

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



PSYKOLOGI

Vol.52 nr.3 2015

For gammel, ifølge Psykologforeningen

Kvinner publiserer snart mer enn menn

Ut av Psykologboba

Janne Horgen Friberg etterlyser flere samfunnsengasjerte psykologer

Hvilke erfaringer har deltakere i psykoedukative familiegrupper?

ISSN 0332-6470



9 770332 647006

03

Bonde Kalkan born
ByHamb

PSY KOL OGI

Vol. 52 **nr. 3** 2015

Sjefredaktør Bjørnar Olsen, bjornar@psykologtidsskriftet.no, tlf. 474 01 165

Fagredaktører Ida Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429

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

Redaksjonssjef Per Olav Solberg, perolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 950 88 575

Redaktører/journalister Øystein Helmikstøl (debattansvarlig),

oystein@psykologtidsskriftet.no, tlf. 464 66 978, Nina Elisabeth

Strand, nina.strand@psykologtidsskriftet.no, tlf. 979 59 515 og

Arne Olav Hageberg, arneolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 958 21 895.

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no og debatt@psykologtidsskriftet.no

Markedskordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,

e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Markedskonsulent Winnie Engevold

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.

Ideologi og psykologi

I en samtid med sterke ideologiske brytninger – både religiøst og politisk – burde også psykologer og psykologien hatt sitt å si. Både fordi faget nettopp knytter mentale prosesser – tanker, følelser, motiver og behov – til våre handlinger, og fordi vi lever i en tid hvor «det psykologiske mennesket» står så sterkt. Men få psykologer har vært på banen for å forstå hvordan det religiøse, politiske og personlige – det psykologiske og ideologiske – griper inn i hverandre. Og de gangene temaet adresseres, er det gjerne for å vise hvordan psykologien ikke strekker til for å gripe verden av i dag. Nei, skal vi forstå, må vi i stedet legge det økologiske, politiske eller religiøse mennesket til grunn, hevdes det.

I psykologiens historie er det imidlertid nok eksempler på at psykologien forsøker å forstå sentrale politiske problemstillinger med utgangspunkt i faget. Som Wilhelm Reich, som – for å parafasere fra Tore Ness sin kronikk i Morgenbladet 22. januar – i dagens språk ville ment noe i retning av at «menneskenes personlighet speiler samfunnets politiske og sosiale organisering, og at en ideologi bare kan få politisk gjennomslagskraft dersom den *endrer* deltagerens personlighet». Gitt mellomkrigstidens sterke politiske brytninger er det mer enn forståelig at han følte behov for å sette ord på forholdet mellom samfunnets politiske organisering og individets nevroses.

Akkurat som det er forståelig at Theodor W. Adorno og kolleger etter annen verdenskrig ønsket å forstå hvordan nazismen kunne få fotfeste, og utviklet «The California F-scale» i 1947, med en F som sto for fascist og skulle reflektere en autoritær personlighet. Det er heller ikke vanskelig å se hvordan Stanley Milgrams lydigheteksperiment eller Solomon Asch sine konformitetsstudier springer ut av ønsket om å forstå hvordan store grupper kunne underkaste seg og følge ideologier.

Hvorvidt disse forsøkene på å knytte psykologi til politikk var vellykkede, skal vi la hvile. Men faget ble brukt til å sette ord på forholdet mellom samfunnets organisering og den enkeltes psykologi. Og forskerne ønsket å få kunnskap om hvordan vanlige mennesker ble del av ideologisk drevne overgrep, drap og utryddelser.

Denne nysgjerrigheten er vanskeligere å få øye på i dagens psykologi. Hvilken psykologi gjør at man rekrutteres til krig? Til ekstremisme? Til vold? Hva kan psykologien si om forholdet mellom oppvekst og overbevisning? Om det personlige og det situasjonelle? Hvordan motvirke radikaliserings og fremme dialog? Er det til normalpsykologien vi skal gå for å forstå eller er det psykopatologien?

Det er ikke gitt at svarene vil være gode. Men denne type spørsmål er verdt å stille seg for et fag som skal ha relevans i en omskiftelig verden. ✖



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@psykologtidsskriftet.no



I psykologiens historie er det nok eksempler på at psykologien forsøker å forstå sentrale politiske problemstillinger med utgangspunkt i faget

222



ILLUSTRASJON: BENDIK KALTENBORN

DIAGNOSTISK UAVHENGIG

På lavterskelnivå har man sjelden mulighet til å la diagnoser være det retningsgivende for tiltak. Man har tvert imot mulighet for å gjøre tiltakene uavhengig av tradisjonell diagnostikk, skriver Espen Odden og Bård Bertelsen i essayet «Om å løfte barn».

255



FOTO: AUDUN BRAASTAD

IMPROVISERER VEKK PSYKOSESYMPTOM

Trivsel, motivasjon, mening og håp. Sånne ting kjenner pasientar diagnostisert med psykose meir av når dei får musikkterapi.

232

BEHANDLING OG NPM

«Jeg er din mann, Bent Høie! Du og jeg er egentlig på lag. Jeg er tett på det du råder over hver eneste dag, og jeg ønsker å gi deg noen tips til forbedringer», skriver Sverre Bryhn i debattinnlegg.



FOTO: ERIK BERG/DET NORSKE TEATRET

TROVERDIG OG AKTUELL BRAND

Den nye oppsetningen av Brand på Det Norske Teatret er et engasjerende eksistensielt drama. Stykket formidler noe viktig om de sterke kreftene som kan ligge til grunn for ekstrem idealisme og religiøsitet.

Innhold

- 193 **Ideologi og psykologi**
Leder | Bjørnar Olsen
- 196 **Konflikt og samhold**
Nå: Håvard Friis Nilsen, idéhistoriker om psykologprofesjonen | Per Olav Solberg
- 198 **Psykoedukative flerfamiliegrupper anbefales i nye nasjonale retningslinjer for behandling av psykoselidelser: Hvilke erfaringer har deltakerne?**
Vitenskapelig artikkel | Irene Norheim et al.
- 208 **Kvinner publiserer snart mer enn menn**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 218 **Alle psykologer får henvisningsrett**
Aktuelt | Nina Strand
- 220 **Når er man frisk?**
Hverdag | Anne Strand (pseudonym)
- 222 **Om å løfte barn**
Fagessay | Espen Odden et al
- 228 **«Hun er lojal»**
Fri assosiasjon | Inger-Margrete Svendsen
- 231 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Illusjonen om best mulig behandling (s. 232)
Debatt: «For gammel», ifølge Psykologforeningen (s. 237),
Leserombudet fastholder kritikken (s. 238), Derfor bør man
vente (240), Ut av bobla (s. 242)
Derfor: Hvorfor anonym? | Nina Strand (s. 239)
Perspektiv: Jeg forstår utålmodigheten | Bent Høie (s. 244)
Leseombudet: Finn fem feil | Odd Volden (s. 246)
- 247 **Differensialdiagnostiske vurderinger ved schizofreni og komplekse dissosiative lidelser**
Vitenskapelig artikkel | Akiah Ottesen Berg et al.
- 255 **Improviserer vekk psykosesyntom**
Forskningsintervju med Hans Petter Solli | Arne Olav Hageberg
- 258 **INNTRYKK**
Teateranmeldelse: Brand (s. 258)
Bokanmeldelser: Sykdom og politisk lederskap (s. 262), Group
Analytic Psychotherapy (s. 264)
Anbefalt: Practical Wisdom (s. 265)
- 266 **Kurskalender**
- 267 **Annonser**
- 281 **Stillingsannonser**

- I 1930 var det rundt fem registrerte psykologer i Norge. 85 år etter er det rundt 7000. Det sier noe om fagets eksplorative utvikling, sier Håvard Friis Nilsen. (Foto: Nini Johanne Torp Nilsen)



KONFLIKT OG SAMHOLD

Idéhistoriker Håvard Friis Nilsen har studert psykologprofesjonens historie i Norge. Sterkt samhold, til tross for dype faglige motsetninger, har fulgt profesjonen fra dag én. Det forklarer også psykologifagets markante posisjon i dag, mener han.

- Hva slår deg som det mest oppsiktsvekkende ved psykologprofesjonens historie i Norge?

- Psykologiens profesjonshistorie er helt motsatt av det vanlige mønsteret. Psykologi begynte som et universitetsfag. Den normale utviklingen for en profesjon er at den starter som et praktisk yrke. Ut fra praksis utvikles teori, og gradvis blir det et akademisk fag som får feste på universitetene. Deretter kommer

TEKST

Per Olav Solberg

kunnskapsmonopolet og sertifiseringen. For psykologien var det motsatt: Den startet som et sertifisert akademisk fag, endrer innhold underveis og utvikler gradvis en terapeutisk praksis som fører til et klientell og en eksplorsiv vekst i faget.

- Hvorfor skiller psykologien seg ut?

- Man må huske at psykologien begynte som et rent eksperiment- og forskningsfag mot slutten av 1800-tallet. Det hadde ingen-

ting med terapi å gjøre, men hadde bakgrunn i nye vitenskapelige oppdagelser i blant annet fysikk og medisin på midten av 1800-tallet. Det første som preger psykologien, er tilkjempelsen av et akademisk rom og kampen om rett til å drive forskning på et område hvor teologien og religionen hadde hatt monopol. Det er først etter 1925, når psykoanalysen har fått fotfeste, at faget utvikler seg i en terapeutisk retning i Norge.

– I ditt kapittel i *Profesjonshistorier* bruker du en god del sider på Harald Schjelderup. Hvor viktig var han for psykologiens posisjon og utvikling?

– Hans rolle er sentral for profesjonsbevisstheten. Han begynner i fysikken, går via filosofien til eksperimentpsykologien og ender opp som psykoanalytiker. Han hadde hele tiden en klar profesjonsorientering for psykologfaget og blir vår første psykologiprofessor. Schjelderup er en overgangsskikkelse som markerer den terapeutiske vending i faget her hjemme. Denne vendingen skjer også i andre europeiske land, men tidligere i Norge på grunn av ham. I tillegg etablerer Schjelderup Psykologforeningen sammen med Åse Gruda Skard i 1934. Til stede under stiftelsesmøtet var det bare åtte personer. Selv da var det heftig faglig diskusjon om ulike psykologiske retninger, særlig om psykoanalysen. Til tross for sterk faglig uenighet ble man enige om foreningens statutter og kriterier for medlemskap. Denne linjen har fortsatt: Foreningen har forstått verdien av å stå sammen for å oppnå viktige resultater, til tross for sterke faglige motsetninger.

– Du nevner Åse Gruda Skard. Fagets historie er preget av mange sterke kvinneskikkelser. Hva kommer det av?

– Dette så man i hele Europa og i USA. Psykologifaget tiltrakk – og tiltrekker seg – etter hvert mange kvinner. En britisk studie som sammenlignet kvinneandelen i ulike profesjoner mellom 1920 og 1980, viser at for leger økte kvinneandelen fra 4 til 7 prosent i denne perioden, og for advokater fra 1 til 5 prosent. Men andelen kvinnelige psykoanalytikere i samme periode var høy og over 20 prosent. Sterke kvinneskikkelser som Anna Freud og Melanie Klein, og deres fokus på barnpsykologi, bidro til at psykologien gikk i retning av et omsorgsyrke. Det førte igjen til større åpenhet for kvinner i dette miljøet sammenlignet med andre fag og profesjoner.

Hvorfor NÅ?

- Idéhistoriker Håvard Friis Nilsen har skrevet psykologkapittelet i den ferske boken *Profesjonshistorier* (Pax forlag), redigert av Rune Slagstad og Jan Messel.
- Sterke kvinneskikkelser har dominert faget i Norge fra starten av, og lønnsutviklingen har vært god, til tross for at faget er dominert av kvinner.

– Det første som preger psykologien, er tilkjempelsen av et akademisk rom

– I Norge er andelen kvinnelige psykologer i underkant av 70 prosent. Samtidig har lønnsutviklingen blant psykologer vært svært god. Dette står i kontrast til bildet vi kjenner: At kvinne-dominerte yrker taper i lønnskampen. Hvordan henger dette sammen?

– Jeg tenker det er flere forklaringer. Den klart definerte profesjonsutdanningen, med offentlig godkjenning og akademisk forankring, betyr mye. Det gjorde at lønnsnivået for norske psykologer historisk sett ble gunstigere enn i mange andre land. For det andre skaper profesjonsutdanningen et kunnskapsmonopol, hvor man også kunne skjele til samfunnets behov for psykologer. Det har ikke vært utdannet flere psykologer enn det har vært etterspørsel etter, det påvirker bokstavelig talt psykologenes verdi. I tillegg fikk man tidlig en sterk Psykologforening som jobbet for interessene til en stadig økende medlemsmasse. Det skal også nevnes at flere av de første psykologene i Norge var leger. Det skapte en forventning om et lønnsnivå på nivå med legenes. Alt dette er faktorer som ikke har noe med kjønn i seg selv å gjøre.

– Til slutt i Profesjons-kapitlet ditt spør du retorisk om en person med doktorgrad i organisasjonspsykologi også burde få lov til å kalle seg psykolog. Er psykolog-tittelen for begrenset etter din oppfatning?

– Det er klart det er viktig å beskytte tittelen «psykolog», men når vi ser at en person med åtte års spesialisering i organisasjonspsykologi likevel ikke kan kalle seg organisasjonspsykolog, virker det lite rasjonelt. Men beskyttelsen av tittelen har selvsagt vært en viktig del av profesjonskampen, og i land der denne tittelen ikke er beskyttet, ser vi også at vilkårene og lønnsbetingelsene er langt svakere. ✘

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 198-206 FAGFELLEVDERT

IRENE NORHEIM, Vestre Viken HF, Drammen **LIV NILSEN**, Oslo Universitetssykehus, Oslo**STIAN BIONG**, Høgskolen i Buskerud og Vestfold, Drammen**KONTAKT** irene.norheim@vestreviken.no

PSYKOEDUKATIVE FLERFAMILIEGRUPPER ANBEFALES I NYE NASJONALE RETNINGSLINJER FOR BEHANDLING AV PSYKOSELIDELSER: HVILKE ERFARINGER HAR DELTAKERNE?

Sammenhengen mellom psykoedukativt familiesamarbeid og bedret forløp av psykoselidelser er godt dokumentert. Imidlertid vet vi lite om deltakernes subjektive erfaringer.

Utvikling av en psykoselidelse starter vanligvis i ungdomsårene eller i ung voksen alder, og fører ofte til betydelige problemer med utdanning, arbeid, egenomsorg og sosialt liv. Familien er ofte den viktigste støttespilleren (Addington, Collins, McCleery, & Addington, 2005). Norske studier viser at pårørende til personer med psykoselidelser opplever belastninger som kan medføre svekket livskvalitet, psykisk og fysisk helse (Engmark, Alfstadsæther & Holte, 2006), og de trenger hjelp og støtte

ABSTRACT

Psychoeducational multi-family groups (MFG) are recommended in the new national guidelines for the treatment of psychosis: What are the participants' subjective experiences?

The correlation between family intervention and an improved course of psychotic disorders is well documented. There are, however, few studies which have specifically examined participants' experiences. This study explores the subjective experiences of three girls (aged 19-26) suffering from a psychosis and five of their familymembers (aged 42-61). Data collection was done through qualitative research interviews, and data was analysed using a phenomenological-hermeneutic approach.

The findings suggest that knowledge, particularly experiential knowledge, contributes towards understanding, management and a sense of accomplishment. Patients experienced the group format as challenging in the beginning. However, over time the sense of community enhancing problemsolving capacities and providing social support.

Keywords: family intervention, psychosis, qualitative study

for å være en ressurs for eget familiemedlem (Nordby, Kjongsberg & Hummelvoll, 2010).

Nye nasjonale retningslinjer for behandling av psykoselidelser anbefaler psykoedukativt familiesamarbeid som del av et helhetlig behandlingstilbud (Helsedirektoratet, 2013). Virksomme psykoedukative familieintervensjoner inneholder kunnskapsformidling, hjelp til krisehåndtering, følelsesmessig støtte, problemløsning og kommunikasjonstrening (Pharoah, Mari, Rathbone & Wong, 2010).

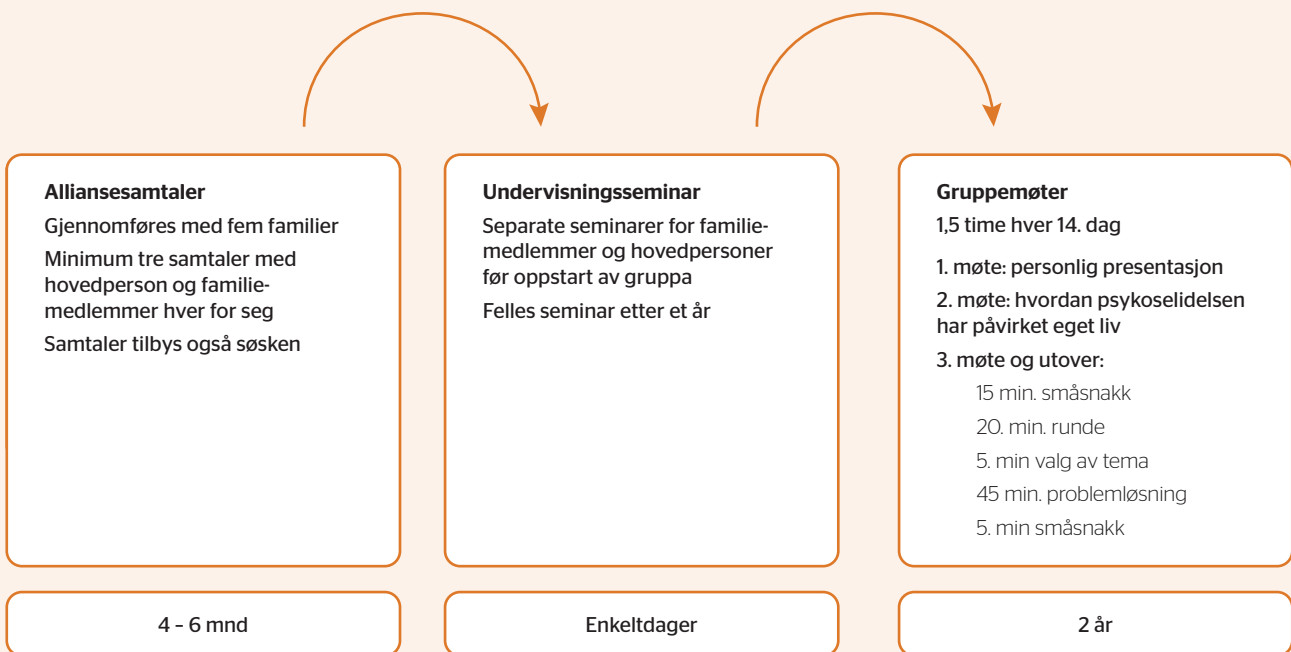
Modeller for psykoedukative intervensjoner ble utviklet på bakgrunn av kunnskap om at pasienter som ble utskrevet til hjemmemiljøer preget av stress, høyt nivå av «expressed emotion» eller negativ konfliktfylt samhandling, hadde økt risiko for tilbakefall (Anderson, Hogarty & Reiss, 1986). Tidlig hjelp til familier og andre viktige personer som har betydning for personen som rammes av en psykoselidelse, kan minske risikoen for at problemer utvikler seg (Fadden & Smith, 2009). Psykoedukativt familiesamarbeid har som formål å legge til rette for et støttende nettverk rundt personen som har en psykoselidelse for å fremme mestring og bedring, samtidig som familiens behov for kunnskap og støtte ivaretas (Lindvåg

& Fjell, 2011). Å legge til rette for sosial støtte og utvikling av personlige ferdigheter hos personer med en psykoselidelse og deres pårørende er også i tråd med WHO sine strategier for å fremme god psykisk helse (Lahtinen, Joubert, Raeburn & Jenkins, 2005).

I Norge har psykoedukative flerfamiliegrupper (FFG), etter modell av McFarlane et al. (William R. McFarlane et al., 1991; W.R. McFarlane et al., 2003), eksistert siden slutten av 1990-tallet (Fjell et al., 2007). En FFG består av to gruppeledere og fem familier, der hver av de fem hovedpersonene (pasientene) kan ta med seg inntil tre familiemedlemmer eller andre nærpersoner. Gruppelederne må ha formell og klinisk kompetanse innenfor psykisk helse, samt ha gjennomført kurs i FFG med fortløpende veiledning over to år. FFG følger en struktur der det er tydelig hva som skal skje i de ulike fasene (William R. McFarlane et al., 1991), se figur 1.

I alliansearbeidet tilbyr gruppelederne hver familie minst tre samtaler uten hovedperson til stede, slik at familien kan snakke om sine erfaringer. Gruppelederne har også samtaler med hver enkelt hovedperson for å bli kjent og skape trygghet før deltakelse i gruppa. I etterkant av alliansearbeidet og før gruppemøtene

Figur 1. Struktur for psykoedukative flerfamiliegrupper



Figuren illustrerer de ulike fasene som gjennomføres ved oppstart og drift av en FFG.

starter opp, arrangeres det undervisningsseminar om psykoselidelser for familiemedlemmer og hovedpersoner hver for seg. Gruppemøtene er strukturerte og forutsigbare for å lette deltakelsen for hovedpersonene, som kan streve med psykosesyntomer og kognitive vansker. Etter de to innledende gruppemøtene følger møtene samme struktur. Møtene åpnes med småprat om dagligdagse temaer, og deretter er det en «runde» hvor hovedpersonene blir spurt om hva som har gått bra siden sist, og om de har noen utfordringer som opptar dem nå. Familiemedlemmene blir spurt om hvordan de opplever situasjonen, og hva de syns hovedpersonene har mestret siden sist. Etter gjennomført runde har gruppelederne en reflekterende samtale om hvilket tema som kan være aktuelt for dagens problemløsning. Problemformuleringen utformes i samarbeid med den hovedpersonen som har lagt frem det valgte temaet. Alle gruppemedlemmene bidrar med løsningsforslag. Aktuell hovedperson velger to til tre forslag, og det lages en gjennomføringsplan. Gruppemøtene avsluttes med småprat.

De fleste studier om FFG har benyttet kvantitative metoder. Delta-kernes perspektiver har i liten grad blitt belyst. Vi var derfor opptatt av å undersøke hvilke erfaringer personer med en psykoselidelse og deres familiemedlemmer har fra å delta i en FFG. Problemstillingen var: *Hvordan beskriver personer med en psykoselidelse og deres familiemedlemmer sine erfaringer med å delta i en FFG, og hvordan kan disse erfaringene tolkes?*

METODE

Vi valgte kvalitativ metode med et fenomenologisk og hermeneutisk design for studien, da den har et beskrivende og tolkende design. Deltakernes subjektive erfaringer ble utforsket, og forskernes forståelse av mening kom frem gjennom tolkning av datamaterialet (Thagaard, 2009).

Utvalg

Inklusjonskriterier for deltakelse i studien var å ha deltatt i en FFG i Helse Sør-Øst etter manual av McFarlane et al. (1991), og gitt informert og skriftlig samtykke.

Utvalget ble rekruttert fra to helseforetak på Østlandet via kontaktpersoner for FFG som formidlet kontakt med mulige deltakere. Utvalget var hensiktsmessig i den betydning at de som ønsket å delta, ble inkludert. Til sammen deltok åtte personer i studien; tre kvinnelige hovedpersoner i alderen 19 til 26 år, og fem av deres familiemedlemmer hvorav to foreldrepar og en mor i alderen 42 til 61 år. Hovedpersonene hadde erfart psykiske vansker siden 13–14-årsalderen. To hadde en schizofrenidiagnose, og en hadde en schizoaffektiv lidelse. Alle bodde i egen bolig, og deltok i ulike utdannings- eller aktivitetstilbud. Deltakerne representerte tre ulike FFG-er som pågikk i perioden mellom 2008 og 2011.

Datainnsamling

Kvalitativt forskningsintervju ble benyttet som metode for datainnsamlingen ved bruk av en semistrukturert intervjuguide (Kvale & Brinkmann, 2010). Denne ble utarbeidet i samarbeid med pasienter, familiemedlemmer og behandlere som hadde erfaring fra familiesamarbeid. Intervjuene foregikk der deltakerne ønsket det, oftest i foreldrenes bolig. Første- og andreforfatter gjennomførte alle intervjuene sammen, noe som sikret oppfølgingsspørsmål og at intervjuguiden ble fulgt. Begge forfat-

terne er erfarne veiledere og gruppeledere for FFG. Intervjuene varte i 45 til 60 minutter, ble tatt opp på lydbånd, og deretter transkribert.

Dataanalyse

I dataanalysen benyttet vi Lindseth og Norberg (2004) sin metode basert på Ricoeurs fenomenologisk-hermeneutiske filosofi, der mening og tolkning av en tekst skjer gjennom en prosess bestående av tre trinn (Ricoeur, 1976). Første trinn er *naiv lesing*, som utgjør analysens fenomenologiske del, og hvor hensikten er å få tak i tekstens mening som «et hele». Her skal man være mest mulig åpen mot tekstens innhold og holde tilbake egne forforståelser. Trinn to inneholder en *strukturell analyse*, der man fortetter teksten i meningsbærende enheter (deler) som belyser forskningsspørsmålet. De meningsbærende enhetene blir lest igjennom, sett i forhold til den naive forståelsen av teksten og uttrykt så presist som mulig i et hverdagslig språk. Dette danner utgangspunktet for sortering og abstrahering av tekst til subtema og deretter tema. Til slutt, i trinn tre, som omhandler den *helhetlige forståelsen* av teksten, vurderer man temaene under ett og presenterer en tolket mening knyttet til hva som er fremkommet i studien slik forskeren forstår det. Dette trinnet utgjør den hermeneutiske delen av analyseprosessen (Lindseth & Norberg, 2004).

Etiske overveielser

Studien er del av doktorgradsprosjektet «Hvordan styrke familien ved nyoppdaget psykose?». Deltakere fikk forespørsel om å delta via behandlere som hadde drevet FFG. Vi antok at hovedpersonene utgjorde en sårbar gruppe deltakere, og sørget for at de kunne få oppfølging fra egen behandler ved behov. Muntlig og skriftlig informasjon om hva studien gikk ut på, ble gitt til alle. De fikk vite at de kunne trekke seg når som helst i løpet av undersøkelsen, at intervjuet ville bli tatt opp på bånd og nedskrevet for senere å bli presentert og publisert i anonymisert form. Deltakerne undertegnet samtykkeskjema. Doktorgradsprosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskning (2011/566).

RESULTAT

Gjennom den naive lesingen fant vi at alle deltakerne beskrev sine opplevelser av å få økt forståelse og kunnskap. Kunnskap ble beskrevet »



Utvikling av en psykoselidelse starter vanligvis i ungdomsårene eller i ung voksen alder. Familien er ofte den viktigste støttespilleren

av hovedpersonene som spesielt viktig for hvordan familiemedlemmene forstår lidelsen og hovedpersonens situasjon. Hovedpersonene beskrev videre at å delta i FFG var knyttet til utrygghet den første tiden, samtidig som de erfarte det som godt å treffe andre i samme situasjon. Deltakernes samvær med gruppeledere, andre gruppedeltakere og egen familie ble beskrevet som muligheter for nye og endrede relasjoner. Å kunne få og gi støtte, samt større åpenhet om det å leve med en psykoselidelse, inn gikk i dette. Alle deltakerne beskrev at å delta i FFG bidro til at de klarte å håndtere situasjonen bedre og komme seg videre i livet.

Den strukturelle analysen i etterkant av den naive lesingen førte frem til fire temaer. Disse beskrives i det følgende.

Økt forståelse

Alle deltakerne i FFG beskrev det som en prosess å forstå hvordan det var å leve med en psykoselidelse. En mor formidlet at økt forståelse handlet om å få kunnskap fra ulike kilder:

Jeg hadde aldri...klart å forestille meg det (å ha en psykoselidelse) på samme måten som når jeg har sett det på nært hold, og samtidig har lest om det og helheten rundt det. Jeg forstår mye mer av det på en måte.

Familiemedlemmer påpekte betydningen av å få faglig kunnskap om psykoselidelser tidlig i forløpet. Imidlertid ble undervisningsseminarene i regi av FFG der denne formen for kunnskap ble formidlet, beskrevet å ha begrenset nytte, da seminarene kom for seint i forhold til opplevd behov. Videre ble faglig kunnskap beskrevet som utilstrekkelig for å forstå hvordan det var å leve med en psykoselidelse. Gjennom gruppeforløpet ble erfaringer fra dagliglivet formidlet. For hovedpersonene betydde det å kjenne seg igjen i andre, noe som førte til bekreftelse og normalisering av egne erfaringer. Det at andre hadde det på samme måten, gjorde at de ikke følte seg aleine om å ha det sånn. Familiemedlemmer opplevde på sin side å få økt forståelse gjennom at hovedpersonene delte erfaringer:

Når hovedpersonene snakker seg imellom, så er det veldig godt å høre på, fordi de når hverandre, og det gir også oss rundt en innsikt.

Familiemedlemmers økte kunnskap om hvordan det var å leve med en psykoselidelse, medførte at de justerte forventningene til hovedpersonene i hverdagen. En mor formidlet at hun tidligere kunne tenke: «Se å pell deg inn i dusjen og bli ferdig», når datteren ikke stod opp om morgenen. Nå vurderte hun datterens dagsform og uttrykte seg deretter, noe som hadde ført til et roligere hjemmemiljø.

Fra utrygg til trygg

Hovedpersoner og familiemedlemmer hadde ulike opplevelser knyttet til det å være trygg eller utrygg på gruppemøtene. Alle hovedpersonene opplevde det som utrygt den første tiden:

Jeg husker det første året, så satt jeg og grua meg til det var min tur. Og det var fordi jeg synes det er vanskelig å prate når det sitter masse mennesker. Jeg satt og grua meg skikkelig, jeg hadde sånn klump i magen, men jeg fikk jo sagt det jeg hadde å si.

Hovedpersonene opplevde at tryggheten vokste frem over tid, men erfarte også at dagsformen kunne innvirke.

Flere familiemedlemmer så hvor utfordrende deltakelsen på gruppemøtene kunne være for hovedpersonene, og anerkjente innsatsen deres slik en far uttrykte det:

Likevel syntes jeg det var fantastisk at de orket mange ganger. Vi så jo på dem at de var jo virkelig syke altså.

I motsetning til hovedpersonene beskrev alle familiemedlemmene at de følte seg vel i gruppa fra starten av:

Det var en veldig hyggelig gruppe. Vi var heldige med den. Det gikk et par ganger og så var liksom alle kjent og vi var veldig trygge på hverandre.

En av hovedpersonene beskrev strukturen som kunstig og begrensende i forhold til måten dialogen gikk på i gruppa, og flere erfarte «rundten» som noe man kunne grue seg til. De følte et press om å si noe. Det å få hjelp av gruppelederne ble sett på som viktig:

Jeg tror det er veldig viktig at de graver litt, for du sier noe og så fortsetter de litt på det. Lirker det litt sånn ut av deg. For det er veldig vanskelig å sitte der og være kjempestressa: Hva skal jeg si?

Alle hovedpersonene valgte å fortsette i gruppa til tross for at de syntes det var vanskelig å delta. To av hovedpersonene uttrykte at hensynet til foreldrene var avgjørende for hvorfor de valgte å bli med, og også bli værende i gruppa. En av hovedpersonene sa det på denne måten:

Det var vel det at når en fikk snakke med folk som hadde det samme som deg da, og det er folk som har strevet med det samme på en måte, og foreldrene til dem også. Det er bra for foreldre å få snakket ut også.

Relasjoner

Deltakerne i FFG erfarte nye relasjoner ved å bli kjent med gruppeledere og hverandre. Noen opplevde at relasjonene innad i familien endret seg ved at åpenheten ble større. En hovedper-

son beskrev betydningen av likeverd og gjensidighet i relasjonen til gruppelederne:

Ja, at de ikke bare suger all informasjon av deg, men faktisk bryr seg og setter seg litt inn i, gir av seg selv også da. Det er viktig.

Familiemedlemmer opplevde gode relasjoner til gruppelederne gjennom alliansesamtalene, der de fikk mulighet til å snakke om vanskelige ting slik en mor beskrev det:

Det var i grunnen den første gangen vi kunne prate med fagpersonell uten at NN var til stede. Det var litt alright...fordi at man får letta litt på trøkket.

Hovedpersonene erfarte relasjonen til de andre i gruppa ulikt:

Det er jo sånn at man blir godt kjent med de i gruppen. Det er en veldig sterk relasjon fordi man deler sitt innerste..., så blir det jo sterke bånd mellom oss, mellom ungdommene.

En annen fortalte:

Jeg synes ikke jeg ble så kjent med dem (de andre hovedpersonene), men de var jo der når det var møter. Jeg snakket ikke så veldig mye med dem.

Bedring

Alle hovedpersonene beskrev erfaringer knyttet til egen bedring. En hovedperson formidlet hvordan det sakte, men sikkert hadde gått fremover, og at det handlet om å ta de små stegene. Alle deltakerne beskrev det å treffe andre i samme situasjon gjennom FFG som viktig i denne prosessen:

Og selvfølgelig så har folk opplevd det samme og man kan si: Ja, akkurat sånn har jeg også hatt det. Og vet du hva som hjelper da, så kan man gi hverandre råd. Det er et veldig godt opplegg (hovedperson).

Deltakerne trakk fram problemløsningen som handlet om utfordringer i hverdagslivet som betydningsfull. En av hovedpersonene formidlet at det å presentere hvordan problemløsningen hadde fungert siden sist, utgjorde en form for press som hjalp for å komme seg videre. »



Under-
visningen
ble beskrevet
å ha
begrenset
nytte, da
seminarene
kom for
seint i for-
løpet

Alle familiemedlemmene observerte at hovedpersonene var i ulike faser gjennom gruppeforløpet, samtidig som de så at noen totalt sett hadde kommet lenger i egen bedring enn andre:

Men prosessen har i hvert fall vist at vi går framover. Selv om tilbakestegene kommer innimellom, så er veien framover staka ut. Vi har vært der før, og vi kan veien.

Helhetlig forståelse

Gjennom å vurdere hva de fire temaene handlet om, formulerte vi den helhetlige forståelsen av data som:

Utfordrende og givende gruppefelleskap på veien til bedre helse.

Vi tolket at deltakelse i FFG handlet om å få økt forståelse og kunnskap om den situasjonen man var i, gjennom utveksling av erfaringer og fellesskap med andre i samme situasjon enten man var hovedperson eller familiemedlem. Her og nå-opplevelser fra gruppemøtene, som å ikke være alene, få en dytt til å ta tak i egne problemer, mestre å være i gruppa og å si noe, og hjelpe andre i samme situasjon gjennom erfaringsdeling, tolket vi som elementer som kunne bidra til helse for den enkelte hovedperson over tid. Familiemedlemmers økte forståelse for hovedpersonenes situasjon, deres mulighet til å bidra aktivt til bedring gjennom deltakelse i gruppa og opplevelse av trygghet i gruppa tolket vi som elementer som kunne bidra til deres helse. Hovedpersonene opplevde gruppefelleskapet som både utfordrende og givende, mens familiemedlemmene opplevde gruppefelleskapet kun som givende. Beskrivelsene gav inntrykk av at jo mer sårbare hovedpersonene følte seg, jo tøffere ble det å være i gruppa. Gruppeledernes hjelp til å uttrykke seg tolket vi som en støttende faktor for hovedpersonene under gruppemøtene.

DISKUSJON

Denne studien viser at kunnskap og forståelse for hva det vil si å leve med en psykoselidelse er en lengre prosess der hovedpersoner og familiemedlemmer trenger ulike former for fagkunnskap og erfaringskunnskap. Kunnskap gjennom undervisningsseminarer ser ut til å være spesielt givende for familiemedlemmer i tidlig fase. Studiens empiri viser at FFG ikke

nødvendigvis dekker dette behovet, da det avhenger av når familien blir med i en gruppe. Deling av erfaringskunnskap ser ut til å gi hjelp til å håndtere hverdagen, og gir en bekreftelse av at andre har det på samme måten. Kunnskap som bidrar til normalisering av egne erfaringer, viser seg å føre til økt forståelse for egen situasjon, samtidig som det kan bidra til å redusere opplevd stress og motvirke stigmatisering (Hagen, 2011). Våre funn viser at FFG ser ut til å bidra til en kunnskaps- og forståelsesprosess, noe også Hummelvoll og Dahl (2012) bekrefter ved å vise til at FFG samlet sett inneholder høy ekspertise, gjennom at hovedpersoner, familiemedlemmer og fagpersoner bidrar med kunnskap.

Studiens empiri tyder på at hovedpersoner og familiemedlemmer opplever deltakelse i FFG noe ulikt. Hovedpersonene erfarte FFG som utfordrende i starten, og de syntes å strekke seg langt for å oppfylle familiemedlemmers ønske om å delta. Disse funnene er gjenkjennbare i klinisk praksis, der vi ofte erfarer at motivasjonen for FFG er større hos familiemedlemmer enn hos hovedpersoner. Hovedpersoner kan føle seg sårbare på grunn av sin psykiske lidelse og de vanskene dette medfører, og opplever det som utfordrende å snakke om det overfor familie og ukjente. Mange synes også det er vanskelig å forplikte seg til et gruppeforløp over to år. Familiemedlemmer har på sin side behov for informasjon, samarbeid med fagpersoner, samt støtte og hjelp til å redusere stress og opplevd belastning (Askey, Holms-haw, Gamble & Gray, 2009; Sin, Moone & Wellman, 2005). Vår studie viser at økt forståelse for hovedpersonens situasjon medførte at det ble roligere hjemme. I klinisk praksis erfarer vi kunnskapsutvekslingen i FFG som betydningsfull, slik at familiemedlemmer kan klare å tilpasse forventninger og gi støtte og forståelse til hovedpersonene.

Studiens resultater samsvarer med Larsens (2007) etnografiske undersøkelse av behandlingstilbud ved førstegangs psykose, der hovedpersoner formidlet at FFG ikke var så givende for deres egen del, men de så at familiemedlemmene hadde nytte av gruppa for å forstå hva de strevde med. Samtidig påpekte hovedpersonene at FFG var til hjelp for å utvikle en bedre og mer støttende relasjon til foreldrene. Weimands studie (2011) fant at pårørende ønsket å være en ressurs for sitt

familiemedlem som strevde, men de trengte hjelp til å være det. FFG gir anledning til å bidra til hovedpersonenes helse, samtidig som deres kompetanse blir sett på som betydningsfull. Dette har vist seg som grunnleggende faktorer for at familiemedlemmer skal oppleve det som givende å delta som ressurs i behandlingen (Nordby et al., 2010).

Hovedpersonene opplevde det som bra at gruppelederne gav støtte og hjelp til å formidle seg. Dette forutsetter en god relasjon før gruppestart, noe som vektlegges i alliansearbeidet (se figur 1). Hensynet til den enkelte hovedpersons grad av angst og spenning både før og gjennom gruppeforløpet for aktivt å bidra til å lette hovedpersonenes deltakelse, er en av konklusjonene i en ny norsk studie (Nilsen, Frich, Friis & Røssberg, 2014). Samtidig påpeker Langeland (2011) at gruppeledere har en viktig rolle i forhold til å alminneliggjøre og normalisere følelsen av spenning som mange naturlig vil oppleve ved å delta i en gruppe.

Vår studie viser at det tok tid for hovedpersonene å oppnå bedre helse. Studier viser at bedring ikke er en lineær prosess, men at det er bevegelser både innenfor og mellom ulike faser (Wilken, 2007). Det kan se ut til at FFG kan romme deltakernes ulike faser med hensyn til hva de har behov for av råd og «dytt» underveis.

Våre funn tyder på at deltakere i FFG erfarer det som bra å være sammen i et fellesskap uavhengig av hvor mye de formidler seg, da deltakelse gir en opplevelse av å ikke være alene. Studier viser at personer med en psykoselidelse har mindre sosialt nettverk enn normalt, og det minker over tid (Anderson, Hogarty, & Reiss, 1986). Deltakelse i FFG kan bidra til å utvide nettverket og derved fungere som sosial støtte (Larsen, 2007), noe som kan styrke mestringsevnen i møte med påkjenninger (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Deltakerne i FFG opplevde fellesskapet på gruppemøtene som givende gjennom muligheten til både å kunne gi og få støtte. I tillegg til betydningen av å få støtte viser Langeland (2009) til at det å kunne gi omsorg også kan oppleves som støtte for egen del. I sine beskrivelser av FFG undrer Smeby (2001) seg på om «det med å stole på hverandres ressurser for å oppnå bedring, og ikke være en pasient som får, men også gir i et fellesskap, er den dypeste ingrediensen i

denne tilnærmingen. I dette ligger håpet og energien og den eksistensielle komponenten» (s. 127).

Implikasjoner for praksis

Familiemedlemmer bør gis undervisning om psykoselidelser tidlig, slik Sin og Norman (2013) påpeker i sin review om psykoedukative familieintervensjoner. I dagens helsetjeneste ser dette etter vår erfaring ut til å være et mangelfullt tilbud.

Gruppeledere har en viktig funksjon i å ivareta hovedpersonenes utrygghet både før og etter gruppestart. I denne sammenheng vil psykologer med sin kunnskap om angst, stress, gruppeprosesser og kommunikasjon kunne bidra til å ivareta og fremme trygghet.

Betydningen av at hovedpersoner og familiemedlemmer sammen utveksler kunnskap og erfaringer med andre, viser at det er viktig å tilrettelegge for behandlingstilbud som FFG. Psykologer har en viktig rolle i å tilby virksomme behandlingsintervensjoner for personer med psykoselidelser, og hvor FFG er en av disse (Steffensen, 2007). Psykologer kan bidra både med tilrettelegging og drift av FFG.

Metodebegrensninger

Studien har flere begrensninger ved at utvalget er lite, og alle hovedpersonene er kvinner. Forskningsintervjuene beskriver personlige erfaringer hos et begrenset utvalg deltakere, og er derfor kun analytisk generaliserbare (Kvale & Brinkmann, 2010). Det vil si at leseren på grunnlag av intervjuundersøkelsens kontekstuelle beskrivelser selv må vurdere om resultatene kan generaliseres til en ny situasjon.

