og sammen med ham gikk hun for første gang i 1. mai-tog. Far og datter i Drammens gater. Han, stilig kledd i hatt og frakk, leiende på sin lille datter. Tydelig stolt, merket Renate. I tankene snakker hun til sin døde far: «Nå hadde du også vært stolt av meg, far, hvis du hadde fått oppleve at jeg hadde jobbet døgnet rundt i Arbeiderpartiets hovedkvarter, der så mange av dine helter fortsatt er til stede i form av skulpturer, fotografier og malerier.»

Bugge føler at hun har betalt noe tilbake til landet som tok imot henne for 66 år siden. At hun har tatt aktivt del i norsk historie. Med blikket hvilende på fjorden fylles hun av dyp takknemlighet. I øyeblikket er det en udelte god følelse.

KRISEPSYKOLOG FOR AP

Da leder for Senter for krisepsykologi i Bergen, Atle Dyregrov, ble kontaktet av Arbeiderpartiet 24. juli 2011, to dager etter terrorangrepet, med spørsmål om han kunne skaffe en psykolog med forståelse for organisasjoner i krise, var han ikke i tvil om hvem av sine kolleger han ville sende.

– Renate har en unik forståelse av organisasjoner, og en enestående analytisk evne og rolleforståelse. Så har hun også mye ledererfaring i tillegg til omfattende klinisk praksis. Mange organisasjonspsykologer mangler nettopp den kliniske bakgrunnen, kommenterer han på telefon.

Den 27. juli 2011 troppet Renate Grønvold Bugge opp på partisekretær Raymond Johansens kontor. Slik rekapitulerer hun deres første samtale:

– Han møtte meg med klare forventninger. «Det er viktig for meg å kunne diskutere vanskelige spørsmål med deg og at du kan gi meg faglige råd. Det kan hende at jeg vil legge store byrder på dine skuldre. Er du villig til å ha en slik rolle?», sa han til meg.

Hun lot ordene synke inn. Store byrder. Ønsket om tydelige råd i en svært utfordrende situasjon. Rådene hennes skulle lyttes til av landets ledende politikere. Fortsatt får hun frysninger ved tanken på denne samtalen.

SØRGE OG JOBBE

Noe av det første Bugge ble engasjert i, var å bistå selve partiorganisasjonen ved partikontoret i Oslo. Kontoret skulle ivareta terrorrammede, pårørende og etterlatte. Samtidig skulle det løpende partiarbeidet holdes i gang i en situasjon der mange ansatte selv var preget av terrorhandlingene gjennom familie, venner og kolleger som var berørt.

Bugge støttet AP-ledelsen i å følge to spor. Det ene var å akseptere og å gi rom for sorgen, også på jobben. Det andre var å legge til rette for at arbeidsoppgavene ble utført. Hun poengterer at også i krisetider er det avgjørende at ledere beholder fokus på organisasjonens primære virksomhet.

– I akutt situasjonen kan dette virke kynisk og ubarmhjertig, men på lang sikt er det viktig at virksomheten ikke svekkes i det den egentlig skal levere, påpeker Bugge, som kan støtte seg på lang erfaring som krisepsykolog. Brannten ved Caledonien hotell i Kristiansand i 1986, »

Renate Grønvold Bugge (74)

- Spesialist i klinisk psykologi og i arbeids- og organisasjonspsykologi.
- Mange års ledererfaring, eksempelvis direktør ved RBUP, Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, helseregion øst og sør 1999–2002. Fylkestryggedirektør i Vest-Agder 1990–1996. Administrativ og faglig leder av Barne- og ungdomspsykiatrien i Vest-Agder 1977–1987.
- Spesiell kompetanse på å bistå lokalsamfunn, organisasjoner og grupper i krisesituasjoner, enten det er ved store ulykker eller krisesituasjoner på grunn av omfattende endringer. For eksempel etter Caledonien-brannen 1986, Partnair/Wilhelmsen-flyulykken i 1989, togulykken på Åsta i 2000 og terroranslaget 22. juli 2011.
- Spisskompetanse på barn og unge i sorg og krise.
- Leder av de psykososiale programmer for Norsk Folkehjelp i tidligere Jugoslavia, Sarajevo 1996–1997.
- Spesialpsykolog ved intensiv- og akuttavdelingene ved Vest – Agder Sentralsykehus 1987–1990.
- Foreleser, veileder og forfatter. I 2008 utga hun boka *Når krisen rammer barn og unge*.

Mer informasjon på www.kriseledelse.no



FOTOGRAFIENES FORTELLINGER: Bugge med familiefotografier som vitner om nærhet og bånd, men også tap og brudd.



TILFLUKT PÅ LANDET: Renate omkranset av mor og lillebror, mormor og far 1943. Bildet er tatt på sommerstedet i Falkenhöh, like utenfor Berlin, der mor og barn hadde søkt tilflukt. Hagen bidro til at de overlevde, tror Bugge. Moren dyrket bønner, poteter, kål, tomater og bær. (Foto: Privat)



FAR PÅ BESØK: Marienbad 1942. – Mutti (mor) måtte reise fra Berlin fordi hun og Vati (far) var blitt angitt av naboer siden de bodde sammen. Det var ikke lov på grunn av Nürnberg-lovene. Vati kom på besøk så ofte han kunne, forteller Bugge. (Foto: Privat)



– Eksistensielt skylder du jo adoptivforeldrene at du lever.

Partnair/Wilhelmsen-flyulykken i 1989 og togulykken på Åsta er blant de mest kjente ulykkene der hun har bistått med organisering ved psykososial oppfølging og også med rådgivning til toppsjefene.

TAR EN KONFLIKT

Sjelden har etterspørselen etter psykologisk kunnskap vært større enn etter 22. juli. Bugge formidlet kriseforståelse i Arbeiderpartiet, i Stortinget, til politiet og til journalister. Hun bidro med faglige råd og betraktninger i komiteer som skulle planlegge arrangementer og minneseremonier. Ikke alltid til applaus fra andre fagfolk og etater. Da overlevende, pårørende og etterlatte skulle besøke Utøya en måned etter terroranslaget, ble det diskusjon om politiet skulle møte i sivile klær av hensyn til ungdommene. Bugge ville at politiet skulle bære uniform, men fikk motbør fra andre fagfolk. De mente det ville være en for stor påkjenning for ungdommene, at det var fare for retraumatisering.

– Hva skyldtes denne uenigheten?

– Den bunner i en grunnleggende ulik forståelse og tilnærming, svarer Bugge.

– Skal den rammede betraktes som en pasient, eller som et vanlig menneske i en ekstrem situasjon? En pasient må beskyttes. Et vanlig

menneske må få støtte til å mestre. Jeg heller til det siste, og derfor mente jeg at det å møte uniformert politi innenfor en trygg ramme ville være bra for de unges helingsprosess. Bedre enn om det skjedde første gang tilfeldig på gata, sier Bugge.

Og slik ble det. Politiet stilte med uniform.

Flere uenigheter fulgte. Det kom forslag om å vente med den store minneseremonien til etter stortingsvalget i september.

– Ikke bra, sa jeg til Raymond Johansen. – Skal vi ha en slik seremoni, må det skje nå. Det er nødvendig å avslutte akuttfasen. Stortingsvalget representerer jo hverdagen, normaltstanden. Utsetter vi minneseremonien til etter valget, vil mange oppleve at sårene rives opp igjen.

Johansen spurte om hun var sikker. Det var hun. Ikke lenge etter hadde hun Atle Dyregrov på tråden: «Du kan regne med å bli oppringt om minnemarkeringen,» sa han. For nå hadde politikerne fått motstridende faglige råd. Ett som gikk ut på å holde seremonien i oktober, et annet som gikk inn for august. Hun fikk telefon fra regjeringskontoret, de ville høre begrunnelsen med hennes egne ord.

EKSEMPELETS MAK

Hun virker myndig, men også myk, med sitt sølvgrå hår og klær der hun gjerne kombinerer



ÅTTE ÅR: Bildet av Renate ble tatt før den første barnetransporten fra Berlin til Norge i 1948 - til identitetskortet som fulgte henne. (Foto: Privat)



FARS HUND: Renate (3) med hunden Harras. - Bildet må være fra sommeren 1943, ettersom både far og hunden ble drept under bombeangrepet i november 1943, sier Bugge. (Foto: Privat)



KONFIRMASJON: Renate med sine adoptivforeldre Martha og Johannes Grønvold. Hun vokste opp i et kristent hjem. - Det var mye lovsang hjemme hos oss, forteller hun. (Foto: Privat)

sort med milde farger som syrin og rosa. Ordene faller rolig og nøkternt, uten store fakter. Men styrken hennes er nok særlig kombinasjonen av solid faglig argumentasjon og fortellinger fra sine utallige møter med enkeltmennesker i krise. Slik appellerer hun til både fornuft og følelser. En unik miks som gjør inntrykk og som synes å gi henne gjennomslag.

Jeg hører fra kolleger og fra Arbeiderpartiet: Bugge er bestemt. Viker ikke, selv om hun møter skepsis. Hvordan kan hun være så sikker?

Hun er ikke enig i premisset. Trekker frem at hun ofte søker ofte råd hos kolleger, særlig hos fagfolk som også jobber med kriser og katastrofer. De vet hvordan det er å jobbe i akutte situasjoner der kaos råder. Da hun jobbet med Ap etter 22. juli, hadde hun for eksempel kontinuerlig og nær kontakt med Atle Dyregrov for å forankre arbeidet sitt.

- Men er jeg overbevist om noe, da gir jeg meg ikke, sier hun.

- Jeg har jo omfattende erfaring fra krisepsykologien. Erfaring gir trygghet. I tillegg har jeg gjennom å jobbe klinisk sett hvordan det kan gå når man ikke har fått god hjelp etter dødsfall og kriser. Som terapeut traff jeg mange voksne som fortsatt bar på traumer fra barndommen fordi de ikke hadde blitt møtt og sett av de voksne.

Samtidig fremhever Bugge viktigheten av å vær åpen for hva de som er rammet av ulykken, selv ønsker.

- Vi helsearbeidere skal ikke sensurere eller velge for andre. Vi kan presentere muligheter og forslag, men overlate til familien eller de som er rammet å velge hvordan de vil ha det.

Da hun selv ble rammet av katastrofen, erfarte hun at hennes egne ønsker ble ignorert. I 1998 tok sønnen livet sitt, 24 år gammel. Begravelsesbyrået tok regi. Som mor ble hun ekskludert. Hun som underviser fagfolk om sorg og kriser, var nå selv sårbar, og manglet krefter til å si fra. Først etter flere år tok hun kontakt med begravelsesbyrået og fortalte dem hva denne opplevelsen hadde gjort med henne, hvor vondt det hadde vært.

BÅND OG BRUDD

Etter utfordrende uker med krisehåndtering i kjølvannet av 22. juli kunne Renate Grønvold Bugge endelig sette kurs mot hjembyen Kristiansand. Tre år senere besøker jeg henne i det hvitmalte rekkehuset i utkanten av sørlandshovedstaden – et sted for påfyll av energi og friske tanker mellom hektisk reisevirksomhet i krisepsykologiens tjeneste. Hun kommer inn fra den frodige hagen, der hun har duppet litt til lyden av springvannet. I trappeoppgangen henger familiebilder. Bugge forteller at sort-hvitt-bildene bevisst er hengt opp i rom der en *beveger seg gjennom* mer enn *er*. For fotografiene dokumenterer nærhet og bånd, men også tap og brudd. Det blir for sterkt å ha dem tett på i stua og på kjøkkenet. De viser Bugges tilhørighet til to familier; den ene i Norge og den andre Tyskland. Vi ser to mødre – en biologisk mor og en adoptivmor. To fedre. En bror som hun ble skilt fra som 7-åring, da han reiste tilbake til Berlin mens hun ble værende i Drammen. Tre sønner.

Vi setter oss ved et pent dekket stuebord. Bugge vil gi meg en smak av Sørlandet, og serverer hummer. Psykologen som startet sin utdanning på husmorskole, flyter fortsatt på kunnskap derifra. Men husmorskolen var og ble et sidespor. Renate bestemte seg tidlig for »

at hun ville gjøre en forskjell i verden. Hjelp mennesker. Bli prest, kanskje? Eller jobb i helsetjenesten?

– I dagboka mi som jeg begynte å skrive i 12-årsalderen, skrev jeg at jeg ville bli sosialminister i Norge. Jeg ville påvirke lovgivningen, smiler hun.

Men da hun noen år senere undersøkte med rådgiveren ved Universitetet i Oslo, ble hun frarådet å studere psykologi. Det var så få stillinger. Psykologer er fornøyde hvis de ender opp som lastebilsjåfør, mente rådgiveren. Likevel – tross også adoptivforeldrenes skepsis: Renate holdt fast ved drømmen.

- IKKE REDD FOR Å TRÅKKE NYE STIER

Det ville føre alt for langt å forsøke å gi et representativt bilde av 74-åringens karriere. Selv forenkler hun ved å si at hun har stått på tre bein: hun har jobbet klinisk, med organisasjon og som leder. Ved å finlese CV-en på www.kriseledelse.no får en inntrykk av en dame som bidrar til endring. Stikkord hun oppgir viser noe av bredden: utvikling av samarbeid med de tillitsvalgte, oppretting av ungdoms- og familieenhet, etablering av mediekontakt, etablering av gruppeterapi og helhetlig intern behandlingsskjede.

Men som fersk psykolog, da var hun vel mer usikker?

Nei, ikke denne damen.

– Jeg følte meg så trygg på kunnskapen jeg hadde med meg fra Universitetet og var veldig stolt av faget mitt, sier hun.

– Jeg var ikke redd for å tråkke nye stier og gå inn i nye psykologroller også som leder. Det var ikke så vanlig på 1970-tallet.

En av de nye stiene gikk til intensivavdelingen ved sykehuset i Kristiansand. Stillingen ble opprettet etter initiativ fra Renate Grønvold Bugge selv. I kjølvannet av brannen på Kristiansand-hotellet Caledonien, der Bugge hadde ansvaret for den psykososiale oppfølgingen, var det ikke så vanskelig å få gjennomslag for tanken om at mennesker som rammes av ulykker eller akutt sykdom, trenger psykologisk støtte. I tre år var Bugge på plass som psykolog for pasientene selv eller deres familier og etterlatte. Det er et stort poeng for henne at hun hadde sin plass på akuttavdelingen, ikke på psykiatrisk avdeling i et annet hus. Tett på, altså. Og dette var ingen 8 til 16-jobb.

– Jeg kunne bli utkalt når som helst, i sammenheng med for eksempel trafikkulykker, forteller hun.

EN ISKLUMP I MUNNEN

Psykologen mener at ønsket om å bli psykolog og hjelpe andre henger tett sammen med takknemlighetsfølelsen hun har hatt med seg, også som voksen. Da hun i 1999 fikk beskjed om at hun hadde fått jobb som direktør ved RBUP, Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, helseregion øst og sør, reiste hun spontant til sin gamle barneskole, Fjellheim skole i Drammen.

– Jeg trengte å koble sammen den jeg var da og den jeg var nå. Jeg ruslet omkring i skolegården. Tenkte på klasseforstanderen min som hadde gjort så mye for meg. I tankene sa jeg til henne: «Takket være deg, frøken, ble jeg tatt godt vare på slik at jeg kunne ta en utdanning og få en jobb der jeg kan gjøre en forskjell, slik jeg drømte om som barn». Jeg følte det som en mulighet til å betale tilbake til landet som hadde tatt så godt imot meg.

Plutselig rant tårene. Hun stoppet opp. Sakte kom bildet fram av ei lita jente som blødde fra munnen.

Hun som en gang var denne jenta forteller om en vond opplevelse hun hadde som ny i Norge. Hun kom hit til landet bare tre-fire år etter at krigen var slutt. Barn av nazister og kommunister ble ofte trakassert, også av lærerne sine. Med noen få unntak hadde ikke lille Renate slike erfaringer. Men i et friminutt på Fjellheim skole suste en isklump mot henne.

– Den traff rett i fleisen. Smalt inn i munnen, så hardt at de voksne fryktet at tennene var skadet. Men rektor og læreren tok raskt affære. Klassen min beskyttet meg. Det oppsto aldri mer slike situasjoner.

Nå, i skolegården i 1999, oppdager hun at hun har stoppet opp på nøyaktig samme sted som der hun sto da noen kylte isklumpen mot henne.

– Minnet var lagret og kom opp akkurat på denne symbolske dagen i mitt voksne liv.

- EN SKILLEVEGG INNI MEG

I 1949 ble åtteåringen Renate spurt om hun ville bli adoptert av pleieforeldrene. Hun kunne begynne på Fjellheim skole når hun hadde lært språket godt nok. Etter få måneder hard innsats, ble hun tatt inn.

– Jeg ville jo bare være norsk, sier hun. – Jeg glemte tysk og måtte lære det på nytt da jeg møtte min bror og Mutti igjen etter tre år.

Senere har hun tenkt at hun overkompenserte for å tilpasse seg det nye livet i Norge. Den første diktaten hun leverte til læreren, kom tilbake full av røde streker. Hun hadde skrevet alle substantivene med stor bokstav, slik man gjorde på tysk. I den neste diktaten hadde hun alt riktig, og markerte seg fort som den flinkeste i klassen.

Men den skoleflinke jenta med lange fletter kunne også bite fra seg. «Tyskerunge», ble det ropt etter henne på skoleveien.

– Jeg er ikke tysk, men jøde, svarte jeg. – Og din far var nazist!

Etter det fikk hun gå i fred.

Flink og tøff, altså. Men også usikker. Hun kjenner seg godt igjen i forskningslitteraturen som viser at det kan være en belastning å være adoptert.

– Eksistensielt skylder du jo adoptivforeldrene at du lever. Jeg har nok slitt mye med det der, at jeg måtte vise meg verdig. Men jeg følte aldri at jeg var god nok.

Samtidig visste hun at hun var spesielt ønsket av adoptivforeldrene. Etter at hun

hadde vært hos dem som pleiebarn i 1948, gjorde de alt de kunne for at hun skulle få komme tilbake til dem igjen, og etter hvert bli deres adoptivbarn.

– Det er jo fantastisk å føle at en har blitt valgt, slik jeg ble. Mor og far skrev til Israelmisjonen og ønsket meg tilbake til seg. Men takknemlighet kan også være en svøpe, sier hun.

I hele oppveksten og i sitt voksne liv har Bugge forholdt seg til at hun tilhørte to familier: mor og bror i Berlin og foreldre i Drammen. Barndommen i Berlin hadde vært traumatisk, og hun snakket ikke gjerne om det.

– Jeg vokste opp med en skillevegg inni meg, sier hun.

FORSONINGSBREV TIL MUTTI

Da Psykologtidsskriftet i 2009 utga temanummeret «Beretninger om krigsbarndom 1940–1945», ble Bugge inspirert til å skrive ned sin egen historie. En svær jobb som hun foreløpig ikke har fullført. Men i notatene skriver hun dette om tidlig barndom i Berlin:

Jeg minnes opphold i en primitiv kjeller med jordgulv, kaféstoler satt mot hverandre slik at de kunne tjene som en provisorisk seng for et lite barn, blikket ut av kjellervinduet i morgengryet for å se bombeflyene som fløy lavt mot Berlin. Lukten av innestengt jord. Lyden av drønn, sirener, fyrverkeri og kraftig motorlyd mobiliserer fortsatt reaksjoner, som har sitt utspring i tidlig barndom.

De sterkeste minnene om den biologiske moren – Mutti – var at hun drakk. Lille Renate måtte være med moren ut på kneiper for å passe på henne. Minnene bar hun med seg langt inn i voksen alder. Én episode fra russernes inntog i 1945 brant seg fast og beskrives slik i det upubliserte notatet:

Jeg og min bror hadde blitt tvunget med bajonetter til å stå stille og se på at de la min mor på sengen slik at blikket hennes vendte mot oss. Angst, redsel og sinne slik det uttrykkes gjennom øynene, får meg fremdeles til å bli stiv av redsel. Jeg var fire og et halvt år og holdt min lillebror på knappe to år i hånden. Fikk ham til å krype ut sammen med meg, da soldatene mistet fokus på oss. I dag vet vi mye om hvilken traumatisk effekt det har på et barn når det blir satt inn i omsorgsrollen fordi de voksne ikke lenger er der for å beskytte, i dette tilfelle var den voksne omsorgspersonen også den som ble utsatt for overgrep.

Først da psykologen selv var i 40-årene, fikk hun et nytt blikk på Mutti, og ble i stand til å se henne i en sammenheng. Hun skrev et langt brev til moren, om at hun så hvor umulig situasjonen hennes hadde vært.

– Mutti ble veldig, veldig glad. Hun følte jo at hun hadde sviktet meg. Samtidig visste hun at hun ikke hadde kunnet gi meg et godt liv i Berlin. Jeg takket henne for at hun hadde samtykket til adopsjonen, sier Bugge.

– Har du lest *En kvinne i Berlin*? Det er dagboknotater fra våren 1945, skrevet av en anonym kvinne, skyter hun inn.

– Leser du den, da forstår du min oppvekst.

Det var en venninne som hadde anbefalt henne å lese boka.

– Jeg leste og grein. Leste mer og grein mer. Boka beskriver det sånn som det var. Moren min delte sin skjebne med så mange kvinner i Ber-



– Skal den rammede betraktes som en pasient, eller som et vanlig menneske i en ekstrem situasjon?



HENTER SEG INN:

Jeg er flink til å legge jobben fra meg, sier Bugge. Skogsturer med hunden Figo gir energi og inspirasjon. Så liker hun å jobbe med jorda, helst uten hansker for å kjenne jorda mellom fingrene. (Foto: Privat)



lin. De ble trakassert og voldtatt. I tillegg hadde Mutti mistet mannen sin i et bombeangrep og var alene med to små barn som ble definert som uekte av mannens familie. Livet i Berlin var et helvete.

LIVSVILJEN FORSVANT

Da yngstesønnen Halvard tok livet sitt, forsvant livsviljen. Og hun ble sint. Sto i hagen og lukte gress i bunker.

– Jeg hogg i røtter. Husker akkurat den flekken jeg holdt på med.

Det er en myte at sorgen forener. Ved selvmord er det svært ofte at tapet splitter familier, betoner Bugge. Alle har sin egen sorg og ulik relasjon til den som tok livet sitt. Slik var det i hennes familie også.

I dag brenner hun for å få inn kunnskap om selvmordsforebygging ved alle relevante utdanninger. I flere perioder har hun sittet i landsstyret i LEVE, Landsforeningen for etterlatte etter selvmord.

– Verdensdagen for selvmordsforebygging er et hjerte barn for meg. Vi har fått til en fagdag i samarbeid med Universitetet i Agder. Fem hundre mennesker tar selvmord hvert år. Det

er dobbelt så mange som det dør i trafikken. Vi vet at etterlatte etter selvmord er utsatt.

Selv plagdes hun av skyld og følelse av mislykkethet.

– Jeg visste at han hadde det tungt en periode på grunn av samlivsbrudd. Det rammet meg hardt at jeg som fagperson, jeg som hjelper andre i krise, ikke fikk tatt vare på sønnen min.

Hun følte det som umulig å stå oppreist og undervise om kriser og krisereaksjoner. Men en av de gjenlevende sønnene ga henne et dytt videre: «Er det ikke nok at han tok fra deg hverdagen, om han ikke skal ødelegge det profesjonelle livet ditt også?»

– De ordene ble en redningsplanke for meg, sier psykologen.

GJENEROBRINGEN

Hun forsto at hun måtte gjøre noe.

– Jeg maler meg ned i en kjeller, jeg grubler bare over selvmordet. Men dette får du ingen svar på. Stopp! sa jeg til meg selv.

På vei ut av den tyngste sorgen fikk hun et viktig innspill av en god venn og kollega. Hun hadde fortalt ham at hun ikke lenger orket å sitte akter på seilbåten og nyte solnedgangen,

slik hun så ofte hadde gjort. Nå minte det for mye om kveldsturer i båten med sønnen Halvard.

– Du må jobbe med å gjenerobre den gode opplevelsen og gjøre den til din igjen, sa han til meg.

Når hun i dag foreleser om sorg, står begrepet gjenerobring sentralt. Hun presiserer at det innebærer et stykke arbeid. Man hører ofte dette, at man må jobbe seg ut av ting. Men hva innebærer det egentlig?

– Når alt er mørkt, må man ta et valg. Det krever at du har litt ressurser. I lange perioder kan det være veldig tungt. Men det har blitt et mantra for meg å spørre: Hva pleide å gjøre meg godt? Og så gjøre det. Man har ikke alltid lyst. Som med trening. Men man må tvinge seg selv.

PLANTET NYE MINNER

Sønnens selvmord skjedde i april, det var sen påske. De påfølgende årene hadde hun det svært vanskelig i den perioden, og hun visste at hver april og påske fremover ville bli smertefulle.

– Men jeg kunne ikke gå i denne smerten, og tenkte at jeg måtte legge noen lag oppå dette, nye minner, så skorpen på såret ikke skulle rives opp gang på gang.

Sammen med en nær venninne la hun ut på pilegrimsvandring i Frankrike på vei til Spania i 2004. Det ble den første av flere. Før hver tur definerer hun temaer hun vil bearbeide eller gå i dybden på i de 1–2 ukene vandringen varer. Hun slår av mobilen, har en sekretær som sjekker mail og kommuniserer minst mulig med omverdenen.

– Jeg er strippa fra alle inntrykkene jeg vasser i ellers. Det er litt som å gå i fjellet, men i tillegg er det en kulturdimensjon. Jeg kjenner at jeg går i en sammenheng, historisk og religiøs. Går den leden jeg vet mennesker før har gått med sin smerte og sine bønner. Vet at middelalderbyene – bortsett fra nymalte vinduskarmer, søppelbøttene og strømledningene – har sett ut sånn i hundrevis av år. Alt dette gir meg en indre ro, sier Bugge.

- SKJERMER MEG MER

I det siste året har hun tenkt mye på gleden og takknemligheten for alle årene da guttene vokste opp.

– Livet til sønnen min tok slutt. Mitt gikk videre. Jeg går med et tomt spor ved siden av meg, men livet er meningsfylt. Dette har tatt veldig mange år for meg.

Men hendelsen fikk konsekvenser for psykologens valg av arbeidsoppgaver. Bugge har fått det hun kaller en beskyttelseshinne, en grense for hvor mye hun vil eksponeres for andres smerte. Hun skjerner seg mer enn før.

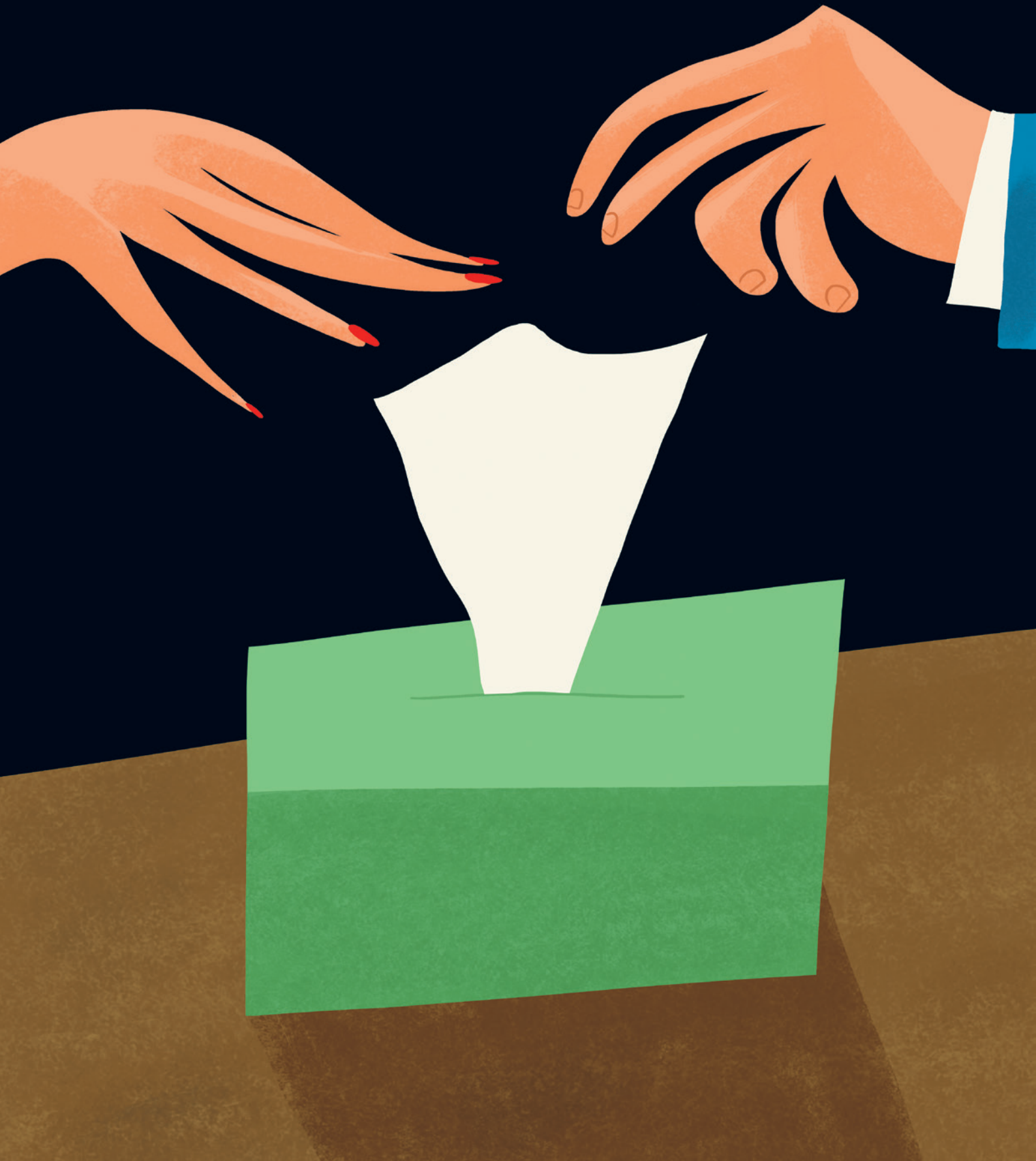
– Mitt faglige tyngdepunkt har endret seg. I de siste 15 årene har jeg jobbet mer med systemer enn med kliniske intervensjoner. Og med å formidle faget mitt.

For fortsatt er 74-åringens kalender fylt med oppdrag der hun formidler psykologisk kunnskap til leg og til lærd i inn- og utland. Hun føler seg privilegert som kan prioritere det hun har mest lyst til å jobbe med.

– Det å stå foran folk og få dem med seg, eller å veilede fagfolk, det er veldig gøy! For meg er det meningsfullt å levere faglige perspektiver videre. Men jeg sier som Wenche Foss: Den dagen jeg ikke lenger har sommerfugler i magen før en forelesning, da slutter jeg! ❌



– Jeg kunne ikke gå i denne smerten, og tenkte at jeg måtte legge noen lag oppå dette, nye minner, så skorpen på såret ikke skulle rives opp gang på gang



Den med-lidende nybegynder

Terapeuter møder patienter med stort lidelsestryk. Indføling resulterer ofte i med-lidenhed, når den professionelle empati ikke er tilstrækkeligt udviklet.

TEKST

Line Bang Mikkelsen

ILLUSTRASJON

Bendik Kaltenborn

Som nyuddannet psykolog tænkte jeg, at jeg efter intensiv gennemgang af litteratur om relationelle aspekter i psykoterapi havde en forholdsvis god forståelse af disse temaer. Under studiet læste jeg om den stærke sammenhæng mellem kvaliteten af den terapeutiske alliance og effekten af terapi. Samtidig læste jeg, at evnen til at adressere problemer i den terapeutiske relation og udfordre problematisk patientadfærd også har betydning for den terapeutiske effekt (Bachelor & Horvath, 1999; Andrews, 1990). Og jeg læste, at brud på den terapeutiske alliance kan give unikke muligheder for terapeutisk arbejde med patientens relationelle adfærd (Jørgensen, 2000). Denne teoretiske viden viste sig udfordrende at omsætte i praksis. Konkrete episoder i relationen til patienten, eksempelvis et ønske fra patienten om hyppige hjemmebesøg, udløste stærk usikkerhed hos mig. Drevet af ønsket om at hjælpe blev jeg ofte splittet imellem bekymring for mulige konsekvenser af at løsne på terapeutiske rammer eller teoretiske retningslinier, og angst for at udfordring eller afvisning kunne medføre alvorlige brud på den terapeutiske alliance og i værste fald skade den enkelte patient.

Ud fra egne oplevelser samt observationer af kollegaer og supervisanders udfordringer i klinisk praksis har jeg dannet en hypotese om, at nye terapeuter er særligt sårbare i visse relationelle situationer. Undersøgelser af terapeuters udvikling støtter, at man på tværs af individuelle forskelle kan identificere generelle udfordringer i klinisk praksis, som terapeuter med samme erfaringsgrundlag deler (Rønnestad & Skovholt, 2013). Jeg argumenterer i dette essay for, at nogle typer patientadfærd er særligt problematiske for nye terapeuter. Dette fordi adfærden forstærker temaer, som nye terapeuter selv har udfordringer med både af følelsesmæssige grunde og på grund af manglende terapeutiske værktøjer.

I kontakt med relationsforstyrrede patienter ser erfarne terapeuter ud til at håndtere de relationelle aspekter af terapi mere effektivt end nye terapeuter. Dette er ikke fundet i undersøgelser af terapi med andre patientgrupper. Erfarne terapeuter danner stærkere alliancer med relationsforstyrrede patienter end nye terapeuter, og de er dygtigere til at identificere vanskeligheder i den terapeutiske relation (Horvath & Bedi, 2002). Evnen til at iden-

tificere og benytte emotionelle kvaliteter af alliancen terapeutisk er en af de færdigheder, som terapeuter vurderer, at de forbedrer mest med erfaring. Orlinsky og Rønnestad (2005) definerer dette som *avancerede relationsfærdigheder*, hvilket kan sammenlignes med evnen til at arbejde konstruktivt med overføringsfænomener i den terapeutiske relation.

