

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

# PSYKOL OGI

Vol. 52 nr. 4 2015

**ADHD eller  
traumelidelse?**

**ET GJENNOM-  
BRUDD I  
FORSTÅELSEN  
AV SCHIZOFRENI**

Problemet med  
mangfoldet av  
terapeutiske skoler

**Viggo Kristiansens  
psykolog frikjent  
i fagetisk råd**

ISSN 0332-6470



9 770332 647006

04



# PSY KOL OGI

Vol. 52 **nr. 4** 2015

**Sjefredaktør** Bjørnar Olsen, [bjornar@psykologtidsskriftet.no](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no), tlf. 474 01 165

**Fagredaktører** Ida Holth, [ida.holth@psykologtidsskriftet.no](mailto:ida.holth@psykologtidsskriftet.no), tlf. 930 23 429

og Katharine Williams, [katharine@psykologtidsskriftet.no](mailto:katharine@psykologtidsskriftet.no), tlf. 934 82 003

**Redaksjonssjef** Per Olav Solberg, [perolav@psykologtidsskriftet.no](mailto:perolav@psykologtidsskriftet.no), tlf. 950 88 575

**Redaktører/journalister** Øystein Helmikstøl (debattansvarlig),

[oystein@psykologtidsskriftet.no](mailto:oystein@psykologtidsskriftet.no), tlf. 464 66 978, Nina Elisabeth

Strand, [nina.strand@psykologtidsskriftet.no](mailto:nina.strand@psykologtidsskriftet.no), tlf. 979 59 515 og

Arne Olav Hageberg, [arneolav@psykologtidsskriftet.no](mailto:arneolav@psykologtidsskriftet.no), tlf. 958 21 895.

**Redaksjonen** [redaksjonen@psykologtidsskriftet.no](mailto:redaksjonen@psykologtidsskriftet.no)

**Debatt** [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto:meninger@psykologtidsskriftet.no) og [debatt@psykologtidsskriftet.no](mailto:debatt@psykologtidsskriftet.no)

**Markedskordinator** Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,

e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto: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.

# Hva er den psykiske helses røykelov?

**DAVÆRENDE HELSEMINISTER DAGFINN** Høybråten ble ikke bare populær av å drive igjennom røykeloven. Men i 2004 ble den iverksatt – og et viktig forebyggende folkehelseiltak var på plass. Og siden det i dag er et uttalt mål å overføre ressurser fra behandling til forebygging, er det vel verdt å fundere over hvorvidt det kan tenkes lover som kunne hatt tilsvarende effekt når det kommer til psykisk helse.

**Det finnes da også eksempler** på lovgivning som har hatt stor betydning for den psykiske folkehelse. Som da arbeidsmiljøloven gjennom psykologen Einar Thorsrud ikke bare tok hensyn til det fysiske arbeidsmiljøet, men også det psykososiale arbeidsmiljøet. Hans jobbpsykologiske krav er et eksempel på hvordan lovgiving kan bidra til å beskytte den psykiske helsen: Medinnflytelse, læring, innhold og variasjon i arbeidet, anseelse og behov for å se sammenheng mellom arbeid og omverdenen ble en del av arbeidslivet. Slik lovfestet arbeidsmiljøloven arbeidsgiverens plikt til å tilfredsstille psykologiske jobbkrav som selvbestemmelse i grupper, variasjon og faglig ansvar i jobben.

**Et annet eksempel** er barnelovens forbud mot enhver form for fysisk avstraffelse og vold mot barn her til lands. Som Per Isdal skrev i Psykologtidsskriftet (mars 2011), er det dokumentert en rekke negative følger av fysisk avstraffelse: dårligere skoleprestasjoner og lavere intelligens, mer risiko for misbruk av rus, mer voldsproblemer og senere kriminell atferd. Da er det god forebyggende lovgivning å forby fysisk avstraffelse og vold mot barn.

**Det kan være en mer enn vanskelig politisk øvelse** å velge ut hvilke tiltak man skal legge makt bak. Det er ikke alltid det går som med røykeloven: omdiskutert i forkant, men lite kontroversiell i etterkant. Men skal politikerne inspireres, kan Folkehelseinstituttets rapport «Bedre føre var...» fra 2011 være en kilde til inspirasjon. Og start gjerne med de som i minst grad eier sine egne livsbetingelser: barn og unge. Blant tiltakene Folkehelseinstituttet foreslår, finner vi for eksempel «hjemmebesøksprogrammer for å identifisere barn som blir mishandlet». Sett i lys av forståelsen av hvor skadelig kompleks traumatisering virker å være for menneskers psykiske helse, er dette kanskje et sted å starte? ✕



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

[bjornar@psykologtidsskriftet.no](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no)



Det finnes da også eksempler på lovgivning som har hatt stor betydning for den psykiske folkehelse

# 302

## ADHD, ELLER NOE ANNET?

Unge med ADHD-symptomer har opplevd belastende livshendelser mer enn dobbelt så ofte som unge uten slike symptomer.

Klinikere bør kartlegge traumatiske opplevelser før de setter en ADHD-diagnose, konkluderer Bjørn Reigstad og Siv Kvernmo.



ILLUSTRASJONSFOTO: LEO BRUNVOLL/FLICKR.COM

# 314



ILLUSTRASJON: BENDIK KALTENBORN

## HVER SIN TERAPI

Skillelinjene mellom psykoterapeutiske skoler er uklare, og mange psykoterapiforskere mener at de fleste av dem kan tilordnes fire-fem hovedtradisjoner. Likevel ser antallet skoler ut til å øke. Hvorfor er det sånn?

# 338

## BANEHEIA-DØMTES PSYKOLOG FRIKJENT

- Jeg kan ikke skjønne at han kan fortsette i jobben, sa Ada Sofie Austegard da det i fjor ble kjent at Viggo Kristiansens psykolog, Atle Austad, mener klienten er uskyldig. Han ble klaget inn til fagetisk råd, som nå gir ham full støtte.

# 352



FOTO: BJØRN STUEDAL

## FRISKMELDER NEW PUBLIC MANAGEMENT

«Vi trenger bedre rammevilkår. Bedre organisering. Bedre ledelse. Bedre samhandling og samarbeid», skriver Bent Høie. Han avviser at utfordringene innenfor psykisk helsevern handler mest om krav til registrering og rapportering.

# Innhold

- 297 **Hva er den psykiske helses røykelov?**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 300 **Empatiombudet**  
Nå: Ane Bjøru Fjeldsæter, psykolog i Leger uten grenser | Øystein Helmikstøl
- 302 **ADHD - eller noe annet? Belastende livshendelser hos unge med ADHD-symptomer**  
Vitenskapelig artikkel | Bjørn Reigstad & Siv Kvernmo
- 312 **Bottom-up**  
Fri assosiasjon | Kari Ebbesen Karlsen
- 314 **Problemet med mangfoldet av psykoterapeutiske skoler**  
Fagessay | Erik Falkum et al.
- 321 **Forskningsnotiser**
- 322 **Schizofreni er en nevrokognitiv forstyrrelse**  
Vitenskapelig artikkel | Bjørn Rishovd Rund
- 334 **Langtidseffekter av psykoterapi**  
Oppsummert | Vidar Blokhus Ekroll
- 338 **Plikt til å varsle**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 341 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: Våre usynlige kjærlighetsbånd (s. 342)  
Debutt: Gruppeterapi (s. 346), Islamifisering av psykoterapi (s. 347), Presseetikk (348), New Public Management (s. 352), Alder og videreutdanning (s. 353)  
Derfor: Kvinner og menn | Per Olav Solberg (s. 351)  
Perspektiv: Helsetjenesten - et skip uten kaptein | Kerstin Söderström (s. 354)  
Leseombudet: Heftig om medisiner og psykose | Odd Volden (s. 356)
- 358 **INNTRYKK**  
Tv-anmeldelse: Fotballgalskap (s. 360)  
Bokanmeldelser: Selvfølelses- og mindfulness-fokusert terapi (SMFT) (s. 358), Digital demens - alt om hvordan digitale medier skader deg og barna dine (s. 362)  
Anbefalt: Carl Frode Tiller (s. 364)
- 365 **Kurskalender**
- 365 **Annonser**
- 371 **Stillingsannonser**

**SAMFUNNPSYKOLOGI:** Å være helsepersonell handler om å gå dit lidelsen er, sier Ane Bjøru Fjeldsæter. Her i Doro flyktningleir i Sør-Sudan. Foto: Geoffrey Bass, Leger uten grenser



# EMPATIOMBUDET

Som psykolog i ebola-rammede områder måtte hun smugle pårørende inn på avdelingen. Vel hjemme har Ane Bjøru Fjeldsæter fått tid til å reflektere over den norske innadvendte psykologien.

– Du har vært på oppdrag for Leger uten grenser i Liberia, Sierra Leone og Sør-Sudan de siste to årene. Hva har du gjort?

– I Sør-Sudan drev jeg psykisk helse-tilbudet for 50 000 flyktninger i et halvt år, alt fra forebyggende arbeid til avansert psykiatri som jeg måtte improvisere fram. Jeg satte opp et skilt som sa at «her er psykologkontoret». Vi hadde for eksempel en pasient som var paranoid schizofren. Da satte vi bare opp et ekstra telt til ham, for at han skulle ha en type innleggelse når han trengte det. På de to enmåneders ebola-oppdragene har jeg sørget for at pasientene og våre egne ansatte følges opp psykososialt.

## TEKST

Øystein Helmikstøl

I Monrovia vet folk godt hva en psykolog er, der er det en del av det vanlige helsetilbudet. I Sør-Sudan var det ingen forventninger, der var det fritt fram til å utforme sin egen rolle.

Noe av rollen er også å være et slags empatiombud i en vanskelig sykehushverdag. Det er ikke alltid behandlerne tenker så mye på de emosjonelle behovene hos pasientene, ved for eksempel å kontakte pårørende.

– Hadde det ikke vært bedre å bruke pengene på somatisk helsearbeid?

– Jeg tror på helhetlige helsetilbud og synes ikke at vi skal se på et psykisk helsetilbud som en luksus. Med ebola er det sånn at uansett hvor

mye du investerer i somatikken, så blir det likevel mange dødsfall. Å investere i psykisk helse er også en sikkerhetsgaranti. Åtte fra Røde Kors ble drept i Guinea. Det handler mest om at vi er blitt assosiert med en farlig sykdom. Hvis vi kan bli assosiert med ivaretagelse av lokale skikker og av lokalbefolkningen, blir folk tryggere, og vi blir akseptert.

– **Det må ha vært konflikter mellom deg som psykolog og de andre helsearbeiderne?**

– Ja. Jeg har for eksempel drevet og smuglet inn pårørende slik at de kunne få snakke med familiemedlemmer som lå på sykehuset. Som et slags pasientombud eller empatiombud drev jeg med litt sivil ulydighet som betydde mye for pasientene og de pårørende. Mange visste jo at de kom til å dø, da var det viktig å se familien. Dette skjedde selvsagt ikke på høyrisikoavdeling.

– **Har folk i traumatiserte samfunn lettere for å takle traumer enn oss persilleblader i vestlige land?**

– Nei. Men det er lettere hvis man er en del av et fellesskap. Jeg tror for eksempel at det har vært lettere for de Utøya-overlevende og -pårørende å komme seg helskinnet igjennom på grunn av det viktige fellesskapet rundt pårørendegruppa.

– **Hva er den beste hjelpen man kan gi når hele samfunn er traumatisert?**

– Å styrke mestingsressursene folk har. Traumer knyttet til ebola kan komme av at dette er en sykdom de aldri har hatt før. Det brer seg veldig mye misforståelser, og mye panikk. Da er det viktig å få alle til å skjønne hva som skjer, slik at de opplever hverdagen sin som litt mer forutsigbar, og å informere om hva som skal til for å unngå smitte. Og det er viktig at naturlige samhold styrkes. I Sierra Leone og Liberia har skolene vært stengt veldig lenge, for å stoppe smitte. For mange barn og unge har det gjort situasjonen mer uoversiktlig og skremmende. Banker har også vært stengt. Folk har ikke fått møtt hverandre og kunnet prate om det som skjer. Venteromene våre ble en viktig samlingsplass.

– **Du har jobbet på traumeavdelingen på Betania, Malvik. Hva er forskjellene og likhetene mellom det du gjorde der og det du gjorde for Leger uten grenser?**

– Det er flere likheter enn forskjeller. Traumer setter seg i nervesystemet. Mye handler om å regulere kroppens reaksjon nok til at sjelen kan bearbeide det som er skjedd. Min erfaring er at mye er gjort hvis du klarer å få folk til å

sette seg ned og bli rolige og begynne å prate om det. Da spiller det liten rolle hva slags språk de snakker.

Den viktigste forskjellen er psykologrollen. I Leger uten grenser har jeg hatt en ombudsrolle. Mitt ansvar har vært rettighetene til pasientene slik at hele helseteamet skal forstå mer av pasientens psykososiale behov. For eksempel å forklare hvor viktig det er å ivareta en mor som mister et barn på fødeavdelingen. Mye handler om å integrere psykososial omsorg i andre sykehuskulturer.

– **Du har skrevet bok om det du har sett. Hvordan jobbet du med boka mens du var i ebola-områdene, var du psykolog eller var du forfatter som drev research?**

– Der hadde jeg bare én hatt på meg, fordi jeg på det tidspunktet ikke visste at jeg skulle skrive bok. Boka er skrevet fritt etter hukommelsen, jeg har ikke hatt noe research-materiale annet enn at jeg har sett på mine egne bilder, og gått igjennom avtaleboka og sett på hva jeg har gjort de forskjellige dagene.

– **Du skriver om mange enkeltskjebner. Føyer denne boka seg inn i rekken av bøker om vestlige, rike hjelpere som redder små, svarte stakkarer i nød?**

– Det var et godt, ekkelt spørsmål! Det vil alltid være en risiko for det, fordi jeg er en hvit jente. Jeg tror at psykologperspektivet gir et litt nærmere møte, sånn at leseren forhåpentligvis blir i stand til å føle litt på hva disse menneskene har gjennomgått. Når det er sagt, så vet jeg jo ennå ikke hva leserne mine tenker. Jeg håper at den ikke blir lest som «Anes heltebok».

– **Hvordan ble ditt internasjonale engasjement vekket?**

– Jeg har reist mye, og sett lidelse. Å være helsepersonell handler om å gå dit lidelsen er. For mitt vedkommende har jeg tenkt at da bør man være forberedt på å gå dit lidelsen er størst. En praksisperiode på Vestbredden var en stor vekker for meg. Jeg syns ikke profesjonsstudiet motiverer til internasjonalt engasjement. Ikke i det hele tatt. Når jeg snakker om å være psykolog innenfor humanitær sektor, er det mange som ikke har tenkt at det går an. Dette er en blind flekk hos psykologer. Jeg går nå på spesialisering i samfunnspsykologi, som jeg egentlig syns er kjempebra. Men den er så veldig norsk! Alt er innrettet på å utdanne kommunepsykologer, i Norge. Det er synd. Tenkningen hadde vært så enkel å anvende på andre samfunn også. ✘

## Hvorfor NÅ?

- Boken *De uberørbare. En feltarbeiders beretning om Ebola* av Leger uten grenser-psykolog Ane Bjøru Fjeldsæter kommer i disse dager ut på Cappelen Damm forlag.
- Akkurat nå er 30 personer sendt ut fra Norge på oppdrag for Leger uten grenser rundt om i verden. Én av disse jobber som psykolog, i Afghanistan. I tillegg er en psykolog i disse dager på vei til Ukraina.





## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2014 S. 302-311 FAGFELLEVDERT

**BJØRN REIGSTAD**, Seksjon for forskning, Avdeling for forskning og pasientsikkerhet, Nordlandssykehuset, Bodø og **SIV KVERNMO**, Institutt for klinisk medisin,

Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet

**KONTAKT:** Bjørn Reigstad, Nordlandssykehuset, N-8000 Bodø,

Telefon: +47 47012202, E-mail: breigstad@gmail.com

# ADHD - ELLER NOE ANNET?

## Belastende livshendelser hos unge med ADHD-symptomer

I denne studien finner vi at unge med ADHD-symptomer mer enn dobbelt så ofte har opplevd belastende livshendelser som unge uten slike symptomer. Klinikere bør kartlegge traumatiske opplevelser før de setter en ADHD-diagnose

Med bakgrunn i Christopher-saken stilte forhenværende barneminister Inga Marte Thorkildsen spørsmål om hvorvidt BUP kan forveksle ADHD med symptomer på omsorgssvikt, vold eller overgrep? (Aftenposten 7. juni 2013). I denne studien har vi undersøkt sammenhengen mellom ADHD-symptomer og belastende livshendelser blant 10. klassinger i Nord-Norge og hvilke forhold i ungdommenes liv som påvirker denne sammenhengen. Ut fra likhet i symptomatologi mellom ADHD og PTSD vil innhentning av informasjon om mulige traumatiske livshendelser være en viktig forutsetning for så vel god diagnostikk som god behandling.

I Norge har det de siste par tiår vært en sterk økning i henvisning av problemet «hyperaktiv/ konsentrasjonsvansker» (ADHD-problemer) til psykisk helsevern for barn og unge (BUP). I 1992 utgjorde dette problemet 1,2 % av henvisningene (Reigstad, Jørgensen & Wichstrøm, 2004) mot 22,1 % i 2009 (Sitter, 2010). ICD-10 F90 Hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) utgjorde 15,4 % av akse 1 diagnosene i 1998, og i 2009 var ADHD den hyppigst stilte diagnosen (25,9 %) innen BUP (Sitter, 2010). Det er påvist store fylkesvise forskjeller i forekomst av ADHD-diagnoser varierende fra 1,1 % til 3,5 % (Surén, et al., 2013). Internasjonalt tyder imidlertid ikke forskning på at det har skjedd noen vesentlig økning i forekomst av ADHD i

### ABSTRACT

#### *ADHD – or something else? Stressful life events among youths with ADHD symptoms*

ADHD and PTSD are common diagnoses in children with traumatic life events. Because of overlapping symptoms the possibility of misdiagnosis is present. The study encompassed 4881 adolescents 15 - 16 years of age - 50.1 % boys and 49.9 % girls. Youths with and without ADHD symptom scores within the clinical range on the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) were compared on 12 stressful life events. Approx. 5 % had ADHD symptom scores within the clinical range, and, surprisingly, more girls (6.7 %) than boys (3.4 %). In the ADHD symptom group 58.1 % had experienced two or more stressful life events compared with 26.3 % of those without critical ADHD symptoms and were from 1.6 to 6.6 times more at risk of experiencing such events. Violent life events and parental mental problems were strongest associated with critical ADHD symptoms. Faced with information of negative life events clinicians should evaluate the likelihood of a PTSD diagnosis in adolescents with ADHD symptoms.