KONKLUSJON

Studiens hovedfunn er at deltakelse i FFG kan tolkes som å delta i et *utfordrende og givende gruppefellesskap på veien til bedre helse*. Både hovedpersoner og familiemedlemmer opplever behov for felles kunnskap og forståelse i forhold til det å leve med en psykoselidelse. Gruppeledere har et særlig ansvar i å ivareta hovedpersonene slik at deres opplevelse av utrygghet i starten av FFG reduseres. I tillegg er det behov for mer kunnskap om hvordan en best kan tilpasse og tilrettelegge familiesamarbeid så det blir en integrert del av det tjenestetilbudet som tilbys, og i tråd med anbefalingene i de nasjonale retningslinjene. ❌ »

REFERANSER

- Addington, J., Collins, A., McCleery, A. & Addington, D. (2005). The role of family work in early psychosis. *Schizophrenia Research*, 79(1), 77–83.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E. & Reiss, D. J. (red.). (1986). *Schizophrenia and the family*. New York: Guilford Press.
- Askey, R., Holmshaw, J., Gamble, C. & Gray, R. (2009). What do carers of people with psychosis need from mental health services? Exploring the views of carers, service users and professionals. *Journal of Family Therapy*, 31(3), 310–331.
- Engmark, L., Alfstadsæther, B., Holte, A. (2006). *Diagnose schizofreni: Foreldres erfaring*. (Rapport 2006:6). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Fadden, G., & Smith, J. (2009). Family work in early psychosis. I Lobban, F. & Barrowclough, C. (red.) *A casebook of family interventions for psychosis* (s. 23–45). West-Sussex: Wiley-Blackwell.
- Fjell, A., Thorsen, G. R. B., Friis, S., Johannessen, J. O., Larsen, T. K., Lie, K., McGlashan, T. (2007). Multifamily group treatment in a program for patients with first-episode psychosis: Experiences from the TIPS Project. *Psychiatric Services*, 58(2), 171–173.
- Hagen, R. (2011). CBT for psychosis: a symptom-based approach. London: Routledge.
- Helsedirektoratet. (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser. (IS-1957). Oslo: Helsedirektoratet.
- Hummelvoll, J. K. & Dahl, T. E. (2012). Helt – ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2010). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lahtinen, E., Joubert, N., Raeburn, J. & Jenkins, R. (2005). Strategies for Promoting the Mental Health of Populations. I Herman, H., Saxena, S. & Moodie, R. (red.), *Promoting mental health* (s. 226–242). Geneva: World Health Organization.
- Langeland, E. (2011). Salutogene samtalegrupper – en arena for mestring og velvære. I Lerdal, A. & Fagermoen, M. S. (red.), *Læring og mestring: et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 208–235). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Langeland, E. & Wahl, A. K. (2009). The impact of social support on mental health service users' sense of coherence: A longitudinal panel survey. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 830–837.
- Larsen, J. A. (2007). Understanding a complex intervention: Person-centered ethnography in early psychosis. *Journal of Mental Health*, 16(3), 333–345.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(2), 145–153.
- Lindvåg, A., & Fjell, A. (2011). Psykoedukativ familiebehandling ved psykose. I Rund, B. R. (red.), *Schizofreni* (s. 280–299). Stavanger: Hertervig akademisk.
- McFarlane, W. R., Deakins, S. M., Gingerich, S. L., Dunne, E., Horen, B. & Newmark, M. (1991). *Multiple-family psycho-educational group treatment manual*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- McFarlane, W. R., Downing, D., Lapin, M. B., Jacobson, L. H., Perry, K. & Amenson, C. S. (2003). *Family Psychoeducation Workbook*. Washington, DC: Center for Mental Health Services.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K. & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. (Rapport 2009:8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Nilsen, L., Frich, J. C., Friis, S. & Røssberg, J. I. (2014). Patients' and Family Members' Experiences of a Psychoeducational Family Intervention after a First Episode Psychosis: A Qualitative Study. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(1), 58–68.
- Nordby, K., Kjonsberg, K. & Hummelvoll, J. (2010). Relatives of persons with recently discovered serious mental illness: In need of support to become resource persons in treatment and recovery. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(4), 304–311.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J. & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Systematic Review* (12), CD000088.
- Ricoeur, P. (1976). *Interpretation theory: discourse and the surplus of meaning*. Fort Worth, Tex.: Texas Christian University Press.
- Sin, J. & Norman, I (2013). Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *Journal of Clinical Psychiatry*. 74(12), 1145–62.
- Sin, J., Moone, N. & Wellman, N. (2005). Developing services for the carers of young adults with early-onset psychosis, listening to their experiences and needs. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(5), 589–597.
- Smeby, N. A. (2001). *Samarbeid med familien i psykiatrien*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Steffensen, V. (2007). Psykologisk behandling for schizofreni på sengepost. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(2), 148.
- Thagaard, T. (2009). Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode. Bergen: Fagbokforlaget.
- Weimand B. M., Hedelin B., Hall Lord M-L & Sällström C. (2011). Left Alone with Straining but Inescapable Responsibilities: Relatives' Experiences with the Mental Health Services. *Issues in Mental Health Nursing*, 32(11), 703–710.
- Wilken, J. P. (2007). Understanding recovery from psychosis. A growing body of knowledge. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44(5), 658–666.



Gløym deg sjølv om du vil treffa blink!

Fysiske prestasjonar kan bli negativt påverka av mentale prosessar, endå lettare enn sosialpsykologar til no har meint.

Forskning på idrettsutøvarar har vist at instruksjon om å fokusera på bestemte delar av kroppen kan vera skadeleg for ytinga, fordi det aktiverer sjølvskjema. I sosialpsykologi viser omgrepet skjema til eit sett av tankar som lett kan vekkast til live, og som gjer at forståinga går føre seg raskare og ut frå avgrensa informasjon. Ein ny studie tyder på at sjølvskjema kan bli utløyst også utan at ein fokuserer på bestemte sider ved prestasjonen.

Brad McKay og kollegar fordelte 36 studentar (26 menn) på to grupper og bad dei om å kasta ballar på ein blink. Gruppene presterte i utgangspunktet jamgodt. Men då den eine gruppa fekk beskjed om å bruka eitt minutt på å tenka på tidlegare kasteerfaringar og reflektera over sterke og svake sider ved si eiga ballkastning, førte dette til markant nedgang i treffsikkerheita. Kontrollgruppa som ikkje fekk instruksar, presterte like bra som i den første kastetesten. «Ein enkel manipulasjon utforma for å aktivera sjølvskjemaet var nok til å setta ned prestasjonane», kommenterer forskarane til BPS Media Center.

I ein oppfølgingsstudie blei 37 nye studentar (18 kvinner) delte i to grupper som begge trena på å slå ein liten ball med eit balltre og treffa ein blink. Ingen av deltakarane i studien hadde spelt organisert baseball eller softball det siste året. Gjennom to dagar med trening fekk alle forsøkspersonane skriveoppgåver i pausane. Den eine gruppa skreiv om eigne erfaringar med baseball, eigne atletiske trekk, kjenslemessige opplevingar knytt til baseball, og eigne sterke og svake sider når det kom til det å treffa ballen med balltreet. Den andre gruppa skreiv om konkrete gjenstandar i rommet der forsøket blei gjennomført. Ved ein test nokre dagar seinare blei dei sjølvreflekterte totalt utklassa av kontrollgruppa. Resultatet blei justert for den enkelte forsøkspersonen sitt prestasjonsnivå ved starten av studien.

Referanse: Brad McKay et al. (2015). The self: Your own worst enemy? A test of the self-invoking trigger hypothesis *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*. Side 1-10. DOI: 10.1080/17470218.2014.997765

Elevstyrte støttegrupper mot mobbing

Egne grupper med medelever som beskytter og støtter de som blir mobbet, kan føre til at mobbing stopper.

Elever som mobbes, føler seg ensomme, og de blir avvist av jevnaldrende. Å ha en venn kan være en viktig beskyttelsesfaktor mot mobbing, og sosial støtte fra venner og lærere kan redusere mobbingen, sier førsteamanuensis Lisbeth Gravdal Kvarme ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) til Høgskolen i Oslo og Akershus sitt nettmagasin Viten + Praksis. Kvarme har ledet en studie blant 19 skolebarn i alderen 12-13 år ved to skoler på Østlandet. Tre av barna i studien var utsatt for mobbing. Disse fikk egne støttegrupper på 5-6 medelever. De valgte selv ut hvem som skulle være med i støttegruppen.

- Mobbingen stoppet ved hjelp av støttegruppene. De som hadde blitt mobbet, følte seg tryggere, gladere, inkludert, mer synlige, og de fikk venner, sier Kvarme.

Støttegruppene hadde ukentlige samlinger hos helsesøster eller en lærer der de selv foreslo hva de kunne gjøre for at den mobbede eleven skulle få det bedre, for eksempel å gå sammen til skolen og leke sammen i frimiddagene. De mobbede elevene i Kvarmes studie gikk fra å være ekskludert og isolert til å bli inkludert og å få venner.

- Støttegruppen syntes også det var meningsfullt å hjelpe de som hadde vært mobbet. Elevene følte seg utvalgt og opplevde glede ved å hjelpe en annen elev. Det styrket selvtiliten, sier Kvarme.

Støttegruppene førte også til et bedre klassemiljø. Flere ble venner, og færre ga negative kommentarer til hverandre.

Elevene i støttegruppene rapporterte at det kunne være krevende å være med i slike støttegrupper. Som en av informantene sa: «Jeg var redd for å miste venner fordi jeg støttet den mobbede. De andre ble sinte på oss og slo oss når vi støttet henne [...] Men siden jeg har funnet ut hva denne støttegruppen har betydd for henne og for meg, så har ting endret seg.»

Referanse: Kvarme, L. G., Aabø, L. S. & Sæteren B. (2013). I feel I mean something to someone: solution-focused brief therapy support groups for bullied schoolchildren. *Educational Psychology in Practice*, 29(4), 416-431. doi:10.1080/0266763.2013.859569





PSYKOLOGISTUDENTER 2015:

Klart flest jenter studerer psykologi, også her på NTNU i Trondheim. Nå klatrer jenter og kvinner oppover på den akademiske stigen.

Kvinner publiserer snart mer enn menn

Mannlige forfattere har stått bak flest vitenskapelige artikler i Psykologtidsskriftet de siste ti årene. Slik kan det ikke fortsette.

TEKST

Øystein Helmikstøl,
Adriane Lilleskare Lunde og
Marius Sunde Tvinnereim

FOTO

Marius Sunde Tvinnereim
og Ida Holth



Bakgrunn

- En opptelling viser at menn har stått for 269 vitenskapelige bidrag i *Psykologtidsskriftet* de siste 10 årene. Tallet for kvinner er 220.
- I tillegg har Esben Esther Pirelli Benestad bidratt to ganger i denne perioden. Hun skrev fagartikler i utgave 1 og 3, 2004.
- Professor Hanne Haavind ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo er omtalt som en av Skandinavias viktigste kjønnsforskere. Hun går av med pensjon i år.
- Avskjedsseminar for Hanne Haavind på UiO 29. mai. Før det: Guttedag på instituttet 5. mars.

Sakte, men sikkert har jentene overtatt psykologistudiet, og kvinner utgjør flertallet av doktorgradsstipendiatene. Alt tyder på at kvinnelige psykologer om ikke altfor lenge vil publisere mer i *Psykologtidsskriftet* enn sine mannlige kolleger. Det mener flere, også forsker på vitenskap og publisering Dag W. Aksnes. Han holder til ved Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (Nifu) og stadfester at psykologiforskere skiller seg ut på likestillingsfronten. Men først:

Så sto hun der, for ti år siden, og var nysgjerrig på et førtitalls studenter hun vanligvis ikke foreleste for. Hun ba dem tenke på en av lærerne på Psykologisk institutt, på Universitetet i Oslo, som hadde levert et teoretisk bidrag til psykologien. Hvem som helst.

– Opp med en hånd dere som akkurat nå tenkte på en kvinne?

Ingen. Og ingen tenkte på Hanne Haavind, foreleseren som sto foran dem.

Når slike kjønnede mønstre reproduseres, må vi spørre om det er fordi hver og en av oss har noen helt ureflekterte forestillinger som samtidig sammenfaller med andre menneskers måte å tenke på, mener Haavind i dag.

– Det var helt sikkert ingen som satt og tenkte at kvinner ikke kan teori, og det er neppe slik at de konkluderte med at det på dette instituttet bare er menn som har bidratt teoretisk til psykologifaget. Men bare menn dukket opp i deres sinn. Hadde det vært noen kvinnenavn innom, ble de likevel ikke stående.

Dette er ifølge Haavind automatiserte prosesser.

– For det er vel heller ingen i *Psykologtidsskriftet* som har bestemt seg for at 55 prosent av de vitenskapelige bidragene skal være fra menn?

FORSKJELSFEMINISME

1972. Hanne Haavind er gravid med sitt første barn, hun er ferdig utdannet psykolog og har sin første jobb i barne- og ungdomspsykiatrien. Hun har fått et forskningsstipend fra Forskningsrådet, men det sier hun opp etter et halvt år, det er for kjedelig å sitte inne og forske, hun vil ut av forelesningssalen i likhet med de andre psykologene hun har studert med. Med barn i magen leser hun sin egen lærers bok. Om at kvinner har et eksklusivt biologisk fortrinn som de må utnytte til å få en nær forbindelse med barnet de første ni månedene. Om at pappa må komme inn på et senere tidspunkt, han er uegnet. Hun leser om at de foreldrene som vil dele på omsorgen, kan komme til å gjøre feil.

– Min lærer hadde en kvinnepositiv, forskjellsfeministisk og tendensløs tankegang, sier Hanne Haavind i dag. Hun er rask med å understreke at et slikt syn var utbredt i psykologien den gangen. Og det finnes der fremdeles, mener hun.

Hanne Haavind skrev en anmeldelse av lærer Anne-Marit Duves bok *Det første leveårets psykologi*.

– Jeg hadde fagkunnskap og forstand til å skjønne at det Duve skrev, ikke var dokumentert og ikke vitenskapelig kunnskap. Som gravid ble jeg også personlig og følelsesmessig berørt av det jeg leste, og jeg tenkte på alle dem som ikke hadde den kunnskapen jeg hadde.

Dagbladet verdsatte sånne anmeldelser den gang, den kommer på trykk. 1973; barnet blir født, og de første feministiske bøkene er begynt å komme ut. Da spør forlagsredaktør i Pax, senere professor i litteratur, Irene Iversen, om Hanne Haavind vil bidra med et kapittel i boken *Myten om den gode mor*.

– Og når Psykologtidsskriftet nå har hanket inn et feministisk orakel for å si noe om kjønn og publisering, vil jeg benytte anledningen til å trekke frem dette som eksempel. Dette ble min første publikasjon, og den hadde aldri kommet om ikke noen hadde etterlyst den. Jeg tror nok at vi først og fremst må spørre: Blir kvinner bedt om å skrive? For de gjør det kanskje ikke av seg selv. Ser jeg på min egen liste med skriftlige arbeider – som spenner over et tidsrom på førti år – vil jeg kunne fortelle deg hva slags invitasjoner som lå til grunn for nesten hvert eneste nummer. Uten oppmuntringer hadde jeg vært taus.

Haavind mener Psykologtidsskriftet og andre publikasjoner må velge mellom å være postkasse eller aktør.

PUBLISERING

Boken *Myten om den gode mor* treffer noe i tiden, i forholdet mellom det sosialt definerte moderskapet og det personlige engasjementet i eget barn. Den selger godt. Haavind revurderer forskningsstipendiet hun sa opp og kommer etter hvert tilbake til forskningen. Og løfter fram andre forskere. I årenes løp har hun veiledet nesten 30 doktorgrader, de aller, aller fleste fra kvinner. Det kan vi også se på tallene som gjelder kåring av beste fagartikkel i Psykologtidsskriftet, det som er *Bjørn Christiansens minnepris*: I perioden fra 1990 til 2014 er det 48 forfattere involvert i 25 prisutdelinger. Av disse er det 27 menn og 21 kvinner. Haavind har vært partner og veileder for 7 av disse 21 kvinnene. Hun fikk selv prisen i 2006 og ble da omtalt som en av Skandinavias viktigste kjønnsforskere.

– Jeg har betydd mye for kvinnelige psykologer som vil publisere, smiler Hanne Haavind.

Av 489 fagfelleverderte forskningsartikler i Psykologtidsskriftet i perioden fra og med 2004 til og med 2014, er 195 av artiklene skrevet av menn. 145 artikler er skrevet av kvinner. I tillegg kommer 74 fagartikler flere har skrevet sammen, der en mann er førsteforfatter. 75 av slike artikler har kvinnelig førsteforfatter. I to år på rad fikk flere kvinner enn menn publisert fagartikler i Psykologtidsskriftet, det var i 2008 og 2009.

Hvor skjev er egentlig fordelingen?

– Man må være oppmerksom på rekrutteringsgrunnlaget. Hvis veien inn til å bli forfatter i Psykologtidsskriftet går gjennom utdannelsen som psykolog, så er resultatene av denne tel-

lingen mye skjevare enn man kan få inntrykk av, ettersom kvinnelige psykologer er i flertall, understreker Haavind.

Psykologtidsskriftet har ikke undersøkt systematisk hvor forfatterne av vitenskapelige artikler er ansatt. De kommer fra universitet/psykologiske institutter, høyskoler, universitetssykehus, forskningsinstitutt, psykisk helsevern for barn eller for voksne, og familiekontorer. Det er få fra selvstendig praksis som skriver.

I USA er 35 prosent av psykologene ansatt ved universitet eller høyskole, det tilsvarende tallet i Norge er 12,5 prosent, skriver Håvard Friis Nilsen i boken *Profesjonshistorier*. I underkant av 5 prosent av medlemmene i Norsk psykologforening oppgir at de driver med forskning eller jobber ved et forskningsinstitutt. Kvinneandelen i foreningen er i dag 69 prosent, det er 5 683 kvinner av totalt 8 229 medlemmer. I Forskerforbundet er kvinneandelen 52 prosent, der er det 9 900 kvinner og 9 100 menn. Tallet der inkluderer også tekniske, administrative og andre faglige stillinger. Kvinneandelen er sannsynligvis noe lavere for rene vitenskapelige stillinger, noe Forskerforbundet ikke har tall på.

– Tallene avspeiler at det er flere mannlige akademikere ansatt på universitetene, det er de som er medlemmer i Forskerforbundet, sier Haavind.

Er det forskerne som er de aktuelle forfatterne av tidsskriftets vitenskapelige artikler, så er resultatet av tellingen nokså dekkende.

De ferskeste tallene viser at det ved Universitetet i Oslo (UiO) i 2013 var 69 kvinner ved profesjonsstudiet i psykologi som ble ferdig uteksaminert. Det var bare 14 menn. I 2014 var det 62,3 prosent kvinnelige stipendiater ved Psykologisk institutt. Tallet har sunket fra 66,8 i 2010. Øverst i det akademiske hierarkiet sitter de mannlige professorene. Men i psykologifaget kan man spørre om professormenn er på vei ut. I 2014 var 34,6 prosent kvinner ansatt som professorer ved Psykologisk institutt på UiO. Men interessant nok: Tallet har økt sakte, men sikkert fra 31,5 prosent i 2010. Det var 51,3 prosent kvinner ansatt i mellomstillinger som førsteamanuenser i 2014. Ettersom flere kvinner har rykket opp til professor og noen av disse førsteamanuensene har passert aldersgrensen, har kvinneandelen her faktisk sunket fra 59,8 % i 2010.

– Psykologiforskere skiller seg ut på likestillingsfronten

Dag W. Aksnes, forsker



FORSKER PÅ VITENSKAP OG PUBLISERING: Dag W. Aksnes. Foto: Nifu.

- Det er et problem at det er laget et fagspråk som gjør at man kan snakke om det meste uten å komme inn på kjønn

Hanne Haavind, professor



PUBLISERING: Blir kvinner bedt om å skrive? spør kjønnsforskernestor Hanne Haavind.

Studier har i flere tiår funnet at kvinnelige forskere, i alle fag, i gjennomsnitt publiserer 20 til 30 prosent mindre enn menn.

– Av og til er disse tallene basert på en fullstendig misvisende sammenligning. Da Universitetet i Oslo gjorde en opptelling for noen år siden, kom de frem til at kvinner publiserer mindre enn menn. Men siden tellingen gjaldt alle fra stipendiat til professor, var forskjellen snarere en følge av at professorer publiserer mer enn stipendiater, og at kvinnene var i flertall blant stipendiatene og i mindretall blant professorene.

Haavind får her delvis støtte fra bibliometriforsker Dag W. Aksnes ved Nifu.

– Men også hvis vi sammenligner de ulike stillingsgruppene, ser vi at kvinnelige professorer i gjennomsnitt publiserer mindre enn mannlige professorer, sier Aksnes.

ÅRSAKER

Andre årsaker til kjønnsforskjellen forskere har pekt på, er at menn har en noe lengre arbeidsdag enn kvinner, og bruker mer tid av dagen på forskning. Kvinner bruker noe mer tid på undervisning og administrasjon. Men det kan finnes andre faktorer: Kvinner tilbringer mer tid hjemme med barn. Kvinner tar større avbrekk fra forskning enn menn gjør, når barna er små. Men dette er ikke hele forklaringen: Kjønnsforskjellene er der også når vi ser på 50-åringene uten barneforpliktelser. Noen studier viser at kvinner i mindre grad er involvert i nettverk, i internasjonalt samarbeid. Det kan ha noe å si, ifølge bibliometriforskeren.

Mangel på selvillit er i alle fall en altfor enkel og flat forklaring på kjønnsforskjellene, mener Hanne Haavind.

– Kvinner som står på nippet til å velge Psykologtidsskriftet som publiseringskanal, mangler ikke selvillit. Heller ikke de som velger å publisere andre steder, eller lar det være. Vi må snarere se etter hva som gjør det meningsfullt og interessant å dele resultater fra eget arbeid med andre. Også publisering er en form for dialog. Det kan tenkes at kvinner har en litt annen profil på hva det er som gir selvillit. Den fornemmelsen du har om hvem du er og hva du kan si eller skrive, er ikke bare sammensatt av konkurranselementer om å være øverst, best og først i alt, men i forestillingen om å nå frem til noen lesere og fagfeller.

Om ikke altfor lenge vil kvinnelige psykologiforskere publisere mer enn menn i Psykologtidsskriftet, spør hun.

Det er Dag W. Aksnes i Nifu helt enig i.

– Det kommer nok til å skje i løpet av noen få år. Professorene publiserer mest, og når kvinneandelen øker der, forventer vi at det slår ut på publiseringstallene, sier Aksnes.

I 2013 sto kvinner for 33 prosent av total vitenskapelig publisering i Norge. I 2009 var tallet 28 prosent.

Det har skjedd en stor strukturell endring i hele det akademiske systemet de siste tiårene. I 1980 sto kvinner for kun 10 prosent av doktorgradene. I dag er dette helt likt, etter en gradvis økning. I medisin og helsefag står kvinner i dag for 60 prosent av de avlagte doktorgradene.

På toppen er academia fremdeles sterkt dominert av menn. I 2012 var bare 24 prosent av professorene kvinner. Her skiller psykologifeltet seg ut: I 2013 var det 30 prosent kvinnelige professorer i psykologi. Tallet var 22 prosent i 2009.

– Den generelle tendensen med at vitenskapelig personale har mer kjønnsbalanse, vil slå ut i Psykologtidsskriftet, sier Dag W. Aksnes.

Psykologer, forskning og kjønn

- I 2013 var det 22 588 forskere i universitets- og høyskolesektoren og 8 540 i instituttsektoren. 941 hadde psykologutdanning.
- 250 000 forskere deltok i forskning og utdanning (FoU) innenfor medisin og helsefag i universitets- og høyskolesektoren, inkl. universitetssykehus, i Europa i 2009. Målt i antall forskere var dette det største fagområdet i sektoren. 48 prosent av universitets- og høyskoleforskerne i medisin og helsefag var kvinner. Tilsvarende kvinneandel lå i Norge på 55 prosent. Til sammenligning var kvinneandelen 25 prosent innenfor teknologi og 43 prosent innenfor samfunnsvitenskap.
- Leger og psykologer i klinisk stilling som deltok i FoU ved helseforetakene i 2011, var den største stillingsgruppen innenfor medisinsk og helsefaglig forskning, og utgjorde litt over en fjerdedel av forskerpersonalet.

Kilde: Nifu-rapport 24/2013 av Hebe Gunnes et al.



533 ELEVER på Sonans i Norge har psykologi, 77 av dem i Trondheim. Didrik Nervik på første rekke. Lærer (og psykologistudent) er Jørgen Flor.

- OMSORGSYRKE

Allerede på videregående ser vi jenters spesielle interesse for psykologifaget. Innenfor studieforberedende utdanningsprogram i videregående skole har i år 120 000 elever fått tilbud om psykologi. 5600 elever har valgt det, 75 prosent av dem jenter. Kjønnfordelingen har vært veldig stabil siden faget ble innført i 2009/2010, viser tall fra Utdanningsdirektoratet. I tillegg: 533 av 7500 Sonans-elever tar psykologi. Vi tar turen til Sonans privatgymnas i Trondheim. I klassen vi besøker, har 40 elever psykologi på timeplanen fem timer i uken. 27 av elevene er jenter.

Hvorfor psykologi?

Didrik Nervik er interessert i hvordan vi oppfører oss.

– Hjernen er veldig spennende, samt biologiske perspektiver og hvordan vi mennesker er satt sammen. Psykologi er et skikkelig bredt fag,

og det brukes også til å forstå hva som funker og ikke funker i markedsføring, for eksempel.

Han har inntrykk av at jenter er mer strukturerte, at de er mer målrettet i tidlig alder.

– Gutter faller fortere av i programmet, virker det som. Hvis helsefag er så kvinnedominert, har det nok en selvforsterkende effekt, sier Nervik.

– Jeg er enig med Didrik, men jeg tror også at det er et typisk kvinnedominert fag, slik som de fleste andre helsefag. Jeg ser lettere for meg at kvinner er kliniske psykologer, fordi det er et stereotypisk omsorgsyrke, sier Hedvig Christoffersen.

75 prosent av alle psykologstudenter er jenter, og slik har det vært de siste årene. På Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) ved Dragvoll utenfor Trondheim treffer vi psykologistudenter på et kull med betydelig færre gutter enn det er på Sonans privatgymnas.

Forskerpersonale med psykologisk grunnutdanning i 2013 etter stilling, kjønn og sektor

	Universitets- og høgskolesektoren			Instituttsektoren		
	Kvinner	Menn	Totalt	Kvinner	Menn	Totalt
Professor	31	73	104	...	...	...
Førsteamanuensis	47	47	94	...	...	...
Annen fast stilling	31	34	65	...	...	...
Forsker/psykolog i klinisk stilling	76	57	133	145	112	257
Postdoktor	26	11	37	14	6	20
Stipendiat/vit.ass	114	58	172	43	16	59
Totalt	325	280	605	202	134	336

Annen fast stilling omfatter dosent, førstelektor, universitets- og høgskolelektor, amanuensis, faglig leder (dekan og instituttleder) samt spesialiststillinger tilknyttet profesjonsutdanningene.

Tabellen for 2009

	Universitets- og høgskolesektoren			Instituttsektoren		
	Kvinner	Menn	Totalt	Kvinner	Menn	Totalt
Professor	22	77	99	...	...	...
Førsteamanuensis	36	45	81	...	...	...
Annen fast stilling	38	40	78	...	...	...
Forsker/psykolog i klinisk stilling ved HF	97	61	158	111	88	199
Postdoktor	7	12	19	6	1	7
Stipendiat/vit.ass	112	46	158	43	21	64
Totalt	312	281	593	160	110	270

Kilde: Nifu/Forskerpersonalregisteret

Vil disse bli forskere?

– Jeg har ikke vurdert å bli forsker, jeg har mest lyst til å bli psykolog. Kanskje gir forskning mersmak senere i utdanningen, men akkurat nå hater jeg statistikk og andre typiske fag knyttet til forskning, sier Svanhild Amdal Telnes.

– Det hadde vært gøy å bedrive forskning i løpet av karrieren, men jeg vil nok vurdere det senere i studiet. En kan fort bli lei av teori etter seks års studier. Hvis jeg skal forske, så er jeg mest interessert i klinisk forskning.

Det sier Bernt Marius Molnes. Han tror ikke det er én enkelt årsak til at det er flest menn som publiserer forskningsartikler.

– Jeg tror det strukturelle hadde mer å si før i tiden, og ikke er så relevant nå. Det er jo forskjell på menn og kvinner, kanskje det gir utslag her. Om noen år er det flere kvinner som er ferdigutdannet, da blir det spennende å se om det fortsatt er menn som publiserer mest, sier han.

Svanhild Amdal Telnes understreker at man må se på om det bare er menn som sender inn fagartikler til publisering, eller om det bare er menns fagartikler som blir valgt ut av publiseringene.

– Hvis menn har fått publisert mye over lang tid, er det kanskje systemet som henger litt etter og som gjør det vanskelig for kvinner å komme igjennom, sier Telnes.

Hanne Haavind peker på at selv om elevenes og studentenes svar er forskjellige og personlige, sier de også noe om hvordan de forholder seg til hva det betyr at faget er i ferd med å bli oppfattet som mer kvinnelig. Og hun synes det er interessant at bare én av elevene antyder at det er et stereotypisk omsorgsyrke. For når studentene blir spurt, oppfatter de det først og fremst som intellektuelt og krevende. Gjerne på linje med fag som matematikk og fysikk, men likevel annerledes.

– Jeg tror det er svært få eksempler på tidsskrifter med en høyere kvinneandel enn Psykolog-tidsskriftet

Dag W. Aksnes,
forsker på vitenskap
og publisering

»

KULL 37

TRONDHEIM: Hanna Størksen Follesø (fra høyre), Svanhild Amdal Telnes, Marita Orseth Høydal og Thea Eva-Marie Hedley går andreåret på profesjonsstudiet i psykologi.



Haavind mener også at det er interessant å finne mer ut av hvorfor vi er så opptatt av at det er så få gutter som vil studere psykologi.

– Det er jo ikke helt riktig, for det er mange gutter som gjerne vil studere psykologi, de har bare ikke gode nok karakterer. Sammenlignet med gutters interesse for å bli barnehagelærere er det mange gutter som gjerne vil inn på psykologistudiet. Ekstra poeng for mannlige søkere brakte likevel ikke flere menn til det som blir oppfattet som omsorgsykker.

Professor Agnes Andenæs og psykologspesialist Peder Kjøs har intervjuet gutter som har valgt å studere psykologi.

– Guttene som er intervjuet, oppfatter ikke at de har valgt en type omsorgsykker, sier Hanne Haavind.

– Vi bør heller spørre hvorfor alle de intellektuelt sett dyktige jentene vil studere profesjonsutdanninger som psykologi, medisin, farmasi og odontologi. Hvorfor velger de ikke matematikk og filosofi? Det er det som er mysteriet. Utdannelse til en profesjon gir trygghet for fremtiden. Jeg husker at jeg ble forbauset første gang jeg støtte på kvinnelige psykologistudenter som sa: «Hanne, det er viktig for oss å ha en lang foreldrepermisjon og å kunne pri-

oritere hensynet til barn for en periode i livet. Husk at psykologer kan vi være hele livet, med den utdannelsen står vi på trygg grunn.» Men de har selvfølgelig helt rett, sier Haavind.

Norsk Psykologforening har drevet særdeles god profesjonsbygging, og det setter nok fagets kvinnelige utøvere pris på, ifølge Haavind.

– Ideen om kommunepsykologer er jo genial. En kombinasjon av arbeid i det lille og nære og i det store og strukturelle formatet. Det er ikke en kopi av noe som er, men et forsøk på å brøyte opp ny mark. Psykologistudentene føler nok at de går fremtiden lyst i møte.

KJØNNSNØYTRALISERING

«Myten om den gode mor, der Haavind bidro i 1973, ble et begrep og en del av forståelsesrammen som ga mot til å overskride en morsrolle som opplevdes for innsnevrende», skrev psykolog Guri Vindegg her i Psykologtidsskriftet for noen år siden. Men hun pekte på en bivirkning: i enkelte miljøer ble det umulig å snakke om den gode mor uten å bruke hermetegn. «Slutt å omtale mødre som prioriterer omsorg, som undertrykte, dumme eller bakstrevske», skrev Vindegg. I forlengelsen av det:

– Er det rett å si at psykologifaget er motstandsdyktig mot et kjønns-perspektiv, sammenlignet med for eksempel sosiologi, Hanne Haavind?

– Ja, dagens psykologi tilstreber en slags kjønnsnøytralitet ved ikke å snakke om eller reflektere over betydningen av kjønn. For 50 år siden – da jeg var student – fantes det teorier og modeller som var aktivt tendensiøse og nedvurderende overfor kvinner. Dette utløste kritikk utover på 70-tallet og førte etter hvert til en form for opprydding. Kjønnsnøytraliseringen gikk på en måte for langt. Den ble en slapp ignorering av de psykologiske implikasjonene av at kjønn på mange områder endret betydning, men kjønnete samspillsmønstre og personlige preferanser ble også reproduisert. Før snakket man om «mødre», nå er det byttet ut med «den betydningsfulle andre» eller «omsorgspersonen». Men denne omsorgspersonen er ikke tilfeldig koplet til kjønn, og foreldreskap er tokjønnnet på en måte som engasjerer både foreldrene det gjelder og alle andre, både emosjonelt og intellektuelt. Det er en viktig oppgave for psykologisk forskning og praksis å få tak i kjønn som en viktig form for regulering i folks liv og i deres selvoppfatninger.

– Hvorfor er det viktig?

– Det er et problem at det er laget et fagspråk som gjør at man kan snakke om det meste uten å komme inn på kjønn. Når vi ser hvordan åpenbare og intense oppfatninger om hva kjønn skal – og ikke – betyr, kommer i spill og inngår i forhandlinger om hvem en kan være, vet vi som psykologer ikke helt hva vi skal gjøre med det. Og så kommer vi opp med korttenkte forklaringer om at det er enten biologisk eller sosialt. Kjønn er for eksempel veldig viktig når det kommer i spill rundt omsorgen for små barn og hvordan de utvikler seg.

– Hvilken type forskning går Psykologtidsskriftet glipp av når kvinner publiserer mindre enn menn?

– Kvalitativ forskning. Og forskning som tar utgangspunkt i en problemstilling forskeren har merket seg gjennom en form for uro knyttet til erfaringer fra praksis. Ny kunnskap kan for eksempel springe ut av spørsmål om metodebruk og ressursbruk i ordningen med obligatorisk foreldremekling. Eller en vedvarende opplevelse av at mødre i familier der det foreligger mistanke om at et av barna deres kan ha blitt utsatt for seksuelle overgrep, ikke får god nok hjelp og støtte?

Ved å stille dette spørsmålet mener bibliometriforsker Dag W. Aksnes at man konstruerer et problem.

– Jeg tror det er svært få eksempler på tidsskrifter med en høyere kvinneandel enn Psykologtidsskriftet, og med en kvinneandel på 45 prosent synes jeg det blir litt merkelig å lage et problem av det.

Hanne Haavind lurer på om det er mer vanlig at kvinner skriver når det er noe som «klør», og som de føler at forskning kan «ta tak i». Det gjelder den type forskning som ifølge Haavind tidsskriftets majoritet av kvinnelige lesere gjerne vil bruke tid på å forstå og lære seg.

– I alle forsøkene på å myke opp tidsskriftet og gi plass for innlegg og presentasjoner i ulike format, ikke glem at det er de vitenskapelige artiklene som er ryggraden i et fagtidsskrift, minner Haavind om.

– Og gå i enda tydeligere og aktiv dialog med potensielle bidragsytere, sier Haavind, som forteller at da Karianne Bjellås Gilje var redaktør i Prosa, som er medlemsbladet til Norsk forfatter- og oversetterforening, spratt kvinneandelen blant forfatterne i været.

– Ingen sak, sa Prosa-redaktøren, det er bare å passe på at kvinnene blir sett og spurt. Så enkelt kan det være. ✘

– Jeg ser lettere for meg at kvinner er kliniske psykologer, fordi det er et stereotypisk omsorgsykke

Hedvig Christoffersen, elev

ALLE PSYKOLOGER FÅR HENVISNINGSRETT

Regjeringen vil la psykologer henvise sine pasienter til spesialist uten å gå via fastlegen. En lettelse for både fagfolk og pasienter, mener Psykologforeningen.

TEKST Nina Strand

FREDAG 13. FEBRUAR la regjeringen frem et forslag om at psykologer skal kunne henvise pasienter til utredning og behandling hos avtalespesialist, til rusbehandling og til psykisk helsevern. «De som trenger spesialistbehandling, vil nå slippe å gå til fastlegen for å få henvisning. Det blir enklere for pasienten og mindre byråkratisk for helsetjenesten,» sa helse- og omsorgsminister Bent Høie i en pressemelding. Forslaget vil få støtte av Venstre og KrF, og med dette har Psykologforeningen fått gjennomslag for en endring de har kjempet for i 15 år.

SIKKER PÅ SEIER

Så trygg er Psykologforeningens president, Tor Levin Hofgaard, på seier at han sørget for bløtkake i foreningens kantine samme fredag som forslaget ble lagt frem. Det til tross for at lignende lovendringer to ganger tidligere har blitt torpedert like ved målstreken. Så tidlig som i 2001 skrev daværende president i Psykologforeningen, An-Magritt Aanonsen, et brev til helseminister Tore Tønne (Ap) om hvordan dagens ordning førte til at både tid og penger gikk tapt, både for pasient og helse-tjeneste. Frustrerende og unødvendig, mente hun. Helseminister Tore Tønne (AP) var enig, men rakk ikke å få forslaget i havn før det ble regjeringsskifte samme høst. Med Dagfinn Høybråten (KrF) som helseminister ble saken lagt vekk. Den rødgrønne regjeringen ved Bjarne Håkon Hanssen og Anne Grete Strøm-Erichsen tok opp tråden, og ville gi psykologer henvisningsrett. Men forslaget som kom fra Jonas Gahr Støre i 2013, gjaldt bare psykologer i offentlig psykisk helsevern og avtalespesialister. Psykologforeningen, nå med Hofgaard som president, protesterte.

– Det rødgrønne forslaget ville for jo for eksempel betydd at psykologer i PPT fort-

satt ikke skulle kunne henvise barn til BUP for utredning av ADHD, påpeker han.

PROFESJONSUTDANNING GIR HENVISNINGSRETT

Da Psykologforeningen forsto at Bent Høie var klar for å ta opp igjen det rødgrønne forslaget, tok de kontakt og ba ham se på forslaget på nytt.

– Det må han åpenbart ha gjort. Nå får *alle* psykologer med autorisasjon henvisningsrett, uavhengig av arbeidssted. Det vil bli en lettelse for mange psykologer og for mange som trenger hjelp, sier presidenten.

Kan hende vil lovendringen også bane vei for å ansette flere psykologer i PPT, siden det kan bli en lettere vei fra førstelinjen til spesialisthelsetjenesten for barn og unge, tror Hofgaard, som peker på det paradoksale i at psykologer med sitt fullverdige behandlingsansvar hittil ikke har hatt rett til å henvise.

– *Har psykologene nødvendig kompetanse til å henvise, eller trengs det kursing og opplæring?*

– Mange psykologer har i lang tid skrevet grunnlag for fastlegens henvisninger. Jeg tror ikke det er nødvendig med egne kurs. Dessuten er det arbeidsgiveren som skal forsikre seg om at kompetansen finnes. Men, så klart: Nå blir vi portåpnere, og det er nødvendig å innarbeide rollen både i grunnutdanningen og i spesialistutdanningen. Man må kunne lovverk og rammer. Man må vite hva som kreves for å skrive en god henvisning og hva som er god oppfølging av pasienten.

VANSKELIG Å FORSTÅ

Lene Sommerseth Hansen er kommunepsykolog i Vågan kommune i Lofoten. Også hun applauderer regjeringens forslag.

– I mine ti år som psykolog i PP-tjeneste og barnevern i Oslo og nå som kommunepsyko-

– Mange psykologer har i lang tid skrevet grunnlag for fastlegens henvisninger

Tor Levin Hofgaard



Tor Levin Hofgaard kan endelig smile etter en lang kamp for henvisningsrett for psykologer. (Arkivfoto)

log i distriktet har det vært vanskelig for barn og unge jeg har møtt, å forstå dagens ordning. Mange har lurt på om det betyr at jeg ikke er ordentlig psykolog ettersom jeg ikke kan henvisse til spesialisthelsetjenesten. Andre har betvilt at det kan være riktig og syntes at jeg gjorde meg litt vanskelig når jeg forklarte at de må gå via fastlege, sier hun, og forteller at også fastlegene i kommunen er oppgitte over at psykologen må gå via dem for å få henvist pasienter.

– Ofte er det slik at fastlegen har ringt til meg for å høre hva de skal skrive på henvisningen, eller at pasienten har hatt med vedlegg jeg har skrevet til fastlegen. Mitt inntrykk er at pasienter, fastleger og spesialisthelsetjenesten har et felles ønske om at jeg skulle kunne henvisse direkte.

FJERNER TIDSTYV

Endringen vil også fjerne en tidstyv for pasienten slik at de raskere får hjelp hos spesialisthelsetjenesten, mener Hansen, som også legger vekt på at regjeringens forslag innebærer en anerkjennelse av psykologenes faglighet og vurderingskompetanse.

– Samfunnsøkonomisk er det også. Vi trenger ikke to stykk helsepersonell for å vurdere en henvisning. Fastlegen har mer enn nok å bruke tiden på og dårlig nok tid som det er, sier Hansen.

På lengre sikt håper hun at ordningen bidrar til å gjøre kommunepsykologer til et lovfestet tilbud.

– For når samhandlingsreformen effektueres til også å gjelde psykisk helsevern, vil det være av stor betydning at yrkesgruppen med høyest kompetanse på psykisk helse i kommunen kan henvisse til samarbeidende instans, nemlig spesialisthelsetjenesten, avslutter hun. ✘

PSYKOLOGEN KJENNER DEG BEST



Dette er en positiv endring sett fra Mental Helse sine medlemmer. Å gå til behandling hos psykolog er en tillits-sak, og pasienten/brukeren ønsker å slippe å måtte forklare seg til flere enn strengt nødvendig. Det er psykologen som kjenner deg best, og at deres kompetanse likestilles med legers, oppleves naturlig. Når psykologer skal få rett til å henvisse sine pasienter videre til utredning og behandling hos avtalespesialist, rusbehandling og psykisk helsevern, så forenkler dette prosessen for brukeren/pasienten. Endringen innebærer at det blir lavere terskler for å få utredning som trengs for at man skal få nødvendig og adekvat hjelp.