Jeg tager i dette essay udgangspunkt i terapeutens almenpsykologiske forudsætninger for at udfylde terapeutrollen samt resultater fra empiriske undersøgelser af terapeuters udvikling. Så forsøger jeg gennem analyse af centrale karakteristika ved nye terapeuters normale udviklingsfase at belyse konsekvenser for evnen til at håndtere relationelle udfordringer i klinisk praksis. Nye terapeuter oplever markant større belastninger i klinisk praksis end erfarne terapeuter (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Sandsynligvis er deres udfordringer i arbejde med relationelle aspekter af terapi en baggrund for dette. Vanskeligheder i relationen til patienter er blandt de stærkeste belastninger for terapeuter generelt (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Fokus på dette tema vil kunne bidrage til øget bevidsthed hos nye terapeuter og deres vejleder, og forhåbentlig bidrage til at forkorte og lette den krævende proces forbundet med indlæring af avancerede relationsfærdigheder. I starten af karrieren er sammenhænge mellem sårbarheder for bestemte modoverføringsreaktioner og generelle karakteristika ved nye terapeuters udviklingsniveau efter min mening et mere hjælpsomt fokus end individuelle psykologiske sårbarheder i overføringen.

NYE TERAPEUTERS NORMALE UDFORDRINGER

Flere forfattere har belyst, hvordan vigtige relationelle professionsegenskaber for terapeuter har rod i almenmenneskelige egenskaber (Fog & Hem, 2009). Videreudvikling af almenmenneskelige egenskaber til terapeutiske færdigheder er et centralt projekt i første fase af terapeuters udvikling (Rønnestad & Skovholt, 2003; Hill, Charles & Reed, 1981). Terapeuters professionelle empatiske evne er en udviklet udgave af den almene menneskelige empatiske evne, som har almenpsykologiske forudsætninger i menneskeartens tilknytningsinstinkt. Tilknytningen fører til udvikling af evnen til at føle sig ind i den andens tilstand og lære at genkende andres følelser. Relationsdannelse og genkendelse af den andens tilstand bliver med udviklingen to sider af samme sag (Fog & Hem, 2009). Evnen til at føle sig ind i den andens tilstand er en grundlæggende terapeutisk egenskab. Formodentlig er dens almenpsykologiske ophav en forklaring på, at terapeuter selv vurderer, at de fra starten af karrieren er kompetente i forhold til at skabe en relation til patienten, at formidle forståelse og bekymring til patienten og at forstå patientens problemer. Terapeuter rapporterer, at de ikke forbedrer disse *grundlæggende relationsfærdigheder* nævneværdigt med erfaring (Orlinsky & Rønnestad, 2005).

Det er en klassisk pointe i klinisk litteratur, at terapeuters indføling i patientens tilstand er et tveægget sværd (Fog & Hem, 2009; Ulvik & Rønnestad, 2013). Indføling er en nødvendig ingrediens i effektiv terapi samtidig med, at for stærk indføling medfører risikoen for overidentifikation med patienten, og er således en mulig terapihæmmende faktor (Ulvik & Rønnestad, 2013). Jeg benytter nedenfor Fog og Hem's (2009) begrebbrug. *Medlidenhed* bruges om den terapihæmmende proces, hvor terapeutens indføling tager karakter af, at terapeuten identificerer sig følelsesmæssigt med patienten. Terapeuten fyldes af disse følelser, *med-*

lidelsen, og mister evnen til at se patienten udefra. Nye terapeuter har, ifølge både Rønnestad og Skovholt og Hill et al. sine undersøgelser, udfordringer med at regulere graden af indføling. Hill et al. (1981) beskriver dette som det mest centrale karakteristikum i første fase af terapeutens udvikling. Terapeutens overidentifikation med patienten optræder, ifølge Rønnestad og Skovholts (2013) undersøgelse, om end i varierende grad, særligt i de første fem år af karrieren. Medlidenhed er en almindelig følelsesmæssig reaktion, når vores empatiske evne bringer os i kontakt med andres lidelse (Vetlesen & Nottvedt, 1997). I mangel på tilstrækkeligt udviklede *avancerede relationsfærdigheder* vil nye terapeuters indføling ofte føre til denne almindelige reaktion frem for terapeutiske responser.

Nye terapeuter har et stærkt ønske om at hjælpe patienten (Rønnestad & Skovholt, 2003). Jeg tænker, at graden af medlidenhed følges proportionalt af ønsket om at hjælpe, og at et stærkt ønske om at hjælpe følges af en tilsvarende stærk angst for at svigte patienten. Muligvis af samme grund tager nye terapeuter et uforholdsmæssigt stort ansvar for den terapeutiske proces (Rønnestad & Skovholt, 2003). Samtidig har de en tendens til at overvurdere potensen af terapeutiske metoder (Skovholt & Rønnestad, 2003), og efter min mening undervurdere patientens skader. Dette kan føre til en følelse af mislykkethed og selvbebrejdelse hos nye terapeuter ved vanskeligheder i terapien. De flydende grænser mellem relationsfærdigheder som terapeutisk metode og som personlig egenskab bidrager til at nye terapeuter tager normale problemer i terapi personligt. Usikkerhed i terapeutrollen gør dem følsomme for kritik og fører samtidig til, at de har et stærkt fokus på at evaluere egne præstationer. Patientens udsagn er i de første år terapeutens primære målestok for egen succes (Rønnestad & Skovholt, 2013). Erfarne terapeuter anvender flere variabler i evalueringen af den terapeutiske proces, og er ikke lige så afhængige af patientens udtrykte tilfredshed med terapi.

I Fog og Hem's (2009) forståelse består den professionelle empati af to komponenter. På den ene side den ovenfor nævnte evne til indføling, som finslibes gennem erfaring. På den anden side evnen til at opfatte den emotionelle logik, som ligger bag patientens udtryk – *den dynamiske perception*. Rønnestad og Skov-

holt (2003) beskriver, hvorledes terapeuters erfaringer med patienter med tiden fører til udviklingen af en kontekstbaseret generaliseret viden, som genkaldes på baggrund af lighed. Erfarne terapeuter genkender mønstre i patientens emotionelle udtryk og relationelle adfærd. Disse færdigheder kan naturligvis ikke være tilstrækkeligt udviklet hos nye terapeuter, hvor generaliseret viden om relationer stadig har erfaringsmæssigt udgangspunkt i det private.

Menneskets relationelle evner indebærer, udover evnen til gennem indføling at forstå den andens tilstand, også procedural viden om nyttig hjælperadfærd (Fog & Hem, 2009). Alle rede før studiestart er terapeuter socialiseret ind i en kulturel praksis, som rummer opfattelser af hjælp som koncept. Undersøgelser tyder på, at følgende bliver opfattet som god hjælp i det norske samfund, både når der blev spurgt til hjælp i terapeutiske og private relationer: Samtale med en støttende person, at få anledning til at udtrykke sine følelser, at få hjælp til at se nye perspektiver og handle anderledes, samt at få støtte til at fatte håb om ændring. Det at blive udfordret blev overordnet set ikke opfattet som hjælpsomt (Ulvik & Rønnestad, 2013).

Ovenstående kulturelle forforståelser indeholder implicite forventninger til den hjælpsøgendes adfærd. I terapi kan vi møde patienter, hvis adfærd ikke stemmer overens med disse forventninger. De kan nægte at snakke, deler kun betemte følelser eller modsætter sig samarbejde indenfor grundlæggende terapeutiske rammer. Jeg vil vise nogle utilsigtede konsekvenser af en terapeutisk tilgang som primært bygger på grundlæggende fremfor avancerede relationsfærdigheder, belyst med eksempler fra kontakt med relationsforstyrrede patienter.

NORMALISERING AF PATOLOGI

Relationsforstyrrede patienter vil normalt have en tilknytningsadfærd, som afviger fra terapeuters tidligere personlige relationelle erfaringer. Disse patienters tilknytningssystem er forstyrret (Bateman & Fonagy, 2004), og den almindelige menneskelige indfølingsevne vil være et utilstrækkeligt værktøj til at forstå relationsforstyrrede patienter. Når terapeuters avancerede relationsfærdigheder ikke er tilstrækkeligt udviklet, må terapeuter benytte en erkendelsesform, som kun giver adgang til teoretisk viden for at opnå en relevant for-

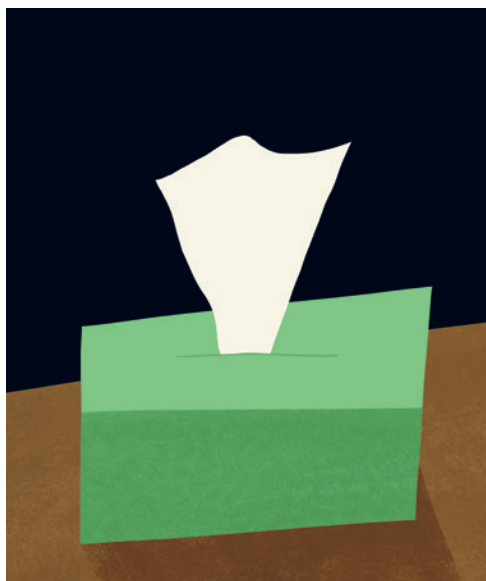


Som graden af medlidenhed følges proportionalt af ønsket om at hjælpe, følges et stærkt ønske om at hjælpe af en tilsvarende stærk angst for at svigte patienten



ståelse. Medlidenhed kan, som stærke følelser generelt, hæmme reflekterende tænkning (Rønnestad & Skovholt, 2003), og kan således vanskeliggøre terapeutens tilgang til teoretisk viden. Dette øger risikoen for, at vurderinger i terapien primært bygges på en følelsesmæssig genkendelse baseret på en indfølelse udviklet i almindelige relationer fremfor en professionelt funderet evidensbase. Når terapeuten i indfølelse bliver medlidende, kan det føre til, at terapeutens vurdering bygger på patientens stærkeste følelser frem for andre former for information. I mangel på en fuldt udviklet professionel empatisk evne bruger nye terapeuter almenmenneskelig empati til at føle sig frem efter genkendelige komponenter i patientens adfærdsmønster. Selv om et reaktionsmønster som helhed afviger fra det kendte, vil enkelte komponenter i menneskelig adfærd altid være genkendelige. Dette kan derfor medføre, at vurderingen af patienten baseres på enkelte adfærdskomponenter, der løsrives fra helheden i patientens dynamik, og identificeres/genkendes som normale adfærdsmønstre.

Tidligt i min karriere havde jeg en patient, som kom i kontakt med psykiatrien efter et selvmordsforsøg. På overfladen fremstod han med en kronisk smerteproblematik, men det viste sig, at relationsforstyrrelser var en del af problematikken. Han havde mange konflikter med flere instanser i helsevæsenet angående diagnostik og forbrug af smertestillende. I det terapeutiske forløb fremstod han ganske neu-



tral, og han var selv usikker på relevansen af kontakt med psykiatrien. Alligevel gjorde han fortsatte forsøg på at tage sit liv. Det tilsyneladende eneste tema, som kunne aktivere patienten følelsesmæssigt, var uretfærdig behandling i somatikken. Han var overraskende fattet i samtale om tidligere belastningshistorier og i mødet med nutidige belastninger såsom kontakt med Børneværnet. Det var grusomme historier, han fortalte, om stærke lidelser og manglende forståelse fra helsepersonel. Historierne vakte medlidenhed hos mig. Jeg blev gradvist overbevist om, at denne patient ikke havde en grundlæggende psykiatrisk problematik. Jeg begyndte at se ham som et normalt fungerende menneske, der var offer for systemet og derfor reagerede kraftigt men forståeligt. I vejledning fremlagde jeg, under påvirkning af medlidenhed, i en forsvarstale for patienten denne teori. Min vejleders kommentar er min tydeligste erindring fra denne sag. Hun fangede min medlidenhed og svagheden i min vurdering med følgende kommentar: «Jeg synes, det er pænt af dig, at du prøver på at se det normale i patientens reaktioner, men det her er altså ikke normalt».

Medlidenhed medfører, at objektet for medlidenhed placeres i offerrollen, som offer for lidelse. Påvirket af medlidenhed kan terapeuter have store problemer med at erkende patientens dysfunktionelle adfærd. Selvom vi har teoretisk kundskab om relationsskader, kræver det både en veludviklet dynamisk perception og en velreguleret medfølelse at erkende dem i praksis. Nye terapeuter kan have frygt for at stigmatisere patienten, og kan opfatte identifikation af relationel patologi som en fjendtlig handling overfor patienten. Muligvis kan nye terapeuters medlidenhed også være et forsvar mod at udvikle en fjendtlig holdning til patienten som følge af erkendelse af patientens destruktive sider. Patientens destruktive sider er vanskeligere at rumme og håndtere, når patologiforståelsen er usikker.

Det første år af min praksis fortalte en patient med personlighedsproblematik mig skyldbetyngt, at behov for opmærksomhed var en vigtig drivkraft bag hans gentagne selvmordsforsøg. Jeg husker, at jeg i første omgang ikke kunne tro ham. Jeg prøvede at finde en, i mine øjne, mere værdig forklaring. Indledningsvis var jeg ikke drevet af en søgen efter en mere nuanceret forståelse af kronisk suicidalitet.

Derimod var ønsket om at frikende ham fra hans egen tilståelse min første impuls.

Normalisering og bagatellisering af patientens patologi forekommer ofte, når almindelig indføling er terapeutens primære værktøj. Dette er risici ved en mindre udviklet evne til dynamisk perception, og optræder særligt, når terapeuten er emotionelt overvældet. Terapeutens ønske om at være den gode hjælper, kan paradoksalt medvirke til, at terapeuten ikke identificerer arbejdsområder, som er afgørende for patientens bedring. Det følger af klassisk patologiforståelse, at normale reaktioner ikke er behandlingskrævende per se. Dette er ikke medlidenhedens logik, hvor terapeutens oplevede forståelse af patientens følelsesmæssige lidelse afgør graden af behov for hjælp. Hjælp bliver i denne kontekst støttende interventioner frem for hjælp til ændring af patientens dysfunktionelle mønstre. Vi skal se nærmere på det.

MISFORSTÅEDE INTERVENTIONER

Kontinuerlig emotionel støtte er, ifølge Rønnestad og Skovholt (2013), en primær intervention hos den utrænede hjælper. Når medlidenhed og den almene kulturelle opfattelse af hjælp påvirker nye terapeuter, bliver det nærliggende for dem at opfatte graden af hjælp som proportional med graden af omsorg. Tilknytningsforstyrrede traumepatienter har tendens til skiftevis at presse terapeuten ind i rollen som enten *redningsmand*, *overgriber* eller *offer* (Liotti, 2004). Rollen som redningsmand er ikke så forskellig fra nye terapeuters egen opfattelse af terapeutrollen. Nye terapeuter kan have vanskeligt ved at begrænse deres involvering i patienten på grund af deres stærke ønske om at hjælpe (Hill et al., 1981; Ulvik & Rønnestad, 2013). Et ureguleret ønske om at hjælpe er destruktivt i terapi, særligt i kontakt med relationsforstyrrede patienter (Gabbart, 2003; Benjamin, 2003).

Borderlinepatienter har svære relationsforstyrrelser. Benjamin (2003 s. 124) beskriver den vekslende dynamik i samspil med disse patienter således:

There is a morbid fear of abandonment and a wish for protective nurturance, preferably received by constant physical proximity to the rescuer. The baseline is friendly dependency on a nurturer, which becomes hostile control if the caregiver fails to deliver enough (and there is never enough) (...).

Når patientens ønsker og terapeutens forventninger til sig selv i hjælperollen forenes i billedet af en kompromisløs redningsmand, er risikoen, at en fantasi om terapeutrollens omnipotens udvikles. En fantasi hvor alene denne specielle terapeut forstår patientens lidelse, og hvor terapeutens handlinger forventes at kunne føre til markant ændring for patienten. Patientens rolle bliver at være passiv modtager af terapeutens tjenester, og terapeuten bærer hele ansvaret i relationen. Som det fremgår ovenfor, er faldet fra denne omnipotente hjælperrolle højt, nært forestående og uundgåeligt. I mangel af erfaring med denne type relationsmønstre kan terapeuter overse underliggende relationelle processer. Styret af medlidenhed kan de stræbe for meget efter at beholde rollen som redningsmand.

Vi har været inde på, at et stærkt ønske om at hjælpe følges af en lige så stærk angst for at svigte patienten. Hvis terapeuten har angst



Patientens udsagn er i de første år terapeutens primære målestok for egen succes



for at udløse følelsen af svigt hos patienten, kan det være destruktivt i behandlingen. Ifølge Benjamin (2003) er borderlinepatienter særdeles følsomme overfor oplevede svigt, og oplevelsen af svigt udløses ofte og tildels uforudsigeligt. Hun skriver, at terapeuter, som bliver genstand for patientens fjendtlighed, risikerer at lade sig tvinge til at udøve den form for beskyttelse, som patienten kræver. Der kan være snak om indlæggelse, hyppigere kontakt og eventuelt fysisk kontakt. Når nye terapeuter benytter patientens udtrykte tilfredshed som primære kilde til at måle eget professionelle værd, er det risikabelt i kontakt med ustabile patienter. Denne form for selvevaluering medfører, at terapeuter kan miste det reflekterende perspektiv, tage patientens kritik for bogstaveligt og imødekomme patientens krav. Hvis patientens forventninger er uforenelige med terapeutiske rammer, kan dette føre terapien på vildspor.

Når patienten beskylder terapeuten for ikke at ville hjælpe, er der en særlig risiko for, at terapeuten underkaster sig og udfører bestemte handlinger for at bevise sine gode hensigter for patienten (Gabbard, 2003). Nye terapeuter er især sårbare overfor denne dynamik, da deres ønske om at hjælpe endnu ikke er velreguleret. Gabbard (2003) kalder dette fænomen: «disidentification with the aggressor». Han ser terapeutens ønske om, at bevise sin anderledeshed fra patientens tidligere overgriber, som central i denne dynamik. Terapeuter stræber efter at komme ud af den overgriberrolle, som patienten tillægger hende/ham. Han/hun søger tilbage til rollen som redningsmand, men nærmer sig i stedet offerrollen. Terapeuten oplever en øgende følelse af magtesløshed, og patientens dynamik kontrollerer relationen.

Når terapeuten mister kontrol over den terapeutiske proces, kan han/hun deltage i patologiske relationsmønstre og således medvirke til at vedligeholde patientes patologi. Relationsforstyrrede patienters problemer præger den terapeutiske relation, hvilket giver mulighed for terapeutisk arbejde med dem (Bateman & Fonagy, 2004). Udfordring eller grænsesætning af patientens relationelle adfærd kan være vanskeligt, når terapeutens perspektiv er præget af medlidenhed. I begyndelsen af min praksis blev jeg fanget i endeløse refleksioner, når jeg fik impulser til at udfordre eller grænsesætte patienterne med højt lidelsestryk og appellerende adfærd. Tankernes fokus var risikoen for at gøre skade og således bidrage destruktivt til patientens tro på andre, på terapi, på livet. Hill et al. (1981) sammenligner nye terapeuter med overbeskyttende forældre, på baggrund af deres tendens til forsøg på at begrænse patientens negative følelser. Med dette fokus kan terapeutens frygt for at skade patienten føre til, at alle terapeutiske interventioner, som udfordrer patienten, forstås som fjendtlige. Hvis terapeuten hovedsagelig baserer sin vurdering af egnede interventioner på sig egen frygt for at udløse patientens oplevelse af svigt, bliver terapeutens begreb om fjendtlighed både bredt og upræcist.

Benjamins (2003) model for samspil kan bidrage med en mere præcis definition. Hun definerer kontrol og fjendtlighed som grundlæggende forskellige adfærdsdimensioner. I hendes model er kontrol i udgangspunktet følelsesmæssigt neutral og kan udøves både venligt og fjendtligt. Fjendtlighed er tilstedeværelsen af en aggressiv grundstemning i adfærden og indebærer ikke kontrollerende handlinger i sig selv. Nye terapeuter kan i medlidenhed ligestille kontrollerende interventioner med fjendtlige, og derved overse kontrollerende interventioners terapeutiske poten-

tiale. Venligt kontrollerende interventioner har, som venlige interventioner generelt, en positiv sammenhæng med terapeutisk effekt (Henry, Schacht & Strupp, 1986).

Til slut et eksempel, hvor terapeuten, med inspiration fra Bateman og Fonagys (2004) definition af teleologisk logik, undgår at ledes af medlidenhed og udnytter situationen terapeutisk. Terapeuten tolker patientens ønske som udtryk for, at patienten er i et modus, hvor hun opfatter andres adfærd som overensstemmende med deres intentioner. Et spørgsmål om terapeutens vilje til fysisk nærhed med patienten transcenderes med en venligt kontrollerende intervention.

Patienten: Jeg tænker, jeg skal blive her i byen i ferien.

Terapeuten: Hmm.

Patienten: Der kommer jeg sikkert til at møde nogen, som arbejder her.

Terapeuten: Det gør du nok.

Patienten: Jeg har allerede snakket lidt med L om det. Hun spurgte, om hun kan give mig et klem, hvis vi mødes.

Terapeuten: Hvad tænkte du om det?

Patienten: Jeg blev rigtig glad. Tænk at hun vil give mig et klem, og at hun vil snakke med mig i offentligheden.

Terapeuten: Du blev rigtig glad ved tanken om, at hun har lyst at give dig et klem.

Patienten: Ja, jeg ville også blive rigtig glad, hvis du vil give mig et klem.

Jeg husker her både en følelse af pres, da hun fremhævede sin glæde ved min kollegas indstilling, og angst for at udløse en oplevelse af svigt.

Terapeuten: Ville du så tænke, at det er bevis for, at jeg virkelig bryder mig om dig?

Patienten: Ja, jeg ønsker altid en slags bevis for, at andre kan lide mig.

Terapeuten: Er det en slags fysisk bevis, du vil have?

Patienten: Ja, jeg ønsker, at folk skal strække sig, og give det stærkeste bevis de kan. Det er klem fra damer og sex fra mænd.

Terapeuten: Hjælper det, når du får bevis?

Patienten: Jeg bliver jo glad en stund.

Terapeuten: Holder det i længden?

Patienten: Nej, da må de gøre noget mere, jeg tester altid ud hvor langt andre vil gå, hvor meget de vil gøre for mig. ✘

REFERENCER

- Andrews, J. D. W. (1990). Interpersonal Self-Confirmation and Challenge in Psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 485–504.
- Bachelor, A. & Horvath, A. O. (1999). The Therapeutic Relationship. I M. A. Hubble, S. D. Miller & B. L. Duncan (Red.), *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy* (s. 133–178). New York: American Psychological Association.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment. New York, NY: Oxford University Press.
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. (2. udg.) New York, NY: The Guilford Press.
- Fog, J. & Hem, L. (2009). Psykoterapi og erkendelse. Personligt anliggende og professionel virksomhed. København: Akademisk forlag.
- Gabbard, G. O. (2003). Miscarriages of Psychoanalytic Treatment with Suicidal Patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 249–261.
- Henry, W. P., Schacht T. E. & Strupp, H. H. (1986). Structural Analysis of Social Behaviour: Application to a Study of Interpersonal Process in Differential Psychotherapeutic Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 27–31.
- Hill, C. E., Charles, D. & Reed, K. G. (1981). A Longitudinal Analysis of Changes in Counseling Skills During Doctoral Training in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 428–436.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapists Contributions and Responsiveness to Patients* (s. 37–69). New York, NY: Oxford University press.
- Jørgensen, C. R. (2000). Den «tilstækkelig gode» terapeuts håndtering af brud på den terapeutiske alliance: En kvalitativ enkeltcasesstudie. *Psyche & Logos*, 21, 631–675.
- Liotti, G. (2004). Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment: Three Strands of a Single Braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 472–486.
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad M. H. (2005). *How Psychotherapists Develop: A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2003). The Journey of the Counselor and Therapist: Research Findings and Perspectives on Professional Development. *Journal of Career Development*, 30(1), 5–44.
- Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (2013). The Developing Practitioner: Growth and Stagnation of Therapists and Counselors. New York: Routledge.
- Skovholt, T. M. & Rønnestad, M. H. (2003). Struggles of the Novice Counselor and Therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 45–58.
- Ulvik, O. S & Rønnestad, M. H. (2013). I Rønnestad, M. H. & Skovholt, T. M. (Red.). *The Developing Practitioner: Growth and Stagnation of Therapists and Counselors* (s. 37–51). New York: Routledge.
- Vetlesen, A. J. & Nortvedt, P. (1997). *Følelser og moral* (2.utg.). København: Hans Reitzels forlag.



- POPULISTISK OM DIAGNOSER

Stor interesse for diagnosedebutt

TEKST Øystein Helmikstøl

Folk sto i kø en time, lokalet ble overfylt, og mange måtte avvises i døren da Psykologtidsskriftet arrangerte debatt om diagnoser på Kunstnerens Hus i Oslo i forrige måned. I panelet satt blant annet flere av bidragsyterne i septemberutgaven. – Bra tiltak, men panelet var for homogent sammensatt. Den offentlige debatten om diagnoser blir fort populistisk, sier stipendiat Sverre Urnes Johnson til Psykologtidsskriftet (se også debattinnlegg på Menering-sidene). Han var en av flere som savnet en forskerstemme i panelet, som kunne sagt noe om sammenhengen mellom forskning på diagnoser og effekt av spesifikke behandlingsmodeller og konsekvensene dette har for klinisk praksis. Ida Holth, fagredaktør i Psykologtidsskriftet, mener det er interessant at arrangementet trakk så mange mennesker, på tvers av yrkesgrupper. – For fagfolk som har vært i feltet lenge, kan det oppleves som at man har hørt det før, eller at det er populistisk, men jeg tror særlig psykologistudentene og nyutdannede, og personer fra andre yrkesgrupper som gjennom jobben sin må forholde seg til diagnoser, opplevde denne debatten fruktbar, sier Holth, som opplyser at det var flere forskere i panelet.

TERAPEUTISK SELVTILLIT

Hvor lett er det, som fersk psykolog, å utfordre når den terapeutiske selvtilliten svinger?
Er det ikke tryggere å bare lytte?

TEKST

Andreas Segrov,
psykolog i Psykolog-
bistand

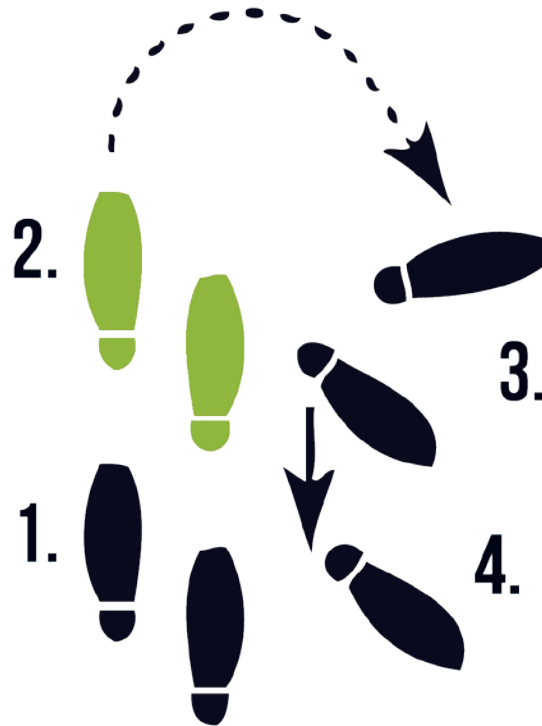
Jeg seiler. Jeg setter hoften mot ripen på en gammel svensk havseiler og krenger utover Oslofjorden. Den tynne vindpielen i toppen av masten dirrer nervøst idet den forsøker å peke mot vindretningen. På alle kanter rundt meg er det ulike farkoster. Den fryktløse Nesoddenfergen. En gammel, putrende tresnekke. En lydløs padler som borer seg gjennom bølgene. Jeg vrir litt på roret slik at vindindikatorene som er sydd inn i seilet – nesten som små skolisser – ikke lenger henger ned, men på ny pisker langs duken for å angi at luften drar seg rundt seilet slik den skal. Og så begynner jeg å tenke.

Før hadde jeg en idé om at erfaring var som en lineær kurve som begynte i bønn når man var faglig nyfødt, og som sakte krøp seg oppover etter hvert som arbeidslivet skred frem. Jeg var forberedt på at det var slik erfaringsopplevelser summerte seg. Som stein på stein. Som enda en årring i læringstreet. Men sånn er det ikke. I hvert fall ikke for meg. De gangene jeg kjenner at den lille erfaringen jeg har opparbeidet meg slår inn, kjennes den mer som et forbigående vindkast enn noe annet: «Ah! Kjent landskap. En situasjon jeg har mestret minst én gang før.» Jeg forsøker å bruke disse små vindkastene for alt de er verdt. De gir den terapeutiske selvtilliten min et løft. Nettopp begrepet terapeutisk selvtillit er noe jeg har tenkt en del på de første

årene som psykolog; altså i hvilken grad man i samtale føler seg mer eller mindre fremoverlent som terapeut. Vennlig nysgjerrig når man kan, velmenende utfordrende når man bør.

TIDLIGE ROLLEERFARINGER

Min terapeutiske selvtillit svingte mye det første året. Den pleide å avhenge, og blir fremdeles påvirket, av mange faktorer: delvis av det som skjer i livet mitt utenfor jobb. Når hendelser i privatlivet tar mye energi, kan jeg noen ganger merke at jeg ikke tar like mye risiko i møte med andre. Deler av hodet er et annet sted. Jeg sitter i samtalen og har en anelse om hva timen kunne trenge, nesten sitter med kartet i hånden, men jeg har ikke det drivet som skal til for å bevege meg fremover slik jeg vet jeg kan. Noen ganger kan bekymringer ta så mye rom at de preger den terapeutiske tilstedeværelsen mer enn jeg ønsker: en venn eller et familiemedlem som har det vanskelig, mine egne utfordringer, en hendelse jeg har sett eller hørt om som preger meg. Jeg mister presens, og med det, noe av innlevelsen. Og når tilstedeværelsen daler, inntreffer den uunngåelige konsekvensen: en slags empatisk prolaps. Jeg tar meg selv i å lytte så godt jeg bare kan, flytte meg et ekstra hakk ut på stolen, forsøke å anstrenge blikket for vir-



kelig å følge med, men oppdager at en plutselig tanke tar meg bort et lite øyeblikk. Akkurat nok til at jeg mister balansen. Jeg får ikke til å plukke opp den andres og mine egne følelser i rommet og tar færre sjanser for å unngå at samtalen dreier i feil retning og bare bidrar til kaos. Jeg blir for defensiv.

Andre ganger er den terapeutiske selvtiliten høy. Kanskje har jeg fått en, to eller tre gode tilbakemeldinger på rad om at timene har vært nyttige. Jeg går inn i neste time med litt mer overskudd, raushet og vilje til å utforske det som er utfordrende. Det er som om mestingsopplevelsene har gitt hverandre moment, der den ene gode arbeidsdagen gjør den andre bedre. Jeg sitter mer rank i ryggen og føler meg mer til stede i samtalen. Det vises til og med i måten jeg snakker på: tydeligere formuleringer, mer presise spørsmål, litt humor når det trengs. Ja, til og med stemmen min lyder høyere. Jeg opplever det som en vennlig og litt offensiv holdning der jeg også er mer oppmerksom på her-og-nå-signalene og blir bedre til å bruke dem til å navigere videre.

NYBEGYNNERENS VEIVALG

Det er helt på tampen av en varm arbeidsdag. En av disse dagene der jeg ikke føler meg spe-

sielt offensiv. Jeg ser i kalenderen at navnet hennes står som den siste avtalen for dagen. Et lett press legger seg om brystet. Notatene fra journalen vekker noen bilder fra forrige samtale vi hadde, men det får ikke den urolige følelsen til å gå bort. Snarere tvert imot. Jeg hadde, i løpet av de siste ukene, forsøkt å sirkle inn hva denne uroen var, og landet på at det handlet om en opplevelse av å ikke strekke til, av å være en dårlig psykolog, samtidig som klienten utfordret meg mye i samtalen våre. Jeg kjente meg som en som verken klarte å tyde kartet vårt eller som forstod hvilken vei kompassnålen pekte. Det plaget meg at jeg ikke forstod henne. Samtidig vekket oppførselen hennes i timene en frustrasjon i meg. Måten hun i en litt nedlatende tone kommenterte måten jeg stilte spørsmålene mine på, før hun likevel valgte å besvare dem – tilsynelatende for å gi meg det hun antok at jeg ville ha. Jeg måtte til slutt innrømme det overfor meg selv: Det var rett og slett irriterende. Ville hun egentlig ha hjelp? Eller hadde hun avskrevet meg som en hjelper for lenge siden og omgjort timene til mental gymnastikk for å se om hun kunne sette meg ut av spill?

«Det er ikke bra å irritere seg», tenker jeg for meg selv idet jeg gjør meg klar til å hente henne på venterommet. «Ikke hvis du ikke får brukt det til noe. Hun må vel ønske hjelp. Det er derfor hun i utgangspunktet kommer til timene. Ellers ville hun vel bare ha avlyst?» Uroen min og jeg tar et mobiliserende magadrag idet jeg henter henne.

Det er en velutdannet kvinne som setter seg i stolen overfor meg. Hun har hatt flere krevende stillinger i arbeidslivet. Hun smiler. Om det er *til* meg eller *av* meg klarer jeg heller ikke denne dagen å tyde. Jeg spør henne om hva hun vil bruke tiden på i dag. Hun smiler overbærende, som om hun visste at jeg ville formulere spørsmålet akkurat slik jeg gjorde det. «Vi er inne i dansen vår igjen», tenker jeg. Allerede etter det første spørsmålet er jeg hun som trækker henne på tærne og som verken klarer å følge eller lede. Presset i brystet øker. Enda noen spørsmål, noen »



Når tilstedeværelsen daler, inntreffer den uunngåelige konsekvensen: en slags empatisk prolaps

desperate forsøk på å åpne samtalen, men nei. Hun punkterer hver av mine anstrengelser for å oppnå kontakt. Mine fånyttede forsøk på å forstå hva hun *egentlig* sliter med. Men denne gangen skulle timen bli annerledes. Etter ti minutter med mer av det samme, akkurat i det jeg begynner å resignere, skjer det noe. Et vindkast av terapeutisk selvtilitt slår over meg. Det kommer verken fra gode mestringsopplevelser eller følelsen av å være i kjent landskap, men ut av håpløshet. Kompassnålen har stått og spunnet rundt de siste ti minuttene uansett, så hva har jeg å tape på å forsøke å bruke irritasjonen min til noe? Men jeg kjenner at jeg trår på tynn is: irritasjon er en vanskelig følelse å temme til nyttige formål uten at man trækker feil.