*Key words: ADHD, PTSD, stressful life events, comorbidity.*

befolkningen over tid (Achenbach, Dumenci & Rescorla, 2003; Tick, van der Ende, Koot & Verhulst, 2007; Maughan, Collishaw, Meltzer & Goodman, 2008). Europeiske studier viser jevnt over en forekomst av ADHD på rundt 5 % (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007). Minst 60 % av barn med ADHD (ICD-10) har også andre lidelser som atferdsproblemer og depresjon (Green, McGinnity, Meltzer, Ford & Goodman, 2005).

### Belastende livshendelser

Flere studier har påvist sammenheng mellom ADHD og traumatiske livshendelser. Blant barn og unge som har vært utsatt for overgrep er det funnet en høyere forekomst av ADHD (Famularo, Kinscherff & Fenton, 1992; Ford et al., 2000; Ouyang, Fang, Mercy, Perou & Grosse, 2008; Becker-Blease & Freyd, 2008), samt at ADHD og PTSD var de hyppigst forekommende diagnosene (Weinstein, Staffelbach & Biaggio, 2000). En WHO undersøkelse viste at negative livshendelser var hyppig forekommende hos barn med ADHD, og en sterk dose effekt (OR 10,4) ble funnet ved tre eller flere traumatiske livshendelser (Lara et al., 2009). Også i en britisk undersøkelse av barnemishandling fant Ford et al. (2000) at barn med både ADHD og ODD hadde opplevd flere negative livshendelser enn barn som enten bare hadde ADHD eller ODD.

En nasjonal BUP registerundersøkelse (n = 10,326) av sammenheng mellom ICD-10 akse 1 og akse 5 diagnoser (seksuelle og fysiske overgrep) viste at både henvisning for «hyperaktiv/konsentrasjonsvansker» så vel som en påvist ADHD-diagnose (ICD-10) faktisk reduserte risikoen for å få diagnosen seksuelle overgrep utenfor familien. Likeledes hadde ingen pasienter med ADHD-diagnose en fysisk overgrepsdiagnose. Samme studie viste at forekomsten av akse 5 overgrepsdiagnoser var 3,9 % mot 60,2 % av selvrapporterte overgrep i et representativt utvalg av BUP pasienter (Reigstad, Jørgensen & Wichstrøm, 2006). Undersøkelsen tyder på at klinikere i stor grad ikke fanger opp seksuelle og fysiske overgrep på ICD-10 akse 5 for pasienter med ADHD-diagnose og dermed mangler grunnlag for vurdering av en eventuell PTSD-diagnose. Ut fra en betydelig grad av symptomoverlapping mellom ADHD og PTSD har Szymanski, Sapanski & Conway (2011) påpekt fare for feildiagnostisering. Dette

kan i så fall ha konsekvenser i form av feilbehandling.

Psykososiale forhold er også vist å ha en sammenheng med forekomst av ADHD. Green et al. (2005) fant dobbelt så høy forekomst av ADHD i eneforelder familier som i toforelder familier, og forekomsten av barn med ADHD var seks ganger høyere i familier med lav inntekt som i familier med høy inntekt. En svensk kohort studie viste at sosiale forhold som lav utdanning, sosialstøtte og eneforelder status økte sjansen for ADHD-medisinerings av skolebarn (Hjern, Weitoft & Lindblad, 2010).

Formålet med denne undersøkelsen har vært: (1) Kartlegge hvorvidt forekomst av belastende livshendelser er høyere hos unge med alvorlige ADHD-symptomer enn hos unge uten tilsvarende ADHD-symptomer. (2) Undersøke relasjonen mellom alvorlige ADHD symptomer og ulike typer belastende livshendelser, og (3) i hvilken grad denne sammenhengen påvirkes av demografiske forhold som kjønn, familieøkonomi, skilsmisse og bruk av helsetjenester. (4) Undersøke hvorvidt komorbiditet er assosiert med økt forekomst av belastende livshendelser hos unge med alvorlige ADHD-symptomer.

Vår hypotese er at det vil være en sammenheng mellom alvorlige ADHD-symptomer og belastende livshendelser og at dette i tråd med tidligere forskning vil være hyppigere blant gutter som er vist å ha enn høyere forekomst av ADHD enn jenter og hos unge fra lavere sosioøkonomiske grupper og skilte foreldre. Vi forventer også å finne en høyere forekomst av komorbide lidelser blant unge med alvorlige ADHD-symptomer og med belastende livshendelser.

### METODE

Helseundersøkelsen ble gjennomført blant 15–16-åringer i seks fylker hvorav Nordland, Troms og Finnmark utgjør Ungdomshelseundersøkelsen i Nord-Norge. Undersøkelsen ble utført av Senter for samisk helseforskning, Universitetet i Tromsø i samarbeid med Folkehelseinstituttet i 2003 – 2005. Alle elever (5877) som gikk i 10. klasse i Nord-Norge ble invitert til å delta og de som samtykket ble bedt om å fylle ut to spørreskjemaer i skoletiden. I alt 4881 ungdommer samtykket til bruk av data fra undersøkelsen hvorav 50,1 % gutter og 49,9 % jenter. Svarprosenten var 88 i Nordland, 82 i Troms og 71 i Finnmark

Undersøkelsen var godkjent av Datatilsynet og av Regional etisk komité (REK).

#### Prosedyre og spørreskjema

Spørreskjemaet i denne studien omfattet bl.a. en rekke tema om fysisk helse, levekår, livshendelser, og sosiodemografiske forhold samt Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) som mål på psykisk helse (Goodman, Ford, Simmons, Gatward & Meltzer, 2000). SDQ har en foreldre-, lærer- og ungdomsversjon. I denne undersøkelsen har kun de unge fylt ut skjemaet SDQ-selvrapport (SDQ-S). Algoritmene i SDQ genererer problemskårer for hver av tre bredspektrede kategorier problemer – atferdsproblemer, emosjonelle symptomer og hyperaktivitet/ oppmerksomhetsproblemer, samt en funksjonstapskåre (impact) relatert til familie, venner, læringssituasjon og fritidsaktiviteter. Problemskårene er gruppert i fire nivåer – «gjennomsnittlig», «lett forhøyet», «høy» og «veldig høy» (Goodman, Renfrew & Mullick, 2000). Grenseverdier for avvikende SDQ-S skårer er i rimelig samsvar mellom Norge og Storbritannia (Kornør & Heyerdahl, 2013). SDQ har vist seg egnet til å kartlegge oppmerksomhetsvansker og hyperaktivitet (Goodman & Scott, 1999; Mathai, Anderson & Bourne, 2004; Achenbach et al., 2008). Multiinformant SDQ skårer over 90. prosentilen predikerer en klart økt sannsynlighet (OR 6,2) for tilstedeværelse av uavhengig diagnostisert psykisk lidelse (Goodman, 2001). Goodman et al. (2000) rapporterte at en «veldig høy» SDQ symptomskåre predikerte 81 til 91 % av barn som hadde en definert klinisk diagnose med flere positive enn negative, dvs. at SDQ kategoriene var overinklusive. Mathai, Anderson og Bourne (2004) fant at sensitiviteten var 93 % for ADHD (ICD-10), 81 % for emosjonelle forstyrrelser og 100 % for atferdsforstyrrelser ved multi-informant SDQ «høy/veldig høy» med kombinert symptom- og funksjonstapskåre. I en gjennomgang av norsk forskning på SDQ konkluderte Kornør og Heyerdahl (2013) med at den norske versjonen av SDQ-S er egnet for bruk i forskning, og kan være egnet for bruk i klinisk praksis som ledd i en tidlig kartlegging. I denne undersøkelsen ble symptomskåren «veldig høy» (over 90. prosentil – skårer i klinisk område) kombinert med en «veldig høy» funksjonstapskåre (over 90. prosentil) brukt til å definere en ADHD-gruppe med skårer i »



Vi fant at belastende livshendelser forekommer mer enn dobbelt så hyppig blant unge med skårer i klinisk område for ADHD sammenlignet med unge uten kliniske ADHD-skårer

klinisk område (5,1 %;  $n = 241$ ). I klinisk praksis er symptomer og funksjonstap både hjemme og på skolen klare kriterier i en diagnostisk vurdering av ADHD. Kontrollgruppen i undersøkelsen ( $n = 4493$ ) omfattet alle som ikke inngikk i en ADHD-gruppe med skårer i klinisk område.

### Belastende livshendelser

Spørsmål om 12 ulike belastende livshendelser er valgt i tråd med kartleggingsskjemaet «Stressful life events» som er anvendt i en britisk befolkningsundersøkelse av mental helse hos barn og ungdom (Green et al., 2005) og «Skjema for kartlegging av traumeerfaringer-barn» (KATE-B) (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), 2011) i tillegg til et spørsmål om «Foreldre med rusproblemer».

12 belastende livshendelser ble kartlagt gjennom følgende spørsmål med svaralternativer (hver livshendelse er nummerert): «Har du i løpet av de siste 12 månedene opplevd»: (1) «Seksuelle overgrep», (2) Alvorlig sykdom eller skade hos deg selv, (3) Alvorlig sykdom eller skade hos noen som står deg nær - (svaralternativ 1-3: Ja; Nei); (4) «Psykiske problemer hos foreldre/foresatte» og (5) «Rusproblemer hos foreldre/foresatte - («Nei, aldri», «Ja, av og til», «Flere ganger», «Svært ofte»). De som rapporterte minst «Ja, av og til» ble definert å ha foreldre med psykiske eller rusproblemer. (6-8) Vold ble kartlagt gjennom spørsmålet «Har du vært utsatt for vold (blitt slått, sparket eller lignende) de siste 12 mnd.?» «Ja, bare av ungdom» (6); «Ja, bare av voksne» (7); «Ja, både av ungdom og voksne» (8); (9-10) Suicid ble registrert gjennom spørsmålet «Kjenner du noen som har tatt sitt eget liv?» «Hvis «ja», var det (Sett ett eller flere kryss): «Nær familie»; «Slekt»; «Noen i nærmiljøet» (slått sammen til en variabel) (9); «Venn/venninne»; «Medelev»; «Kjæreste» (slått sammen til en variabel) (10); (11) Mobbing ble registrert gjennom spørsmålet «Har du i løpet av de siste 12 måneder opplevd mobbing på skolen/skoleveien?» («Aldri», «Av og til», «Omtrent en gang i uka», «Flere ganger i uka»). De som rapporterte minst «Omtrent en gang i uka» ble definert å ha blitt mobbet; (12) «Sykehusinnleggelse» ble registrert gjennom spørsmålet «Har du de siste 12 måneder selv brukt» (her nevnes flere helsetjenester): («Ingen ganger», «1-3 ganger», 4 ganger eller mer»). De som rapporterte minst «1-3 ganger» ble registrert som sykehusinnlagt.

### Demografiske variabler

Økonomi ble kartlagt gjennom spørsmålet «Jeg tror vår familie, sett i forhold til andre i Norge, har»: «Dårlig råd», «Middels råd», «God råd», «Svært god råd». De som rapporterte «Dårlig råd» ble registrert å ha økonomiske problemer. Hvorvidt foreldre var skilt eller separert ble registrert gjennom spørsmålet: «Mine foreldre er»: «Skilt/separert». Bruk av helse-tjenester ble kartlagt gjennom spørsmålet «Har du de siste 12 mnd. selv brukt?: «Skolehelsetjenesten»; «Psykolog eller psykiater (privat eller på poliklinikk)». De som rapporterte minst «1-3 ganger» ble registrert som brukere av henholdsvis skolehelsetjenesten og av spesialisthelsetjenesten.

### Statistikk

Statistikkprogrammet SPSS (Statistical Package for Social Sciences, versjon 21) ble brukt til statistiske analyser. Assosiasjoner mellom unge med ADHD-skårer i klinisk område på SDQ og komorbiditet, demografiske variabler og belastende livshendelser ble analysert med t-test, odds ratio (OR) og trinnsvis multivariat logistisk regresjon. Cohen's  $d$  ble brukt som mål på effekt.

## RESULTATER

Totalt for hele ungdomspopulasjonen hadde gutter færre ADHD-symptomer enn jenter målt med SDQ, mean skåre = 4,03 vs. 4,30,  $t(4819) = -4,32$ ,  $p < 0,001$ . Gruppen med ADHD-skårer i klinisk område ( $n = 241$ ) utgjorde 5,1 % av ungdomspopulasjonen hvorav 3,4 % var gutter ( $n = 81$ ) og 6,7 % var jenter ( $n = 160$ ) (OR 2,02, 95 % CI = 1,53 - 2,65,  $p < 0,001$ ). Unge med ADHD-skårer i klinisk område hadde en høy grad av komorbiditet målt med SDQ. Halvparten (50,4 %) hadde også en SDQ atferdsproblemskåre i klinisk område mot 2 % av unge med ADHD-skårer utenfor klinisk område (OR 50,90, 95 % CI = 36,61 - 70,76,  $p < 0,001$ ), og vel halvparten (52,9 %) hadde også en SDQ emosjonell symptomskåre i klinisk område mot 3,9 % av unge med ADHD-skårer utenfor klinisk område (OR 27,73, 95 % CI = 20,64 - 37,24,  $p < 0,001$ ).

### Demografi

Av unge med ADHD-skårer i klinisk område rapporterte 40,2 % at foreldrene var skilt eller separert mot 26,7 % av unge uten kliniske ADHD-skårer (OR 1,85, 95 % CI = 1,41 - 2,41,  $p < 0,001$ ), og 8,3 % oppga at familien hadde dårlig råd mot 3,2 % unge med ADHD-skårer utenfor klinisk område (OR 2,77, 95 % CI = 1,70 - 4,50,  $p < 0,001$ ). Noe under halvparten (41 %) oppga kontakt med skolehelsetjenesten mot 23,2 % av unge uten kliniske ADHD-skårer (OR 2,30, 95 % CI = 1,76 - 3,00,  $p < 0,001$ ) mens 21,9 % hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten (psykolog eller psykiater) mot 4,8 % av unge uten skårer i klinisk område for ADHD (OR 5,56, 95 % CI = 3,97 - 7,79,  $p < 0,001$ ).

### Belastende livshendelser

Av unge med ADHD-skårer i klinisk område rapporterte 58,1 % to eller flere belastende livshendelser sammenlignet med 26,3 % av unge med ADHD-skårer utenfor klinisk område (OR 3,87, 95 % CI = 2,97 - 5,04,  $p < 0,001$ ). Av unge med kliniske ADHD-skårer og med komorbide atferdsproblemer i klinisk område målt med SDQ hadde 67,8 % opplevd to eller flere hendelser mot 26,9 % av unge med ADHD-skårer utenfor klinisk område (OR 5,71, 95 % CI = 3,88 - 8,40,  $p < 0,001$ ). Av unge med kliniske ADHD-skårer og med komorbide emosjonelle symptomer i klinisk område på SDQ hadde 59,8 % opplevd to eller flere hendelser mot 27,1 % av unge med kliniske ADHD-skårer utenfor klinisk område

(OR 4,01, 95 % CI = 2,79 – 5,75,  $p < 0,001$ ). Fig.1 viser prosentvis forekomst av ulike belastende livshendelser hos unge med og uten ADHD-skårer i klinisk område på SDQ.

Samtlige 12 belastende livshendelser forekom hyppigere hos unge med ADHD-skårer i klinisk område (Fig. 1). Nær halvparten (44,4 %) rapporterte alvorlig sykdom eller skade hos en nærstående person, mens en tredjedel (34 %) hadde opplevd suicid i familie, slekt eller nærmiljø.

En fant signifikante kjønnsforskjeller i ADHD-gruppen med skårer i klinisk område for tre av de 12 hendelsene. Gutter hadde oftere opplevd vold fra ungdom (OR 3,41, 95 % CI = 1,90 – 6,13,  $p < 0,001$ ), mens jenter oftere hadde opplevd vold fra voksne (OR 4,98, 95 % CI = 1,13 – 22,02  $p < 0,05$ ) og seksuelle overgrep (OR 3,47, 95 % CI = 1,16 – 10,38,  $p < 0,05$ ).

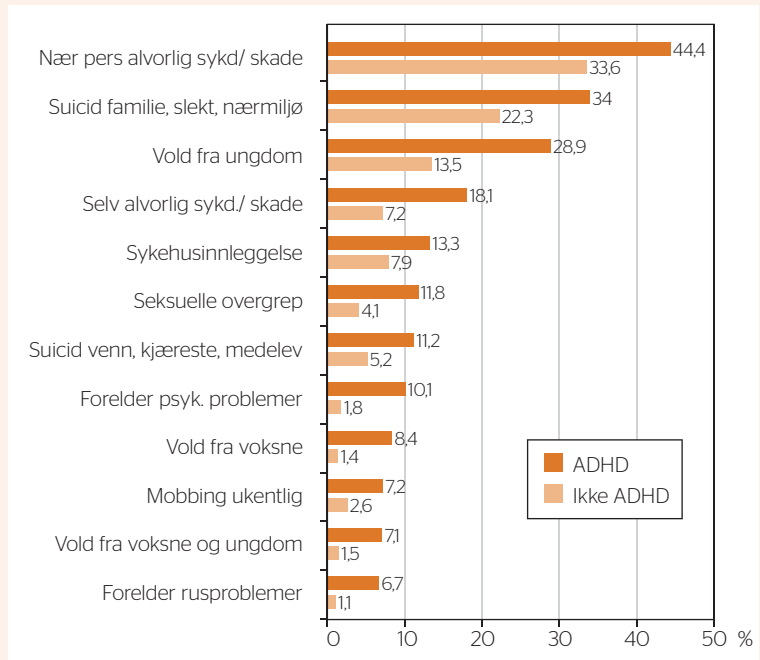
Tabell 1 viser at ADHD-skåre i klinisk område var signifikant korrelert med alle 12 belastende livshendelser, og at risiko for slike hendelser var fra 1,6 til 6,6 ganger større for unge med ADHD-skårer i klinisk område enn for unge med ADHD-skårer utenfor klinisk område. Det var størst risiko relatert til foreldre med rusproblemer (OR 6,57,  $p < 0,001$ , Cohen's  $d = 0,21$ ), foreldre med psykiske problemer (OR 6,06,  $p < 0,001$ , Cohen's  $d = 0,25$ ), vold fra voksne (OR 6,24,  $p < 0,001$ , Cohen's  $d = 0,23$ ), vold fra voksne og ungdom (OR 4,99,  $p < 0,001$ , Cohen's  $d = 0,19$ ), samt seksuelle overgrep (OR 3,15,  $p < 0,001$ , Cohen's  $d = 0,16$ ).