Dagfinn Bjørgen, Mental Helse

FORUTSETTER SPESIALISTER SOM TAR IMOT



Tidlig hjelp for flere er virkelig innenfor rekkevidde nå. Henvisningsretten vil føre til tidsbesparelse og god utnyttelse av kompetanse. Dette er vi svært fornøyde med i Rådet for psykisk helse. Det å gjøre det enklere å få kvalifisert hjelp er et godt middel til at flere får hjelp tidligere, noe som er livsnødvendig for mange. For pasienter, pårørende og fagfeltet er smidige løsninger og ressursutnyttelse veldig bra. Samtidig er det slik at skal målet nås, slik at flere får riktig hjelp tidligst mulig, forutsetter det spesialister som tar imot, og at ventelistene ikke bare blir lengre. Det bør derfor parallelt sikres god tilgang til behandling og godt samarbeid. Gratulerer til psykologene, denne tilliten er vel fortjent. Håper pasienter og pårørende opplever at det blir bedre tilgang til hjelp som følge av dette. Først da vil det oppleves som en skikkelig seier.

Tove Gundersen, Rådet for psykisk helse

FASTLEGEN ER KNUTEPUNKTET



Vi er positive til å utvikle samarbeidet rundt pasienten med andre yrkesgrupper, og har ikke hatt noen faglige innvendinger mot at psykologene får muligheten til å henvisse til deler av spesialisthelsetjenesten. Vi mener at det er til pasientens beste at fastlegen er knutepunktet i primærhelsetjenesten for å ivareta både den psykiske og den somatiske helsen til pasientene. Dette krever at vi er med, og at vi informeres om pasientforløpet hele veien. Dette er særlig viktig for å ivareta de med alvorlige psykiske lidelser som vi vet lever ca. 15 år kortere enn gjennomsnittet i befolkningen på grunn av høy forekomst av hjerte- og karsykdom og annen somatisk sykdom.

Vi vet allerede om flere eksempler på helsetilbud i Norge der yrkesgruppen har gått sammen og samarbeider under samme tak. Vi ønsker å se nærmere på disse modellene for å høste erfaringer om hvordan denne typen ordninger kan organiseres på best mulig måte. Skal vi videreutvikle pasientens helsetjeneste, er det avgjørende at det er god samordning og kommunikasjon mellom yrkesgruppene. Vi ønsker derfor at psykologer som driver individrettet behandling i kommunehelsetjenesten, blir samlokalisert med legetjenesten der det er mulig. Det har vi foreslått i vårt innspill til departementets arbeid med stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten.

Kari Sollien, Allmennlegeforeningen

Når er man frisk?

Å bli «frisk» fra dissosiativ identitetsforstyrrelse betydde ikke å gå ut i en fredelig og begripelig verden.

I 25 år gikk jeg til og fra mellom arbeidsliv og langtidssykemeldinger. Til sammen ble det en hel liten hær av hjelpearbeidere som har arbeidet godt og klokt, variert og av alle krefter så jeg kunne finne fast grunn under meg. Likevel var jeg blitt 50 da det ble klart at jeg hadde alvorlige relasjonstraumer og måtte lære å møte dissosiasjonsstrategiene jeg hadde utviklet.

Etter kort tid med riktig behandling opplevde jeg for første gang fravær av redsel. Det likner litt på opplevelsen når en lukker en dør inn til overveldende støy, men det var mye større enn det, fordi jeg ikke ante at det fantes så stor stillhet, og at det kunne bli så stille inni meg.

Etter hvert ble mye logisk og forståelig. Dødslengselen jeg har hatt så lenge jeg kan huske, handlet om å være utslitt av redsel uten evne til å hvile og uten håp om å kunne verne meg selv eller dem som betydde noe for meg. Uansett hvor mye jeg prøvde å tenke positivt, og uansett hvor jeg bodde, hva jeg jobbet med, om jeg var alene eller sammen med noen, var livet kontinuerlig sprengfullt av redsel. Eneste hvilemulighet var å ikke leve mer. Dette nådeløse perspektivet var grundig bekreftet av all god terapi som ikke førte til endring.

Jeg har opplevd et klart Før og Etter. For ti år siden kjempet jeg i flere døgn med skrekk etter en kort tur i nærbutikken. Jeg var alltid godt forberedt og hadde laget en handlelapp redigert etter en nøyaktig plan for bevegelsene i butikken, men inntrykksmysteret var uhåndterbart. Uforutsette situasjoner utløste skred av redsel. Jeg hadde lite annet enn selvskading å hjelpe meg med, for å gjenvinne en slags balanse.

Nå arbeider jeg full tid i et prosjekt. Jeg har mange kolleger og kreative utfordringer, mye ansvar, stor arbeidsglede og blir en stadig sterkere del av et pulserende samfunnsliv. Fra desperat å trenge samtaler med de mest sentrale terapeutene mine 3–4 ganger i uken snakkes vi nå en gang i måneden eller sjeldnere.

TEKST

Anne Strand (pseudonym),
Hun var Bidragsyter i Trine
Anstorp og Kirsten Benum
(red.): Traumebehandling:
komplekse traumelidelser og
dissosiasjon

Å bli «frisk» fra dissosiativ identitetsforstyrrelse var ikke som å våkne fra langvarige feberfantasier og kunne gå ut i en begripelig verden med balansert forståelse av skyld, skam og ansvar. Jeg tenkte og reagerte fortsatt som om jeg sto midt oppe i full krig, og oppdaget at jeg ikke var i stand til å tolke en «fredelig» verden. Jeg måtte lære å gjenkjenne redselsreaksjonene mine og utsette respons, så ikke panikken fikk styre alt.

Det var en pedagogisk utfordring å lære å roe meg når det var et kaos av atskilte, intenst aktive modenhetstrinn inni meg. Alle deler var meg, alle måtte trøstes og begynne å samle seg til å bli ett menneske, men innsikt og vilje var ikke nok for å klare dette. Fordomsfrie hjelpere i god balanse har gitt avgjørende veiledning og støtte. Hjelperne gav rom for kreativt arbeid og ryddet hindringer unna, så de ble lett tilgjengelige holdepunkter for meg.

Det hastet ikke å hente frem historiene som gav den konstante følelsen av et stort, truende mørke; de historiene har kommet frem etter hvert som jeg kunne tåle dem. Det som derimot hastet, var å lære å hvile uten selvskading og å lære at jeg kunne romme redselen uten å gå under. Jeg måtte finne et språk alle delene av meg kunne forstå, og utforsket min egen situasjon ved hjelp av terapeutiske eventyr, bilder jeg fikk se eller laget selv, og modeller jeg bygget opp. Det hadde ikke vært mulig å våge meg ut i det uten terapitimene. De gav trygge rom der redslene kunne få uttrykk og bli synlige.

Jeg var utålmodig etter å komme ut i livet da jeg endelig visste hva som var galt og hva botemidlene var. NAV hjalp meg ved å gi meg praksisplass på samme arbeidssted som jeg hadde hatt da jeg ble sykemeldt. En stor fordel fordi mye var kjent: kolleger, arbeidsoppgaver – og selve bygget. Etter et år fikk jeg ordinær, full stilling der.

Men heller ikke dette hadde jeg klart med bare vilje eller tålmodighet. Jeg har trengt rause «oversettere», både på arbeidsplassen og utenfor. Avdelingslederen og et par kolleger har tålmodig gjentatt at jeg var ønsket der, selv når jeg gjorde tabber. Fastlegen og terapeuten er der når redselen likevel blir uoverkommelig.

En blir usikker og trør feil mange ganger når en er uvant med å være ute i livet. Bare en ting som å klare å delta i «small talk» i lunsjen, er vrient når alvorlige erfaringer og tunge år ligger bak en og mange temaer er belastende. På den annen side blir jeg ikke redd av andres tunge temaer. Dem har jeg dyp respekt for, forstår lettere enn mange og kan av og til bidra med støttende innspill. Da er det godt å være på jorden.

Men når jeg prøver å hekte meg på et voksent fritidsliv sammen med kolleger, kastes jeg ut i kampen med alle ramme-gjøremålene andre ikke tenker over at de mestrer; som å finne ut av busstider, kjøpe billett og ikke bli utslitt av alle inntrykkene i foajeen. Det er nedslående, alt jeg ikke kan, men fastlege og terapeut gir viktig støtte ved å minne om hvor gledelige fremskrittene er, selv om de ser ut som ingenting, utenfra.

Jeg hører gjerne idrettsutøvere og trenere reflektere rundt trening, press, håp og nederlag. Om det å finne mot til å reise seg igjen og måtte ta skritt for skritt for å komme videre etter nedturer – og hvor selvsagt det er at de har trengt et godt støtteapparat underveis. Det inspirerer og løfter av litt av den nedbrytende skammen for meg. ✕



ALLE MÅTTE MED Det var et kaos av atskilte, intenst aktive modenhetstrinn inni meg. Alle deler var meg, alle måtte trøstes og begynne å samle seg til å bli ett menneske. Foto: Roxxe/Flickr



Fastlegen og terapeuten er der når redselen likevel blir uoverkommelig



Bendik Kallenberg

Om å løfte barn

Når ble psykisk helse noe annet enn det levde liv? Lavterskeltjenester bør vektlegge å styrke barnas livsarenaer heller enn å skape avstand mellom bekymring og tiltak.

Psykologforeningen har i de siste årene hatt økt oppmerksomhet på lavterskeltjenester innenfor psykisk helse. Den siste artikuleringen av denne satsingen er Barneløftet (Halvorsen, 2014), et initiativ til å gjøre psykologisk kunnskap og ekspertise mer tilgjengelig i skolen. I en kronikk i Aftenposten 12. august 2014 signert Psykologforeningens president Tor Levin Hofgaard og leder i Norsk Lektorlag, Gro Elisabeth Paulsen formuleres tanken bak Barneløftet slik: «Noen må forstå når det er grunn til bekymring for et barn, det vil si gjenkjenne symptomer på risiko. Andre må kunne ta imot bekymringen og gi oppfølgende bistand» (Hofgaard & Paulsen, 2014). En slik formulering av satsingsområdet har noen fallgruver. Vi ser det som proble-

matisk dersom en for kategorisk skiller mellom de som gjenkjenner symptomer på risiko, og de som skal gjøre noe med det. Vi risikerer at vekten på å gjenkjenne risikoer, og å klassifisere disse, får større plass enn tiltakene for å gjøre noe med dem. Det sentrale bør være at tiltakene iverksettes tidlig, at det skjer på de arenaene hvor vanskene kommer til uttrykk, og at tiltakene involverer barnas eksisterende relasjoner.

LAVTERSKELTJENESTER - EN KORT BAKGRUNN

Satsing på lavterskeltilbud var et viktig ledd i gjennomføringen av Opptappingsplanen for psykisk helse 1997–2008 (Rogan, 2008). I SINTEFs kartlegging av kommunale tjenester for

TEKST

Espen Odden,
Familielivsklinikken,
ABUP Arendal
Sørlandet Sykehus
HF og Bård Bertelsen,
Familielivsklinikken,
ABUP Arendal
Sørlandet Sykehus
HF, Familiekontoret i
Aust-Agder

KONTAKT

espen.odden@sshf.no,
bard.bertelsen@sshf.no

»

barn, unge og familier (Norvoll mfl., 2006) defineres lavterskeltilbud som «en tjeneste som tilbyr sekundærforebyggende tiltak, der målet er å hindre at problemer vedvarer eller videreutvikles. Tiltakene er rettet mot definerte grupper, barn, unge eller familier som oppfattes å være i risiko for å utvikle psykiske problemer. Tjenesten er lett tilgjengelig ved at en kan henvende seg direkte uten henvisning, og ved at den tilbys uten venting og lang saksbehandling». Lavterskeltjenester kan imidlertid etableres på mange vis. Det spesifikke innholdet i tjenestene formes av rammene de etableres under.

ET EKSEMPEL PÅ EN LAVTERSKELTJENESTE

Artikkelforfatterne har i de siste tre årene bemannet en psykologisk drop in-tjeneste i regi av Avdeling for barn og unges psykiske helse (ABUP), SSHF Arendal (Bertelsen, Odden, Johnsen & Lindemann, in press). Tanken bak denne praksisen er å gjøre den kompetansen som psykologspesialister i spesialisthelsetjenesten besitter, lettere tilgjengelig. Vi tilbyr en enkelt samtaletime per henvendelse, uten henvisning og uten videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Alle som ønsker det – ungdom over 16 år, foreldre, lærere, barnehagepersonale, Ppt, barnevern, helsestasjon og andre – kan selv booke en time, og invitere med seg dem de måtte ønske. Det eneste kravet som stilles, er at den som bestiller timen har en bekymring for et barn eller en ungdoms psykiske helse. Praksisen er utformet etter inspirasjon fra Talmons (1990) arbeid med ensesjonsterapi, og arbeid med «walk-in»-klinikker for psykisk helse i Canada (Bobebe & Slive, 2011; Harper-Jaques mfl., 2008; Scamardo, Bobele & Bieber, 2004; Young, 2008; Young mfl., 2008).

I et slikt møte er det ikke mulig å arbeide etter en klassisk medisinsk modell med utredning og diagnostikk før behandling. Det som derimot er mulig, siden samtalen finner sted tett på hverdagen i tid og rom, er å lete etter meningsfulle sammenhenger i dialog med dem som kommer til samtalen. En typisk samtale under disse rammene kommer ofte i gang som en følge av voksnes bekymringer¹.

.....

1. Eksemplene i denne teksten baserer seg på fellestrekk mellom mange ulike samtaler.

En gutt, en lærer og en mor møter til samtale med bekymring for guttens økende skolefravær. Gutten sier selv han ikke trives på skolen, og vil ikke være der. Mor og læreren er bekymret for om gutten har en angstlidelse. I samtalen snakkes det om vanskene, men også om når vanskene har vært mindre, og hva som gjorde dette. Det viser seg at guttens forrige lærer kunne møte gutten utenfor skolen når det ble vanskelig, og at dette gjorde det tryggere å gå inn i klasserommet. Gutten har tenkt at han har blitt for stor til dette, og har ikke fortalt den nye læreren om denne ordningen. Gutten synes i samtalen at dette likevel kan være en god ide nå, og det avtales at mor, læreren og gutten sammen finner ut hvordan de skal få det til.

Barn, ungdom, foreldre, pedagoger og kommunale tjenester gir tilbakemeldinger om at samtaler under slike rammer ofte oppleves som både nyttige og som tilstrekkelig hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Vi opplever at vi, som psykologer, kan være til hjelp for folk på tvers av bekymringer og problematikk når vi tilbyr vår kunnskap tett på det stedet og tidspunktet der uroen befinner seg, og sammen med de menneskene som er mest berørte.

SKOLEN SOM LIVSARENA

Skolen er en viktig livsarena for barn og unge. I opplæringsloven § 1–1 femte ledd (1998) heter det at målet med skolen er at «[e]levane og lærlingane skal utvikle kunnskap, dugleik og holdningar for å kunne meistre liva sine og for å kunne delta i arbeid og fellesskap i samfunnet.» Dette ligner WHO sin definisjon av psykisk helse, som lyder: «en tilstand av velvære der individet kan realisere sine muligheter, kan håndtere normale stressituasjoner i livet, kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte og har mulighet til å bidra overfor andre og i samfunnet» (WHO, 2014).

Vår tidsalder, som «elevane og lærlingane» skal utvikle sin «dugleik» innenfor, kaller sosiologen Zygmunt Bauman (2007) for *Den flytende moderniteten*. Sosiale strukturer er i konstant endring, innbyggere er konsumenter, og trygghet, utdanning og helse er varer i et globalt marked. Vårt syn på hva livet er, har gått fra å handle om langvarige bevegelser (utvikling, modning, karriere) til å se på livet som en serie episodiske korttidsprosjekter. Vi vender blikket mer til våre samtidige ved siden av oss, og

mindre mot generasjonene før og etter oss. Ansvaret for å manøvrere i dette uoversiktlige farvannet legges på individet, som anses som «fritt velgende» og ansvarlig for egen læring og egne handlinger. Den statusen konformitet tidligere hadde som dyd, er overtatt av fleksibilitet.

Hvis den flytende moderniteten er selve regelverket for menneskelig meningsdannelse i vår tid, så er det også innenfor dette samme regelverket at meningsdannelsen kommer til kort, at lidelsen oppstår og de psykiske vanskene viser seg. Når vi skal skape nye psykisk helse-tjenester, eller videreutvikle eksisterende, må vi ta hensyn til at dette er den verdenen tjenestene skal eksistere i. Tjenesten må være tett på virkeligheten, og den må kommunisere i et språk som er forståelig for dem som skal bruke tjenesten.

Samtidig må tjenesten vise motstand mot denne tidsånden. I den flytende moderniteten er det mellommenneskelige, det ubetingete som ikke kan omregnes til valuta, det som kanskje først og fremst er truet. «Dependence has become a dirty word,» sier Bauman (2000). «[I]t refers to something which decent people should be ashamed of.» Hvis psykisk helsetjenester skaper et for bastant skille mellom dem som skal la seg bekymre, og dem som skal tilby hjelp, yter vi ikke den nødvendige motstanden mot en tidsånd hvor gjensidig avhengighet nærmest har blitt et skjellsord. Både det å be om hjelp og det å tilby hjelp innebærer å akseptere den risikoen som gjensidig avhengighet innebærer. Å tre inn i det mellommenneskelige feltet som psykisk helsearbeid utgjør, er alltid å ta sjansen på at en fremmed vil tilby anerkjennelse, ikke avvisning. I lys av Baumans analyse av samtiden er altså psykisk helsearbeid i lavterskeltjenester et aldri så lite revolusjonært prosjekt.

ET SYN PÅ PSYKISK HELSE

Den engelske filosofen John Shotter (2011) skriver at vansker i livet kan tenkes om på to nivåer. På det ene nivået arter vansker seg som problemer som må løses. Vi kaller noe et «problem» fordi det på ett eller annet vis står i veien for et ønske vi har eller hindrer oss fra å gjøre noe som er viktig for oss. På dette nivået kan man meningsfullt snakke om symptomer på risiko for utvikling av psykiske vansker. Et problem som høyt skolefravær assosieres med skolefravall, som igjen assosieres med en rekke andre psykologiske, sosiale og somatiske problemer.

For det enkelte mennesket forutsetter tenkning på dette nivået at en allerede har tilgang på en klar opplevelse av sammenheng i livet. På det andre, og mer grunnleggende, nivået handler vansker om å lokalisere hvor man står i livet, det vil si å finne en orientering eller retning. For å kunne snakke meningsfullt med andre om hva ens eget skolefravær handler om, hva man synes om det, og hva man kan gjøre med det, må man ha en følelse av hvem man er, hvor man kommer fra, hvor man vil, og hvilken plass fortsatt skolegang har i denne sammenhengen.

Skal en snakke om en bekymring på et tidlig stadium, innebærer det å forsøke å finne ut av den situasjonen vedkommende er i, hvordan man sammen kan forstå den, hva en tenker skulle ha vært annerledes, og hvilke erfaringer, egenskaper og ferdigheter en har som kan gi en følelse av å være rustet til å møte livet slik det ligger foran en her og nå. Når vi snakker om lavterskeltjenester, så er det denne mer eller mindre formløse uroen vi må orientere oss mot, og ikke lete etter noe som uten videre kan defineres eller enkelt formuleres. Nettopp her ligger et av hovedargumentene for en satsing på lavterskeltjenester, nemlig å skulle kunne



I lys av Baumans analyse er psykisk helsearbeid i lavterskeltjenester et aldri så lite revolusjonært prosjekt

»

være til hjelp i situasjoner hvor det ikke uten videre er enkelt eller mulig å komme i kontakt med tjenester som er spesialiserte for å undersøke eller løse bestemte typer problemer. Poenget blir nettopp å forhindre at noe utvikler seg videre til å fortjene merkelappen «problem».

Lavterskelarbeid innenfor psykisk helse for barn og ungdom blir dermed å anse som alltid eksplorerende, i betydningen å sammen lete etter åpninger for å se hvor de fører hen.

LIKEVERD

Vi ser på arbeid i lavterskeltjenester som møter mellom to eller flere likeverdige parter. Å møte mennesker som søker hjelp innenfor rammene av et lavterskeltilbud, krever at man er villig til å lytte til dem, samt å stole på og anvende deres kompetanse om seg selv og sin verden. Samtidig krever det at psykologen er villig til å stille all sin kunnskap og erfaring til rådighet, og bruke den aktivt fra første stund. Dette stiller krav til måten psykologen anvender sin kunnskap på. Den må gjøres tilgjengelig i en porøs form.

Med «porøs» mener vi, i ordets rette forstand, at der er kanaler – porer – i grensen mellom profesjonell kunnskap og annen kunnskap, at denne grensen ikke er absolutt og rigid. Dette innebærer at fagbaserte antakelser og hypoteser fra psykologens side tilbys i form av spørsmål, eller som forslag til forståelse, som den som søker hjelp inviteres til å ta stilling til, bruke, eller forkaste. De som ber om hjelp, skal ha hjelp som passer til deres virkelighet, situasjon og liv, og det er som del av denne virkeligheten at forståelsen må vokse frem.

En viktig implikasjon av en slik tankegang blir at det ikke kun er det aktuelle barnet som blir «brukeren» av tjenesten. Brukeren blir også den som ytrer sin bekymring, og den som kan tre hjelpende til. En lærer som tar kontakt med et lavterskeltilbud med en bekymring for et barn, blir selv en bruker av tjenesten. De viktige spørsmålene blir da: Hva kan læreren gjøre, hvem kan læreren snakke med, hva tenker læreren og psykologen sammen at dette barnet har behov for?

I eksempelet ovenfor var det skolefraværet som fikk mor og læreren til å tenke at gutten hadde angst. Tiltaket adresserer et benevnt problem, og det blir utført i samarbeid mellom de som er nærmest både problemet og løsningen: Mor, læreren og gutten selv.

PSYKOLOGEN

I snever forstand innebærer psykologisk oppfølging å etablere en kunstig arena som barna kan utvikle seg i. I mer vid forstand innebærer psykologisk oppfølging å styrke de eksisterende arenaene i barnas liv. Dette er perspektivet psykologiske lavterskeltjenester bør rette seg mot. Et slikt perspektiv krever psykologer som skiller mellom behovet for diagnosedrevne tiltak, og tiltak som ikke krever diagnose. En utreder ikke mer dersom det ikke vil ha påvirkning på tiltakene eller forståelsen. Nyttan av en kartlegging av problemer og problemers art avhenger av om en har bruk for den kunnskapen som genereres for å bevege seg videre eller gi riktig hjelp – et prinsipp om nytteverdi. Psykologen legger altså ikke fra seg sin kunnskap, hverken diagnostisk kunnskap eller annen kunnskap. Snarere tvert imot. Det kreves god psykologfaglig kunnskap for å gjøre slike vurderinger. Men fremfor alt kreves gode samarbeidspartnere. Tilbaketreking fra jevnaldrende og økende skolefravær kan tolkes som tegn på risiko for psykiske vansker. Men de samme

tegnene hos ungdommen kan også, eller kanskje heller samtidig, forstås som tegn på at denne ungdommen trenger å bli sett, anerkjent, ønsket velkommen og invitert med. Det er sterk sammenheng mellom ungdoms opplevde ensomhet og tegn på psykiske vansker. Det ville være naivt å tro at denne ensomheten primært handler om et savn etter psykologer.

Gutten fra eksempelet ovenfor var både trist og engstelig. Han var også ensom. Han hadde ikke opplevd alvorlige traumer, og angsten kom frem primært i forbindelse med skolen. Læreren hadde i tillegg lagt merke til at flere i klassen virket litt ensomme, og ville sette i gang sosiale sammenkomster i samarbeid med foreldrekontaktene. Både mor og læreren ble informert om hvor de kunne henvende seg dersom vanskene vedvarte eller økte, og hva som kunne være tegn til forverring. Fremfor alt snakket vi om hva som kan være tegn på trivsel og velvære, og hvordan de kunne sørge for å gjøre mer av det som skaper slikt.

På skolen møtes både barn, familier og ulike typer fagfolk. Dersom vi som psykologer skal være til hjelp for barna på skolen, må vi aller først anerkjenne at det allerede gjøres omfattende og viktig arbeid av andre. Pedagogisk personale og lærere, kommunale tjenester som helsestasjoner, PPT, familiesentre og barnevern, har alle roller som på ulike måter er essensielle for barnas psykiske helse. Vi må også ha klart for oss at det å skape mening, sammenheng og glede i livet er noe alle barn og foreldre holder på med hele tiden. Derfor vil vi hevde at Barneløftet bør innebære en tydelig erkjennelse av at barns psykiske behov i størst mulig grad skal ivaretas i barnas naturlige omgivelser, og av de menneskene som naturlig befinner seg der. Hvis psykologer på et tidligere tidspunkt i problemers vandring fra uro til lidelse kan bli deltakere i dialoger om forståelse og endring, så er det grunn til å tro at økt satsing på lavterskeltjenester for barn og ungdom i skolen vil kunne være en viktig prioritering. Psykologer kan bidra til å berike de pågående dialogene i barns, foreldres og læreres liv.

LAVTERSKELTJENESTER SOM MØTEPLASSER

Psykologrollen i lavterskeltjenester bør ikke defineres for ensidig som en som skal forvalte

psykologfaglig kunnskap på et overordnet systemnivå, like lite som den bør begrense seg til konvensjonell samtalerapi. Det sentrale bør være å gjøre psykologers kompetanse, og vår erfaring med dialogen som ramme og den mellommenneskelige anerkjennelsen som henholdsvis form, tilgjengelig på et lavere tjenestnivå.

Psykologen kan med sin kunnskap sørge for at det er en tett sammenheng, både i tid og situasjon, mellom tegn på risiko og tiltak, og fremfor alt bidra til at involverte instanser og nære relasjoner henger med på en slik dreining. Det er vår erfaring at bekymring som medfører en viss grad av handlingslammelse, ofte lar seg oppløse og transformere når de partene som er berørte av bekymringen, selv har rask tilgang på en psykologisk lavterskeltjeneste som bygger på respektfull og likeverdig dialog mellom ulike aktører, og der hver aktør inviteres til å bidra med sin unike kunnskap.

Den nyutkomne boka «A prescription for psychiatry» gir en oppsummering av noen av perspektivene på psykisk helsearbeid som kjennetegner den nye kritiske psykiatribeve-

gelsen i Storbritannia. Psykologiprofessor Peter Kinderman (2014) avslutter med det han kaller et manifest for reform av psykisk helse-tjenester. Her skriver han at grunntanken som psykisk helse-tjenester bygger på, må endres fra at vår rolle er å *behandle* lidelser, til å tenke at vår rolle er å hjelpe og støtte mennesker som lider på grunn av omstendigheter i livet, og på grunn av måtene de har skapt mening i, og reagert på, det som har skjedd dem. På lavterskeltjenestnivå har man sjelden mulighet til å la diagnoser være det retningsgivende for tiltak. Man har tvert imot mulighet til å gjøre tiltakene uavhengig av tradisjonell diagnostikk, som både kan være tidkrevende og skape avstand mellom utfordringene og det levde liv. Tjenester på dette nivået må være utformet for å respondere på den fulle bredden av menneskers sosiale, personlige og psykologiske behov. Det er disse behovene både forebygging og behandling bør orientere seg mot.

Kunnskapen om problemer og løsninger er ikke gitt på forhånd, men skapes i møter mellom de rette menneskene. Skole og familie er ofte det, og psykologen kan be om lov til å være med. ✕



Når vi snakker om lavterskeltjenester, er det den formløse uroen vi må orientere oss mot

REFERANSER

- Bauman, Z. (2000). Am I my brother's keeper? *European journal of social work*, 3, 5–11.
- Bauman, Z. (2007). *Liquid times. Living in an age of uncertainty*. Cambridge, UK: Polity press.
- Bertelsen, B., Odden, E., Johnsen, H. & Lindemann, H. (in press). Mange ganger skal det ikke så mye til. Lett tilgjengelig kompetanse til rett tid. I Thorød, A. B., Ulland, D. & Ulland, E. (red.), *Psykisk helse – Nye arenaer, aktører og tilnæringer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Bobeles, M. & Slive, A. (2011). When one hour is all you have: effective therapy for walk-in clients. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker & Theisen.
- Halvorsen P. (2014). *På tide med Barneløftet*. Hentet 8. desember fra <http://www.psykologforeningen.no/Foreningen/Nyheter-og-aktuelt/Aktuelt/Paa-tide-med-Barneløftet>
- Harper-Jaques, S., Melheran, N., Slive, A. & Leahey, M. (2008). A comparison of two approaches to the delivery of walk-in single session mental health therapy. *Journal of systemic therapies*, 27, 40–53.
- Hofgaard, T. L. & Paulsen, G. E. (2014, 12. august). Noen må forstå når det er grunn til bekymring. *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/mening/kronikker/Noen-ma-forsta-nar-det-er-grunn-til-bekymring-7664290.html#U-m5QScaySN>
- Kinderman, P. (2014). *A prescription for psychiatry*. New York, NY: Palgrave Macmillan.
- Norvoll, R., Andersson, H. W., Ådnanes, M. & Ose, S. O. (2006). Kommunale tjenester for barn, unge og familier: Samordningsmodeller og lavterskeltilbud for psykiske problemer. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn.
- Opplæringsloven. (1998). *Lov om grunnskolen og den videregående opplæringa*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1998-07-17-61>
- Rogan, T. (2008). Et felles løft. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5, 104–110.
- Scamardo, M., Bobele, M. & Biever, J. L. (2004). A new perspective on client dropouts. *Journal of systemic therapies*, 23, 27–38.
- Shotter, J. (2011). *Getting It: Witness-Thinking and the Dialogical... in Practice*. Cresswell, NJ: Hampton Press.
- Talmon, M. (1990). *Single-session therapy*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- WHO (2014). *Mental health: a state of well-being*. Hentet 29. august 2014, fra http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- Young, K. (2008). Narrative practice at a walk-in clinic: developing children's worry wisdom. *Journal of systemic therapies*, 27, 54–74.
- Young, K., Dick, M., Herring, K. & Lee, J. (2008). From waiting lists to walk-in: stories from a walk-in clinic. *Journal of systemic therapies*, 27, 23–39.

«Hun er lojal»

Organisasjonspsykologer må stå fast ved egne valg når det står om penger, makt og rykte.

TEKST Organisasjonspsykolog Inger-Margrete Svendsen ved Ledelse, organisasjon og vekst AS

ILLUSTRASJON
John LeMasney

«**JEG VET HUN** er lojal mot meg og oss som gruppe. Jeg vet hvor jeg har henne.» Utsagnet gjaldt meg som organisasjonspsykolog og kom fra en av lederne i ledergruppen. Jeg var blitt forespurt om å gjøre en kvalitativ intervjuundersøkelse av styret i organisasjonen. Gruppen jeg skulle kartlegge, hadde kommet svært dårlig ut i arbeidsmiljøundersøkelsen, og virksomhetens resultater var kritiske. Medarbeiderne var frustrerte over manglende struktur og lav relasjonell kompetanse hos lederen i særdeleshet, men også blant enkelte av mellomlederne. De ansatte anklaget lederne for forskjellsbehandling, baksnakking og løgn. De hevdet at lederne manglet faglig nysgjerrighet og evne til å bruke andres kompetanse i beslutningsprosessene. Jeg møtte en organisasjon i sammenbrudd, oppløsning og frustrasjon. På alle nivåer så jeg energitap, negativ fortolkning av andres atferd og manglende evne til å snakke sammen om ulikhet og uenighet.

Så hva betyr denne setningen? «Hun er lojal». Tankene mine gikk i retning av det jeg anså som lederens angst. Angsten for å bli avslørt som ikke-kompetent, om redsel for å kjenne seg maktesløs og for å miste sin identitet som leder.

Det utspilte seg et drama – av psykologisk og eksistensiell karakter.

Hvilke forventninger hadde lederen som sa dette om meg?

Det er et mantra i ledelsesfeltet at ledere har krav på lojalitet fra sine ansatte – enten det gjelder beslutninger eller posisjonen som ledere. Det er som om det lever en forestilling om at makt definerer rett. Fra mitt perspektiv derimot er lojalitet en størrelse som vokser frem gjennom samarbeid og gode beslutningsprosesser mellom leder og ansatte. Lojalitet blir på denne måten et produkt av kvaliteten i samspillet, mer enn en løsrevet størrelse. Å skape lojalitet stiller krav til lederen om å ville inkludere, å ville lytte og å ville forankre beslutninger. Lederens evne til dialog og til å tåle opposisjon utfordres i slike prosesser. I forlengelsen av lojalitet mellom ansatte skapes imidlertid felles eierskap til beslutninger.

Å TA VALG

Gjennom setningen «Hun er lojal» var tankene og følelsene mine vekket. Jeg var med ett blitt en del av et spill. Spillet om lojalitet. Dilemmaene var knyttet til meg selv. Hva skulle jeg tro og mene, hvordan skulle jeg fortolke situasjo-



nen? Min umiddelbare reaksjon var å gå i motsatt retning, vise ham min integritet, min frihet. Jeg kjente på mitt opposisjonelle, umodne jeg. Tankene raste i retninger som «tror han jeg er så lettlurt?», «tror han jeg legger meg tett til makta og ikke tenker selv?», «har han erfaring med servile konsulenter som mister sin integritet og faglighet når de jobber med maktpersoner, og som holder seg inne med de som betaler?».

Som organisasjonspsykologer utfordres vi på våre egne valg. Vi må ha et reflektert forhold til hvilket grunnlag vi tar valg på og hvilken intensjon vi har. Det kreves en egenanalyse der vi ser på egne fortolkninger og følelser som informasjon uten å trekke for raske konklusjoner. Våre beslutninger bør vokse frem gjennom refleksjon over oss selv i møte med situasjonen, og samtidig forankres i psykologisk fagkunnskap. I tillegg til disse sortereringene, som de fleste klinikere ville kjenne seg igjen i, utfordres organisasjonspsykologer på makt, penger og rykte. De som har makt i organisasjonen, forvalter penger og mulighet for senere oppdrag i fremtiden. Vårt rykte åpner eller lukker våre fremtidige mulighetsrom. Da kan det friste å være lojal mot lederens ønsker.

Ledere som får bekreftet sin virkelighetsforståelse av organisasjonspsykologen, vil muligens lettere anbefale vedkommende for andre. Slik kan en selvforsterkende spiral, der man jenger på egne krav til faglig kvalitet, bli etablert.

To motsetninger sto klart i dette oppdraget. På den ene siden mine umiddelbare reaksjoner fra mitt usorterte opposisjonelle jeg, og på den andre siden lederens (og samfunnets) forventning om at makt definerer rett.

Hvordan vet jeg at jeg tar valg, gir råd, ut fra faget og ikke som en ubearbeidet motoverføring? Jeg må tenke og føle, utfordre meg selv og bearbeide erfaringene i oppdraget. Runde på runde, om igjen og om igjen. Det er spennende, det er utfordrende, det lugger og krever refleksivitet. Mikroøyeblikkene blir viktige, det er her det betydningsfulle ligger gjemt. Ingen oppdrag er like, men de krever klinisk observasjon og lysten til å stanse, gjøre dypdykk og være i langsomhetens refleksive tilstand – selv om utålmodigheten dirrer i individer, grupper og organisasjoner som trenger forandring.

Faget og empirien blir viktig. I denne saken forelå det arbeidsmiljøkartlegginger, undersø-





Vårt rykte åpner eller lukker våre fremtidige mulighetsrom. Da kan det friste å være lojal mot lederens ønsker

kelser og innrapporterte klager fra flere år tilbake. Utover denne dokumentasjonen observerte jeg ledergruppen under arbeid og foretok semi-strukturerte intervjuer med tillitsvalgte og alle lederne.

MISTILLIT, OPPLØSNING OG NYE MULIGHETER

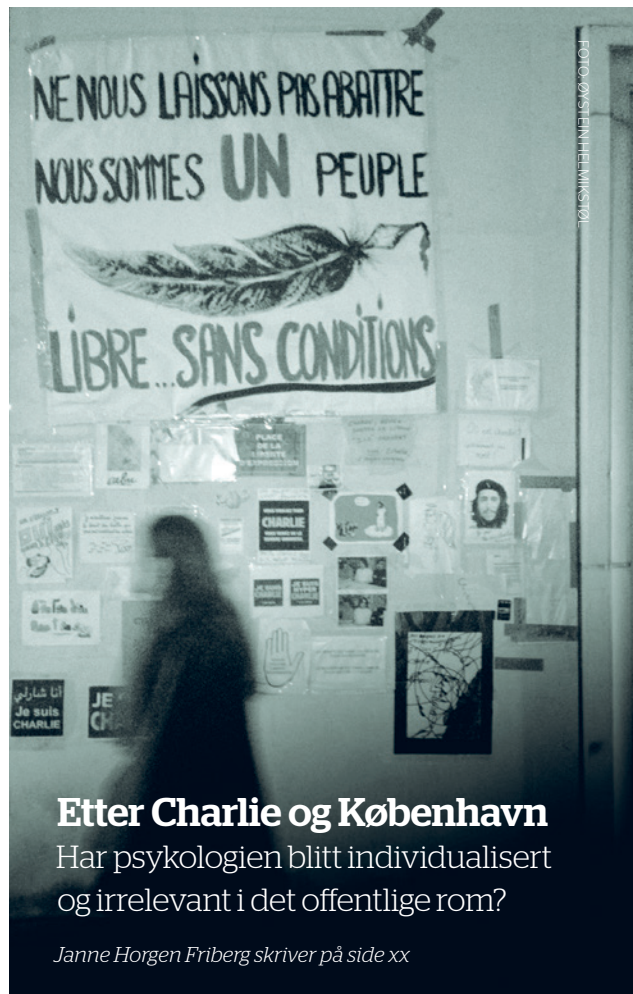
Etter kartleggingen presenterte jeg funnene først for lederen, deretter for ledergruppen. Funnene bekreftet tidligere undersøkelser. Topplederen hadde ingen eller svært lav tillit i ledergruppen og i organisasjonen. I ledergruppen pekte alle på topplederen som problemet, samtidig som det var store interne konflikter og mistillit mellom mellomlederne. Topplederen gikk først i forsvar. Han mente at gruppen av mellomledere gjorde ham til en dårlig leder, og at undersøkelsene gjenga usanne rykter om lederstilen hans.

Vi arbeidet oss gjennom empirien ved at jeg presenterte funn, undret meg over hva det kunne bety, og om han av og til kjente seg igjen? Vi utvekslet tanker, og han åpnet mer og mer opp for hvor krevende og vanskelig den siste tiden hadde vært, og hvor maktesløs han nå kjente seg. Han erkjente at tilliten til ham hadde blitt så skjør at den vanskelig ville kunne repareres. Den kvalitative kartleggingen tydeliggjorde de kvantitative undersøkelsene. Han var skuffet, lei seg og sint. Det var en prosess som også utfordret hver enkelt i ledergruppen. Hva nå? Hva kan og vil jeg gjøre som deltaker i denne gruppen? Tror jeg på endring? Eksternaliseringen var gjennomgående ved at alle pekte på alle de andre som årsak til problemene. Jeg utfordret både toppleder og medlemmene i ledergruppen på dette. Vi arbeidet sammen langs to veier. Den ene veien innebar at lederen og teamet gikk inn i en prosess der alle utfordret alle på evnen til å samarbeide. Vi forsøkte å endre fortolkninger og atferd for å skape nye erfaringer som utgangspunkt for å gjenopprette tilliten mellom lederne i gruppen og mellom ledergruppen og resten av organisasjonen. Den andre veien var å *utforske* andre muligheter som omorganisering, endring av posisjoner eller å se seg om etter andre jobber.

I løpet av kort tid innså topplederen at de ansatte hadde for dyp mistillit til ham til at han orket å stå i ubehaget. Han hadde for liten tro på endring hos seg selv og hos de andre. Han valgte å søke jobb i en annen virksomhet. Endre kontekst. To av mellomlederne så muligheten til å søke mellomlederjobb et annet sted. Teamet ble oppløst. Lederne i ledergruppen ble opptatt av læringen i denne erfaringen og begynte å se seg om etter nye jobber. Med hodet høyt hevet og nye, skjønt smertefulle, erfaringer i bagasjen.

Selv kjente jeg på at min faglige forankring var blitt satt på prøve. Jeg hadde jobbet med å holde på nyansene, ikke ta forhastede konklusjoner, og å tåle å stå imot ønskene om å frikjenne noen fremfor andre. I dette arbeidet hadde lojalitet til prosessen og regien, og ikke til ledernes invitasjoner til selvtrettferdiggjørende løsninger, vært viktig. Ei heller hadde jeg falt for fristelsen til å la makt definere rett. ✕

Meninger



Etter Charlie og København Har psykologien blitt individualisert og irrelevant i det offentlige rom?

Janne Horgen Friberg skriver på side xx

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.

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

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

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.



Illusjonen om best mulig behandling

På oppfordring skal jeg forsøke å skrive noe om organisering, systemer, New Public Management, køer og hva problemet egentlig er. Og noe om hva løsningen er.

JEG ER AV natur negativ og pessimistisk, og må innrømme at jeg er mest glad i å sitte med kolleger og være skjønt enige om at organiseringen av helsevesenet er håpløs. Ledelse og politikere har ikke den fjerneste anelse om hvordan det er å jobbe klinisk. Løpet er kjørt. Jeg er ikke glad i å snakke om hva løsningen er. På dette feltet driver jeg gjerne litt kos med misnøye. Som rockeren Michael Krohn hevder: det er deilig å ha noen å hate. Særlig når man kan gjøre det sammen med andre. Allikevel – oppfordringen fra Psykologtidsskriftet gir meg mulighet til å klage i selveste tidsskriftet. Jeg kan ikke takke nei til det.