Å TA SATS

Jeg lener meg frem i stolen og begynner på en setning som jeg skjønner fører meg ut i et minefelt. «Jeg vil gjerne gi deg en direkte tilbakemelding, slik du jo har sagt at du ønsker», hører jeg meg selv si. Stemningen i rommet endrer seg. Det er stille i to lange sekunder idet smilet hennes endrer form fra noe jeg har lest som nedlatende, til noe jeg leser som mer usikkert og avventende. Jeg tar enda et steg frem: «Det jeg vil si til deg, sier jeg som fagperson. Jeg sier det fordi det er en reaksjon som preger meg i samtalen vi har akkurat nå, men også fordi jeg tror det kan være en reaksjon som flere av dem du møter kan kjenne på. De som har kommentert på at de ikke kommer innpå deg.» Og så forteller jeg om uroen jeg har kjent i møte med henne. Om hvordan det oppleves å forsøke å oppnå kontakt med henne uten at hun ønsker å sette døren på gløtt. Og om hvor frustrerende det oppleves når hun på ene siden ber om hjelp, samtidig som jeg erfarer at hun slår hånden bort hver gang jeg forsøker å strekke den ut. Om hvor lite til hjelp jeg synes at jeg er.

Igjen en stillhet før hun svarer. Men når hun først gjør det, åpner det seg en ny dør for oss. Hun forteller i korte trekk om barndomsopplevelser som jeg forstår at hun vil verne om. «Ikke rart hun holder andre på avstand», tenker jeg. «Hun er livredd for at sårbarheten skal bli invadert.» Og så sier hun at tilbakemeldingen var nyttig, nærmest forfriskende. Hun har ikke vært så bevisst på hvordan hun avvæpnet andre, eller hvordan avvæpningen kan ha en sammenheng med hvor få nære relasjoner hun har klart å utvikle i voksen alder. Det var ikke en «eureka-time», men forhåpentligvis en start på noe. I etterkant har jeg tenkt at vendingen i timen blant annet skyldtes at jeg våget å bruke meg selv som person: et verktøy som jeg fremdeles jobber med å bli bedre kjent med i samtaler med andre. En erfaring med at egne magefølelser ikke bare er støy, men en viktig kilde til ny innsikt både for klienten og meg som terapeut. Men man må *våge* for å gjøre slike grep. Særlig når man aldri har gjort dem før.

Min terapeutiske selvtilitt kan fremdeles påvirkes av så mangt. Noen ganger av gode terapeutopplevelser som har akkumulert seg som perler på en snor. Andre ganger av gode eller vanskelige hendelser i privatlivet. En følelse av plutselig å være inne i noe jeg kjenner igjen fra før. Men iblant må man kanskje skape selvtilitten på egen hånd de gangene den er på sitt laveste. Skape sin egen vind. Nettopp ved ikke å forsøke å være flink eller erfaren, men bare ved å være til stede som et vanlig, følende menneske. Så enkelt. Så vanskelig. ✕

Meninger



Nå har vi blitt psykologer alle sammen.

*Forfatter og forlegger
Geir Gulliksen, side 848*

Psykologer unngår å snakke om hva som virker best i terapi. Det er et problem, mener psykolog Sverre Urnes Johnson.

Side 854



ILLUSTRATOR: ASHILD IRGENS

Send innlegg til meninger@psykologtidsskriftet.no. Frist er den 8. 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.

KRONIKK

Debattinnlegg om en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 eller 8000 tegn inkludert mellomrom.

DEBATTINNLEGG

Lengde: Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 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.

Hva skal vi med psykologien?

Psykologien er blitt det individuelle sjelslivets fagforening.

HVA SKAL VI med psykologien? Hva skal vi med det psykologiserende blikket på vårt eget og andres indre liv? Nesten alltid handler det om å kategorisere oss selv eller de andre på enklest mulig måte. Nesten alltid handler det om hvordan hver og en skal ta vare på seg selv og sine egne interesser, i en tenkt forhandling med kjærlighetspartner, venner og familie, kolleger og arbeidsgivere. Nesten alltid handler det om å gjøre seg selv til den viktigste personen i sitt eget liv. Det vi kaller psykologi, handler om hvordan hver og en best kan ta vare på seg selv: på godt og ondt er psykologien blitt det individuelle sjelslivets fagforening.

Men psykologi er også et livssyn som praktiseres av alle, overalt. De aller fleste fortellinger om individuell fremgang og nederlag, skandaler og forbrytelser, handler om den enkeltes psykologiske konstitusjon. Vi trenger ikke tenke mye på de materielle omstendighetene vi lever under, derfor har vi begynt å tro at de ikke betyr noe. Nesten alltid tror vi at det indre livet determinerer handlingene våre. Vi tenker psykologisk på oss selv og andre. Og hvordan skulle vi kunne la være? Bare å skrive den setningen, at vi «tenker psykologisk», fremstår som noe selvsagt, overflødig. Selvfølgelig tenker vi psykologisk, hvordan skulle vi ellers tenke? Vel, det er ikke lenge siden nesten alle mennesker forsto sin plass i det sosiale hierarkiet som uforanderlig og gitt, en gang for alle. Da var det kanskje hensiktsmessig å underordne seg en allvitende gud som hadde bestemt hvordan alt skulle være. Da var det kanskje en trøst å tro på en altomfattende orden og et liv etter dette. Da var det mindre selvsagt å

TEKST

Geir Gulliksen
Forfatter og forlegger

ILLUSTRATØR

Åshild Irgens



SÅ VET ALLE HVOR VI HAR HVERANDRE !





Nå må vi selv finne ut hvem vi skal være og hvordan vi skal leve

tolke sine egne eller andres handlinger som utslag av den enkeltes særegne psykologiske konstitusjon.

Det er ikke mange hundre år siden det var umulig å tenke utenom et religiøst verdensbilde. Nå er det umulig for oss å tenke utenom psykologien. Nå må vi selv finne ut hvem vi skal være og hvordan vi skal leve. I hvert fall er det slik det moderne har blitt definert, om og om igjen: ingenting er gitt, vår plass i verden er labil og usikker, og det er dette som gir oss friheten til å skape vårt eget liv. En krevende oppgave som det kan være fristende å gi seg selv pause fra. Og kanskje er det derfor populærkulturens psykologi fremelsker kjente og konvensjonelle bilder av det menneskelige: kvinner er kvinner og menn er menn, og individene søker først og fremst sin egen lykke.

En gang var utviklingen av psykologi som fag noe som skulle hjelpe mennesker til å kjenne seg selv og hverandre bedre. En gang var det et mål å realisere en større del av et menneskelig register. En gang må erkjennelsen av rikdommen i den menneskelige bevisstheten ha vært voldsomt befriende. Det var sikkert skremmende også – tenk på hvordan mange opplevde at psykoanalysen gjorde «alt til seksualitet» – og antakelig forløsende. Nå har vi blitt psykologer alle sammen. Og den psykologien vi praktiserer på hverandre, er en forenklet variant av den diskursen som til enhver tid er rådende i fagmiljøer. Den psykologien som praktiseres i dagliglivet, ligner en automatisert selvhjelpsmanual som skal gjøre det enklere for oss å selge oss selv til hverandre.

Tenk bare på dette: En hvilken som helst halv-dannet mellomleder som gjennomfører et jobbintervju, føler seg kompetent til å stille spørsmål om hvordan andre oppfører seg under press. Jeg har gjort det selv, og det følte helt feil, delvis fordi jeg kjente hvor invaderende slike spørsmål egentlig er. Men også fordi de fører galt av sted. Skal vi egentlig oppfordre hverandre til å fremstå som uberørt under press? Det kan være helt på sin plass å bryte litt sammen i uholdbare situasjoner. Det kan være bra for en arbeidsplass at det finnes ansatte som er i stand til å si: dette klarer jeg ikke, dette kan jeg ikke være med på. Og dessuten: den som én gang har opplevd et ekstremt press, vet at du ikke kan eller vil snakke generelt om

det. Ekstreme situasjoner fremkaller reaksjoner som ikke alltid kan forutsies. Og det er vel nettopp poenget, at vi skal kunne møte nye situasjoner med nye løsninger? Men de psykologiske idealene som har etablert seg i yrkeslivet, handler om forutsigbarhet. En lang powerpointpresentasjon av klisjeer står til rådighet og forteller oss hva slags mennesketyper som finnes: Er du en kreativ type som jobber best alene, eller er du en som tar vare på de andre i gruppa? Er du en visjonær som setter i gang store prosjekter, eller er du en som rydder opp etter andre?

Ikke et ord om hva ulike sosiale sammenhenger gjør med oss, ikke et ord om menneskelig fleksibilitet og evne til forandring, ikke et hint om at vi blir den vi blir i møte med andre. Eller jo, forresten, et visst hint om det siste, men da handler det om produktiviteten i gruppa, og hva slags mellomleder som skal til for å frigjøre potensialet i den. Derfor sendes ledere på dyre selvutviklingskurs, der de kommer tilbake med en enda fastere forståelse av hvem de selv «er», hva som er deres egne sterke og svake sider, og hva de trenger å jobbe med i seg selv for å motivere andre.

Er dette psykologi? Ja, definitivt. Men det er en psykologi som handler om instrumentelle forenklinger, der vi blir bedt om å karakterisere oss selv på mest mulig effektiv måte. Det er like presist og frigjørende som da Hippokrates og Galenos snakket om de fire temperamentene: du kan være kolerisk, flegmatisk, sangvinsk eller melankolsk. Det må ha vært klargjørende en gang det også, men nå er det lett å se hvor uvitenskapelig det var å tro at noen hadde en personlighet som ble dominert av gul galle, andre av svart, og andre igjen av livlig blod eller seigt og stillestående slim. De fleste som har vært på et bedriftsseminar med kreative øvelser i gruppedynamikk, godtar uten videre at de skal finne ut hvilken personlighetstype de er, og hva slags egenskaper de dermed har i gruppa. Det underlige er at vi tror på at dette er stabile egenskaper som kan avleses vitenskapelig.

Seriøse bedriftspsykologer tenker nok at de er med på å skape et litt mer menneskelig arbeidsliv. Det får vi håpe at de ofte lykkes med også. Men det som ligner et omsorgsperspektiv, kan like gjerne røyklegge en økende kynisme. En organisasjonspsykolog jeg kjente, ble leid inn av et stort selskap som skulle omstrukturer

rere og si opp svært mange ansatte. Psykologen skulle hjelpe til i prosessen, og jeg spurte hvordan de ansatte reagerte. Hun sa: Folk er redde for forandring.

Ja? Hvis du mister jobber din, er det sikkert bra om du får hjelp til å jobbe med deg selv. Det kan være bra for deg om du får hjelp til å tenke at enhver forandring er av det gode. Nå kan det skje noe nytt i livet ditt! Men det første som skjer, er jo uansett at du mister jobben. Du mister månedslønna og det sosiale fellesskapet, og du opplever å bli valgt vekk. Hun med den dyre utdannelsen ble bare leid inn for å gjøre det enklere og litt mer smertefritt for bedriften å kvitte seg med deg.

Siden vi forstår nesten alt i verden (bortsett fra landbruk og matematikk) ut fra en psykologisk tenkemåte, blir en hvilken som helst psykolog uten videre ekspert i alt som har med menneskelig samkvem å gjøre. Jeg har ofte møtt mennesker som betrakter psykologer med en slags skremt respekt, og som tror at psykologiske tester kan avsløre en dypere sannhet om hvem vi er.

Noen få ganger har jeg også møtt mennesker som mener at skjønnlitterære forfattere har en særegen innsikt i det menneskelige. Men dette synspunktet har for lengst mistet sin troverdighet, og det tror jeg er bra. Forfattere kan i beste fall ha et rikere og mindre instrumentelt språk enn andre, og kanskje en større emosjonell åpenhet. Dermed kan de bli en slags ekstra nakne, eksponerte representanter for resten av menneskeheten. Psykologer ser derimot ut til å være allvitende mekanikere, som både kan snakke generelt om alt menneskelig, og fikse på uregelmessigheter i den enkelte.

I flere år var jeg sammen med en psykolog, fra før hun begynte på embetsstudiet til hun var ferdigutdannet og til hun for lengst hadde sluttet å praktisere sin profesjon. (Hvorfor slutter psykologer som psykologer? Antakelig fordi det er en utdanning som står høyt i kurs, og som gir mange andre muligheter.) Den gangen jeg fulgte psykologistudiet fra sidelinjen, lærte jeg meg fort at kognitiv psykologi er det som gjel-





Det som ligner et omsorgsperspektiv, kan like gjerne røyklegge en økende kynisme

der. Det var befriende nytt for meg, fordi jeg som mange andre hadde vokst opp med en forenklet psykodynamisk allmennkunnskap, der psykologi så ut til å handle om å lete seg tilbake til uheldige hendelser i barndommen. Og jeg ville jo ikke tilbake til barndommen, jeg ville finne en måte å leve med meg selv og andre på nå. Jeg hadde vært engstelig og ufri som barn, nå ville jeg endelig bli en trygg og ledig voksen. Jeg likte ideen om at måten vi tenker på, er avgjørende for hvem vi blir, og at vi kan forandre mye i livet ved å forandre tenkemåte. Det lignet på det jeg tenkte at litteraturen skulle gjøre: gi oss et nytt språk, for å gjøre verden ny. «Du må skifte språk for ditt bare liv», har lyrikeren Eldrid Lunden skrevet. Det var mitt mantra. Og det jeg fant da jeg hørte om kognitiv psykologi, var enda mer konkrete og operasjonaliserte måter å iverksette endring i sitt eget liv på.

Det er jo befriende å tenke at vi alltid har et valg. Tenk at det kan være sånn: at måten du tenker på, avgjør om du lever i himmel eller helvete, og at hvis du klarer å forandre tenkemåte, kan du også snu om på alt i din egen tilværelse. Livet ditt kan være uutholdelig, du kan oppleve at du aldri finner hvile, at du jages opp fra sengen om natten og fra alle stoler du prøver å sitte i om dagen. Du plager deg selv med uro og redsler som du like gjerne kunne slippe å ha. Alt som skal til, er at du begynner å tenke på en annen måte. Hvem vil ikke oppleve det, hvem er ikke klar for å forandre seg selv og sin egen måte å tenke på? Dermed plasseres ansvaret for hvem du er og hvem du kan bli, trygt hos deg selv, og i måten du tenker på. Dette passer godt sammen med den liberalistiske vendingen i politikken, selvfølgelig. Den har hatt konsekvenser langt ut på venstresiden: på et tidspunkt virket det nødvendig å fokusere på den enkeltes ansvar og evne til å forandre sin egen situasjon. Noe av poenget med å snakke om folks evne til å forandre sitt eget liv er jo å peke på ressursene hver enkelt sitter på, istedenfor å snakke om andre som offer for det ene eller det andre.

Men det er vanskelig å snakke på vegne av andre. For av en eller annen grunn har det særlig blitt de andre som trenger å skifte språk og forandre seg selv. Rusmisbrukere og spilleavhengige, NAV-klienter og asylsøkere må ta ansvar for sin egen situasjon. I de siste årene har jeg flere ganger vært med på samtaler der

dette har blitt hevdet med tyngde, også av psykologer. Den språkmektige middelklassen tar lett vare på seg selv, og synes det er en selvfølge at andre gjør det samme.

Men igjen: det er en forskjell i hvordan vi snakker om oss selv, og hvordan vi snakker om andre. En sak er å snakke om andres svakhet og sårbarhet, det er noe helt annet og mer risikabelt å snakke om sin egen. Antakelig er det viktigere for oss å fremstå som frie og ledige enn faktisk å være det. Alt som ikke er veltilpasset og mestrende i oss selv, skjuler vi jo så godt vi kan, like omhyggelig nå som på 1950-tallet. Og hvor frie er vi da?

Vi snakker generelt, særlig om andre, men også om oss selv.

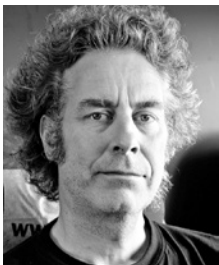
Selvbildet vårt blir til gjennom et generelt psykologiserende språk.

Det pussige er at skjønnlitteraturen viser oss det motsatte av den psykologien vi lever etter. Generelle påstander faller døde til jorden i en roman eller et dikt. Skjønnlitteraturen lever av konkretisering, detaljer, stofflighet, scener der konkrete mennesker forholder seg til hverandre i en spesifikk sammenheng. Derfor blir lange refleksjoner i en roman nesten alltid lagt i tankene på en bestemt person som befinner seg på et konkret sted på et bestemt tidspunkt: et norsk kjøkken om morgenen eller båten fra Venezia til Lido sent på kvelden. Det som blir tenkt, blir tenkt som respons på en situasjon. Det som hender, hender bare der og da. Hvis vi kan lære noe generelt av skjønnlitteraturen, er det at sannheten aldri kan uttrykkes generelt.

Tomas Tranströmer er både er poet og psykolog. I 1966, mens han fortsatt arbeidet som psykolog, skrev han: «En man känner på världen med yrket som en handske. / Han vilar en stund mitt på dagen och har lagt ifrån sig handskarna på hyllan. / Där växer de plötsligt, breder ut sig / och mörklägger hela huset inifrån.»¹ ✕

1. Fra diktet «Öppna och slutna rum» i boken *Klanger och språk* (1966)

Familiesamtaler minsker faren for multippel reduksjonisme



TEKST

Odd Volden, brukeraktivist og faglig rådgiver i Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.

LIV MARIE AUSTREMS *Møte med psykiatrien* (Samlaget 1999) er en av de tristeste rapportene vi har fra det norske psykiske helsefeltet. I boka forteller pasienter, pårørende og fagfolk lavmælte, men sterke historier om ikke å nå fram, eller å ikke bli nådd fram til.

I et kapittel i boka *Å sette farger på livet*, redigert av Arve Almvik og Lisbet Borge (Fagbokforlaget 2014), introduserer jeg begrepet «multippel reduksjonisme», i et forsøk på å henge en kraftigere bjelle på katten som Austrems informanter prøver å rope inn:

Individualisering, objektivisering, henvisninger og ventetid. Geografisk, materiell, økonomisk, sosial og kulturell utskillelse. Alt dette bidrar til at intervensjoner i det som ofte er svært sårbare sosiotope, kan sette i gang prosesser som lett kommer ut av kontroll – for tjenesteutøvere, og for brukere og pårørende.

Hvis vi skal lete etter *ett* fellestrekk ved ulike former for nedsatt psykososial funksjonsevne, er «reduert evne til kommunikasjon» nærliggende. Ved å anlegge et individuelt perspektiv, istedenfor et nettverksperspektiv som overordnet brukergrensesnitt, står vi i fare for å svekke kommunikasjonen i en truet sosiotope ytterligere.

Det må fortsatt være lov å se på feltet med medisinske og psykologiske briller. Men vi kan ikke fortsette å la dette være fabrikkinnstillingen.

Tidsskriftets journalist Øystein Helmikstøl gir med sin reportasje *Familien inn i fengsel* (mai) et usedvanlig viktig og vektig bidrag i retning av å slå tilbake den multiple reduksjonismen. Helmikstøls reportasje, og de påfølgende oppslagene (juni og juli), viser oss at tristessen som Liv Marie Austrems informanter uttrykker, ikke følger en naturlov.

Tvert imot: En stillfaren sosionom (Gunnar Aadde Brevik) tar opp arven fra en stillfaren lege (Tom Andersen), og en stillfaren psykolog (Jaakko Seikkula), og mer skal det ikke til for å gi et hardt prøvet medmenneske og dennes pårørende det denne trenger for å gå «...på butikken med hevet hode og senkede skuldre igjen», som faren uttrykker det.

Tidsskriftets lesere kan kanskje ikke sies å høre til en utsatt sosiotope. Men farene ved en praksis som kan bidra til multippel reduksjonisme, lurar bak hvert hjørne for psykologer også. Det er derfor ekstra fint at artiklene formmessig fremstår som et polyfont kor. Jeg tror det bidrar vesentlig til å gjøre denne artikkelserien vanskeligere å glemme.

En stemme er likevel savnet: Mange av videre- og masterutdanningene i psykisk helsearbeid for helse- og sosialarbeidere med bachelorgrad har siden oppstarten ved høyskoler og universiteter på slutten av nittitallet vært sterkt preget av ideene og praksisene til Tom Andersen og Jaakko Seikkula.

Hvilke erfaringer har disse utdannerne og studentene gjort seg i møte med praksisfeltet? Er psykologer – i fengsler, i psykisk helsevern, eller i kommunal tjeneste – fødselshjelpere for nettverksdialoger i møte med engasjerte miljøterapeuter, eller bidrar de heller, direkte eller indirekte, til å kvele slike initiativer i fødselen? ✕

” Tidsskriftets lesere kan kanskje ikke sies å høre til en utsatt sosiotope

Unyansert om diagnoser

Debatter om diagnoser blir for ofte preget av overfladisk drøfting med hovedvekt på begrensninger med diagnoser.



SVERRE URNES JOHNSON

Psykolog
Doktorgradsstipendiat
Modum Bad og
Universitetet i Oslo

DIAGNOSER

Temanummer i september var om diagnostikk. Psykologtidsskriftet markerte utgivelsen med en paneldebatt på Kunstnernes Hus den 3. september.

JEG VAR SÅ heldig å overvære debatten om diagnoser som Psykologtidsskriftet arrangerte i september.

Dessverre ble debatten, som vanlig når temaet diagnoser diskuteres, preget av overfladisk drøfting med hovedvekt på begrensninger med diagnoser. Jeg savnet en klar forskerstemme med dobbeltkompetanse (forsker og kliniker), som kunne nyansert debatten og gjort den relevant for den gjengse kliniker.

FEILSLUTNING

Som forsker er jeg opptatt av å avgrense en gitt problematikk, for å studere fenomenet i dybden. Selv forsker jeg på angstlidelser, et felt hvor utvikling av manualer basert på diagnoser har ført til økt behandlingseffekt.

Vi vet for eksempel på gruppenivå at hvis en pasient fyller kriteriene for sosial fobi, så har vi en behandling som virker: kognitiv atferdsterapi (Clark & Wells, 1995). Over 50 prosent av pasientene oppnår remisjon.

Utfordringen oppstår når klinikere velger ikke å forholde seg til denne forskningen. Uttalelser som «vi må se det unike i hvert menneske» og «en diagnose fører til avstand i terapi», vil etter min mening føre til dårligere behandling.

Det er en feilslutning at terapi bør begynne med det individuelle, og holde seg på det nivået. Hvordan skal man da kunne ta hensyn til forskning som er gjort på gruppenivå? Jeg vil hevde at løsningen er å begynne med det vi vet om en diagnose på gruppenivå, noe som krever oppmerksomhet om diagnoser.

EKSEMPEL

Uten å avlede debatten om diagnoser til å handle om spesifikke lidelser, så kan behandling av sosial fobi være et eksempel. Forskning viser at sosial fobi blant annet opprettholdes av

selvfokus, bekymringer før sosiale situasjoner og en vedvarende grubling etter sosiale situasjoner, hvor pasientene ofte går igjennom den sosiale situasjonen i hodet for å finne ut om de gjorde en god fremtreden eller ikke. Denne analysen ender ofte med den konklusjonen at de dummet seg ut eller at andre tenker de er udugelige, noe som speiler pasientens indre bilde av seg selv. Etter at kunnskapen på gruppenivå er tydeliggjort og benyttet i forberedelsen av terapien, bør det genereres en individuell kasusformulering som fanger pasientens individuelle prosesser. Kasusformuleringen blir dermed idiosynkratisk og tar hensyn til det unike aspektet hos hver enkelt pasient, samtidig som at forskningen som foreligger på gruppenivå, kan benyttes til det beste for pasienten.

GULLSTANDARDEN

Randomiserte kontrollerte studier, gullstandarden i psykologisk behandlingsforskning, tar for det meste utgangspunkt i diagnoser.

Når klinikere velger ikke å forholde seg til dette, vil de etter min mening heller ikke drive evidensbasert behandling. For å kunne si at man følger en evidensbasert metode, må manualen for diagnosen følges, selvsagt på en sømløs måte uten et teknisk språk. Det er en rekke stereotypier om manualer, som hindrer implementering av evidensbasert kunnskap, men det er en annen debatt. Uansett, hvis diagnostikken ikke er god, vil heller ikke manualen kunne benyttes på en god måte. Samtidig er det en utvikling i behandlingsforskningen ved at studier i større grad implementerer flere diagnoser.

I mitt eget doktorgradsprosjekt sammenligner jeg diagnosespesifikk kognitiv atferdsterapi med transdiagnostisk metakognitiv terapi for posttraumatisk stresslidelse, sosial fobi og



Nytt utseende

panikk lidelse med og uten agorafobi, på en pasientgruppe med høy grad av komorbiditet. Det at man arbeider transdiagnostisk, vil imidlertid ikke si at diagnoser er unyttig. Transdiagnostiske modeller er en direkte konsekvens av at man har utledet sentrale prosesser på tvers av diagnostiske kategorier, for eksempel perseverasjon i form av bekymring, grubling, trusselmonitorering og unnvikelse. Denne kunnskapen er hentet fra arbeidet med diagnosespesifikke modeller.

Det er imidlertid ikke nok å komme med en ny behandlingsmodell, den må testes empirisk, for å se i hvilken grad behandling er bedre eller like god som gullstandard.

UNNVIKELSE BLANT PSYKOLOGER

Det er et generelt problem at det er unnvikelse blant psykologer om å snakke om hva som virker best i terapi. Ofte blir forskningskunnskap nedprioritert mot klinisk erfaring, samtidig som vi vet at klinisk erfaring ikke predikerer gode utfall i terapi. Ofte handler debatten om at vi alle gjør det samme, og at all terapi har likhetselementer. Det er naturlig at debatten dreier i den retningen. Det å snakke om forskjeller i terapi impliserer at noe kan være bedre enn noe annet. Det vil også si at noen terapeuter er bedre enn andre. Den gjengse psykolog kan da stille seg spørsmålet: «Kanskje jeg ikke er god nok?» Denne typen utsagn genererer ubehag, og ubehaget må reguleres. Løsningen blir å rasjonalisere om at vi alle gjør det samme, i tråd med Leon Festingers teori om kognitiv dissonans. En annen løsning blir å, på en overfladisk måte, henvise til Bruce Wampold (som for øvrig er min veileder på doktorgraden) sine metaanalyser som viser at det ikke er forskjell på terapimetoder, noe som er en unyansert forståelse av hans forskning. ❌

Ny design handler selvsagt om estetikk, men også om funksjonalitet. Ikke ulikt arkitektur er det formen vi først fanger og bedømmer: Liker vi det vi ser? Grep knyttet til ventilasjonskanaler og støydempering er ikke like åpenbare, for ikke å snakke om hvorvidt leiligheten lar seg tilpasse fremtidige, ukjente familiestrukturer.

Estetikk og funksjonalitet er heller ikke løsrevet fra hverandre. Valg av font, spaltebredde, tabellstørrelse og farger er alle estetiske grep med stor betydning for leseopplevelsen. Typografisk kunnskap om skrift, linjebredde og leselighet er en viktig kilde til valgene som er tatt. Men det handler også om Psykologtidsskriftets identitet. Vi er ikke et ukeblad eller livsstilsmagasin, men et fagtidsskrift forankret i psykologien som vitenskap og praksisfelt. Da må typografisk lekenhet favne tidsskriftets seriøsitet.

Formen skal dessuten hjelpe leseren til å navigere i et stadig mer mangfoldig tidsskrift. Sammenlignet med 2004 har vi mer enn dobbelt så mange enkeltbidrag. Og tre ganger så mange som i 2001. Flere spalter, sjangre og bidrag gir et mer mangfoldig tidsskrift. Og det igjen krever ryddighet. Både for at du som leser skal vite hvor du er, og for at du lett skal kunne skille mellom meningsytringer, journalistisk stoff og fagfelleverderte bidrag.

Et slikt grep er å gi de fagfelleverderte artiklene en lett bakgrunnsfarge. Når de vitenskapelige artiklene får et så distinkt uttrykk, kan vi også la artiklene stå mer spredt enn hva tilfellet har vært. Da kan vi komponere utgaver som veksler mellom essay, vitenskapelige artikler, reportasjer, notiser og mer til. Dette gir et tidsskrift med større temposkifte, samtidig som du som leser klart ser hva som er hva. Og som bonus tilbyr den nye designen en tids- og kostnadseffektiv produksjonsprosess.

Funksjon til side: Vi er stolte over å presentere et tidsskrift med sterke estetiske kvaliteter. Den æren tilfaller både Laboremus Oslo, som har hjulpet oss med sideutforming og omslagsdesignen, og våre nye illustratører: Bendik Kaltenborn og Åshild Irgens.

Og som enhver som stiller i ny drakt: gi oss tilbakemeldinger på: redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Bjørnar Olsen, Sjefredaktør



Kan ha innsynsrett

Foreldre bør som hovedregel få innsyn i bekymringsmeldinger sendt til barnevernet.

TERJE GALTUNG Psykolog

BARNEVERN

I augustnummeret av Psykologtidsskriftet spør en behandler om en mor har krav på å få se en bekymringsmelding til barnevernet som behandleren hadde sendt. Foreningens spesialrådgiver svarer med utgangspunkt i Journalforskriften at foreldrene ikke har rett til innsyn i selve meldingen.

Et så entydig og klart svar er feil.

Først og fremst er det viktig – som denne kollegaen tydeligvis har gjort – å melde bekymringen for barn til rette instans, barnevernstjenesten. Som hovedregel bør behandleren selv snakke med foreldrene om bekymringen og at informasjonen blir gitt til barneverntjenesten. Eget ubehag bør ikke være grunn til å unnlate en slik samtale. Dersom behandleren vurderer det slik at informasjon til foreldrene kan innebære fare for barnet, bør behandleren anonymt drøfte og eventuelt informere barnevernet før foreldrene informeres. Barnevernet vurderer om det skal handle straks med hjemmel i sin nødvergerett, eller sette i gang en undersøkelse. En eventuell akutt plassering vil bli gjennomført samtidig med at foreldrene blir informert både om meldingen, dens avsender og tiltaket. En undersøkelse vil også starte med å gi den samme informasjonen til foreldrene.

Dersom barnevernstjenesten mener foreldrene ikke bør få innsyn i meldingen eller dens avsender, kan de vedta å unndra innsyn. Et slikt vedtak kan bare begrunnes i hensynet til barnet, og det kan overprøves av fylkesnemnda og domstolene. En psykolog som i sin yrkesutøvelse melder om slike forhold, kan ikke gjøre krav på å få være anonym.

Det er mulig at en ut fra Journalforskriften kan unnlate å gi full informasjon til foreldrene om en melding til barnevernet. Siden opplysningene likevel når foreldrene i neste omgang, vil det ofte være uklokt å unnlate å informere foreldrene selv. De fleste foreldre vil reagere enda mer negativt på å få slik informasjon indirekte og i annen hånd enn direkte og åpent fra avsenderen. Det vil lett medføre eskalering av et allerede vanskelig samarbeidsklima for de som skal forholde seg til foreldrene i det videre arbeidet. ✕



Psykologien, språket og mennesket

JONAS S. R. LEVERSEN Psykolog

SPRÅK OG PSYKISK HELSEVERN

Språket i pasientjournaler skaper avstand, skrev Siri Erika Gullestad i augustutgaven. «Kvifor er eg vorten skyteskive», spurte psykiater Ola Marstein i septembernummeret. Han mente psykologer og psykiatere må stå sammen mot byråkratiseringen, mens Liv Aalen tok til orde for en humanistisk revolusjon.

I tidsskrift for Norsk psykologforening 8/14 skriver professor i psykologi ved Universitetet i Oslo, Siri Erika Gullestad, at psykologene har adoptert psykiatriens journalspråk. Ifølge Gullestad er det å eksempelvis bruke ordet «gråtlabil» fremmedgjørende og – skal man tolke den siste setningens påkalling av en humanistisk revolusjon – umenneskelig.

Jeg er enig i at man godt kan bruke «tar lett til tårene», «er trist» eller lignende i stedet for «gråtlabil» i journalen. Men jeg er uenig i at det er noen naturlig sammenheng mellom journalens språk og psykologens nærhet til og forståelse av pasientens lidelse. Det som skjer i terapirommet, er ikke det samme som hvordan det blir skriftliggjort: Det er fullt mulig å være til stede i pasientens fenomenologi og etterpå formidle det skriftlig i en form som kan deles med andre. Å håndtere flere diskurser parallelt er hverdagen til psykologer i dagens psykiske helsevern, og danner også grunnlaget for godt tverrfaglig arbeid. Der det før var én rådende diskurs, er det nå flere.

Det har med andre ord skjedd mye siden 70-tallet. Pasientene har fått økte rettigheter, og journalen har dermed også i større grad blitt et juridisk dokument. Flere aktører kan få innsyn i journalen, og et objektivt språk kan derfor også være ivaretagende overfor nettopp pasienten. Kort sagt: Det er forskjell på tekst i journal og intersubjektivitet i mellommenneskelige møter. ✕

Debattert

Psykia- tri og språk

Språk og avstand: Jeg sa at psykologene nå skriver på samme måte som psykiaterne. Hva er skjedd?

Siri Erika Gullestad i Psykologtidsskriftets augustutgave

Distansert journal: Det er en generell bekymring, også blant psykiatere, over at vi mister viktig informasjon om pasienten i dagens knappe og distanserte journalform. Men her blander Gullestad inn profesjonskamp i en ellers interessant tematikk. Videre betrakter Gullestad psykologien som noe helt nytt og nærmest løst fra psykiatrien.

Kristen Lie Ramm i Morgenbladet, 22. august

Behandlingsrelevant: Innlevelse og respekt for pasienten som subjekt foregår parallelt med en diagnostisk prosess. Det er en faglig utfordring å utvikle bedre modeller, som fanger den enkelte pasients dynamikk og struktur, og som derved gir informasjon som er relevant for psykologisk behandling. La oss gå sammen om den humanistiske revolusjonen!