**Multivariat analyse.**

En trinnvis logistisk analyse av belastende livshendelser og demografiske data (Tabell 2) identifiserte ni risikofaktorer som økte sannsynlighet for ADHD målt med SDQ skårer i klinisk område: kjønn, dårlig råd, skilt eller separert, vold fra ungdom, vold fra voksen, vold fra ungdom og voksen, selv alvorlig sykdom/ skade, foreldre med rusproblemer og foreldre med psykiske problemer.

**DISKUSJON**

Formålet med denne studien har vært å kartlegge hvorvidt unge med ADHD-symptomskåre i klinisk område på SDQ hadde opplevd flere belastende livshendelser enn unge uten slik ADHD-symptomskåre. Vi fant at belastende livshendelser forekom mer enn dobbelt så hyppig blant unge med skårer i klinisk



**Figur 1** Forekomst av belastende livshendelser hos unge med og uten ADHD skårer i klinisk område på SDQ.

**Tabell 1** Risiko for belastende livshendelser relatert til ADHD-skårer i klinisk område målt med SDQ

	Prevalens for hele populasjonen (%)	ADHD-skårer i klinisk område (n = 241) vs. ADHD-skårer utenfor klinisk område (n=4493)	
		OR	95% CI
Seksuelle overgrep	4,5	3,15***	2,07, 4,81
Vold fra ungdom	14,2	2,60***	1,94, 3,49
Vold fra voksne	1,8	6,24***	3,71, 10,49
Vold fra voksne og ungd	1,9	4,99***	2,88, 8,65
Mobbing	2,9	2,89***	1,71, 4,89
Selv alvorlig syk/ skade	7,8	2,82***	1,99, 4,00
Sykehusinnleggelse	8,1	1,79**	1,22, 2,65
Nær pers alv syk/ skade	33,9	1,57**	1,21, 2,05
Forelder rusprobl	1,3	6,57***	3,67, 11,74
Forelder psykiske probl	2,2	6,06***	3,77, 9,75
Suic fam,slekt, nærmiljø	18,8	1,78***	1,36, 2,36
Suic venn/kjærest/ medel	4,6	2,32***	1,52, 3,53

OR = odds ratio; CI = konfidensintervall.  
\*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$

**Tabell 2** Multivariate assosiasjoner med ADHD gruppe med skårer klinisk område på SDQ.

Trinnvis binær logistisk regresjonsanalyse.

	B	S.E.	a.O.R.		
			95% CI		
Kjønn	-0,75	0,15	2,11***	1,56	2,83
Dårlig råd	-0,64	0,27	1,89*	1,10	1,95
Skilt/ separert	-0,38	0,15	1,46*	1,10	1,95
Vold fra ungdom	-1,15	0,17	3,16***	2,28	4,39
Vold fra voksen	-1,59	0,29	4,88***	2,75	8,70
Vold fra ungdom og voksen	-1,63	0,32	5,10***	2,73	9,52
Selv alvorlig sykdom/ skade	-0,66	0,20	1,93**	1,31	2,85
Forelder med rusprobl.	-0,99	0,28	3,31***	1,72	6,41
Forelder med psykiske probl.	-1,20	0,34	2,68***	1,55	4,65

\* $p < 0,05$ , \*\* $p < 0,01$ , \*\*\* $p < 0,001$ 

område for ADHD sammenlignet med unge uten kliniske ADHD-skårer. Voldelige livshendelser sammen med psykiske problemer hos foreldre var sterkest relatert til ADHD-skårer i klinisk område på SDQ.

#### Forekomst

Undersøkelsen viste at 5,1 % av 15 – 16 åringer i en stor nordnorsk ungdomspopulasjon hadde en ADHD-symptomskåre i klinisk område på SDQ. Halvparten av disse hadde også en SDQ symptomskåre i klinisk område for både atferdsproblemer (50,4 %) og emosjonelle problemer (52,9 %) mot bare henholdsvis 2 % og 3,9 % av unge uten klinisk ADHD-skåre. Både forekomst og omfang av komorbiditet tilsvarende i hovedsak funn i europeiske studier av ADHD (Polanczyk et al., 2007; Mathiessen, 2007). Noe overraskende fant vi en klar overvekt av jenter (66,4 %) i gruppen med kliniske ADHD-skårer noe som er i tråd med funn fra andre nordnorske studier av barn og unge (Heyerdahl, Kvernmo & Wichstrøm, 2004; Rønning, Handegaard, Sourander & Mørch, 2004).

#### Belastende livshendelser.

Unge med ADHD-skårer i klinisk område på SDQ hadde en høy forekomst av alle typer belastende livshendelser. Dette samsvarer i hovedsak med funn gjort av Green et al. (2005) hvor litt under halvparten (47 %) med ADHD-diagnose rapporterte to belastende hendelser eller mer mot en fjerdedel (26 %) av unge uten slik diagnose. Suicid i familie, slekt eller nærmiljø var oftere rapportert av unge med kliniske ADHD-skårer enn av unge med skårer utenfor klinisk område på SDQ. Vold fra andre ungdommer ble rapportert av dobbelt så mange unge med kliniske ADHD-skårer som av unge med skårer utenfor klinisk område. I en stor norsk ungdomsundersøkelse svarte 23,6 % av guttene og 11,8 % av jentene at de hadde blitt utsatt for vold fra andre ungdommer siste året (Schou, Dyb & Graff-Iversen, 2007). I vår undersøkelse oppga 8,4 % i gruppen med ADHD-skårer i klinisk område at de hadde vært utsatt for vold fra voksne mot 1,4 % av unge med skårer utenfor klinisk område. Dette er lavere tall enn hva forekomsten i en annen stor norsk undersøkelse skulle tilsi hvor hele 25 % av de unge oppga at de noen gang hadde vært utsatt for vold fra voksne i familien (Mossige & Stefansen, 2007). Den store forskjellen i forekomst kan skyldes

at vi i vår undersøkelsen bare spurte om vold de siste 12 måneder. I den multivariate analysen var det de tre voldelige livshendelsene som var sterkest assosiert med ADHD-skårer i klinisk område. Størst risiko var relatert til vold fra både voksen og ungdom (OR 5,10) og fra voksen alene (OR 4,88).

Ormhaug, Jenssen, Hukkelberg, Holt & Egeland (2012) fant i en undersøkelse av traumatiske erfaringer hos BUP-pasienter at over halvparten (58,7%) hadde opplevd vold utenfor familien mens 36,9% hadde vært utsatt for vold i familien. Av de som rapporterte traumatiske erfaringer hadde mer enn halvparten (59,8%) skårer i klinisk område for posttraumatisk stress (PTS). For mer enn en tredjedel (37,7%) av disse pasientene var slike hendelser ikke nevnt i henvisningen. I vår undersøkelse vet vi ikke hvor mange som kan ha opplevd belastende livshendelser som kunne kvalifisere for en PTSD tilstand enten i tillegg til eller i stedet for en ADHD tilstand.

I den multivariate analysen fant vi også risiko relatert til forelder med rusproblemer (OR 3,31) og psykiske problemer (OR 2,68). Green et al. (2005) fant i sin kartlegging av belastende hendelser at unge med ADHD-diagnose dobbelt så ofte hadde en forelder med psykiske problemer som unge uten ADHD (17% vs. 8%), mens vi i vår undersøkelse fant en forekomst på 10,1% vs. 1,8%.

Ormhaug et al. (2012) fant i studien av BUP pasienter at jenter rapporterte signifikant flere hendelser enn gutter. Samlet fant vi ingen signifikant kjønnsforskjell i antall rapporterte hendelser, men i forhold til enkelthendelser hadde gutter opplevd signifikant oftere vold fra andre ungdommer, mens jentene rapporterte oftere om vold fra voksne og om seksuelle overgrep. Den multivariate analysen viste imidlertid at kjønn/ jenter var signifikant assosiert med ADHD-skårer i klinisk område.

#### Psykososiale faktorer.

Flere undersøkelser har påvist assosiasjoner mellom ADHD-diagnoser og sosiale forhold som inntektsnivå, utdanning og eneforelderstatus (Green et al., 2005; Strohschein, 2007; Hjern et al, 2010; Richards, 2013). Tilsvarende fant vi i denne studien multivariate signifikante assosiasjoner mellom ADHD-skårer i klinisk område og skilsmisse/ separasjon og dårlig råd. Nesten halvparten av de unge med ADHD-skårer i kli-

nisk område rapporterte kontakt med skolehelsetjenesten mot en knapp fjerdedel av unge uten kliniske ADHD-skårer. Nær en tredjedel hadde vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten mot bare 4,8% av unge med ADHD-skårer utenfor klinisk område. Sayal, Ford & Goodman (2010) fant i en britisk befolkningsundersøkelse at de sterkeste faktorene knyttet til bruk av hjelpetjenester var alvorlig ADHD med komorbid emosjonell lidelse eller atferdsforstyrrelse samt familiebelastning.

#### Likheter i symptomatologi.

Noen studier har påpekt likheter i symptomatologi mellom ADHD og PTSD (Weinstein et al., 2000; Husain et al., 2008; Szymanski et al, 2011). Symptomer som oppmerksomhetsproblemer, distraherbarhet, uro, impulsivitet og rastløshet er symptomer som kan indikere en ADHD- så vel som en PTSD-lidelse. Problemkategorien «hyperaktiv/konsentrasjonsproblemer» i henvisningsskjemaet til BUP kan således like gjerne indikere en belastningsreaksjon som PTSD som ADHD. Henvisningsskjemaet til BUP ble endret i 2009 slik at henvisningskategorien nå heter «Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)», men det er grunn til å anta at mange henvisere fremdeles baserer sine vurderinger på samme type symptomer som tidligere. Av BUP pasienter som fikk en ADHD-diagnose (ICD-10) i 2009/ 2010 var over halvparten (53,5%) henvist for «Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)» (Sitter, 2010). En stor grad av komorbiditet kompliserer bildet ytterligere og stiller krav til differensialdiagnostisk kompetanse hos klinikere. I vår undersøkelse hadde over halvparten av de unge med ADHD-skårer i klinisk område også stor risiko for både atferdsproblemer (OR 50, 90) og emosjonelle problemer (OR 27,73) i klinisk område på SDQ. Unge med kliniske ADHD-skårer kombinert med atferdsproblemer hadde i tillegg flere belastende livshendelser enn den «rene» kliniske ADHD-gruppen. Dette er i tråd med funn i andre studier (Ford et al., 2000).

Et viktig spørsmål i relasjon til komorbiditet er også hvorvidt unge med ADHD har økt risiko for å utvikle PTSD gjennom å være mer utsatt for uhell og ulykker. I følge Biederman, Petty, Spencer, Woodworth, Bhide, Zhu et al. (2013) må klinikere være oppmerksom på at ADHD-pasienter har en høy risiko for PTSD.



Det er viktig å vurdere grad av traumatisering med tanke på en mulig PTSD-diagnose i tillegg til eller i stedet for en ADHD-diagnose

### Styrke og svakhet ved undersøkelsen.

I denne undersøkelsen av en stor nordnorsk ungdomspopulasjon foreligger det ingen diagnoser. Definisjoner av klinisk ADHD baserer seg kun på SDQ skårer fra ungdommene selv. I tillegg er SDQ kategoriene vist å være overinklusive med fare for «falskt positive» (Goodman et al., 2000). Det er viktig å slå fast at en ADHD symptomskåre i klinisk område på SDQ ikke uten videre kan sidestilles med en ADHD-diagnose, men kun kan anses som indikativ. Likeledes er de 12 valgte belastende livshendelser bare delvis sammenlignbare med hendelser fra Green et al. (2005) og KATE-B (NKVTS, 2011). Sammenligning her er likeledes bare indikativ. I tillegg gjelder de fleste belastende livshendelser bare for et avkortet tidsrom – siste 12 måneder. Med et uavkortet tidsrom kunne en således forvente flere rapporterte belastende livshendelser.

Styrken ved undersøkelsen er at den omfatter et representativt utvalg av en hel ung-

domspopulasjon (n = 5877) med et betydelig antall unge med ADHD-skårer i klinisk område på SDQ (n = 241). I tillegg er besvarelsene på spørreskjemaet anonymisert noe som er viktig i forhold til rapportering av belastende livshendelser som kan være følsomme. Forskning viser at sensitive opplysninger lettere rapporteres ved anonyme besvarelser enn ved klinisk intervju (Safer, 1997; Evans et al., 2005). Dette er en tverrsnittsundersøkelse hvor en selvsagt ikke kan si noe om kausalitet.

### KONKLUSJON

I denne undersøkelsen rapporterte godt over halvparten av unge med ADHD-skårer i klinisk område på SDQ to eller flere belastende livshendelser mot bare en fjerdedel av unge uten kliniske ADHD-skårer. De tre voldelige livshendelsene sammen med rus og psykiske problemer hos foreldre var sterkest assosiert med ADHD-skårer i klinisk område. En høy grad av komorbiditet med atferdsproblemer gjorde andel belastende livshendelser enda høyere. For klinikere er det viktig å innhente informasjon om belastende livshendelser da slike ofte ikke er omtalt i henvisningene. Det er likeledes viktig å vurdere grad av traumatisering ved slike hendelser med tanke på en mulig PTSD-diagnose i tillegg til eller i stedet for en ADHD-diagnose. Feil diagnose kan ha alvorlige konsekvenser både i forhold til medikamentell og psykoterapeutisk behandling, og for hvordan både den unge selv og andre forstår problemene. ✘

### REFERANSER

- Achenbach, T.M., Becker, A., Dopfner, M., Heiervang, E., Roessner, V., Steinhausen, H.C. et al. (2008). Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 251–275.
- Achenbach, T.M., Dumenci, L. & Rescorla, L.A. (2003). Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 1–11.
- Becker-Blease, K.A. & Freyd, J.J. (2008). A Preliminary Study of ADHD Symptoms and Correlates: Do Abused Children Differ from Nonabused Children? *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 17, 133–140.
- Biederman, J., Petty, C.R., Spencer, T.J., Woodworth, K.Y., Bhide, P., Zhu, J. et al. (2013). Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128, 78–87.
- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K. & Deeks, J. (2005). The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 35, 239–250.
- Famularo, R., Kinscherff, R. & Fenton, T. (1992). Psychiatric diagnoses of maltreated children: preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 863–867.
- Ford, J.D., Racusin, R., Ellis, C.G., Daviss, W.B., Reiser, J., Fleischer, A. et al. (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child Maltreatment*, 5, 205–217.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534–539.
- Goodman, R. (2001). Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 1337–1345.
- Goodman, R., Renfrew, D. & Mullick, M. (2000). Predicting type of psychiatric disorder from Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) scores in child mental health clinics in London and Dhaka. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9, 129–134.
- Goodman, R. & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 17–24.
- Green, H., McGinnity, A., Meltzer, H., Ford, T. & Goodman, R. (2005). Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. Palgrave: Macmillan.
- Heyerdahl, S., Kvernmo, S. & Wichstrøm, L. (2004). Self-reported behavioural/emotional problems in Norwegian adolescents from multiethnic areas. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13, 64–72.



- Hjern, A., Weitoft, G.R. & Lindblad, F. (2010). Social adversity predicts ADHD-medication in school children – a national cohort study. *Acta Paediatrica*, 99, 920–924.
- Husain, S.A., Allwood, M.A. & Bell, D.J. (2008). The Relationship Between PTSD Symptoms and Attention Problems in Children Exposed to the Bosnian War. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 16, 52–62.
- Kornør, H. & Heyerdahl, S. (2013). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Strengths and Difficulties Questionnaire, selvrappport (SDQ-S). *PsykTestBarn*, 2:6.
- Lara, C., Fayyad, J., de Graaf, R., Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola, S., Angermeyer, M. et al. (2009). Childhood predictors of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: results from the World Health Organization World Mental Health Survey Initiative. *Biological Psychiatry*, 65, 46–54.
- Lavigne, J.V., Lebailly, S.A., Hopkins, J., Gouze, K.R. & Binns, H.J. (2009). The prevalence of ADHD, ODD, depression, and anxiety in a community sample of 4-year-olds. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38, 315–328.
- Mathai, J., Anderson, P. & Bourne, A. (2004). Comparing psychiatric diagnoses generated by the Strengths and Difficulties Questionnaire with diagnoses made by clinicians. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 639–643.
- Mathiessen, K.S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Del 2: Barn og Unge. (Rapport 2009:8). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Maughan, B., Collishaw, S., Meltzer, H. & Goodman, R. (2008). Recent trends in UK child and adolescent mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 305–310.
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporderingsstudie blant avgangselever i videregående skole. Oslo: NOVA.
- Ormhaug, S.M., Jenssen, T.K., Hukkelberg, S.S., Holt, T. & Egeland, K. (2012). Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henviset til BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 234–240.
- Ouyang, L., Fang, X., Mercy, J., Perou, R. & Grosse, S.D. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and child maltreatment: a population-based study. *Journal of Pediatrics*, 153, 851–856.
- Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J. & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and meta-regression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164, 942–948.
- Reigstad, B., Jørgensen, K. & Wichstrøm, L. (2004). Changes in referrals to child and adolescent psychiatric services in Norway 1992–2001. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 818–827.
- Reigstad, B., Jørgensen, K. & Wichstrøm, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: prevalences and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 58–66.
- Richards, L.M. (2013). It is time for a more integrated bio-psycho-social approach to ADHD. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 18, 483–503.
- Rønning, J.A., Handegaard, B.H., Sourander, A. & Mørch, W.-T. (2004). The strengths and difficulties self-report questionnaire as a screening instrument in Norwegian community samples. *European Child & Adolescent Psychiatry* 73–82.
- Safer, D.J. (1997). Self-reported suicide attempts by adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry*, 9, 263–269.
- Sayal, K., Ford, T. and Goodman, R. (2010). Trends in recognition of and service use for attention-deficit hyperactivity disorder in Britain, 1999–2004. *Psychiatric Services*, 61, 803–810.
- Schou, L., Dyb, G. & Graff-Iversen, S. (2007). Voldsutsatt ungdom i Norge. Resultater fra helseundersøkelser i seks fylker. Rapport 8. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Sitter, M. (2010). Barn og unge i det psykiske helsevernet ett år etter Opptrappingsplanen, Oslo: Helsedirektoratet.
- Strohschein, L.A. (2007). Prevalence of methylphenidate use among Canadian children following parental divorce. *Canadian Medical Association Journal*, 176, 1711–1714.
- Surén, P., Bakken, I.J., Lie, K.K., Schjølberg, S., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Magnus, P., Øyen, A.S., Svendsen, B.K., Aaberg, K.M., Andersen, G.L. & Stoltenberg, C. (2013). Differences across counties in the registered prevalence of autism, ADHD, epilepsy and cerebral palsy in Norway. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133, 1929–1934.
- Szymanski, K., Sapanski, L. & Conway, F. (2011). Trauma and ADHD – Association or Diagnostic Confusion? A Clinical Perspective. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10, 51–59.
- Tick, N.T., van der Ende, J., Koot, H.M. & Verhulst, F.C. (2007). 14-year changes in emotional and behavioral problems of very young Dutch children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1333–1340.
- Weinstein, D., Staffelbach, D. & Biaggio, M. (2000). Attention-deficit hyperactivity disorder and posttraumatic stress disorder: differential diagnosis in childhood sexual abuse. *Clinical Psychological Review*, 20, 359–378.