Det er enkelt og greit å ta utgangspunkt i en oss/dem-dikotomi. Vi klinikere er kloke og vet best på våre, systemets og pasientens

vegne. Helsepolitikere og ledelse er derimot virkelighetsfjerne, lite opptatt av pasienten – ikke minst av behandleren – og styres hovedsakelig av økonomiske og politiske hensyn. Jeg håper imidlertid i det lengste at det ikke er slik. Jeg håper at både politikere og ledelse er genuint opptatt av pasientens beste. Dersom det er riktig, at vi alle mer eller mindre ønsker det samme, melder det seg et spørsmål om hva det da er som gjør at påleggene og tiltakene som kommer fra politisk hold, virker kunstige og praksisfjerne for oss som jobber i helsevesenet. Jeg har ennå til gode å møte en psykolog eller lege som synes stadig mer fokus på registrering og kontroll gjør den kliniske hverdagen bedre og kommer pasientene til gode. Hvorfor utformes det stadig krav, angivelig til pasien-

TEKST

Sverre Bryn, psykologspesialist ved Barne- og ungdomsavdelingen ved Drammen sykehus

ILLUSTRASJON

Åshild Irgens



tens beste, som oppleves stikk motsatt av oss behandlere? Og hvorfor er det slik at helsepolitikere ikke lytter til kritikken som kommer fra helsepersonell?

Disse spørsmålene har jeg dessverre ikke fasiten på. Jeg har ikke forutsetninger for å spekulere i Bent Høie eller andre politikeres prioritinger, ønsker og planer. Det jeg imidlertid kan, er å ta utgangspunkt i hvordan ting er i dag, og mine egne erfaringer fra arbeidslivet. Og selv sagt synse litt om hva problemet er.

HVA MÅLES?

Jeg er ikke avvisende eller grunnleggende kritisk til at vi som psykologer og klinikere skal «måles». Som gruppe tilbyr vi en viktig helsetjeneste til befolkningen og forvalter med dette store ressurser på samfunnets vegne. Mitt syn er at vi må finne oss i, og kanskje til og med ønske velkommen, at noen har behov for å følge med på vår yrkesutøvelse. Kort sagt må vi finne oss i at arbeidsgiver og helsepolitikere stiller krav til virksomheten vår.

Jeg har i løpet av mine åtte år som psykolog blitt målt på mange forskjellige parametere. Epikrisetid, tiltak og diagnose pr. konsultasjon og pr. telefonsamtale, antall pasienter, konsultasjoner pr. dag/uke/måned, hvilke utredningsverktøy jeg har benyttet, og antall usignerte dokumenter eldre enn 14 dager, for å nevne noe. Noen av disse er greie nok. For eksempel synes jeg det er ok at en passer på å få av gårde epikrisen i rimelig tid etter avsluttet behandling. Noen ganger kan dette være svært viktig, og erfaringsmessig vil jeg ha en tendens til å utsette det hvis det dukker opp andre ting i den kliniske hverdagen som jeg mener har forrang (enten det er ting som faktisk er viktigere, eller om det bare er noe jeg synes er mye mer spennende enn å skrive epikriser). Det kan altså være på sin plass at noen sender meg en påminnelse om dette når jeg har overskredet mine syv tilmålte epikrisedager. Ingen har imidlertid funnet det for godt å kvalitetssikre innholdet i epikrisen. Dårlige eller mangelfulle diagnostiske vurderinger, eller feil valg av behandling, representerer ikke et avvik som registreres i systemet jeg forholder meg til. Derfor er det heller ingen som trenger å kontrollere det. Det er et tankekors at ingen synes å være interessert i å undersøke om pasientene mine blir bedre, eller om pasientene er fornøyd med behandlingen og møtene med meg, når så mye annet kontrolleres og registreres. Epikrisetid er vel og bra, men jeg vil anta at både pasient, behandler og mottaker av epikrisen er mer opptatt av om informasjonen er riktig og nyttig, enn om de får den innen en viss tid. Å måle effekt av terapi er i seg selv en kompleks og vanskelig oppgave, men å måle pasienttilfredshet burde være greit nok. Antall pasienter pr. dag er også relevant informasjon for noen. Om klinikere med samme arbeidsoppgaver avviker i stor grad i kapasitet, kan det være grunnlag for å se nærmere på praksisen til de det gjelder. Allikevel mener jeg det er svært problematisk at vi har et system hvor klinikeres arbeidsdag og ressursbruk i så stor grad styres av politiske føringer og i liten grad av psykologens vurderinger og ekspertise. Psykolog Werner Nebelung beskrev for øvrig problemet ved dette på en meget god måte i Dagsavisen 18. november: http://nyemeninger.no/alle_meninger/cat1003/subcat1015/thread307176/.

DET SOM MÅLES VS. DET SOM ER VIKTIG

En fredag for en tid tilbake rundet jeg av en hektisk uke på jobb hvor jeg blant annet hadde rukket å treffe flere barn og ungdommer som nylig

hadde fått konstatert at de har en alvorlig, somatisk sykdom. Jeg anser oppfølgingen av disse familiene som en viktig del av min jobb. Før jeg gikk hjem den dagen, fant jeg en lapp i posthyllen min hvor det stod oppført to uferdige journalnotater som snarest måtte lukkes. Dette registreres i systemet som avvik. Og avvik er ikke bra. Avvik tyder på at jeg slurver i jobben min.

Når gapet mellom hva jeg som kliniker mener er viktig, og det som defineres av systemet som viktig, blir så stort, gjør det noe med min holdning og tiltro til enkelte helsepolitikere. Jeg burde oppleve at vi begge vil det samme, nemlig tilby befolkningen best mulige helsetjenester. Allikevel er det slik at siden jeg begynte å jobbe som psykolog, har jeg møtt en mer eller mindre unison psykologgruppe som mener NPM og økte krav til registrering og kontroll kommer i veien for god og effektiv pasientbehandling, uten at jeg kan se at vi blir hørt på dette. At helsepolitikere synes det er greit å se bort fra disse innsigelsene fra oss som jobber i helsevesenet, er vanskelig å ikke oppfatte som arrogant og/eller uttrykk for uviitenhet. Jeg forventer ikke at helseministeren prioriterer å møte på mitt kontor for å gratulere meg med den fantastiske innsatsen jeg gjør, men han bør være opptatt av at jeg oppfatter ham som en person med kompetanse og innsikt i den virksomheten han styrer. Jeg gjør dessverre ikke det.

Det er nedslående å tenke på at det ledelsen ser av kvaliteten på min jobb, er hvor mange polikliniske konsultasjoner jeg har (sykehuset får ikke full refusjon når jeg treffer inneliggende pasienter), og om jeg godkjenner journalnotatene i tide. Jeg er ikke avhengig av applaus og anerkjennelse fra folk høyere opp for å føle at jeg gjør en god jobb, men det øker ikke arbeidslivets når jeg stort sett bare får tilbakemeldinger på ulike avvik. En ledelse som ikke til stadighet må sjekke og kontrollere at klinikere har gjort ting riktig ifølge et politisk styrt system, vil sannsynligvis ha mer tid til å involvere seg i hva jeg faktisk gjør, og dermed ha et mye bedre grunnlag for å mene noe om min arbeidsinnsats. En innsikt i hva jeg faktisk foretar meg i løpet av en arbeidsdag, vil kunne bidra til å øke kvaliteten på behandlingen jeg gir, samt være en kilde til oppmuntring og relevant kritikk av min praksis. I dag er dette vanskelig. Poenget er ikke at jeg skal stå fritt til å slurve med jour-

nalnotater og liknende, men at det er problematisk at kontrollen av dette prioriteres over mål på faktisk kvalitet. Dette bekymrer oss som jobber i helsevesenet, det bør bekymre pasientene, og det bør i aller høyeste grad bekymre helsepolitikere.

DESILLUSJONERT OG TJUKK I HUE

Det mest alvorlige med dette er at jeg jobber i et system der jeg som kliniker i for liten grad er i posisjon til å påvirke rammene for min yrkesutøvelse. Å følge politisk og økonomisk motiverte omstillinger i flere helseforetak, samt høre diverse politikere uttale seg om hvordan de skal legge til rette for en fornuftig ordning, for så å innføre mer kontroll og registrering, fører til at jeg mister troen på et politisk styrt helsevesen. Uviljen til å ta kritikken som kommer fra helsepersonell, til etterretning bekrefter også min oppfatning om at politikere helst styrer etter det de mener er den riktige ideologien, fremfor tilgjengelig kunnskap og råd fra fagfolk. Dette er ikke noe nytt, men til tross for at jeg vet dette, blir jeg stadig provosert når jeg hører og ser politikere som hevder det motsatte. Min misnøye med systemet og maktøverne blir ikke mindre når jeg hører politikere dra en «Erna Solberg», ved å forklare at grunnen til at jeg opplever at dagens system ikke fungerer, er at jeg ikke har forstått hvor bra det egentlig er. Om jeg ikke var sur og negativ nok fra før, blir det ikke bedre av at statsministeren eller andre insinuerer at jeg er tjukk i hue i tillegg.

For å få til en forandring som er til det beste for pasienter, behandlere og systemet for øvrig, tror jeg ikke vi kommer utenom at politikere og andre i ledende posisjoner våger å tenke nytt rundt dette. Når utgifter overstiger inntekter, budsjetter overskrides og frister for behandling ikke overholdes, bør ikke den første tanken være å bruke masse ressurser på å kontrollere at klinikere sender ut epikriser i tide, godkjenner journalnotater og loggfører diverse tiltak og prosedyrer. Psykologer, leger og andre har stort sett lyst til å gjøre jobben sin, henholdsvis psykologgreier og legegareier. Det er det vi er gode på og trives med. At det stadig avvikles flere og flere merkantiltstillinger og jobben med å registrere og loggføre i større og større grad er noe vi må gjøre selv, er et komplett mysterium for meg, selv innenfor NPM. Det skaper mistrivsel og mindre tid til pasienter. Jeg antar at tankegangen er færre sekretærer = mindre lønnsutgifter. Men å benytte psykologspesialister som merkantilpersonell slår meg som en dyr ordning. Kanskje fører NPM-fokuset til at ledelsen tyr til lite gjennomtenkte korttidsløsninger i frykt for å se røde tall og avvik i årsrapportene? Selv om jeg tenker at hovedproblemet her er NPM, tror jeg også det finnes personer uten tilstrekkelig fagkompetanse i ledende stillinger i helseforetak rundt omkring i landet. Når direktører hentes fra privat næringsliv til helseforetak, antar jeg at det er andre kvaliteter enn deres kunnskap om pasientbehandling, helsepersonell og sykehusdrift som er utslagsgivende.

Som et eksempel på hvordan det kan se ut i praksis når merkantilpersonell reduseres og oppgavene legges til klinikere, vil jeg kort beskrive hva som skjedde på en tidligere arbeidsplass da vi selv skulle begynne å registrere såkalte NCMP-koder i journalsystemet. Ting skulle effektiviseres og god pasientbehandling kvalitetssikres. Vi satt ca. 15 behandlere i to timer i møte/opplæring. Nevnte journalsystem er ikke intuitivt i bruk, de fleste av oss hadde mange samtaler med folk på merkantil når vi skulle gjøre dette i praksis. 15 behandlere x 2 timer + flere timer telefonsup-



Det er et tankekors at ingen synes å være interessert i å undersøke om pasientene mine blir bedre, eller om pasientene er fornøye med behandlingen og møtene med meg, når så mye annet kontrolleres og registreres





Kritikken skyldes ikke hovedsakelig at noen blander seg i vår kliniske hverdag. Den skyldes at NPM er til hinder for god pasientbehandling

port i etterkant blir mange timer til sammen. Dette kommer i tillegg til tiden en må bruke på å registrere dette hver dag og for hver pasient. Denne tiden burde bli brukt til pasientrelatert arbeid. Møtet og den påfølgende prosessen hadde unektelig et «The Office»-preg over seg.

KAN DET FIXES?

Skal jeg drive naiv ønsketekning, er det mitt håp at helsepolitikere forstår at NPM er et feilskjær. Vel kan psykologer være sære typer som i stor grad vil styre ting selv og helst behandle pasientene sine i fred, men kritikken skyldes ikke hovedsakelig at noen blander seg i vår kliniske hverdag. Det skyldes at NPM er til hinder for god pasientbehandling. Jeg håper noen snart oppdager dette åpenbare faktum. Jeg tror også at forandring er avhengig av at kritikken som kommer fra helsepersonell, er av nyansert art, og at vi finner oss i å bli kontrollert og målt. Selv om det er lite hensiktsmessig å ha et helsevesen hvor sykehusets økonomi er avhengig av hvor tro ledelsen og de ansatte er mot det gjeldende registrerings- og kontrollregime, tror jeg heller ikke det er noen god løsning om vi klinikere skulle hatt ansvaret for all drift. Økonomi må tas hensyn til, og jeg ville neppe gjort det i særlig grad i mine møter med pasienter om jeg ikke var nødt. Med andre ord trenger vi noen som holder kontroll på dette. Gjerne økonomer sammen med helsepersonell. For å sikre forsvarlig behandling og ressursbruk, samt å bevare tillit hos befolkningen, må media og maktapparat ha mulighet til å se hva vi driver med i vår kliniske hverdag. Da må de ha mulighet til å hente ut mål på kvali-

teten og omfanget av vår behandling. De som har makt til å gjøre noe med situasjonen må lytte til oss som jobber med dette til daglig, og vi må lytte til dem.

Så, kjære helsepolitikere. Jeg vil gjerne at dere følger med på hva vi gjør. Jeg ønsker et best mulig helsevesen, og jeg ønsker å tilby best mulig behandling til mine pasienter. Jeg er sikker på at det ofte er mulig å gjøre ting bedre og mer effektivt enn hva jeg gjør til enhver tid. Jeg lever ikke under noen illusjoner om at jeg alltid vet best. Det er ikke slik at jeg ikke ønsker at noen følger oss opp, kontrollerer vår praksis og ressursbruk, samt kommer med god og relevant kritikk og forslag til forbedringer. Faktisk er det vel heller slik at jeg i denne teksten gir uttrykk for at jeg nettopp ønsker et engasjement i min faglige hverdag fra politikere og andre. Aller helst fra folk som ser et større bilde enn hva jeg selv klarer i mitt daglige virke. Dere er imidlertid nødt til å høre på kritikken som kommer fra oss som jobber med dette. Jeg vil ha gode, relevante og praksisnære kvalitetsmål og kontrollfunksjoner som ikke er til hinder for min pasientbehandling. Det har jeg ikke i dag.

Jeg er din mann, Bent Høie! Du og jeg er egentlig på lag. Jeg er tett på det du råder over hver eneste dag, og jeg ønsker å gi deg noen tips til forbedringer. Om ikke det er nok, så vil jeg legge til at jeg absolutt tror du ønsker et bedre helsevesen og gjør det du mener er best. Jeg er åpen for at min måte å se og gjøre ting på ikke er den eneste rette, selv om den synes aldri så bra og fornuftig fra mitt perspektiv. Jeg håper du kan være åpen for det samme. ✕

Stor økning i bruk av antidepressiver blant unge

Tall fra Reseptregisteret (2014) viser en sterk økning i bruk av antidepressiver blant ungdom mellom 15 og 19 år. Blant unge jenter er økningen på hele 48 prosent mellom 2004 og 2013, mens det for unge jenter er 44

prosent økning i den samme tiårsperioden. Disse tallene kommer fram i Folkehelseinstituttets Folkehelse rapport for 2014, som ble lagt fram i slutten av januar. Hvorvidt økningen skyldes en faktisk økning i antall

depresjoner i denne aldersgruppen, eller om hovedårsaken ligger i at legene skriver ut antidepressiver oftere enn før, sier rapporten ingenting om.

«For gammel», ifølge Psykologforeningen

Som yrkesaktiv psykolog opplever jeg nå for første gang å høre til en marginalisert gruppe. Jeg er for gammel. Jeg er over 67 år.



PETER RONGVED,
psykologspesialist og
medlem i NPF i snart
40 år

ALDER OG VIDERE- UTDANNING

JEG SØKTE FONDSSTYRET i Psykologforeningens fond til etter- og videreutdanning om økonomisk bidrag til en fagkonferanse. Begrunnelsen var å ivareta fagutvikling og vedlikehold av spesialiteten i klinisk psykologi. For å kunne ivareta spesialiteten er det et krav at man hvert femte år sørger for vedlikehold av fagkompetansen. Dette er viktig og gjøres blant annet gjennom skriftlige arbeid, kurs og konferanser. Som privatpraktiserende psykolog har jeg en hjemmel i et helseforetak. Den forutsetter at jeg vedlikeholder spesialiteten i klinisk psykologi. Kurs, konferanser og annet faglig vedlikehold er en nødvendighet for å kunne gi pasienter og de som ber om veiledning, god faglig kvalitet og engasjement.

Jeg ser at dette selvsagt også gjelder for psykologer som arbeider innenfor andre deler av helseforetakene. Her bidrar arbeidsgiveren på forskjellige måter med permisjon med lønn, økonomiske midler og annen tilrettelegging for at vedlikeholdet og engasjementet ivaretas.

I Psykologforeningens vedtekter for tildeling i 2015 står det: «Ved tildeling vil avtalespesialister prioriteres.» Begrensning i de midlene Fondsstyret rår over, gjør at ikke alle som søker, kan få alt de søker om. Dette er forståelig.

Jeg fikk avslag på min søknad, og det kan selvsagt aksepteres. Det er begrunnelsen for avslaget jeg reagerer på:

«Fondsstyret har i år vedtatt å ikke gi midler til søkere som har fylt 67 år.»

Jeg kan ikke se at det foreligger noen informasjon om aldersbegrensning i vedtektene

eller annen informasjon fra Psykologforeningen om slike begrensninger. Fondsstyret har kanskje rett til å gjøre en slik prioritering, og uten forvarsel?

Eldre arbeidstakere oppfordres til å bidra med sin kompetanse og erfaring som er akkumulert gjennom mange år. Føringsene kommer fra en rekke hold i samfunnet og ikke bare innenfor egne fagmiljøer. Ønsker om å bevare eldre arbeidstakeres kompetanse og arbeidskraft gjøres gjeldende i andre fagforeninger, politiske miljøer, departement og direktorat. Som spesialist i klinisk psykologi har jeg mulighet til å være i klinisk arbeid frem til fylte 75 år.

Dette innebærer at jeg kan ha opp til 8 år i klinisk virksomhet etter fylte 67 år. Fondsstyret mener at dette likevel er en gruppe som i mindre grad trenger og/eller ikke fortjener bidrag til sitt faglige vedlikehold. At begrensede midler skaper behov for prioriteringer, er selvsagt. Det er begrunnelsen som er gitt i avslaget, og det mulige budskapet, som oppleves krenkende og kan medføre tanker om at Psykologforeningen mener jeg bør avslutte mitt virke etter fylte 67 år.

Er det Psykologforeningens mening å bidra til at psykologer avslutter sitt kliniske arbeid tidligere enn det som det ellers er signaler om i samfunnet? Om svaret er ja, bør dette kommuniseres ut til medlemmene, slik at vi har kunnskap om og er forberedt på hvilke grupper som skal prioriteres og hvilke som skal marginaliseres. ❌

Leserombudet fastholder kritikken

Å være selvmordstruet er en like sterk eksistensiell erfaring som det å være etterlatt.



ODD VOLDEN,
leserombud og
brukeraktivist

**SELMORD OG
PRESSEETIKK**

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS LESEROMBUD HAR som oppgave å lese tidsskriftets journalistikk med et kritisk blikk. I min tekst i januarutgaven, der jeg tok for meg et bredt anlagt portrettintervju, hadde jeg tre anliggender:

Jeg undret meg på om det kan være slik at psykologers antatte evner til å forstå og forklare andre mennesker, også kan gjøre at de blir «mestere i å forklare og forstå også egne liv». Slikt kan være imponerende, men også skape avstand.

Jeg var kritisk til at journalisten og tidsskriftet lot en etterlatts behov for å snakke om sorgen ved en pårørendes selvmord gå foran hensynet til den avdødes ettermæle.

Jeg pekte på at en tekst kan ha ulike leserkontrakter, og hevdet at også mennesker som er selvmordstruet, har krav på en leserkontrakt.

Harald Herrestad, styreleder i LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord, kjenner seg ikke igjen i min kritikk. I et debattinnlegg i februarutgaven hevder han at Psykologtidsskriftet ved å trykke min tekst kan bidra til at andre psykologer som er etterlatte ved selvmord, ikke tør vise den samme åpenhet som det angjeldende intervjuobjektet.

Jeg er selvfølgelig enig med Herrestad at det i så fall vil være et tilbakeskritt. Men hensynet til etterlatte må altså veies opp mot hensynet til avdøde. En slik avveining er utvilsomt komplisert, men nettopp derfor er det helt nødvendig at vi som har vært eller er selvmordstruede, begynner å blande oss inn i debatten.

I 2008 holdt jeg et innlegg på et seminar, der Harald Herrestad var en av de andre innledelede. I innlegget pekte jeg blant annet på det problematiske i at selvmordstruede mennesker har vært holdt utenfor den offentlige samtalen om selvmord. Vi har, år etter år, måttet se på at andre

aktører – redaktører, psykiatere, selvmordsforskere og etterlatte – har hatt stålkontroll på det som ytres om selvmord i det offentlige rom.

Høsten 2014 trykket Aftenposten en kronikk skrevet av artisten Lene Marlin, og verden var plutselig ikke den samme. Marlin skriver: «(J)eg har innsett at jeg aldri blir helt ferdig med det. Det er en del av meg. Jeg lever med det hver dag og kommer til å bære det med meg for resten av livet.»

Det å være selvmordstruet, for ikke å snakke om det å faktisk ta sitt eget liv, må, med eller uten understatement, kunne sies å være en like sterk eksistensiell erfaring som det å være etterlatt. Jeg tenker at det er trist hvis Harald Herrestad og LEVE ikke innser dette, selv om det kanskje strengt tatt ligger utenfor leserombudets mandat å uttrykke en slik mening.

Som leserombud nøyer jeg meg med å fastholde mine poenger i den aktuelle teksten: Tidsskriftets journalister bør spørre seg selv om det kan kreve en spesiell årvåkenhet å portrettere psykologer. Tidsskriftet bør fortsette å reflektere over sine leserkontrakter. Å være selvmordstruet er en pris noen av oss betaler for eksistensen. Det burde ikke være veldig vanskelig for Psykologtidsskriftet å forholde seg til dette. ✕



Hensynet til etterlatte må veies opp mot hensynet til avdøde



Presisering om «Leserombud»

ØYSTEIN HELMIKSTØL, Debattansvarlig,
Tidsskrift for Norsk psykologforening

LESEROMBUD

I FEBRUARUTGAVEN skriver styreleder for LEVE Henning Herrestad at brukeraktivist Odd Volden omtaler seg selv som «leserombud». For ordens skyld: Det er Psykologtidsskriftet som har bedt Volden om å lese journalistikken vår med kritisk blikk, og det er vi som har bedt Volden om å skrive kritisk i spalten som vi selv har kalt «Leserombud». Psykologtidsskriftet har for øvrig bedt Volden om å fortsette som leserombud utover den avtalen vi opprinnelig hadde da vi startet opp spalten. ✕

Mer penger til individuell jobbstøtte (IPS)

Helsedirektoratet bevilger 25 millioner kroner til IPS i 2015. Frem til 30. april kan kommuner og ulike bedrifter søke midler til å hjelpe mennesker med alvorlig psykisk sykdom med å komme seg ut i ordinært lønnet arbeid. Psykologtidsskriftet skrev om IPS i desemberutgaven i fjor. Metoden er utviklet i USA på 80-tallet og er utbredt i europeiske land som England og Nederland. Studier har vist at opp mot 60 prosent av deltakere i IPS-tiltak kommer i arbeid, mot omtrent 5 prosent ved tradisjonell attføring. I Norge er det åtte pilotprosjekter som relativt nylig har tatt i bruk IPS, men det finnes foreløpig ikke forskning som kan si noe om resultatene av disse.

Hvorfor anonym?

I vår nye spalte **Hverdag** (side 220) inviterer vi folk til å skrive om livet med utfordringer i psykisk helse. Om livet utenfor terapirommet, med strev og oppturer, og refleksjoner om hvordan en hjelper seg selv og skaffer seg sosial støtte. Inspirert av recoverytenkning og kunnskap om at hverdagslivet med familie, venner og arbeidskolleger er avgjørende for bedring, mener vi tekstene kan være interessante for leserne våre.

Det handler også om retten til å komme til orde. For fem år siden etterlyste sjefredaktør Bjørnar Olsen den rå, upolerte og ekte brukerstemmen, den som ikke er mediert av forskere eller av journalister, men som ofte refuseres i dagspresse og fagpresse, enten det er på fagetisk eller pressetisk grunnlag. Har vi et demokratisk problem her? spurte han (nr. 5/2010).

Vi ønsker at bidragsyterne skal stå åpent fram. Historier blir mest ekte og troverdige når avsenderen har et ansikt og et navn. Men aller viktigst: Psykologtidsskriftet vil gjerne bidra til å normalisere det å ha psykiske helseproblemer. Det skulle være like naturlig å fortelle om sine utfordringer i psykisk som i somatisk helse. Da Lene Marlin fortalte om sine selvmordstanker, fikk hun et ras av positive tilbakemeldinger. Men vil en ukjent person alltid oppleve det samme?

For åpenhet kan ha sin pris. I fjor gjorde Monika Gulslett og kolleger en intervju-undersøkelse publisert i *Scandinavian Psychologist* (se psykologisk.no/sp). Den tyder på at fordommer og stigma knyttet til psykiske lidelser fortsatt er utbredt. Oppfatninger om at psykiske lidelser vanligvis er kroniske, ser ut til å være vanlige, og pasientene følte seg satt i både av helsepersonell og folk i sitt eget nettverk.

Med åpenhet blir det mindre skam. Vi må stå imot dagens høye krav om å være perfekt, blir det sagt. Også Psykologtidsskriftet ønsker å motarbeide fordommer og kunnskapsløshet. Men kanskje er det annerledes å snakke om psykiske problemer enn eksempelvis om kreft? I jobben min som journalist snakker jeg med mange som strever med sin psykiske helse. Mange er åpne overfor familie, venner og kolleger. Å gjøre seg søkbar på Google er likevel noe helt annet. Det snakker vi med bidragsyterne i Hverdag-spalten om før de velger hvordan de vil presenteres. En jobbsøkende dame rundt førti og ei 18 år gammel jente var i utgangspunktet begge sterkt opptatt av åpenhet, og ville underskrive teksten sin med navn. Etter samtalen med oss ombestemte de seg. Det er paradoksalt og leit å måtte drive denne typen «realitetsorientering» når både de og vi mener at det ikke burde være noen grunn til å skjule sine psykiske problemer.

En av dem svarte slik da hun ble spurt om hun ville underskrive med navn: «Jeg er absolutt opptatt både av åpenhet og ærlighet om vanskelige liv og store utfordringer, men autentiske historier kan gi god forståelse selv om de ikke knyttes til en identifiserbar person. Tvert imot kan anonymitet gi tryggheten som skal til for å slippe de vanskelige tingene frem.» Derfor: Når noen bidragsytere i Hverdag-spalten ønsker å være anonyme, velger vi å respektere det. ✕

Nina Strand, journalist i Tidsskrift for Norsk psykologforening

Derfor bør man vente

Selv om kunnskapsgrunnlaget er usikkert, er det mye forskning som peker mot å vente med delt omsorg til barnet er tre år.



THOMAS NORDHAGEN

psykolog og
styremedlem FOSAP,

KATRIN KOCH

psykologspesialist
og styreleder FOSAP

og LARS SMITH

professor emeritus

OMSORGSRETT

PÅ DEBATTSIDENE I novemberutgaven av *Psykologtidsskriftet* spør Atle Fretheim (5) om det ligger kunnskap til grunn for Psykologforeningens råd om å vente med delt omsorg til barnet er tre år (*Samvær 0–3: Anbefalinger om samvær for de minste barna etter lov om barn og foreldre*). Han kan ha rett i at det er vanskelig å trekke sikre konklusjoner. Likevel mener vi at føre-var-prinsippet og hensynet til barnets beste tilsier at man må forsøke å se implikasjonene av relevant utviklingspsykologisk kunnskap. Fremfor alt er det viktig å ta hensyn til konteksten for delt omsorg.

Et hovedelement i tilknytningsteori er at barn i alderen 1–3 år danner indre arbeidsmodeller av seg selv og andre på grunnlag av sine omsorgserfaringer, og at disse modellene konstituerer grunnlaget for trygg eller utrygg tilknytning (2). I den grad foreldrenes samlivsbrudd gjør et lite barn usikker på hvem som er dets tilknytningsperson, hvor denne befinner seg, hvor elsket barnet opplever at det selv er, og forestillingene om omsorgspersonens tilgjengelighet, er det sannsynlig at bruddet vil innvirke på barnets tilknytningstrygghet.

Det er publisert studier som har vist uheldige effekter på helt små barn av at foreldrene går fra hverandre (3, 10). Men det finnes også undersøkelser der man ikke har kunnet dokumentere forskjell i tilknytningstrygghet mellom spedbarn fra intakte og atskilte familier (9). Av større interesse er spørsmålet om hvilke forhold som kan *moderere* forbindelsen mellom oppløste familier og tilknytningstrygghet hos de minste barna. Som ventet vil kvaliteten på foreldrenes omsorgsstil påvirke sammenhengen. Når foreldre bor sammen, vil det som regel være lettere å utøve en konsistent positiv, autoritativ og sensitiv omsorgsatferd enn når de bor

hver for seg (10). Når et lite barn må skifte på å overnatte hos atskilte foreldre, vil det kunne ha uheldige konsekvenser hvis overnattingen ikke er godt nok psykologisk forberedt (6). Og før man begynner med overnattingsbesøk, er det viktig at barnet har fått konsolidert trygg tilknytning til minst en av foreldrene (12). Slik konsolidering finner vanligvis sted i det andre og tredje leveåret.

Nyere forskning kan tyde på at overnattingsbesøk ikke uten videre bør være regelen for de minste barna ved samlivsbrudd. For eksempel viste en større australsk longitudinell studie at slike besøksordninger hadde en betydelig negativ effekt på emosjonell og atferdsmessig fungering hos barn opp til fireårsalderen, uavhengig av foreldrenes sosioøkonomiske status, omsorgsstil og samarbeidsklima (7,8). Barn under to år som ukentlig hadde ett eller flere overnattingsbesøk, viste betydelige stressreaksjoner. Det samme var tilfellet også for eldre barn (3–4-åringer) som hadde faste, delte omsorgsløsninger. De viste forhøyet forekomst av problematferd (så som gråt eller klenging ved avskjed, spisevansker og aggressiv atferd), samt redusert utholdenhet, sammenliknet med andre barn med færre eller ingen overnattingsbesøk.

En viktig begrunnelse for forsiktighet med delt omsorg før barnet fyller tre år, er at det krever mye av en omsorgsperson å kunne forstå og behandle et lite barn som et individ med et mentalt liv. Foreldre med god innsikt i barnets indre verden vil prøve å forstå dets interesser, ønsker, følelser og antakelser når de samhandler. Foreldre uten så god innsikt vil som regel oppfatte barnet mer konkret ut fra et perspektiv basert på fysisk omsorg og legge mer vekt på hva barnet gjør (11). Hyppig skifte av omsorg vil

lett kunne vanskeliggjøre en innlevelse i det lille barnets mentale liv, særlig hvis ombyttet er assosiert med familiestress og vanskelige omsorgsforhold, som jo ofte er tilfellet når foreldre har gått fra hverandre. Siden det sannsynligvis er foreldrenes *mentale representasjoner* av barna som er av størst betydning for tilknytningstryggheten (1), i motsetning til sensitiviteten i omsorgsatferden («the transmission gap», 4), tilsier det at man må ta hensyn til kontekstforhold og et bredt spekter av omstendigheter som innvirker på omsorgsstilen, så som foreldrenes utdanning, den økonomiske situasjonen og barnets kognitive evner.

Det er riktig at kunnskapsgrunnlaget er usikkert. I tillegg finnes det ulike forskningstradisjoner. Warshak legger eksempelvis hovedvekten på barnas kontakt med far etter samlivsbrudd (13). Vi går ut fra at flytting til og fra under stressende betingelser assosiert med familiebrudd som regel ikke er egnet til å fremme forståelsen av at barnet er et individ med et mentalt liv. Da kan det være til barnas beste at man er forsiktig med delt omsorg og går trinnvis frem i de tre første leveår, slik det anbefales i heftet til Norsk psykologforening og Forening for sakkyndige psykologer. Førre-var-prinsippet tilsier at både foreldre og fagpersoner nøye overveier kontekstfaktorer som kan påvirke småbarns tilpasning og tilknytningstrygghet i forbindelse med delt omsorg; flere slike kontekstuelle forhold er nevnt i brosjyren. Anbefalingene som er utarbeidet av Foreningen av sakkyndige psykologer, en faggruppe i Norsk Psykologforening, bør selvsagt ikke anvendes uten skjønn, men er ment å være en rettesnor for praksis. ✕



Hyppig skifte av omsorg vil lett kunne vanskeliggjøre en innlevelse i det lille barnets mentale liv

REFERANSER

1. Benoit, D., Parker, K. C. H. & Zeanah, C. H. (1997). Mothers' representations of their infants assessed prenatally: Stability and association with infants' attachment classifications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 307–313.
2. Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss*: Bd. 1. *Attachment*. New York: Basic Books.
3. Clarke-Stewart, K. A., Vandell, D. L., McCartney, K., Owen, M. T. & Booth, C. (2000). Effects of parental separation and divorce on very young children. *Journal of Family Psychology*, 14, 304–326.
4. De Wolff, M. & van IJzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development*, 68, 571–591.
5. Fretheim, A. (2014). Anbefaling på sviktende grunnlag. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 51, 947.
6. George, C. & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. I: J. Cassidy & P.R. Shaver (red.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (s. 649–670). New York: Guilford Press.
7. McIntosh, J. E. (2011). Infants and overnight care. Clinical and research perspectives. AAIMHI Discussion Papers. www.aaimhi.org.
8. McIntosh, J. E., Smyth, B. & Kelaher, M. (2010). Overnight care patterns and psycho-emotional development in infants and young children. I: J. McIntosh, B. Smyth, M. Kelaher, Y. Wells & C. Long (red.), *Post separation parenting arrangements and developmental outcomes for children: Collected reports; Report to the Australian Government Attorney-General's Department: Canberra*, s. 85–168.
9. Kier, C. & Lewis, C. (1997). Infant–mother attachment in separated and married families. *Journal of Divorce and Remarriage*, 26, 185–194.
10. Nair, H. & Murray, A. D. (2005). Predictors of attachment security in preschool children from intact and divorced families. *Journal of Genetic Psychology*, 166, 245–263.
11. Rosenblum, K. L., McDonough, S. C., Sameroff, A. J. & Muzik, M. (2008). Reflection in thought and action: Maternal parenting reflectivity predicts mind-minded comments and interactive behavior. *Infant Mental Health Journal*, 29, 362–376.
12. Solomon, J. & George, C. (1999). The development of attachment in separated and divorced families: The effects of overnight visitation, parent and couple variables. *Attachment and Human Development*, 1, 2–33.
13. Warshak, R. A. (2014.) *Social science and parenting plans for young children: a consensus report*. University of Texas Southwestern Medical Center.

Ut av bobla

Hva slags diskurs bør vi ha etter Charlie, spør Tidsskriftets debattredaktør. Han spør videre: Har psykologien blitt individualisert og irrelevant i det offentlige rom?



JANNE HORGEN FRIBERG, psykolog ved Storby- og flyktningeteam ved Lovisenberg DPS

PSYKOLOGER I SAMFUNNS-DEBATTEN



La det ikke være noen tvil: Vi er profitører på en destruktiv samfunnsutvikling

DET KNAKER I sammenføyningene i Europa. Etterkrigstidens sosialdemokratiske orden synes å gå i oppløsning rundt oss. I den nyliberale epoken dyrker vi andre verdier enn før. Vår tidsånd er preget av individualistisk selvrealisering, økende økonomisk ulikhet og både økologisk og økonomisk usikkerhet. Individualisme, selvrealisering, perfektjonisme, omstillingsevner og karrierebygging. Kroppsbygging og oppussing. Byggingen av virtuelle selv. Desperat søking etter «likes». Ønske om berømmelse. Coaching og selvhjelps litteratur. Leger advarer om stressede barn. Selv i barnehagen til min sønn holder de høstutstilling. Høye ambisjoner er vel og bra, men i sum blir det i overkant mye. Og innenfor systemet av New Public Management, som etter hvert dominerer psykologenes arbeidshverdag, blir systemkritikk nedenfra i økende grad møtt med individkritikk ovenfra. Den eneste dårlige samvittigheten du skal ha, er for hvorvidt du jobber for lite og tregt. Hvis du ikke klarer å henge med, så er det du som ikke er bra nok.

Professor Siri Gullestad har lenge påpekt at det er en sammenheng mellom vår tids manglende toleranse for mollstemte følelser og den eksplosive økningen av antall diagnoser. En venn av meg som er lege, fortalte at vi nå til og med diagnostiserer menopause hos kvinner og håravfall hos menn. Som om ikke det var normalt tilstander.

Vi hører om tomhet, ensomhet, selvskading, angst og vår tids store merkevarer: utbrenthet.

Det er begynnende og sterke tendenser til opprør der ute. 6-timersdagen er igjen på agendaen, ideer om å beregne verdien av ulønnet arbeid, «uperfekt»-kampanjer på Instagram. Helsetjenesteaksjonen og fortvilede rop fra psykologers behandlingshverdag der hver og

en føler de ikke strekker til. Jeg elsker jobben min, men jeg vil ikke være en lydlig individualpsykolog i et samfunn som utvikler seg i retning av at «alle må ha hver sin terapeut». Et samfunn hvor jeg blir foreskrevet som botemiddel mot forhold som er strukturelle. Der min rolle blir å usynliggjøre det inhumane, mer enn å motarbeide det – stilne symptomene som kunne vært en sunn protest.

Det kan være besnærende å tilhøre en stadig viktigere og mer anerkjent profesjon. Og la det ikke være noen tvil: vi er profitører på en destruktiv samfunnsutvikling. Men det gir en kvalm smak i munnen om vi seiler på bølgen mot toppen uten å problematisere.

Jeg synes det er interessant å trekke lærdom fra historien til profesjoner som er langt eldre enn vår egen. Som presteskaper: De har i århundrer stått overfor valget mellom, grovt sagt, to ulike tilnærminger til sitt virke. De kan være fødselshjelpere og medmennesker i livets ulike og krevende faser. Samfunnskritiske og maktkritiske i forsvar av de utstøtte. Eller de kan være «de som står nærmest Gud», de som forpakter den rette lære, de som sitter med svarene og retten til å dømme. Den veien har alltid vært belagt med gull.

En profesjon på vei opp bør derfor av og til kaste et sideblikk i speilet for å se om de fortsatt kjenner seg selv igjen, eller om forvandlingen har gått så langsomt at de ikke merker endringen. For det er alltid besnærende godt å sitte nærmest Gud, for oss alle. Og vår vilje til å diagnostisere, kategorisere, foreskrive løsninger og ta ekspertrollen synes i de siste årene å sitte løst.

Så hva har dette med Charlie å gjøre? Hva slags debatt skal vi ha etter Charlie?

Jo, psykologene bør være med å bygge et mer menneskevennlig samfunn der folk i større



grad kan eie sine egne dårlige egenskaper. Så slipper vi kanskje å hate de andre så mye.

Etter grusomhetene i Paris gikk den ene lederen mer udemokratisk enn den andre i tog, og vi diskuterer hvor mye Europas minoriteter må finne seg i innenfor grensene av ytringsfriheten. Den diskusjonen er viktig nok, men vi befinner oss i en global krig som ikke handler om tøysete tegninger av skjeggete menn.

Det er mange som ønsker seg en sivilisasjonskrig. Frontene skjerpes, mellom øst og vest, og innad i det flerkulturelle Europa. Og la meg minne om at alle kriger er blitt startet som en forsvarskrig. Debattidene og sosiale medier er fulle av folk som føler seg truet og angrepet, men som ikke makter å identifisere seg med den frykten deres motstandere føler. Det samme gjelder nok mange av de sinte unge mennene som reiser til Syria for å slåss.

La meg sitere en av de psykologene som var samfunnsengasjert og som har gitt oss en av de viktigste bøkene for vår tid. Ludvig Igras forældre overlevde Holocaust. I 2001 skrev han boken *Den tunne* hinnan. Sitat: «Vår förmåga till omsorg er något som ständigt måste återövräs – og mer enn så. Erfarenheter från kris og krig har visat att vårt engagement i andras lidande – en inlevelse som under normala omständigheter tycks så stabil och självklar – kan gå förlorad från en dag till nästa. Det

er frestande att underskatta den makt som fördomarnas förenklingar kan få över oss. Hur lockande er inte löftet om klarhet og sanning som alla tiders demagoger erbjudit oroliga og rådvilla. Attraktionskraften i sådana budskap hänger samman med strategien att förlägga allt som man ogillar eller finner föraktlig hos någon annan.»

Med andre ord: När Europa skjelver og du føler maktesløshet, kjennes det betryggende å tillegge noen andre ens egen tilkortkommenhet. Det Igra forfekter, er blant annet at vi opprettholder de sosiale støttestrukturene, ikke bare som et økonomisk sikkerhetsnett, men også som et vern mot brutaliseringen av oss selv.

Psykologifaget vårt gir forståelse for *hvorfor* vi realiserer oss selv og våre barn til vi utmattes. *Hvorfor* vi retter vår misnøye mot utgrupper. Og vi vet *hva slags* samfunnsstrukturer som skal til om folk skal føle seg trygge nok til å eie sitt eget ubehag. Vi kan bidra til en offentlig samtale som gjør det litt vanskeligere for oss å føle at «every last one of us hates every last one of them», som supporterne til et middelmådig engelsk fotballag formulerer sine følelser for motstanderlagets fans.

Men for å få til dette må vi begynne med oss selv. Da må psykologprofesjonen aktivt motarbeide det forlokkende i å distansere seg fra sine «produksjonsheter» – mot fristelsen til å plassere oss selv «nærmest Gud» i rollen som forpakter av den rette lære, med alle svarene og retten til å dømme. Vi må sloss for meningsfulle og muliggjørende rammer for hver pasient, for hvis ikke er det *vi* som brutaliseres. Og da står vi der, psykologene, som en del av adelen, de gode som taktfast roper «jeg er Charlie, aldri mer», mens systemet vi er en del av innfører tiggeforbud, sender ut afghanske barn og innretter psykisk helsevern som en produksjonslinje med konstante relasjonsbrudd der selv psykologene ikke lenger tror noe egentlig virker.