Siri Erika Gullestad i Morgenbladet, 29. august

Språk som når frem: – Jeg var veldig i tvil om jeg skulle ta med de scenene med psykiateren. Det vanlige utgangspunktet for en forfatter i den situasjonen, når en begynner å skrive om sånne terapitimer, ville jo være å gjøre det som en kritikk av psykiatrien. Men i dette tilfellet prøver jeg å vise at det kan fungere også. Psykiateren utfordrer ham til å vise en større tillit til språket, til samtalen, at det går an å nå fram til folk i samtalen. At samtalen kan føre noe godt med seg, hvis man bare snakker åpent, ærlig og oppmerksomt.

Carl Frode Tiller om sin bok «Innsirkling 3» i Ny Tid, 3. september

Fra arkivet: 2004

Et fargerikt tidsskrift

Nummeret du nå sitter og leser er vårt forsøk på å følge opp vår store leserundersøkelse. (...) Vårt første konkrete svar på lesernes ønsker har du altså i hendene nå.

Psykologer er et fargerikt felleskap. Vi arbeider innen svært ulike forskningsområder og praksisfelt, og ut fra forskjellig teoretiske og metodiske tilnærming. Det er så mye som skiller oss fra hverandre. Faktisk så mye at mange har spurt om psykologi på sikt vil overleve som profesjon. I en rekke land er psykologene splittet og har lav status. I Norge har vi lyktes med å fremstå som ett profesjonelt fellesskap. Det har styrket psykologenes anseelse og posisjon i samfunnet. En visjon for Tidsskriftet i alle de 40 årene det har eksistert, er at det skal tjene til å binde psykologer sammen. Det skal gi oss felles faglig identitet på tross av ulike interesse- og arbeidsområder.

Denne visjonen er fortsatt styrende for det faglige dugnadsarbeidet som Tidsskriftet jo er. Vi ønsker å komme flest mulig av våre lesere i møte. Vi vil være et seriøst fagtidsskrift som dekker et vidt spekter av psykologiske problemstillinger. Her må vi bli flinkere til å belyse områder utenfor tradisjonell klinisk psykologi. Samtidig ønsker vi mye «jordnært» stoff. Relevans er et stikkord: Tidsskriftet må formidle kontakt med det som inngår i psykologenes arbeidshverdag, både faglig og fagforeningsmessig.

Tidsskriftet skal appellere og inspirere. Da trenger vi innspill fra psykologer og andre fagfolk om hvordan de tenker og jobber, og hvordan deres hverdag ser ut, gjerne med et tilsnitt av humor. Det er så mange som gjør et flott arbeid, og som fortjener anerkjennelse for sine kreative og nytenkende prosjekter! Vi trenger også flere friske innlegg i viktige samfunnsdebatter, ikke minst fra dem som stiller kritiske spørsmål til allment aksepterte sannheter. I dette nummeret presenterer flere av våre nye satellittredaksjoner seg. Deres oppgave er å øke Tidsskriftets kontaktflate ut mot leserne.

Tidsskriftets design har vært litt pyntelig og stivt. Det har sett rent og pent ut, men mange av våre lesere synes det har vært for innadvendt i formen og tonen. De har etterlyst mer variasjon. Vi er svært spent på hva du synes om den form Tidsskriftet har fått nå. Ambisjonen har vært å bygge videre på det som har vært, med mer farger og liv. La gjerne høre fra deg.

Torkil Berges redaksjonelt i forbindelse med omleggingen til nytt design, januar 2004



ANNE-GRETHER TERJESEN er landsstyreleder i Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse (LPP). Sammen med Bent Høie, Kerstin Söderström og Tor Levin Hofgaard er hun fast kronikør.

Den glemte omsorgen

Hvorfor er det slik at vi pårørende aldri blir inkludert, men allikevel blir tatt for gitt når ingen andre kan stille opp?

Når Hagenutvalget i 2011 pekte på at vi har en knapphet på frivillige omsorgsyttere og at det derfor måtte en ny, moderne pårørendepolitikk til, var det mange pårørende som øynet håp. Utvalget viste til at familieomsorgen er den usynlige omsorgen, og nå måtte dette løftes fram NOU-en utvalget utformet, «Innovasjon i omsorg», sa mye av det samme som NOU-en fra samme år, «Når sant skal sies om pårørendeomsorg – Fra usynlig til verdsatt og inkludert». Nå måtte noe skje.

MANGLER GJENNOMFØRINGSKRAFT

Årene har gått. Stortingsmelding 29, «Morgendagens omsorg» (2013), satte til og med av noen kroner til utforming av en ny pårørendepolitikk. Hvordan dette arbeidet går, er det visst ingen som vet. I alle fall ikke vi pårørende, for normalen er jo at vi utelates fra det gode selskap. Ikke skal vi inkluderes i utformingen av politikken, og ikke skal vi tas med inn i behandlingen. Vi skal knapt nok informeres om noe som helst, men vi forventes og tas som en selvfølge når ting ikke fungerer og ingen andre er der. Det gjøres generelt lite på pårørendefeltet.

Viljen er der, for vi har utallige stortingsmeldinger: offentlige utredninger, veiledere og strategier som sier noe om viktigheten av å inkludere og involvere pårørende, men det er lite gjennomføringskraft. Det virker som at et reelt samarbeid bare kan oppnås dersom helsepersonell føler at de trenger pårørende i behandlingen, men per i dag virker det ikke som om dette står særlig høyt på agendaen.

HVORFOR SÅ LITE FAMILIEARBEID?

Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse prater daglig med landets pårørende. Gjennom vår rådgivningstelefon, våre lokallag og våre medlemmer får vi daglige tilbakemeldinger på hvor skoen trykker og hvordan de ulike hjelpeapparatene fungerer. Vi er den eneste rene pårørendeorganisasjonen på feltet, er solidariske overfor brukeren, men har hovedfokus på pårørende. Samhandlingsreformen sier også at pårørende vil få en enda tydeligere rolle i fremtiden, for mer ansvar skal flyttes ned, og helst inn i hjemmet.

Vi ser med glede at Psykologforeningen har begynt å sette familiearbeid på dagsordenen, men vi opplever nok at man fortsatt ensidig er opptatt av å skape en god relasjon til pasienten, men ikke ønsker å inkludere familien. Hva er det som gjør at det gjennomføres så lite familiearbeid, når vi vet hvor gode resultater det gir? Er familiearbeid for vanskelig? Føler man seg for utrygg til å begi seg ut på feltet? Er det for ressurskrevende? For komplisert? Her har vi mange spørsmål og få svar.

FEMTI PROSENT

«Når sant skal sies om pårørendeomsorgen» slo fast at pårørende står bak 50 % av all omsorg. Det betyr samtidig også at vi pårørende har en rekke roller. I veilederen «Pårørende en ressurs», utgitt av Helsedirektoratet, beskrives pårørendes mange og ulike roller; som kunnskapskilde, omsorgsgiver, en del av pasientens nærmiljø og som pasientens representant. I tillegg har den pårørende egne behov.

Pårørende representerer sine mindreårige barn som foreldre. Senere i livet kan man være oppnevnt som verge eller hjelpeverge, eller pasienten kan selv velge å gi pårørende fullmakt til å representere seg. I ytterste konsekvens skal altså den pårørende selv leve to liv, sitt eget og pasientens. Og dette er noe vi pårørende faktisk ønsker. Vi ønsker å bidra så mye som mulig for at våre kjære skal ha et best mulig liv. Utfordringen ligger i at vi gjerne glemmer oss selv og våre egne behov.

Det å være inkludert og involvert i behandlingen av våre nærmeste, er hjelp for vår egen del. Vi trenger å være informerte og få kunnskap om hva som skjer, både for å forstå, men også for å på best mulig vis kunne hjelpe. I tillegg sitter pårørende på en uvurderlig kunnskap om pasienten. Det er vi som lever med pasienten til daglig, og det er vi som først ser faresignalene. Det er også vi som vet hvordan personen har vært og fungerer i en normalsituasjon.

UTELATES - OG TAS FOR GITT

Henry Ford (1863–1947) hadde trolig løsningen for et halvt århundre siden. Han sa nemlig at det å komme sammen er en begynnelse. Å holde sammen er fremgang, mens å arbeide sammen er suksess. For å komme videre er vi nødt til å få mere kunnskap om hverandre og

samhandle på en bedre måte enn tidligere. Det at pårørende inkluderes i ulike sammenhenger, er kanskje det viktigste man kan gjøre.

Dette glemmer gjerne helsepersonell. De mener at vi ikke skal inkluderes og informeres, av hensyn til taushetsplikten. Men i det øyeblikket pasienten sendes ut på permisjon eller utskrives, så forventes det at vi er der; at vi vet, kan og ser. Men uten informasjon og kunnskap gjør vi ikke det. Vi inkluderes ikke, men tas for gitt.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet velger nå å kutte LPP fra alle sine tilskudd, fordi vi er pårørende og ikke selve pasienten. Vi skal igjen utelates fra det gode selskap, men igjen skal vi tas for gitt når pasienten trenger vår hjelp og støtte.

LA OSS KOMME SAMMEN

Hva er det som gjør at psykologene er så opptatt av at det er de som skal ha relasjonen med pasienten, men ikke ønsker å inkludere oss? Hva er det som gjør at Bufdir nå altså skal utelukke pårørende? Hva er det som gjør at pårørende ikke står på dagsordenen i det politiske miljøet?

Man sier noe gjennom ulike stortingsmeldinger og offentlige utredninger, men man tar altså ikke ordentlig grep for å innføre det man sier. Hva skjer dersom omsorgen fra pårørende forsvinner? Hva vil dette koste samfunnsøkonomisk? Dette er bare noen eksempler på at pårørende alltid er mellom barken og veden. Vi skal ikke inkluderes, men vi skal stille opp.

Og vi gjør det. Vi stiller opp hver eneste gang. Her har vi alle mye å lære av Henry Ford. Vi må begynne å samhandle. Til det beste for pasienten, helsepersonell og oss pårørende. ✕



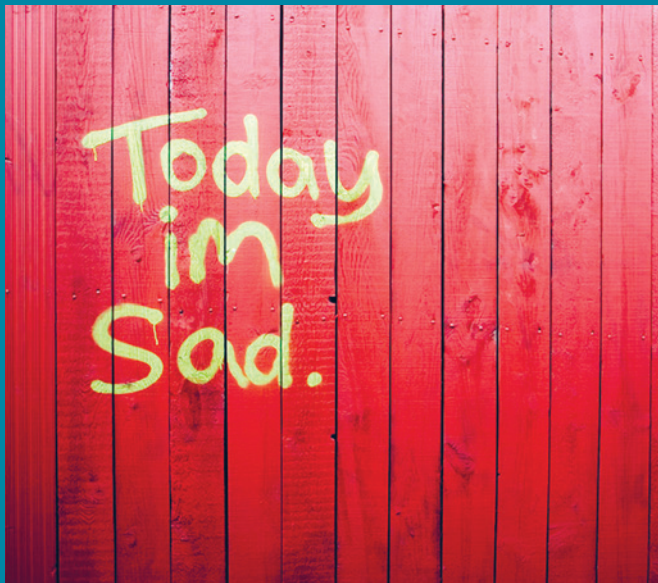
Hva er det som gjør at det gjennomføres så lite familiearbeid, når vi vet hvor gode resultater det gir?

A.G.D. Tegnesem

STUDENTENE SLITER

Nylig la Studentsamskipnadene i Bergen, Oslo og Trondheim fram en rapport som viser at hele 19 prosent av studentene har alvorlige psykiske symptomer. Andelen har økt blant begge kjønn siden 2010, men er sterkest blant kvinner (24 prosent mot 12 prosent blant menn). Av disse studentene har 1/3 søkt behandlingshjelp. Undersøkelsen anslår at det er et udekt behandlingsbehov for psykiske plager blant alle studenter på 4 prosent.

Også i USA har det nylig kommet statistikk som viser at studentenes psykiske helse forverrer seg. Utviklingen er enda mer dramatisk enn hos oss. Her viser tallene at rundt 1/3 av studentene sliter med depresjon og hele 50 prosent har en form for angstproblematikk. I den samme undersøkelsen rapporterer 30,3 prosent av studentene som går i terapi at de har hatt alvorlige planer om å begå selvmord. Dette tallet har økt med hele 6,5 prosent bare på tre år. Det er tidsskriftet til den amerikanske psykologforeningen (APA Monitor) som omtaler denne omfattende undersøkelsen hvor man har samlet inn svar fra rundt 125.000 studenter ved 150 college/universiteter.



(Foto:John Nicholls/Flickr)



TRIVSEL OG GODT arbeidsmiljø er viktig for arbeidstakere, uavhengig av nasjonalitet. (Foto: flickr.com)

ALLE TRENGER GODE LEDERE

God ledelse og støtte fra kolleger gjør arbeidstakerne mer robuste.

I et treårig prosjekt samlet forskere ved SINTEF inn data fra renholdsbransjen, byggenæring, verftsindustri og helsevesen for å undersøke hvordan outsourcing påvirket arbeidsbetingelser og sykefravær. Betydningen av trivsel og godt arbeidsmiljø på jobben ble beskrevet på samme måte og tillagt like stor vekt uansett yrkesgruppe og arbeidstakernes nasjonalitet.

En ledelse som viste ansikt og var tett på, ble trukket fram som positivt av de ansatte. At anleggsledere på byggeplassene var ute og fulgte med på arbeidet, og at man «ble sett», ble satt pris på. Utlendingene understreket også at det å være lenge på samme arbeidsplass hadde positiv verdi, og at det hjalp at man var flere fra samme land i samme firma.

I tillegg til god ledelse er den kollegiale tonen og det sosiale miljøet viktig. Intervjuobjektene beskrev trivselen med at kolleger var venner, ga hverandre omsorg og hjalp hverandre både faglig og sosialt. Humor ble også dratt fram som en avgjørende ingrediens på arbeidsplassen.

Kilde: Godt arbeidsmiljø redningen for mange. *Gemini.no* 19.8.2014.

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2014 S. 861-867 FAGFELLEVDERT

KARINA MALM UTVÅG, Drammen distriktpsykiatriske senter (DPS), Thorsberg døgnsesjon
SUSANNE STEINKOPF, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Øyane, Straume
HELGE HOLGERSEN, Uni research, Institutt for klinisk psykologi, UIB
KONTAKT Karina Malm Utvåg, karina.utvag@gmail.com, 483 68 618

VILKÅR FOR KLINISK AUTONOMI OG DENS BETYDNING FOR GOD PRAKSIS

Er det rom for klinisk autonomi i et psykisk helsevern med stadig økt fokus på effektivitet og pasientgjennomstrømning?

Flere helsearbeidere har uttrykt bekymring for at omorganisering, nye retningslinjer for utredning og behandling samt økte krav til dokumentasjon innenfor helsevesenet svekker fagpersoners kliniske autonomi (Dimmen & Ødegård, 2013; Johannessen, 2004; Stefansen & Haugen, 2006; Wyller et al., 2013). I flere reportasjer i Tidsskrift for Norsk psykologforening og i kvalitative studier har psykologer fortalt om en opplevelse av å ikke strekke til, verken faglig eller tidsmessig, på grunn av rammebetingelser som ikke er tilpasset de særskilte forhold i klinikken (Dimmen & Ødegård, 2013; Stefansen & Haugen, 2006; Strand, 2012). Det debatteres om de tiltak som er ment å bedre kvaliteten på behandlingen, i realiteten kan gjøre behandlingen dårligere gjennom at kvaliteter som samlet betegnes som klinisk autonomi svekkes. Til tross for at den kliniske autonomi berører sentrale deler av psykologers praksis som terapeuter, foreligger det få norske studier som undersøker dens praktiske betydning.

Klinisk autonomi er knyttet til relasjonen mellom terapeut og pasient (Ekeland, 2004), og kan defineres som handlingsrommet psykologen har i behandlingsforløpet ut fra faglige premisser og pasientens forutsetninger og preferanser (Dimmen & Ødegård, 2013; Stefansen & Haugen, 2006). Gjennom en lang vitenskapelig og klinisk utdanning har psykologer tilegnet seg en klinisk ekspertise, og er som profesjonsutøvere tildelt en ekspertrolle. I den terapeutiske prosessen er psykologen den ansvarlige både for å skape og opprettholde en god allianse med pasienten, og denne alliansen vil blant annet avhenge av at pasienten har tillit til at behandlingen i beslutningsprosessen i hovedsak setter pasientens behov og pre-

ABSTRACT

Clinical autonomy: Present condition and importance for psychological practice.

Recently, several Norwegian psychologists have raised concerns about reduced clinical autonomy as a result of reorganization and routines of control in the health care system. We argue that clinical autonomy is essential for the application of clinical expertise and skills and constitutes a prerequisite for making decisions in the therapeutic process that will benefit the patient. In this article we claim that there are no indications of reduced clinical autonomy for psychologists in the Norwegian legislation or professional guidelines. However, routines of control and production pressure in clinical practice may impede the potential for clinical autonomy. This conceivable conflict between giving each patient the best possible treatment and meeting organizational norms and policies can potentially be unbeneficial for the patient.

Keywords: clinical autonomy, evidence-based practice, quality enhancement



Ved å styrke pasientens autonomi styrkes indirekte også psyko- logens kliniske autonomi

feranser først (Stefansen & Haugen, 2006; se også pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). For å forvalte den kliniske ekspertisen i møte med pasienter trenger psykologen klinisk autonomi for å være i stand til å ta beslutninger til det beste for pasienten.

Psykologisk praksis er regulert av lovverk for å ivareta pasientene og kvalitetssikre praksis, og profesjonen har selv utviklet etiske retningslinjer (Norsk psykologforening, 1998) og faglige standarder for hva som regnes som god praksis. Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis (Norsk psykologforening, 2007) er et eksempel på det sistnevnte. I tillegg vil psykologisk praksis berøres av kvalitetssikrende tiltak som helsemyndighetene iverksetter, for eksempel bruk av nasjonale retningslinjer og veiledere, og systematiske målinger av resultat på nasjonale kvalitetsindikatorer (Helsedirektoratet, 2011; 2012; 2013).

Ut fra kunnskapen vi har om psykologers ekspertisekunnskap, virksomme behandlingsfaktorer og psykologers arbeidsvilkår, ønsker vi å undersøke betydningen av og behovet for klinisk autonomi. Vi vil særskilt drøfte om psykologers kliniske autonomi ivaretas i lovverk og i faglig retningsgivende dokumenter. Spesialisthelsetjenesten er valgt som arena for drøftingen da tjenesten er utsatt for omorganisering og nye krav i offentlig sektor.

BETYDNINGEN AV OG BEHOVET FOR KLINISK AUTONOMI

Klinisk autonomi

Klinisk autonomi er relatert til psykologens ekspertise som profesjonsutøver. I Norge kreves et 6-årig profesjonsstudium i psykologi for å praktisere som klinisk psykolog. Psykologutdannelsen er utviklet etter den medisinske inspirerte Boulder-modellen, hvilket innebærer at utdannelsen baseres både på vitenskapelig kunnskap og klinisk praksis (Frank, 1984). Utdannelsen skal gi kunnskap og kompetanse til å utrede og diagnostisere psykiske lidelser, og iverksette og gjennomføre psykologisk behandling basert på faglige avveininger og beslutninger.

Begrepet autonomi betyr selvstyre eller selvbestemmelse. I en klinisk kontekst refererer begrepet klinisk autonomi til psykologens mulighet til selvstendig å kunne velge utredningsmetodikk og behandlingsform og å fastlegge tidsrammer for behandlingen basert på

pasientens tilstand og eventuelle bedring. Den kliniske autonomi berører andre sentrale deler av psykologers praksis, blant annet psykologens mulighet til å skape og legge forhold til rette for en god terapeutisk allianse.

Den terapeutiske allianse kan sies å være sentral i alt terapeutisk arbeid, da den har blitt vurdert som den sterkeste prosessprediktor for utfallet av terapien (Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991). Terapeutegenskaper som er assosiert med høyere allianse rapportert fra pasienten og bedre behandlingsutfall, er åpenhet, varme, usikkerhet på egne evner («professional self-doubt»), fleksibilitet og respekt i møte med pasienten (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Nissen-Lie, Monsen & Rønnestad, 2010). Terapeuter som oppfattes som distanserte, kritiske, rigide, uoppmerksomme og har en tendens til å over- eller understrukturere terapitimen, påvirker både allianse og behandlingsutfall negativt (Ackerman & Hilsenroth, 2001). Et tilstrekkelig handlingsrom i klinisk praksis kan legge til rette for at sensitivitet, fleksibilitet og nysgjerrighet kommer til uttrykk i møte med pasienter.

Situasjoner med mangel på klinisk autonomi har blitt knyttet til begrepet «stressfull involvement» (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Begrepet refererer til vansker i pasientarbeidet, en opplevelse av angst og kjedsomhet i møte med pasienter og en mestringsstrategi som preges av å unngå å involvere seg med pasienter på en terapeutisk måte. Stressfull involvement omfatter flere komponenter enn psykologens opplevelse av autonomi i sin praksis, blant annet opplevd støtte og tilfredshet på arbeidsplassen. Likevel er det mer sannsynlig at psykologer som opplever liten grad av autonomi, vil oppleve terapeutisk arbeid som belastende og være preget av engstelse og kjedsomhet i pasientarbeidet. Dermed kan en indirekte følge av mangel på autonomi være at psykologen gir dårligere psykologisk behandling.

Opplevd innskrenkning av klinisk autonomi

Kun to norske studier har undersøkt hvorvidt kliniske psykologer opplever at deres kliniske autonomi påvirkes av ytre forhold. Stefansen og Haugen (2006) gjorde kvalitative intervjuer for å utforske den kliniske autonomiens vilkår i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). De fant

at flere psykologer i BUP opplevde endringer som svekket deres kliniske autonomi. Endringene som ble lagt mest vekt på av informantene, var en mer markedsliberal tenkning i offentlig forvaltning og et økt press på standardisert metodikk for utredning og behandling. Stefanen og Haugen (2006) diskuterer funnene som to tendenser i klinikken; «en objektiviserende tilnærming til pasientene og et økt fokus på effektivitet og produksjon» (s. ii).

Dimmen og Ødegård (2013) utførte en lignende kvalitativ studie om endringer i poliklinisk tjenestetilbud innenfor psykisk helsevern for voksne. De undersøkte hvorvidt psykologer selv kan sies å bestemme over den terapeutiske prosessen, eller om psykologer i større grad blir styrt av ytre forhold, eksempelvis produksjonskrav og sentrale styringsmekanismer. De fant at informantene opplever «at deres kliniske autonomi påvirkes av økt overordnet styring, økt krav om dokumentasjon, økt krav til standardisering og økt henvisningsmengde.» (s. 1065).

PÅ HVILKE MÅTER ER PSYKOLOGISK PRAKSIS REGULERT I DAG?

Lovverk

I helsepersonelloven (1999) § 4, 1. ledd, står det: «Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.» Loven sier at helsepersonell skal kjenne sine faglige begrensninger og innrette sin praksis etter dette, eller søke ny kunnskap eller opplæring når dette er nødvendig. Kravet om faglig forsvarlighet forvaltes både på individnivå (helsepersonelloven, 1999 § 4) og systemnivå (helsepersonelloven, 1999 § 16; spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 2-2), og flere faktorer på individ- og organisasjonsnivå kan påvirke forsvarligheten. Organisasjonen plikter å planlegge, organisere og tilrettelegge slik at helsepersonell kan utføre sin praksis på en forsvarlig måte.

Det er verdt å merke seg at det ikke er det «perfekte» som ligger til grunn for forsvarlighetskravet. Statens helsetilsyn utfører tilsyn med helsetjenesten, og innenfor det helsetilsynet definerer som faglig forsvarlig er det en viss spennvidde, det vil si at det er et kontinuum fra «perfekt» eller «ideell» praksis til grensen til det faglig uforsvarlige. Det helseper-

sonell bør strekke seg etter, kaller helsetilsynet «god praksis». Helsetilsynet tar utgangspunkt i hva faget definerer som god praksis når de vurderer forsvarlighetsspørsmål (Johansen & Cordt-Hansen, 2006). På denne måten er det i stor grad profesjonen selv som avgjør hva som regnes som faglig forsvarlig, og profesjonens normer for god praksis understøttes derfor av loven (Myklebust & Zimmermann, 2008). Profesjonens normer endrer seg over tid, og det betyr at praksis som understøttes av lovverket, også endrer seg.

I pasient- og brukerrettighetsloven (1999) er det lovfestet at helsepersonell skal sette pasientens medbestemmelse og autonomi høyt i behandlingen. Loven skal bidra til å gi pasienter og brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten, og bidra til å fremme til-litsforholdet mellom pasient og helse- og omsorgstjenesten samt ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd. Loven gir pasienter rett til medvirkning og informasjon, og rett til at behandlingen så langt som mulig skal utformes i samarbeid med pasienten.

Kvalitetssikring i helse- og omsorgstjenesten

Kvalitet i helse- og omsorgstjenestene innebærer ifølge Sosial- og helsedirektoratet (2005) at tjenestene «er virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte, og er lett tilgjengelig og rettferdig fordelt» (s. 19). Som den nasjonale fagmyndighet for kvalitet og pasientsikkerhet har Helsedirektoratet et lovpålagt ansvar for å utvikle, formidle og vedlikeholde nasjonale faglige retningslinjer og veiledere samt de nasjonale kvalitetsindikatorerne for kvalitetsmåling (spesialisthelsetjenesteloven, 1999 § 7-3).

Nasjonale faglige retningslinjer og veiledere inneholder systematisk utviklede faglige anbefalinger. Retningslinjene bidrar til å sette en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasient-, bruker- eller diagnosegrupper (Helsedirektoratet, 2013). Anbefalinger gitt av nasjonale eller kunnskapsbaserte faglige retningslinjer har til hensikt å hjelpe helsepersonell og pasient med å ta gode beslutninger, eksempelvis ved valg av behandlingsform eller ved problemstillinger knyttet til behandlings-

”
Det kan oppstå et spenningsforhold mellom å ivareta den enkelte pasientens interesser og organisasjonens rutiner

prosessen. De skal i tillegg bidra til å sikre god kvalitet, riktige prioriteringer samt hindre uønsket variasjon i tjenestene (Helsedirektoratet, 2012; 2013).

Faglige retningslinjer har ikke rettslig status og må sees på som råd og anbefalinger. Indirekte kan disse likevel få en rettslig betydning i den forstand at de skal gjenspeile allment aksepterte faglige normer (jf. forsvarlighetskravet). Det påpekes at faglig skjønn og individuelle vurderinger er av betydning for hensiktsmessig bruk av faglige retningslinjer (Helsedirektoratet, 2012). Dersom gitte anbefalinger ikke følges og psykologen mener det er faglige grunner for et slikt valg, skal dette begrunnes særskilt med de overveielser som ligger til grunn for valget (Forskrift om pasientjournal § 8-h, 2000).

Kvalitetsmål eller -indikatorer som eksempelvis «epikrisetid» og «oppdaterte ventetider» skal gi et innblikk i kvaliteten på psykiske helsetjenester. Innen psykisk helsevern er «registrering av hoveddiagnose», «registrering av lovgrunnlag ved innleggelse» og «andel tvangsinnleggelse» blant de nasjonale kvalitetsindikatorerne (Helsedirektoratet, 2011). Bruk av kvalitetsindikatorer har blitt kritisert, blant annet for å være et uttrykk for produktivitet heller enn å si noe om kvalitet på behandlingen eller pasientens bedring (Farshbaf, 2012; Strand, 2012). Det er også blitt advart om at bruk av kvalitetsindikatorer til å rangere, belønne og straffe helseforetak kan gi seg utslag i uheldige «spilleffekter», der praksisen tilpasser seg hva som måles og premieres (Schem, 2005).

Evidensbasert psykologisk praksis

Den amerikanske psykologforeningen (APA) kom i 2006 med prinsipplæringen om evidensbasert psykologisk praksis, en erklæring som Norsk psykologforening sluttet seg til i 2007. Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) defineres av Norsk psykologforening (2007) som «integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål» (s. 1127). Med beste tilgjengelige forskning menes vitenskapelige resultater fra randomiserte kontrollerte studier, så vel som naturalistiske studier og kvalitative forskningsdesign (Rønnestad, 2008). Med klinisk ekspertise menes kunnskap og ferdigheter psykologen har som fremmer terapeutisk bedring hos pasienten. Det tredje elementet omfatter all kunnskap om pasienten som kan ha relevans i den terapeutiske konteksten. Prinsipplæringen fremhever at psykologiske tjenester er mest virksomme når de er tilpasset den enkelte pasient, og at kunnskap om pasientens spesifikke problemer, egenskaper, ressurser, sosiokulturelle kontekst med mer skal tas i betraktning ved terapeutiske intervensjoner og beslutninger. I tillegg bør pasientens verdier, ønsker og personlige preferanser knyttet til behandling veie tungt i det terapeutiske arbeidet (Norsk psykologforening, 2007).

Prinsipplæringen stadfester at de tre fundamentene i EBPP er like viktige for å utøve faget godt og forsvarlig, og at psykologen i sitt virke skal avveie og integrere disse perspektivene (Holmén, 2009). Det presiseres at den endelige vurderingen av intervensjon eller behandlingsplan skal tas av psykologen, og i tillegg at behandlingsavgjørelser aldri skal tas av personer uten opplæring eller inngående kjennskap til den aktuelle saken. Erklæringen sier også at behandlende psykolog må vurdere gyldigheten av forskningsevidens for en bestemt pasient, og at dette i hvert enkelt tilfelle vil innebære en vurdering av sannsynlighet.

Prinsipperklæringen om EBPP førte til en «evidensdebatt», både internasjonalt og blant norske psykologer. Flere har tatt til orde for at EBPP ofte forveksles med evidensbaserte metoder, og at dette er å misforstå den gjeldende definisjonen av EBPP (Bjørk & Neumer, 2010; Høstmælingen, 2010; Rønnestad, 2008). Rønnestad (2008) viser til at prinsipperklæringen fremhever betydningen av et bredt kunnskapsgrunnlag og viktigheten av å kjenne til begrensninger og styrker ved de ulike typene undersøkelser. Holmén (2009) klargjør på vegne av Norsk psykologforening at evidensbegrepet må forstås som noe langt bredere enn det forskningsbaserte effektbegrepet.

DISKUSJON: ROM FOR KLINISK AUTONOMI?

Lovverk som regulerer psykologisk praksis, tar sikte på å kvalitetssikre tjenester og ivareta pasientens rettigheter, preferanser og medbestemmelse i helsetjenesten. Lovverket støtter opp under psykologens kliniske autonomi særlig ved at det vektlegger pasientens autonomi. Ved å styrke pasientens autonomi styrkes indirekte også psykologens kliniske autonomi i den forstand at psykologen, i tilfeller hvor interesser ikke lar seg forene, bør ta utgangspunkt i pasienten fremfor eksempelvis ytre krav om «produksjon» når beslutninger tas. Den kliniske autonomi kan også sies å komme til uttrykk i lovverket gjennom den nye helsepersonelloven, blant annet da loven innebærer en styrking av den enkelte behandlers direkte ansvar overfor pasienten (Johannessen, 2004). Samtidig kan det stilles spørsmål om det å bli pålagt ansvar parallelt med en redusert mulighet til å påvirke rammene, eksempelvis gjennom lokalt utarbeidede rutiner for pasientgjennomstrømming, kan kalles klinisk autonomi. Det kan altså oppstå et spenningsforhold mellom å ivareta den enkelte pasientens interesser og organisasjonens rutiner.

EBPP forutsetter at psykologen integrerer tilgjengelig kunnskap om forskningsevidens, klinisk ekspertise og den enkelte pasient. En slik integrering baserer seg på vurderinger og beslutninger som vil være unike i hvert tilfelle, da ingen pasienter er like, verken i sin symptomutforming eller som personer som har og lever med symptomene sine. At en behandlingsmetode har forskningsevidens, er i seg selv ikke tilstrekkelig for utøvelse av metoden, da

det forutsettes en tilpasning til det særegne ved den enkelte pasient og også en bevissthet på egne egenskaper som terapeut. Dersom forskningsresultat kunne overføres direkte til klinikken, hadde det heller ikke vært nødvendig å utdanne psykologer innenfor de rammer som eksisterer i dag. Kompetansen som psykologer besitter, er antatt å bidra til en bedre implementering av forskningsresultat til klinikken gjennom at disse tilpasses til den aktuelle pasient. Med utgangspunkt i en slik forståelse må klinisk autonomi sees på som en forutsetning for å drive EBPP.

Nasjonale faglige retningslinjer er ikke absolutte, og det tydeliggjøres at klinisk skjønn er nødvendig for å vurdere relevansen av råd og anbefalinger som er gitt i de nasjonale retningslinjene (Helsedirektoratet, 2012). En slik bruk av retningslinjer vil være i tråd med EBPP, der det presiseres at beslutninger ikke skal tas av andre uten kjennskap til den enkelte saken. Det kan dermed argumenteres for at verken retningslinjer eller anbefalinger om en type praksis på den enkelte arbeidsplass skal overstyre psykologens faglige beslutninger.

Flere psykologer som jobber i spesialisthelsetjenesten, opplever at deres kliniske autonomi er svekket. Imidlertid er ikke en reduksjon av psykologers klinisk autonomi nedfelt i offentlige dokumenter. Med andre ord må opplevelsen av svekket autonomi knyttes til andre forhold enn det en rimelig tolkning av hva lovverk og faglig retningsgivende dokumenter, gir av handlingsrom.

Hva skyldes opplevelsen av innskrenket klinisk autonomi?

I studier og reportasjer har det kommet fram at opplevelsen av redusert klinisk autonomi tillegges faktorer som økt institusjonell overordnet styring, økte krav til standardisering, økt krav om dokumentasjon og produksjonspress (Dimmen & Ødegård, 2013; Stefansen & Haugen, 2006; Strand, 2012).