# Bottom-up

Kroppen først, så hodet.

## TEKST

Kari Ebbesen Karlsen,  
Psykolog ved  
Lovisenberg DPS,  
driver også egen  
privatpraksis

**JENTER MED SPISEFORSTYRELSER** er ofte mye i hodet og lite i kroppen. Kroppen er koblet av. Samtaleterapi blir i så måte en top-down-tilnærming. Det handler om å gå via hodet for å koble seg på kroppen igjen. Hva med å gå rett på kroppen? Bottom-up. Få kroppen med i terapien.

Siri er en av mange jenter med spiseforstyrrelser jeg har møtt. Hun har bulimi og bruker store deler av dagen på å tenke på kropp og mat. Hun fantaserer om den dagen hun går på vekten og displayet viser 49 kilo og hun endelig kan kjenne seg lykkelig, kjenne seg fri. Siri opplever å ese ut når hun spiser. Bokstavelig talt. Hun sier at hun kan se lårene bli større. Da føler hun seg mislykket. Hun vil jo bli 49 kilo. Så da kan hun like gjerne spise mer. Så hun overspiser store mengder med mat, kaker, sjokoladeplater, kjekspakker. Hun avslutter gjerne med en boks iskrem, for det gjør det lettere å kaste opp. Mandager starter alltid med blanke ark. Ny diett, nye mål, igjen. Hun starter med friskt mot, salatblader og vann. Så deilig å kjenne seg ren. Vanligvis sprekker hun etter et par dager. Da er det på'n igjen. Overspise, kaste opp, overspise, kaste opp.

Da jeg møtte Siri første gangen, satt hun på tuppen av stolen. Kroppen hennes var som inn-tullet i et stramt klede. Så anspent. Bena holdt hun så vidt i gulvet. Akkurat som om hun ved å holde dem slik kunne bruke også disse 45 minuttene til å forbrenne noen kalorier. Siri pustet overfladisk med brystkassen samtidig som hun holdt magen godt inn. Magen er hel-

lig. Den skal være flat, uten en eneste liten bulk. Siri fortalte at hun opplevde seg som en zoom-bie. Hun bruker all tiden sin på mat og kropp. Hun har ikke tid til å være med venner eller familie. Enten slanker hun seg og trener eller så overspiser hun og kaster opp. Som hun misliker kroppen sin og som hun hater seg selv fordi hun ikke er tynn nok.

Jeg forsøkte å forstå hva som hadde fungert og hva som ikke hadde fungert av tidligere behandling. Siri forteller at å føre spisedagbok fikk henne til å føle seg mislykket. Da fikk hun oversikt over all drittmaten hun førte i seg. Det trigget bare mer overspising. Mer styring, mer kontroll. Mer av det samme. Hun opplevde at kostholdsplan ble nok en diett hun måtte følge. Mer styring, mer kontroll. Mer av det samme. Hun hadde delte opplevelser fra samtaleterapiene. På den ene siden opplevde hun at hun ikke ble tatt på alvor, at hun ikke ble forstått. At det bare var å slutte å kaste opp så ble hun bra igjen. Det var ingen som la merke til skammen som omsluttet henne. På den andre siden hadde hun lært mye om spiseforstyrrelser og om seg selv. Men behovet for å bli tynn var like stort. Opplevelsen av kroppen var den samme. Hun hatet den.

Selv om kroppen er i fokus hele dagen, er den paradoksalt nok også helt fraværende. Den er bare som et objekt, som en ting. Siri har ingen kontakt med den. Hun vil slippe å være en del av kroppen. Samtidig får kroppen og de kroppslige egenskapene en overdreven og overvurdert betydning. Kroppen blir en måte å uttrykke



sinnet på. Kroppen blir anvendt for å regulere. Etter at Siri har kranglet med kjæresten, må hun overspise og kaste opp. Når hun får en dårlig karakter, sulter hun seg og trener i timevis. Slik regulerer hun følelseslivet sitt. Siri kjenner ikke på kroppslige signaler som sult eller metthet. Alt styres og kontrolleres i minste detalj, av hodet. Forbindelsen mellom kroppen og sinnet er brutt. Behandling av spiseforstyrrelser, slik jeg ser det, handler om «å rekoble» kroppen.

### KROPPEN PÅ MATTEN

Vi begynte med avspenning. Med å kjenne på de ulike kroppsdelene og å gi slipp. Siri fortalte at hun syntes det var vanskelig å kjenne på kroppen, spesielt på magen som hun mislikte så sterkt. Hun skammet seg, over kroppen sin og over seg selv. Hun hadde mest lyst til å overspise. Vi fortsatte med rolige yogaøvelser med fokus på aksept. Siri ble rastløs av det. Hun ville trene ordentlig, forbrenne kalorier. Vi arbeidet med å puste, puste med magen. Det var vanskelig for henne. Hun ville ha en flat mage, ikke en mage som gikk utover på utpust. Det fikk henne til å føle seg tykk. Hun ville være tynn.

Etter hvert klarte Siri å gi mer slipp under avspenningen. Hun kunne kjenne de ulike kroppsdelene, kjenne at de var der. Hun kunne kjenne konturene av kroppen og at hun var i den på en måte. At kroppen var akkurat som den er, at den er der og at den kunne kjennes god å være i, istedenfor skummel og vond, ukjent og noe som bare var en fiende – eller aldri slik hun ville ha den. Under yogaen tenkte ikke Siri

på hvor ekkel hun syntes kroppen hennes var. Stadig oftere kjente hun at hun ønsket å være venn med kroppen uansett hvordan den så ut. Siri arbeidet med å anvende det hun erfarte i yogaterapien, ut i dagliglivet. Hun fortalte at hun kunne kjenne mer på egne behov og på grensene sine. Hun la merke til at hun i større grad takket nei til ting hun ikke hadde lyst til og som hun tidligere hadde vært med på fordi hun følte at hun burde.

Parallelt med yogaterapien øvde Siri på «mindful» spising. Siri pleide vanligvis å hive i seg maten, store mengder mat, slik at hun raskt kunne kaste det opp igjen. Istedenfor å styre de kroppslige signalene skulle Siri nå følge dem. Kjenne på sult og på metthet, kjenne på hva hun hadde behov for. Siri gjorde mindfulnessøvelser etter at hun hadde spist. Hun syntes det var veldig vanskelig. Hun kjente seg skitten når hun hadde mat i magen. Etter hvert klarte hun å kjenne på ubehaget uten å kaste opp. Hun ble mindre urolig etter at hun hadde spist, og hadde også mindre behov for å kaste opp.

Yogaterapi kan på mange måter sammenlignes med traumebehandling. Kroppen har blitt som en bærer og en manifestasjon av traumene. Man arbeider i toleransevinduet, via kroppen. Siri sier hun har fått en spontan og genuin sympati med seg selv og kroppen sin. Hun sier at det er noe omveltende annerledes å oppleve dette inne seg selv enn å lese om det eller høre om det eller tenke seg til det. Det er mye vanskeligere å tro på noe du bare har blitt fortalt. Det må oppleves, i kroppen. ✕

”

Behandling av spiseforstyrrelser handler om å «rekoble» kroppen



Boudrik Kaldenborn

# Problemet med mangfoldet av psyko-terapeutiske skoler

Skillelinjene mellom psykoterapeutiske skoler er uklare, og mange psykoterapiforskere mener at de fleste av dem kan tilordnes fire-fem hovedtradisjoner. Likevel ser antallet skoler ut til å øke. Hvorfor er det sånn?

**TEKST**

Erik Falkum, Bengt Olavesen og Karsten Hytten  
Avdeling for forskning og fagutvikling, Klinikk for psykisk helse, Oslo Universitetssykehus, Aker

**KONTAKT** Professor Erik Falkum,  
erik.falkum@medisin.uio.no

**ILLUSTRASJON** Bendik Kaltenborn



«Schools of therapy are often more political, economical, and power based than knowledge focused»

Leslie Greenberg (2010)

Det finnes angivelig mer enn fire hundre psykoterapeutiske retninger (Corsini & Wedding, 2005). Når en terapeutisk retning resulterer i en organisasjon som fremmer tenkningen og tilbyr utdanning i den, snakker vi om en psykoterapeutisk skole. Vi finner et stort antall akronymer som faller lettere i munnen enn skolens fullstendige navn: DBT, CBT, MBT, IPT, osv. Mangfoldet av akronymer kalles ofte *tre-bokstav-syken* eller den psykoterapeutiske alfabet-suppa (Paris, 2008). Implisitt i denne betegnelsen ligger at mangfoldet er et problem som hemmer faglig utvikling og svekker psykoterapifeltets status som vitenskapelig disiplin. Mange av de påståtte forskjellene mellom skolene finnes ikke, og de fire hundre retningene kan trolig tilordnes bare noen få ulike behandlingstradisjoner (London, 1964).

Gjennom sitt pionerarbeid beskrev Sigmund Freud kjernekomponentene i det som kan kalles spesifisitetsmodellen i psykoterapifeltet: en klient med en *forstyrrelse*, en plage eller et problem, en psykologisk *forklaring* på problemet, en *endringmekanisme* og en *spesifikk terapeutisk teknikk*. Freuds konkrete beskrivelser av kjernekomponentene har imidlertid mange paralleller. Når en depressiv lidelse skal forklares, kan hovedvekten legges på sårbarhet etablert i samspillet med barndommens omsorgspersoner og denne sårbarhetens konsekvenser for nåtidige relasjoner (som i psykoanalytisk terapi), på negative automatiske tanker (som i CBT), på manglende eller vanskelige nåtidige relasjoner (som i interpersonlig terapi) eller på sparsom eller ensidig negativ feedback (som i atferdsterapi). Det finnes altså ikke noen «grand unified theory» i psykoterapifeltet (Wampold, 2009). Dette kommer til uttrykk i tre-bokstav-syken.

Størstedelen av dagens psykoterapiforskning tar utgangspunkt i spesifisitetsmodel-

len. Manualer beskriver i detalj intervensjonene som skal testes, og det legges stor vekt på at terapeutene følger dem fra punkt til punkt. Identifisering av *spesifikke* terapeutiske faktorer tenderer trolig mot å fremme skoledannelsen.

Med utgangspunkt i forskningen på faktorer som er *felles* for de ulike terapeutiske skolene, har en alternativ modell vokst fram – den såkalte *kontekstuelle modellen*. Allerede i 1936 hevdet Rosenzweig at de ulike terapeutiske skolens talsmenn for en stor del sang de samme sangene, og at behandlingsresultatene var svært like. Han brukte en metafor fra Alice in Wonderland for å beskrive dette: «Alle har vunnet, og alle må få premie.» Metaforen ble siden kjent som «Dodobird-effekten» i psykoterapiforskningen. Rosenzweig hevdet at det i tillegg til de anvendte metodene og deres teoretiske fundament finnes en rekke ikke anerkjente faktorer som er virksomme i enhver terapeutisk situasjon, og som kan være vel så viktige som de bevisst anvendte metodene (Rosenzweig, 1936). Det finnes ikke noen fullstendig omforent liste over slike fellesfaktorer, men de følgende inkluderer av de fleste: den terapeutiske alliansen, korrektiv emosjonell erfaring, terapeutens oppmerksomhet, empati og anerkjennelse og hans/hennes orientering om behandlingsmetodens grunnlag. Psykoterapiforskningen har siden stort sett styrket Dodobird-effekten (Frank & Frank 1991, Lambert 1992). Wampold (2009) konstruerer sin versjon av den kontekstuelle modellen utelukkende på grunnlag av fellesfaktorer og forventninger, og avviser at spesifikke faktorer har terapieffekt. Dermed flyttes fokus fra konkrete endringsteorier og spesifikke teknikker til terapeutens relasjonelle kompetanse. Den kontekstuelle modellen, og særlig forskningen på fellesfaktorer som ligger til grunn for modellen, er et sentralt utgangspunkt for den *integrative* psykoterapeutiske tradisjonen, hvis mål blant annet er å bryte ned skolegrensene.

Det er selvsagt en fare at denne tradisjonen blir til en ny skole («integrativ psykoterapi») og dermed framtrer som selvrefererende inkonsistent, men tradisjonen rammes foreløpig ikke tungt av denne innvendingen (Wachtel 2011). I tillegg til å rette oppmerksomheten mot fellesfaktorene, oppfordrer tradisjonen behandlere til å lære seg flere tilnærminger og metoder, slik at det beste kan hentes ut av hver retning og terapien i større utstrekning kan skreddersys til den enkelte pasient (Norcross & Goldfried, 2005; Benum, Axelsen & Hartmann, 2013).

Den integrative tradisjonen målbærer vårt utgangspunkt i dette essayet: de tallrike skolene i psykoterapifeltet står i veien for faglig utvikling. Lanseringen av nye psykoterapimodeller kan selvsagt forstås på flere ulike nivåer (psykologiske, sosiologiske, økonomiske). For eksempel har etablerte skoler ofte vært konservative og lite mottakelige for endring (Kernberg, 1996, 2012; Harris, 2013). Terapeuter har derfor noen ganger måttet bryte ut for å kunne teste ut nye ideer, og har siden dannet nye skoler. Noen av disse bygger på moderne psykoterapiforskning eller annen psykologisk forskning med relevans for behandling, mens andre utelukkende bygger på klinisk empiri. I de siste par tiårene kan kravene om effektivitet og evidens fra helsemyndigheter, forsikringsselskaper og andre eksterne krefter tenkes å ha fremmet skoledannelsen (Greenberg, 2010). Vårt første hovedfokus er imidlertid den sentrale rollen behandleres og forskeres *personlige, økonomiske og sosiale interesser* trolig spiller når nye skoler oppstår og lanseres. For at en skole skal kunne oppstå, er det ikke nok å identifisere virksomme terapifaktorer og modeller. Modellene må også *markedsføres*.

#### USA: PSYKOTERAPIFELTET EN MARKEDSPASS?

En stor andel av de vel fire hundre psykoterapiretningene er skapt av amerikanske kolleger med tilknytning til akademia, og ettersom amerikanske universiteter og høyskoler ofte forutsetter at de ansatte tjener inn sin egen lønn på den ene eller andre måten, vil etableringen av en egen psykoterapiretning kunne framstå som en økonomisk mulighet. Hvis muligheten skal vare ved over tid, er det nødvendig at retningen oppfattes som ny og annerledes, og at grensene mot andre retninger er tydelige. Det betyr at de som lanserer retningen, har en klar interesse av å aksentuere forskjeller og kanskje også tilsløre likheter. I beste fall klarer de å skape en *bevegelse*, eller en skole.

Når forskere eller terapeuter legger vekt på forskjeller som i realiteten er uklare eller til og med ikke-eksisterende, hemmer det faglig utvikling. Faglig utvikling forutsetter at det som er felles for ulike skoler, identifiseres, anerkjennes og danner grunnlag for revisjoner, slik det skjer i vitenskapens verden. De vitenskapelige tidsskriftenes regel om flagging av interessekonflikter burde derfor gjøres gjeldende også i denne sammenhengen.

Økonomiske motiver er ofte koplet til behov for «ære, makt og berømmelse.» Sammen øker disse motivene og behovene tendensen til å blåse opp forskjeller, og noen ganger kommer de også til uttrykk ved at oppdagelser og refleksjoner som tidligere er gjort av andre, dukker opp som nye, kanskje i en litt forskjellig språkdrakt, uten at det henvises til den opprinnelige opphavspersonen. En kollega gjenfant for eksempel lange resonnementer som var identiske med Donald Winnicotts tidligere refleksjoner, i en tekst av en kjent amerikansk terapeut – uten noen referanse til Winnicott (Aron, 2004; Winnicott, 1971). Den ærlige forfatteren sa rett ut at innenfor det amerikanske systemet var det helt nødvendig å framstå nyskapende for å klare seg i konkurransen.

Selv om de fleste av de psykoterapeutiske skolene har sett dagens lys i USA, gjenfinner vi de samme mekanismene i verden ellers, i Europa, og etter hvert også i Norge. Det mest iøynefallende norske eksemplet på denne problematiske relasjonen mellom fag og forretning er markedsføringen av mentaliseringsbasert terapi.