Vi roper «aldri mer», mens det skjer rundt oss. Og slik vil det fortsette om vi alle fortsetter å tro at vi er de verdige, at vi vet best, at vi er de kultiverte, at vi har gjort oss fortjent til det vi har.

Faksimile fra februarutgaven





BENT HØIE er helse- og omsorgsminister. Sammen med Kerstin Söderström, Tor Levin Hofgaard og Anne-Grethe Terjesen er han fast kronikør.

Jeg forstår utålmodigheten

Anne-Grete Terjesen etterlyser tiltak for pårørende. Og vi er på vei. Men å flytte makt fra systemer til pasienter, fagfolk og pårørende tar tid.

I SITT INNLEGG i denne spalten i forrige utgave skriver Anne-Grethe Terjesen at det er status quo for pårørende i Helse-Norge. Jeg forstår utålmodigheten, og er enig at vi må legge enda større vekt på samarbeidet med pårørende.

Omstillingene innenfor psykisk helsevern har gitt et bedre liv for svært mange med psykiske lidelser. Flere kan leve et bedre liv hjemme. Samtidig vet vi – som Terjesen påpeker – at dette også kan bety økt belastning for pårørende. Pårørende er og vil alltid være den viktigste ressursen for mange med alvorlig sykdom, og det er helt nødvendig at tjenesten tar vare på og støtter opp om denne ressursen.

STEIN TIL BYRDEN

Mine nærmeste er de viktigste menneskene i livet mitt. Om en av dem skulle bli alvorlig syk, ville det rokket ved grunnfjellet i tilværelsen min. Hvis helsetjenesten holdt meg som pårørende på sidelinjen og ikke ville ta min erfaring og kunnskap på alvor, ville det lagt stein til byrden. Jeg vet at mange pårørende har slike møter med helsetjenesten.

Samtidig ville det viktigste vært å vite at mine nærmeste fikk riktig behandling så raskt som mulig. Når pårørende tar kontakt med meg, handler det for ofte om svikt i behandlingen, lange ventetider eller manglende koordinering. Terjesen skriver at ved siden av pasienten selv er det ofte pårørende som best merker konsekvensene når samhandlingen svikter. Det er jeg helt enig i. Dessverre finnes det ikke en enkel løsning på disse utfordringene, men la meg peke på noe av det vi vil gjøre i 2015 som forhåpentligvis vil gjøre pårørendes situasjon litt lettere.

ENDRINGER I 2015

Vi viderefører den gylne regel. Det betyr at også i 2015 skal psykisk helse og rus, hver for seg, ha høyere vekst enn de andre sykehusområdene. Det er viktig i seg selv, men også et signal om hvor høyt vi prioriterer nettopp disse områdene. Vi innfører fritt behandlingsvalg for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling, noe som gir mer valgfrihet og kortere ventetid. Vi skal også legge frem en egen opptrappingsplan om rusfeltet.

I stortingsmeldingen om primærhelsetjenestene skal vi peke ut retningen bort fra søyleorganiserte tjenester til samhandlende helse- og

omsorgstjenester som setter pasient, bruker og pårørende i sentrum. Nasjonal helse- og sykehusplan skal gi føringer for fremtidens spesialisthelsetjeneste. Til sammen skal disse meldingene ta samhandlingsreformen inn i fremtiden.

Men først kommer den nye folkehelsemeldingen. I den vil vi løfte psykisk helse inn i folkehelsearbeidet. Det er viktig, også for pårørende. For hver psykiske lidelse vi forebygger, slipper ett menneske å slite med effektene av en sykdom. Samtidig slipper hele nettverket rundt personen bekymringene og engstelsen som Anne-Grethe Terjesen kjenner så altfor godt.

PASIENTENES HELSETJENESTE

Jeg deler Terjesens bekymring for at vi mangler forståelse for pårørendes behov i tjenestene. Manglende forståelse gir grobunn for misforståelser, dårlig kommunikasjon og konflikt. Men der hun vil gjennomføre en grunnleggende omskolering av alt helsepersonell, tror jeg løsningen er både enklere og mer komplisert: Å ta pasientens og pårørendes ønsker og behov mer på alvor.

Jeg vil skape pasientens helsetjeneste. Det er mitt overordnede oppdrag som helse- og omsorgsminister. Pasientens helsetjeneste lytter til pasienters og pårørendes ønsker og behov, og ser dem som medspillere i arbeidet med å hjelpe. Ikke som motstandere i konflikt. Men å flytte makt fra systemer til pasienter, fagfolk og pårørende tar tid. Det krever også at vi må endre holdninger. Det kommer til å være krevende. Mange vil spørre seg om vi ikke bare kan la ting være som de er.

Terjesen skriver avslutningsvis at pårørende i økende grad blir sett på som en ressurs i hjelpeapparatet. Det gleder meg. Vi er på riktig vei. Pårørendekonferansen er en viktig milepæl på veien. Her kan helsetjenesten og pårørende lære av hverandre og sammen bidra til å endre gammeldagse holdninger. Jeg skal delta, og gleder meg allerede. ✕

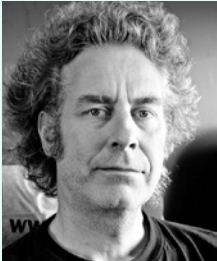
Beate Lore



Jeg deler Terjesens bekymring for at vi mangler forståelse for pårørendes behov i tjenestene

Finn fem feil

Ingen er tjent med psykisk helseforskning som ensidig fastholder mennesker i pasient- og brukerroller.



TEKST Odd Volden
Brukeraktivist

DET FØRSTE MØTET med Nina Strands forskningsintervju «– La pasienten være førsteforfatter» (januar 2015), der journalisten intervjuer en litteraturviter og en sosiolog som har fattet interesse for de innsendte tekstene i kunnskapsbasen til erfaringskompetanse.no, gjør meg litt urolig. Det andre møtet bringer meg ikke veldig mye lenger: Hvorfor festet jeg meg egentlig ved denne teksten? Hva bør jeg eventuelt gripe fatt i? Hvor skal jeg starte? Er det egentlig teksten som er problemet, eller er det primært snakk om motoverføring?

Jeg innser at jeg trenger et testbatteri eller en manual, og griper i min nød til den enkleste formelen jeg vet om: – Finn fem feil!

Det tredje møtet med teksten blir veldig forskjellig fra de to første. Manualen gjør meg tryggere. Jeg har en oppgave. Jeg får samlet tankene. Teksten får et svar. Jeg er i gang:

Den aktuelle tekstflaten kalles «Forskningsintervjuet». Jeg tenker at «Forskerintervjuet» hadde vært mer dekkende, i hvert fall om vi legger det aktuelle intervjuet til grunn. Det finnes utvilsomt et forskningens metanivå, jf. den omfattende artikkelen Plagiatkontrollen, i samme utgave av tidsskriftet. De to forskerne som intervjues i «– La pasienten være førsteforfatter», er aktører i et felt, og ikke overdommere. Denne unøyaktigheten blir spesielt iøynefallende når forskerne møter så lite motstand som de gjør i dette intervjuet.

Overskriften «– La pasienten være førsteforfatter», som er hentet fra en uttalelse fra en av forskerne, er ved første øyekast god. Utsagnet og overskriften representerer frisk ekstrapolering. Men rekylen slår hardt: Journalisten

stiller ikke det åpenlyse spørsmålet om medforskning. Kjenner ikke journalisten dette fenomenet? Ville hun vært like unnfalende om hun intervjuet to mannlige forskere som fortalte om et planlagt prosjekt med den hensikt å gi kvinner større makt, men uten at kvinner selv fikk delta, og langt mindre sitte i førersetet i planleggingen og gjennomføringen av prosjektet? Jeg kjenner at jeg blir flau, på vegne av både journalisten og forskerne.

«Hittil er det somatikken som har vært utgangspunkt for de to forskerne», skriver journalisten. Er det uten videre uproblematisk å gå fra somatikken til psykisk helsefeltet? Også her kunne journalisten med fordel vært mer nysgjerrig.

Det fremgår ikke av intervjuet hvilken rolle erfaringskompetanse.no spiller i det angjelende prosjektet. Men jeg blir nysgjerrig på i hvilken grad erfaringskompetanse.no er komfortable med at deres omfattende og tematisk sett varierte materiale, skrevet og innsendt av borgere med ulike erfaringer knyttet til psykisk helse, nå skal «forskes inn i» en pasient- og journaldiskurs.

Det går selvfølgelig også an å stille seg kritisk til at en filolog og en sosiolog ser det som sin oppgave å hjelpe leger og psykologer til å skjønne noe som de burde ha møtt som soleklare krav fra utdanningsinstitusjoner, profesjonsorganisasjoner, helsemyndigheter og foretaksledere for lenge siden. Men jeg innser at jeg neppe kommer langt med det på et felt der det overordnede målet fortsatt er at terapeutene ikke skal måtte forandre seg før de tror de har kommet på det selv. ❌

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2014 S. 247-254 FAGFELLEVDERT

AKIAH OTTESEN BERG NORMENT - K. G. Jebsen Senter for psykoseforskning, Oslo Universitetssykehus og Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo

HARALD BÆKKELUND Traumepoliklinikken, Modum Bad i Oslo og Forskningsinstituttet, Modum Bad

KONTAKT: a.o.berg@medisin.uio.no, tlf. 23 02 73 17/41 45 96 92

DIFFERENSIALDIAGNOSTISKE VURDERINGER VED SCHIZOFRENI OG KOMPLEKSE DISSOSIATIVE LIDELSER

Dissosiative symptomer kan forveksles med symptomer på schizofreni og føre til at pasienten ikke får tilpasset behandling. Denne artikkelen gir klinikere en beskrivelse av viktige likheter og forskjeller mellom tilstandene.

Det er mye symptomatisk overlapp mellom schizofreni og komplekse dissosiative lidelser (KDL), det vil si dissosiativ identitetslidelse (DID) og uspesifisert dissosiativ lidelse (Dell, 2009). Identitetsforstyrrelser, depersonalisering og hallusinose er alvorlige symptomer som overlapper mellom lidelsene, men på hvilken måte symptomene framtrer ved de ulike diagnostiske tilstandene kommer ikke tydelig fram verken i DSM-IV eller ICD-10 (APA, 1994; WHO, 1992). I DSM-5, under diagnosen dissosiativ identitetslidelse, er det beskre-

ABSTRACT

Differential diagnostic assessments of schizophrenia and complex dissociative disorders

Schizophrenia and the complex dissociative disorders share many of the same symptoms, but require quite different treatment strategies. In this article we present important overlapping symptoms between the disorders based on empirical findings of similarities and differences between these conditions. The paper presents an overview of Schneiderian first-rank symptoms and dissociative symptoms influencing self-consciousness and identity in both conditions. We also point out areas of further interest for research such as psychosocial and occupational function, neurocognition and prodromal symptoms. In conclusion, we present systematized information to help clinicians with difficult differential diagnosis in cases where criteria based categorization falls short.

Keywords: auditory verbal hallucination, differential diagnosis, dissociative disorders, psychosis, schizophrenia, self-disorder



Traumatiske hendelser i barndommen er vanlig ved både psykose og kompleks dissociativ lidelse, og har dermed ikke i seg selv viktig differensialdiagnostisk verdi

vet noen viktige differensialdiagnostiske faktorer opp mot schizofreni og psykose, men det samme er ikke beskrevet under psykoselidelsene (APA, 2013). Feildiagnostisering av dissociative lidelser har vært vanlig blant annet på grunn av nevnte symptomoverlapp og mangel på strukturerte diagnostiske verktøy før 1986 (Bernstein & Putnam, 1986). Selv om flere alvorlige dissociative tilstander er beskrevet som diagnoser både i DSM-5 og ICD-10, viser en rekke studier at det kan ta mange år med behandling før dissociativ fungering blir gjenkjent, og korrekt diagnose stilles (Boon & Draijer, 1993; Steinberg & Siegal, 2008).

Dette tyder på at det kan være vesentlig å forbedre kunnskapen om hvordan dissociative lidelser skiller seg fra andre tilstander for å gi pasienten tilpasset behandling. I Norge har vi ingen retningslinjer for behandling av dissociative tilstander, og det foreligger heller ingen Cochrane-rapporter på dette. Til sammenligning har Cochrane utviklet 172 rapporter om behandling av psykoselidelser, og Norge har nylig publisert nasjonale faglige retningslinjer for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (Helsedirektoratet, 2013). Dette tyder på at det har foreligget en systematisk skjevhet i fokus på behandlingen av de forskjellige tilstandene, men dette er i ferd med å endre seg. Nyere norsk forskning viser at det er viktig å ha et spesifikt fokus på dissosiasjon i behandlingen av mennesker som har vært utsatt for seksuelle overgrep i barndommen, med samtidig komplekse dissociative lidelser (Jepsen, Langeland, Sexton & Heir, 2013), og man har begynt å utvikle internasjonale empirisk baserte retningslinjer som anbefaler faseorientert traumebehandling av dissociative lidelser (Brand & Loewenstein, 2014; Dorahy et al., 2014). Det er viktig å understreke at dissociative lidelser og psykoselidelser kan være komorbide tilstander hos enkelte pasienter. Vi har i vår kliniske praksis erfart at behandlingstrengende psykoselidelser kan være udiagnostiserte hos pasienter med dissociative lidelser, eller at pasienter med psykoselidelser blir feildiagnostisert med dissociative lidelser. Dette er gjerne forbundet med at klinikere bruker pasientens traumeerfaringer i vurderinger av diagnose. Men selv om flertallet av mennesker med dissociative lidelser rapporterer å ha opplevd alvorlige traumer, er ikke dette en del av de diagnostiske kriteriene. Traumatiske hendelser i barndommen er vanlig ved både psykose og KDL (APA, 2013; Larsson et al., 2013; Spiegel et al., 2011; Varese, Smeets, et al., 2012), og har dermed ikke i seg selv viktig differensialdiagnostisk verdi. I hvor stor grad traumehendelser er en kausal faktor i utviklingen av KDL, er også gjenstand for vedvarende debatt (Dalenberg et al., 2012; Dalenberg et al., 2014; Lynn et al., 2014). Vi er uansett nødt til å kjenne grundig til forskjeller i symptomatologi mellom tilstandene for å gi best mulig behandling, og ikke basere våre diagnoser primært på omfanget av personens eventuelle traumatiske opplevelser.

Med dette som utgangspunkt ønsker vi å gi en klar og presis beskrivelse av viktige likheter og forskjeller i symptomuttrykket ved komplekse dissociative lidelser (hovedsakelig dissociativ identitetslidelse) og psykoselidelser (hovedsakelig schizofreni) som vi ikke finner skildret i dagens diagnosemanualer. Vi vil beskrive nyere, relevant forskning som kan bistå klinikeren i det diagnostiske arbeidet. Forskningen som det refereres til, omhandler hovedsakelig forstyrrelser i selvbevissthet og identitet, samt schneiderianske førsterangssymptomer i form av auditiv hallusinosose og vrangforestillinger om influens.

SELVBEVISSTHET

Sunn selvbevissthet kan forstås som evnen til å oppleve og forstå seg selv som et *konstant levende* subjekt i verden, med en *stabil og fleksibel* personlig identitet *adskilt fra andre*, og evnen til å *integre og kontrollere* sine tanker, følelser, persepsjon og atferd (Scharfetter, 2008). Denne evnen er forstyrret både ved komplekse dissosiative lidelser (KDL) og schizofreni. Patologisk dissosiasjon beskrives som en forstyrrelse av normal integrering av bevissthet og kontroll over mentale prosesser, innenfor alle områder av psykologisk fungering (vår oversettelse, Spiegel et al., 2011). Et lignende fenomen beskrives ved schizofreni som «tap av opplevelse av å ha bolig i sine egne handlinger, tanker, følelser, impulser, kroppsformemmelser eller persepsjon, ofte i så stor grad at det kjennes ut som om en eies av en annen eller blir kontrollert av en fremmed kraft» (vår oversettelse, Sass & Parnas, 2003, s. 431). De dissosiative symptomene som er beskrevet nedenfor, er alle knyttet til opplevelsen av selvbevissthet, og kan fortone seg kvalitativt forskjellig ved schizofreni og KDL.

Depersonalisering og derealisering

Depersonalisering innebærer en følelse av adskilthet eller fremmedhet for en selv eller egen kropp, og er vanlig ved mange psykiske lidelser deriblant KDL og schizofreni. Enkelte pasienter har beskrevet en opplevelse av depersonalisering i prodromalfasen til schizofreni (Therman et al., 2014) og opplevelsen er ofte kronisk ved KDL. Mennesker med KDL beskriver depersonalisering ofte «som om» man er med i en film (Steinberg, Cicchetti, Buchanan, Rakfeldt & Rounsaville, 1994). Den viktige opplevelsen av en selv som et konstant levende individ kan også opphøre ved psykoselidelsene. Ved slike tilstander kan opplevelsen forklares gjennom vrangforestillinger, som at man faktisk *er* med i en film, eller ikke er i live.

Opplevelsen av omverdenen som kvalitativt endret, såkalt derealisering, er et symptom som forekommer ofte ved begge tilstandene. Møller et al. (2011) fant at over 50 % av et utvalg på 25 personer med schizofreni bekreftet symptomet. Man kan skille mellom to typer derealisering: flytende og påtrengende. Påtrengende derealisering viser til en opplevelse av at «hele eller deler av verden fremstår nærmest som overvirkelig, med en ubestemmelig forsterket betydning og fremtoning» (Parnas et al., 2005, norsk

versjon, s. 8). Slik påtrengende derealisering ser ut til å forekomme oftere ved schizofreni enn ved KDL. Personer med KDL beskriver oftere en flytende og global form for derealisering, altså en verden som oppleves uvirkelig, drømmeaktig og uklar. Det kan dermed være viktig å undersøke kvaliteten av derealiseringssymptomer grundig i tvilstilfeller.

Amnesi

Dissosiativ amnesi er ikke et kriterium og heller ikke et vanlig symptom ved schizofreni, men fremstår som et hovedtrekk ved DID. Det er funnet at mennesker med schizofreni skårer lavt på amnesi, men samtidig høyere enn en frisk kontrollgruppe (Spitzer, Haug & Freyberger, 1997). Forstyrret tidsopplevelse og dissosiativ «fugue» forekom også sjelden i et norsk utvalg med schizofreni (Møller et al., 2011), men er vanlig ved KDL/DID. Det er derfor viktig å utrede dette symptomet grundig i vanskelige differensialdiagnostiske saker.

Paul Dell (2013) har sammenlignet amnesi mellom pasienter med schizofreni, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og dissosiativ identitetslidelse. Han fant amnesi for hendelser i barndommen på tvers av gruppene. Men pasienter med dissosiative lidelser hadde i tillegg tap av minne for nyere tid eller tap av evner som de tidligere hadde mestret uten problemer. Personer med dissosiative lidelser kunne også i ettertid oppdage at de hadde handlet i en dissosiativ tilstand. Ved en grundig utredning er det viktig å kartlegge om personen har funnet bevis på at de har gjennomført handlinger de ikke kan gjenkalle, og/eller plutselig mister evner som for eksempel å ikke huske hvordan de lager mat, kjører bil eller lignende.

Somatoform dissosiasjon

Somatoform dissosiasjon diskriminerer godt mellom dissosiative tilstander og en rekke andre psykiske lidelser, deriblant schizofreni (Nijenhuis et al., 1999). Selv om motoriske forstyrrelser kan beskrives ved schizofreni, er det sjelden funnet at pasienter opplever *morfologiske* forandringer, altså en illusjon om at kroppen endres. Forstyrrelser i kroppslige opplevelser og kroppsbevissthet predikerer ikke psykoseutvikling (Nelson, Thompson & Yung, 2012), og er derfor viktig å utrede i tvilstilfeller.

Personer med KDL rapporterer ofte om somatisk dissosiasjon i form av plutselig sanse-

»

endring, ukontrollerbare impulser eller bevegelser (for eksempel krampe- og besvimelsesanfall), og/eller sanseutfall eller motorisk utfall slik som paralysen eller tap av smakssansen. De kan også oppleve morfologisk forandring. Motoriske *forstyrrelser*, opplevelse av at man ikke bestemmer over egne bevegelser (interferens), eller plutselige lammelser/blokkering av bevegelser, er funnet hos cirka 35 % av pasienter med førsteepisode-schizofreni, mens opplevelsen av morfologisk *forandring* i form og størrelse og somatisk depersonalisering var nesten fraværende i denne pasientgruppen (Møller et al., 2011).

IDENTITETSVEKSLING

Symptomene som hittil er omtalt, vil kunne påvirke personens selvopplevelse og/eller ha sammenheng med alvorlig identitetsforstyrrelse. Uansett den kausale retningen er både schizofreni og KDL kjennetegnet av alvorlig identitetsforvirring, mens DID spesielt preges av vekslings mellom bevissthetstilstander. Identitetsveksling innebærer at personen har forskjellige bevissthetstilstander, ofte omtalt som «deler» eller «alters». Disse bevissthetstilstandene kjennetegnes av tanke-, følelses- og atferdsmønstre som i større eller mindre grad er stabile og unike for denne tilstanden, inkludert egen selvopplevelse. Det beskrives også opplevelse av amnesi eller sterk depersonalisering for hendelser mellom disse tilstandene (Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Vekslingen er dermed ikke hovedsakelig uttrykk for emosjonelle endringer, regressiv atferd eller gjenopplevelse, men faktiske identitetsskifter. Dette er ikke et typisk symptom ved schizofreni, og fører til at mennesker med DID opplever mer forvirring knyttet til sin identitet og handlinger enn det man finner ved schizofreni (Laddis & Dell, 2012).

SCHNEIDERIANSE FØRSTERANGSSYMTOMER

Kurt Schneider beskrev spesifikke symptomer som han tenkte skilte schizofreni fra andre psykoseformer (Schneider, 1959). Disse såkalte førsteangssymptomene er auditiv hallusinos, tankekringkasting og vrangforestilling om kontroll og persepsjon. Reliabiliteten av denne inndelingen har siden blitt stilt spørsmål ved, og det er flere som viser tilstedeværelsen av disse spesifikke symptomer hos mennesker med DID (Dorahy et al., 2009; Longden et al., 2012; Nordgaard, Arnfred, Handest & Parnas, 2008). Her ser vi nærmere på form og innhold av førsteangssymptomer ved DID og schizofreni.

Auditiv verbal hallusinos

Auditiv verbal hallusinos (AVH) er et viktig symptom ved både schizofreni og KDL, og studier viser at symptomet har liten differensialdiagnostisk verdi i seg selv. Nyere forskning viser at prevalensen av AVH i den generelle befolkningen er mellom 5 og 28 %, og at kun en fjerdedel av disse oppfyller kriteriet for en psykoselidelse (de Leede-Smith & Barkus, 2013). Ettersom AVH ikke er spesifikt for schizofreni og finnes i mer enn 50 tilstander, har dette symptomet fått en mindre sentral plass i DSM-5-kriteriene for schizofreni (Longden, Madill & Waterman, 2012; Tandon, 2012).

Det er kun gjennomført noen få studier som har forsøkt å beskrive eventuelle fenomenologiske forskjeller i stemmehøring hos pasienter med schizofreni og KDL (se Longden et al., 2012, s. 31; Ross et al., 1990). Både pasienter med schizofreni og DID rapporterer at stemmene kom-

mer innenfra og er stemningsinkongruente. Men DID-pasienter opplever oftere AVH fra før fylte 18 år, hører mer enn to stemmer, og både barne- og voksenstemmer (Dorahy et al., 2009). En annen studie viser at DID-pasienter oftere hører barnestemmer, mens personer med schizofrenidiagnose oftere beskriver kommanderende stemmer (Laddis & Dell, 2012). Begge gruppene i studien hørte stemmer som kranglet, men dette rapporteres oftere ved DID. Konklusjonen per i dag er at vi ikke kan basere diagnose på verken form eller innhold av AVH.

Vrangforestillinger

Forestillinger om manglende eierskap over sin frie vilje finnes både ved KDL og schizofreni, men er i sin mest ekstreme form ved schizofreni. Ved schizofreni kan grensen mellom selvet og omverdenen være utvisket, og man kan være overbevist om at ytre krefter styrer en. Mennesker med KDL har i de fleste tilfeller intakt realitetsorientering eller kun kortvarige opplevelser av realitetsbrudd, som kan oppfylle kriteriene for akutte forbigående psykoser. De kan fortelle om indre stemmer som kommenterer og påvirker dem i stor grad, men er samtidig klar over at stemmene ikke er ekte. De har dermed ikke urealistiske forklaringer på hvorfor de hører stemmene (Steinberg et al., 1994).

Vrangforestillinger er ikke et primært symptom ved KDL, men det kan forekomme vrangforestillinger om delpersonligheter. I dissosiative tilstander hvor personen er påvirket av yngre «deler» av sin bevissthet, kan han/hun beskrive at yngre «deler» ikke kjenner igjen kroppen på grunn av alderstegn og fornekte disse fysiske forandringene (Steinberg & Siegal, 2008). Slike vrangforestillinger vil ha sammenheng med identitetsveksling og være av kortvarig art

FRAMTIDIG FORSKNING

På flere andre områder er det gjort kliniske observasjoner som kan skille tilstandene, men disse er ennå ikke bekreftet gjennom forskning. Schizofreni har stor innvirkning på personens sosiale og arbeidsmessige funksjon og er den åttende største årsaken til år tapt til uførhet på verdensbasis (Rossler, Salize, van Os & Riecher-Rossler, 2005), og nedsatt sosial og arbeidsmessig funksjon er et klart kriterium i DSM-systemet. Mennesker med KDL har deri-

mot ofte mer varierende fungering, der de i perioder fungerer godt, men med plutselige og brå funksjonsfall.

Det har lenge vært kjent at mennesker med schizofreni har en uttalt nevrokognitiv svikt som i stor grad påvirker deres funksjonsnivå og vedvarer over lang tid (Green & Harvey, 2014; Green, Kern & Heaton, 2004). Ved KDL er det gjort mindre forskning på nevrokognitiv fungering. Det er funnet en sammenheng mellom økt dissosiasjon og redusert oppmerksomhet, reduserte eksekutive funksjoner, og svekket visuelt og verbalt korttidsminne samt svekket arbeidsminne og episodisk minne (De Bellis, Woolley & Hooper, 2013; Haaland & Landrø, 2009; Veltman et al., 2005). Det synes likevel klart at det på dette området er behov for mer forskning som eventuelt kan bidra til viktig differensialdiagnostisk informasjon.

Det er påbegynt et arbeid med å undersøke psykobiologiske karakteristika ved identitetsveksling hos DID-pasienter. I tillegg til forskjellige subjektive reaksjoner ved identitetsveksling finner man også forskjeller i kardiovaskulære responser og cerebrale aktiveringsmønstre, selv etter at man har kontrollert for mulig simulering av tilstanden (Reinders et al., 2006; Reinders, Willemsen, Vos, den Boer & Nijenhuis, 2012). Hvis dette reproduseres i andre studier, kan det være et lovende diagnostisk verktøy i framtiden.

I klinisk praksis opplever vi det spesielt utfordrende å skille KDL og prodromale psykotiske tilstander, da begge betegnes av perseptuelle endringer, kortvarige begrensede psykotiske episoder, depersonalisering og derealisering. Vi har ikke nok kunnskap til å skille mellom hvem som vil utvikle hvilken tilstand hos ungdom med lettere psykosesyntomer (Fusar-Poli et al., 2013), og det er derfor viktig å ha tålmodighet i tvilstilfeller og basere seg på god psykologisk behandling over tid.

OPPSUMMERING

Med økt kunnskap forventer vi å få en bredere forståelse av sammenhengen mellom dissosiative og psykotiske symptomer. Dette kan være et viktig bidrag til et dimensjonalt diagnosesystem. Inntil da er det nyttig med inngående kjennskap til symptomer i det som i dag forstås som forskjellige tilstander. Vi har samlet en enkel oversikt i tabell 1. Her er det tatt utgangspunkt i hvordan man kan forvente at viktige symptomer kommer til uttrykk i de forskjellige tilstandene, og lagt til informasjon om nyttige verktøy som alle er oversatt til norsk. I de aller vanskeligste sakene anbefales det å utrede for både psykose og dissosiativ lidelse og bruke tabellen for å avgjøre hvilken diagnose som er mest nærliggende etter en grundig vurdering. Se ellers Bækkelund og Berg (2014) for en bredere beskrivelse av utredning ved kompleks dissosiativ lidelse på norsk.

Konklusjon

Det er mye symptomatisk overlapp mellom schizofreni og KDL, og det er fullt mulig å ha utslag av begge lidelsene. Begge tilstandene preges av auditiv verbal hallusinose, alvorlig identitetsforstyrrelse og depersonalisering/derealisering. Dissosiativ amnesi, somatoform dissosiasjon og identitetsveksling finner vi primært ved KDL og/eller DID, mens schizofreni kjennetegnes av ukorrigerbare vrangforestillinger. Vi finner forskjeller i funksjon og nevrokognisjon, men trenger mer forskning på området. Det er fortsatt vanskelig å differensiere mellom tilstandene i tidlige sykdomsfaser, og det anbefales et lengre forløp og observasjonsperiode før man kan stadfeste diagnose med sikkerhet.



Somatoform
dissosiasjon
diskriminerer
godt mellom
dissosiative til-
stander og en
rekke andre
psykiske lidelser,
deriblant
schizofreni

Tabell 1 Oversikt over viktige dimensjoner/symptomer ved schizofreni og kompleks dissociativ lidelse

Symptom/ dimensjon	Schizofreni	KDL	Verktøy
Dissosiative erfaringer	Mild til moderat (DES 17.6)	Tilbakevendende/perseverende (moderat til alvorlig) (DES 44.6).	DES
Identitetsforvirring	Omtales som selv-forstyrrelse. Forekommer og kan forklares med vrangforestilling	Stor grad av identitetsforvirring Gjentakende og konsistent skift.	EASE SCID-D
Auditiv hallusinose	Forekommer	Forekommer	SCID-I IDDTs
Vrangforestillinger om influens	Forekommer, ofte ukorrigerbare	Tidvis forestillinger om å bli kontrollert, men korrigerbare. En «som om» følelse	SCID-I IDDTs
Realitetsorientering	Svekket	Tilstede for det meste. Kortvarig realitetsbrist forekommer	SCID-I IDDTs
Katatoni	Kan forekomme	Vanligvis ikke, men vær obs på dissociative komatilstander, transe-tilstander, og frys-reaksjoner	SDQ IDDTs
Funksjon	Svekket på en eller flere områder	Vanligvis intakt men svingende forverring over tid	Klinisk intervju Komparent opplysninger
Amnesi	Nei Kan oppleve absorbasjon	Tilstede i DID Ved DDNOS fremmedgjort fra egne følelser/tanker/handlinger	SCID-D IDDTs
Derealisering	Forekommer	Forekommer/Vedvarer	DES/SCID-D EASE
Depersonalisering	Forekommer	Forekommer /Vedvarer	DES/SCID-D EASE
Somatisk dissosiasjon	Sjelden	Frekvent	SDQ IDDTs

Sammendrag fra Brand & Loewenstein, 2010; og Moskowitz, Schäfer, & Dorahy, 2008.

Forkortelse: KDL = kompleks dissociativ lidelse, DID = dissociativ identitetslidelse, DDNOS = uspesifisert dissociativ lidelse

Verktøy: DES = dissociativ erfaringsskala, EASE = Examination of Anomalous Self-Experience (Parnas et al., 2005), SCID-D = Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders (Steinberg & Bøe, 1995), SCID-I = Structural Clinical Interview for Axis I DSM-IV (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996), IDDTs = intervju for dissociative lidelser og traumerelaterte symptomer (ny versjon Trauma and Dissociation Symptoms Questionnaire er ikke oversatt til norsk) (Boon, Draijer, & Matteß, 2008), SDQ = Somatoform Dissociation Questionnaire (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, & Vanderlinden, 1996).

REFERANSER

- APA (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4 oppl.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Bernstein, E. M. & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727–735.
- Boon, S. & Draijer, N. (1993). Multiple personality disorder in The Netherlands: a clinical investigation of 71 patients. *American Journal of Psychiatry*, 150(3), 489–494.
- Boon, S., Draijer, N. & Mattheß, H. (2008). *Intervju for dissosiative lidelser og traumerelaterte symptomer* (C. H. Boland, E. K. Jepsen, A. S. Jervell & M. Thelle, Overs.).
- Brand, B. & Loewenstein, R. J. (2010). Dissociative Disorders: An Overview of Assessment, Phenomenology and Treatment. *Psychiatric Times* (October), 62–69.
- Brand, B. & Loewenstein, R. J. (2014). Does phasic trauma treatment make patients with dissociative identity disorder treatment more dissociative? *Journal of Trauma and Dissociation*, 15(1), 52–65.
- Bækkelund, H. & Berg, A. O. (2014). Kartlegging og diagnostisering av traumerelaterte lidelser. I T. Anstorp & K. Benum (red.), *Traumebehandling i praksis. Arbeid med komplekse traumelidelser og dissosiasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Loewenstein, R. J., Cardeña, E., . . . Spiegel, D. (2012). Evaluation of the evidence for the trauma and fantasy models of dissociation. *Psychological Bulletin*, 138(3), 550–588.
- Dalenberg, C. J., Brand, B. L., Loewenstein, R. J., Gleaves, D. H., Dorahy, M. J., Cardena, E., . . . Spiegel, D. (2014). Reality versus fantasy: reply to Lynn et al. (2014). *Psychological Bulletin*, 140(3), 911–920.
- De Bellis, M. D., Woolley, D. P. & Hooper, S. R. (2013). Neuropsychological findings in pediatric maltreatment: relationship of PTSD, dissociative symptoms, and abuse/neglect indices to neurocognitive outcomes. *Child Maltreatment*, 18(3), 171–183.
- de Leede-Smith, S., & Barkus, E. (2013). A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Frontiers in Human Neuroscience*, 7, 367.
- Dell, P. F. (2009). The long struggle to diagnose multiple personality disorder. i P.F. Dell & J. A. O.Neil (Red) Multiple personality disorder. Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond. New York, Routledge: s. 405–444.
- Dell, P. F. (2013). Three dimensions of dissociative amnesia. *Journal of Trauma and Dissociation*, 14(1), 25–39.
- Dorahy, M. J., Brand, B. L., Sar, V., Kruger, C., Stavropoulos, P., Martinez-Taboas, A., . . . Middleton, W. (2014). Dissociative identity disorder: An empirical overview. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(5), 402–417.
- Dorahy, M. J., Shannon, C., Seagar, L., Corr, M., Stewart, K., Hanna, D., . . . Middleton, W. (2009). Auditory hallucinations in dissociative identity disorder and schizophrenia with and without a childhood trauma history: similarities and differences. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(12), 892–898.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structural Clinical Interview for Axis I DSM-IV: Disorders Research version – Patient edition (SCID I/P, Version 2.0)*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Fisher, H. & Craig, M. (2008). Childhood adversity and psychosis. I C. Morgan, K. McKenzie & P. Fearon (red.), *Society and Psychosis* (s. 95 – 111). Cambridge: Cambridge University Press.
- Fusar-Poli, P., Borgwardt, S., Bechdolf, A., Addington, J., Riecher-Rössler, A., Schultze-Lutter, F., . . . Yung, A. (2013). The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry*, 70(1), 107–120.
- Green, M. F. & Harvey, P.D. (2014). Cognition in schizophrenia: Past, present, and future. *Schizophrenia Research: Cognition*, 1(1), e1–e9.
- Green, M. F., Kern, R. S. & Heaton, R. K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. *Schizophrenia Research*, 72(1), 41–51.
- Haaland, V. O. & N. I. Landro (2009). Pathological dissociation and neuropsychological functioning in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(5), 383–392.
- Hart, O. v. d., Nijenhuis, E. R. S. & Steele, K. (2006). *The haunted self: structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York: Norton.
- Helsedirektoratet. (2013). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykose-lidelser. (s. 220). Oslo: Helsedirektoratet.
- Jepsen, E. K. K., Langeland, W., Sexton, H. & Heir, T. (2013). Inpatient Treatment for Early Sexually Abused Adults: A Naturalistic 12-Month Follow-Up Study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(2), 142–151.
- Laddis, A. & Dell, P. F. (2012). Dissociation and psychosis in dissociative identity disorder and schizophrenia. *Journal of Trauma and Dissociation*, 13(4), 397–413.
- Larsson, S., Andreassen, O. A., Aas, M., Rossberg, J. I., Mork, E., Steen, N. E., . . . Lorentzen, S. (2013). High prevalence of childhood trauma in patients with schizophrenia spectrum and affective disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(2), 123–127.
- Longden, E., Madill, A. & Waterman, M. G. (2012). Dissociation, trauma, and the role of lived experience: toward a new conceptualization of voice hearing. *Psychological Bulletin*, 138(1), 28–76.
- Lynn, S. J., Lilienfeld, S. O., Merkelbach, H., Giesbrecht, T., McNally, R. J., Loftus, E. F., . . . Malaktaris, A. (2014). The trauma model of dissociation: inconvenient truths and stubborn fictions. Comment on Dalenberg et al. (2012). *Psychological Bulletin*, 140(3), 896–910.
- Moskowitz, A., Schäfer, I. & Dorahy, M. J. (red.) (2008). *Psychosis, trauma, and dissociation: emerging perspectives on severe psychopathology*. Chichester, West Sussex, England: Wiley.
- Møller, P., Haug, E., Raballo, A., Parnas, J. & Melle, I. (2011). Examination of anomalous self-experience in first-episode psychosis: interrater reliability. *Psychopathology*, 44(6), 386–390.
- Nelson, B., Thompson, A. & Yung, A. R. (2012). Basic self-disturbance predicts psychosis onset in the ultra high risk for psychosis «prodromal» population. *Schizophrenia Bulletin*, 38(6), 1277–1287.

- Nijenhuis, E. R., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van der Hart, O. & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(11), 688–694.
- Nijenhuis, E. R. S., van Dyck, R., Spinhoven, P., van der Hart, O., Chatrou, M., Vanderlinden, J. & Moene, F. (1999). Somatoform dissociation discriminates among diagnostic categories over and above general psychopathology. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 33(4), 511–520.
- Nordgaard, J., Arnfred, S.M., Handest, P. & Parnas, J. (2008). The diagnostic status of first-rank symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 137–154.
- Parnas, J., Moller, P., Kircher, T., Thalbitzer, J., Jansson, L., Handest, P. & Zahavi, D. (2005). EASE: Examination of Anomalous Self-Experience. *Psychopathology*, 38(5), 236–258.
- Perona-Garcelan, S., Carrascoso-Lopez, F., Garcia-Montes, J. M., Ductor-Recuerda, M. J., Lopez Jimenez, A. M., Vallina-Fernandez, O., . . . Gomez-Gomez, M. T. (2012). Dissociative experiences as mediators between childhood trauma and auditory hallucinations. *Journal of Traumatic Stress*, 25(3), 323–329.
- Reinders, A. A., Nijenhuis, E. R., Quak, J., Korf, J., Haaksmma, J., Paans, A. M., . . . den Boer, J. A. (2006). Psychobiological characteristics of dissociative identity disorder: a symptom provocation study. *Biological Psychiatry*, 60(7), 730–740.
- Reinders, A. A., Willemsen, A. T., Vos, H. P., den Boer, J. A. & Nijenhuis, E. R. (2012). Fact or factitious? A psychobiological study of authentic and simulated dissociative identity states. *PLoS One*, 7(6), e39279.
- Ross, C. A., Miller, S. D., Reagor, P., Bjornson, L., Fraser, G. A. & Anderson, G. (1990). Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 31(2), 111–118.
- Rossler, W., Salize, H.J., van Os, J. & Riecher-Rossler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 399–409.
- Sass, L. A. & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophrenia Bulletin*, 29(3), 427–444.
- Scharfetter, C. (2008). Ego-fragmentation in schizophrenia: A severe dissociation of self-experience. i A. Moskowitz, I. Schäfer & M. J. Dorahy (red.), *Psychosis, Trauma and Dissociation* (1 opl., s. 51–64). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Schneider, K. (1959). *Clinical Psychopathology*. New York: Grune and Stratton.
- Spiegel, D., Loewenstein, R. J., Lewis-Fernandez, R., Sar, V., Simeon, D., Vermetten, E., . . . Dell, P. F. (2011). Dissociative disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 824–852.
- Spitzer, C., Haug, H. J. & Freyberger, H. J. (1997). Dissociative symptoms in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychopathology*, 30(2), 67–75.
- Steinberg, M. & Bøe, T. (1995). *Strukturert klinisk intervju for DSM-IV dissociative [i.e. dissociative]forstyrrelser (SCID-D)*. Oslo: Norsk psykologforening.
- Steinberg, M., Cicchetti, D., Buchanan, J., Rakfeldt, J. & Rounsaville, B. (1994). Distinguishing between multiple personality disorder (dissociative identity disorder) and schizophrenia using the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(9), 495–502.
- Steinberg, M. & Siegal, H. D. (2008). Advances in assesment: The differential diagnosis of dissociative identity disorder and schizophrenia. i A. Moskowitz, I. Schäfer & M. Dorahy (red.), *Psychosis, Trauma and Dissociation* (s. 177–190). Oxford: Wiley-Blackwell.
- Tandon, R. (2012). The nosology of schizophrenia: toward DSM-5 and ICD-11. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(3), 557–569.
- Therman, S., Lindgren, M., Manninen, M., Loewy, R.L., Huttunen, M.O., Cannon, T.D. & Suvisaari, J. (2014). Predicting psychosis and psychiatric hospital care among adolescent psychiatric patients with the Prodromal Questionnaire. *Schizophrenia Research*, 158(1–3), 7–10.
- Varese, F., Barkus, E. & Bentall, R. P. (2012). Dissociation mediates the relationship between childhood trauma and hallucination-proneness. *Psychological Medicine*, 42(5), 1025–1036.
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieveise, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., . . . Bentall, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophrenia Bulletin*, 38(4), 661–671.
- Veltman, D. J., de Ruitter, M. B., Rombouts, S. A., Lazeron, R. H., Barkhof, F., Van Dyck, R., . . . Phaf, R. H. (2005). Neurophysiological correlates of increased verbal working memory in high-dissociative participants: a functional MRI study. *Psychological Medicine*, 35(2), 175–185.
- WHO. (1992). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser* (World Health Organization Red. 1 oppl.). Oslo: Gyldendal Akademisk.