Økt overordnet styring kan innebære økte krav til effektivisering, og at ledelsen i spesialisthelsetjenesten, som en del av et helsefor-etak, blir presset til å tenke kostnadseffektivitet og gjennomstrømming fremfor faglig kvalitet. Det kan virke som ansvaret for faglig kvalitet skyves nedover i systemet, og at det blir opp til den samvittighetsfulle psykologen å kom-

”

At en behandlingsmetode har forsknings-evidens, er i seg selv ikke tilstrekkelig for utøvelse av metoden

binere økt gjennomstrømning samtidig som det utøves høy faglig kvalitet (Sackett et al., 1996). Dersom ledelsen har et fokus på gjennomstrømning og produktivitet, kan det tenkes at det er dette som «belønnes» på arbeidsplassen og over tid gir seg utslag som et element som ufundert blir brukt som tegn på faglig kvalitet i arbeidet. Den enkelte psykolog vil i en slik situasjon ha en større barriere for å bryte med normen og å «forsinke» systemet han eller hun arbeider innenfor, og dette kan resultere i en opplevelse av redusert kontroll over rammene, mindre trivsel og innskrenket klinisk autonomi.

Til tross for at en reduksjon av den kliniske autonomi ikke er nedfelt i prinsipperklæringen om EBPP, nasjonale retningslinjer og behandlingsveiledere, kan disse likevel oppleves som en inngripen i psykologens kliniske autonomi. Beslutningen om det vil være riktig å følge eller ikke følge nasjonale faglige retningslinjer, er en vurdering den enkelte psykolog gjør basert på pasientens tilstand, og helsemyndighetene synes med dette å vise tillit til psykologers kliniske ekspertise. Samtidig kreves en særskilt begrunnelse i tilfeller der psykologen avviker fra retningslinjene (Forskrift om pasientjournal § 8-h, 2000), og en like utførlig begrunnelse kreves ikke når retningslinjene følges. I praksis kan altså en særskilt begrunnelse virke disiplinerende ved at det blir vanskeligere å gjøre faglige beslutninger som ikke er i tråd med retningslinjene. Slik kan praksisen legge føringer for anvendelsen av klinisk skjønn og føre til en opplevd reduksjon av den kliniske autonomi.

Økte krav om dokumentasjon kan bidra til å sikre god og forsvarlig praksis, men kravene kan være mer omfattende enn det lovverk, prinsipperklæringen og retningslinjer krever. Eksempelvis kan dokumentasjon dreie seg om å registrere måltall knyttet til produksjon: tidsbruk per pasient, ventelistens lengde, tidsbruk før epikrise sendes, og lignende. Ettersom helseforetak er under et stadig press om å levere «gode måltall», vil presset videreføres nedover i systemet, til de som har ansvar for inntaksrutiner og delegering av saker, og til sist til de som samhandler direkte med pasientene. Kvalitetssikrende rutiner kan ha utilsiktede konsekvenser, eksempelvis ved at arbeidet tar tid fra direkte terapeutisk samhandling med pasientene. Klinikere kan da komme i konflikt mellom å tilpasse seg ytre krav og å gi god behandling til pasientene sine.

KONKLUSJON

Vilkår for den kliniske autonomi har endret seg betraktelig som følge av reformer, lovendringer og nye kontrollrutiner de siste årene, og flere psykologer opplever at deres kliniske autonomi er svekket. En reduksjon av psykologers kliniske autonomi er derimot ikke nedfelt i lovverk og i faglig retningsgivende dokumenter, men påvirkes av forhold som psykologen må hanske med i sin praksis. Det kan tenkes at vektleggingen av ytre forhold som kvalitetsindikatorer og pasientgjennomstrømning, over tid kan føre til at dette ufundert betraktes som de beste indikasjonene på kvalitet på psykologisk behandling. For å yte helsetjenester av god kvalitet argumenterer vi for at betydningen av den kliniske autonomi bør tas i betraktning, og da spesifikt med tanke på å gi den enkelte pasient best mulig hjelp. ✕

REFERANSER

- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 171–185. doi:10.1037/0033-3204.38.2.171
- Ackerman, S. J. & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1–33. doi:10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- APA Presidential Task Force on Evidence Based Practice (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. doi:10.1037/003-066X.61.4.271
- Bjørk, R. F. & Neumer, S. P. (2010). Evidensbasert psykologisk praksis i praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(10), 937–941.
- Dimmen, Ø. & Ødegård, A. (2012). Du må vite hvordan kasseapparatet virker: En kvalitativ studie om endringer i et poliklinisk tjenestetilbud innenfor psykisk helse for voksne. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(11), 1061–1066.
- Ekeland, T.-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis*. Hentet fra http://www.hioa.no/Om-HiOA/node_7939/filer-sps/arbeidsnotater/6-2004-Ekeland-autonomi-og-evidensbasert-praksis
- Farshbaf, M. (2012). Psykologer i skvis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(4), 401–402.
- Forskrift om pasientjournal (2000). *Forskrift om pasientjournal*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>
- Frank, G. (1984). The Boulder Model: History, rationale, and critique. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15(3), 417–435. doi:10.1037/0735-7028.15.3.417
- Helsedirektoratet. (2011). *Kvalitetsindikatorer for psykisk helse*. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/kvalitetsindikatorer/psykisk-helse/Sider/default.aspx>
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. Helsedirektoratet: Oslo
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonale faglige retningslinjer*. Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/kvalitet-planlegging/nasjonale-retningslinjer/Sider/default.aspx>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* Hentet fra <http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holmén, A. (2009). Evidens og praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(10), 938–939.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The alliance. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to clients* (s. 37–70). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149. doi:10.1037/0022-0167.38.2.139
- Høstmælingen, A. (2010). Hvordan kan prinsipperklæringen bidra til å kvalitetssikre psykologisk praksis? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(10), 930–936.
- Johannessen, B. F. (2004). Ledelse og evidens i det psykiske helsevernet: Konsekvenser for kunnskapsforståelse og organisering. Bergen: Rokkansenteret.
- Johansen, J. A. & Cordt-Hansen, K. (2006). Faglig forsvarlighet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(7), 714–718.
- Myklebust, I. & Zimmermann, C. (2008). Faglig forsvarlig helsehjelp. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(12), 1543–1546. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=214893&a=5
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T. & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, 20, 627–646. doi:10.1080/10503307.2010.497633
- Norsk psykologforening. (1998). *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*. Hentet fra <http://www.psykologforeningen.no/pf/Fag-og-profesjon/For-fagutoeverer/Etikk/Etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer>
- Norsk psykologforening. (2007). *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis*. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(9), 1129–1142.
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005). Dimensions of work involvement. I D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad (red.), *How psychotherapists develop: A study of the therapeutic work and professional growth* (s. 61–80). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. Hentet fra <http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 444–454.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996). Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71–72. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Schem, B. C. (2005). Indikatorer – nyttige, men problematiske. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 125(9), 1151.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005) ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helse-tjenesten (2005–2015). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Hentet fra <http://www.lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stefansen, J. & Haugen, N.-O, S... (2006). *Den kliniske autonomiens vilkår* (Hovedoppgave). Det Psykologiske Fakultet, Universitetet i Bergen.
- Strand, Nina (2012). Byråkratisering i helsevesenet: Psykologer i skvis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(3), s. 269–274.
- Wyller, V. B. et al. (2013). Ta faget tilbake! *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 6, 655–659. doi:10.4045/tidsskr.13.0238

Når barn hentes av barnevernet

Mye står på spill når barn tas fra foreldrene og plasseres i fosterhjem eller på barnehjem. Hendelsen kan være traumatisk for alle involverte. Ny grunnforskning gir viktig innsikt til aktører som arbeider med barn innenfor en rettslig kontekst.



ANNIKA MELINDER

Professor
ved Psykologisk
institutt, Universitetet
i Oslo

VED ENHETEN FOR kognitiv utviklingspsykologi (EKUP) har vi sett på barnevernets prosedyrer ved plassering av barn i fosterhjem. Hvordan kan de involverte best forberedes på slike alvorlige inngrep? Barneverntjenesten blir ofte anklaget for å være ideologisk og verdistyrt. Samtidig finnes det forskning som er direkte relevant for arbeidet deres. Våre funn viser at grunnforskning er en god investering – også for et praksisområde som barnevernet.

HUKOMMELSE I STRESSEDE SITUASJONER

Barnevernet opererer innenfor en rettslig kontekst. Et viktig tema i rettspsykologien er den menneskelige hukommelsen og dens påvirkbarhet for emosjonelle og stressende hendelser – situasjoner som er vanskelige å studere både metodisk og etisk..Men en måte er å bruke naturlig forekommende stressende situasjoner, følge de involverte gjennom disse situasjonene og deretter undersøke hva de husker fra hendelsen. Finnes det slike situasjoner med relevans for barneverntjenesten? Ja, og en helt spesiell: plasseringer av barn utenfor hjemmet. I slike situasjoner utfører barneverntjenesten en handling som *kan påføre* individer stor grad av stress. Ved å ha en nøytral forsker til stede som dokumenterer alt som skjer under en plassering, får man en «fasit». I ettertid kan man undersøke hvor mye barnet husker av hendelsen. I tillegg har vi sammenligne det målbare stressnivået hos barn og foreldre ved to betingelser: når barnevernet hentet barna akutt, versus når det var planlagte plasseringer.

METODE

Med tanke på at antallet akutte plasseringer har økt dramatisk i siste tiårsperiode (Oppedal, 2008), er det viktig å dokumentere om denne for-



OPPRIVENDE:

Stadig flere barn blir tatt fra foreldrene uten forvarsel. Ny psykologisk forskning ved Universitetet i Oslo gir innsikt i de involvertes opplevelse av situasjonen.

(Illustrasjon: Arne Olav Hageberg)

men for plassering påfører barna mer stressreaksjoner enn planlagte plasseringer gjør. I tillegg dreier jo plasseringssituasjonen seg om en separasjon fra biologiske foreldre, et forhold som også gjør det mulig å undersøke forholdet mellom tilknytning og hukommelse.

I løpet av noen år har vi samlet nærmere 50 saker som vi baserer våre analyser på. Forskeren registrerte alt som foregikk av ytre ting, for eksempel hvem som var til stede, samt observerbare emosjonelle aspekter hos barnet og foreldrene, som grad av redselsuttrykk, sinne, tristhet, og om barnet koblet ut.

Barna og foreldrene ble deretter på tre tidspunkter intervjuet om hendelsen. De strukturerte intervjuene ble transkribert og kodet for informasjonsinnhold. Data ble så analysert i forhold til om plasseringen var akutt eller planlagt, om intervjuingen skjedde etter en uke, tre måneder eller etter ett år, og med henblikk på tilknytning og type omsorgssvikt.

FUNN

Vi fant betydelig mer stress hos både barn og foreldre i de akutte plasseringene enn i de planlagte (Baugerud & Melinder, 2012). En viktig årsak til dette kan være at akutte plasseringer er uforberedte flyttinger hvor hverken

barn eller foreldre vet om og helt forstår det som skal skje. Forberedelse, oversikt, kontroll og forutsigbarhet virker positivt inn på opplevelsen av stress. Videre fant vi at på tross av at det fremkom mye ny informasjon i tremånedersintervjuet som ikke barnet fortalte om i det første intervjuet, var ikke informasjonen nødvendigvis feilaktig (Baugerud, Magnussen & Melinder, 2014). Med andre ord: barna viste inkonsistens i hva de rapporterte mellom intervjutidspunktene, men informasjonen de kom med, var nokså korrekt. »

Plasseringer av barn i fosterhjem

- Antallet akutte plasseringer har økt dramatisk i siste tiårsperiode
- Akutte plasseringer gir betydelig mer stress enn planlagte plasseringer, både hos barn og foreldre
- Barn med engstelig tilknyttede foreldre viser mer uro også i faser av plasseringen som er mindre stressende
- Unngående tilknytningsstil hos voksne leder i intervvisituasjoner til færre riktige svar fra barna på direkte spørsmål
- Barn som blir intervjuet om plasseringshendelsen viser inkonsistens mellom intervjutidspunktene, men informasjonen de kommer med, er nokså korrekt uavhengig av tid

Når det gjelder tilknytning, vet vi at unngående voksne unngår potensielt stressende informasjon, noe som reduserer mulighetene til både å lagre, og senere hente frem, minner som er emosjonelle (Goodman & Melinder, 2007). Det er også kjent at en engstelig tilknytningsstil hos foreldrene kan påvirke evnen til å ivareta barnet i en stressende situasjon. Vi tenkte oss derfor muligheten av at barn som hadde foreldre med unngående tilknytningsstil, ville huske mindre fra plasseringen. Vi undersøkte også om en engstelig tilknytningsstil hos foreldrene var knyttet til mer stress hos barnet i plasseringssituasjonen (Melinder, Baugerud, Ovenstad & Goodman, 2013). Begge antagelsene viste seg å være riktige.

Økt kunnskap om individuelle forskjeller i tilknytning og større forståelse for forholdet mellom konsistens og korrekthet kan få avgjørende betydning for hvordan vi samtaler med barn om negative erfaringer. Det vil også ha en direkte betydning for hvilke anbefalinger vi gir politiet for deres arbeid med avhør av barn.

Vi har avdekket forskjeller i reaksjoner hos barn og foreldre, særlig ved akutte plasseringer. I tillegg så vi også at det å plassere barn var en

påkjenning for saksbehandlerne. Det er derfor viktig at barnevernsarbeidere har kunnskap om hva de kan forvente av reaksjoner hos seg selv, slik at de i enda større grad kan ivareta barnet emosjonelt i situasjonen.

NY INTERVENSJONSSTUDIE

På bakgrunn av disse resultatene har vi ved Enheten for kognitiv utviklingspsykologi startet en intervensjonsstudie hvor barnevernskontorer randomiseres enten til en tiltakspakke med stressreducerende tiltak, informasjon og opplæring, eller til en kontrollbetingelse. Etter endt intervensjon vil vi vurdere ulike aspekter ved deres håndtering av plasseringer. Vi viderefører også plasseringsstudien for å undersøke effekter av at samtaler blir utsatt, siden det er regelen snarere enn unntaket at den første samtalen om et tema skjer først etter lang tid.

Alle studier som gjennomføres ved EKUP, har to hensikter: å følge grunnforskningsprinsipper, og å være nyttige for praktikere. Plasseringsstudien er ikke noe unntak. Uten slik forskning vil faget vårt tendere å bli et beskrivende fag som må basere seg på andre fags utvikling. ✕

REFERANSER

- Baugerud, Gunn Astrid & Melinder, Annika Maria D. (2012). Maltreated Children's Memory of Stressful Removals from Their Biological Parents. *Applied Cognitive Psychology*. ISSN 0888-4080. 26(2), 261-270. doi: 10.1002/acp.1817
- Goodman, Gail S & Melinder, Annika Maria D. (2007). The development of autobiographical memory: A new model, I Svein Magnussen & Tore Helstrup (red.), *Everyday Memory*, kapittel 5, s. 111-135. Hove, UK: Psychology Press. ISBN 978-1-84169-579-2.
- Melinder, Annika Maria D., Baugerud, Gunn Astrid, Ovenstad, Kristianne Stigsdatter & Goodman, Gail S. (2013). Children's Memories of Removal: A Test of Attachment Theory. *Journal of Traumatic Stress*. ISSN 0894-9867, 26(1), 125-133. doi: 10.1002/jts.21784
- Oppedal, Mons (2008). *Akutthjemlene i barnevernloven*. Gyldendal. ISBN/EAN: 9788205385139

Ferskvare



Hjelp for dissosiative forstyrrelser

Strukturert ferdighetstrening for personer som lider av traumerelaterte dissosiative forstyrrelser. Forfatterne bruker en praktisk integrering av teorier og terapier, og kombinerer korte, informative kapitler, hjemmearbeidsskjema og øvelser som skal fremme grunnleggende mestringsprinsipper. Boken kan brukes både i grupper og i individuell terapi. Innledes med et overblikk over dissosiasjon og tilhørende symptomer.

Boon, Steele og van der Hart: **Traumerelatert dissosiasjon. Ferdighetstrening for pasienter og terapeuter.** Modum Bad, 2014.



Kraftverk nr. 49 er ute på nett.

Tidsskriftet gir stemme til uetablerte skribenter som er eller har vært psykisk syke, og som vil uttrykke seg gjennom et skjønnlitterært språk. Redaksjonen har denne gangen gitt plass til seks prosatekster, 28 dikt og 21 bidragsytere på 78 sider. Bak utgivelsen står Kunst, kultur og psykisk helse (KKPH) i Bergen kommune. Les tidsskriftet på www.kkph.no/kraftverk49/



Guadalupe Nettel:
Kroppen hvor jeg ble født.
Solum forlag, 2014.

Rotløs oppvekst

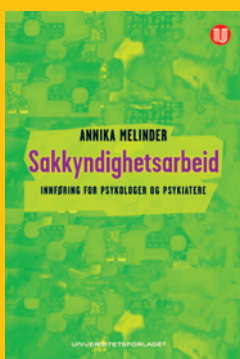
Til en kvinnelig psykoanalytiker skildrer fortelleren omveltningene hos et barn som stadig forflyttes fra en kulturell kontekst til en annen: Det handler om å vokse opp i Mexico by med foreldre som omfavner 1970-tallets progressive idealer, om å være ungdom i en forstad i Sør-Frankrike, om å besøke mennesker som står en nær i meksikanske fengsler.



Daredevil #7, august 2014, *Marvel Comics*.

En våghals med fortid. August-utgaven av tegneserien Daredevil har fått ros for hvordan de har integrert kunnskap om fødselsdepresjon inn i fortelling om hvorfor han ble forlatt av sin mor som barn. Her forteller moren til

mannen uten frykt om sine opplevelser som nybakt mor. Om hvordan hun ikke var lykkelig som nybakt mor, om helsepersonell som ikke skjønnte hennes opplevelser, hennes skam, sjalusi og sinne. Om hvor lite ektemannens trøstende ord betyr når den indre stemmen kverner på at hun er den verste moren noensinne. Om hvordan ting baller på seg hvis tilstanden ikke behandles. Om å forlate et barn fordi hun er redd for at hun vil skade det. Alt mens tegningene viser en mor som kun ser et skall av seg selv i speilet, uten noen vei inn til seg selv. Og på siste side trykker de like gjerne støttegruppen Postpartum Support International sin infoside om tilstanden ord for ord. Det er mange kanaler for forebyggende arbeid innen psykisk helse.



Sakkyndighet i praksis

Sakkyndighetsarbeid gir viktige premisser for rettslige avgjørelser, og skiller seg dermed vesentlig fra klinisk arbeid. Enten den sakkyndige utreder saker for barnevern, forsikringselskaper eller for retten, er hensikten

å finne fakta som bidrar til å belyse saken.

For psykologer og psykiatere som påtar seg sakkyndighetsarbeid, men også for aktører som kjøper sakkyndighetsarbeid, eksempelvis barnevern, advokater og dommere.

Annika Melinder: **Sakkyndighetsarbeid. Innføring for psykologer og psykiatere.** Universitetsforlaget, 2014.



Denne boka mangler ingenting, den omhandler alt, skriver Bjarthe Stubhaug som har anmeldt *Energityvene*.

Side 876

Konsekvensen av økt tilgang til attraktive stimuli er at belønningsmekanismene i hjernen blir overstimulert, sier forfatter og biolog Bjørn Grinde.

Side 880

Har du lyst å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Send forespørsel/ teksutkast på e-post til perolav@psykologtidsskriftet.no eller nina@psykologtidsskriftet.no.

Vi ønsker også bokessay/ kulturessay som har en psykologisk tematikk og forankring.

ANMELDT: TEATER

Menneskets klagesang

Et drømspill er fortsatt et gåtefullt teaterstykke. I Calixto Bieitos tolkning har det blitt en intens og medrivende reise i menneskenaturen.

AUGUST STRINDBERG

Et drømspill

Regi: Calixto Bleito
Nationaltheatret, 2014

AGNES (MARIANN HOLE), datter av guden Indra, er på vei ned til menneskene for å forstå deres jammer og misere. På avstand, sett fra gudenes perspektiv, er jorden vakker, med grønne skoger, blått vann, hvite topper, gule åkrer. Menneskene som bor der, er imidlertid i en sørgelig forfatning. De er utakkneilige og misfornøyde. De lever i mangel, lengter etter noe annet, hevder bitert at livet har gjort dem urett, og deres morsmål heter karakteristisk nok *klage*. Men som Agnes innledningsvis sier: så vakkert som det er på jorden, hvor vanskelig kan det nå egentlig være, dette livet menneskene lever?

August Strindberg (1849–1912) er av mange regnet som Sveriges største forfatter, og *Et drømspill* er hans hyppigst fremførte teaterstykke. Det utkom i 1901, rett etter Freuds *Drømmetydning*, i en tid da idéer om det ubevisste og motsetningsfylte sjelsliv grep om seg, langt inn i den litterære tidsånden. Elementene i teaterstykket er så også som i en drøm; vanskelige å gripe. Tid og rom eksisterer ikke, elementer flyter inn i hverandre, hendelser følger en tilsynelatende usammenhengende logisk form, og den underliggende mening er tilslørt.

Stykket er iscenesatt av den spanske regissøren Calixto Bieito som et tablåteater; det males med bred penn og sterk symbolikk. Blod og skitt, vakker og sentimental sørgesang, tårer som regner over scenen, og da Agnes lander på jorden, er det i en sykehusseng med en

ANMELDT AV

Eivind Normann-Eide



INTENST DRAMA Skuespiller Mariann Hole i *Et drømmspill* som for tiden spilles på Nationaltheatret. (Foto: Gisle Bjørneby)

madrass full av jord, som hun begeistret kaster rundt seg, inntil en offiser (Jan Sælid) stiger opp av jorden. Han er fanget, og Agnes vil sette ham fri. Men offiseren er ikke sikker på om han vil, for som han sier, *hver glede i livet skal betales med dobbel sorg*.

PSYKOLOGISK DRAMA

Lik en Jesus-skikkelse begynner Agnes sin vandring på jorden. Hun påtar seg å bære menneskets lidelse, samtidig som hun leter etter gleden, etter det gode. Hun finner menneskene bitre og forulempet, de venter forgjeves på kjærlighet, men klarer ikke å forsones seg med det livet har å tilby. Knut Hamsun omtalte Strindberg som en *sjeledramatiker*, og *Et drømmspill* er så visst et psykologisk drama, der det menneskelige er fylt av konflikt og mangel på forsoning. Mennesket lengter etter noe annet, etter noe mer enn seg selv. Jorden er et sted hvor det ikke finnes glede uten skyld og smerte, ingen smerte uten lengsel etter glede, og det går ikke lang tid før Agnes erkjenner og uttrykker stykkets mest kjente sitat: *det er synd på menneskene*.

Rollegalleriet fra originalteksten er strippet ned til noen få sentrale skikkelser, båret frem av

medrivende skuespillerprestasjoner. Advokaten (Jan Gunnar Røise) er en rettskaffen mann, han vil snakke de fattiges sak, legge inn et godt ord for forbryteren, lette byrden til de skyldige. Men han er selv nedtyngt av det mennesker er i stand til å gjøre mot hverandre. For, som han sier, det er mellom mennesker piskens slås som hardest. I søken etter glede, på jakt etter kjærligheten, gifter Agnes seg med advokaten. I en intens scene, der de omslynger hverandre i en gripende omfavelse som utvikler seg til kvelertak, erfarer Agnes plikten, fattigdommen og foreldrerollen. Velsignelsen hun søker i ekteskapet, kjærligheten og morsrollen, oppleves snart som undergang.

Med empati og åpenhet vil Agnes sette seg selv i menneskets sko, forstå og reflektere menneskets syn på seg selv. Men heller ikke Agnes holder ut i lengden, og stykket berører spørsmålet om hvor nært vi evner å både se på og leve oss inn i andres lidelse før vi selv har behov for følelsesmessig avstand. Agnes når sin grense, hun vil bryte ut, forlate den menneskelige byrde og plikt. Men hun er blitt jordbunden og rives først i filler av sin egen samvittighet, før hun ber sin far Indra om å ta henne tilbake til gudene. Først må hun imidlertid møte dikteren (Anneke von der Lippe), Strindbergs alter ego, og i møte mellom dikter og gudedatter trekkes noe av sløret til side.

TIDLØST TEMA

Hva dreier teaterstykket seg om? Det ubevisste i drømmebildet? Religiøs symbolikk? Tekst og teaterstykket er en misantropisk skildring av mennesker som verken er herre i eget hus eller vet sitt eget beste, der de indre konfliktene driver dem mot hverandre og fra hverandre. Stykket ble også skrevet i en intens periode hvor Strindberg opplever en av sine dypeste kriser. Tidligere samme år har han giftet seg med den unge >>

”

Tekst og teaterstykke er en misantropisk skildring av mennesker som verken er herre i eget hus eller vet sitt eget beste

skuespillerinnen Harriet Bosse, et kortvarig og stormfullt ekteskap, hvorpå hun forlater den aldrende dikteren etter få måneder. Strindberg tenker på selvmord, skriver testamente, men jobber samtidig med teaterstykker, blant annet *Et drømmspill*, hvor flere scener har selvbiografiske elementer. Kanskje er det slik at innholdet i stykket ikke bare reflekterer et grunnleggende menneskesyn, men også skildrer en verdensanskuelse sett gjennom depresjonens mørke briller, der det er dikteren selv som er nærmest det å gjennomskue drømmespillet menneskene bedriver, i forsøket på å unnslippe seg selv?

Fiksjon i form av skjønnlitteratur og drama kan både bidra til gjenkjennelse og vise livet frem fra nye perspektiver, det vil si å fortelle noe vesentlig om både oss selv, de andres liv, og samfunnet vi lever i. Slik berører også *Et drømmspill* noe gjenkjennbart og allmennt menneskelig, løsrevet fra tiden det er skrevet i. Regissør Bieito har valgt å modernisere fremføringen med ønske om å speile vår egen samtid. Han sikter til et ytelsessamfunn, angivelig uten grenser for hva som er mulig å oppnå, der individet i all sin fremgang har mye å tape, og prisen enkelte betaler, er følelse av skam, selvanklage, mislykkethet og skyldfølelse.

Agnès konkluderer med at ja, det er vanskelig å være menneske, men sammenheng, logikken, og det underliggende budskap i stykket forblir uklart. Ikke ulikt – nettopp – en drøm: til tross for at vi kan komme et stykke på vei i å forstå den, eller oss selv, vil det alltid være noe ubegripelig igjen, en rest som ikke lar seg fange av språk, fornuft eller rasjonalitet. *Et drømmspill* vekker opp nye spørsmål og sammenfattede følelser, vanskelige å forstå, vanskelige å tolke. Slik det gjerne er når vi våkner opp etter en vond drøm om menneskets – og vår egen – jammerlige tilstand. ✘

ANBEFALT



FOTO: TED.COM

18 minutter

For meg som er psykolog og en generelt nysgjerrig person, har nettstedet TED.com vært en gullgrube. TED står for «technology, entertainment and design» og begynte i 1984 som en konferanse med det formålet å utforske overlappingen mellom nettopp disse tre fagområdene. Over tid har konferansen og tilhørende nettsted blitt så populært at det tiltrekker seg noen av de fremste forskerne og tenkerne i verden i dag, også innenfor fagfelt langt unna det opprinnelige nedslagsfeltet – for eksempel psykologi.

Konseptet er enkelt: Foredragsholdere fra hele verden inviteres på bakgrunn av å være spesielt kunnskapsrike, nytenkende og kreative innenfor sine fagfelt. De får 18 minutter til å presentere essensen av ideene sine på den mest innovative og engasjerende måten de kan. Foredragene filmes og legges ut på nett, hvor de blir sortert etter tema og popularitet.

Blant psykologer som har besøkt konferansen, finner man store og etablerte navn som Martin Seligman, Philip Zimbardo, Mihaly Csikszentmihalyi, Elisabeth Loftus, Dan Gilbert, Steven Pinker, Oliver Sacks, Daniel Kahneman og Daniel Goleman, for å nevne noen. Men også foredrag av ikke-psykologer har gitt meg mye å tenke på, både som psykolog og privatperson.

Under er en liste over noen av mine personlige favoritter som har lært meg noe betydningsfullt om mennesket og systemene de er en del av:

Jill Bolte-Taylor – My stroke of insight
 Ken Robinson – How schools kills creativity
 Eleanor Longden – The voices in my head
 Brené Brown – Power of vulnerability
 Benjamin Zander – The transformative power of classical music
 Hans Rosling – The best stats you've ever seen
 Susan Cain – The power of introverts

Anbefalt av Sigrid Skeide, privatpraktiserende psykolog hos Torshovpsykologene. Skeide har også sin egen blogg: www.psykologgen.no.

Lidelsens identitet

Det er vanskelig nok å være foreldre til barn som er tilnærmet lik en selv. Hva da når eplet faller langt fra stammen?

FORSKJELLIGHETEN ER journalisten Andrew Solomons utgangspunkt for å utforske foreldreskapets to uforenlige drømmer: Drømmen om at barnet skal ligne en selv, og ønsket om å få selvstendige barn som er frie og tar egne valg. Motsetningen skaper både smerte og forvirring i foreldres og barns liv. Men vi er dømt til å leve med den.

Solomons metode er å ta tak i «de barna som er virkelig annerledes». For i de spissede situasjoner får man gjerne klarere bilde av allmenne fenomener: «Foreldrerollen blir overspilt når man får uvanlige barn.» Gjennom mange år intervjuet han mer enn tre hundre familier som har møtt og levd med annerledeshet. Det handler om familier med barn som for eksempel er døve eller autister, vidunderbarn eller kriminelle, funksjonshemmede eller voldtektsunnfanget. Og hele tiden sikter han mot å forstå hvordan mennesker forsoner seg også med dyptgående forskjeller mellom foreldre og barn. Eget liv trekkes også inn prosjektet: første kapittel heter «Sønn», og handler blant annet om forfatterens vei mot å erkjenne sin homofili. Siste kapittel heter «Far», og handler om at han selv blir far – gjennom surrogatmor og en mildt sagt kompleks familiestruktur.

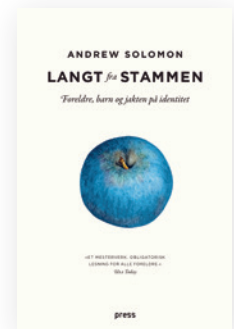
Råstoffet til boken utgjorde 40 000 sider. Da er det ikke så verst å komprimere boken til knappe 1000 sider, fotnoter og register inkludert. Likevel oppleves boken som for lang. Alle kapitlene faller inn på samme lengdemal: 60 sider. I noen tilfeller er det passe, som i kapitlet «Døv». I andre tilfeller får man opplevelsen av at temaet tværes unødvendig ut, som i kapitlet «Vidunderbarn».

Men kanskje boken ikke skal vurderes som en playlist på en mp3-spiller, hvor man kun vel-

ger seg de låtene man liker aller best. Kanskje den heller skal vurderes som et album, hvor man også må ta med på kjøpet det litt svake tredjesporet på B-siden. Slik får man i beste fall utfordret sin egen musikksmak, i verste fall gitt anledning til å hente seg en kaffe. Men selv som album betraktet er det for ujevnt. Få artister slipper unna med dobbelt-LPer, og her snakker vi om et trippel-album. En strammere produksjon hadde absolutt vært på sin plass.

Likevel, det er nok av setninger, avsnitt og kapitler som stikker seg positivt ut i boka. Som det etiske minefeltet han tegner opp når han forteller om arvbare tilstander. Her leser vi om funksjonshemmede foreldre som velger å få barn som ligner på dem selv, og legger samtidig inn et avsnitt om at designerbarn har kommet for å bli. Videre peker han på at mennesker som selv har arvbare tilstander, trolig vet mer om ulemper og gode sider ved å leve med tilstanden enn folk uten tilstanden gjør. Men samtidig finner han det urovekkende at enkelte funksjonshemmede foreldre ikke virker mer opptatt av de fysiske smertene deres egne barn da kan komme til å slite med. Ens egen moralske retningssans både skjerpes og går i spinn i slike partier.

Det norske forlaget burde også tatt jobben med en lett tilpasning til norske forhold her og der. Man kan hoderystende lese om amerikanske ungdomsfengsler, men hvordan er det i Norge? Å lese kapitlet om unge kriminelle og deres foreldre er nok ingen dum lesning for politikere som er i overkant ivrige på straff fremfor behandling. Men kapitlet ville fått enda større kraft med en fotnote eller to som trakk en tråd eller tre inn i norsk kriminalomsorg. ❌



ANDREW SOLOMON

Langt fra stammen

Press forlag, 2013

991 sider

ANMELDT AV

Bjørnar Olsen

For mykje energi

Denne boka om utmattelse, *Energityvene*, har med det aller meste, og manglar likevel den poengterte og integrerte budskapen.



**TORKIL BERGE,
LARS DEHLI & ELIN
FJERSTAD**

*Energityvene:
utmattelse i sykdom
og hverdag*
Aschehoug, 2014.
386 sider

BOKA FAMNAR VIDT og presenterer eit hav av kunnskap, men det blir litt mykje, litt fragmentert, litt utflytande. Og svært ordrikt. Den er på 370 sider, med hovedmålgruppe «alle som har vedvarende utmattelse», og folk som «har møtt veggen». Den kan også vere nyttig for pårørende og helsepersonell.

Boka spenner opp eit svært vidt lerret for å vise fram utmattelse i alle former, og har tilsvarende vide strategiar og råd for å møte og meistre utmattelse. Det blir også gitt råd for smerter, søvnplager, utbrentheit, perfeksjonisme, bekymring og grubling. Det er kapitler om aksept og endring, om mindfulness og oppmerksomt nærvær, om familie og samliv og arbeidsstress, og ei avsluttande litteraturliste med forslag til stoff der ein kan lese meir om alt dette.

Men det er først og fremst ei bok om kognitiv atferdsterapi ved helseplager. Slik sett er den ikkje ulik andre bøker om CBT, og representerer ei relativt tradisjonell kognitiv forståing og tilnærming, sjølv om den har med det meste av andre perspektiv både når det gjeld årsaker og behandling. Slike perspektiv framstår likevel mest som krydder og utfyllande stoff, utan å vere godt elta inn i CBT-teksten.