#### MENTALISERINGSBASERT TERAPI I NORGE

Hva er mentalisering? Nettstedet *mentaliserings.no* definerer fenomenet som «implisitt og eksplisitt fortolkning av egne og andres handlinger som meningsfulle uttrykk for indre liv (behov, ønsker, følelser og fornuft)». Det er lett å være enig i at evnen til å mentalisere «lies at the heart of humanity» (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Begrepet beskriver et globalt fenomen som er forsøkt beskrevet mange ganger tidligere, blant annet ved begreper som refleksjon, affektbevissthet, innsikt, empati, metakognisjon og «psychological mindedness». Mentalisering er et *pedagogisk* vellykket begrep, men det er grunn til å spørre seg om det beskriver noe grunnleggende nytt. Det hevdes at begrepet skiller seg ut ved å involvere både en selvrefleksiv og en mellommenneskelig komponent. Men det er ikke sannsynlig at verken Erik Erikson (1902–94), George Herbert Mead (1863–1931) eller for den del den tyske filosofen Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770–1831), som alle beskrev hvordan selvet dannes og utvikles gjennom de mangfoldige interaksjonene mellom individet og det sosiale og kulturelle miljøet som omgir personen, skulle mangle forståelse og blick for det mellommenneskelige perspektivet (Falkum, Hytten & Olavesen, 2011). Innenfor psykoanalysen har den interpersonlige og relasjonelle tradisjonen lenge vært opptatt av både det intrapsyriske, det interpersonlige og av kulturell kontekst (Mitchell, 1988).

Det som primært skiller MBT-skolen fra andre skoler, er dens *teoretiske* fundament, i evolusjonspsykologi, nevrobiologi og særlig i tilknytningsteori (Allen, 2003).

*Markedsføringen* av mentaliseringsbasert terapi er paradoksalt. På den ene siden innrømmer tradisjonens talsmenn at den ikke inneholder noe nytt utover et prosessorientert fokus på å fremme evnen til å mentalisere hos pasienten. De erkjenner også at *de fleste* terapitilnærminger tenderer mot å fremme mentalisering. Jon Allen innlemmer mentalisering blant *fellesfak-* »

*torene*, ikke blant de spesifikke endringsfaktorene, og i Karterud og Batemans manual for mentaliseringsbasert behandling er det bare fire av nitten terapiprinsipper som ser ut til å være særegne for MBT (Karterud & Bateman, 2010). Men i Norge presenteres skolen samtidig som noe epokegjørende nytt med en temmelig grandios retorikk. I innledningen til den norske utgaven av Bateman og Fonagys praktiske veileder for mentaliseringsbasert behandling ved borderline-forstyrrelser, (Bateman & Fonagy, 2007) skriver Skårderud og Karterud at

«i skrivende øyeblikk er vi vitner til en terapeutisk og teoretisk *bevegelse* (vår utheving) i dens fødselsfase, eller kanskje dens tidlige barndom. Det er alt annet enn en dristig spådom at oppmerksomheten om denne tradisjonen vil bli betydelig i de nærmeste årene. Det vil bli spennende å følge denne tradisjonen i dens videre utvikling» (s. XVIII).

Det er hevet over tvil at de to psykiaterne ikke passivt har *observert* denne utviklingen, men snarere arbeidet intenst for å *skape* denne bevegelsen. Samtidig selger de utdanning i mentaliseringsbasert behandling til høye priser.

MBT har så langt dokumentert effekt kun ved borderline-tilstander, men markedsføres delvis også ved en rekke andre lidelser, som angst, depresjon, spiseforstyrrelser, PTSD og ruslidelser. Bateman og Fonagy har antydnet at alle psykoteraier virker ved å øke pasientens evne til mentalisering (Bateman & Fonagy, 2006; Karterud & Bateman, 2010), en påstand som mange i utgangspunktet vil oppfatte som temmelig reduksjonistisk.

Etter vår oppfatning trenger vi ikke flere *bevegelser* i psykoteraiefeltet. Bevegelsenes diskurs er oftest lukket, eksklusiv og misjoneerende (eller markedsførende), og står i skarp kontrast til vitenskapens diskurs når den er på sitt beste. Da er den åpen, nysgjerrig og selvkritisk, den holder fag og forretning fra hverandre, og den visker ut skolegrensene til fordel for integrasjon og reelle skillelinjer.

### DET FAGLIGE KOLLEGIETS MOTTAKELIGHET FOR SKOLER

Hvis markedsføringen av en ny psykoteraeutisk skole skal kunne lykkes, må det faglige kollegiet være noenlunde mottakelig for ideene bak den. En slik mottakelighet kan være

uttrykk for en reflektert og vitenskapelig fundert åpenhet for ny kunnskap. Men den kan også være basert på en kognitiv «lukning» (Kruglanski, 2004) relatert til opplevelsen av stress og usikkerhet i det psykoteraeutiske arbeidet. Arbeidshverdagen i psykoteraapi og i klinikk for øvrig er kompleks og krevende. Det uoversiktlige kognitive og følelsesmessige landskapet gir ofte behandleren en intens opplevelse av usikkerhet og mangel på kontroll. Denne opplevelsen må holdes på et rimelig nivå hvis jobben skal kunne utføres.

### KOGNITIV LUKNING - SYSTEM 1 OG 2

Daniel Kahnemans forskning dreier seg for en stor del om å forstå den kognitive lukningens bakgrunn og fenomenologi, uansett årsak (Kahneman, 2012; Tversky & Kahneman, 1974). Den er en viktig nøkkel til forståelse av det faglige kollegiets mottakelighet for skoler.

I vårt kognitive apparat finnes det et raskt og et langsomt system. *System 1* opererer automatisk og raskt, og gir oss ikke noen opplevelse av at vi anstrenger oss eller har viljemessig kontroll. Det er operativt når vi identifiserer fiendtlighet i en stemme, når vi leser en enkel setning i en bok, og når vi finner ut hvor en høy lyd kommer fra. *System 2*, derimot, krever oppmerksomhet og mental anstrengelse, og gir oss opplevelsen av konsentrasjon, valg og handling (Stanovich & West, 2000). Eksperimentelle studier viser at langsom tenkning tapper energi (Muraven, Tice & Baumeister, 1998). Glukosenivåene i blodet synker ikke bare ved fysisk arbeid, men også ved langsom tenkning (Gailliot & Baumeister, 2007). *System 2* er operativt når vi søker i hukommelsen for å identifisere kilden til en uvant lyd, og når vi undersøker et sammensatt logisk resonnement.

Både *System 1* og *System 2* er aktive når vi er våkne, og de interagerer med hverandre. *System 1* er kontinuerlig og automatisk aktivt, mens *System 2* mesteparten av tiden går på et komfortabelt lavbluss. *System 1* produserer «forslag» for *System 2*-inntrykk, intensjoner, intuisjoner og følelser. Hvis inntrykk og intuisjoner bekreftes av *System 2*, blir de til oppfatninger og holdninger, og impulser blir til viljestyrte handlinger. *System 2* kan altså endre måten *System 1* fungerer på. Men fordi *System 2* krever oppmerksomhet og energi, finnes det en rekke situasjoner hvor kontrollen av *System 1* er mangelfull eller svikter (Kahneman, 2012).

I psykoteraeutens komplekse og krevende hverdag er det kritiske og tvilende *System 2* trolig ofte overbelastet eller tappet for energi. I slike situasjoner kan *System 1*, som er «biased to believe», fort bli dominerende, og vi kan komme til å tro på utsagn som *System 2* ville forkastet.

Ubalanse mellom rask og langsom tenkning skaper en viktig del av grunnlaget for det som kalles *bekreftelsesbias*, vår tendens til å søke og finne bevis som bekrefter våre allerede etablerte oppfatninger, og til å ignorere eller ugyldiggjøre bevis for det motsatte (Shermer, 2011). *Bekreftelsesbias* undertrykker tvetydighet og innsnevrer tolkningsrommet som produserer usikkerhet.

Eksemplene nedenfor belyser hvordan forholdet mellom *System 1* og *System 2*-funksjoner kan påvirke etablering og vedlikehold av psykoteraeutiske skoler.

Den engelske psykoanalytiker Donald Meltzer (1922–2004) fungerte i en periode som veileder i et seminar vi deltok i på 80-tallet. Ved en anledning ble en tegning laget av en pasient med schizofreni lagt fram sammen med et utsnitt av sykehistorien. Veilederen identifiserte



både livmor og urinblære på tegningen og ga en tilsynelatende koherent fortolkning av tegning og sykehistorie som passet godt med Melanie Kleins forståelse av psykosens uttrykk og grunnlag. Fortellingen inneholdt ingenting om alternative fortolkninger eller om tegningen overhodet kunne fortolkes meningsfullt. Dette kan forstås som et eksempel på bekreftelsesbias. Og vi som satt i auditoriet, lyttet uten å stille spørsmål ved fortolkningen. Vi demonstrerte autoritetsbias, tendensen til å verdsette autoriteters oppfatninger høyere enn andres. System 2 var koplet ut i situasjonen. Behovet for å redusere opplevelsen av usikkerhet i terapiarbeidet var trolig en viktig del av bakgrunnen for utkoplingen. Ved å overta veilederens perspektiv og forståelse og generalisere denne gjennom et sett av behandlingsalgoritmer og heuristikker («tommelfingerregler» for fortolkning og intervensjoner i denne typen situasjoner), kunne vi opprettholde opplevelsen av klarhet og forutsigbarhet i terapiarbeidet. La oss understreke at eksemplet ikke er typisk for den psykoanalytiske tradisjonen, som rommer et mangfold av forståelsesmåter, hvorav de fleste er mer empirisk forankret enn denne.

En kollega formidlet tilsvarende følgende historie, som kan illustrere bekreftelsesbias hos en CBT-terapeut: En 45 år gammel kvinnelig lærer kom for øyeblikkelig hjelp til poliklinikken, fulgt av en mannlig inspektør, etter at hun hadde hatt et panikkanfall på skolen. Hun hadde utviklet agorafobisymptomer og klarte ikke å jobbe. I samtalen med vakthavende psykolog kom det fram at hun hadde hatt sju panikkanfall de siste to månedene. Hun hadde et stressende arbeid og slet med omsorgen for to tenåringsbarn som var i ferd med å flytte hjemmefra, og med egne foreldre som hun tok seg mye av. Behandleren diagnostiserte panikk-lidelse med agorafobi, og pasienten fikk tilbud om kognitiv terapi og et SSRI-preparat. Etter noen ukers terapi var det lite bedring å spore. Ved nøyere utforskning av kvinnens liv kom det fram at hun hadde hatt et utenomekteskapelig forhold til inspektøren som fulgte henne til poliklinikken, i over to år. Det ble åpenbart at hun levde med stor indre konflikt og i en eksistensiell krise. Behandlerens sterke identitet i CBT-tradisjonen, som fokuserer på symptomer og vedlikeholdende faktorer, førte i dette eksemplet trolig til at kontekstfaktorene ikke ble utforsket grundig nok. De klare symptomene og diagnosene aktiverte en behandlingsalgoritme og et sett av heuristikker som innebar «jumping to conclusions». Dermed er det selvfølgelig ikke sagt at en slik innsnevring av det kliniske perspektivet er noen nødvendig følge av behandlerens teoretiske tilhørighet. Men kanskje er det slik at psykoanalytisk forståelse tenderer mot «symbol-bias», mens kognitiv forståelse tenderer mot «symptom og diagnose-bias».

Resonnementet ovenfor innebærer at vi bør vie mer tid til å studere fenomenet bias og mer eller mindre bevisste faglige heuristikker som forenkler beslutningsprosesser (Kahneman, Slovic & Tversky, 1982), men som samtidig kan innebære feiltolkninger og gale valg. Disse fenomenene uttrykker en stress- og usikkerhetsbasert mottakelighet i det faglige kollegiet for skoler som forenkler og forklarer verden, et rom for markedsføring av nye terapiretninger, og også for terapiretninger som presenteres som nye, men som ved nærmere gransking viser seg å være gammel vin på nye flasker. Et kritisk blikk på bias og heuristikker med utgangspunkt i distinksjonen mellom rask og langsom tenkning kan stimulere til en mer produktiv diskusjon om de psykoterapeutiske skolens grunnlag, kjennetegn og begrensninger. Et slikt blikk vil på sikt bidra til



De tallrike skolene i psykoterapifeltet står i veien for faglig utvikling



å øke terapeutens toleranse for usikkerhet og gjøre ham/henne mindre mottakelig for skoler, som har mange svar, men ofte få spørsmål.

Den integrative tradisjonen fortjener honnør for å ha problematisert tre-bokstav-sykens utbredelse. I dag ser vi tegn på større åpenhet og gjensidig anerkjennelse i de etablerte hovedtradisjonene. For eksempel diskuterer den psykodynamiske og den kognitive tradisjonen endringsteori og konkrete metoder med større gjensidig respekt enn for ti år siden, noe som gir grunn til optimisme. Det synes videre å være bred enighet om fellesfaktorenes store betydning. I et vitenskapelig perspektiv er det

viktig å understreke at listen over fellesfaktorer alltid bør være åpen for endring på grunnlag av nye forskningsfunn. I tidens løp kan det vise seg at antatt spesifikke faktorer snarere bør innlemmes blant fellesfaktorene. Identifiseringen av spesifikke terapifaktorer vil fortsatt kunne danne grunnlag for nye skoler, men vil også kunne tilføre ny substans til en integrasjonsorientert diskurs. Det er med andre ord ikke noen nødvendig motsetning mellom spesifisitetsmodellen og en ambisjon om å integrere de ulike retningene.

Faglig utvikling på psykoterapifeltet forutsetter at ideologier skyves til side til fordel for det vitenskapelige perspektivet. Som sentrale ideologiprodusenter må skolene derfor reduseres i antall. I tillegg til fokus på kollegiets «negative» mottakelighet krever dette også at søkelyset rettes mot koplingen mellom fag og forretning, som blir vanskeligere når mottakeligheten for skoler reduseres. ✕

## REFERANSER

- Allen, J. G. (2003). Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic* 67(2), 91–112.
- Allen, J. G., Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Aron, L. (2004). Analytic impasse and the third: Clinical implications of intersubjectivity theory. *International Journal of Psychoanalysis*, 87(2), 349–368.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veileder*. Oslo: Arneberg Forlag.
- Benum, K., Axelsen, E. D., Hartmann, E. J. (red). (2013). *God psykoterapi. Et integrativt perspektiv*. Oslo: Pax forlag.
- Corsini, R. & Wedding, D. (red.) (2005). *Current Psychotherapies* (7. ed.) Belmont, CA: Brooks/Cole-Thomson.
- Falkum, E., Hytten, K., Olavesen, B. (2011). Anerkjennelsens psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(11), 1080–1085.
- Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). *Persuasion and Healing. A comparative study of psychotherapy* (3. ed.). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gailliot, M. T. & Baumeister, R. F. (2007). The Physiology of Will Power: Linking Blood Glucose to Self Control. *Personality and Social Psychology Review*, 11(4), 303–327.
- Greenberg, L.S. (2010). *Emotion-Focused Therapy*. Washington DC: Magination Press, American Psychological Association.,
- Harris, R. (2013). *ACT – helt enkelt og greit. En innføring i aksept og forpliktelsesterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kahneman, D., Slovic, P., Tversky, A. (1982). *Judgment Under Uncertainty: Heuristics and Biases*. New York: Cambridge University Press.
- Kahneman, D. (2012). *Thinking, Fast and Slow*. London: Penguin Books.
- Karterud, S. & Bateman, A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kernberg, O. (1996). Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates. *International Journal of Psychoanalysis*, 77(5), 1031–1040.
- Kernberg, O. (2012). Suicide prevention for psychoanalytic institutes and societies. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 60(4), 707–719.
- Kruglanski, AV. (2004). *The Psychology of Closed Mindedness*. New York: Taylor and Francis
- Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I Norcross, J. C. & Goldfried, M. R. (red.), *Handbook of Psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- London, P. (1964). *The modes and morals of psychotherapy*. New York: Holt, Rinehart & Winston
- Mitchell, S. A. (1988). *Relational Concepts in Psychoanalysis. An Integration*. Cambridge: Harvard University Press.
- Muraven, M., Tice, D. M. & Baumeister, R. F. (1998). Self Control as a Limited Resource: Regulation Depletion Patterns. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3), 774–789.
- Norcross, J. C., Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press.
- Paris, J. (2008). *Treatment of Borderline Personality Disorder. A Guide to Evidence-Based Practice*. New York: The Guildford Press.
- Rosenzweig, S. (1936). Some Implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412–415.
- Shermer, M. (2011). *The believing brain. From spiritual faith to political convictions*. London: Constable & Robinson Ltd.
- Stanovich, K. E. & West, R. F. (2000). Individual Differences in Reasoning: Rationality Debate. *Behavioral and Brain Sciences*, 23(5), 645–665.
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science New Series*, 185, No 4157.
- Wachtel, P. (2011). *Therapeutic Communication: Knowing what to say when*. New York: Guilford.
- Wampold, B. (2009). *The Great Psychotherapy Debate*. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. New York: Basic Books.



## Smarttelefon kan gjera late tenkarar latare

Det kan vera samanheng mellom hyppige oppslag i søkemotoren og svekka intelligens.

Dette hevdar Ph.d.-kandidaten Gordon Pennycook ved universitetet i Waterloo, Canada. Han har studert samanhengen mellom smarttelefonbruk og tenkestil hos 660 forsøkspersonar, skriv HealthDay.com 6. mars i år. Intuitive tenkarar heller mot å basera seg på magefølelsen og instinkt når dei tar avgjerder, medan analytiske tenkarar investerer meir tankeverksemd når problem skal løysast.

Å gjera seg for avhengig av smarttelefonen kan vera uheldig for personar med hang til å ta intuitive avgjerder, då det kan sjå ut til at teknologien gjer dei endå mindre motiverte til å bruka hjernen, fordi informasjonen bare er nokre skjermtrykk unna. Dei kan enda med å slå opp ting dei eigentleg veit eller lett kunne læra seg, men er uvillige til å ta jobben med å grubla seg fram til, seier Pennycook.