SJELDAN TERAPEUT Det finst bare rundt 20 som Hans Petter Solli her i landet: musikkterapeutar som arbeider i psykisk helsevern.
Foto: Audun Braastad

Improviserer vekker psykosesyntptom

Trivsel, motivasjon, fridom, meining og håp. Sånne ting kjenner pasientar diagnostisert med psykose meir av når dei får musikkterapi.

TEKST Arne Olav Hageberg

MED UTGANGSPUNKT I sin eigen praksis som musikkterapeut ved ei lukka psykiatrisk avdeling på Lovisenberg Diakonale Sykehus i Oslo har Hans Petter Solli intervjuet pasientar diagnostisert med psykose om deira erfaringar med musikkterapi.

Pasientane kan fortelja om positive opplevingar som er sjeldne ikkje bare under sjukehusopphaldet, men også elles i livet. Som dei fleste av oss opplever pasientar med psykosesyntptom lidingar musikken som ei frison. Eller som ein av deltakarane i Solli sin studie sa det:

«Jeg mener jeg alltid har merka at det er godt å være her. Det er fred, da. Det er fred i dette rommet. Det er ikke noe sykdom i dette rommet. Det er ikke noen negative ånder her, liksom. Det er fred.»

Dei innlagde er mykje på rommet sitt. Dei kan ikkje fritt gå ut av huset, dei er skjerma, og tidvis ligg nokon jamvel i belteseng. Gjennom musikkterapien opplever dei å få bruka heile seg. »



Gjennom musikkterapien opplever pasientane ein auke av positive symptom, endringane skjer frå null og oppover

Hans Petter Solli

- Ph.d.-graden ved Universitetet i Bergen 2014 med avhandlinga «The groove of recovery. A qualitative study of how people diagnosed with psychosis experience music therapy»
- Musikkterapeut ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, avd. ROP/ Lovisenberg DPS.
- Førsteamanuensis i musikkterapi ved Norges Musikkhøgskole
- Forskar II ved GAMUT-Griegakademiets senter for musikkterapiforskning i Bergen (UiB og Uni Research helse)
- Utøvande trommeslagar med både delta-king i Melodi Grand Prix og Spelemanns-nominasjon på CV-en

Kontakt: hpsolli@gmail.com

SANGBØKER OG SLØYE GROOVAR

Men kva fyller dei tida med, der inne på musikkterapirommet? Solli er først og fremst oppteken av å møta pasientane sine interesser og få tak i ressursar og musikalsk identitet.

– Eg brukar ikkje ein spesiell type musikk, eller har ein spesiell CD som eg spelar for dei, understrekar terapeuten.

Pasientane får bestemme kva instrument dei skal utfalda seg på, og kva musikk dei skal høyra på, eller synga. Men det Solli brukar oftast, er improvisasjon. Det handlar ikkje om at pasientane skal leika Miles Davis eller Karin Krog og improvisera over avanserte akkordprogresjonar med bevisst bruk av skala og sånt. Terapeuten samanliknar terapeutisk improvisasjon med ein jamsession.

– Nokre av dei eg intervjuar i studien, lærte å spela litt trommesett, så spelte eg bass, og så lagde vi oss ei ABACA-form, der A-delen var ein enkel trommegroove, B call and response, der instrumenta hermar etter kvarandre fram og tilbake, og C var meir flytande og frijazzaktig. Å spela saman på den måten er ein sosial aktivitet som krev merksemd og respons på det den andre gjer der og då. Vi er saman om kjensler, understrekar Solli.

– Det handlar om å merka at den andre kjenner noko av det eg kjenner og å få respons på kjenslene gjennom den musikalske improvisasjonen. Dette skildrar pasientane mine som sterke opplevingar av å vera levande, å kjenna kroppen sin og kjenslene sine.

POSITIV IDENTITET

Ein annan metode Solli ofte brukar, er songskrivning. Ein del av pasientane skriv tekstar frå før, som dagbok eller dikt. Andre byrjar med det i musikkterapien. Dei kan tematisere trivielle ting, eller personlege opplevingar og korleis dei har det no.

– I musikkterapirommet kan vi spela musikken inn i eit lite studio vi har, og trykka CD-plater og cover, seier Solli, og fortel om ein pasient som skreiv rap-låtar. Han gav CD-en i gåve til pasientar, personalet, vener og familien, og opptredde på internkonsert på sjukehuset.

– Slik blir musikken ein sosial kapital, noko som støtter opp om ein meir positiv identitet som ein kan ta med ut i det sosiale rommet. Mange fortel at det er stigmatiserande og tungt å vera pasient inne på ein lukka institusjon. Mykje handlar om dei sjøve, sjukdomen og behandlinga. Dei opplever at musikken er noko av det som er friskt i dei. Noko av det einaste i livet deira som ikkje er «besudla» med sjukdom. Det bidrar til å fremja ein positiv identitet, seier Solli, med eit nikk til teoriar om «Performance of self».

– *Er funna dine spesielle for musikkterapi, eller er det slik at ein ville oppnå like eller liknande resultat med andre former for uttrykksterapi?*

– Eg trur først og fremst det er viktig å finna behandlingstilnærmingar som pasienten sjølv ønskjer, og som bygger på interesse. Noko som er spesielt med musikkterapi, er at det gjev høve til å uttrykka kjensler i samspel med ein annan person, utan at ein må bruka ord. Forsking på tidleg interaksjon mellom foreldre og born viser at kommunikasjonen vår grunnleggande sett er musikalsk. Den er bygd opp av musikalske element som rytme, toneleie, form og dynamikk. Dette nyttar spedborna i kommunikasjon, noko som viser at vi alle har ei medfødt evne til å kommunisera gjennom musikk – ein kommunikatív musikalitet. Men det er jo ikkje alle som har halde desse evnene ved like, så då må ein øva litt, seier Solli.



SAMPEL OG IMPROVISASJON

med bass og trommer kan gje pasientane sterke opplevingar av å vera levande, å kjenna kroppen sin og kjenslene sine, fortel musikkterapeut Hans Petter Solli. (Illustrasjonsfoto: Travis Maggini / flickr.com)

Å VINNA SEG SJØLV TILBAKE

Hans Petter Solli koplar både det terapeutiske arbeidet og forskinga si til recovery-perspektivet, som for tida er sterkt inne i helsepolitiske dokument og opptrappingsplanar. Det tar utgangspunkt i menneskerettstanken og handlar om å støtta ressursar og å hjelpa folk til å leva eit så godt liv som mogleg, trass i eventuelle psykiske plager. Gjennom musikkterapien opplever pasientane ein auke av positive symptom, endringane skjer frå null og oppover.

– Psykiatrien har tradisjonelt jobba mykje meir med det som er på minussida. Recoveryperspektivet manar til eit større fokus på aktørrolla, ressursar og håp. Ut frå studien min ser vi at pasientane er mykje meir opptekne av kva musikkterapien tilfører på den positive delen av skalaen, som positive emosjonar, motivasjon og trivnad. Dei er ikkje så opptekne av kva musikken gjer med symptom dei måtte ha.

Ein av deltakarane i studien til Solli sa det slik:

– Jeg føler meg ofte som en feilmontert vare. At det er liksom så mye feil ved meg, hvis du skjønner? Men når jeg er her i musikkterapien, da føler jeg ikke at det er så mye gærent. Jeg har følt meg veldig frisk når jeg har vært her.

Sekundært knyter pasientane musikken også opp mot symptomlette, til dømes færre negative tankar og stemmer, og mindre trong til sjøvskaing. Dette tyder på at om ein får styrkt det som er sterkt slik at pasienten får eit meir meiningsfylt liv, vil ein òg redusera symptom og lidingsstrykk.

– Dette er det viktigaste funnet i studien, meiner Solli. Musikkterapi støttar opp om pasientane sin personlege betringsprosess. Den er ein arena der dei kjenner at dei sjølve er aktive i det å skapa seg eit meir meiningsfullt tilvære.

PÅ HØGSTE EVIDENSNIVÅ

– Min studie gir utfyllande kunnskap om korleis ulike aspekt av musikkterapien opplevest av pasientane sjølve, seier Solli, og understrekar kor viktig

brukarperspektivet er når ein skal utvikla gode og veltilpassa psykiske helsetenester.

Mange reknar brukarperspektivet som ein viktig del av eit heilskapleg evidensgrunnlag, understrekar han.

Styresmaktene sine retningslinjer for behandling av personar med psykose tilrår bruk av musikkterapi og presiserer at behandlinga må utførast av terapeutar med godkjent utdanning i musikkterapi. Tilrådinga er gitt gradering A, og evidensen er også på høgste nivå. Trass i dette finst det bare rundt 20 som Hans Petter Solli her i landet: musikkterapeutar som arbeider på DPS eller i psykisk helsevern. Noko er likevel i ferd med å skje. Helsedirektoratet har gitt støtte til praksisutvikling på feltet og til tverrfaglege informasjonskurs og etterutdanning i musikkterapi, rus og psykiske lidningar. Solli er no involvert i utvikling av desse tilboda.

– Om du fekk tre år fri og ubegrensa med midlar: Kva ville du ha forska vidare på?

– Då ville eg forska på implementering av musikkterapi i høve til psykoseretningslinjene og undersøkt korleis musikkterapi på best mulig måte kan integrerast i behandlingsapparatet – på akuttavdelingar, døgnavdelingar, DPS og i kommunen – og korleis vi kan få til gode overgangar mellom dei ulike nivåa. Og så ville eg sett på oppfølgingsdimensjonen; korleis musikkterapeutar best kan hjelpa brukarar til å knyte seg til musikk- og kulturtilbod utanfor behandlingsapparatet. ✘

Inntrykk



Kringlen burde ha drøftet mer og referert mindre, mener Pål Grøndahl.

Side 262

Verdifull bok om gruppeterapi, mener vår anmelder.

Side 264

Vi må tilbake til Aristoteles for å få løsningen på NPM-problemet, ifølge månedens Anbefalt-spalte.

Side 265

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Send forespørsel 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

Ideenenes makt

Den nye oppsetningen av Brand på Det Norske Teatret er et engasjerende eksistensielt drama. Stykket formidler også noe viktig om de sterke kreftene som kan ligge til grunn for ekstrem idealisme og religiøsitet.



HENRIK IBSEN

Brand
Regi: Kjetil Bang-Hansen
Det Norske Teatret, 2015

ANMELDT AV

Henrik Kamphus,
psykolog, BUP
Nordstrand

JEG SÅ BRAND på Nationaltheatret for noen år siden. Jeg klarte ikke å følge skikkelig med, jeg falt ut, mistet konsentrasjonen. Alle disse versene på rim! Måtte han gjøre det så tungvint, Ibsen? Denne gangen bestemte jeg meg for å lese meg litt opp. Jeg ville liksom ikke gi ham helt opp, Brand, han som rommer så mange sterke karakterdrag, så mange sjelelige motsetninger og gåter.

LEVENDE FORTELLING

Sceneteppe er helt sort, med unntak av en lysende gullfarget strime som virker å være smeltet inn i det. Den likner en ønskekvist og vekker spenning og uro. Scenen er dyp, grå og dyster.

Forestillingen begynner med et skudd. Det er taterkvinnen som forsøker å skyte en falk. Hun er rå, hveser mer enn hun taler. Like etter kommer Agnes og Einar til syne. De er begge kledd i hvitt, de leker og flørter. Brand avløser denne lette stemningen. Han er kledd i grått. På ryggen bærer han på en sekk. Han er alvorstung, innadvendt og tenkende, mørk i blikket. Einar drar kjensel på Brand, og de kommer i dialog. Brand er ikke sen med å slå ned på Einars livsglade holdning og flørt med Agnes. Dialogen og handlingen blir – som alt Brand foretar seg



– en kompromissløs kamp mellom rett og galt. Senere får vi se hvordan Brands vilje og harde kjærlighet koster både hans barn og kone livet.

EN TROVERDIG OG NÆR KARAKTER

Ibsens Brand-karakter er oppdiktet, usann, urimelig, overdreven og umulig. Men hovedrolleinnhaver Svein Tindberg gjennomfører det kunststykket å gjøre Brands umulighet mulig og ekte. Jeg synes Brands komplekse personlighet blir formidlet slik at han fremstår både menneskelig, troverdig og gjenkjennelig. Hans ubøyelighet og kompromissløse idealer blir fremstilt som mangler og svakheter ved hans personlighet. Det gjør at jeg får en godhet for ham. Han fremstår selv som ufullkommen, liten og menneskelig i sin intense og stridige ubøyelighet.

Jeg kan forstå meg på Brand. Han innlemmer i stor grad en abstrakt og tanketung, nesten teoretisk virkelighetsforståelse, inn i livet sitt. Han gir meg assosiasjoner til den ideelle boklige virkeligheten jeg forlot etter profesjonsstudiet i psykologi, til den harde, konkrete, prak-

tiske og menneskelige virkeligheten jeg møtte i arbeidslivet. For min del nærmere bestemt Blå Kors på Eina – en stor rusinstitusjon for menn på Vestre Toten med alvorlige avhengighetslidelser. Å begynne der var å falle. Ned fra bøkenes og idealenes mektige slott til bakkeplanets stein og grus. Til tobakksrusk, linoleumsgulv og voksne karer som ikke lot seg kategorisere i det språket jeg hadde med meg fra universitetet. Rusmisbrukere i kjøtt og blod. Jeg trengte på et vis å glemme for å være åpen nok til å møte dem. Å komme andre mennesker i møte krever en ganske annen tilnærming og tilstedeværelse enn den som er tilegnet i lesesalene og studiene.

IDEOLOGIERS PSYKOLOGISKE GRUNNLAG

Hvor stor betydning har oppveksten for Brands liv og idealisme? Har Brand en del av selvbedraget i seg, hvor han dekker over savn, aggresjon og følelsesmessige mangler med en ekstremt idealistisk livsførsel? Siri Gullestad har mange spennende psykologiske betraktninger omkring fanatisme og ekstrem ideologi i

SVEIN TINDBERG

spiller Brand i Det Norske Teatrets oppsetning. (Foto: Erik Berg/Det Norske Teatret)





FOTO: ERIK BERGDØLMO/NORSKE TEATRET

sitt essay «Psykoanalyse og ideologi» hentet fra boka *Psyke, kultur og samfunn – Perspektiver på indre og ytre virkelighet* (2012). Hun drøfter her mulige underliggende motiver for at personer velger seg ekstreme ideologiske uttrykk, slik som Anders Behring Breivik. Gullestad stiller seg spørsmålet: «Kan det være at det ikke var demoniseringen av muslimer og Eurabia-ideologien som motiverte drapsmannen fra Utøya, men at det snarere var omvendt – at han søkte etter en ideologi som kunne tilpasses et truet univers og en morderisk hevnttrang? Altså at en indre, psykisk dynamikk bestemte holdningene?»

Denne dynamikken virker ikke urimelig ut fra en annen bok om Breivik, nemlig Aage Storm Borchgrevinchs *En norsk tragedie – Anders Behring Breivik og veiene til Utøya* (2012). Forfatteren gir et fyldig bilde av at Breiviks fanatiske ideologi synes å ha sammenheng med en forhistorie fylt med mangelfulle tilknytningserfaringer, ensomhet og isolasjon

og vanskeligheter med å finne et nærende og godt fellesskap å vokse i.

Igjen har vi fått terrorrens brutale ansikt nærere på oss gjennom massakren av redaksjonsmedlemmene i det franske satire-tidskriftet Charlie Hebdo. Hvordan skal vi forstå disse terroristenes ekstreme brutalitet og kalde religiøse idealisme? Jeg tror at det å kunne reflektere spørrende og åpent om et bredt antall forståelseshorisonter, gjør at en kan nærme seg terroristenes underliggende motiver, og kanskje kan det å stille spørsmålet omkring en indre og ubevisst drivkraft være ett av flere viktige spørsmål å ta i øyesyn.

HENRIK IBSENS STORHET

Tilbake til Brand. Han er prest. Han går rundt med Bibelen i hånden og kjenner fra innsiden til Jesu oppofrelser og kompromissløse vilje. Brand blir et bilde på en nåtidig Jesus. Det blir imidlertid vondt å se hvor hard han er i møte med seg selv og menneskene rundt ham. Brand

”

Svein Tindberg gjennomfører det kunststykket å gjøre Brands umulighet mulig og ekte

tar ikke høyde for – og godtar ikke – menneskets mangler og tilkortkommenheter. Han krever «inkje eller alt». Brand ender med selv ikke å være i stand til å gi annet enn kald og hard kjærlighet, noe som fører ham stadig lenger og lenger vekk fra menneskene, fra fellesskapet, fra varmen.

Jeg hadde altså forberedt meg på å følge nøye med på hva som ble formidlet om Brands oppvekst og barndom. Kanskje ville jeg forstå vesentlige sider av hans personlighetsutvikling og ekstreme idealer gjennom å rette oppmerksomheten mot hans oppvekstvilkår, mangler og tap? Jeg kjente allerede til at han tidlig ble farløs, og at hans mor var kald og fjern for ham i hans tidligste år. Men jeg synes ikke min nysgjerrighet om denne sammenhengen får nok kjøtt på beinet i fortellingen om Brand. Inntrykkene jeg får av Brand underveis i stykket, gjør meg imidlertid nysgjerrig på å forstå betydningen av ideer og etikk i seg selv, og hvor sterkt de kan fange en menneskesjel. Mangelfulle oppvekstvilkår, ensomhet og utenforskap kan selvsagt gjøre en person ekstra sårbar for tilknytning til ekstreme idealer og livsførsler, men fremstillingen av Brand handler ikke kun om dette. Jeg synes det norske teatrets oppsetning av Brand klarer å vise hvor komplisert dette regnestykket er. Det er ikke enten-eller. Sammenhengen mellom oppvekst, identitet, personlighetsutvikling og hang til viljestyrt idealisme blir ikke ensidig formidlet, noe som hever stykket. Forestillingen yter derfor rettferdighet i å vise frem Ibsens særlige begavelse i å formidle sammensatte og evig aktuelle karakterer.

BRENNAKTUELL

Ibsen har selv uttalt at han hadde Brand som forbilde. Jeg synes oppsetningen på Det Norske Teatret ivaretar Brands kvaliteter i karakteren som et forbilde, og at oppsetningen gir rom og inspirasjon til ettertanke. Brands person peker mot en sentral etikk som griper rett inn i alle menneskers liv, ikke minst i en psykolog-hverdag.

Hverdagen byr på prioriteringer, vurderinger og veivalg som setter en på etiske, faglige og personlige prøver. Se for eksempel vårt nåtidige New public management-regime: overfladiske kvalitetssikringsindikatorer sier ikke nødvendigvis noe om behandlingskvaliteten i møtet med pasientene! Hvordan skal vi gjøre oss hørt om dette? Hvor høyt skal vi si fra om byråkratietts makt med påfølgende faglige profesjonsinnskrenkninger? De som melder fra om mangler i systemene, såkalte «varslere», risikerer enkelte ganger å miste jobben sin eller ikke å bli ansatt på ny fordi de har vært for åpne om mangler i egne sykehus eller behandlingssystemer. Brand ville ikke overlevd lenge som ansatt i vårt system.

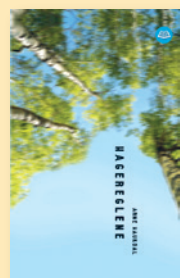
Ibsens Brand er en idealist og individualist inntil det selvplagende. Stykket klarer å vekke assosiasjoner til de dype eksistensielle kvalene langt utenfor teaterets fire vegger og gir stort rom for ettertanke. 2015-versjonen ved Det Norske Teatret er en storslått forestilling som klarer å holde på spenningen og interessen gjennom hele stykket. Det blir aldri kjedelig, men bevegende, rørende, nært og sterkt. ✕

Ferskvare



Down the rabbit hole?

Hva kan være mer passende enn at et tidsskrift med navnet «Matrix» etter 30 år lanserer seg selv i digital utgave? Det nordiske tidsskriftet for psykoterapi står redaksjonelt for et humanistisk og samfunnsvitenskapelig syn på psykoterapi, og deres siste utgave er et temanummer om psykoanalyse og forskning matrixtidsskrift.wordpress.com



Psykolog utgir novelle-samling

Arne Haukdal, psykolog, debuterte nylig med novelle-samlingen

Hagereglene, utgitt på Bokforlaget Publica. Forfatteren er ellers aktiv i Dagbladets Diktammer og lager musikk og videoer på YouTube. «Drivkraften er den samme med ord som med musikk, den bare er der og er vanskelig å forklare, utover det faktum at ordene ber om et uttrykk,» sier Haukdal i et intervju med forlaget. Tittelen *Hagereglene* er basert på ei låt av Snow Patrol: «The Garden Rules». Sentrale temaer boka er menneskelig tilpasning til eksistensielle utfordringer; hvordan tilpasningen ytrer seg og hva som skjer når tilpasningen rokkes ved eller ikke fungerer.

Jeg lærte ikke mye

Kringlen burde ha drøftet mer og referert mindre. For iblant har han interessante refleksjoner, som når han drøfter ondskap og psykiske avvikstilstander.



EINAR KRINGLEN

Sykdom og politisk lederskap. Essays om normalitet og avvik i politikken Vidarforlaget, 2014, 340 sider

ANMELDT AV

Pål Grøndahl, Kompetansesenteret for sikkerhets-, fengsels og rettspsykiatri, Oslo universitetssykehus

EINAR KRINGLEN, PROFESSOR emeritus i psykiatri og ofte benevnt som «nestor» i norsk psykiatri, har utgitt en ny bok. Den handler om politikere som blir syke, og hvilke konsekvenser det har medført. Kringlen har skrevet en rekke bøker og artikler gjennom sin lange karriere og er ingen debutant som forfatter. Den erfaringen skinner ikke helt igjennom i denne boken.

MENINGER OM DET MESTE

Boken har 10 kapitler. Etter innledningskapitlet drøfter Kringlen om viktige politiske konferanser, f.eks. Jalta-konferansen i februar 1945, ville blitt annerledes dersom ikke USAs daværende president Roosevelt hadde blitt syk. Deretter tar forfatteren for seg politikeres personlighet, stress og reaktive psykoser samt psykopati hos politikere. Så gjennomgår han ideologiers påvirkning for politikeres handlinger, ondskaps problem og deretter aldersrelaterte sykdommer. Til sist drøfter han om Vidkun Quisling var psykisk syk før det hele rundes av i et avslutningskapittel.

Temaene som Kringlen skriver om, er interessante, særlig for de av oss som er opptatt av historie, psykologi og politikk. Boken er lettlest. Dersom man ikke er kritisk innstilt, er det lett å lese boken på et par ettermiddager med dårlig turvær. Leseren blir ikke spesielt utfordret, for Kringlen har svar på og meninger om det meste og serverer dem på 340 sider. Så langt så vel.

SVAKT REDIGERT

Samtidig har jeg innvendinger både mot redigering, språk og innhold. Bokens oppbygning

er forvirrende og svakt redigert. I kapitlet om ideologi tar forfatteren for seg flere kjente politikere og diktatorer. Adolf Hitler vies 45 sider, og i stedet for å analysere Hitlers psykologi og ideologi serverer Kringlen hele Hitlers biografi. Til og med diktatorens forhold til kvinner omtales. Mange av historiene til de mest berømte diktatorene er ganske kjent fra før. Men det hindrer ikke Kringlen i å repetere disse på en måte som gjør at jeg tidvis mister fokus på temaet i boken: sykdom og politikk. Redigeringen kunne med hell vært strammere.

Språket er preget av mange innskutte setninger. I beskrivelsen av tidligere forbundskansler Willy Brandt skriver Kringlen: «Han deler måltidene sammen med kona Rut, men så tar Brandt sin bok og forsvinner inn på sitt arbeidsrom – som sammen med soverommet utgjør en minileilighet i boligen.» (s. 24). Hva dette forteller om Brandt, forstår jeg ikke, at han var en særing? Og om Woodrow Wilson: «Han forgudet kvinner som han hadde et moderne samkvem med.» (s. 35).



Kringlen veksler mellom referering, fjern-diagnostisering og karakterisering

Tellekrise! Tillitskrise!

Debatt om styring av psykologers praksis

«Vi kan ikke la psykologens behov for autonomi definere hvilken behandling pasienten skal få.»

Bent Høie i Tidsskrift for Norsk psykologforening, nr. 5, 2012

Psykologer klager over for lite tillit og for mye detaljstyring i psykisk helsevern. Vektlegger ledere kvantitet fremfor kvalitet i tjenestene? Er psykologers mulighet til å utøve klinisk skjønn truet?

Vi inviterer til debatt om styring av psykologers praksis. Vi spør klinikere, byråkrater og ledere: Hva er problemene? Og vi utfordrer dem til å tenke løsninger: Hvor går veien videre?

**Tid: Torsdag 19. mars
klokken 19.00**
Sted: Litteraturhuset i Oslo

I panelet:

Tor-Johan Ekeland

- Professor ved Høgskulen i Volda

Andreas Høstmælingen

- Fagsjef i Norsk psykologforening

Birgit Valla

- Avdelingsleder og psykologspesialist ved Stangehjelpa

Janne Horgen Friberg

- Psykolog ved Lovisenberg DPS

Jan Fredrik Andresen

- Direktør i Helsetilsynet

Arrangør: Psykologtidsskriftet og psykologforeningens Osloavdeling.

Jeg undrer meg også på hvem det er Kringlen skriver for. Han er opp-tatt av å vise at han er medisinere, og er raus med latinske betegnelser, som av og til, men ikke alltid, forklares. Woodrow Wilson hadde ifølge Kringlen blodpropp i *arteria carotis interna*, som han forklarer som hovedåren til hjernen. Samtidig skal diktatoren Mussolini ha fått påvist *gastro-duodenalt sår*. Magesår er enklere for de fleste å forstå. Røntgenbilder viste at 5. *lumbal-hvirvel* hos John F. Kennedy hadde *kollabert*, ifølge Kringlen.

PÅSTANDER OG KARAKTERISTIKKER

Det jeg nok reagerer mest på, er at Kringlen veksler mellom referering, fjerndiagnostisering og karakterisering. Jeg får ikke tak i når han fremmer kvalifiserte synspunkt som psykiater og når han synser. Han skriver at Churchill var en narsissistisk person og led av cyklotymi. Stalin var psykopat og tidvis deprimert. Kringlen skriver også at «... det kan ikke ha vært noen tvil om ...» at President Lyndon B. Johnson i en periode var psykotisk med paranoide symptomer fra 1965. Alt dette kan godt stemme. Men som den erfarne forfatter Kringlen er, kunne han ha påspandert noen ekstra referanser. Bare slik kan leseren gis mulighet til å forstå om det er Kringlen selv eller om det er andre som har vurdert at de omtalte politikerne hadde disse lidelsene.

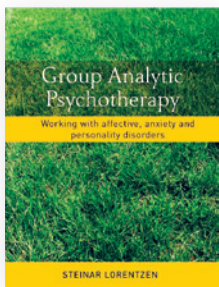
Verre er det med påstander og karakteristikk som blir hengende i løse luften siden de ikke underbygges. Heinrich Himmler var ifølge Kringlen «forskrudd», og heller ikke en av Hitlers leger, Morell, unnslipper Kringlens betegnelser som «Den feite salvelsesfulle legen ...» (s. 164). Og så fremmer Kringlen hypotesen om at journalister ikke skrev så mye om Reiulf Steen sitt alkoholmisbruk «... kanskje fordi journalister også setter pris på det sterke» (s. 280).

Generelt burde Kringlen drøftet mer og referert mindre. For innblynt har han interessante refleksjoner, som f.eks. på side 211 hvor han faktisk drøfter fenomenet ondskap og psykiske avvikstilstander.

I sum synes jeg dette er en litt forvirrende bok med helt grei gjengivelse av kjente politikeres historikk, og sykdom, med forbehold om at jeg ikke er historiker. En annen anmelder av boken, Per Egil Hegge, mener å ha funnet flere faktafeil. Uansett lærer jeg dessverre ikke så mye nytt av Kringlens bok. ✘

Sentralt om gruppeterapi

Det er behov for prosessorienterte bøker om gruppeterapi, og denne boken er også en manual med retningslinjer for empirisk forskning.



STEINAR LORENTZEN

Group Analytic Psychotherapy. Working with affective, anxiety and personality disorders
Routledge, 2014

ANMELDT AV

Svein Tjelta,
avtalespesialist i
klinisk psykologi og
lærer ved institutt for
gruppeanalyse og
gruppepsykoterapi,
Norge

FORFATTEREN VISER TIL at det er substansiell evidens for at gruppeterapi generelt har effekt på en rekke psykiske lidelser vurdert ut fra litteraturstudier og metaanalyser av resultater fra forskjellige gruppeterapityper. Imidlertid er de fleste studier av kort varighet, mens de fleste gruppeterapier i den dynamiske tradisjonen gjerne går over lengre tid. De er prosessorienterte og eksplorerende, mer enn didaktiske og terapeutsentrerte.

Boken har fine fremstillinger av terapeutisk teknikk. Fra forberedelsen av gruppekandidater til retningslinjer for intervensjoner og til typer av refleksjoner en gjør seg. Her er også eksempler på forskjellige typer intervensjoner. Videre inneholder den gode kliniske eksempler, noe som er det mest originale ved boken. Eksempelene bidrar til å gjøre de teoretiske begrepene eforståelige.

Lorentzen forsøker imidlertid å innlemme mye på 89 sider tekst. Han formidler både gruppeanalyseterapi som teori, metode og teknikk, samt beskriver retningslinjer for en manual til bruk både i korttids- og langtidsbehandling. Dette må nødvendigvis innebære at fremstillingen blir forenklet og til tider skjematisk. Det gis ikke mye rom for utdypning og begrepsproblematisering. Det primære synes å være å skape en manual med retningslinjer for forskning. Da kan overskriften på boken være misvisende. Jeg kunne også ønsket meg mer teori om gruppeanalysen.

MANUALEN

Manualen er bygget i to like deler som inneholder teori, metodologi, teknikk og kliniske

eksempler. Det er overlappende aspekter og temaer i de to delene som fører til en del unødvendige gjentakelser. Videre gjengis generelle terapeutiske faktorer (s.48), hentet fra Yaloms lærebok i gruppeterapi, som ikke er spesielt gruppeanalytiske. Det er i og for seg greit, men viser vanskene med å være original i fremstilling av tekniske faktorer relatert til en spesiell teori.

I gruppeanalysen oppstår psykiske lidelser i samspill mellom indre og ytre faktorer, i mer eller mindre generelle eller spesielle (gruppe) sammenhenger. En del av disse lidelsene løses dermed også best i gruppesammenhenger som åpner for mer aktive lærings- og treningsmuligheter for ny opplevelse og atferd.

Gruppeanalysen blir i boken fremstilt som en enhetlig teori, noe den ikke er. Gruppeanalyse kan betegnes som en multiteoretisk åpen tilnærming til kliniske gruppefenomener. Den består av begreper hentet fra blant annet psykoanalyse, sosialteori, systemteori og gestaltpsykologi. Kun enkelte begreper er rent gruppeanalytiske, for eksempel kjedefenomenet, resonansfenomenet og fortetningsfenomenet. Metoden bygger på samtaler drevet av og med deltakerne, sittende på stoler i en sirkel. Terapeutens oppgaver er enkelt beskrevet todelt: Å drive det som kalles dynamisk administrasjon; dvs. sette rammer og regler, og være hjelper og terapeut for enkelte, samt bidra til å utvikle en terapeutisk utforskende utprøvningskultur. Gruppene kan være avgrenset i tid, som de er i denne studien, eller åpne. Utgangspunktet for metoden

er fundert i antakelsen om at mennesker utvikler seg i en sammenheng, og etablerer mønstre som betyr noe og er meningsdannende. Disse er ikke nødvendigvis harmoniske, men ofte motstridende og vil i mange sammenhenger påvirke og styre opplevelse og atferd gjennom livet, ofte ubevisst. Anticipert ubehag reguleres ved unngåelse av forskjellig slags forsvar.

Utfordring av unngåelsesmønstre er en viktig del av terapien. Gradvis eksponering av det som unngås, fører til nye korrektive erfaringer og gir muligheter til mer helhetlig selvpresentasjon, og ofte bedret livsutfoldelse. I denne tradisjonen er gruppen den primære enhet, foran individet. For gruppeanalyse er det gamle gestaltpsykologiske prinsippet at helheten (gruppen) er mer enn summen av delene (enkeltpersonene) viktig.

STUDIEN OG RESULTATET

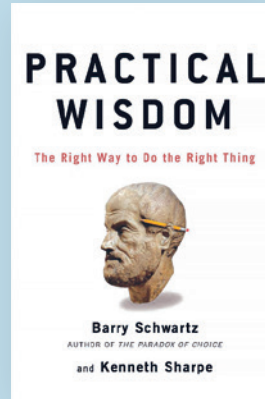
Studien, som inngår i boken, består av en korttids (20 sesjoners) og en langtids (80 sesjoners) terapi. I alt deltok 148 prototypiske pasienter diagnostisert med angst, depresjon og/eller milde til moderate personlighetsforstyrrelser. Ni terapeuter med utdannelse i gruppeanalyse ble instruert, veiledet og nøye fulgt opp i henhold til retningslinjene i manualen.

Til sist oppsummeres de foreløpige resultatene av studien. Studien viser at både korttids- og langtidsterapi har positive effekter. Generelt var det en signifikant symptombedring hos begge pasientpopulasjonene, og den vedvarte over treårsperioden. For gjennomsnittet viste studien ingen forskjell i utbytte mellom de to formene for behandling. Imidlertid var det en klar tendens til bedre utbytte med langtidsterapi enn med korttidsterapi for gruppen med personlighetsforstyrrelser.

Boken vil kunne være et verdifullt redskap for de som gjerne ønsker å drive etter evidensbaserte psykodynamiske retningslinjer i manualisert form, men vil også ha generell interesse for psykologer som jobber med grupper. Et ankepunkt som kan anføres mot manualbasert behandling generelt, er i hvor stor grad en ferdig lagt ramme vil begrense muligheten for innovasjon, kreativitet og nyskaping i terapi.

En må ikke glemme at begrepene ikke er fenomenene, og at de iblant trenger revalidering for at manualen skal forbli reliabel. ✘

ANBEFALT



BARRY SCHWARTZ & KENNETH SHARPE *Practical Wisdom: The Right Way to Do the Right Thing*. Riverhead Books – 2001

Vår tids tap av praktisk visdom

Kan alt kvalitetssikres? Hvorfor trenger vi menneskelig visdom?

Regler og insentiver er viktige i vårt samfunn. Men hva skjer når regler og insentiver får stadig større innflytelse for hvordan vi forstår og forholder oss til hverandre? Hvilke utilsiktede konsekvenser har egentlig disse styringsformene? Hva skjer med menneskene som arbeider innenfor disse systemene, eller menneskene de er satt til å hjelpe?

I boken *Practical Wisdom* går psykologen Barry Schwartz tilbake til Aristoteles for å drøfte hvordan vi kan møte disse utfordringene i vår egen samtid. Schwartz mener at vi har mye å lære av Aristoteles – som var opptatt av at vi trenger praktisk visdom (fronesis) for å leve på en god og balansert måte, ettersom det sjelden finnes enkle og entydige svar på våre menneskelige livsutfordringer.

Ifølge forfatterne foregår det en devaluering av praktisk visdom og menneskelig dømmekraft i vår tid, der stadig flere områder av vårt samfunnsliv underlegges byråkratiske styringsformer og ytre krav om kontroll. Eksemplene i boken er amerikanske, men de norske parallellene er mange. Denne boken kan hjelpe til å plassere mange av debattene i *Psykologtidsskriftet* i et større samfunnsperspektiv.

Boken er herved anbefalt, men de som ønsker kortversjonen kan finne to forelesninger av Barry Schwartz på TED.com: https://www.ted.com/talks/barry_schwartz_on_our_loss_of_wisdom?language=en
http://www.ted.com/talks/barry_schwartz_using_our_practical_wisdom

Anbefalt av Aslak Hjeltnes, stipendiat ved institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen.



Kurskalenderen

Oppføring i kurskalenderen gir mulighet for å forhåndsannonsere med henvisning til kursannonse som trykkes i en kommende utgave og/eller påminnelse om allerede annonsert kurs. Begrenset tekstmengde.

Pris eks.mva. for innrykk i tillegg til annonse i Psykologtidsskriftet:

1 innrykk kr 2 000,
2 innrykk kr 3 000,
3 innrykk kr 3 500,
4 innrykk kr 4 500.

Ønsker du mer informasjon eller bestille annonse på kurskalenderen kontakt oss på tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.

MAI

Demenssykdommer - Utredning, diagnostikk og behandling

28.-29. mai i Bergen. Se annonse s. 279 og www.psykologforeningen.no/ kurs og utdanning
Påmelding senest 23. april

Metakognitiv terapi

28.-29. mai i Bergen. Se annonse s. 280 og www.psykologforeningen.no/ kurs og utdanning
Påmelding senest 23. april

NEPSY-II - Nevropsykologisk/ nevrokognitiv undersøkelsesmetode for barn og unge

28.-29. mai i Bergen. Se annonse s. 278 og www.psykologforeningen.no/ kurs og utdanning
Påmelding senest 23. april

Forebygging for barn og unge - Rammer for forebyggende arbeid, begreper, verktøy og konkrete eksempler

28.-29. mai i Bergen. Se annonse s. 276 og www.psykologforeningen.no/ kurs og utdanning
Påmelding senest 23. april

Hvordan gjennomføre effektive medarbeiderundersøkelser

28.-29. mai i Bergen. Se annonse s. 277 og www.psykologforeningen.no/ kurs og utdanning
Påmelding senest 23. april

JUNI

Fattigdom og omsorgsvurderinger

8. juni Thon Hotel Opera i Oslo kl. 10-16
For mer informasjon se annonse s. 274 og www.psykologforeningen.no
Påmelding til olofgotestam@gmail.com

SEPTEMBER

Den 12. Norske Psykologikongressen - Nøkler til endring

Oslo Kongressenter, 3.-4. september
Endringsprosesser er en fellesnevner når gode fagfolk fra inn- og utland gjester møteplassen for verdens mest spennende fag.
For mer informasjon og påmelding se www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

LEDIG LOKALE PÅ DIAKONHJEMMETS OMRÅDE FRA MAI. For psykolog/familie terapeut. Hyggelige og stille lokaler. Velfungerende, tverrfaglig arbeidsmiljø. Henv. gro.krefting@bedringensvei.com, tlf. 974 24 128

LEDIG KONTOR I OSLO. Pent psykologkontor til leie i Parkveien ved Solli plass 2–3 dager pr. uke, dag og kveld. Ledig omgående. Ta kontakt på e-post svendsen.annette@gmail.com



Kursene henvender seg til terapeuter som har interesse for en kroppslig forståelses- og behandlings-tilnærming av traumer. Undervisningen består av grunnleggende traumeteori, stabiliseringstiltak, kroppslig ferdighetstrening og terapeutisk nærvær.

Introduksjonskurs:

1.–2. juni og 24.–25. september. (1.–2. oktober i København).

Pris: kr 3 200,- inkl. lunsj.

Etterutdanning, 4x3 dager:

Start: 18.–21. november 2015.

Pris: kr 4 100,- pr. samling inkl. lunsj.

Sted: Kamaklinikken, Grini Mølle, Bærum.

Kursledere:

Fysioterapeut/kropppsykoterapeut Espen Andli og psykolog/kropppsykoterapeut Veslemøy Merton.

Påmelding veslemoy.merton@getmail.no

Se også informasjon på

www.kamaklinikken.com

www.sporeneikroppenettertraumer.com

Kurset godkjent av Norsk psykologforening som fritt spesialkurs.

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

onsdag 18. mars

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



Treårig utdanningsprogram i GRUPPEPSYKOTERAPI

Institutt for Gruppeanalyse og gruppepsykoterapi (IGA) tilbyr **grunnutdanning i gruppepsykoterapi** bestående av et ettårig grunnleggende og et toårig videregående trinn. Utdanningsprogrammene har som **målsetting** å sette kandidatene i stand til å kunne arbeide selvstendig og systematisk med gruppepsykoterapi i forskjellige kliniske sammenhenger. Programmet legger vekt på integrering av gruppeanalytisk/-dynamisk **teori**, **veiledning** på egen praksis og **egenerfaring** i smågrupper og storgruppe.

Utdanningen består av fem delkurs à 3 dager pr. år. Mellom delkurs møtes kandidatene i kollegiale veiledningsgrupper lokalt.

I tillegg til treårig grunnutdanning er det mulighet for påbygging/fordypning i forskjellige retninger: kvalifiserende trinn (to år) i **gruppeanalyse** (diplom), **mentaliseringsbasert** gruppepsykoterapi, gruppepsykoterapi ved rusavhengighet, for ungdom og gruppeterapeutisk kunst-/billedterapi.

IGA starter høsten 2015 **nye ettårige grunnleggende** trinn på Voksenåsen kultur- og konferansehotell. Grunnleggende trinn formidler basale kunnskaper om gruppepsykoterapeutisk teori og forståelse for prosesser i og mellom grupper. Etter fullført grunnleggende trinn kan det søkes opptak på videregående trinn.

Gruppeveiledning i tilknytning til tverrfaglig videreutdanning kan godkjennes med inntil **60 timer til spesialiteten i klinisk psykologi**.

For mer informasjon, brosjyre og søknadsskjema se våre hjemmesider www.iga.no.

Søknadsfrist 15. april 2015.

Institutt for Gruppeanalyse

Fr. Nansens vei 2, 0369 Oslo
tlf. 466 11 330, e-post iga@iga.no



3-dagers videoillustrert klinisk fordypningsseminar i Intensiv Dynamisk Korttidsterapi (ISTDP) med Dr. Allan Abbass:

Emosjonsfokuseret behandling av pasienter med lav grad av følelses- og angsttoleranse

Tid og sted: 7.–9. mai 2015 kl. 09.00–17.00 i Drammen Teater, Studioscenen, Øvre Storgate 12, 3018 Drammen

Norsk Institutt for ISTDP (NI-ISTDP) arrangerer 3-dagers fordypningskurs i ISTDP.