UTMATTELSE ELLER KRONISK UTMATTESSESYNDROM

Er det ei bok om ME? Ja og nei. Den har som bakteppe at utmattelse i dag i stor grad er blitt synonymt med ME, slik at ein nok vil oppfatte at dette omhandlar kronisk utmattelsessyndrom CFS/ME. Dei fleste pasientkasuistikkar i boka handlar også om det. Og samtidig er ambisjonen å forstå og møte utmattelse som «energyv» utover CFS/ME. All utmattelse – fatigue – blir inkludert: utmattelse ved somatiske sjukdommar frå reumatisme, kreft, MS og Crohn, og utmattelse ved angst og depresjon, utbrentheit, perfeksjonisme og overtying Derfor blir det ei framstilling av kroniske utmattelsessyndrom og samtidig ikkje, fordi fokus blir for vidt til at

lidelsen CFS/ME eigentleg blir utforska grundig eller forstått betre.

Dette vide perspektivet er både ein styrke og ein veikskap. Denne boka manglar ingenting, den omhandlar alt. Til og med proinflammatoriske cytokiner og sentral sensitivisering er nemnt som forklaring på utmattelse og smerter, og kreftmedisin som muleg terapi. Men mykje av dette er overflatisk og rører berre så vidt ved kunnskapsfronten om utmattelse som eit psykofysiologisk, immunologisk og emosjonelt fenomen.

Skal ein evaluere boka, blir det avgjerande kven ein tenkjer seg som målgruppe. Eg trur mange pasientar vil ha vanskar med å fylgje med i det ordrike psykologspråket som formar teksten, men det er muleg at ein del av dei konkrete råd og forslag knytte til regulering av søvn, ernæring og aktivisering kan brukast og vere nyttige. Det meste som blir presentert, er uttrykk for kunnskapsbasert forståing og behandling, men spørsmålet er om presentasjonen er god nok til at folk flest kan tileigne seg alt dette. Kanskje ei meir fokusert og integrert framstilling med færre ord og mindre lerret hadde vore nyttigare.

For helsepersonell kan mykje av stoffet bli for ordrikt, sjølv om mange vil få ei oversikt over fenomenet utmattelse. Mange ting blir gjentatt – det er nok dels meint slik, for at folk kan lese ulike delar separat utan å måtte lese alle kapittel. Men det er kanskje også uttrykk for at det er fleire forfattarar som ikkje heilt har integrert bidraga sine. Det er ein kognitiv atferdsteoretisk og -terapeutisk tone som pregar heile boka, og hovudkapitla om kognitiv terapi er ei eiga sjølvhjelpsbok om CBT. Dette er grundig, godt og lærerikt, om det er kognitiv atferdsterapi – med tanke- og handlingsmønster og levereglar og aktivitetsplanar og problemløysing – ein skal lære seg, og bruke. Men så blir mindfulness og aksept introdusert som nyttig meistringsstrategi, utan at det heilt blir integrert med kognitiv terapi. Kapitlet om mindfulness står for seg sjølv: greitt nok som

introduksjon til temaet og med ein del praktiske øvingar, men utan å knyte det til dei detaljerte kognitive teknikkane som er presenterte i teksten. Mindfulness-basert kognitiv atferds-terapi er ikkje det same som CBT i si tradisjonelle form, og sjølv om dette ikkje er temaet for denne boka, må ein kunne forvente ei større integrering av det rasjonelle problemløysande perspektivet med det akseptierende her-og-no, så mykje plass som det siste faktisk får i boka.

Lite av det som blir presentert i boka, er fagleg kontroversielt, og det meste er forankra i evidens og forskning, tidvis med eit preg av å skulle forklare unødige mykje.

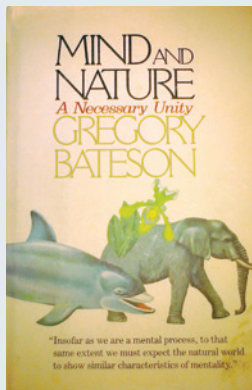
UTMATTELSE SOM IMMUNSYMPTOM

Det er ein mangel ved omtale av utmattelse i denne boka at ein legg så lite vekt på immunologisk kunnskap, herunder også psykoimmunologi. Immunologisk aktivering medfører utmattelse, sjukdomskjensle og feber, og er del av akutte og postinfeksiøse prosessar, inflammasjon som ved reumatisme, MS, tarmsjukdom osv., og høyrer med til stressrespons og emosjonell aktivering. Det stressmedisinske perspektivet er etter mi meining for bleikt i boka, sjølv om det er nemnt her og der, fragmentert.

På eitt punkt meiner eg budskapet er misleiande og uttrykk for ei dysfunksjonell sjukdomsforståing: utmattelse som symptom på energisvikt. Med ei slik forståing blir aktivitets-tilpassing forståeleg og naturleg, aktivitet må tilpassast den energimengde ein har til kvar tid, og atferd endar med å bli symptomstyrt. Sjølv om dette blir nyansert i teksten, er denne forståinga likevel gjennomgåande, også i dei konkrete handlingsplanane ein presenterer som del av aktiv kognitiv terapi. Her har psykologane akseptert ein energimodell som det ikkje er psykologisk medisinsk grunnlag for, og som avgrensar intervensjonsrommet for ny sjukdomsforståing og -atferd. Her går det eit skilje mellom ulike sjukdomsparadigmer: det eine basert på tilmålt energi, det andre på potensial for å regulere og mobilisere utover subjektivt opplevd energi. Boka formidlar mest det første. Eg har størst tru på det andre.

Likevel: denne boka er eit kjærkome bidrag i utviklinga om forståing og behandling av langvarig utmattelse og kan skape større håp om endring og tru på eigne meistringsmoglegheiter ved utmattelse. Den kan gje ny kunnskap og innsikt til opne sinn. ✘

KLASSIKEREN



Gregory Batesons *Mind and Nature (1979)*

Av og til kan møtet med ein tekst bli skjebnesvanger. Gregory Bateson ga meg eit nytt språk, skriv Tor-Johan Ekeland, som er førstemann ut i vår stafettspalte Klassikeren.

Akademisk liv er eit liv i lesing av fag. Det meste er «meir av same slaget» – til utdjupeing og utviding av perspektiv ein alt er innanfor. Av og til kan møtet med ein tekst bli skjebnesvanger – ein blir merkt slik at det er ingen veg tilbake (til slik ein tenkte før). For meg var lesinga av Gregory Batesons *Mind and Nature* (1979) ei slik oppleving. Først gir boka motstand, irriterer fordi ein skjønner at her er noko viktig, men ikkje kvifor. Så blir ein svimmel når «gamle» modellar i eige intellekt krakkeler og går i oppløysing. Deretter dett bitar av kunnskap på plass i ein ny orden, og ein opplever den kognitive gleda det er å sjå noko ein tidlegare ikkje hadde sett. For å nytte ein Bateson-inspirert metafor: det er skilnad på å lære gloser og å lære eit språk. Bateson ga meg eit nytt språk: alt (liv) er kommunikasjon, og slik vi har delt opp verda for å skjønne den (psykologi, biologi etc.) er ei oppdeling i språket og ikkje nødvendigvis ei oppdeling i verda.

*Tor-Johan Ekeland utfordrer Kim Larsen
til å ta stafettspalten vidare.*

Å møte vold og aggresjon

Klokt og nyttig om holdninger og praksis, men uklar og utdatert presentasjon av det teoretiske grunnlaget.



**OLE GREGER
LILLEVIK OG
LISA ØIEN**

*Miljøterapeutisk arbeid
i møte med vold og
aggresjon.*
Gyldendal Akademisk,
2014.

I ARBEID MED mennesker med psykososiale problemer kan vi stå overfor krevende aggressiv atferd, særlig i institusjonssammenheng. Individuelle egenskaper relatert til vold er godt undersøkt. Vi har mindre kunnskap om kontekstuelle forhold omkring aggresjonsproblemer, selv om betydningen av samspillet mellom utøver og hjelper og andre miljøfaktorer understrekes. Denne boken går inn på noen slike forhold, særlig knyttet til relasjonen mellom hjelper og klient. Et sentralt mål for boken er økt forståelse av hjelperens dempende eller utløsende rolle i risikosammenhenger.

KLIENTPERSPEKTIV OG VEKT PÅ SAMSPILL

Forfatterne går først igjennom sentrale begreper i fagfeltet. De tar videre opp forebygging som et vesentlig innsatsområde. Deretter følger verdigrunnlag for arbeid med aggresjonsproblemer, metodiske tilnærminger, personlig kompetanse og til sist forslag om rutiner i etterkant av vanskelige hendelser.

Tiltalende trekk ved boken er en klar ambisjon om å ta vare på mennesker med alvorlige problemer, der betydningen av klientperspektiv og godt samspill understrekes. Dette har ikke alltid vært selvsagt ved tiltak overfor personer som prøver å skade eller krenke gjennom skremmende og belastende atferd. Et sentralt prinsipp er å møte klienten på en måte som støtter egenverdi og selvstendighet gjennom anerkjennelse og myndiggjøring. Det forutsetter evne til å fange opp tilstand og behov, å unngå konfliktopptrapping og å dempe vanskelige situasjoner. Slik samspillskompetanse er ujevnt fordelt og vil være et sentralt mål for personalutvikling. Forfatterne går her ut fra egne undersøkelser, der de har intervjuet per-

soner med anerkjent god evne til å møte risikosituasjoner.

LAVT PRESISJONSNIVÅ

Et langt innledende kapittel dekker en femtedel av boken og sikter mot å gi et teoretisk grunnlag. Denne prioriteringen kunne vært på sin plass hvis den bidro til avklaring og økt forståelse. Jeg opplevde å måtte slite meg igjennom en tekst med lavt presisjonsnivå, uten å bli særlig klokere. Noen temaer står frem som særlig uavklarte. Faglitteraturen har vært preget av varierende bruk av betegnelse aggresjon og vold. Forfatterne virker ambivalente til forslag om avklarende definisjoner. Svært ulik atferd, fra drapsforsøk til selvskadning, sinne, irritasjon og selvhevdning omtales om hverandre, og til og med maktbruk for å opprettholde institusjonsrutiner tas med som et beslektet fenomen.

Jeg synes heller ikke avsnittene som kommer inn på forklaring av aggresjon, er særlig avklarende. Instrumentell aggresjon omtales, men for øvrig kan det virke som at forfatterne baserer seg på Per Isdals avmaktmodell og en over 70 år gammel frustrasjon-aggresjonshypotese. Hydraulisk forståelse av aggresjon er også en utdatert modell.

Nyere litteratur tar imidlertid opp mangfold i motivasjon og ulike faktorer som kan påvirke aggressiv atferd.

BEST PÅ PRAKSIS

Samlet opplevelse av boken er at de praktiske rettete delene fremstår som nyttige og velkrevne, mens en del teoretiske partier er unødig abstrakte og ordrike og kunne trengt betydelig språklig oppstramming. Til tross for at boken har en omfattende litteraturliste, savnes også referanse til noen sentrale forfattere. ❌

ANMELDT AV
Ragnar Urheim

ANMELDERI:

Av hvem – for hvem?

Det er ikke noe galt i at psykologer skriver velmenende om andre kollegers bøker. Men interessant eller spennende lesning blir det sjelden.

I **PSYKOLOGTIDSSKRIFTET** nummer 5 i år anmeldte Hedda Vormeland boken «Pappa'n min er syk i tankene sine» av Anne Kristine Bergem (Fagbokforlaget). Vormeland var kritisk til boken, og anmeldelsen fikk et interessant etterspill. En redaktør fra forlaget tok kontakt og mente boken var anmeldt på feil grunnlag, og Svein Øverland var i juni-utgaven av samme oppfatning: En psykolog og ikke en litteraturkritiker burde anmeldt boken.

Diskusjonen om hvem som kan anmelde hvilken type litteratur i et psykologisk fagtidsskrift er interessant. Det var ikke tilfeldig at vi kontaktet Vormeland for å anmelde Bergems utgivelse. For boken spriker i mange retninger rent sjangermessig. Den er både barnebok og fagbok, ment for blant andre helsepersonell og barn av foreldre som sliter med psykisk sykdom. Skal man vurdere om boken fungerer utenfor det psykologiske fagmiljøet, er det interessant nettopp å få personer fra utsiden av psykologien til å vurdere den.

UTENFRABLIKK

Mange fagbøker krever anmeldere som behersker det spesifikke fagfeltet. Faren er at tekstene får karakter av bokomtaler heller enn godt begrunnet fagkritikk. Tekstene trenger ikke være dårlig skrevet, men de mangler gjerne motstand og temperatur.

Da kan det være mer spennende med kontrastfulle anmeldelser, hvor kritiker og forfatter står langt fra hverandre. Som når en psykolog anmelder en tegneserieroman om gruppeterapi. Anmeldelsen av Anna Fiskes *Grappa*, skrevet av Eivind Normann-Eide i juliutgaven,

er et slikt eksempel. Eller i tilfellet Vormeland: Å få en litteraturviter til å anmelde det som også er en psykologisk fagbok.

FORM OG INNHOLD

I augustnummeret av *Psykologtidsskriftet* skrev Siri Erika Gullestad en kronikk om språk som skaper avstand. Om hvordan psykiatere og psykologer benytter en form som ufarliggjør og skaper distanse. Temaet griper også inn i psykologiske fagbøker: Bidrar språket til å tilsløre eller utvide virkeligheten? Personer med et blikk for språk og stil kan lettere enn andre stille friske og kritiske spørsmål om et fags stammespråk.

Det er naturligvis mer krevende å ha et utenfrablikk når en psykolog anmelder en psykologisk fagbok, når man selv er innenfor feltet. Men vi i tidsskriftet tenker at det er en kvalitet som likevel kan etterstrebes og holdes oppe: Å være seg bevisst hvilken posisjon man skriver fra, og hele tiden forsøke å ha et våkent og vurderende blikk på det man leser. Man kan gjerne skrive begeistret, hvis det er begeistret man er, og man godt begrunner hvorfor. Men likevel hele tiden kritisk. På innhold. På form. ✘



TEKST

Per Olav Solberg

Redaktør og journalist
i *Psykologtidsskriftet*



Mange anmeldelser oppleves mer som bokomtaler enn godt begrunnet fagkritikk

NATURENS IBOENDE TREGHET

For en biolog kan psykisk uhelse blant annet forklares med tiden det tar for genene å tilpasse seg et nytt miljø.

TEKST

Per Olav Solberg

- **BEVISSTE OPPLEVELSER** er på sett og vis alt vi har og er. Jeg hadde lyst til å komme nærmere bevissthetens gåte, og skriveprosessen hjalp meg til å forstå og lære bedre.

Det forteller Bjørn Grinde, aktuell med *Bevissthet – forstå hjernen og få et bedre liv*, som lanseres i oktober. Den er en reise i evolusjonspsykologien, hvor hjernens utvikling og virkemåte har en sentral plass. Boken forklarer også årsakene til at følelser og bevissthet i sin tid oppstod. Derfra beveger Grinde seg mer over til selvhjelpssjangeren: Når vi vet mer om hvordan hjernen fungerer, er vi også bedre i stand til å hjelpe oss selv, gjennom mentale øvelser, mener forfatteren. Grinde introduserer en del slike mot slutten av boken.

- Til daglig jobber jeg som forsker ved Divisjon for psykisk helse på Folkehelseinstituttet. Jeg har et brennende ønske om å formidle kunnskap som kan bidra til at mennesker får det bedre. Biologisk viten er mangelvare. Biologi er ikke lenger et obligatorisk fag i videregående utdanning. Det synes jeg er uheldig. Jeg ønsker blant annet å formidle sammenhengen mellom vår evolusjonistiske arv og hvordan det kan skape problemer for mennesker i moderne samfunn, sier Grinde.

GODE OG DÅRLIGE VANER

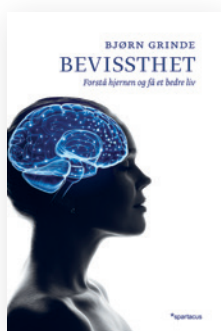
- *Hjernen vår er altså ikke designet for dagens samfunn?*

- Både ja og nei. Evolusjonen går svært langsomt. Det har tatt flere hundre millioner år å utvikle hjernen til det den er i dag. I løpet av den tiden har den blitt svært fleksibel og endringsvillig. Det betyr at vi, gjennom å bruke bevissheten og tanken, i stor grad kan bestemme hvordan vi vil at den skal fungere. Dette kompenserer til en viss grad for evolusjonens langsomhet.

- På den annen side er ikke hjernen tilpasset dagens miljø fullt og helt. Den er utviklet for en tid da ressursene var langt knappere. I steinalderen var tilgangen til for eksempel sukker, som jo er viktig for hjernens fungering og utvikling, svært begrenset. I dag er det overflod. Konsekvensen av økt tilgang til attraktive stimuli er at belønningsmekanismene i hjernen blir overstimulert og lett kommer ut av kontroll. Konsekvensen kan blant annet være at vi utvikler dårlige vaner og psykiske plager. Alt fra fedme til misbruk av narkotika kan i stor grad relateres til at evolusjonen er i utakt med det moderne samfunnet, mener Grinde.

- *I boken unngår du bruken av ordet avhengighet. Du skriver heller om gode og dårlige vaner. Er dette bevisst?*

- Det er i hvert fall en litt annen innfallsvinkel til avhengighet. Ut fra et evolusjonistisk perspektiv er det naturlig for hjernen å søke stimuli som aktiverer belønningsmekanismene. Dette har med hjernens virkemåte i seg selv å



BJØRN GRINDE

Bevissthet – forstå hjernen og få et bedre liv
Spartacus Forlag 2014



BIOLOG OG FORSKER

Bjørn Grinde har gjennom egen forskning blitt opptatt av folks velvære. Han har også utviklet en mental trenings-app for iPhone. (Foto: Spartacus Forlag)

gjøre. Det handler ikke om å være et dårlig menneske. Jeg tenker at dette både kan være nyttig og fortrøstningsfullt for de som av ulike grunner har tatt dårlige valg og havnet i uheldige vanemønstre.

– *I psykologien tenker man gjerne at dårlige vanemønstre er et symptom på noe bakenforliggende. Man flykter fra en smertetilstand. Her kommer psykoterapi inn i bildet. Gjennom å finne ut av årsaken og bearbeide følelser kan pasienten få det bedre. Er ikke din selvhjelpsmetodikk litt naiv og reduksjonistisk sett opp mot komplekse, psykiske tilstander?*

– Jeg tror ikke det er noe enten-eller. Mange mennesker har dype sår, og psykologisk behandling kan selvsagt være viktig. Men mental trening kan også bidra til å gjøre angsten eller depresjonen litt mindre og kanskje lettere å leve med, sier han.

SVAK POSISJON

– *Hvorfor står, etter din mening, det evolusjonistiske perspektivet temmelig svakt i psykologifaget her hjemme?*

– Mange psykologer tenker nok at biologien både er reduksjonistisk og deterministisk. Det er interessant at det først og fremst er samfunnsvitenskapen som har definert oss slik. Et av mine budskap i boken er tvert imot at evolusjonen gir oss stor frihet. Utviklingen av følelser og bevissthet gjorde oss friere og bedre i stand

til å vurdere ulike situasjoner og ta bedre valg. Jeg tenker at evolusjonspsykologien gir oss en meningsfull ramme å forså oss selv ut fra. Den står ikke nødvendigvis i motsetning til psykologiens og andre samfunnsvitenskapers teorier og modeller om mennesket.

– Jeg opplever også en holdningsforskjell mellom unge og eldre forskere. I Forskningsrådet er det for eksempel liten takhøyde for evolusjonspsykologien, og de har ikke gitt midler til denne typen forskningsprosjekter gjennom Folkehelseinstituttet. I de yngre miljøene ved universiteter og høyskoler er man mer positiv til mitt ståsted, sier han.

Et moment som gjør Grindes forskning kontroversiell, er modellene han bruker for å forstå hjernen. I Grindes tenkning er hjernen inndelt i ulike typer moduler som aktiveres ved ulike typer omgivelser og stimuli. Hver modul ivaretar en funksjon lagt ned av evolusjonsprosessen. Det kan dreie seg om alt fra å styre en lillefinger til å skape smerte, glede eller lyst.

– Modulmodellen må ikke tas for bokstavelig. Man kan ikke dele hjernen inn i ulike typer synlige moduler som har sin bestemte plassering. Metaforen er likevel nyttig. Den sier noe om mulighetene vi har til å endre nervebanene i hjernen vår gjennom trening og ved å unngå å utsette oss for visse typer stimuli, sier Bjørn Grinde. ✕



Konsekvensen av økt tilgang til attraktive stimuli er at belønningsmekanismene i hjernen blir overstimulert og kommer ut av kontroll

MINNEORD

JOHN ERLING GAARDER

1973–2014



John Erling Gaarder døde 41 år gammel 27. juni 2014. Som spesialist i klinisk psykologi hadde han særlig interesse for mennesker med psykoselidelser og rusproblemer og for bostedsløse – for dem som på ulike måter faller utenfor i samfunnet. Hans engasjement hadde rot i møter i livet med venner og bekjente som strevde med å finne seg til rette. Hans møte med egen alvorlig sykdom som ganske ung vet vi også ble av betydning for retningen hans liv tok. Etter befalsskole i Forsvaret arbeidet han i fengsler, gikk fengselsskolen, var miljøterapeut i psykisk helsevern og ble psykolog i 2005.

Han skrev hovedoppgave i ROP, prosjekt for psykotiske og rusavhengige, et oppsøkende team ved Tøyen DPS, Lovisenberg Diakonale Sykehus. Han la til grunn betydningen av åpenhet, gjestfrihet, erfaringsnærhet og psykoanalytisk teori. Han fant ut at det er mulig å bygge tillit over tid. Men det krever at terapeuten tolererer sterkt negativ affekt hos pasienten og arbeider med egne holdninger og negative følelser i relasjonen. Hans hovedoppgave ble pensum i SEPREPs utdanning for terapeuter med psykotiske pasienter.

Ved Tøyen DPS var han ansatt i flere team der han inspirerte mange til åpenhet og dristighet i kontaktetablering med pasienter som kunne være ansett som «håpløse». Et eksempel er John Erlings møte med en sterkt lidende og sky gutt. John Erling måtte finne opp en måte å være sammen med ham på, i hans fantasiverden, for at de skulle bli kjent, og for at denne karen skulle føle seg litt mer som et menneske blant andre. De «lekte» sammen med krigspill helt frem til denne mannen kunne begynne å snakke om og forholde seg til sitt hat mot moren sin, og sadistiske fantasier knyttet til mennesker som kom i hans vei. John Erling hadde mot til å våge noe nytt, gå inn i det ukjente. Og han hadde tillit til at dette ville gi pasienten muligheter for et bedre liv.

Ved Vor Frues Hospital ble han spesialist, han jobbet i flerfaglige team og fikk brukt disse erfaringene. Han så hvor viktig det er at man som psykolog på en sengepost bruker tid på miljøpersonalet; ved avslutning av en vakt med

følelsesmessig krevende situasjoner var det å ha en prat før man dro hjem helt avgjørende.

John Erling evnet å være nysgjerrig på hva pasientene forsøkte å kommunisere når de handlet på måter som fikk omgivelsene til å reagere, ofte negativt. Sammen med en pasient fant han uttrykket «Actions speak louder than words», som gjorde at både pasienten, han og miljøpersonalet som var rundt, kunne forstå mer av hva som skjedde med henne, og hva som var gode måter å være på når hennes handlinger og følelsesuttrykk ble kraftfulle. Han arbeidet ved siden av dette med selvstendig praksis og ble etter hvert ansatt i Forsvaret, der han bidro i støt-tearbeidet for pårørende etter Hercules-ulykken, og etterarbeid med Afganistan-soldater. Han var kandidat ved Psykoanalytisk Institutt.

I sine siste dager snakket John Erling om den jødisk-svenske psykoanalytikeren Ludvig Igra, hvis familie ble drept i konsentrasjonsleir under 2. verdenskrig. Linjene nedenfor er hentet fra Igras bok «Den tunna hinnan mellan omsorg och grymhet»:

«Vår förmåga till omsorg är något som ständigt måste återerövas – och mer än så. Erfarenheter från kriser och krig har visat att vårt engagemang i andras lidande – en inlevelse som under normala omständigheter tycks så stabil och självklar – kan gå förlorat från en dag till nästa. Det är frestande att underskatta den makt som fördomarnas förenklingar kan få över oss. Hur lockande är inte löftet om klarhet och sanning som alla tiders demagoger erbjudit oroliga och rådvilla. Attraktionskraften i sådana budskap hänger samman med strategin att förlägga allt som man ogillar eller finner föraktligt hos någon annan.»

John Erling rakk sammen med sin kjære Janne å skape sin egen familie. Han etterlater også sin datter Kristine, som han fikk i et tidligere forhold, og sine to sønner Jonas og Jakob. Våre liv ble så mye rikere av møtene med John Erling, og han blir dypt savnet blant kolleger.

*Kristin Østlie, Ruth Abraham,
Petter Lohne, Kari Tenmann*

MINNEORD

GUNNAR SØRBOTTEN

1942–2014



En flott kollega og god venn, Gunnar Sørbotten, døde den 5. september. Gunnar slo ikke om seg med store ord, men hans kunnskap og meninger sto fjellstøtt. Han gikk foran på nye områder og inspirerte oss andre. Han har betydd så mye for så mange, for de utallige pasienter som har fått sitt liv bedret gjennom hans kunnskap, dedikasjon og omsorgsfulle virke, og for kolleger som har nytt godt av hans brede kunnskap innenfor klinisk psykologi.

Gunnar var spesielt opptatt av sykdom og smerte og hvordan vi som psykologer kunne lindre. Som spesialist i klinisk psykologi, som allerede under studiene ved Universitetet i Oslo i 1960-årene ble interessert i kropporientert psykoterapi, var det kanskje ikke rart at interessen for hvordan vi kunne hjelpe ved somatisk sykdom, ble så sentralt hos han.

Som styremedlem i Norsk Forening for Klinisk Eksperimentell Hypnose utforsket han nye områder. Han ønsket å integrere kunnskap om kroppens kommunikasjonssystem i sin praksis, og var ikke redd for å gå nye veier. Med sin interesse for hypnose og senere energipsykologi og tankefeltterapi (TFT), metoder som ikke akkurat lå i kjernen av den etablerte psykologien, banet han vei for oss andre. Han utfordret: «Atle, dette er en metode vi psykologer må lære mer om.» Når Gunnar sa dette, så visste jeg at jeg måtte høre etter, og at det var til å stole på.

Han prøvde metoden ut i sin praksis og lyttet og observerte det han så hos sine pasienter, selv om dokumentasjonen den gang var svært mager. Hans dype lojalitet til pasientene var forankret i en stor faglighet og et ønske om å lindre fysisk og psykisk smerte. Henviste du noen til Gunnar, visste du at de fikk den best tenkelige hjelp.

Han døde hjemme etter et kort sykeleie 72 år gammel, omgitt av sin kjære Gunhild, sønnene Geir og Audun, svigerdøtre og barnebarn. Han vil savnes sårt av sine nærmeste, av de mange han har hjulpet gjennom årene, og av alle oss kolleger og venner som har verdsatt hans fine, varme vesen og hans faglige viten og kunnskap.

Atle Dyregrov og Solveig Bøhle

KURS OG SEMINAR

**KURS ARRANGERT
AV NORSK
PSYKOLOGFORENING
RETNINGSLINJER**

Alle våre kurs har opptak etter «først til mølla»-prinsippet.

Påmelding via www.psykologforeningen.no/
Kurs og utdanning.

Avmelding må skje skriftlig. Ved avmelding senere enn 5 uker før kursstart må hele kursavgiften betales. Unntak er kun når en kan legge frem sykemelding, rettsinnkallelse eller innkallelse til militærtjeneste.

Ved avlysning på grunn av uforutsette hendelser, dekker vi ikke reise- og oppholdsutgifter for kursdeltakerne.

Ytterligere informasjon og innbetalingsgiro blir sendt ut ca. 5 uker før kursstart.

Kursavgift for 2014 for medlemmer av Norsk Psykologforening er kr 3 100 per kursdag (inkl. kaffe/lunsj). Noen kurs kan ha høyere kursavgift.

Se ellers Norsk Psykologforenings hjemmeside www.psykologforeningen.no/
Kurs og utdanning

OKTOBER

**Fellesprogram 674-14,
4. samling**

6.–8. oktober 2014, Oslo
Kursledere: Rolv Mohn og
Asbjørn Kolseth

**Lovkurs; Tvangsvedtak i
psykisk helsevern**

(fritt spesialkurs)
13.–14. oktober 2014, Oslo
Kurs 115–14

**Fordypningsprogram
psykologisk arbeid med
rus- og avhengighet,
4. samling**

15.–17. oktober 2014, Oslo
Kursleder: Eva Karin Løvaas
Kurs 484–14

**Fellesprogram 752-14,
2. samling**

15.–17. oktober 2014, Bergen
Kursledere: Espen Rutle
Johansson og Ragnhild
Inderhaug

NEPSY II

(fritt spesialkurs)
16.–17. oktober 2014, Oslo
Kursledere: Kirsten Møller-
Pedersen og Anne-Siri Øyen
Kurs 108-14

Metakognitiv terapi

(fritt spesialkurs)
22.–23. oktober 2014, Oslo
Kursleder: Hans M. Nordahl
Kurs 110–14

**Fellesprogram 852-14,
2. samling**

22.–24. oktober 2014, Oslo
Kursledere: Marianne Han-
sen og Halvor Kjølstad

**Ta ordet! Om å
skrive kronikker og andre
avisinnlegg**

(fritt spesialkurs)
23. oktober 2014, Oslo
Kursledere: Gøril Wiker og
Per Halvorsen
Kurs 109–14

**Fordypningsprogram
klinisk voksenspsykologi,
1. samling**

23.–24. oktober 2014, Oslo
Kursleder: Einar Johan
Vestnes
Kurs 271–14

**Veilederutdanningen
2013-2014, 4. felles-
samling**

23.–24. oktober 2014, Garder-
moen
Kursledere: Mona Duckert,
Bjarte Kyte og Sissel Reichelt
Kurs 904-14

**Fellesprogram 684-14,
4. samling**

27.–29. oktober 2014, Oslo
Kursledere: Knut Ivar Kare-
vold og Eivind Mo

**Fellesprogram 724-14,
4. samling**

27.–29. oktober 2014, Bergen
Kursledere: Sonja Mellingen
og Annette Blom

**Fellesprogram 881-14,
1. samling**

27.–29. oktober 2014, Oslo
Kursledere: Guro Øiestad og
Rolv Mohn

**Fordypningsprogram
klinisk barne- og
ungdomspsykologi,
5. samling**

29.–30. oktober 2014, Oslo
Kursledere: Kjersti Karlsen
og Trine Nebell
Kurs 365–14

**Hvordan utvikle effektive
ledergupper?**

(fritt spesialkurs)
30.–31. oktober 2014, Oslo
Kursledere: Henning Bang
og Thomas Nettet Midelfart
Kurs 119–14

NOVEMBER

**Fellesprogram 761-14,
1. samling**

4.–6. november 2014, Bergen
Kursledere: Sonja Mellingen
og Annette Blom

**Fordypningsprogram
psykologisk arbeid med
rus- og avhengighet,
1. samling**

5.–7. november 2014, Bergen
Kursleder: Eva Karin Løvaas
Kurs 491–14

**Fellesprogram 694-14,
4. samling**

10.–12. november 2014, Oslo
Kursledere: Tove Mathisen
og Charlotte Teigset

**Fellesprogram 891-14,
1. samling**

12.–14. november 2014, Oslo
Kursledere: Ingrid Hyldmo
og Tonja Løve

**Fordypningsprogram
klinisk voksenpsykologi,
8. samling**

13.–14. november 2014,
Bergen
Kursleder: Arne Repål
Kurs 308–14

Psykologisk førstehjelp

(fritt spesialkurs)
20.–21. november 2014, Oslo
Kursleder: Solfrid Raknes
Kurs 120–14

**Fordypningsprogram
klinisk arbeidspsykologi,
1. samling**

20.–21. november 2014, Oslo
Kursledere: Marit Hannisdal,
Hilde Schei og Bjørn Lau
Kurs 521–14

DESEMBER**Fordypningsprogram
klinisk nevropsykologi,
5. samling**

2.–4. desember 2014, Oslo
Kursledere: Nina Wold og
Heine Hagenberg
Kurs 435-14

**Fordypningsprogram i
klinisk samfunnspsyko-
logi, 3. samling**

2.–5. desember 2014, Oslo
Kursleder: Åste Herheim
Kurs 573-14

**Fellesprogram 781-14,
1. samling**

3.–5. desember 2014, Oslo
Kursledere: Ingrid Sønstebø
og Bettina Sunde

**Fordypningsprogram
klinisk voksenalderpsykologi,
5. samling**

4.–5. desember 2014, Oslo
Kursledere: Wendy Hanson
og Bjørn Vere
Kurs 235-14

**Fordypningsprogram
klinisk nevropsykologi,
6. samling**

5. desember 2014, Oslo
Kursledere: Nina Wold og
Heine Hagenberg
Kurs 436-14

**Fordypningsprogram
klinisk voksenalderpsykologi,
1. samling**

8.–9. desember 2014, Oslo
Kursleder: Torkil Berge
Kurs 281-14

**Fellesprogram 823-14,
3. samling**

10.–12. desember 2014, Oslo
Kursledere: Stella Kennair
Ottesen og Anne Grete M.
Greaker

**Fordypningsprogram
klinisk voksenalderpsykologi,
5. samling**

11.–12. desember 2014, Oslo
Kursleder: Halvor Kjølstad
Kurs 245-14

**Fordypningsprogram
klinisk voksenalderpsykologi,
4. samling**

11.–12. desember 2014, Oslo
Kursleder: Anne Lill Ørbeck
Kurs 254-14

**Fordypningsprogram
klinisk voksenalderpsykologi,
3. samling**

11.–12. desember 2014, Oslo
Kursledere: Didrik Heggdal
og Trym N. Jacobsen
Kurs 263-14

**Fordypningsprogram
klinisk voksenalderpsykologi,
2. samling**

11.–12. desember 2014,
Bergen
Kursledere: Bjarne Kyte og
Margrethe C. Øglænd
Kurs 312-14

**Fordypningsprogram
klinisk arbeidspsykologi,
5. samling**

11.–12. desember 2014, Oslo
Kursledere: Borrik Schjødt og
Kari Lossius
Kurs 525-14

**Fordypningsprogram
klinisk barne- og ung-
domspsykologi, 3. samling**

15.–16. desember 2014, Oslo
Kursledere: Anett Apeland
og Elisabeth Askeland
Kurs 373-14

**Fellesprogram 833-14,
3. samling**

15.–17. desember 2014, Oslo
Kursledere: Marius Råkil og
Per A. Nørbech

Skal du flytte?