Dei canadiske forskarane understrekar at det er for tidleg å seia noko om kor vidt smarttelefonane fører til lågare intelligens, men dei fann at intuitive tenkarar ofte brukte søkemotoren i staden for å tenka igjennom ting. Smarttelefonen gjev, slik dei ser det, intuitive tenkarar eit verktøy til å vera endå latare tenkarar. Om du avstår frå aktiv problemløysing, kan det ha alvorlege konsekvensar for hjernen når du eldest, hevdar forskarane, og held fram eit interessant poeng: Vi kjem truleg bare til å bli meir og meir avhengige av teknologiske hjelpemiddel som smarttelefonar. Det er viktig å undersøka korleis dette påverkar den menneskelege fysiologien før teknologien er så inkorporert at det blir vanskeleg å minnst korleis livet var utan.

– Kan henda er vi allereie forbi det punktet, seier medforfattar Nathaniel Barr.

**Referanse:** Barr, N., Pennycook, G., Stolz, J. A., & Fugelsang, J. A. (in press). The brain in your pocket: Evidence that Smartphones are used to supplant thinking. *Computers in Human Behavior*.

## Sterk samanheng mellom mobbing og PTSD

Eit snitt på 57 prosent av personar som har vore utsette for mobbing, rapporterer symptom på posttraumatisk stress over grenseverdiar for diagnosen.

Ein ny litteraturgjennomgang og metaanalyse frå Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) viser at det er ein sterk samanheng mellom eksponering for mobbing i skule eller arbeidslivet og symptom på posttraumatisk stressforstyring (PTSD). I alt 29 enkeltstudiar var inkluderte i gjennomgangen, skriv *Dagens Medisin* 6. mars. Eit snitt på 57 prosent av personane som hadde vore utsette for mobbing, rapporterte symptom på posttraumatisk stress over grenseverdiar for diagnosen.

Til samanlikning reknar ein med at cirka ein prosent av befolkninga til kvar tid lid av PTSD. Blant soldatar som har vore i krig, og blant katastrofeoffer, har 10–20 prosent symptom på forstyrringa. Det same gjeld for 30–40 prosent av dei som har vore utsette for valdtekt.

Alle studiane var basert på tverrsnittsdesign, der mobbing og posttraumatisk stress er målt på same tidspunkt. Det er difor ikkje mogleg å seia om mobbing fører til symptom på PTSD, eller om personar som allereie har PTSD, har auka sjanse for å oppleva seg som mobba, understrekar forskarane bak den publiserte studien.

**Referanse:** Nielsen, Morten Birkeland et al. (2015). Post-traumatic stress disorder as a consequence of bullying at work and at school. A literature review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*. Volume 21, side 17–24.





## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2014 S. 322-333 FAGFELLEVDERT

BJØRN RISHOVD RUND, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo og Forskningsenheten, Vestre Viken\*

KONTAKT: b.r.rund@psykologi.uio.no

# SCHIZOFRENI ER EN NEVROKOGNITIV FORSTYRRELSE

Det er grundig dokumentert at kognitive forstyrrelser er et helt sentralt trekk ved schizofreni, og sentrale forskere omtaler nå lidelsen som en nevrokognitiv sykdom.

Det foregår stadig mer forskning om schizofreni og kognisjon. Et Pub-Med-søk med de to søkeordene identifiserte ca. 9000 artikler, nær 7000 av dem var publisert etter årtusenskiftet.

Gjennom de siste to decennier er det grundig dokumentert at kognitive forstyrrelser er et helt sentralt trekk ved schizofreni. I langtidsstudier har vi fått solid evidens for at de kognitive forstyrrelsene er relativt stabile i lang tid etter sykdomsdebut. Vi har dertil godt forskningsmessig belegg for at kognitive forstyrrelser er til stede i prodromalfasen, om enn noe svakere enn etter at psykosen har debutert. Og vi vet i tillegg at det er noen forsinkelser i kognitive (særlig verbal resonnering) og nevro-motoriske ferdigheter allerede i barndommen hos dem som senere utvikler schizofreni. Dette til sammen danner grunnlaget for å hevde at schizofreni er en nevrokognitiv forstyrrelse. Noen av de mest sentrale forskerne i feltet (Heinrichs, 2005; Insel, 2014; Kahn & Keefe, 2013) benevner nå schizofreni som en (nevro)kognitiv sykdom.

.....

\* Takk: Anja Vaskinn og Brita Elvevåg takkes for å ha gitt verdifulle kommentarer til manuskriptet

## ABSTRACT

### *Schizophrenia is a neurocognitive disorder*

We still have limited knowledge about the etiology of schizophrenia. However, during the past two decades it has been well documented that cognitive deficits are a central feature of the disease, and that abnormal neurodevelopment is a critical part of the pathogenesis. Follow-up studies have provided solid evidence that cognitive deficits are stable for a long time after disease onset. Cognitive deficits are present in a prodromal phase, albeit to a less degree than after illness onset, and delays in cognitive and neuro-motor skills are present in childhood in those who later develop schizophrenia. These findings form the basis for concluding that schizophrenia is a neurocognitive disorder. What initiates the neurodevelopmental disorder is still an unsolved question, although hypotheses exist. Cognitive training is most effective for remediation of cognitive deficits.

*Keywords: schizophrenia, neurocognition, cognitive remediation, maternal infection, social cognition*

Ved å skifte fokus fra sykdomsklassifikasjon etter symptomer til dimensjoner av observerbar adferd (nevrokognisjon) og nevrobiologiske mål (hjernestrukturer og -kretser), er det å se på schizofreni som en nevrokognitiv forstyrrelse også i tråd med den nye strategiske planen til The National Institute of Mental Health (NIMH), kalt RDoC (Research Domain Criteria Project), som ble lansert i 2008 (Cuthbert, 2014).

### GRUNNLAGET FOR Å KALLE SCHIZOFRENI EN NEVROKOGNITIV FORSTYRRELSE

Fire forskningsområder danner til sammen det empiriske grunnlaget for å kalle schizofreni en nevrokognitiv forstyrrelse: 1) En eksperimentalpsykologisk tradisjon innenfor psykopatologiforskning. 2) Studier med røtter i klinisk nevropsykologi. 3) Nevrovitenskap med ulike billeddiagnostiske metoder, særlig magnetisk resonanstomografi, MR (engelsk: magnetic resonance imaging, MRI) 4) Biologiske og sosiale studier av sykdomsmekanismer, hvor f.eks. fødselskomplikasjoner, tidlige traumer og infeksjoner i fosterstadiet er dokumentert å forekomme hyppigere hos dem som senere utvikler schizofreni. Disse funnene danner grunnlaget for hypoteser om hvordan den nevrokognitive skjevutviklingen settes i gang.

#### 1. EKSPERIMENTELL PSYKOPATOLOGI-FORSKNING

Tidlig på 1950-tallet etablerte Joseph Zubin et psykologisk laboratorium ved Columbia University, og David Shakow ett ved NIMH. Men allerede før 2. verdenskrig hadde Shakow sammen med Eliot Rodnick publisert banebrytende arbeider knyttet til reaksjonstidseksperimenter (Rodnick & Shakow, 1940). Deres arbeider er blitt beskrevet som: «... *the closest thing to a north star of schizophrenia research*» (Cancro, Sutton, Kerr, & Sugarman, 1971). Deres viktigste funn var den såkalte «cross-over-effekten». Den refererer til at schizofrenipasienter – i motsetning til friske kontrollpersoner – ikke er i stand til å nyttiggjøre seg regularitet mellom et varselsignal og den imperative stimulus som forsøkspersonene skal respondere på når intervallet mellom de to signalene overstiger ca. 5 sekunder (Rund, 1985). Overraskende fant de at schizofrenipasientene responderte raskere med irregulære

intervaller enn med regulære. Ingen har kunnet gi noen god forklaring på «cross-over-effekten».

I 1954 grunnla Zubin det kjente Biometric Research Unit ved New York State Psychiatric Institute. I dette laboratoriet ble det drevet eksperimentell psykopatologiforskning, hvor objektive målinger innenfor en integrerende metodetilnærming ble vektlagt. Et eksempel på dette var studier Zubin gjorde sammen med Sutton, hvor «event related potentials» (ERP) ble undersøkt i kombinasjon med kognitive tester. De fant abnormaliteter i ERP hos schizofrenipasienter, særlig i P300, en bølge-type som reflekterer allokering av oppmerksomhetsprosesser (Sutton, Braren, Zubin, & John, 1965).

Målet med den eksperimentelle psykopatologiforskningen var å gjøre nøyaktige målinger av forstyrrelser (deficits) ved schizofreni innenfor nøyaktige og reliable eksperimentelle paradigmer, for derfra å trekke slutninger om underliggende avvik ved lidelsen basert på eksisterende eksperimentelle modeller. Ulike kognitive modeller fra normalpsykologien ble ofte lagt til grunn (Green & Harvey, 2014). Et eksempel på slik forskning var den såkalte «backward masking»-prosedyren (BM), hvor en har svært presis kontroll over hvor lenge en stimulus virker på det sensoriske apparatet (Saccuzzo & Braff, 1981). De tidlige studiene hadde resultater som ble tolket som at schizofrenipasienter bearbeider sensorisk informasjon langsommere enn friske. En tid trodde man også at resultatene på BM-oppgavene skilte schizofrenipasienter fra andre grupper med psykiske lidelser (Nuechterlein & Dawson, 1984; Rund & Landro, 1990). Det har vist seg ikke å stemme.

#### Norsk forskning

Det har vært få norske bidrag innenfor den eksperimentelle forsknings-tradisjonen. Nærmest kommer ordassosiasjonsforsøkene til Flekkøy på 70-tallet (Flekkoy, 1975). Senere har jeg, sammen med medarbeidere, bidratt i BM-forskningen, bl.a. ved å dokumentere at det avviket man tolket som langsommere informasjonsbearbeiding, ikke er spesifikt for schizofrenigruppen. Vi fant tilsvarende avvik hos pasienter med affektive lidelser (Rund, 1993; Rund & Landro, 1990; Rund, Landro, & Orbeck, 1997; Rund, Oie, & Sundet, 1996; Thormodsen, Juuhl-Langseth, Holmen, & Rund, 2012).

#### 2. NEVROPSYKOLOGISK FORSKNING

Allerede på 40- og 50-tallet hadde man begynt å bruke nevropsykologiske tester i schizofreniforskningen. Det gjaldt i første rekke oppgaver for å vurdere evne til abstrakt tenkning, hvor ordtak- og objektsorteringstester var mye brukt (Rund, 1986). Etter hvert ble Wisconsin Card Sorting Test den mest anvendte metoden.

Da Nuechterlein og Dawson (1984) tidlig på 80-tallet vurderte hele feltet i en omfattende oversiktsartikkel, var oppmerksomhet og informasjonsbearbeiding kommet i fokus. Utover på 90-tallet ble det tatt i bruk mer omfattende testbatterier, hvor både verbal og visuell hukommelse ble inkludert. Etter hvert kom også tester av arbeidshukommelse.

Et tydelig problem ble etter hvert at alle brukte forskjellige testbatterier. På begynnelsen av 2000-tallet ble det derfor tatt et initiativ fra NIMH til å utvikle et testbatteri som innbefatter alle domener med størst utfall, med tanke på at dette kunne brukes av alle i fremtidige kliniske studier på schizofreni. Oppdraget ble satt ut på «anbud», og en gruppe

ved University of California, Los Angeles (UCLA) fikk det. Følgende kriterier ble lagt til grunn for utvelgelse av tester: a) Reliabel og valid måling av alle kognitive områder. b) Høy test-retest-reliabilitet. c) Egnethet for repeterte målinger. d) Måling av ferdigheter med relevans for dagliglivsfunksjoner. e) Så lite krevende at man kan bruke batteriet ved alvorlig sykdom. f) Praktisk mulig å gjennomføre på en sykehusavdeling eller poliklinikk.

Resultatet etter mange års arbeid ble the MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB) (Green & Nuechterlein, 2004; Nuechterlein et al., 2008). Dette testbatteriet er nå i bruk over hele verden. Det er også oversatt til norsk, hvor to forskningsgrupper har lisens til å bruke det til forskningsformål (Mohn, Sundet, & Rund, 2012). Vår forskningsgruppe ved UiO (se nedenfor) var den første som rapportere MCCB-data for en gruppe med tidlig-debuterende schizofreni (Holmen, Juuhl-Langseth, Thormodsen, Melle, & Rund, 2010).

I løpet av de siste 30 årene er forstyrrelser i kognitiv fungering hos schizofrenipasienter dokumentert i et hundretalls studier, se Elvevag og Goldberg, 2000; Heinrichs og Zakzanis, 1998; Meshulam-Gately, Giuliano, Goff, Faraone og Seidman, 2009. Det er et gjennomgående funn at alle kognitive funksjoner er affisert i større eller mindre grad, selv om man i noen metaanalyser har pekt på at enkelte domener, først og fremst verbal læring, representerer et større avvik enn andre. En må imidlertid være klar over at det er vanskelig å skille skarpt mellom de kognitive domene/prosessene som karakteriserer dysfunksjon hos schizofrenipasienter. De er i stor grad overlappende, slik som eksekutiv funksjon og arbeidshukommelse. Det brukes dessuten ulike navn om de samme domene. Mest vanlig er det altså å konkludere med at det dreier seg om en global svikt. Av den grunn opererer man nå oftere med en såkalt composite score, hvor alle enkeltomene/testene er slått sammen.

Selv om en ikke kan skille schizofrenipasienter fra andre psykosepasienter med en enkel test, er det mulig å skille schizofreni fra andre psykoselidelser med hensyn til kognitiv profil og grad av svekkelse (Kahn & Keefe, 2013). Men vi må også være klar over at det er en del schizofrenipasienter som ikke har noen kognitiv svekkelse sammenlignet med gjennomsnittet for normale kontroller. Hele 35–40 % har ikke en signifikant svekkelse hvis vi definerer det som å skåre mer enn 1,5 standardavvik under gjennomsnittet (Rund et al., 2006; Sundet, 2011). Men også de pasientene som ikke skårer signifikant dårligere enn gjennomsnittet for friske kontroller, er sannsynligvis svekket i forhold til sin premorbide fungering (Schaefer, Giangrande, Weinberger, & Dickinson, 2013; Vaskinn et al., 2014).

I sammenheng med problemstillingen rundt en global kognitiv svikt eller spesifikke avvik, har noen pekt på (Elvevag & Weinberger, 2001) at alle de kognitive dysfunksjonene som kjennetegner schizofrenipasienter kan attribueres til det samme effektor-systemet i hjernen, innenfor hippocampus eller dorsolateral prefrontal cortex (DL-PFC). Her bør man merke seg at dette til sammen utgjør store områder i hjernen.

Nå nærmer det seg et femtital studier hvor man har undersøkt hvordan kognitiv fungering utvikler seg over tid hos pasienter med schizofreni (se Rund, 1998; Szoke et al., 2008). I bare et fåtall av disse har man studert forløp over en lengre periode enn to år, og kun fire studier har en oppfølgingsperiode på 10 år eller mer, derav to norske (Barder et al., 2013; Hoff, Svetina, Shields, Stewart, & DeLisi, 2005; Oie, Sundet, & Rund, 2010; »



Utover på 90-tallet ble mer omfattende testbatterier tatt i bruk. Et tydelig problem ble etter hvert at alle brukte forskjellige testbatterier

Stirling et al., 2003). Dette er studier med ganske små pasientutvalg. I alle disse fire studiene er det rapportert relativt stor grad av stabilitet i kognitiv fungering, med et lite unntak i et par av dem (Barder et al., 2013; Oie et al., 2010), hvor en fant en viss svekkelse i verbal læring og hukommelse over tid. I en nylig publisert 9-års oppfølgingsstudie fant man noe reduksjon i et mål på eksekutiv funksjon (Kobayashi et al., 2014).

Noe av det som har bidratt mest til å gjøre nevrokognisjon til en helt sentral faktor ved schizofreni, er at det viser seg å være en bedre prediktor enn noe annet for hvordan pasienten fungerer i dagliglivet, også på lang sikt. Michael Green påviste i en av de mest innflytelsesrike artiklene i feltet (Green, 1996) at nevrokognisjon er en bedre prediktor enn symptomer, både for forløp og hvordan pasienten vil fungere i dagliglivet. Dette er også senere bekreftet gjennom en rekke empiriske studier (Allott, Liu, Proffitt, & Killackey, 2011; Stouten, Veling, Laan, van der Helm, & van der Gaag, 2014).

I løpet av de siste 10 årene har man også fattet stor interesse for sosial kognisjon ved schizofreni. Begrepet innbefatter å oppdage og bruke sosial informasjon. Hos mennesker med schizofreni ser man en svekket evne til å oppfatte emosjoner, forstå tanker og intensjoner hos andre mennesker og å tolke sosiale «cues». Denne reduserte evnen til sosial kognisjon har stor betydning for deres fungering i dagliglivet. Noen mener sosial kognisjon er en medierende faktor mellom nevrokognisjon og funksjons-evne i dagliglivet (Vaskinn et al., 2008).

#### Hva med nevrokognitive forstyrrelser før sykdomsdebut?

I den senere tid er det også godt dokumentert at nevrokognitive avvik forekommer allerede fra 4–5 års alder hos dem som senere utvikler schizofreni, men i en mildere form enn etter at psykosen har debutert. Dette er vist både gjennom high-risk studier og store fødselskohortstudier, se f.eks. Bilder et al., 2006; Cornblatt, Obuchowski, Roberts, Pollack og Erlenmeyer-Kimling, 1999; Crow et al., 1994; Fuller et al., 2002; Meier et al., 2014; Seidman et al., 2010; Seidman, Giuliano et al., 2006. Det er solid empirisk evidens for kognitive forstyrrelser både i premorbid fase (Niemi, Suvisaari, Tuulio-Henriksson, & Lonnqvist, 2003; Seidman, Buka, Goldstein, & Tsuang, 2006) og i prodromalfasen (Brewer et al., 2006).

En har også funnet at tidlige motoriske forstyrrelser (Walker, 1994), og forsinkede utviklings-milepæler – som det å gå, krabbe, sitte, løfte hode og smile – i signifikant grad er til stede hos barn som utvikler schizofreni i voksen alder; noe som ses som tidlige tegn på nevropatologi (Sorensen et al., 2010). Slike tegn kan være en indikasjon på et ikke-spesifikt nevrokognitivt avvik som er spesifikt for schizofreni på et mer grunnleggende nevropatologisk nivå.