Fordypningsseminaret er tilpasset klinikere med og uten tidligere erfaring innen ISTDP, og vil bli lagt opp med en introduksjon til ISTDP som metode fra teoretisk og praktisk perspektiv. Deretter vil Dr. Allan Abbass undervise og illustrere med video hvordan man kan øke toleransen for følelser hos pasienter som har lav angst- og følelsetoleranse, inntil de kan føle sine følelser uten å bli overveldet slik at trygg bearbeidning av traumatiske minner er mulig.

- Øke toleransen for angst og følelser hos pasienter preget av å ha et smalt toleransevindue («det fragile spektrum i ISTDP»)
- Gjennombrudd til komplekse følelser, gjennomarbeidning og bedring

Foredragsholder: Dr. Allan Abbass er professor i psykiatri og psykologi ved Dalhousie University i Halifax, Nova Scotia, Canada. Han er en ledende kliniker, forsker og underviser i ISTDP internasjonalt. For ytterligere presentasjon, og et utvalg av hans publikasjoner, se www.istdp.ca.

Pris og påmelding: kr 6 000,- inkludert lunsj og forfriskninger. Påmeldingsskjema og mer utfyllende informasjon om fordypningsseminaret på www.istdp.no. Frist **16. april 2015**.

Målgruppe: Psykologer, leger og andre behandlere som har behov for økt kompetanse i møte med pasienter som lett overveldes av angst under behandlingen. Minimum 3-årig helsefaglig høyskoleutdanning og autorisasjon som helsepersonell kreves for kursdeltakelse. Kurset er godkjent som 21 timers fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet i Norsk psykologforening.

For spørsmål: e-post instituttet@istdp.no. For informasjon om forkurs og den treårige videreutdanningen i ISTDP for leger og psykologer, se www.istdp.no

INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI

For psykologer og leger igangsettes det høsten 2015:

2-årig INNFØRINGSSEMINAR I:

OSLO • MOLDE/ÅLESUND • BERGEN • TRONDHEIM

2-årig VIDEREGÅENDE SEMINAR I:

BERGEN • STAVANGER • OSLO • BODØ

Innføringsseminaret gir en generell innføring i psykodynamisk teori, intervjuteknikk, psykodynamisk evaluering og terapi. Som ledd i utdannelsen kreves at kandidatene i hele seminarperioden arbeider med psykoterapi med enkeltpasienter (voksne) under kvalifisert veiledning. Det er ønskelig med minimum to års klinisk praksis fra psykisk helsevern før opptak.

Videregående seminar bygger på innføringsseminaret, og gir en teoretisk fordypning med større vekt på det kliniske arbeid. Ved siden av de oven nevnte betingelser for innføringsseminar skal kandidaten gå i ikke trygdefinansiert lærebehandling.

- Innføringsseminarene vil gå over 5-6 enkeltdager pr. semester, på fast ukedag, totalt 180 timer. Seminarleder ikke bestemt.
- Videregående seminar vil gå over 5-6 enkeltdager pr. år, på fast ukedag, totalt 200 timer. Seminarleder ikke bestemt.
- Det er i tillegg to fordypningsseminarer á 10 timer på henholdsvis innførings- og videregående seminar.

Det forutsettes gode kunnskaper i norsk muntlig og skriftlig. Faglitteraturen er i hovedsak på engelsk.

Vi oppfordrer søkere til å sette seg godt inn i utdanningens rammebetingelser. Fullstendig informasjon om utdanningens innhold finnes på Instituttets hjemmeside www.instpsyk.no Der finnes også søknadsskjema.

Seminaravgift:

innføringsseminar kr 9 000,- pr. semester og videregående seminar kr 9 500,- pr. semester.

Søknadsfrist: 30. mars 2015.

Søknad sendes via hjemmesiden www.instpsyk.no

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



*Leif Edward Ottesen Kennair,
Roger Hagen (red.)*

Psykoterapi

I denne boken presenteres norsk psykoterapeutisk praksis gjennom 17 ulike metoder og tilnærminger innen individualterapi, familie- og barneterapi og gruppeterapi.

ISBN 9788205458536 | KR. 469,-



*Anna Louise von der Lippe,
Helene A. Nissen-Lie,
Hanne Weie Oddli (red.)*

Psykoterapeuten

Denne boken gir en empirisk og teoretisk oppdatering om terapeutens rolle, formidlet av sentrale norske og internasjonale forskere, teoretikere og klinikere.

ISBN 9788205472136 | KR. 469,-

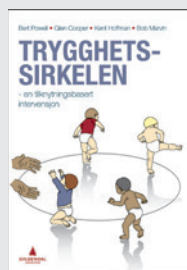


Birgit Valla

Videre

Howdan kan vi kan bringe de psykiske helsetjenestene videre? Å innhente tilbakemeldinger fra de som mottar hjelp er essensielt. Å finne ut hva du skal gjøre med tilbakemeldingene er like viktig. Slik kan man utvikle både seg selv som terapeut og tjenesten sin i riktig retning.

ISBN 9788205476288 | KR. 299,-



*Bert Powell, Glen Cooper,
Kent Hoffman, Bob Marvin*

Trygghetssirkelen

Boken er skrevet av de fire arkitektene som står bak den etter hvert så kjente modellen og metoden *Trygghetssirkelen* (*Circle of Security*). Forfatterne viser hvordan metoden kan anvendes for å hjelpe foreldre som strever og hvordan utvikle trygg tilknytning mellom barnet og omsorgspersonen.

ISBN 9788205471979 | CA. KR. 485,-

SIDETALL: CA. 370 | KOMMER APRIL 2015



Bernhard Weidle (red.)

OCD behandling for barn og unge

Denne boken er en veileder for behandling av OCD hos barn og ungdom. Etter kort introduksjon av lidelsen, gir boken en innføring i behandling av lidelsen gjennom kognitiv atferdsterapi.

ISBN 9788205463813 | KR. 349,-



Robert Valderhaug, Tord Ivarsson

Tvangstanker og tvangshandlinger hos barn og unge

Forfatterne formidler ny og evidensbasert kunnskap som bidrar til økt forståelse for OCD hos barn og unge. Boken gir en generell innføring til temaer som forekomst, kliniske trekk og forklaringsmodeller, utredning og diagnostikk samt behandlingsmodeller.

ISBN 9788205453531 | KR. 365,-



*Elisabeth Askeland,
Annett Apeland, Roar Solholm (red.)*

PMTO

Denne boken forteller historien om PMTO (Parent Management training - Orgeonmodellen) i Norge og veksler mellom å se på teori, forskning, anvendelse og implementering.

ISBN 9788205458529 | KR. 389,-



Christopher G. Fairburn

Få bukt med overspising

Boken beskriver problemene forbundet med overspising og hvordan du får bukt med dem. Bokens første del gir et oppdatert bilde av hva vi vet om overspising. Den andre delen er et trinnvis selvhjelpsprogram basert på anerkjente metoder.

ISBN 9788205467934 | KR. 359,-

How to Strengthen the «Healthy Adult» by Using ACT & Mindfulness med Pierre Cousineau

28.–29. mai 2015



Pierre Cousineau er en psykolog med over 40 års klinisk erfaring. De siste 20 år har han holdt en rekke kurs og workshops i Canada og andre fransktalende land om skjemat terapi, Mindfulness og ACT. Dr. Cousineau har tro på integrative tilnærminger. Hans bidrag i skjemat terapi har blant annet vært å integrere oppmerksomt nærvær (Mindfulness) og strategier fra ACT i endringsarbeidet. I det siste har han innført lovende minnerestruktureringsteknikker fra Coherence terapi. Cousineau har publisert en rekke vitenskapelige artikler om skjemat terapi og ACT. Dette kurset er nyttig for alle fagpersoner innen psykisk helsevern. Kurset ønsker å utforske hvordan styrke den delen av oss som man i skjemat terapi kaller den «sunne voksne». Som en god forelder tjener «sunn voksen»-modus tre grunnleggende funksjoner: 1) aksepterer, gir omsorg og beskytter det «sårbare barnet», 2) setter grenser for «impulsivt/udisiplinert barn» og gir «sint barn» konstruktiv utløp, 3) konfronterer eller modererer maladaptiv mestring og dysfunksjonelle foreldermodus. Deltagere vil lære hvordan man kan bruke evnen til oppmerksomt nærvær for å styrke og fremme pasientens «sunn voksen»-modus. Gjennom konkrete øvelser vil deltagere få anledning til å gjøre seg sine egne erfaringer om hvordan utvikle tilstedeværelse, fleksibilitet og medfølelse.

GODKJENNING: Norsk psykologforening har godkjent kurset med 16 timer vedlikeholdsaktivitet i spesialistutdanningen. Den norske legeforening har godkjent kurset som 16 timer kurspoeng for allmenntidning og psykiatri

STED: Fossekallen kurs og konferansesenter, Vollsveien 13 H, Lysaker utenfor Oslo

KOSTNADER: kr 5 000 (inkl. lunsj)

ARRANGØR: Norsk Forum for skjemat terapi i samarbeid med Norsk Forening for Kognitiv terapi

PÅMELDING: Norsk forening for kognitiv terapi www.kognitiv.no (først gå til utdanningsprogram, deretter se under fagnettverk) eller www.psykologbehandling.no

SPØRSMÅL: ta kontakt med Erlend Aschehoug på e-post erlend@psykologbehandling.no

PÅMELDINGSFRIST: 01.05.15

Transformational Chairwork med Dr. Scott Kellogg

20.–21. august 2015



Scott Kellogg er professor i psykologi ved New York University. Han er skolert i skjemat terapi og gestaltterapi. Behandling av ulike former for avhengighet, deriblant rusavhengighet, har vært sentralt i hans arbeide. De siste årene har Kellogg brukt mye av sin tid til å undervise i metoden «Transformational Chairwork» i USA med stor suksess. Transformational Chairwork er en revitalisering av

Frits Pearl sitt arbeid. Han brukte stoler som et virkemiddel i sin terapi. I boken «Transformational Chairwork: Using Psychotherapeutic Dialogues in Clinical Practice» som utkom i 2014 skriver Kellogg at det å arbeide med stolteknikker endret på en grunnleggende måte hans virke som terapeut. Denne metoden er virkningsfull i forhold til mange problemstillinger som terapeuter kan stå overfor.

Ved hjelp av undervisning, demonstrasjoner og rollespill vil det på kurset bli gitt innføring i hvordan anvende psykoterapeutiske dialoger på en meningsfull måte. Vi vil blant annet se på vanlige terapeutiske utfordringer som: ta valg, bearbeide tap, sorg og uavklarte problemstillinger, motoverføring og det å håndtere vanskelige mellommenneskelige relasjoner, avhengighetsproblematikk, traumbearbeiding og arbeid med den indre kritiker.

GODKJENNING: Norsk psykologforening har godkjent kurset med 16 timer vedlikeholdsaktivitet i spesialistutdanningen. Den norske legeforening har godkjent kurset som 13 timer kurspoeng for psykiatri

STED: Scandic Bergen City, Håkonsgaten 2, Bergen

KOSTNADER: kr 5 000 (inkl. lunsj)

ARRANGØR: Norsk Forum for skjemat terapi i samarbeid med Norsk Forening for Kognitiv terapi

PÅMELDING: Norsk forening for kognitiv terapi www.kognitiv.no (først gå til utdanningsprogram, deretter se under fagnettverk) eller www.psykologbehandling.no

SPØRSMÅL: ta kontakt med Erlend Aschehoug på e-post erlend@psykologbehandling.no

PÅMELDINGSFRIST: 20.06.15

Gruppeskjematerapi for personlighetsforstyrrelse, komplekse traumer og utfordrende pasientpopulasjoner med Joan Farrell og Ida Shaw

15.–17. oktober 2015



Dr. Joan Farrell og **Ida Shaw** har utviklet en gruppeterapi-behandling som baserer seg på skjematerapi. Gruppeskjematerapi består av 45 gruppesamlinger i tillegg til et begrenset antall individualsamtaler. Behandlingen er strukturert og effektiv. Gruppeterapien de har utviklet er velegnet for pasienter med ulike former for personlighetsforstyrrelser eller relasjons-skader. Forskning fra USA, hvor metoden ble utviklet, viser meget gode behandlingsresultater. Dr. Farrell leder Indianapolis Center of the Schema Therapy Institute Midwest. Hun er styreformann for den internasjonale utdanningskomiteén i skjematerapi (ISST). Ida Shaw har over 30 års erfaring som terapeut. Sammen med Joan Farrell utdanner og veileder hun terapeuter som bedriver gruppeskjematerapi.



Deltakere vil få en grundig innføring i gruppeskjematerapi som metode. Det teoretiske fundament for gruppeskjematerapi, og modellen gjennomgås i detalj. Deltakerne vil gjennom teori og praktiske øvelser lære hva de ulike fasene i gruppeskjematerapi inneholder slik at man selv har et tilstrekkelig grunnlag for å drive med gruppeskjematerapi. Viktige intervensjoner vil bli demonstrert, og deltakerne vil selv øve seg på å utføre disse. For de som ønsker sertifisering i denne gruppemetoden vil denne bestå av dette tre dagers kurset som del I og II som er under planlegging.

GODKJENNING: Norsk psykologforening har godkjent kurset med 21 timer vedlikeholdsaktivitet i spesialist-utdanningen. Den norske legeforening har godkjent kurset som 21 timer kurspoeng for psykiatri

STED: Oslo teatersenter, Hovinveien 1, Oslo

KOSTNADER: kr 5 000 (inkl. lunsj)

ARRANGØR: Norsk Forum for skjematerapi i samarbeid med Norsk Forening for Kognitiv terapi

PÅMELDING: Norsk forening for kognitiv terapi www.kognitiv.no (først gå til utdanningsprogram, deretter se under fagnettverk) eller www.psykologbehandling.no

SPØRSMÅL: ta kontakt med Erlend Aschehoug på e-post erlend@psykologbehandling.no

PÅMELDINGSFRIST: 16.09.15

Skjematerapi for cluster C personlighetsforstyrrelse med Marleen Rijkeboer og Hannie van Genderen

3.–4. mars 2016



Psykolog **Hannie van Genderen** er grunnlegger og leder av Dutch Schema Therapy Training Institute. **Marleen Rijkeboer** er professor i psykologi ved universitetet i Utrecht. Hun er koordinator for forskning og vitenskapelige spørsmål ved den nederlandske foreningen for skjematerapi. Skjematerapi ble utviklet for pasienter med personlighetsforstyrrelser eller pasienter med langvarige og/eller tilbakevendende symptomlidelser. Forskning viser oppsiktsvekkende gode resultater for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Nyere forskning viser gode behandlingsresultater for pasienter innenfor cluster C. I følge en studie fra 2013 var skjematerapi mer effektiv for behandling av denne



pasientgruppen enn klientsentrert terapi og «treatment as usual». På kurset vil vi gjennomgå et behandlingsprogram bestående av 50 sesjoner. Deltagere vil lære hvordan konseptualisere cluster C personlighetsforstyrrelser ved hjelp av modusmodellen. Effektive teknikker og intervensjoner blir presentert. Videre vil deltagere lære hvordan bruke empatisk konfrontering som metode for å overkomme rigid og dysfunksjonell mestring.

GODKJENNING: Norsk psykologforening har godkjent kurset med 16 timer vedlikeholdsaktivitet i spesialist-utdanningen. Den norske legeforening har godkjent kurset som 13 timer kurspoeng for psykiatri

STED: Scandic Nidelven, Havnegata 1, Trondheim

KOSTNADER: kr 5 000 (inkl. lunsj)

ARRANGØR: Norsk Forum for skjematerapi i samarbeid med Norsk Forening for Kognitiv terapi

PÅMELDING: Norsk forening for kognitiv terapi www.kognitiv.no (først gå til utdanningsprogram, deretter se under fagnettverk) eller www.psykologbehandling.no

SPØRSMÅL: ta kontakt med Erlend Aschehoug på e-post erlend@psykologbehandling.no

PÅMELDINGSFRIST: 01.02.16

Vel møtt til foredrag og salong på Litteraturhuset: Hvilken plass har eksistensialismen og humanismen i psykoterapi i dag?

Professor **Mick Cooper**, University of Roehampton, London, foredrar om eksistensialistisk psykoterapi i et pluralistisk perspektiv. Mick Cooper er kjent for sine foredrag, bøker og artikler om eksistensialistisk og personsentrert terapi, den terapeutiske relasjonen og psykoterapiforskning.

Påfølgende salongdiskusjon med **Siri Erika Gullestad** og **Odd Arne Tjersland**. Innledning ved **Hanne Weie Oddli**.

Tid: Tirsdag 5. mai kl. 18.30
Sted: Litteraturhuset i Oslo, Wergeland
Arrangør: IAP
Ingen påmelding, bare møt opp!
Entré: kr 100 (kontant)

Les mer på
iapnett.no og litteraturhuset.no

Tidsskrift for Norsk psykologforening planlegger et temanummer under overskriften «Utviklingstraumer – forståelse og implikasjoner». Gjesteredaktør for utgaven er Dag Ø. Nordanger.

INVITASJON TIL TEMANUMMER Utviklingstraumer – forståelse og implikasjoner

Temanummeret er viet den utviklingsbaserte traumeforståelsen som blant annet springer ut av studier som viser hvordan tidlige stressbelastninger kan ramme menneskers selv- og affektregulering. Vi ønsker å belyse kunnskapsgrunnlaget for denne traumeforståelsen, samtidig som vi vil vise følgene for praksis, enten det er eksempler fra klinisk arbeid, hvordan vi organiserer tilbudet i helse- og sosialfeltet, får følger for arbeid i barnehage og skole – eller helt andre felt.

Psykologtidsskriftet ønsker seg både teoretiske bidrag som tar utgangspunkt i områder som for eksempel utviklingspsykologi/nevrobiologi og epigenetikk, og praksisnære bidrag som illustrerer implikasjoner for forebygging, kartlegging/diagnostikk eller tiltak/behandling. Vinklingen på bidragene kan være generelle, eller rettet inn mot hvordan man mer spesifikt behandler eller forstår grupper som enslige mindreårige eller barn og unge utsatt for vold og overgrep i nære relasjoner. Eller bidragene kan knytte an til spesifikke arenaer som for eksempel barnehage og skole, fosterhjem, psykisk helsevern eller barnevern.

Til utgaven ønsker vi oss både fagartikler, fra praksis bidrag, fagessay og faglige innspill. Fagartikler kan inkludere både forskningsarbeider eller oversiktsartikler. Se ellers Tidsskriftets hjemmesider (www.psykologtidsskriftet.no) for en nærmere presentasjon av retningslinjene for de ulike sjangrene og spaltene.

Vi inviterer potensielle bidragsytere til å sende inn en kort beskrivelse av mulige bidrag (maksimalt 250 ord) innen 5. mai 2015.

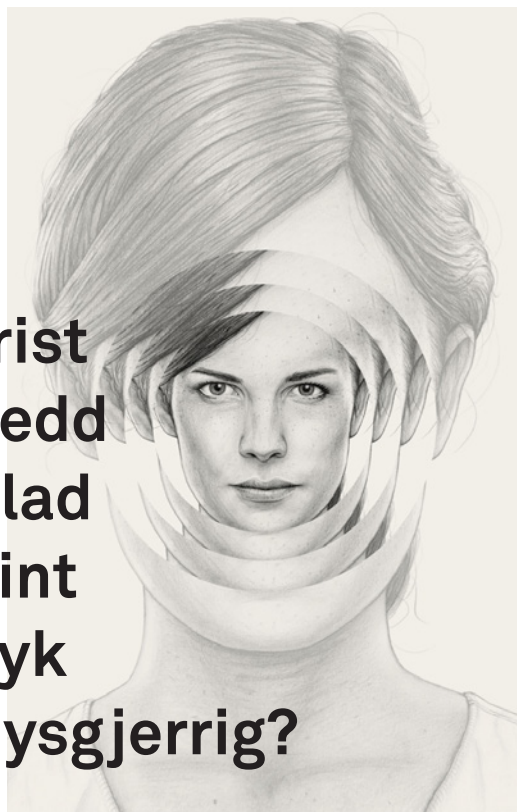
Ved spørsmål, ta kontakt med Dag Ø. Nordanger på e-post dag.nordanger@uni.no

Manusutkast sendes sjefredaktør Bjørnar Olsen på e-post bjornar@psykologtidsskriftet.no



Illustrasjon: Berge Bredembaek / Design: Ghost

Trist
Redd
Glad
Sint
Syk
Nysgjerrig?



Emotions in motion
- Når blir følelser lidelse?



Velkommen til
Schizofrenidagene
2. - 6. november 2015.

Når går følelser fra å være vitalt og friskt til smertefullt og forstyrret? Og hvem bestemmer det? Hvilken plass har det subjektive i det objektive? Hvordan påvirker følelser vår adferd, våre liv og relasjoner? Hvordan jobbe med følelser sammen med mennesker som trenger hjelp? Og hva med følelsene til hjelperen?

-

Dan Siegel, Jaak Panksepp, Patricia Coughlin, Per Isdal, Sigmund Karterud, Bobby Baker, Siri Gullestad, Ulrik Malt, Per Einar Binder, Dag Nordanger, Jon Monsen, Øyvind Urnes, Per Høgland, Anne Kristine Bergem, Birgit Svendsen, Finn Skårderud, Helen Stain, Per Are Løkke, Pål Ulvenes, Espen Arnevik, Egon Hagen, Jone Schanche Olsen, Christian Schlüter, Stål Bjørkly og mange flere.

schizofrenidagene.no



Nidaros DPS, St. Olavs Hospital, inviterer til
Nidarosseminaret, 4. – 5. juni 2015

**Seminar i Intensiv Korttidsdynamisk
Psykoterapi (ISTDP) for angstlidelser
med Patricia Coughlin, Ph.D.**

Sted: Kunnskapssenteret, St.Olavs Hospital, Trondheim

Seminarer er godkjent som 15 timers fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet for spesialiteten i klinisk psykologi, spesialisertepleie, og psykiatri. Seminaravgiften er kr 3 000.

Nærmere opplysninger og påmeldingsadresse finner du her: <http://www.stolav.no/no/Om-oss/Avdelinger/Nidaros-DPS/Nidaros-seminaret-2011/107434/>

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook

B. Alan Wallace i Oslo



25. til 29. mars kan du oppleve den dynamiske foredragsholderen fra California når han besøker Paramita meditasjons-senter i Oslo.

Dr. Wallace har studert og praktisert buddhisme siden 1970. Han har siden 1976 undervist i buddhistisk filosofi og meditasjon over store deler av verden. Wallace ble ordinert av H.H. Dalai Lama, og tilbrakte 14 år som munk.

I dag er han en etterspurt inspirator, akademiker og progressiv intellektuell som trekker fulle hus med sine varme og innsiktsfulle betraktninger om hva det vil si å være menneske.

Besøk www.tibetansk-buddhisme.no for informasjon om billetter og deltakelse.

Mer om Wallace:

www.alanwallace.org

www.sbinstitute.com



Stempel med medlemslogo for psykologer

Som medlem av Norsk psykologforening kan du skaffe deg stempel med medlemslogo. Et stempel som viser at du er medlem av Psykologforeningen skal være et kvalitetsstempel, og kan for eksempel brukes til fakturaer, rapporter og innkallingsbrev.

Stempel kan kjøpes hos Aksess & Daylight as for kr 345. Dersom du ønsker egne opplysninger i tillegg til logoen er prisen kr 975. De oppgitte priser er inkl. mva og porto.



For bestilling av standard stempel med kun logo – send «Stempel med medlemslogo Norsk psykologforening» til firmapost@adprofil.no



Ved bestilling av individuelle stempler – kontakt: winnie@psykologtidsskriftet.no

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på www.psykologforeningen.no
Min medlemside

eller send e-post til medlemsservice@psykologforeningen.no



Seminar

«Fattigdom og omsorgsvurderinger»

Arrangør: Foreningen for sakkyndige psykologer (FOSAP) og Norsk psykologforening

Tid og sted: Thon Hotel Opera i Oslo
mandag 8. juni 2015 kl. 10.00–16.00

Innledere: Agnes Andenæs, Karin Gustavsen, Anne Skevik Grødem, Thomas Nordhagen, Bodil Solheim og Organisasjonen for barnevernsforeldre.

Fullstendig program og presentasjon av innledere finnes på Psykologforeningens hjemmeside www.psykologforeningen.no

Seminalet søkes godkjent som fritt spesialistkurs og vedlikeholdskurs.

Avmeldingsfrist: 29.05.2015

Seminarpris: kr 1 500 for medlemmer av FOSAP og kr 1 700 for andre

Påmelding til: e-post olofgotestam@gmail.com



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

FAGPOLITISK AVDELING

UTGAVE	UTGIVELSE	BESTILLINGSFRIST
04/15	1. april	18. mars
05/15	4. mai	17. april
06/15	1. juni	18. mai

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

Cuenca-seminaret 2015

«Dynamiske og relasjonelle perspektiver på psykoterapi»

Tilknytning, skjulte traumer, medfølelse og våre indre emosjonelle krefter.

Parador de Cuenca, Castilla La Mancha, Spania 20.9 – 25.9 2015

Foredragsholdere:

- **Dr. Jessica Broitman, psykoanalytiker (USA), tidligere President SFPRG**
- **Psykologspesialist Wenche Fjeldstad**
- **Professor, Dr. Psychol. Per-Einar Binder, Psykologspesialist**
- **Leg. Psykolog Tor Wennerberg, forfatter (SVERIGE)**
- **Psykologspesialist Hans Peter Broch, psykoanalytiker**
- **Psykologspesialist Tor Sletten, Bodydynamic Analytiker**

Grunnpris: kr 16 500,- (seminaravgift, hotell med halvpensjon og transport Madrid–Cuenca).

Bindende påmelding ved innbetaling av kr 5 000,- til Almagroforeningen, boks 818, 5807 Bergen, konto 5082 06 97348. Restbeløpet innbetales innen **1. august 2015**. Påmeldingsfrist 1. april 2015. Påmeldingen meldes også over e-post: almagroforeningen@gmail.com

Informasjon: www.almagroforeningen.no eller Tor Sletten, tlf. 0034635157267

KURSET SOM KOMBINERER DET BESTE Kognitive Terapi og Hypnotiske Metoder

Ingvard Wilhelmsen – Gunnar Rosén

7. mai i Mariboegate 13, Oslo

Norsk Forening for Klinisk Evidensbasert Hypnose inviterer til spennende kursdag med to kjente autoriteter på ulike områder som nå får møtes!

Sikre plass for dette unike kurs, meld deg på.

Påmelding og informasjon se www.hypnoseforeningen.no



Når det ikke er epilepsi – hva da? psykogene, ikke-epileptiske anfall (PNES)

Sandvika 7. og 8. mai 2015

Kurset tar opp diagnostikk og ulike forklarings- og behandlingsmodeller ved psykogene, ikke-epileptiske anfall

Sted: Avdeling for kompleks epilepsi – SSE, G.F. Henriksensvei 29, Sandvika

Målgruppe: psykologer, leger, psykiatere, sykepleiere og annet helsepersonell

Pris: kr 2 500,-

Bindende påmelding innen 1. mai

Kurset er søkt godkjent av Norsk psykologforening som 12 timers vedlikeholdsaktivitet og 12 timers fritt spesialkurs

For mer informasjon, tilsendelse av program og påmelding:

telefon 67 50 13 27 / 67 50 11 77,

e-post undervisningAKE@ous-hf.no

Programmet ligger også på:

www.oslo-universitetssykehus.no/sse og

www.psykologtidsskriftet.no

Kurs i Interpersonell Psykoterapi (IPT)

med professor John Markowitz, for psykiatere, psykologer, og andre psykoterapeuter

8. og 9. juni 2015 kl. 09.00–16.00, Psykiatrisk klinikk Vinderen, Forskningsveien 7, 0319 Oslo

John Markowitz er professor ved Columbia University, New York, og forskningsleder ved New York State Psychiatric Institute. Han regnes i dag som verdens fremste ekspert på IPT. Han underviser også i kognitiv adferdsterapi, støttepsykoterapi og psykofarmakologi.

Kurset inneholder forelesninger, videoopptak, rollespill og diskusjon om kasusmateriale. Kurset er beregnet på psykiatere, psykologer, og andre faggrupper som arbeider med individuell psykoterapi. Kurset teller i spesialistutdanningen for leger.

Kursavgift: Lege 2800 kr, ikke lege 5600 kr

Kurskomite: Edvard Hauff og Per Høglend

Anbefalt litteratur: Weissman MM; Markowitz JC; Klerman GL. Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy. New York: Oxford University Press 2007.

Påmelding til: Legers videre- og etterutdanning – Oslo, Medisinsk fagavdeling, Postboks 1152 Sentrum, N-0107 Oslo. **Påmeldingsfrist 8. mai 2015.**

E-post: kurs.oslo@legeforeningen.no

Forebygging for barn og unge

Rammer for forebyggende arbeid, begreper, verktøy og konkrete eksempler

Festspillkurs 111-15, Bergen 28.–29. mai 2015

Målgruppe

Psykologer ansatt i kommunene, og andre psykologer som arbeider med barn/unge/familier, og som ønsker og trenger å styrke kunnskap og ferdigheter for helsefremmende og forebyggende arbeid. Passer særlig for psykologer som ikke har fordypingskursene i samfunnspsykologi.

Målsetting

Å styrke deltakernes kunnskap og kompetanse om hvordan og hvorfor psykologer kan bidra i helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene.

Innhold

- Hvorfor psykologer med i forebygging?
- Hvilke lover er relevante for helsefremming og forebygging og hvordan organiseres tjenestene?
- Folkehelseprofiler og barnas behov, strategiske grep fra kommunepsykologer.
- Konkrete eksempler: Tidlig innsats, høykvalitetsbarnehager og helsefremmende skoler, en helhetlig oppvekst og bedre ungdomsinnsetts.

Om kursleder(ne)

Kursleder: Britt Randi Hjartnes Schjødt, spesialist i samfunnspsykologi, rådgiver ved byrådsavdeling for helse og omsorg i Bergen kommune.

Bidragstyttere på kurset vil være sentrale fagfolk fra Folkehelseinstituttet, Regionalt kunnskapssenter for barn og unges psykiske helse og barnevern – RKBU-vest med flere.

Kurset starter 28. mai kl.9 og avsluttes 29. mai kl. 17. Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

MEDLEMSPRIS: kr 6 500
PÅMELDING OG AVMELDINGSFRIST: 23. april 2015



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGS-AVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs_og_utdanning)

Hvordan gjennomføre effektive medarbeiderundersøkelser?

Festspillkurs 112-15, Bergen 28.–29. mai 2015

Forskning viser at medarbeiderundersøkelser kan være et verdifullt verktøy for å utvikle helsefremmende og lønnsomme organisasjoner. Samtidig finnes det mange useriøse og uvitenskapelige undersøkelser på markedet, og eksempler på prosesser som har hatt ødeleggende konsekvenser for både enkeltmennesker og organisasjoner. Sentrale spørsmål er derfor: Hva bør kartlegges i medarbeiderundersøkelser? Hva slags kvalitetskrav skal vi stille til medarbeiderundersøkelser, og hvilke undersøkelser tilfredsstill disse kravene? Hvordan skal resultatene fra undersøkelsen analyseres og presenteres? Og ikke minst: Hvordan man kan skape gode prosesser i forbindelse med oppfølging og iverksetting av tiltak?

Målgruppe

Psykologer og personer med masterutdanning i psykologi som jobber med HR/HMS, ledelse, organisasjonsutvikling eller lignende.

Målsetting

Er å gi en grundig innføring i hvordan effektive medarbeiderundersøkelser kan gjennomføres på basis av forskningsbasert kunnskap. Etter kurset vil deltakerne inneha kunnskap som gjør dem i stand til å:

- vurdere kvaliteten på medarbeiderundersøkelser og velge undersøkelser som er tilpasset virksomhetens behov
- presentere og analysere resultater fra undersøkelser
- planlegge og gjennomføre oppfølging av undersøkelsen og iverksetting av tiltak

Om kurslederne

Jon Anders Lone er doktorgradsstipendiat ved Psykologisk institutt (UiO), hvor han forsker på kartlegging av arbeidsmiljø og organisasjonsklima i kunnskapsintensive virksomheter.

Thomas Hoff er professor i arbeids- og organisasjonspsykologi ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. De har skrevet boka «Medarbeiderundersøkelser – en praktisk håndbok» (Gyldendal Akademisk, 2014).

Kurset starter 28. mai kl.9 og avsluttes 29. mai kl. 17. Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

MEDLEMSPRIS: kr 6 500

PÅMELDING OG AVMELDINGSFRIST: 23. april 2015



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs%20og%20utdanning)

NEPSY-II

Nevropsykologisk/nevrokognitiv undersøkelsesmetode for barn og unge

Festspillkurs 108-15, Bergen 28.–29. mai 2015

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister.

Målsetting

NEPSY er kommet på norsk i en ny og utvidet utgave som NEPSY-II. Det er nå mulig å følge barn i alderen 3 år til 16 år med den samme undersøkelsesmetode. Den gir en unik funksjonsprofil for det enkelte barnet. Mentalisering og sosial persepsjon i form av affektgjenkjenning er et nytt nevrokognitivt område som er utviklet og inngår i undersøkelsesmetoden. Det utgjør et 6. domene i tillegg til områdene oppmerksomhet-eksekutive funksjoner, språkforståelse, sensori-motorikk, visuo-spatial funksjon og hukommelse. Kurset er et introduksjonskurs rettet mot nybegynnere og lett øvede NEPSY-brukere.

Innhold og metode

NEPSY-II blir gjennomgått i detalj og det blir anledning til å øve seg og få kunnskap om hvordan man best administrerer det omfattende materialet. Det vil være fokus på nevropsykologisk tenking og forståelse samt gjennomgang av mulige utfall på de enkelte deltestene.

Om kurslederne

Kirsten Møller-Pedersen er spesialist i klinisk psykologi med fordypning innen nevropsykologi og i barn og unge. Hun har arbeidet i barne- og ungdomspsykiatrien med implementering av nevropsykologisk forståelse gjennom mer enn 25 år.

Anne-Siri Øyen er spesialist i klinisk psykologi med fordypning barn og unge og har doktorgrad i klinisk utviklingspsykologi fra Canada.

Kurset starter 28. mai kl.9 og avsluttes 29. mai kl. 17. Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

MEDLEMSPRIS: kr 6 500
PÅMELDING OG AVMELDINGSFRIST: 23. april 2015



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Demenssykdommer

Utredning, diagnostikk og behandling

Festspillkurs 114-15, Bergen 28.–29. mai 2015

Målgruppe

Psykologer som ønsker å arbeide med utredning av kognitiv svikt.

Målsetting

Å formidle grunnleggende kunnskaper om ulike demenstyper, hvordan de ytrer seg og hvordan de diagnostiseres og behandles.

Innhold

- Demens: Definisjon. Ulike demenssykdommer
- Vurdering av kognitiv funksjon
- Bildediagnostikk og laboratorieundersøkelser.
- Demens versus depresjon og annen psykiatrisk sykdom
- Behandling av demens i ulike stadier
- Demens versus depresjon og annen psykiatrisk sykdom
- Personer med lite skolegang, annen kulturell og språklig bakgrunn
- 1. Hva er utfordringene?
- 2. Hvordan skal man vurdere kognitiv funksjon?
- Kasuistikker med diskusjon

Om kursleder

Peter Bekkhus-Wetterberg, født 1958. Lege, spesialist i geriatri. Over 20 års erfaring med demensdiagnostikk og behandling. Forskningsaktiv innenfor utvikling og normering av kognitive tester. Overlege på Hukommelsesklinikken på Ullevål siden 10 år. En av få leger i Norge som arbeider på heltid med kun kognitive problemer. Forfatter til «Hukommelsesboken» om hukommelsens kognitive psykologi.

Kurset starter 28. mai kl.9 og avsluttes 29. mai kl. 17. Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

MEDLEMSPRIS: kr 6 500

PÅMELDING OG AVMELDINGSFRIST: 23. april 2015



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs%20og%20utdanning)

Metakognitiv terapi

Festspillkurs 109-15, Bergen 28.–29. mai 2015

Målgruppe

Psykologer, psykologspesialister og psykiatere.

Målsetting

Målet med kurset er å gi en praktisk innføring i metakognitiv terapi, prinsipper og anvendelsesmåter. Første dag vil være introduksjon av prinsipper og praksis i metakognitiv terapi, med fokus på generalisert angst, kroniske bekymringer og metakognisjoner. Andre dag vil være MCT i behandling av traumer og PTSD. Etter kurset vil deltakerne kunne kjenne til prinsippene i MCT og lære noen nyttige behandlingsstrategier som brukes i MCT. Det vil bli demonstrasjoner og øvelser som gjør at deltageren skaper seg egne erfaringer med metodene.

Innhold

- Grunnprinsippene i MCT
- MCT ved generalisert angst og kroniske bekymringer
- Kognitiv oppmerksomhetssyndrom (CAS)
- Meta-antagelser: Positive og negative mestringsstrategier
- Oppmerksomhetstrening (ATT)
- MCT for PTSD og traumer
- Kasusformulering og sosialisering
- Intervensjoner, behandlingsstrategier
- Demonstrasjoner/Øvelser med bruk av rollespill

Om kursleder

Hans M. Nordahl er professor i klinisk psykologi ved NTNU og faglig leder for traumeklinikken ved St.Olavs Hospital i Trondheim. Han har publisert mange artikler og kapitler innen kognitiv orienterte behandlingsformer. Han er leder av MCT-Institute sammen med Dr Adrian Wells.

Kurset starter 28. mai kl.9 og avsluttes 29. mai kl. 17. Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

MEDLEMSPRIS: kr 6 500
PÅMELDING OG AVMELDINGSFRIST: 23. april 2015



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs_og_utdanning



GAUSDAL KOMMUNE

Gausdal kommune ligger 20 km nord for Lillehammer og har ca 6.200 innbyggere. Kommunen er organisert som en tonivåmodell og består av rådmann, to kommunalsjefer og 15 enhetsledere. Området psykisk helse er tilknyttet enhetene rehabilitering/habilitering og familie/helse. I tråd med samhandlingsreformen er det etablert regionalt samarbeid og samhandling på flere fagområder og det er et utstrakt samarbeid med andre kommunale tjenester, spesialisthelsetjeneste og kompetansesentrene. Tverrfaglig samarbeid og tidlig innsats er et fokusområde for kommunen.

100 % STILLING SOM KOMMUNEPSYKOLOG/PSYKOLOGSPESIALIST

Kommunepsykologen er organisatorisk og fysisk tilknyttet helsesenteret i kommunen med legetjeneste og helsestasjon. Kommunepsykologen har det overordna ansvaret for psykisk helsearbeid i kommunen og et tett samarbeid med kommunenes andre tjenester på området psykisk helse.

Andre, aktuelle arbeidsoppgaver:

- Oppfølging av samarbeid internt og eksternt
- Utredning, individuelle samtaler og behandling
- Forebygging og tidlig innsats
- Deltakelse i planarbeid

Vi ønsker at du har:

- Relevant erfaring og kompetanse innen utredning og diagnostisering
- Engasjement for tidlig innsats og tverrfaglig samarbeid
- Fleksibilitet rundt arbeidsoppgaver og interesse for å jobbe både individ- og systemretta
- Gode kommunikasjons- og samarbeidsevner

Vi kan tilby:

Varierte og utfordrende arbeidsoppgaver i et godt fagmiljø. Stor grad av samhandling på tvers av fag. Vi vektlegger nytten av å kunne bruke hverandres kompetanse på tvers. Psykologfaglig fellesskap med nabokommunene Lillehammer/Øyer. Mulighet for ekstern veiledning og tilrettelegging for spesialisering. Vi vektlegger gode samarbeids- og kommunikasjonsevner, og evne til å utvikle felles mål og innsats i forhold til nåværende og framtidige utfordringer. Personlig egnethet vil vektlegges. Du bør disponere egen bil i tjenesten.

Fast ansettelse skjer med 6 måneder prøvetid, for øvrig skjer ansettelse på de vilkår og med de plikter som følger av lov, tariffavtaler og reglementer. Gyldig politiattest ihht. Opplæringsloven må fremlegges ved tilsetting. Lønn etter avtale.

For nærmere opplysninger: ta kontakt med Eldbjørg Jordhøy eller Nina Hjelmstad på tlf. 61 22 44 00.

Søknadsfrist: 20.03.2015

Søknadsskjema kan fåes tilsendt ved henvendelse til kommunens servicetorg eller lastes ned fra våre internettsider; www.gausdal.kommune.no. Søknaden sendes Gausdal kommune, serviceenheten, 2651 Østre Gausdal eller sendes elektronisk til: postmottak@gausdal.kommune.no. Gausdal kommune praktiserer meroffentlighet. Ønske om konfidensiell behandling av søknad må grunngis særskilt.



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Øst

Psykolog/ psykologspesialist/ master med klinisk spesialitet

Enerhaugen familievernkontor har nå ledig flere faste 100 % stillinger. To av stillingene er knyttet direkte til arbeidet ved Enerhaugen familievernkontor, som er ett av to offentlige familievernkontor i Oslo. Kontoret utfører terapi, rådgivning ved samlivsvansker og familiekonflikter, og lovpålagte meklingsoppgaver.

Enerhaugen familievernkontor har også ledig flere faste stillinger i 100 % i nyetablert landsdekkende kompetanseenhet for familievernet. Etableringen representerer en vektlegging av systematisk arbeid med vold, en mulighet for å fremme en mer enhetlig praksis og en støtte for alle i familievernet i arbeid med familievold. Vi søker engasjerte og kompetente fagpersoner som vil være med å bygge opp en dynamisk kompetanseenhet fra grunnen av, i nært samarbeid med Bufdir og familievernet som helhet.