Gi beskjed til Norsk Psykologforening slik at
Tidsskriftet finner veien til din nye adresse.

Benytt endringsskjema under medlemskap på
www.psykologforeningen.no
eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no

OSLO. Ledige kontorer sentralt på Majorstua.

Vi har plass til flere i vårt hyggelige psykologfelleskap. Særlig er det ledig på dagtid, men også noe kveld. Ta gjerne kontakt med **Helene** på tlf. **906 60 338**.

SENTRALT I OSLO.

Stort og lyst kontor, høyt under taket på 30 m² i **Bygdøy allé 21** til leie på ettermiddager og hele helgen. Kontakt: psykolog **Mansoureh Zahraei**, tlf. **934 27 261**.

SENTRALT I OSLO. Meget pent og romslig kontor til leie kveldstid for psykolog på Solli plass. Henvendelse tlf. **913 00 943**.



Norsk Psykoanalytisk
INSTITUTT

Utdanning i psykoanalyse i Bergen / Trondheim

Norsk Psykoanalytisk Institutt har planer om å starte opp utdanning i Bergen / Trondheim. Seminarstart vil bli **tidligst våren 2017**. Seminaret vil være organisert med månedlige møter (fredag og lørdag) vekselvis i Bergen og Trondheim. Forutsetning for oppstart er tilstrekkelig antall søkere samt statlig finansieringsbistand. Søkere bosatt utenfor Oslo vil bli prioritert.

Utdanningen kan søkes av psykologer og leger med autorisasjon/lisens i Norge, og som har påbegynt spesialisering i klinisk psykologi, psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri.

Interesserte kan henvende seg til Instituttets sekretariat for ytterligere informasjon. Søknad med yrkeserfaring (CV), levnetsbeskrivelse og kopi av autorisasjon/lisens sendes:

Norsk Psykoanalytisk Institutt,
Fr. Nansens vei 17, 0369 Oslo
telefon **22 60 58 20**,
epost: **post@psykoanalyse.no**

Søknadsfrist er 01.12.14

NKI
Norsk Karakteranalytisk Institutt
utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

To-årig grunnseminar i psykoterapi

Oppstart januar 2015 i Oslo

Toårig grunnseminar i psykoterapi – Innføring i en relasjonell kropporientert psykoterapi.

Det terapeutiske samspillet består av en verbal og en kroppslig/emosjonell dialog. Målet med seminaret er at den enkelte deltager skal kunne integrere det ikkeverbale samspillet og den verbale informasjonen i arbeid med ulike kliniske tilstander.

Undervisningen skjer gjennom praktiske øvelser, kroppslig og verbal fremstilling av utdrag fra terapi og ved teoridrøfting, innebærer stor grad av egenaktivitet.

Tid: Fredag ettermiddag og lørdag, 10 timer pr. samling 10 ganger i året.

Opptak forutsetter to års klinisk praksis som lege eller psykolog og en arbeidssituasjon der man arbeider med psykoterapi.

Grunnseminar inngår i Instituttets karakteranalytiske utdanning, men kan også tas som enkeltstående seminar. Den karakteranalytiske utdanningen er godkjent som fordypning i Norsk Psykologforenings spesialitet i klinisk voksen med psykoterapi.

Grunnseminaret er godkjent som ekvivalent til Norsk Psykologforenings fordypningsprogram til spesialiteten i klinisk voksenpsykologi.

Utdanningsprogrammet ved Norsk Karakteranalytisk Institutt støttes økonomisk av Helsedirektoratet. Kandidater kan søke om refusjon av utgifter til lærebehandling og veiledning. Deltagere med lang reise kan søke om reisetilskudd.

Søknadsskjema sendes Norsk Karakteranalytisk Institutt, Gjerdrums vei 12, 0484 Oslo, eller til e-post: **kontor@karakteranalyse.no** innen 1. november 2014.

Søknadsskjema finner du på **www.karakteranalyse.no** under utdanningen.



Store oppgaver i Små Enheter

Kognitiv svikt hos de unge er store oppgaver i Små Enheter.

Vi arbeider for å skape en trygg, tydelig og forutsigbar bosituasjon, med en miljøterapi som hensyntar og tilpasser utfordring og mestring til klientens kognitive nivå.

Vi sikrer en nødvendig nevropsykologisk utredning for å kunne tilrettelegge for gode, miljøterapeutiske rammebetingelser. En nevropsykologisk utredning skaper også grunnlag for en tilpasset individualterapeutisk (BUP) og medisinsk behandling.

Vi samarbeider med skolen for å bidra til et tilrettelagt opplæringstilbud. Vi søker å tilpasse fritidsaktiviteter ut fra klientens kognitive forutsetninger.



For barn og unge:
www.behandlingssenteret.no
dag@behandlingssenteret.no
 Tlf. 66 77 45 00

Skjematerapi ved narsissistisk personlighetsforstyrrelse v/ Jeffrey Young

tirsdag 10.02.15 og onsdag 11.02.15



Dr. Young vil presentere den siste utviklingen i skjematerapi ved narsissistisk personlighetsforstyrrelse. Han vil gjennomgå vesentlige momenter i behandlingen hvor begrepet modus eller skjematilstand er sentralt. Modus defineres som en del av selvet som ikke er fullverdig integrert med andre deler av selvet.

Mennesker med en narsissistisk personlighetsforstyrrelse skifter typisk mellom følgende modi: selvopphøyde overkompenserer, frakoblet selvstimulerer og ensomt barn. Narsissistiske pasienter er utfordrende å arbeide med. Jeffrey Young vil gjennomgå konkrete strategier for å identifisere og intervensere i forhold til modus, blant annet: bruk av empatisk konfrontering, hjelpe pasient til å forstå hvordan hans/hennes atferd påvirker andre, hvordan terapeut kan opprettholde empati og medfølelse overfor pasient, avgrenset nyomsorg og den betydning terapeutens egne skjemaer har i behandlingen.

Sted: Oslo kongressenter, Folkets hus, Youngs gate 11

Kostnader: kr 5 000 (inkluderer lunsj begge dager)

Godkjenning: Norsk Psykologforening har godkjent seminaret med 16 timer vedlikeholdsaktivitet i spesialistutdanningen og Norsk Legeforening har godkjent seminaret med 16 timer emnekurs i psykiatri.

Arrangør: Norsk forum for skjematerapi i samarbeid med Norsk forening for kognitiv terapi.

For mer informasjon og påmelding se www.kognitiv.no under «fagnettverk».

Frist for påmelding: 15.01.15.

Cuba-seminaret 2015: Havanna 5.–8. mai 2015 Sentrale psykoterapeutiske grunntemaer

Forelesere:

- Spes. psykolog og psykoanalytiker **Hans Peter Broch**
- Psykiater og leder av psykiatrien i Havanna **Anna Sarracent**: Behandling av suicidal adferd
- Psykiater **Dag Oulie**: Psykoterapi gjennom innstilling
- Psykiater og adm. overlege **Alexis Alonso**: Moderne psykisk rehabilitering
- Spes. psykolog og Bodydynamic analytiker **Tor Sletten**: Dynamisk og relasjonell psykoterapi

Seminaret vil ta opp noen sentrale psykoterapeutiske temaer. Psykolog Hans Peter Broch er en av de i Norge som kjenner aktuell psykoanalyse meget godt og vil forelese om aktuelle spørsmål i denne utviklingen. Psykiater Ana Sarracent avslutter doktorgradsarbeid om suicid. Psykiater Dag Oulie vil med utgangspunkt i Kontroll-mestringsteori utdype innstillingens betydning i psykoterapi. Psykiater Alexis Alonso arbeidet sammen med Dr. Ordaz i oppbyggingen av rehabiliteringen ved Havanna psykiatriske sykehus. Psykolog Tor Sletten vil utfra et virksomhetsteoretisk og kropp-/karakter-perspektiv behandle dialektikken mellom dynamikk og relasjon i psykoterapi. Cubanske og norske deltagere. Oversettelse kontinuerlig. Kasus-fremlegging. Det er mulig å melde seg for kasus-fremføring.

Sosialt: Sammen med cubanske deltagere, vil det legges opp til sosialt samvær og middager. Dette er inkludert i prisen.

Mulighet for å delta på fellesutflukt på Cuba, utenfor allfarvei, i minibusser og med privat innkvartering (9. til 15. mai).

Vi arrangerer felles-utflukt med de av deltagerne som vil være med på dette. Det blir til selvkost. Vi leier inn minibusser med sjåfør og reiser til bl.a. Santa Clara, La Boca ved Las Tunas (som er et herlig sjøområde uten utenlandske turister og kun privat-innkvartering), Holguin, landsbyen Cauto Cristo, Bayamo og Santiago. Retur til Havanna med fly. Flyreise Santiago – Havanna, kan også bestilles gjennom Gotogate.no (avreise 14. mai). Vi ordner med bestilling av private innkvarteringer.

Påmelding og pris: Pris: kr 5 000,- (kun administrasjonskostnader. Kurslokaler, noen felles måltider etc.). Fly bestilles gjennom for eksempel Gotogate.no. Vi er behjelpelig med å ordne innkvartering (Luksus-hotell, Havanna Libre, enkelt hotell, Colina eller privat innkvartering til under kr 200,- for natten (som er å foretrekke). **Påmelding** ved innbetaling av kr 5 000,- til Almagroforeningen, Pb. 818, 5807 Bergen. Konto: 5082 06 97348 innen **1. november 2014**. Merk: Cuba-seminaret 2015. Send også en e-post til almagroforeningen@gmail.com, for å bekrefte påmeldingen.

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

UTGAVE	UTGIVELSE	BESTILLINGSFRIST
11/14	3. november	17. oktober
12/14	1. desember	17. november
01/15	2. januar	12. desember

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

Norsk Karakteranalytisk Institutt
utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

Kontor i Gjerdrumsvei 12a, Nydalen, Oslo

Fint kontor til leie **fra 01.11.2014** i psykologfelleskap.
Ta kontakt for mer informasjon.



e-post
kontor@karakteranalyse.no
tlf. **928 60 119**

www.karakteranalyse.no

Følg Tidsskrift for Norsk Psykologforening på

facebook



KURS: Bruk og tolkning av tester

Patrick Vogel fra NTNU holder kurs i bruk av tester for å fremme et godt terapieresultat med utgangspunkt i SCL90, IIP og SASB.

Vi ser nærmere på hvordan man bruker kognitive og metakognitive mål som styringsverktøy for terapien, og det blir lagt frem eksempler på hvordan testprofilene kan endre seg i løpet av terapien. Han vil også gjennomgå strukturert intervjueteknikk belyst ved ADIS-IV skjemaet.

Alle deltakerne må legge frem eget testmateriale, slik at man kan diskutere kasusene og få veiledning i tolkningen av dem.

Tidspunkt: 10. desember 2014, kl. 09.00-16.00

Sted: Bjørvika Konferansesenter, Dronning Eufemias gate 6, Oslo

Påmeldingsfrist: 3. november 2014.

Påmeldingen er bindende

Pris: kr 4.500 pr deltaker

Mer informasjon om kurset og påmelding finnes på www.checkware.com/kurs



Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Trinn 2 Oslo 10. – 12. desember 2014

Trinn 1 Oslo 14. – 16. januar 2015

Trinn 2 Trondheim 6. – 8. mai 2015

Trinn 1 Bergen 11. – 13. mai 2015

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Approved Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no

Neste utgivelse er **1. november**,
frist for å bestille annonse er

fredag 17. oktober

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



konferanse

Fra offer til overlever
- Nasjonal konferanse om tortur

23. oktober kl 9:00 - kl 16:30

Konferansen tar sikte på å gi en oversikt over nasjonale og internasjonale standarder for utredning, dokumentasjon og behandling. Sentrale fagpersoner fra Norden vil bidra med erfaringer i plenumsinnlegg og workshops.

Pris: Kr. 750.-

Påmelding: www.rvtsmidt.no

Personlighetsproblemer hos ungdommer

Forebygging og tidlig intervensjon

Personlighetspsykiatri-konferansen 4. og 5. desember 2014
Auditoriet, Oslo Kongressenter

Personlighetspsykiatri-konferansen vil i år fokusere bredt på personlighetsproblemer hos barn og ungdom, et tema som har fått mye internasjonalt fokus de senere årene. Vi vet at personlighetsproblemer utvikler seg over mange år, og ofte starter i sen barndom eller tidlig ungdomsalder. Intervjuer for å identifisere problemene allerede i barne- og ungdomsalder er utviklet, og det lages behandlingsprogrammer for tidlig intervensjon.



Årets hovedforeleser: Professor Andrew Chanen jobber ved Centre for Youth Mental Health ved universitetet i Melbourne, Australia og er psykiater ved Orygen Youth Health (OYH). Han startet og er leder for HYPE (Helping Young People Early), et tidlig intervensjonsprogram for ungdommer med emosjonelt ustabile personlighetstrekk. Chanen er også leder for the International Society for the Study of Personality Disorders, ISSPD.

Dag 1 fokuserer på forståelse og utredning. Chanen vil gjennomgå emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse hos barn og ungdommer. Norske forskere og klinikere vil forelese om tilknytning og utvikling av personlighetstrekk.

Dag 2 handler om behandlingserfaringer. Sentrale norske forskere og klinikere bidrar med innlegg.

- Vi får blant annet høre om
- erfaringer fra studier om ungdom med metodene DBT og MBT
 - terapiprogrammer for atferdsvanskelige ungdommer
 - behandling av alvorlig angst og hemming hos barn

Dagen avsluttes med en plenumsdiskusjon om forebygging og tidlig intervensjon.

Les mer og meld deg på:

www.personlighetspsykiatri.no

Senter for Stressreduksjon, www.scat.no

«Oppnå mer med mindre stress med Oppmerksomhetstrening (OT) – mindfulness» – Kurs i Oslo, 2015

2 UTDANNINGER SOM INSTRUKTØR I OT (3 x 2 dager + daglig egen trening)

Godkjent av Norsk Psykologforening med 42 timer vedlikeholdsutdanning

Vinter 2015: fredager og lørdager: 9. – 10. januar, 6. – 7. februar, 6. – 7. mars

Høst 2015: fredag og lørdag: 21. – 22. august, 18. – 19. september, 23. – 24. oktober

Læringsmål: Fordypning i OT for egen skyld og for å kunne formidle OT som et verktøy til selvhjelp for pasienter, klienter og andre mennesker i en vanskelig situasjon.

2 INTRODUKSJONSKURS

Fredag – lørdag, 24. – 25. april

Fredag – lørdag, 9. – 10. oktober

OT: En selvutviklingsmetode gjennom bevisstgjøring. Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt psykologer.

Læringsmål: Å lære effektive teknikker for å bruke (stress)energien på en positiv måte.

Godkjent av Norsk Psykologforening med 14 timer vedlikeholdsutdanning.

Kursleder: Andries J. Kroese, dr. med., forfatter av flere bøker om OT. Utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA.

For mer informasjon kontakt:

e-post ajkroese@online.no, tlf. 901 51 734 eller www.scat.no



STATENS BARNEHUS
Et tverrfaglig kompetansehus

Stavanger

Statens barnehus Stavanger åpnet i 2010 som 7. av til sammen 10 barnehus i Norge. Barnehusene er en fellessatsning mellom Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet. Statens barnehus Stavanger er administrativt tilknyttet Rogaland politidistrikt.

Statens barnehus er et tverrfaglig kompetansehus for barn, unge og voksne med en psykisk utviklingshemming, hvor det er mistanke om at de er utsatt for seksuelle overgrep eller vold i nære relasjoner. Det er barnehusets oppgave å medvirke til at barns rettsikkerhet styrkes, samt å ivareta intensjonen om å sette barnet i sentrum i alle faser av det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet som gjennomføres på Statens barnehus Stavanger.



Psykolog/- spesialist – Statens barnehus Stavanger

Rogaland politidistrikt

Ved Statens barnehus Stavanger er det ledig 100 % stilling som psykolog/-spesialist. Stillingen er fast. Vi søker deg som er erfaren psykolog/-spesialist. Det vil, i tillegg til faglig kvalifikasjon, bli lagt stor vekt på tverrfaglig og tverretatlig samarbeidsevne, fleksibilitet og evnen til helhetlig tenking/handling. Det også vil bli lagt vekt på at den totale faglige sammensetningen i teamet skal kunne dekke alle våre arbeidsområder på best mulig måte. Av til sammen 6 stillinger, har Statens barnehus Stavanger totalt fire fagstillinger som skal ivareta saksansvar, oppfølging og behandling av målgruppen på Statens barnehus Stavanger.

Arbeidsoppgaver:

- Ivareta intensjonen om å sette barnet i sentrum i alle faser av saken
- Kartlegging og oppfølging/behandling av personer i målgruppen på Statens barnehus Stavanger eller videreformidling til lokalt hjelpeapparat
- Sikre personer i målgruppen rask hjelp og behandling
- Tilrettelegge både før, under og i etterkant av dommeravhør og/eller medisinske undersøkelser, samt fungere som kontaktperson for barnet og dets pårørende i det tverrfaglige og tverretatlige samarbeidet
- Konsultasjon og rådgiving for privatpersoner og/eller offentlige instanser som jobber med personer i målgruppen
- Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid med relevante instanser i hele fylket
- Kompetanseutvikling, undervisning og rådgiving overfor eksterne etater i enkeltsaker eller i opplæringsøyemed
- Bidra til fagutvikling innen feltet

Kvalifikasjoner:

- Cand. Psychol., offentlig godkjent psykolog, godkjent psykologspesialist innen klinisk samfunnspsykologi, klinisk barne- og ungdomspsykologi, familiepsykologi eller annen relevant spesialisering fra høyskole/ universitet
- Relevant arbeidserfaring fra minst ett av fagfeltene Psykisk helsevern for barn og unge, Familievern, kommunal helsetjeneste, forebyggende helsearbeid blant barn og unge, barnevern
- Erfaring med målgruppen
- Erfaring med tverrfaglig arbeid
- Erfaring fra flerkulturelt arbeid er en fordel

Egenskaper:

- Evnen til å arbeide selvstendig
- God evne til å kommunisere med barn og deres omsorgspersoner
- Gode samarbeids- og kommunikasjonsevner med ulike fagpersoner
- Løsningsorientert og fleksibel
- Strukturert, målrettet og etterrettelig
- Evne og vilje til å bidra til fagutvikling innen feltet

Vi tilbyr:

- Et arbeidsmiljø preget av faglige debatter og engasjement, godt humør, romslighet og ivaretagelse av hverandre
- Kompetanseutvikling blir høyt prioritert
- Muligheten til å arbeide innen et relativt nytt satsningsområde med fokus på helhetlig ivaretagelse av personer i målgruppen, sammen med andre dyktige og engasjerte fagfolk
- Lønn: For psykolog/-spesialist SKO 1304, Itr. 70 – 75

Vi ønsker et mangfoldig arbeidsmiljø og oppfordrer alle kvalifiserte til å søke, uavhengig av kjønn, etnisk bakgrunn, religion, funksjonsevne og alder. Aktuelle søkere vil bli innkalt til intervju, og bes da å ta med bekreftede vitnemål og attester. Det er krav om plettfriandel. Politattest vil bli innhentet.

Kontaktinformasjon: Marianne Haas, daglig leder/psykolog, tlf. 51 51 03 32.

Søknadsfrist: 17.10.2014

Tiltredelse: Snerest mulig. Arbeidssted er Statens barnehus Stavanger, Statens hus, Lagårdsveien 44, Stavanger.



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Øst

MST-terapeut i 100% stilling (vikariat med mulighet for fast stilling) til MST-teamet i Gjøvik

Barne-, ungdoms og familieetaten har egne enheter som driver med multisystemisk terapi (MST), som 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. MST er en evidensbasert metode utviklet i USA, og implementeringen i Norge ledes av Atferdssenteret, Universitetet i Oslo. I region øst drives det totalt 5 MST-team. Et team består av tre-fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Behandlingen er tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for MST-terapeuter, og er godt økonomisk kompensert. Stillingen innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig veiledning og regelmessige fagseminarer.

Se fullstendig utlysning og søk på Bufetat.no/ledigestillinger

www.bufetat.no



Sykehuset Innlandet HF
Divisjon Psykisk helsevern

Distriktpsikiatrisk senter Gjøvik, Enhet for allmennpsykiatri Gjøvik

Arbeidsoppgaver vil bl.a. bestå i:

- Psykologfaglig vurdering og behandling av enhetens pasienter.
- Arbeid i tverrfaglig team med bl.a. overlege, leger, sykepleiere, sosionom og aktivitør.
- Spesialistansvar i teamet. Arbeid,- og ansvarsfordeling med teamets overlege.
- Konsultasjoner ved de somatiske sengeavdelingene ved SIHF Gjøvik.
- Veiledning og undervisning til personalet.

Psykologspesialist

100 % fast. Ref.nr. 2315801036

Kontakt:

Janniche P. Nereng, tlf. 61 15 82 20 / 994 98 430.

Søknadsfrist: 25. oktober 2014

Sykehuset Innlandet HF bruker elektronisk verktøy til rekruttering (Webcruiter).

Gå inn på våre hjemmesider www.sykehuset-innlandet.no for å søke stilling og for fullstendig utlysningstekst. Søkere kan benytte legeföreningens søknadsskjema for legestillinger, link til skjemaet ligger i Webcruiter.

Som hovedregel oppføres alle søkere på offentlig søkerliste. Søkere som anmoder om å bli unntatt fra denne bes begrunne dette i søknaden. Dersom anmodningen ikke kan tas til følge vil søker bli konferert før søkerlisten offentliggjøres.

For stillinger hvor det er pålagt ved lov med norsk autorisasjon, kreves fremleggelse av autorisasjonsdokumenter før tilrettelse.

HELSE SØR-ØST

frantz.no



Oslo
universitetssykehus

Avdelingsleder

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Avdeling psykisk helse, nasjonale og regionale funksjoner har ledig stilling som avdelingsleder.

Avdelingen søker en samlendende og målrettet leder. Som avdelingsleder har du faglig, administrativt og økonomisk ansvar for avdelingen.

Avdelingsleder rapporterer til klinikkleder og er en del av klinikkens ledergruppe.

Kontaktinfo: Marit Bjartveit, klinikkleder, tlf. 908 64 267 eller Karin Erlimo, HR-leder, tlf. 916 18 316

Ref.nr. 2341763735

Søknadsfrist: 27.10.2014

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionsykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no



FEKJÆR PSYKIATRISKE SENTER

Hedalen, lengst sør i Valdres,
ca 125 km fra Gardermoen eller Oslo

Fekjær psykiatriske senter (FPS) er tilknyttet Sykehuset Innlandet HF, Avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling. FPS består av døgnerhet med 16 plasser og poliklinikk med ambulant team. Poliklinikken har det faglige ansvaret for overgangsboligene Fekjærtunet. Døgnerheten drives etter miljøterapeutiske prinsipper, men gir også individualsamtaler og foretar utredninger.

FPS sin døgnerhet er bygd opp rundt et gårdsbruk der vi vektlegger at pasienten bruker og videreutvikler sine ressurser. Friluftsliv og fysisk aktivitet er en viktig del av behandlingen. Gården, naturen og fjellet benyttes aktivt i det miljøterapeutiske behandlingsopplegget. FPS behandler i hovedsak unge voksne mellom 18 og 35 år, med ulike psykiatriske problemer. Noen har tilleggspålegg rus.

Poliklinikken med ambulant team har egne lokaler ca 1 km fra selve senteret. I tillegg til ettervern av pasienter ved døgnerheten og fra Fekjærtunet overgangsboliger, tar poliklinikken i mot pasienter etter henvisning fra fastleger og institusjoner. Psykologene vil ha nært samarbeid med psykiater, psykiatriske sykepleiere, sosionomer og annet fagpersonell. FPS har gjennom mange år lagt vekt på forsknings- og utviklingsarbeid.

Vi har ledig følgende stillinger:

**Psykologspesialist/psykolog i 100 % fast stilling ved poliklinikken
og**

Psykologspesialist/psykolog i 100 % fast stilling ved døgnerheten

**Det vises til fullstendig annonse og mer informasjon om FPS på vår hjemmeside:
www.fekjar.com**

Ønsker du mer informasjon om Hedalen, besøk www.hedalen.no

Kontaktpersoner:

Daglig leder Elling Fekjær, tlf. **905 91 545**, e-post elling.fekjar@sykehuset-innlandet.no

Ass. enhetsleder Tor Anders Perlestenbakken, tlf. **915 13 484**,
e-post Tor.Anders.Perlestenbakken@sykehuset-innlandet.no

Søknad sendes **innen 20. oktober 2014**, gjerne elektronisk til: post@fekjar.com

Eller i posten til:

**Fekjær psykiatriske senter
Fekjarvegen 110
3528 Hedalen i Valdres**



Foto: Fourbox

Gjør en forskjell - jobb i NAV

NAV Arbeidsrådgivning Vest-Agder er et ressurs- og kompetansesenter som har utfyllende kompetanse i forhold til NAV-kontorene. Enheten yter individuell bistand til personer med komplekst og utvidet veiledningsbehov, og bistår NAV-kontorene ift. brukere. NAV Arbeidsrådgivning Vest-Agder har får tiden 5 stillinger, hvorav 2 er psykologstillinger.

Kontorsjef

Kontorsjef har bla. fag- og personalansvar. Vi har ledig fast stilling som kontorsjef.
Kvalifikasjoner: Høyere utdanning tilsvarende mastergrad innenfor fagområdene psykologi/pedagogikk og erfaring fra offentlig ledelse/prosjektledelse

Arbeidssted: NAV Arbeidsrådgivning Vest-Agder, Tangen 60 Kristiansand

Ref.nr.: 1096-2014-01

Søknadsfrist: 12. oktober 2014

Psykolog

Vi har ledig ett års vikariat som psykolog, med mulighet for fast ansettelse.
Kvalifikasjoner: Utdanning som psykolog. Kunnskap innen- /erfaring med utrednings- og veilednings arbeid og erfaring fra og interesse for arbeidspsykologi.

Arbeidssted: NAV Arbeidsrådgivning Vest-Agder, Tangen 60 Kristiansand

Ref: 1096-2014-02

Søknadsfrist: 12. oktober 2014

Fullstendig utlysning: www.nav.no/navstillinger eller ring: 800 33 166

NAV er Norges arbeids- og velferdsforvaltning med 19 000 medarbeidere. Vi leverer tjenester og stønader til 2,8 millioner mennesker. Gjennom vår innsats skal flere få mulighet til å være i arbeid, delta i samfunnet og være sikret inntekt. Vi ser etter deg med pågangsmot og engasjement, og som ønsker å gjøre en forskjell.

MODUMBADtt
- en kilde til liv



Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

Psykologspesialist Psykiatrisk Poliklinikk

Ved poliklinikken er det ledig 100 % stilling for psykologspesialist.

Tiltredelse: 1. januar 2015.

KONTAKTPERSON: Avdelingsleder/Overlege
Ingunn Amble, tlf.: 32 74 98 70

Søk elektronisk via
www.modum-bad.no

Her finner du også
fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 19. oktober 2014

www.modum-bad.no



Foto: Warsøe

Psykolog – barn og unge

Til nyopprettet stilling søker vi psykolog/psykologspesialist med interesse for forbebyggende og helsefremmende arbeid i forhold til barn og unge. Stillingen er opprettet for å styrke kommunens tverrfaglige arbeid innen psykisk helse og rusfeltet, med et særlig fokus på barn og unges psykiske helse.

Finn ut mer om stillingen på www.sola.kommune.no under "Ledige stillinger".

2. gangs utlysning.

Søknadsfrist 21.10.2014.



Sola kommune



Tannhelsetjenestens
kompetansesenter
Midt-Norge

Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Midt Norge, TkMN IKS, dekker regionen Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag, og er eid av fylkeskommunene. TkMN er lokalisert i nye lokaler i Trondheim I Klæbuvn. 72.



Psykolog 100 % stilling

Tannhelsetjenestens kompetansesenter for Midt Norge IKS (TkMN IKS) søker psykolog i 100 % stilling til prosjektet Tannhelsetilbud til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi (TOO).

VISJON TkMN: Samhandling, på sitt beste – til det beste.

TkMN hovedformål er: Spesialistutdanning. Forskning. Spesialistbehandling. Tverrfaglig rådgivning og kompetanseoppbygging til den praktiserende tannhelsetjenesten. Gjennom TOO-prosjektet tilbys tilrettelagte tannhelsetjenester til tortur- og overgrepsofsatte og personer med odontofobi. Prosjektet ble etablert i 2012 og er finansiert gjennom Helsedirektoratet. TkMN har TOO-team i hvert av fylkene i regionen.

Psykologen skal jobbe i team med tannlege og tannhelsesekretær ved TkMN, og med sin kompetanse bidra til kompetanseoppbygging og rådgivning til den offentlige og private tannhelsetjenesten i regionen. Forskning innen målområde for TOO er av stor interesse. Psykologens arbeidssted er TkMN Klæbuvn. 72.

Arbeidsoppgaver:

- Bidra til kompetanseutvikling om pasientgruppene i prosjektet
- Behandle pasienter
- Veilede tannleger og tannhelsesekretærer i forhold til pasientbehandling
- Delta i nettverk med øvrige odontologiske kompetansesentre og andre samarbeidspartnere

Kvalifikasjoner:

- Erfaring med eller interesse for arbeid med traumer og kognitiv adferdsterapi (CBT)
- Psykolog med klinisk erfaring
- Gode norsk kunnskaper, både skriftlig og muntlig

Gode samarbeidsevner og evne til å jobbe selvstendig vektlegges.

Vi tilbyr:

- Lønn etter avtale
- Hyggelig arbeidsmiljø
- Gode faglige utviklingsmuligheter
- Gode kommunale pensjons- og forsikringsordninger

Deltidsstilling kan også være aktuelt.

Søknad med CV og eventuelle referanser bes fortrinnsvis sendt elektronisk til:

e-post abs@tkm-n.no med kopi til e-post kirsten.kringstad@stfk.no eller pr. post til **Kirsten Kringstad, TkMN IKS, Pb. 2350, 7004 Trondheim.**

Søknadsfrist 15. oktober 2014

Kontaktperson: Anne-Brit Skjetne, ad.dir. TkMN IKS, tlf. **909 78 437.**

www.tkm-no.no



Alternativ til Vold (ATV) er en privat stiftelse som organiserer behandlingstilbud til mennesker med voldsproblematikk. Stiftelsen har 3 hovedmålsettinger: a) behandling, b) utadrettet virksomhet/kunnskapsformidling og c) forskning. ATV driver 11 behandlingssentre i Norge, Stiftelsen har 44 ansatte, hovedsakelig psykologer.

Spennende jobb for psykolog på Ullersmo Landsfengsel

1 psykologspesialist/ psykolog i 1/1-stilling til ATV-Oslo/Ullersmo

ATV tilbyr i samarbeid med fengselets ledelse et spesialisert behandlingstilbud til innsatte ved Ullersmo landsfengsel med vold og aggresjonsproblematikk. Stillingen er integrert i behandlingsteamet ved kontoret i Oslo, Lilletorget 1, men vil kreve tilstedeværelse i fengselet på Kløfta to dager pr uke (Tog fra Oslo S).

Vi søker en engasjert psykolog som er motivert for arbeid med en krevende, men faglig spennende målgruppe.

For fullstendig utlysningstekst se: www.atv-stiftelsen.no

Søknadsfrist: 13.10.2014. Tiltredelse: etter avtale

Søknader sendes på e-post til: Kine Blekkerud; kine@atv-stiftelsen.no.

Spørsmål om stillingen rettes til leder ved Oslo kontoret/region Øst, Ragna Lundgaard, mobil 416 11 003

Larvik Kommune, Barne-og ungdomstjenester

Ledig fast 100 % stilling som psykolog/psykologspesialist

ved Familiesentrene, arkivsaksnummer 14/6662

Vi har i dag tre psykologer som er tilknyttet Familiesentrene. Arbeidsoppgavene omfatter blant annet

- Vurdering og korttidsbehandling
- Samtaler / råd og veiledning til foresatte
- Igangsetting, veiledning og drift av gruppevirksomhet
- Deltagelse i tverrfaglig, reflekterende, team
- Tverrfaglig samarbeid på tvers av enheter og med eksterne samarbeidspartnere
- Veiledning, konsultasjon og undervisning for andre faggrupper
- Utvikling av kommunens tjenestetilbud

Stillingen er ledig for tiltredelse. Spørsmål om stillingen kan rettes til: Virksomhetsleder Ingunn Hjelm, e-post ingunn.hjelm@larvik.kommune.no, tlf. 982 31 913

Fullstendig utlysningstekst: www.larvik.kommune.no

Søknadsfrist: 27.10.14



The Norwegian University of Science and Technology (NTNU) in Trondheim represents academic eminence in technology and the natural sciences as well as in other academic disciplines ranging from the social sciences, the arts, medicine, teacher education, architecture to fine art. Cross-disciplinary cooperation results in innovative breakthroughs and creative solutions with far-reaching social and economic impact.

Faculty of Social Sciences and Technology Management

Department of Psychology

Position as Professor/Associate Professor in Developmental Psychology (qualification fellowship for Associate Professor)

The Department is announcing a permanent position as Professor of Developmental Psychology, Associate Professor of Developmental Psychology, or temporary position to qualify for Associate Professor of Developmental Psychology.

Further information about the position is available by contacting Head of Department Magne Arve Flaten, phone 73 59 74 68, e-mail: magne.a.flaten@svt.ntnu.no, or Head of Office Lars Kristian Fossum, phone 73 59 19 70, e-mail: lars.kristian.fossum@svt.ntnu.no.