Arbeidene til Walker og medarbeidere (Walker & Lewine, 1990) er fascinerende. De analyserte hjemmevideoer som var tatt i tidlig alder av mennesker som hadde utviklet schizofreni i voksen alder, samt deres friske søsken. De som vurderte videoene, klarte med stor treffsikkerhet å plukke ut hvem som senere utviklet schizofreni. De fant nevro-motoriske abnormaliteter, særlig på venstre side av kroppen, samt dårlige motoriske ferdigheter. Unormale bevegelser eller måten de holdt hendene på, karakteriserte de barna som senere utviklet schizofreni. Disse «avvikene» var mest fremtredende i den perioden da motoriske ferdigheter er i raskest utvikling, nemlig i de to første leveårene.

På samme måte som for andre nevroutviklingsforstyrrelser er en for schizofreni på jakt etter hjernebaserte biomarkører. Nevropsykologiske og kognitive tester er de beste instrumentene til å kartlegge hvordan hjernen fungerer. Slike biomarkører blir viktige for å kunne identifisere presymptomatiske faser av sykdommen. Å finne frem til gode biomarkører blir helt sentralt fordi en derved kan identifisere patogene prosesser på et tidlig stadium. For noen sykdommer foregår det store hjerneforandringer før sykdommen manifesterer seg med symptomer. Som et eksempel kan nevnes at mer enn 80 % av dopamincellene i substantia nigra har dødd før symptomer på Parkinson blir synlige (Insel, 2014).

#### Norsk forskning

I motsetning til de andre nordiske landene, har det i Norge vokst frem relativt store forskningsmiljøer som har hatt nevrokognisjon ved schizofreni som hovedtema. Forskingen begynte på Dikemark sykehus på 80-tallet (Landro, Orbeck, & Rund, 1993; Rund, 1982; Rund & Landro, 1990) og fortsatte deretter ved Psykologisk institutt (PSI), Universitetet i Oslo. Forskningsgruppen ved PSI har tatt navnet Research Unit of Neuropsychopathology (RUN). I flere av stu-



diene med forankring i denne forskningsgruppen har man undersøkt tidligdebuterende schizofrenipasienter. Å studere ungdommer med schizofreni gir et unikt materiale fordi utviklingen av og endringer i hjernen er mindre påvirket av selve sykdommen og medikamentell behandling (Rapoport et al., 2012). Men også første-episode- og kroniske pasientgrupper har vært gjenstand for omfattende studier i RUN-gruppen. Ti-tolv doktorgrader har utgått fra denne forskningsgruppen.

Det andre forskningsmiljøet hvor nevrokognisjon er et av forsknings-temaene, er TOP/NORMENT. Gruppen fikk for snart to år siden status som Senter for fremragende forskning (SFF) og ledes av Ole Andreassen. Herfra er det nå produsert flere avhandlinger på nevrokognisjon, men da knyttet til psykose mer generelt, ikke schizofreni spesielt.

I tillegg til de to gruppene i Oslo, som også har samarbeidet om flere prosjekter, er det både i Bergen (Loberg, Jorgensen, & Hugdahl, 2004) og i Trondheim (Grawe & Levander, 1995; Rasmussen, Levander, & Sletvold, 1995) utført studier innenfor feltet, om enn i noe mindre skala.

### 3. NEVROVITENSKAP MED BILLEDDIAGNOSTISKE METODER

Dette er et ganske ungt forskningsområde. Verdien av denne forskningen ligger ikke primært i å dokumentere at nevrokognitive forstyrrelser er sentrale ved schizofreni, men ved at en med de billeddiagnostiske teknikkene, som MR og PET (positronemisjonstomografi), har dokumentert at det skjer strukturelle forandringer i hjernen. De mest robuste funnene synes å være at schizofrenipasienter har større ventrikler enn friske kontrollpersoner; at de har redusert volum av frontallappene, samt en reduksjon i temporallappene, se Hirsch og Weinberger, 2003; Rund, 2009; Shenton, Dickey, Frumin og McCarley, 2001. Disse forandringene ser også ut til å fortsette etter at sykdommen har debutert, i hvert fall gjennom de første årene. Dette har man sett som en bekreftelse på at schizofreni er en nevrodegenerativ lidelse (Rund, 2009, 2011). Men spørsmålet om hvor fort og hvor mye som skjer av hjerneorganiske endringer etter sykdomsdebut, er gjenstand for diskusjon (Hirsch & Weinberger, 2003; Zipursky, Reilly, & Murray, 2013).

Det er også noen studier (Gur et al., 1998; Pantelis et al., 2003) som viser strukturelle endringer i hjernen før sykdomsdebut. Pantelis og medarbeidere (2003) fant mindre grå substans hos dem i en høyrisikogruppe som senere utviklet psykose, enn hos dem som ikke gjorde det.

#### Norsk forskning

Ingrid Agartz ved Universitetet i Oslo og hennes medarbeidere har ført an i strukturelle MR-studier av psykosepasienter (Agartz et al., 2011). Det er også blitt gjort studier i Norge hvor sammenhengen mellom nevrokognisjon og morfologi er undersøkt (Hartberg et al., 2011; Juuhl-Langseth et al., 2015).

Også funksjonelle MR-undersøkelser har bidratt til å stadfeste schizofreni som en nevrokognitiv forstyrrelse ved at man har dokumentert at det i noen grad er forskjellige områder i hjernen som aktiveres ved ulike kognitive oppgaver om en sammenligner schizofrenipasienter med friske og andre pasientgrupper (Specht & Hugdahl, 2011). Gruppen til Kenneth Hugdahl ved Universitetet i Bergen har vært ledende innenfor dette feltet, både nasjonalt og internasjonalt (Hugdahl et al., 2004). Bergensgruppen har brukt funksjonell MR til å studere kognitive forstyrrelser ved schizofreni, spesielt hvordan man kan forstå hørselshallusinasjoner og på hvilken måte opplevelsen av å «høre stemmer» oppstår i hjernen.



I løpet av de siste 10 årene har man fått stor interesse for sosial kognisjon ved schizofreni



Noen studier  
har vist  
strukturelle  
endringer i  
hjernen før  
sykdomsdebut

#### 4. BIOLOGISKE OG SOSIALE STUDIER AV SYKDOMSMEKANISMER

Det er klart at det er mange og sammenvevde «mellomliggende variabler» i schizofreniens patogenese. Ingen enkel-faktor setter i gang en nevrokognitiv skjevutvikling.

En av de mest studerte patogenesefaktorene er dysfungerende dopaminregulering. Den opprinnelige dopaminhypotesen bygget på de fakta at antipsykotika blokkerer dopamin D2/3-reseptorer, samt at amfetamin og andre stoffer som aktiverer dopaminsystemet, kan indusere psykotiske symptomer. Senere har man oppdaget, blant annet gjennom molekylær «imaging», at den dopaminerge dysreguleringen foregår på et presynaptisk nivå (Howes & Murray, 2014). Det kan være at den dopaminerge dysreguleringen er et mellomliggende ledd mellom nevralt skader og de positive symptomene en ser ved schizofreni. Det er disse symptomene antipsykotika virker på.

Av de faktorene som det er god grunn til å anta medvirker til å sette i gang en nevrokognitiv skjevutvikling, er prenatal eksponering for virusinfeksjoner (Brown & Derkits, 2010); likeledes ulike fødselskomplikasjoner, slik som lav fødselsvekt, hypoksi og keisersnitt. At virushypotesen kan være noe å forfølge, er også blitt bekreftet i den store genstudien som nylig ble publisert i Nature (Ripke et al., 2014). Man rapporterer der å ha identifisert 108 genetiske loci som er signifikant assosiert med schizofreni. Alle genvariantene har imidlertid små effektstørrelser. Av de 108 schizofreniassosierte genetiske loci var det et stort antall som virker i hjernen. Men uavhengig av gener som virker i hjernen, fant man også mange gener som virker i vev som har en viktig rolle i immunforsvaret.

Hvordan ulike gener virker inn på schizofreniens patofysiologi, er for øvrig et enormt forskningsfelt for tiden. Samtidig er det en økende erkjennelse av at genetiske faktorer ikke er direkte sykdomsfremkallende, men heller disponerer for, eller øker, sårbarhet for faktorer som er assosiert med schizofreni. Man stiller for eksempel spørsmålet om hvordan de genetiske loci virker sammen i utviklingen av schizofreni, da de hver for seg forklarer en svært liten del av variansen. Det er også flere som arbeider med interaksjonshypoteser på forholdet gener-miljø, slik som genetisk sårbarhet og infeksjoner. Slike infeksjoner i svangerskapet kan sette i gang den nevrokognitive skjevutviklingen hos sårbare individer (Khandaker, Zimbron, Lewis, & Jones, 2013).

Også flere sosiale faktorer virker inn på utviklingen av schizofreni. Å være immigrant øker risikoen for å utvikle sykdommen, likeledes å tilhøre en minoritetsgruppe. Å vokse opp i en by øker også risikoen. I den senere tid er det dessuten godt dokumentert at å utsettes for traumer i barndommen øker sjansen for å utvikle schizofreni. Noen mener den økte sårbarheten hos dem som har vært utsatt for traumer, har sammenheng med at slike dramatiske hendelser fører til forandringer i hjernen, særlig de som innbefatter hippocampus og HPA-aksen (Morgan & Fisher, 2007; Read, Fosse, Moskowitz, & Perry, 2014).

#### Norsk forskning

Her kunne flere forskningsprosjekter vært beskrevet, bl.a. den storstilte genetikkforskningen som NORMENT deltar i. Det kan også nevnes at vi (RUN) er i ferd med å etablere et prosjekt knyttet til den store Mor-Barnstudien ved Folkehelse, hvor et mål er å studere om infeksjoner i svangerskapet og fødselskomplikasjoner øker risikoen for å utvikle schizofreni, med nevrokognisjon som den medierende variabel.

### SCHIZOFRENI FORSTÅTT INNENFOR EN NEVROUTVIKLINGSMODEL

Selv om vi nå kan slå fast at nevrokognitiv forstyrrelse er et helt sentralt trekk ved schizofreni, har vi fortsatt begrenset forståelse av hva som setter i gang denne skjevutviklingen, og hvorfor symptomene først melder seg i tidlig voksenalder.

Både autisme, Asperger-syndrom og schizofreni klassifiseres som nevroutviklingsforstyrrelser, med en del fellestrekk i hvordan de kognitive forstyrrelsene manifesterer seg. Man har også funnet at kopitallvariasjoner (Copy Number Variation; CNV: defineres som DNA-segmenter som finnes med et variabelt antall kopier i forskjellige individer) som er assosiert med schizofreni, er overlappende med de CNV-er som er assosiert med andre nevroutviklingsforstyrrelser, slik som autisme og mental retardasjon (Ripke et al., 2014). Hva er da grunnen til at symptomene på autisme og Asperger-syndrom melder seg ved 18 måneders alder, mens symptomer på schizofreni melder seg ved 18 års alder? (Insel, 2014).

Spørsmålet om schizofreni er en nevroutviklingsforstyrrelse eller en nevrodegenerativ sykdom, har vært et tema innenfor dette feltet helt siden Weinberger skrev en av de mest siterte artiklene i schizofrenilitteraturen (Weinberger, 1987). NevROUTVIKLINGSMODELLEN (Rapport, Giedd, & Gogtay, 2012) legger til grunn at den abnormale utviklingen av hjernen, som kan involvere både genetiske og miljømessige faktorer, starter lenge før de kliniske symptomene melder seg, og før hjernen når den fullt utviklede anatomiske tilstand i tidlig voksenalder. De kognitive forstyrrelsene ved schizofreni ses som uttrykk for avvik i den normale nevrokognitive utviklingsprosessen. At schizofreni som regel debuterer i tidlig voksenalder, vurderes gjerne som en støtte til nevroutviklingsmodellen, fordi sykdommen da kommer i kjølvannet av den omfattende remodellering av hjernekreter som skjer gjennom senpuberteten. De nevrologiske «soft signs» og nevro-motoriske forsinkelser som man har observert hos barn som utvikler schizofreni i voksenalder, peker også i retning av at dette er en utviklingsforstyrrelse som starter tidlig.

Den nevrodegenerative modellen skiller seg fra nevroutviklingsmodellen ved at førstnevnte også legger til grunn at den nevrokognitive skjevutviklingen er progredierende og

fortsetter etter at sykdommen har debutert (dementia praecox), samt at dette også manifesterer seg i at hjernevev blir ødelagt. Dette innbefatter vanligvis cytopatologi samt tap av nevroner og synapser som blir etterfulgt av gliose, altså arrvevdannelse i hjernen (Rund, 2011). Studier som støtter opp under degenerasjonshypotesen, er først og fremst nyere morfologiske langtidsstudier etter sykdomsdebut. Disse viser stort sett at hjerneorganiske endringer fortsetter etter at sykdommen har brutt ut (Rund, 2009, 2011; Weinberger & McClure, 2002). Kobayashi og medarbeidere fant at barnets alder når det lærte seg å stå oppreist, predikerte senere svekkelse i evne til abstrakt tenkning hos dem som utviklet schizofreni, noe de tolket som en bekreftelse på at en tidlig nevroutviklingsforstyrrelse fører til en nevrodegenerativ prosess (Kobayashi et al., 2014).

En endelig avklaring av spørsmålet om schizofreni er en degenerativ lidelse, har ikke kommet. Den store stabiliteten i kognitiv fungering etter sykdomsdebut taler mot degenerasjon. Hvordan er det mulig at en person fungerer like godt på kognitive tester som tidligere hvis deler av hjernen har forsvunnet (Weinberger & McClure, 2002)? Det er dessuten påpekt at ulike eksterne forhold kan føre til morfologiske forandringer, for eksempel gjennom det stresset som den psykotiske opplevelsen innebærer. Den nevrotoksiske hypotesen postulerer at psykosen i seg selv virker toksisk, og at dette kommer til syne i endringer i hjernestrukturer (Rund, 2014). Stress kan føre til økt kortisolnivå, noe som igjen kan føre til endringer i hjernen, f.eks. ved å påvirke volumet av ventrikler eller hippocampus. Også cannabis, alkohol, tobakk og fysisk inaktivitet er pekt på som faktorer som kan bidra til endringer i kortikale og ventrikulære volumer (Zipursky et al., 2013). Flere studier har også vist at stor intensitet i antipsykotika-behandling er forbundet med tap av hjernevev (Andreassen, Thompson, & Dale, 2014; Ho, Wassink, Ziebell, & Andreasen, 2011; Lieberman et al., 2005; Moncrieff & Leo, 2010; Navari & Dazzan, 2009).

### FLERE UBESVARTE SPØRSMÅL

En rekke ubesvarte spørsmål gjenstår i tilknytning til det temaet vi nå har behandlet: schizofreni som en nevrokognitiv forstyrrelse. Her er noen av dem:

»

- Hvorfor er det 5–8 % flere som er født i de sene vintermånedene av dem som utvikler schizofreni (Mednick, Machon, Huttunen, & Bonett, 1988; Torrey & Yolken, 2014)?
- Hvorfor er det langt flere av dem som utvikler schizofreni, som har vokst opp i urbane strøk?
- Det synes å skje en viss grad av degenerasjon også etter sykdomsdebut (se ovenfor). Men skyldes disse endringene i hjernen en degenerativ prosess, eller ytre faktorer som langvarig bruk av nevroleptika?
- Hvorfor melder symptomene seg først i voksenalder når den grunnleggende (nevrokognitive) forstyrrelsen settes i gang mye tidligere, kanskje allerede i fosterstadiet?
- Hvorfor får personer med schizofreni så å si aldri revmatiske lidelser (revmatoid artritt)?
- Hvorfor er prevalensen av schizofreni så mye høyere hos menn enn hos kvinner?

#### Kliniske implikasjoner

Antipsykotika har effekt på positive symptomer hos 60–70 % av schizofrenipasientene. I den første tiden etter at 2. generasjon av antipsykotika ble introdusert, mente man at disse også hadde en bedre effekt på nevrokognisjon enn de tradisjonelle nevroleptika. Men etter hvert har en kommet til at antipsykotika har minimal effekt på nevrokognitive forstyrrelser. Man har funnet effektstørrelser på 0,3–0,4 for kroniske pasienter (Keefe et al., 2007) og 0,3–0,4 for første-episode pasienter (Davidson et al., 2009). Men selv disse små effektstørrelsene ser ikke ut til å reflektere noe annet enn treningseffekter. Pasienter som har fått placebo, har oppnådd like stor bedring i kognitiv fungering (Kahn & Keefe, 2013).

Hva gjør man så når medikamenter ikke har noen effekt på selve «kjernen» i schizofreniene? I løpet av de siste 15 årene er det utviklet gode kognitive treningsprogrammer som er dokumentert å ha god effekt, med en «overall» effektstørrelse på 0,45 for de 39 studiene som inngikk i en ganske ny metaanalyse (Wykes, Huddy, Cellard, McGurk, & Czobor, 2011).

Også i Norge er det gjennomført en doktortragsstudie hvor en gruppe tidligdebuterende schizofrenipasienter som fikk psykoedukativ behandling, ble sammenlignet med en gruppe som fikk både psykoedukativ behandling og kognitiv trening (Ueland & Rund, 2005). I denne behandlingsstudien ble det dokumen-

tert at kognitiv trening tilførte noe med hensyn til bedring i kognitiv fungering og symptomer, selv om forskjellen på de to gruppene ikke var stor. Ueland og medarbeidere gjennomfører nå en større behandlingsstudie hvor et forbedret kognitivt treningsprogram inngår (Lystad et al., 2014). Vi kan foreløpig konkludere med at kognitive treningsprogrammer er den mest effektive behandlingsmetoden for å remediere kognitive forstyrrelser. Men det gjenstår mye før disse programmene er utviklet til et nivå hvor endring av basale kognitive funksjoner har en signifikant overføringsverdi på daglige gjøremål.

Klinisk sett er det en stor utfordring at personer med begynnende schizofreni går altfor lenge før de blir oppdaget og kommer i behandling, i snitt omlag to år (Andreassen et al., 2014). Et viktig formål med det store TIPS-prosjektet, som har pågått i Norge og Danmark i 20 år, er å undersøke om det er mulig å forkorte tiden i ubehandlet psykose (DUP) gjennom ulike offentlige opplysningskampanjer og tidligoppdagingsteam. Vi har både i TIPS (Melle et al., 2004) og andre forskningsprosjekter (Marshall et al., 2014) vist at det er mulig.