Kontaktperson for stillingene: Leder Trine Eikrem, tlf. 466 16 566.
Søknadsfrist: 17.03.2015

Se fullstendig utlysning og søk på Bufetat.no/ledigestillinger

www.bufetat.no



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Øst

Psykolog/psykologspesialist til 100% stilling som leder/veileder i MST (Multisystemisk Terapi) i Lillestrøm/Sandvika

Barne-, ungdoms og familieetaten (Bufetat) 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 fem MST- team. Et team består av tre eller fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Veileder er tilgjengelig for terapeutene 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for MST-veiledere, og er godt økonomisk kompensert. Stillingen er et vikariat og innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig samarbeid med MST-konsulent og regelmessige fagseminarer.

Se fullstendig utlysning og søk på Bufetat.no/ledigestillinger

www.bufetat.no

Seniorrådgiver – ledertrening og omstillingsprosesser

Salg og konsulentleveranser

AS3 er en nordisk rådgivningsvirksomhet som arbeider med å bistå offentlige og private virksomheter med å håndtere og gjennomføre organisasjonsendringer. AS3 ble etablert i 1989 har til sammen 500 medarbeidere i Norden. I Norge er vi 40 dedikerte medarbeidere. Vi har et tett samarbeid om fagutvikling, konsulentleveranser og støttefunksjoner med våre nordiske kolleger. Den aktuelle stillingen vil ha en sentral rolle i å selge og levere utviklingsprosjekter og ha ansvar for å utvikle egen kundeportefølje. Seniorrådgiver vil bidra til å videreutvikle eksisterende konsepter samt i å utvikle nye. Vi søker en erfaren senior med erfaring innen konsulentvirksomhet, leder- og organisasjonsutvikling. Stillingen vil rapportere til administrerende direktør.

Salg

- Løsningssalg mot HR-direktører og toppledere i ulike virksomheter
- Resultatkrav på egen kundeportefølje
- Utvikle nettverk innen relevante områder for AS3

Konsulentleveranser

- Rådgivning og veiledning innen omstilling, endringsledelse og lederutvikling.
- Undervisning med utgangspunkt i AS3s konsepter knyttet til omstilling og endringsledelse.
- Gjennomføre workshops og prosesskonsultasjon for toppledergrupper, mellomledergrupper, tillitsvalgte og medarbeidere innen fagfeltet omstilling og endringsledelse.

Krav til stillingen

- Min 8 års relevant yrkeserfaring.
- God innsikt i organisasjon og ledelse.
- Dokumenterte resultater innen prosjektsalg, organisasjons- og lederutvikling samt HR relaterte områder.
- Høyere relevant utdanning – eksempelvis innen ledelse, psykologi, organisasjonspsykologi, pedagogikk, statsvitenskap eller tilsvarende.
- Gode kommunikative og pedagogiske ferdigheter
- Flytende i norsk og engelsk – skriftlig og muntlig.

Ønskelig

- Ledererfaring
- Erfaring med CRM-verktøy

Personlige egenskaper

Vi søker en initiativrik person som har en god kombinasjon av faglig ballast, kunde- og forretningsorientering. Du må like å jobbe i team og i et til tider hektisk og resultatorientert arbeidsmiljø samtidig som du mestrer å lede deg selv og å jobbe selvstendig. Du er tydelig som person samtidig som du utvikler gode relasjoner til mennesker er rundt deg. Du har høy integritet og legger din stolthet i å sikre god kvalitet i det du leverer fra deg. AS3s verdier - ordentlige, forretningsmessig og langsiktig, passer deg godt.



Søknadsfrist: Snarest og senest innen 15. mars.

Kontaktopplysninger: Einar Wergeland-Jenssen, Administrerende direktør
AS3 Norge, Akersgaten 1–5, N-0158 Oslo

Phone: +47 815 51 855 **Mobile:** +47 992 07 759 **E-mail:** ewj@as3.no

www.as3.no



Bufetat, Region Sør søker til FFT-Skien:

Psykolog/psykologspesialist (evt. familierapeut) – til 100 % stilling som leder/veileder i FFT (Funksjonell familierapi)

Barne-, ungdoms og familieetaten har egne enheter som driver med funksjonell familierapi (FFT), som er en tidsavgrenset familierapeutisk behandlingsmetode for ungdom med atferdsvansker. FFT er en evidensbasert metode utviklet i USA og bygger på flere tiårs utfalls- og prosessforskning omkring familierapeutisk arbeid. Implementeringen i Norge ledes av Atferdssenteret, Universitetet i Oslo, hvorfra det også forskes på metodens effekt i Norge. Det er til nå opprettet fem FFT-team i Norge. Et FFT-team består av to-tre terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Veileder arbeider også klinisk i egne saker. Stillingen innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom grundig opplæring i metoden, samarbeid med nasjonal FFT-konsulent og regelmessige fagseminarer.

Søknadsfrist er **20. mars 2015**

Se fullstendig utlysning og søk stillingen på www.bufetat.no/ledigestillinger/sor/

For mer informasjon om FFT se: www.atferdssenteret.no

Kronstad Distriktpsikiatriske Senter (DPS) søker:

Psykologspesialist

Årstad allmennpoliklinikk er del av Kronstad DPS i Divisjon Psykisk helsevern, Helse Bergen. Kronstad DPS har ansvar for 3 bydelar i Bergen; Bergenhus, Årstad og Ytrebygda. I mai 2013 ble all aktivitet samlokalisert i eit nytt, flott og moderne bygg på Danmarks plass. Allmennpoliklinikk Årstad dekker i dag bydelane Årstad og Ytrebygda. Poliklinikken er ein godt bemanna poliklinikk med god fagleg breidde. For tida har poliklinikken 3,5 overlegar, 1 lege i spesialisering, 9 psykologspesialistar, 4 psykologar, 2 psykiatriske sjukepleiarar og 1 klinisk sosionom.

Poliklinikken har fleire medarbeidarar med fordjuping og spisskompetanse innan mellom anna psykodynamisk terapi, kognitiv terapi, sensorimotorisk terapi, emosjonsfokusert terapi, mentaliseringsbasert terapi, mindfulnessbasert kognitiv terapi, i tillegg til at fleire medarbeidarar har vidareutdanning innan andre spesifikke utgreiings- og behandlingsmetodar. Poliklinikken har også fleire tilsette med forskingskompetanse.

Vi søker ein fagleg engasjert medarbeidar som ønsker å vere med og vidareutvikle dei polikliniske tenestene i Kronstad DPS. Det er sterkt ønskeleg med erfaring frå poliklinisk arbeid innan psykisk helsevern, då særskild med pasientar med allmennpsykiatriske vanskar og lidingar.

Arbeidsoppgåver:

- * Hovudoppgåver vil vere utgreiing, diagnostisering og behandling av tilviste pasientar med eit breitt spekter av ulike psykiske lidingar.
- * Den som blir tilsett vil også måtte ta i vare spesialistansvaret for pasientar der hovudbehandlar ikkje er spesialist. Ho eller han må også pårekne rettleiing av psykologar i spesialisering og tidvis også psykologstudentar i praksis.
- * Polikliniske tenestar innan psykisk helsevern er i utvikling, og den som blir tilsett må rekne med å vere delaktig i denne utviklinga.
- * Samarbeid med øvrige deler av behandlingsapparatet både internt og eksternt vil vere viktige arbeidsoppgåver. Det same gjeld samarbeid med pårørande i enkelte tilfelle, og med instansar som NAV, skole og/eller arbeidsgjevarar i nokre tilfelle.

Referansnr.: 2507065218

Søknadsfrist: 13.03.2015

Kontaktpersonar:

Seksjonssjef Per Birkhaug, Avdelingsjef Stig-Arthur Didriksen eller Klinikkovertlege Lars Onsrud, telefon (+47) 55956000



Betanien sykehus

Leder av barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

Stiftelsen Betanien Bergen er en selvstendig og selveiende stiftelse, tilknyttet Metodistkirken i Norge. Stiftelsen Betanien Bergen eier og driver Betanien barnehage, Betanien rehabilitering og sykehjem, Betanien sykehus og Høgskolen Betanien. Alle virksomhetene er lokalisert til Fyllingsdalen i Bergen, med unntak av avdeling Fundacion Betanien ved Betanien rehabilitering og sykehjem som er lokalisert i Alfaz del Pi på østkysten av Spania. Alle ansatte må være lojale mot Stiftelsens verdigrunnlag.

Kort om oss

Betanien er et privat sykehus med driftsavtaler med Helse Vest RHF. Betanien sykehus består av distriktpsykiatrisk senter, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, dagkirurgisk senter og røntgen- og laboratiesenter.

Ved vår barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk blir lederstilling ledig, da nåværende leder går over i annen stilling ved Betanien sykehus. Betanien BUP er en del av det offentlige helsetilbudet for beboerne i Fyllingsdalen og Laksevåg bydeler med ca 15 000 barn. Poliklinikken er en del av Betanien sykehus som har driftsavtale med Helse Vest RHF. Poliklinikken har 20 behandlerstillinger fordelt på 6 legestillinger, 10 psykologstillinger og 4 pedagoger og sosionomer med videreutdanning innen feltet. I tillegg er ressursenheten V27 lagt til poliklinikken. Betanien BUP har en svært dyktig personalstab med høy kompetanse, og holder til i trivelige lokaler i Fyllingsdalen.

Kvalifikasjoner

Du som vil søke denne stillingen må ha et ambisjonsnivå om å få til en positiv videreutvikling av den faglige kompetansen i poliklinikken. Du må være flink til å motivere dine medarbeidere og aktivt arbeide for å nå målene om høy kvalitet og tilgjengelighet i behandlingstilbudet som Betanien BUP skal gi. Du vil sitte i ledergruppen i Betanien sykehus. Vi ønsker en lege- eller psykologspesialist til denne stillingen. Det kan tilrettelegges for noe klinisk arbeid.

Vi tilbyr

- Stiftelsen Betanien Bergen tilbyr en utfordrende og spennende jobb i et trivelig og stabilt arbeidsmiljø med engasjerte og dyktige medarbeidere
- Vi har en aktiv personalpolitikk i forhold til helse, miljø og sikkerhet
- Vi har blant annet egen bedriftsfysioterapeut, avtale med godkjent bedriftshelsetjeneste, velferdstilbud som leie av leiligheter i Spania og hytte i Alvøen
- Vi legger til rette for videreutvikling og økt kompetanse blant våre ansatte
- Gode pensjonsordninger i KLP og lønn etter avtale

Dokumentasjon

Attester/referanser og vitnemål tas med ved eventuelt intervju.

Slik søker du

Klikk på «Søk på stilling» og følg videre instruksjon. Dersom du behøver hjelp, kan du ta kontakt med personalavdelingen på telefon 55 50 70 09.

Alternativt kan du sende den pr. epost til jan.lillevik@betanien.no.

Søknadsfrist: 31.03.15

Kontaktperson

Eli Julseth Birkhaug, avdelingsoverlege, tlf. 55 50 73 44, e- post Eli.Birkhaug@betanien.no

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.

Helse Fonna søker

Psykologspesialist/psykolog

OM STILLINGA:

Stillinga er tilknytt tværfagleg team for barnehabilitering (Haugesund). Målgruppa er menneske med medfødde eller tidleg erverva funksjonshemmingar og/eller utviklingshemming.

ARBEIDSOPPGÅVER:

Hovudvekt av arbeidsoppgåver er utgreiing og diagnostisering, samt oppfølging og rettleiing av føresette.

KVALIFIKASJONAR:

Vi søker etter psykologspesialist/psykolog som har klinisk erfaring med barn, familie og systemarbeid, og er vand med nevropsykologiske- og nevrologiske problemstillingar.

For meir informasjon om stillinga - kontakt seksjonsleiar John Conrad Brandsø, tlf: 40 23 87 76 - eller sjå: www.helse-fonna.no/jobb søknadsfrist: 15.03

Psykologspesialist

OM STILLINGA:

Ved BUP Haugesund har viledig ei fast stilling som psykologspesialist i Poliklinikk. Vi ønskjer oss ein entusiastisk og engasjert psykologspesialist som kan vere med på å styrkje fag og pasientforløp.

BUP Haugesund gir tenester på spesialistnivå til barn og unge (0-18 år). Opptaksområdet for Poliklinikk dekkjer 10 kommunar. Vi har poliklinikk, ungdomspsykiatrisk post og barnpsykiatrisk post. Døgnpostane har akuttfunksjonar og dekkjer heile Helse Fonna.

ARBEIDSOPPGÅVER

- Utgreiing, diagnostisering og behandling av barn og ungdom.
- Rettleiing og formidling av kunnskap internt og eksternt.
- Kontakt med foresatte og andre aktuelle instansar rundt barn/ungdom.

KVALIFIKASJONAR:

- Psykologspesialist.
- Ønskjeleg med erfaring frå arbeid i BUP.
- Må meistre godt norsk skriftleg og munnleg.

For meir informasjon om stillinga - kontakt seksjonsleiar Arnhild Lura, tlf: 52 73 28 00 - eller sjå: www.helse-fonna.no/jobb - søknadsfrist 26.03



Helse Fonna søker

Psykologspesialist/psykolog

Ledig fast stilling som psykolog/psykologspesialist ved Haugaland DPS. Institusjonen held til i moderne lokale og framstår no som eit fullverdig DPS, med 29 døgnplassar fordelt på ei psykoseavdeling og to allmennpsykiatriske avdelingar, og dessutan allmennpsykiatrisk poliklinikk og rehabiliteringspoliklinikk. Det samla tilbodet famnar og akuttambulans team, tidlig intervensjonsteam og psykose-/rusteam.

For meir informasjon, kontakt seksjonsleiar Arne Andreas Pedersen Døske - Tlf: 97 08 00 82 - eller sjå: www.helse-fonna.no/jobb - her kan du også søkje stillinga. Søknadsfrist: 15.03.2015

Psykologspesialist/psykolog

Ledig fast stilling ved Karmøy DPS. Karmøy DPS har i samarbeid med Haugaland DPS ansvar for dei allmennpsykiatriske spesialisthelsetenestane i kommunane Haugesund, Tysvær, Utsira, Bokn, Sveio, Vindafjord, Karmøy, Etne, Sauda og Suldal. Samla innbyggartall er omlag 120 000.

For meir informasjon, kontakt seksjonsleiar Arne Andreas Pedersen Døske - Tlf: 97 08 00 82 - eller sjå: www.helse-fonna.no/jobb - her kan du også søkje stillinga. Søknadsfrist: 15.03.2015



Helse Nord-Trøndelag HF er Nord-Trøndelags største og viktigste organisasjon med 2500 kompetente og motiverte medarbeidere fordelt på Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger, DPS Kolværid 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

Sykehuset Levanger

Barn og familieklinikken

Barn og familieklinikken har ledige stillinger:

Psykologspesialist/psykolog

- 100 % fast stilling fra 01.05.15 ved Familieseksjonen
- 3 x 100 % midlertidige stillinger fra 01.04.15 - 01.04.16. 1 stilling ved familieseksjonen og 2 ved poliklinikken.

Alle stillingene har referansnr. 2512334303

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til Bine-Kristin Kristoffersen, seksjonsleder BUP poliklinikk, tlf. 74 09 89 55 / 950 85 365, e-post: bine.kristoffersen@hnt.no eller Ingunn Helmersberg, seksjonsleder BUP familieseksjon tlf. 74 09 82 04 / 952 40 276, e-post: ingunn.helmersberg@hnt.no

Søknadsfrist: 23.03.15

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.





Oslo kommune
Bydel Sagene

NAV Sosialtjenesten – Utviklingscenteret

Sosialtjenesten i NAV Sagene har en bred vifte av tiltak. Et av dem er et større helsekartleggingsprosjekt (Styrk), som de siste 6 år har jobbet systematisk med avklaring og oppfølging av langtids sosialhjelpsmottakere med sammensatte og rusrelaterte sykdommer. Siste år er det også satt fokus på nye unge risikoklienter som kommer til sosialtjenesten, Bydel Sagene. Det er i denne sammenheng at det søkes etter psykolog som kan utrede, kartlegge oppfølgingsbehov og mobilisere tiltak, og/eller skape en tjenestekjede fra ungdomspsykiatri til oppfølging i arbeid – og helsetiltak.

SPECIALISTPSYKOLOG / SPECIALPSYKOLOG / PSYKOLOG

2 års engasjement

Kvalifikasjoner

Det søkes etter autorisert psykolog med spesielle kvalifikasjoner innen:

- Differensialdiagnostisk og arbeidspsykologisk utredningsarbeid / kognitiv funksjonstesting
- Rehabiliterings- og habiliteringsarbeid for klienter med ulike og sammensatte problemer (også kognitive problemer)

Stillingen vil bli plassert direkte innenfor lønsspennet 44–48. Plassering på de øverste trinn forutsetter dokumentert spesialkompetanse eller godkjent spesialitet. Stillingen går inn under Helsekartleggingsprosjektet Styrk, som koordineres av prosjektleder/spesialpsykolog.

Stillingen byr på et pulserende utviklingsarbeid på bydelsnivå, samtidig som det gjennom «Styrk-prosjektet» er utviklet et strukturert kartleggings- og oppfølgingstjenestesystem m/forskning.

For full utlysningstekst og elektronisk søknadskjema gå inn på:

<http://www.ledigestillinger.oslo.kommune.no/>

Søknadsfrist: 15.03.2015.



Bydel Sagene
Nav Sosialtjenesten
Utviklingscenteret

Postadresse:
Thorvald Meyers gate 7
0555 Oslo
Besøksadresse:
Thorvald Meyers gate 9

Telefon: 02180
Telefaks: 23 47 40 61
Giro: 1315 01 00253
Org.nr.: 979 588 607

Internett:
www.bsa.oslo.kommune.no
E-post:
utviklingscenteret@bsa.oslo.kommune.no



Hå kommune sitt administrasjonssenter ligg på Varhaug, 40 minutt med tog frå Stavanger. Kommunen har 18.000 innbyggjarar, og er i sterk vekst. Kommunen har velfungerande skuledrift, full barnehagedekning og gode helsetilbod. Dugnadskommunen Hå har eit rikt og variert kultur-, idretts- og organisasjonsliv, i tillegg til flotte tur- og friluftsområder frå hav til hei.

Psykolog ved Familiesenteret, Hå kommune

Beskrivelse

Ved Familiesenteret i Hå er det ledig 100 % stilling for psykolog. Familiesenteret er et frivillig lavterskeltilbud til barn og unge opp til 18/20 år. Det tilbys individuelle samtaler, gruppeterapeutiske aktiviteter og undervisning.

Det øvrige personalet ved Familiesenteret er tverrfaglig sammensatt i form av psykolog, klinisk sosionom, psykiatrisk sykepleier, samt vernepleier med videreutdanninger.

Kvalifikasjoner

- psykolog eller psykologspesialist
- fordel med erfaring fra arbeide med vold i nære relasjoner
- fordel med erfaring fra arbeid med barn og unge

Personlige egenskaper

- evne til å motivere andre mennesker
- et positivt menneskesyn
- gode samarbeidsevner

Personlig egnethet vil bli vektlagt. Menn oppfordres til å søke.

Søknad kan sendast

Hå kommune oppfordrar alle til søkja elektronisk på **web www.ha.no/stilling**. Ta kontakt dersom du ikkje har høve til det.

Politiattest

Politiattest nyare enn 3 månader må leverast før tiltreding i stilling.

Tilsetjingsvilkår

Tilsetjinga skjer på dei vilkår og med dei pliktar som går fram av utlysinga, og dei til ei kvar tid gjeldande lover, reglement og tariffavtalar. Kommunen har gode pensjons- og forsikringsordningar med ulykkesforsikring i fritida. Kommunen har prøvetid på 6 månader og reglar for flyttegodtgjersle.

Søknadsfrist: 15.03.2015

Utlyst dato: 10.02.2015

Vår. ref.: 2551

Kontaktperson

Katrin Bredenebekk, fagleder, **tlf.: 940 59 068**.



Steinkjer kommune



Steinkjer er en "åpen, lys og glad" kommune, med 3 administrative nivå. Pedagogisk Psykologisk Tjeneste er organisert som egen tjenesteenhet i avdeling for oppvekst sammen med barnehager, grunnskoler, kulturskole og voksenopplæring.

Psykolog 100 %

Tjenesteenhet Pedagogisk Psykologisk Tjeneste

Vi søker en person med interesse for innovasjon og nyskaping. Stillingen har arbeidsoppgaver på individ- og systemnivå. Psykologen deltar i kommunens Ressursteam oppvekst.

For fullstendig kunngjøringstekst, se [www.steinkjer.kommune.no/Ledige stillinger](http://www.steinkjer.kommune.no/Ledige_stillinger), ldnr. 649, eller kontakt PPT-leder Kenneth Arntzen, tlf. 74 16 93 07/917 81 633.

Søknadsfrist: 16.03.15.

Jobbnorge.no

- Trygghet når du trenger det mest

Sørlandet sykehus HF er regionens største kompetansebedrift, med over 5000 ansatte fordelt på ulike institusjoner i begge Agderfylkene. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenesten innen somatikk, psykiatri og avhengighetsbehandling. Spesialisthelsetjenestens hovedoppgaver er pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende.

Mandal

Psykologspesialist/psykolog - DPS Strømme, Psykiatrisk poliklinikk

DPS Strømme består av psykiatrisk poliklinikk i Kristiansand og Mandal, døgnpost, samt Ambulant akutteam (AAT).

Vi har ledig 100 % st. fast som psykologspesialist/psykolog. Dersom intern ansettelse vil det kunne bli ledig et vikariat som psykologspesialist/psykolog i 100 % st. fram til utgangen av februar 2016. Oppgi i søknaden dersom det er aktuelt. Stillingen er for tiden knyttet til poliklinikken i Mandal.

Opplysninger: Enhetsleder Frida Sandvik, tlf. 38 07 96 90

Søknadsfrist: 08.04.2015

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobb

Ønsker kun kontakt med søkere til stillingen.

frantz.no



SØRLANDET SYKEHUS



NAV Arbeidsrådgivning har 5 årsverk og er en spesialtjeneste til NAV-kontorene i Buskerud. Vi har hovedbase i nye lokaler i NAV-huset i Drammen sentrum. Vi har et godt, tverrfaglig miljø med psykologer, spesialpedagog, karriereveileder og rådgivende overleger.

Psykologspesialist/psykolog NAV Arbeidsrådgivning Buskerud

NAV Arbeidsrådgivning i Buskerud har ledig en fast stilling for psykologspesialist og et engasjement/vikariat.

Arbeids- og ansvarsområde

- Vi anvender en positiv, ressursorientert kartleggingsmetodikk i møte med personer som har utfordringer i arbeidslivet. Det kan dreie seg om psykiske eller rusproblemer, personlighetsmessige utfordringer, generelle kognitive eller spesifikke lærevansker.
- Konsultativt arbeid med bistand og veiledning av saksbehandlere/ veiledere på NAV-kontorene
- Samarbeidsmøter med interne og eksterne samarbeidsparter
- Utredning og veiledning av personer som har behov for å få avklart sine muligheter for arbeid eller yrkesrettet aktivitet
- Deltagelse i metodeutvikling og undervisningsvirksomhet
- Det skal opprettes et tilbud om «Kognitiv jobbmestrende veiledning» som bygger på metodene fra kognitiv terapi og har fokus på mestring i arbeidssammenheng. Dette vil gi mulighet til å følge noen klienter også etter utredning/kartlegging, i en avgrenset periode.
- Det må påregnes reisevirksomhet innen fylket

Du må ha

- Utdanning som psykologspesialist innen klinisk arbeid-, voksen- eller barne- og ungdoms psykologi. Psykologer med erfaring innenfor nevnte spesialiteter og som er nesten ferdig med spesialisering kan også søke.
- Gode evner til å arbeide selvstendig og i team
- God skriftlig fremstillingsevne
- Personlig egnethet og gode relasjonelle ferdigheter vil bli sterkt vektlagt

Vi ønsker at du

- har erfaring og interesse innen utrednings og veiledningsarbeid
- har interesse for arbeids-/yrkespsykologi og tro på arbeid som mestringsarena
- har evne til å arbeide målrettet, nøyaktig og effektivt
- har stor arbeidskapasitet
- har gode serviceholdninger og kommunikasjonsevner
- evner å være klar og tydelig både muntlig og skriftlig

Vi tilbyr

- Spennende, faglige utfordringer, samt faglig veiledning og kompetansehevende tiltak/ spesialisering innen arbeidsfeltet
- Lønn etter kvalifikasjoner som psykolog, kode 1304/ 0794 lønnstrinn 58 til 76, kr. 491 400 til kr. 693 200
- God pensjonsordning gjennom Statens Pensjonskasse (fra lønnen trekkes 2 %)
- Fleksitid og personalkantine

NAV er opptatt av mangfold, og vi oppfordrer alle kvalifiserte kandidater til å søke jobb hos oss uansett alder, kjønn, funksjonshemming, nasjonal eller etnisk bakgrunn. NAV er IA-virksomhet, og vi vil legge forholdene til rette for søkere med redusert funksjonsevne.

Søknad og CV sendes elektronisk. Vi gjør oppmerksom på at CV benyttes i utvidet søkerliste. Vitnemål og attester tas med på et eventuelt intervju.

Spørsmål om stillingen kan rettes til psykologspesialist/fagligansvarlig Charity van Delft, tlf. 936 85 255 eller avdelingsdirektør Tom Kristoffersen tlf. 911 61 848.

Dersom du ønsker å reservere deg fra oppføring på offentlig søkerliste, må dette opplyses om og begrunnes i søknaden. Opplysninger kan bli offentliggjort selv om du har bedt om ikke å bli oppført på søkerlisten. Du varsles dersom ønsket om reservasjon ikke tas til følge.

Arbeidssted: **NAV Arbeidsrådgivning Buskerud**

Ref.nr. **0691-2015-01**

Søknadsfrist: **23. mars 2015**

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.



Larvik kommune har ca 40.000 innbyggere og et totalareal på omlag 530 km². Larvik er en kulturkommune, en havneby, et reisemål og et kommunikasjonsmessig knutepunkt med et variert og solid næringsliv. Kort sagt: en mangfoldig og attraktiv kommune med mye livskvalitet, mange spennende muligheter og høye ambisjoner. Prøv oss!

Kommunepsykolog for barn og unge

Larvik kommune har ledig en 100 % fast stilling som psykolog i Barne- og ungdomstjenester. Vi har i dag tre psykologstillinger som har mye av sin virksomhet i familientrene.

Arbeidsoppgavene omfatter helsefremming/forebygging, veiledning/behandling av barn og familier, samt tverrfaglig samarbeid. Det er et nært arbeidsfellesskap mellom psykologene.

Stillingen er ledig for tiltredelse.

Se hele utlysningen på våre nettsider:
www.larvik.kommune.no

Søknadsfrist: 18.03.2015

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.

Voksenpsykiatrisk poliklinikk – Sandnessjøen

Psykologspesialist/psykolog

Ledig fast stilling som psykologspesialist/psykolog.

Sandnessjøen ligger i Alstahaug kommune, Nordland, og avdelingens opptaksområde består av kommunene Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Herøy, Træna og Lurøy med til sammen ca. 14.000 innbyggere. Det er tett faglig og administrativt samarbeid mellom våre to geografiske lokalisasjoner.

I tillegg til denne psykologspesialist/psykolog stilling har avdelingen følgende personalsammensetning: psykiater, psykologer, psykologspesialist, psykiatriske sykepleiere og vernepleier, klinisk sosionom, lege i spesialisering og psykomotorisk fysioterapeut.

Vi følger nasjonale helsemyndigheters føringer med hensyn til utredning, diagnostikk og behandling. Det innebærer at vi bestreber oss på å jobbe etter prinsippet beste praksis hvor utgangspunktet er nasjonale veiledere og kliniske retningslinjer.

Kontaktperson: Lena Nordøy Swintynk, tlf. 75 06 54 60/992 53 674, epost: lena.nordoy.swintynk@helgelandssykehuset.no.

Søknadsfrist: 22. mars 2015

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på helgelandssykehuset.no/jobb

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



HELGELANDSSYKEHUSET
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GÅETIE



frantz.no

MODUMBAD 
- 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/Psykolog

Ved Traumeavdelingen blir det ledig en fast stilling og ett ½ års vikariat som Psykologspesialist/Psykolog. Tiltredelse 1.juni 2015.

KONTAKTPERSONER:

Avdelingsleder Gun Abrahamsen på tlf. : 32 74 97 00.

Søk elektronisk via
www.modum-bad.no.

Her finner du også fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 15. mars 2015 www.modum-bad.no

MODUMBAD 
- 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/Psykolog

Ved Avdeling for depressive lidelser blir det ledig en fast stilling som Psykologspesialist/Psykolog. Tiltredelse etter avtale.

KONTAKTPERSONER:

Avdelingsleder Torben Bergland eller nestleder Kari Nedberg på tlf.: 32 74 97 00.

Søk elektronisk via
www.modum-bad.no.

Her finner du også fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 16. mars 2015 www.modum-bad.no

SiO Helse søker engasjert, erfaren og dynamisk leder til vår psykisk helse seksjon

Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus (SiO) leverer velferdstjenester til 64 000 studenter ved Universitetet i Oslo, Høgskolen i Oslo og Akershus, BI og 23 andre høyskoler i regionen. Gjennom et gjensidig forpliktende samarbeid med utdanningsinstitusjoner og studenter skal SiO bidra til høy studiekvalitet og lik rett til utdanning. SiOs tilbud inkluderer blant annet studentboliger, helsetjeneste, barnehage, mat og drikke og treningstilbud.

SiO Helse (tidligere Studenthelsetjenesten) har 80 ansatte fordelt på 4 kontorer Blindern, Nydalen, Kjeller og Sentrum. Tilbudet omfatter allmennleger, psykologer, psykiatere, tannleger, annet helsepersonell og sosionomer.



Vi søker leder til vår seksjon for psykisk helse. Seksjonen har psykologer, psykiatere og psykomotoriske fysioterapeuter, i tillegg til erfarent hjelpepersonell.

Seksjonen har behandlere på Blindern, i sentrum og i Nydalen. Seksjonsleder inngår i ledergruppen i SiO Helse.

Vi søker:

Psykiater eller psykologspesialist med bred ledererfaring. Vi søker en leder som både kan stimulere til og videre utvikle vårt høye aktivitetsnivå og vår tverrfaglige tjenesteleveranse. Vi søker en leder med stor arbeidskapasitet, som er tydelig i lederoppdraget og god på gjennomføring, samt gode samarbeidsevner på tvers av ulike profesjoner og fagområder. Stillingen er delt med klinikk og administrasjon/ledelse.

Vi tilbyr:

Et kompetent fagmiljø hvor vår oppgave er korttidsterapi og psykoedukasjon av studenter. Vi har bred tverrfaglig kompetanse og vektlegger samarbeidet mellom våre faggrupper for helhetlig tjenesteleveranse. Vi kan tilby en spennende og utfordrende stilling med konkurransedyktige betingelser i et aktivt arbeidsmiljø.

Søknadsfrist 22. mars. Søknaden sendes til kjl@sio.no

Spørsmål? Ta kontakt med leder for SiO Helse, Kari Jussie Lønning
402 24 981 eller kjl@sio.no

www.sio.no



HELSE



Avdelingsleder

KLINIKK PSYKISK HELSE OG AVHENGIGHET

Avdeling psykisk helsevern, døgntilrettelagt har ledig stilling som avdelingsleder. Avdelingen søker en samlende 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. 2512817319

Søknadsfrist: 22.03.2015

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 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no



Seksjonsleder

Klinikk psykisk helse og avhengighet

Avdeling for psykisk helse, nasjonale og regionale funksjoner har ledig stilling som seksjonsleder ved Regional sikkerhetsseksjon (RSA). RSA er en høyspesialisert tjeneste med regional funksjon for Helse Sør-Øst.

Seksjonen søker en samlende og målrettet leder. Som seksjonsleder har du faglig, administrativt og økonomisk ansvar.

Seksjonen har fokus på samfunnsvern og pasientbehandling av høy kvalitet.

Kontaktinfo: Trond Haakon Noddeland, avdelingsleder, tlf. 982 07 585.

Ref.nr. 2502245794

Søknadsfrist: 26.03.2015

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 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no



Psykologspesialist

AKU avdeling for smertebehandling

Avdeling for smertebehandling organiserer akuttsmerteteam og poliklinikk for pasienter med langvarige smerter. Avdelingens poliklinikk er samlokalisert på Ullevål i november 2013. Avdelingen er forskningsaktiv og har etablert regionale kompetansetjenester for behandling av langvarig smerte. Vi søker etter psykolog med interesse for smertefeltet og som ønsker å være med på den videre oppbyggingen av et tverrfaglig smertesenter.

Kontaktinfo: Anne Gina Schie Berntsen, seksjonsleder, tlf. 412 21 760.

Ref.nr. 2512402178

Søknadsfrist: 08.03.2015

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 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no

Finnmarkssykehuset har sykehus i Kirkenes og Hammerfest, og behandling innen psykisk helsevern og rus, inkludert samisk nasjonalt kompetansesenter. Vi søker de tøffe og fleksible fagfolkene. Du vil jobbe på en liten avdeling, som betyr at du får mer ansvar og mer varierte arbeidsoppgaver. Her betyr du mer!

Familieavdelingen, SANKS Karasjok

Psykolog

Familieavdelingen ved SANKS Karasjok har ledig vikariat for psykolog ut 2015, med tiltredelse snarest.

Avdelingen tar inn familier til behandlingsopphold. Ved avdelingen har vi 7 fagstillinger som jobber tett i to team rundt familier.

Kontaktinfo:

Tove Laiti, enhetsleder Familieavdelingen, tlf. 78 46 95 30.

Søknadsfrist: 8. mars 2015

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside: www.finnmarkssykehuset.no.

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju.

Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.

frantz.no



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMARKKUBUOHCCVEIUSSU



Helse Førde HF leverer spesialisthelsetenester til dei 109 000 innbyggjarane i Sogn og Fjordane. Føretaket arbeider for å gje brukarane det beste tilbodet innanfor rammene styremaktene set. Helse Førde har sjukehus og psykiatriske institusjonar i seks kommunar og driv ambulanseteneste. Talet på tilsette er omlag 2500. Budsjettet er på 2,4 milliardar kroner. Helse Førde er organisert i fire klinikkar. Helseføretaket er eigd av det statlege Helse Vest RHF. Helse Førde skal så langt råd spegle mangfaldet i befolkninga. Det er difor eit personalpolitisk mål å oppnå ein balansert alders- og kjønnsamansetnad, og å rekruttere kvalifiserte personar med innvandrabakgrunn.

PSYKISK HELSEVERN / PSYKIATRISK KLINIKK søker

Dobbelkompetanseløp - Psykolog

OM STILLINGA

Klinikk for Psykisk Helsevern (PHV) inneheld sentralsjukehusfunksjonar, spesialisert russengepost og DPS for vaksne, samt sengepostar og poliklinikkar for born og ungdom. Tenestene er lokalisert i Førde, på Nordfjoreid og i Sogndal.

Forskningsgruppe for psykisk helse og rus lyser i samarbeid med Psykiatrisk klinikk i Helse Førde PHV ut eit 7-årig integrert dobbelkompetanseløp for psykolog. Målet med det integrerte løpet er oppnådd doktorgrad i klinisk psykologi og spesialitet i klinisk psykologi i løpet av perioden. Klinisk spesialisering og forskning skal skje 50/50 gjennom perioden. Doktorgradsgivande institusjon vert Universitetet i Bergen.

PHD-løpet

Forskningsgruppa for psykisk helse og rus (PHR) vert leia av Christian Moltu, og har ulike pågåande prosjekt. Fokus er psykoterapiforskning, klinisk tilbakemelding, samarbeidsrelasjonar, implementeringsforskning og reell brukarmedverknad. Ulike doktorgradsprosjekt inngår i gruppa. Vidare vert eit større klinisk tilbakemeldingssystem og kvalitetsregister/prosessedatabase del av gruppa sin forskningsmessige infrastruktur. Gruppa har formelle samarbeidsrelasjonar lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt.

REFERANSENUMMER

2515811738

KONTAKT

Fagsjef, psykologspesialist Christian Moltu, tlf. 578 3940 / 922 69 691 eller

Avdelingssjef Svein Ove Alisøy, tlf 578 39470/ 918 16 510.

SØKNADSRIST

22 mar 2015

SØK PÅ STILLINGA:

www.helse-forde.no/jobb



www.helse-forde.no/jobbsok

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG PRISER I 2015

SPELPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 500.

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 22 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 530, samme format i farger kr 3 853.

SMÅANNONSER:

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

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 10 850, pris for kursannonse kun på nett er kr 5 350. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 3 550 kan kursannonser annonsert i Tidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Konferanser og kurs».

NYHET! Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 4 850 (inntil en måneds visning) kan logo vises på forsiden www.psykologtidsskriftet.no med link til bedriftens stillingsannonse.

ANNONSEFORMATER

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
4	18.03	01.04
5	17.04	04.05
6	18.05	01.06
7	18.06	01.07

Priser stillingsannonser/profilannonser:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	16 250	14 850
1/2 side	11 850	10 850
1/4 side	10 350	9 650

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

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



Sykehuset Innlandet HF

Divisjon Psykisk helsevern

DPS Elverum-Hamar, Poliklinikk Hamar 1

I vår poliklinikk for allmennpsykiatri ved Distriktspsykiatrisk senter Elverum-Hamar ønsker vi å rekruttere inn deg som er psykologspesialist, og som kan være med å gi og utvikle vårt tilbud til innbyggerne i Hamar- og Stange kommune.

Vi er 21 ansatte ved enheten, hvorav 10 er psykologer.

Psykologspesialist

100 % fast. Ref.nr. 2505524045.

Kontakt:

Rune Leistad Amundsen, enhetsleder, tlf. 62 53 73 22 / 975 10 991, e-post: runeleistad.amundsen@sykehuset-innlandet.no

Søknadsfrist: 22. mars 2015

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 tiltredelse.



frantz.no



Sykehuset Innlandet HF

Divisjon Psykisk helsevern

DPS Lillehammer, Poliklinikk Otta

DPS Lillehammer består av Poliklinikk Lillehammer og Poliklinikk Otta, Døgnerhet Lillehammer og Døgnerhet Otta. Det er eget rusmiddelteam og akuttambulanseteam. Poliklinikk Otta, ligg sentralt i Otta sentrum, med kort avstand til tog/buss. Poliklinikk Otta har ansvaret for de 6 kommunene i Nord Gudbrandsdalen, med om lag 19 000 innbyggere i oppfaksområdet.

Psykologspesialist/psykolog

Ref.nr. 2499044585.

- En 100 % fast stilling for psykologspesialist/psykolog. Stillingen er knyttet til rusmiddelteamet.
- Vikariat i 100 % for psykologspesialist/psykolog i et halvt år, med mulighet for forlengelse. Stillingen er knyttet til allmennpsykiatrisk team. Psykologer som er i gang med spesialisering kan også søke.

Kontakt: Edel Holen eller Heidrun Skjååk, tlf. 61 11 77 00.

Søknadsfrist: 20. mars 2015

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 tiltredelse.



frantz.no



Sykehuset i Vestfold

Glennere regionale senter for autisme

Psykologspesialist/psykolog

Det lyses ut 100 % fast stilling for psykologspesialist/psykolog med fordyning i klinisk nevropsykologi.

Glennere regionale senter for autisme har utredning, diagnostikk og behandling av autismspekter forstyrrelser som sine hovedoppgaver. Arbeidsprosessene forankres med et tydelig perspektiv på samhandling med kommunene rundt kompetanseoverføring og gjensidig kompetanseutvikling. I tillegg har senteret et selvstendig ansvar for fagutvikling.

Nærmere opplysninger ved seksjonsleder for utredning Ivar Morten Gjellesvik eller daglig leder Tom Rørby, tlf. 33 03 64 50.

Søknadsfrist: 22. april 2015

For å lese mer og søke på stillingen: www.sykehuset-vestfold.no



frantz.no



Sykehuset i Vestfold

Glennere regionale senter for autisme

Psykologspesialist/psykolog

Det lyses ut ett vikariat i 100 % stilling for klinisk psykolog til videreutvikling av senterets polikliniske tjenester.

Glennere regionale senter for autisme har utredning, diagnostikk og behandling av autismspekter forstyrrelser som sine hovedoppgaver. Arbeidsprosessene forankres med et tydelig perspektiv på samhandling med kommunene rundt kompetanseoverføring og gjensidig kompetanseutvikling.

Nærmere opplysninger ved seksjonsleder Arne Terje Gulbrandsen, seksjonsleder Ivar Morten Gjellesvik eller daglig leder Tom Rørby, tlf. 33 03 64 50.

Søknadsfrist: 22. april 2015

For å lese mer og søke på stillingen: www.sykehuset-vestfold.no



frantz.no

**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President**

Tor Levin Hofgaard
tor.levin.hofgaard@
psykologforeningen.no
918 65 931

Visepresidenter

Rune Frøyland
rfrøey@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

Tonje Kvande
tonje.kvande@gmail.com
480 98 665

Signe Krohg Owren
signe_owren@hotmail.com

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 Overland
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 Lindøe
birgitte.lindoe@
borgestadklinikken.no
473 83 123

Troms
Elisabeth Growen Borch
elisabeth@njaal.net
988 75 422

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

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

Østfold
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 Larssen, Helse Sør-Øst,
tlf. 952 80 577

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS**

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

SPECIALITETSRADET

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
RETTSPSYKOLOGI OG
SAKKYNDIGHET**

Kirsten Rasmussen, leder,
e-post kirsten.rasmussen@
svt.ntnu.no, tlf. 73 59 78 33

**STUDENTPOLITISK
UTVALG**

Tonje Kvande,
UiO, leder, e-post
tonje.kvande@gmail.com,
tlf. 480 98 665

**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 Alsaker,
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 Mølmann,
administrasjonssjef,
e-post heidi.molmann@
psykologforeningen.no
Toril Dyrhovd,
nestleder, epost toril@
psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef

Joakim Solhaug,

spesialrådgiver
Kontakt
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Andreas Høstmælingen,
fagsjef, e-post andreas@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

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

**NORSK
PSYKOLOGFORENING**

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo.
Besøksadresse: Kirkegata 2.
Tlf. 23 10 31 30
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 MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Regionalt ressurscenter 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 kunnskapssenter 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, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo
Stephen 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 (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 student- eller spesialistoppagve.

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1425 per år, bedriftsabonnement kr 2150, 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: 18.03, 17.04, 18.05, 18.06, 20.07, 18.08, 18.09, 19.10, 18.11