An application should be sent electronically through www.jobbnorge.no. Please mark the application SVT-1172. **Application Deadline: 07.10.14.**

See more information at www.jobbnorge.no or <http://www.ntnu.edu/vacancies>



NTNU – Trondheim
Norwegian University of Science and Technology



«Med hjerte, kunnskap og kraft skaper Blå Kors muligheter for mestring og mening»

Blå Kors Øst er en del av Blå Kors Norge, som er landets største private/ideelle aktør innenfor rus og avhengighetsrelatert behandling. Blå Kors Norge har om lag 2800 individuelle medlemmer, 28 medlemsorganisasjoner, 52 virksomheter og hjelpetiltak, over 1000 ansatte og driver et omfattende arbeid innen forebygging, behandling og oppfølging.

Vi søker etter :

+ Fagsjef, 100% stilling

Vi søker etter fagsjef til nyopprettet institusjon innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling på Slemdal i Oslo. Fagsjefen vil også ha fagansvar knyttet til øvrig behandlingstilbud i Blå Kors Øst.

Spørsmål om stillingene kan rettes til:

Brith Sjøvold, tlf. 911 93 146 eller Signe Ma Riiser, tlf. 922 27 411.

Søknadsfrist: 14. oktober 2014

For fullstendig stillingsutlysning og opplysninger om elektronisk søknadsskjema, se:

www.blakors.no eller www.jobbdirekte.no/blakors

Aktuelle kandidater vil bli kontaktet.

Søknader som sendes utenfor søknadsskjema, vil ikke bli vurdert.

HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetenestene

Statens helsetilsyn har det overordna ansvaret for tilsynet med og klager som gjeld sosiale tenester i Nav, barneverns-, helse- og omsorgstenester, og har tilsyn med helsepersonell og verksemder i helse- og omsorgstenestene. Statens helsetilsyn styrer tilsyn og klagehandsaming som blir utført av Fylkesmannen. Statens helsetilsyn skal utvikle tilsynsverksemda, drive jamleg kompetanseoppbygging og medverke til at erfaringar frå tilsyn blir tilgjengelege for dei politiske oppdragsgjevarane, for dei som har ansvar for tenestene og personellet der, for brukarar av tenestene og for befolkninga.

Seniorrådgivar (fast) – barnevern – psykolog – 2014/14

Vi har ledig nyoppretta stilling for psykolog i avdeling for barnevern og sosiale tenester. Vi har spanande oppgåver knytt til utvikling av tilsyn med statleg, privat og kommunalt barnevern. I samarbeid med landets fylkesmenn innhentar vi kunnskap og erfaring frå brukarar, forsknings- og fagmiljø og arbeider med presisering av krava til forsvarleg barnevern. Vi legg grunnlag for landsomfattande tilsyn og oppsummerer tilsynserfaringar med mål om at utøvarane i barnevernet skal ha læringsutbytte av dei.

For fullstendig utlysing, sjå <http://www.helsetilsynet.no> (Ledige stillinger).

Søknadsfrist: 14. oktober 2014



Solli Distriktpsykiatrisk Senter er en privat ideell virksomhet med offentlig driftsbudsjett. Opptaksområder er Os, Samnanger, Fusa, Austevoll og Fana bydel i Bergen. Institusjonen har 20 døgnplasser, dagavdeling og poliklinikk. Vi har til sammen ca. 130 ansatte.

PSYKOLOGSPESIALIST – 100 % FAST

Vi søker psykologspesialist, fortrinnsvis med vedtakskompetanse, som teamleder for rehabiliteringsteamet ved Solli allmenpsykiatrisk poliklinikk.

ET ÅRS VIKARIAT (100 %) FOR PSYKOLOGSPESIALIST/PSYKOLOG

Stillingen inneholder en funksjon i TOPS (tidlig oppdagelse av psykose). Øvrige funksjoner vil være knyttet til allmenteamet i poliklinikken. Tiltredelse 17. november 2014 med varighet 1 år.

PSYKOLOGSPESIALIST – 60 % FAST

Vi søker psykologspesialist i 60 % stilling ved Solli allmenpsykiatrisk poliklinikk med kompetanse i metakognitiv terapi.

Felles for alle stillinger er at det legges vekt på relevant erfaring, samarbeidsevne og personlig egnethet. Nærmere opplysninger ved avd. sjef Åsa Rekdal eller ass. avd. sjef Tanja Notø, begge over tlf. 55 61 82 02. Lønn etter overenskomst med Virke. Pensjonsordning i KLP.

Søknad til: Solli DPS, Personalkontoret, Osveien 15, 5228 Nesttun.

Søknadsfrist: 21.10.14

Nettside: www.Sollidps.no

E-post: post@solli.no

Helse Vest RHF (regionalt helseforetak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest RHF eig fem helseforetak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest, samt aksjeselskapet Helse Vest IKT AS. Foretaksgruppa har om lag 26 000 medarbeidarar. Spesialisthelsetenesta i regionen omfattar om lag femti sjukehus og institusjonar, og skal gi helsetenester til rundt ein million innbyggjarar. Omsettinga er på 22 milliardar kroner. Helse Vest RHF er lokalisert på Forus i Stavanger.

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Indre Sogn

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Indre Sogn er ledig frå 01.04.2015.

Sentrale moment i vurdering av søkerane 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 å oppfylle «sørge for»-ansvaret til Helse Vest. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten foretar undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 6.1 i rammeavtalen.

Avtalespesialisten skal ha eit nært fagleg samarbeid med Indre Sogn psykiatrisenter om oppgåvefordeling og for å sikre gode pasientforløp. Avtalespesialisten skal også i et visst omfang kunne ta imot pasientar som blir tilvist frå Indre Sogn psykiatrisenter. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle driftsavtalen.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil også bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søker – 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.**

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.



Helse Fonna HF omfattar sjukehusa Haugesund, Stord, Odda, Valen og fire psykiatriske senter (DPS). Organisasjonen er delt inn i sju klinikkar/område som er organisert på tvers av dei ulike sjukehusa. Ein legg vekt på fleksibilitet, også med omsyn til arbeidsområde og arbeidsstad. Helse Fonna skal så langt som råd avspegle mangfaldet i befolkninga. Det er derfor eit personalt politisk mål å oppnå ei balansert alders- og kjønnsamansetting og å rekruttere kvalifiserte personar med innvandrarbakgrunn. Helseforetaket dekkjer ei befolkning på 170 000 innbyggjarar, og har ca. 3 200 tilsette.

Helse Fonna søker

Psykologspesialist

OM STILLINGA:

Ledig stilling som psykologspesialist, tilknytt poliklinikken for barn og unge. BUP Stord gir tenester på spesialistnivå til barn og unge (0-18 år).

KVALIFIKASJONAR:

- Personleg eigna og relevant erfaring blir vektlagt.
- Må ha autorisasjon som psykolog.

PERSONLEGE EIGENSKAPAR:

- Samarbeidsvillig
- Ansvarsbevisst
- Trivst med å jobbe i eit tverrfagleg team
- Bidra til eit godt arbeidsmiljø

For meir informasjon om stillinga, kontakt seksjonsleiar Liv Åse Dybdal, Tlf: 53 49 12 10, eller sjå: www.helse-fonna.no/jobb - her kan du også søkje stillinga.

Søknadsfrist: 12.10.14



www.helse-fonna.no

Vestre Viken har rundt 9 500 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 470 000 mennesker i 26 kommuner.

VIKARIAT SOM SEKSJONSLEDER

Seksjon for poliklinikk allmennpsykiatri Kongsberg DPS

Referansnr. 2337814114 Søknadsfrist: 21.10.2014

Ved Kongsberg DPS får vi ledig vikariat med tiltredelse 01.02.2015

Kongsberg DPS er organisert som en egen avdeling i klinikk for psykisk helse og rus, og består av 4 seksjoner med totalt 90 årsverk. Avdelingen har 19 døgnplasser, og stor poliklinisk aktivitet innen allmennpsykiatri, og fagområder som psykose, rus- og avhengighet.

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til avdelingssjef Mona Grindrud, tlf. 930 51 874, seksjonsleder Uta Land, tlf. 938 70 052 eller seksjonsleder Marianne Solberg Johnsen, tlf. 32 72 58 50

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no



Helse Vest RHF (regionalt helseføretak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest RHF eig fem helseføretak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest, samt aksjeselskapet Helse Vest IKT AS. Føretaksgruppa har om lag 26 000 medarbeidarar. Spesialisthelsetenesta i regionen omfattar om lag femti sjukehus og institusjonar, og skal gi helsetenester til rundt ein million innbyggjarar. Omsettinga er på 22 milliardar kroner. Helse Vest RHF er lokalisert på Forus i Stavanger.

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk barne- og ungdomspsykologi i Haugesund

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi i Haugesund er ledig frå oktober 2014.

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

Kompetanse i klinisk nevropsykologi vil også bli tillagt vekt.

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

Avtalespesialisten skal bidra til å oppfylle «sørge for»-ansvaret til Helse Vest. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten foretar undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 6.1 i rammeavtalen.

Avtalespesialisten skal ha eit nært fagleg samarbeid med Helse Fonna om oppgåvefordeling og for å sikre gode pasientforløp. Avtalespesialisten skal også i et visst omfang kunne ta imot pasientar som blir tilvist frå Helse Fonna. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle driftsavtalen.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil også 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.**

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.



Helse Vest RHF (regionalt helseføretak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest RHF eig fem helseføretak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest, samt aksjeselskapet Helse Vest IKT AS. Føretaksgruppa har om lag 26 000 medarbeidarar. Spesialisthelsetenesta i regionen omfattar om lag femti sjukehus og institusjonar, og skal gi helsetenester til rundt ein million innbyggjarar. Omsettinga er på 22 milliardar kroner. Helse Vest RHF er lokalisert på Forus i Stavanger.

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Sandnes

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Sandnes er ledig omgåande

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 å oppfylle «sørge for»-ansvaret til Helse Vest. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten foretar undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 6.1 i rammeavtalen.

Avtalespesialisten skal ha eit nært fagleg samarbeid med Sandnes DPS om oppgåvefordeling og for å sikre gode pasientforløp. Avtalespesialisten skal også i et visst omfang kunne ta imot pasientar som blir tilvist frå Sandnes DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle driftsavtalen.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil også 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.**

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.



Nordlandssykehuset HF har sentralsykehusfunksjoner for 130.000 innbyggere i Nordland fylke. Foretaket har et omfattende tilbud både innenfor somatikk og psykiatri med enheter både i Salten, Lofoten og Vesterålen. Nordlandssykehuset HF har gunstige pensjons- og forsikringsordninger gjennom KLP.

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Nordlandssykehuset Bodø, Ambulant akutteam, Salten DPS

Psykologspesialist / psykolog

- 100 % fast stilling.

Arbeidsoppgaver

- Det kliniske arbeidet vil bl.a. bestå av akuttvurderinger / oppfølging av suicidalitet og alvorlig problematikk hos pasienter henvist fra lege i førstelinje i opptaksområdet.
- Arbeidet består også av oppfølging av pasienter etter utskrivelse fra akuttavdelinger og av akutte vurderinger med behandling / oppfølging av pasienter fra somatisk sykehus.
- Veiledning til annet personell.

For nærmere opplysninger kontakt enhetsleder Torunn Blokhus, tlf. 900 18 579 eller overlege Tony Bakkejord, tlf. 997 96 568.

Søknadsfrist: 22. oktober 2014

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
www.nlsh.no

frantz.no



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPJIVIESSO



Nordlandssykehuset HF har sentralsykehusfunksjoner for 130.000 innbyggere i Nordland fylke. Foretaket har et omfattende tilbud både innenfor somatikk og psykiatri med enheter både i Salten, Lofoten og Vesterålen. Nordlandssykehuset HF har gunstige pensjons- og forsikringsordninger gjennom KLP.

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Nordlandssykehuset Bodø, Behandlerstab, Salten DPS

Psykologspesialist / psykolog

- 100 % fast stilling.

Arbeidsoppgaver

- Spesialistansvar for utredning og behandling av pasienter.
- Veiledning overfor medarbeidere, psykologer under spesialistutdanning og primærhelsetjenesten.
- Samarbeid med primærhelsetjenesten og andre enheter i spesialisthelsetjenesten.
- Internt tverrfaglig samarbeid med øvrig stab og miljøpersonell.

For nærmere opplysninger kontakt overlege Tony Bakkejord, tlf. 997 96 568 eller avdelingsleder Randi M. Meland, tlf. 906 23 383.

Søknadsfrist: 22. oktober 2014

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
www.nlsh.no

frantz.no



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPJIVIESSO



Nordlandssykehuset HF har sentralsykehusfunksjoner for 210.000 innb. i Nordland fylke. Foretaket har et omfattende tilbud både innenfor somatikk og psykiatri med enheter både i Salten, Lofoten og Vesterålen. Nordlandssykehuset HF har gunstige pensjons- og forsikringsordninger gjennom KLP.

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Lofoten DPS, VOP

Psykologspesialist/psykolog

- 100 % fast stilling.

Arbeidsoppgavene består av utredning, diagnostisering og behandling, målrettet tverrfaglig samarbeid internt og med våre samarbeidspartnere. Arbeidet innebærer å bidra faglig gjennom veiledning, undervisning og teamarbeide og at delta i faglig utvikling og planlegging.

Vi tilbyr et godt og engasjerende arbeidsmiljø med varierte oppgaver og tverrfaglig samarbeid, faglige utviklingsmuligheter og fleksibel arbeidsordning.

For nærmere opplysninger kontakt enhetsleder Gry Kvamme, tlf. 76 06 02 64.

Søknadsfrist: 22. oktober 2014

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
www.nlsh.no

frantz.no



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPJIVIESSO



Nordlandssykehuset HF har sentralsykehusfunksjoner for 210.000 innb. i Nordland fylke. Foretaket har et omfattende tilbud både innenfor somatikk og psykiatri med enheter både i Salten, Lofoten og Vesterålen. Nordlandssykehuset HF har gunstige pensjons- og forsikringsordninger gjennom KLP.

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Nordlandssykehuset Bodø, Psykisk helse- og rusklinikken, DPS Salten

Psykologspesialist/psykolog

- 100 % vikariat, i perioden 01.11.2014 - 31.08.2015.

Nordlandssykehuset, psykisk helse- og rusklinikken og Salten DPS har sterkt fokus på tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Hvis du har lyst til å bli en del av et spennende og utviklende fagmiljø innenfor TSB er du velkommen til å søke på ledig vikariat som Psykologspesialist/Psykolog i behandlerstab tilknyttet korttidsenhet rus, 100%, vikariat.

Nærmere opplysninger fås hos overlege Tony Bakkejord, tlf. 997 96 568 eller avdelingsleder Randi M. Meland, tlf. 906 23 383.

Søknadsfrist: 22. oktober 2014

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
www.nlsh.no

frantz.no



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPJIVIESSO



Helse Stavanger HF, Stavanger Universitetssjukehus eies av Helse Vest, og har ansvar for spesialisthelsetjenesten i Sør-Rogaland. Med 7300 ansatte er vi en av regionens største virksomheter. Foretaket har fire hovedoppgaver; pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, pasientopplæring og forskning. Vår visjon er at vi gjennom disse oppgavene skal fremme helse og livskvalitet.

Psykiatrisk divisjon, BUP Sandnes

Psykologspesialist / psykolog

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Sandnes har ansvar for det polikliniske tilbud til barn og ungdom i aldersgruppen 0-17 år i Sandnes kommune. Vi holder til i Sandnes sentrum.

Arbeidet vil bestå i utredning og behandling av barn og ungdom med psykiske lidelser og deres familier. Poliklinikken har et utstrakt samarbeid med skoler, barnehager og kommunale tjenester som PPT, barneverntjeneste, helsestasjoner og allmenleger.

Vedkommende som får tilbud om ansettelse må legge frem tilfredsstillende politiattest (vandel) jfr. Lov om helsepersonell § 20a (gjelder arbeid med barn og utviklingshemmede).

Kontakt: Poliklinikkleder Berit Øydne Reiersen tlf. (+47) 51 97 40 87
Søknadsfrist: 19.10.2014



Helse Nord-Trøndelag HF er Nord-Trøndelags største og viktigste organisasjon med 2500 kompetente og motiverte medarbeidere fordelt på Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger, DPS Kolvereid og DPS Stjørdal. Helse Nord-Trøndelag har et omfattende spesialisttilbud og er innenfor enkelte sykehusfunksjoner blant de fremste i landet. Foretakets forretningsadresse er 7600 Levanger. Les mer om oss på www.hnt.no

Helse Nord-Trøndelag

Barn og familieklinikken

Habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU) har følgende stilling ledig:

Psykolog/psykologspesialist

- 100 % fast stilling fra d.d. Referansenr. 2322974298.

Nærmere opplysninger om stillingene fås ved henvendelse til: seksjonsleder Anita Hoff, tlf. 74 09 83 02 / 928 61 448, e-post: anita.hoff@hnt.no eller avdelingsleder Randi Brenne Dreier, tlf. 74 09 87 10 / 917 38 241, e-post: randibrenne.dreier@hnt.no

Søknadsfrist: 18.10.2014

Foretaket har elektronisk søknadsbehandling og det oppfordres å fremme søknaden via Helse Nord-Trøndelag hjemmeside (www.hnt.no) – der du også vil finne fullstendig utlysningstekst.



Helgelandssykehuset HF er et helseforetak som består av sykehusenheter i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen med hovedkontor i Mo i Rana. Gjennom pasientfokus og samhandling skal helseforetaket sikre et trygt og framtidsrettet tjenestetilbud basert på kvalitet, trygghet og respekt.

Psykologspesialister/ psykologer

Helgelandssykehuset har tre distriktspsykiatriske sentre. Disse ligger i Mo i Rana og Mosjøen samt Psykiatrisk senter ytre Helgeland i Sandnessjøen og Brønnøysund.

Ambulant akutteam – Sandnessjøen og Brønnøysund

Ambulant akutteam er spesialiserte, tverrfaglige team, som skal vurdere pasienter for akuttinnleggelse og kunne gi intensiv hjemmebehandling som alternativ til innleggelse voksne. Målet med ambulante akutteam er å gi et bedre kvalitativt akuttilbud for pasienter på Helgeland. Gjennom en bedre og mer tilgjengelig spesialisthelsetjeneste til mennesker i akutte psykiske krisesituasjoner, og gjennom rask og god tilgjengelighet for primærhelsetjenesten, er målet også å redusere innleggelse i sykehus.

De lokale teamene vil bestå av psykologspesialist/psykolog og høgskoleutdannet fortrinnsvis sykepleier eller vernepleier med videreutdanning, og vil ha sitt ansettelsesforhold i de voksenpsykiatriske poliklinikkene i henholdsvis Sandnessjøen og Brønnøysund.

Kontaktpersoner:

områdesjef, Grete Andreassen, tlf. 948 25 478,
avdelingsleder Sandnessjøen, Lena Switynk, tlf. 992 53 674,
avdelingsleder Brønnøysund, Turid Wærstad, tlf. 993 26 344.

Voksenpsykiatrisk poliklinikk - Brønnøysund

Ledig **fast stilling** som psykologspesialist/psykolog. VOP Brønnøysund har i dag 15 behandlerstillinger, bestående av fire psykologstillinger, psykologspesialist, psykiater, to leger i spesialisering, psykomotorisk fysioterapeut, klinisk sosionom og psykiatriske sykepleiere.

Vi er en allmenpsykiatrisk poliklinikk med differensierte behandlingstilbud. Behandlingen består av individuell terapi, gruppeterapi, familierapi samt ambulant behandling.

Vi tilbyr blant annet tilrettelegging for spesialisering, intern og ekstern veiledning samt studiepermisjon for spesialister.

Brønnøysund ligger på Helgelandskysten, i et vakkert øyrike som har rike muligheter for friluftsliv på fjell, land og vann.

Kontaktpersoner: avdelingsleder, Turid Wærstad, tlf. 75 06 06 60/993 26 344 eller psykologspesialist, Heidi Slåttøy, tlf. 75 06 06 60/913 96 993.

Søknadsfrist 19. oktober 2014

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på helgelandssykehuset.no/jobb
Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!





Ved Jæren DPS er det ved poliklinikken ledig stilling for:

PSYKOLOG

Ett års vikariat, tiltredelse januar 2015

Poliklinikken består av ni psykologer (fem spesialister), fem leger (tre spesialister), seks psykiatriske sykepleiere, ergoterapeut, prest, kunst- og uttrykksterapeut, fysioterapeut og tre kontorfagansatte. Vårt arbeidsmiljø er preget av humor, åpne dører og kreativitet.

Hovedvekten i poliklinikken er på individualterapi, men vi har også et bredt utvalg av ulike gruppebehandlinger; både psykodynamisk orienterte, kognitivt orienterte og kunst- og uttrykksorienterte grupper. Vi er også organisert med egen Gruppepoliklinikk. Tilnærmingen der baserer seg på mentaliseringsbasert terapi (MBT), og med utgangspunkt i denne tilnærmingen tilbyr vi både psykoedukativ, kunst – og uttrykksterapi, kroppsbevissthetsgruppe, og terapeutisk samtalegruppe, samt individualbehandling.

Arbeidet er organisert i kommunevise team og består av:

- Utredning og kartlegging/diagnostiske vurderinger
- Individual/gruppebehandling
- Veiledning/konsultasjon og undervisning eksternt og internt

Kvaliteter vi ser etter, er gode samarbeidsevner, fleksibilitet og selvstendighet, godt humør og evne til å ta initiativ, samt at en liker utfordringer i arbeidet.

Lønn etter avtale.

Søknad og CV, samt attester og bekreftelse på norsk autorisasjon sendes til post.jdps@ihelse.net eller ved å bruke elektronisk søknadsskjema på vår hjemmeside.

Søknadsfrist: 17. oktober 2014

Se gjerne vår hjemmeside, www.jdps.no, for mer informasjon om oss.

Henvendelser til: Enhetsleder Kirsti Hansen;
tlf. 51 77 69 34 / 416 76 734,
epost kirsti.hansen@ihelse.net

Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

- engasjert for mennesket

Psykolog

Ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen, poliklinikken Raskere tilbake er det ledig et års vikariat som psykolog i 100 % stilling. Tiltredelse etter nærmere avtale.

Kontaktperson: Enhetsleder Ragne G. H. Gjengedal
tlf. 900 23 259 eller ass. enhetsleder
Lars Røv tlf. 22 02 98 00.

Les mer om stillingen på www.diakonhjemmetsykehus.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist: 16.10.14. Søknader behandles fortløpende.



Det er ledig 2 psykologstillinger i Voss kommune frå 01.12.14
Søknadsfrist 05.10.14

100 % stilling ved PPT
og
80 % stilling ved helsestasjon og skulehelsetenesta

Viser til utlysningstekst
www.voss.kommune.no/ledige_stillingar

**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President**

Tor Levin Hofgaard
tor.levin.hofgaard@
psykologforeningen.no
918 65 931

Visepresidenter

Rune Frøyland
rfroey@online.no
450 30 522

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

Medlemmer

Kjetil Kaasin
kjetil.kaasin@sthf.no
35 00 57 00

Geir Skauli
geir.oyvind.skauli@larvik.
kommune.no
907 90 513

Aina Holmén
aina@psykologforeningen.no
986 64 501

Ane Johnsen Lien
ane@bjornson.no
414 02 259

Jarle Refnin
jarref@so-hf.no
916 90 509

Børge Mathiassen
borge.idar.mathiassen@
unn.no
996 29 438

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

Studentrepresentanter

Jørgen Edvin Westgren
joergenwestgren@gmail.com
911 16 616

Tonje Kvande
tonje.kvande@gmail.com
480 98 665

Varamedlemmer

Nina Dalen
nina.dalen@
nevropsykolog.no
909 41 650

Joar Øveraas Halvorsen
joar.halvorsen@svt.ntnu.no
922 56 656

**Ragnhild Klingenberg
Stokke**
ragnhildkstocke@gmail.com
414 21 366

Anne Kulseng Berg
akulseng@online.no
928 60 119

LOKALAVDELINGER

Akershus
Helene Kindle-Skau
hkindleh@hotmail.com
924 28 703

Aust-Agder
Else Håvås
elsehav@hotmail.com
920 44 329

Buskerud
Elisabeth Pettersson
elisp2@online.no
950 68 460

Finnmark
Kristine Knappskog
kristineknappskog@gmail.
com
977 93 644

Hedmark
Lene Engen
leneeng@hotmail.com
924 53 116

Hordaland
Bjarte Bruntveit
bjarte.bruntveit@helse-
bergen.no
909 98 052

Møre og Romsdal
Magne Storvik
magne.storvik@helse-mr.no
482 82 553

Nord-Trøndelag
Stein Aage Henriksen
stein.aage.henriksen@nav.no
472 37 900

Nordland

Ruth Ellen Steinsvik
ruth.ellen.steinsvik@
bufetat.no
466 15 670 (arb.) / 943 67 322
(priv.)

Oppland
Gro Fodstad Eng
gro@gjovik-psykolog.no
417 62 971

Oslo
Inge-Arne Teigset
psykolog.teigset@gmail.com
22 02 92 44

Rogaland
Klara Øverland
klara.overland@uis.no
406 08 818

Sogn og Fjordane
Karen-Merete Bruland
karen-merete.bruland@
bufetat.no
991 08 520

Sør-Trøndelag
Morten Thorsen
morten.thorsen@nav.no
73 43 81 80

Telemark
Birgitte Lindø
birgitte.lindoe@
borgestadklinikken.no
473 83 123

Troms
Elisabeth Growen Borch
elisabeth@njaal.net
988 75 422

Vest-Agder
Cathrine Sangereid
cathrine.sangereid@sshf.no
957 80 006

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

Østfold
Harald Sandnes
hasandne@online.no
930 94 209

FAGETISK RÅD

Gisken Holst, leder
Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER**

Knut Dalen, leder, e-post
knut.dalen@nevropsykolog.
no, tlf. 958 06 868

**LØNNS- OG ARBEIDS-
MARKEDSUTVALGET**

Rune Frøyland, leder,
tlf. 450 30 522
Birgit Aanderaa, nestleder,
tlf. 917 12 983
Bjarte Bønes Bruntveit,
Spekter-helse, tlf. 909 98 052
Ingvild Gregersen, Spekter-
helse, tlf. 957 27 801
Lone Løvschall, KS,
tlf. 952 28 184
Marianne Sand, Stat,
tlf. 930 56 103
Helene Kindle-Skau, Virke/
HUK, tlf. 924 28 703
Knut Follesø, Privatpraksis,
tlf. 920 37 744
Erik Holand, Helse Nord,
tlf. 958 28 018
Mats Larsen, Helse Sør-Øst,
tlf. 952 80 577

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS**

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

SPELIALITETSRÅDET

Birgit Aanderaa, leder,
e-post biraan@ous-hf.no,
tlf. 917 12 983

KVALITETSUTVALGET

Birgit Aanderaa, leder,
e-post biraan@ous-hf.no,
tlf. 917 12 983

**SPESIALIST-
UTVALGENE***Felleselementene*

Geir Høstmark Nielsen,
leder, e-post geir.nielsen@
psych.uib.no, tlf. 911 48 183

*Klinisk barne- og
ungdomspsykologi*

Krister Westlye Fjermestad,
leder, e-post kjf@frambu.no,
tlf. 942 01 947

Klinisk familiepsykologi

Hans Christian Lunder,
leder, e-post hans.chr.
lunder@hotmail.com,
tlf. 994 82 181

*Psykologisk arbeid med rus
og avhengighetsproblemer*

Eva Karin Løvaas,
leder, e-post eva.karin.
loevaas@bergenclinics.no,
tlf. 55 90 88 00

Klinisk eldrepsykologi

Eli Soldal, leder, e-post
eli@soldal.org, tlf. 481 11 153

*Klinisk psykologi
med psykoterapi*

Roar Olsen, leder,
e-post roar9@online.no,
tlf. 920 95 894

Klinisk voksenpsykologi

**Elisabet Engelstad
Romøren**, leder, e-post
elisabet@romoren.no,
tlf. 977 53 107

Klinisk nevropsykologi

Jørgen Sundby, leder,
e-post jorgen.sundby@uit.no,
tlf. 992 68 772

Psykologisk habilitering

Nils-Øivind Offernes, leder,
e-post nils@offernes.com,
tlf. 958 40 362

Klinisk arbeidspsykologi

Marit Hannisdal, leder,
e-post marit.hannisdal@nav.
no, tlf. 950 65 234

Klinisk samfunnspsykologi

Kjersti Hildonen, leder,
e-post kj_hildonen@hotmail.
com, tlf. 907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder, e-post
rudi.myrvang@cut-e.no,
tlf. 906 03 555

**GODKJENNINGS-
UTVALGET**

Odd Arne Tjersland,
leder, e-post o.a.tjersland@
psykologi.uio.no,
tlf. 977 37 785

**ANKEUTVALGET FOR
SPESIALISTSAKER**

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

**FAGUTVALG FOR
RETTPSYKOLOGI OG
SAKKYNDIGHET**

Kirsten Rasmussen, leder,
e-post kirsten.rasmussen@
svt.ntnu.no, tlf. 73 59 78 33

**STUDENTPOLITISK
UTVALG**

Jørgen Edvin Westgren,
UiT, leder, e-post
joergenwestgren@gmail.com,
tlf. 911 16 616

**FORSKNINGSPOLITISK
UTVALG**

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

**MENNESKERETTIG-
HETSUTVALGET**

Nora Sveaass, leder, e-post
nora.sveaass@psykologi.uio.
no, tlf. 958 09 001

TESTPOLITISK UTVALG

Jens Egeland, leder, e-post
jens.egeland@piv.no,
tlf. 908 91 121

**YNGRE PSYKOLOGERS
UTVALG**

Henriette Linnea Reigstad,
leder, e-post ypu@
psykologforeningen.no,
tlf. 997 22 725

**VALGKOMITEEN
I NORSK
PSYKOLOGFORENING**

Jogeir Sognnæs, leder,
e-post jogeir61@gmail.com,
tlf. 918 16 155

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Gøril Wiker,
kommunikasjonssjef,
e-post goril.wiker@
psykologforeningen.no
Per Halvorsen, webredaktør,
e-post per.halvorsen@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Heidi Mølman,
administrasjonssjef,
e-post heidi.molman@
psykologforeningen.no
Bjørn T. Kristensen,
kontorsjef, tlf. 23 10 31 46

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef

Joakim Solhaug,

spesialrådgiver
Kontakt:
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Andreas Høstmælingen,
fagsjef, e-post andreas@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

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

**NORSK
PSYKOLOGFORENING**

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo.
Besøksadresse: Kirkegata 2.
Tlf. 23 10 31 30
Faks 22 42 42 92
E-post npfpost@
psykologforeningen.no.
Hjemmeside
www.psykologforeningen.no

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

FAGLIGE MEDARBEIDERE I PSYKOLOGTIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
Kjersti Arefjord, Universitetet i Bergen
Eva Dalsgaard Axelsen, Universitetet i Oslo
Henning Bang, Universitetet i Oslo
Per-Einar Binder, Universitetet i Bergen
Anne Inger Helmen Borge, Universitetet i Oslo
Tim Brennen, Universitetet i Oslo
William Brochs-Haukedal, Norges handelshøyskole
Nikolai Czajkowski, Universitetet i Oslo
Knut Dalen, Universitetet i Bergen
Gudrun Dieserud, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Fanny Duckert, Universitetet i Oslo
Atle Dyregrov, Senter for krisepsykologi
Tor-Johan Ekeland, Høgskulen i Volda

Ståle Einarsen, Universitetet i Bergen
Hege R. Eriksen, Universitetsforskning Bergen
Anders Martin Fjell, Universitetet i Oslo
Magne Arve Flaten, Universitetet i Tromsø
Rolf W. Gråwe, St. Olavs hospital
Siri Erika Gullestad, Universitetet i Oslo
Roger Hagen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Odd E. Havik, Universitetet i Bergen
Anthony Hawke, Familievernkontoret i Stavanger
Asle Hoffart, Modum Bad
Arne Holte, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Hanne Haavind, Universitetet i Oslo
Reidun Ingebretsen, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Tine K. Jensen, Nasjonalt kunnskapsenter om vold og traumatisk stress
Leif Edward Ottesen Kennair, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Stein Knardahl, Statens arbeidsmiljøinstitutt
Gerd Kvale, Universitetet i Bergen
Øyvind Kvello, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Kim Larsen, Sykehuset Østfold
Arild Lian, Bredtvet kompetansesenter
Gro Therese Lie, Universitetet i Bergen
Astri J. Lundervold, Universitetet i Bergen
June Ullevoldsæter Lystad, Oslo Universitetssykehus
Svein Magnussen, Universitetet i Oslo
Øyvind Lund Martinsen, Handelshøyskolen BI
Monica Martinussen, Universitetet i Tromsø
Willy-Tore Mørch, Universitetet i Tromsø
Simon-Peter Neumer, RBUP Øst og Sør, Oslo
Geir Høstmark Nielsen, Universitetet i Bergen
Hans Nordahl, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Inger Hilde Nordhus, Universitetet i Bergen
Terje Ogden, Atferdssenteret – Unirand
Ståle Pallesen, Universitetet i Bergen
Magne Raundalen, Senter for krisepsykologi
Sissel Reichelt, Universitetet i Oslo
Ivar Reinvang, Universitetet i Oslo
Astrid M. Richardsen, Handelshøyskolen BI
Jan H. Rosenvinge, Universitetet i Tromsø

Bjørn Rishovd Rund, Universitetet i Oslo
Frida Gullestad Rø, Universitetet i Oslo
Michael Helge Rønnestad, Universitetet i Oslo
Gro Mjeldheim Sandal, Universitetet i Bergen
Per Øystein Saksvik, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Borrik Schjødt, Haukeland universitetssykehus
Jan Skjerve, Universitetet i Bergen
Ingunn Skre, Universitetet i Tromsø
Arvid Skutle, Stiftelsen Bergensklinikkene
Lars Smith, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse
Håkan Sundberg, Universitetet i Bergen
Frode Svartdal, Universitetet i Tromsø
Nora Sveaass, Nasjonalt kunnskapsenter om vold og traumatisk stress
Stephan von Tetzchner, Universitetet i Oslo
Odd Arne Tjersland, Universitetet i Oslo
Bente Træen, Universitetet i Oslo
Merete Øie, Sykehuset Innlandet HF
Simon Øverland, Universitetet i Bergen

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

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk Psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnements-prisen for privatabonnement kr 1395 per år, bedriftsabonnement kr 1950, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 150 + porto/eksp.gebyr.

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

Frist for innlevering av annonser:
17.10, 17.11