#### KONKLUSJON

Det har skjedd et skifte i fokus innenfor schizofreniforskningen, hvor nevrokognisjon i løpet av et par tiår er blitt et helt sentralt begrep. Det er grundig dokumentert at de aller fleste schizofrenipasienter har en global kognitiv svikt, som ser ut til å utvikle seg gradvis fra helt tidlig i livet. Det er mange hypoteser om hva som setter i gang den avvikende nevrokognitive utviklingsprosessen. Det kan være kombinasjoner av genetiske faktorer, infeksjoner i fosterstadiet, fødselskomplikasjoner eller andre forhold. Det er også pekt på flere forhold som kan medvirke til utviklingen av eller utløse en psykose, slik som psykiske traumer eller en dopaminerg dysregulering på et presynaptisk nivå. Slike faktorer kan ses som medierende for utvikling av en full psykose. Til sammen representerer den nevrokognitive forskningen et viktig gjennombrudd i forståelsen av schizofrenienes patogenese og har klare implikasjoner for behandling. Psykologer har vært helt sentrale bidragsyttere i denne forskningen, likeledes i utviklingen av nye behandlingstilbud basert på kunnskap om nevrokognitive funksjoner ved schizofreni. ✘

## REFERANSER

- Agartz, I., Brown, A. A., Rimol, L. M., Hartberg, C. B., Dale, A. M., Melle, I., . . . Andreassen, O. A. (2011). Common sequence variants in the major histocompatibility complex region associate with cerebral ventricular size in schizophrenia. *Biol Psychiatry*, *70*(7), 696–698. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.02.034
- Allott, K., Liu, P., Proffitt, T. M., & Killackey, E. (2011). Cognition at illness onset as a predictor of later functional outcome in early psychosis: systematic review and methodological critique. *Schizophr Res*, *125*(2–3), 221–235. doi: 10.1016/j.schres.2010.11.001
- Andreassen, O. A., Thompson, W. K., & Dale, A. M. (2014). Boosting the power of schizophrenia genetics by leveraging new statistical tools. *Schizophr Bull*, *40*(1), 13–17. doi: 10.1093/schbul/sbt168
- Barder, H. E., Sundet, K., Rund, B. R., Evensen, J., Haahr, U., Hegelstad, W. T. V., . . . Friis, S. (2013). Ten year neurocognitive trajectories in first-episode psychosis. *Front Hum Neurosci*, *7*, 643.
- Bilder, R. M., Reiter, G., Bates, J., Lencz, T., Szeszko, P., Goldman, R. S., . . . Kane, J. M. (2006). Cognitive development in schizophrenia: follow-back from the first episode. *J Clin Exp Neuropsychol*, *28*(2), 270–282. doi: 10.1080/13803390500360554
- Brewer, W. J., Wood, S. J., Phillips, L. J., Francey, S. M., Pantelis, C., Yung, A. R., . . . McGorry, P. D. (2006). Generalized and specific cognitive performance in clinical high-risk cohorts: a review highlighting potential vulnerability markers for psychosis. *Schizophr Bull*, *32*(3), 538–555. doi: 10.1093/schbul/sbj077
- Brown, A. S., & Derkits, E. J. (2010). Prenatal infection and schizophrenia: a review of epidemiologic and translational studies. *Am J Psychiatry*, *167*(3), 261–280. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09030361
- Cancro, R., Sutton, S., Kerr, J., & Sugerman, A. A. (1971). Reaction Time and Prognosis in Acute Schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *153*(5), 351–&. doi: 10.1097/00005053-197111000-00009
- Cornblatt, B., Obuchowski, M., Roberts, S., Pollack, S., & Erlenmeyer-Kimling, L. (1999). Cognitive and behavioral precursors of schizophrenia. *Dev Psychopathol*, *11*(3), 487–508.
- Crow, T. J., Delisi, L. E., Lofthouse, R., Poulter, M., Lehner, T., Bass, N., . . . et al. (1994). An examination of linkage of schizophrenia and schizoaffective disorder to the pseudoautosomal region (Xp22.3). *Br J Psychiatry*, *164*(2), 159–164.
- Cuthbert, B. N. (2014). The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry*, *13*(1), 28–35. doi: 10.1002/wps.20087
- Davidson, M., Galderisi, S., Weiser, M., Werbeloff, N., Fleischhacker, W. W., Keefe, R. S., . . . Kahn, R. S. (2009). Cognitive effects of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophrenia disorder: a randomized, open-label clinical trial (EUFEST). *Am J Psychiatry*, *166*(6), 675–682. doi: 10.1176/appi.ajp.2008.08060806
- Elvevag, B., & Goldberg, T. E. (2000). Cognitive impairment in schizophrenia is the core of the disorder. *Crit Rev Neurobiol*, *14*(1), 1–21.
- Elvevag, B., & Weinberger, D. R. (2001). Neuropsychology in context of the neurodevelopmental model of schizophrenia. I C. A. Nelson & M. L. Collins (red.), *Handbook of developmental cognitive neuroscience* (s. 577–595). Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Flekkoy, K. (1975). Changes of associative performance in hospitalized schizophrenics: a 16-year follow-up. *Acta Psychiatr Scand*, *52*(5), 330–335.
- Fuller, R., Nopoulos, P., Arndt, S., O'Leary, D., Ho, B. C., & Andreasen, N. C. (2002). Longitudinal assessment of premorbid cognitive functioning in patients with schizophrenia through examination of standardized scholastic test performance. *Am J Psychiatry*, *159*(7), 1183–1189.
- Grawe, R. W., & Levander, S. (1995). Smooth pursuit eye movements and neuropsychological impairments in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, *92*(2), 108–114.
- Green, M. F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry*, *153*(3), 321–330.
- Green, M. F., & Harvey, P. D. (2014). Cognition in schizophrenia: Past, present, and future. *Schizophr Res Cogn*, *1*(1), e1–e9. doi: 10.1016/j.scog.2014.02.001
- Green, M. F., & Nuechterlein, K. H. (2004). The MATRICS initiative: developing a consensus cognitive battery for clinical trials. *Schizophr Res*, *72*(1), 1–3. doi: 10.1016/j.schres.2004.09.006
- Gur, R. E., Maany, V., Mozley, P. D., Swanson, C., Bilker, W., & Gur, R. C. (1998). Subcortical MRI volumes in neuroleptic-naive and treated patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, *155*(12), 1711–1717.
- Heinrichs, R. W. (2005). The primacy of cognition in schizophrenia. *Am Psychol*, *60*(3), 229–242. doi: 10.1037/0003-066X.60.3.229
- Heinrichs, R. W., & Zakzanis, K. K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, *12*(3), 426–445.
- Hirsch, S. R., & Weinberger, D. R. (2003). *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell.
- Ho, B.-C., Wassink, T. H., Ziebell, S., & Andreasen, N. C. (2011). Cannabinoid receptor 1 gene polymorphisms and marijuana misuse interactions on white matter and cognitive deficits in schizophrenia. *Schizophr Res*, *128*(1–3), 66–75.
- Hoff, A. L., Svetina, C., Shields, G., Stewart, J., & DeLisi, L. E. (2005). Ten year longitudinal study of neuropsychological functioning subsequent to a first episode of schizophrenia. *Schizophr Res*, *78*(1), 27–34. doi: 10.1016/j.schres.2005.05.010
- Holmen, A., Juuhl-Langseth, M., Thormodsen, R., Melle, I., & Rund, B. R. (2010). Neuropsychological profile in early-onset schizophrenia-spectrum disorders: measured with the MATRICS battery. *Schizophr Bull*, *36*(4), 852–859. doi: 10.1093/schbul/sbn174
- Howes, O. D., & Murray, R. M. (2014). Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet*, *383*(9929), 1677–1687. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62036-X
- Hugdahl, K., Rund, B. R., Lund, A., Asbjornsen, A., Egeland, J., Erslund, L., . . . Thomsen, T. (2004). Brain activation measured with fMRI during a mental arithmetic task in schizophrenia and major depression. *Am J Psychiatry*, *161*(2), 286–293.
- Insel, T. R. (2014). Mental disorders in childhood: shifting the focus from behavioral symptoms to neurodevelopmental trajectories. *JAMA*, *311*(17), 1727–1728. doi: 10.1001/jama.2014.1193

- Kahn, R. S., & Keefe, R. S. (2013). Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. *JAMA Psychiatry*, *70*(10), 1107–1112. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.155
- Keefe, R. S., Bilder, R. M., Davis, S. M., Harvey, P. D., Palmer, B. W., Gold, J. M., . . . Neurocognitive Working, G. (2007). Neurocognitive effects of antipsychotic medications in patients with chronic schizophrenia in the CATIE Trial. *Arch Gen Psychiatry*, *64*(6), 633–647. doi: 10.1001/archpsyc.64.6.633
- Khandaker, G. M., Zimbron, J., Lewis, G., & Jones, P. B. (2013). Prenatal maternal infection, neurodevelopment and adult schizophrenia: a systematic review of population-based studies. *Psychol Med*, *43*(2), 239–257. doi: 10.1017/S0033291712000736
- Kobayashi, H., Isohanni, M., Jaaskelainen, E., Miettunen, J., Veijola, J., Haapea, M., . . . Murray, G. K. (2014). Linking the developmental and degenerative theories of schizophrenia: association between infant development and adult cognitive decline. *Schizophr Bull*, *40*(6), 1319–1327. doi: 10.1093/schbul/sbu010
- Landro, N. I., Orbeck, A. L., & Rund, B. R. (1993). Memory functioning in chronic and non-chronic schizophrenics, affectively disturbed patients and normal controls. *Schizophr Res*, *10*(1), 85–92.
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., . . . Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness, I. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med*, *353*(12), 1209–1223. doi: 10.1056/NEJMoa051688
- Loberg, E. M., Jorgensen, H. A., & Hugdahl, K. (2004). Dichotic listening in schizophrenic patients: effects of previous vs. ongoing auditory hallucinations. *Psychiatry Res*, *128*(2), 167–174. doi: 10.1016/j.psychres.2004.01.011
- Lystad, J. U., Falkum, E., Mohn, C., Haaland, V. O., Bull, H., Evensen, S., . . . Ueland, T. (2014). The MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB): Performance and functional correlates. *Psychiatry Res*. doi: 10.1016/j.psychres.2014.08.060
- Marshall, M., Husain, N., Bork, N., Chaudhry, I. B., Lester, H., Everard, L., . . . Birchwood, M. (2014). Impact of early intervention services on duration of untreated psychosis: Data from the National EDEN prospective cohort study. *Schizophr Res*, *159*(1), 1–6. doi: 10.1016/j.schres.2014.07.005
- Mednick, S. A., Machon, R. A., Huttunen, M. O., & Bonett, D. (1988). Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic. *Arch Gen Psychiatry*, *45*(2), 189–192.
- Meier, M. H., Caspi, A., Reichenberg, A., Keefe, R. S., Fisher, H. L., Harrington, H., . . . Moffitt, T. E. (2014). Neuropsychological decline in schizophrenia from the premorbid to the postonset period: evidence from a population-representative longitudinal study. *Am J Psychiatry*, *171*(1), 91–101. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12111438
- Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., Friis, S., Johannessen, J. O., Opjordsmoen, S., . . . McGlashan, T. (2004). Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry*, *61*(2), 143–150. doi: 10.1001/archpsyc.61.2.143
- Mesholam-Gately, R. L., Giuliano, A. J., Goff, K. P., Faraone, S. V., & Seidman, L. J. (2009). Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review. *Neuropsychology*, *23*(3), 315–336. doi: 10.1037/a0014708
- Mohn, C., Sundet, K., & Rund, B. R. (2012). The Norwegian standardization of the MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) Consensus Cognitive Battery. *J Clin Exp Neuropsychol*, *34*(6), 667–677. doi: 10.1080/13803395.2012.667792
- Moncrieff, J., & Leo, J. (2010). A systematic review of the effects of antipsychotic drugs on brain volume. *Psychol Med*, *40*(9), 1409–1422. doi: 10.1017/S0033291709992297
- Morgan, C., & Fisher, H. (2007). Environment and schizophrenia: environmental factors in schizophrenia: childhood trauma--a critical review. *Schizophr Bull*, *33*(1), 3–10. doi: 10.1093/schbul/sbl053
- Navari, S., & Dazzan, P. (2009). Do antipsychotic drugs affect brain structure? A systematic and critical review of MRI findings. *Psychol Med*, *39*(11), 1763–1777. doi: 10.1017/S0033291709005315
- Niemi, L. T., Suvisaari, J. M., Tuulio-Henriksson, A., & Lonnqvist, J. K. (2003). Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. *Schizophr Res*, *60*(2–3), 239–258.
- Nuechterlein, K. H., & Dawson, M. E. (1984). Information processing and attentional functioning in the developmental course of schizophrenic disorders. *Schizophr Bull*, *10*(2), 160–203.
- Nuechterlein, K. H., Green, M. F., Kern, R. S., Baade, L. E., Barch, D. M., Cohen, J. D., . . . Marder, S. R. (2008). The MATRICS Consensus Cognitive Battery, part I: test selection, reliability, and validity. *Am J Psychiatry*, *165*(2), 203–213. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07010042
- Oie, M., Sundet, K., & Rund, B. R. (2010). Neurocognitive decline in early-onset schizophrenia compared with ADHD and normal controls: evidence from a 13-year follow-up study. *Schizophr Bull*, *36*(3), 557–565. doi: 10.1093/schbul/sbn127
- Pantelis, C., Velakoulis, D., McGorry, P. D., Wood, S. J., Suckling, J., Phillips, L. J., . . . McGuire, P. K. (2003). Neuroanatomical abnormalities before and after onset of psychosis: a cross-sectional and longitudinal MRI comparison. *Lancet*, *361*(9354), 281–288. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12323-9
- Rapoport, J. L., Giedd, J. N., & Gogtay, N. (2012). Neurodevelopmental model of schizophrenia: update 2012. *Mol Psychiatry*, *17*(12), 1228–1238. doi: 10.1038/mp.2012.23
- Rasmussen, K., Levander, S., & Sletvold, H. (1995). Aggressive and non-aggressive schizophrenics: Symptom profile and neuropsychological differences. *Psychology, Crime & Law*, *2*(2), 119–129.
- Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A., & Perry, B. (2014). The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry*, *4*(1), 65–79. doi: 10.2217/Npy.13.89
- Ripke, S., Neeale, B., Corvin, A., Walters, J., Farh, K., Holmans, P., . . . Huang, H. (2014). Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature*, *511*(7510), 421–427. doi: 10.1038/nature13595
- Rodnick, E. H., & Shakow, D. (1940). Set in the schizophrenic as measured by a composite reaction time index. *American Journal of Psychiatry*, *97*(1), 214–225.
- Rund, B. R. (1982). The effect of distraction on focal attention in paranoid and non-paranoid schizophrenic patients compared to normals and non-psychotic psychiatric patients. *Journal of Psychiatric Research*, *17*(3), 241–250.
- Rund, B. R. (1985). Schizophrenia and psychology. Interviews with eight American psychologists about research and therapy with schizophrenia patients. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *2*(Supplement), 1–92.

- Rund, B. R. (1986). Communication deviances in parents of schizophrenics. *Fam Process*, 25(1), 133–147. doi: DOI 10.1111/j.1545-5300.1986.00133.x
- Rund, B. R. (1993). Backward-masking performance in chronic and nonchronic schizophrenics, affectively disturbed patients, and normal control subjects. *J Abnorm Psychol*, 102(1), 74–81.
- Rund, B. R. (1998). A review of longitudinal studies of cognitive functions in schizophrenia patients. *Schizophr Bull*, 24(3), 425–435.
- Rund, B. R. (2009). Is schizophrenia a neurodegenerative disorder? *Nord J Psychiatry*, 63(3), 196–201. doi: 10.1080/08039480902767286
- Rund, B. R. (2011). Er schizofreni en degenerativ lidelse? I B. R. Rund (red.), *Schizofreni* (s. 43–61). Stavanger: Hertervig akademisk.
- Rund, B. R. (2014). Does active psychosis cause neurobiological pathology? A critical review of the neurotoxicity hypothesis. *Psychol Med*, 44(8), 1577–1590. doi: 10.1017/S0033291713002341
- Rund, B. R., & Landro, N. I. (1990). Information processing: a new model for understanding cognitive disturbances in psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand*, 81(4), 305–316.
- Rund, B. R., Landro, N. I., & Orbeck, A. L. (1997). Stability in cognitive dysfunctions in schizophrenic patients. *Psychiatry Res*, 69(2–3), 131–141.
- Rund, B. R., Oie, M., & Sundet, K. (1996). Backward-masking deficit in adolescents with schizophrenic disorders or attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry*, 153(9), 1154–1157.
- Rund, B. R., Sundet, K., Asbjørnsen, A., Egeland, J., Landro, N. I., Lund, A., . . . Hugdahl, K. (2006). Neuropsychological test profiles in schizophrenia and non-psychotic depression. *Acta Psychiatr Scand*, 113(4), 350–359. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00626.x
- Saccuzzo, D. P., & Braff, D. L. (1981). Early information processing deficit in schizophrenia. New findings using schizophrenic subgroups and manic control subjects. *Arch Gen Psychiatry*, 38(2), 175–179.
- Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D. R., & Dickinson, D. (2013). The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world. *Schizophr Res*, 150(1), 42–50. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.009
- Seidman, L. J., Buka, S. L., Goldstein, J. M., & Tsuang, M. T. (2006). Intellectual decline in schizophrenia: evidence from a prospective birth cohort 28 year follow-up study. *J Clin Exp Neuropsychol*, 28(2), 225–242. doi: 10.1080/13803390500360471
- Seidman, L. J., Giuliano, A. J., Meyer, E. C., Addington, J., Cadenhead, K. S., Cannon, T. D., . . . North American Prodrome Longitudinal Study, G. (2010). Neuropsychology of the prodrome to psychosis in the NAPLS consortium: relationship to family history and conversion to psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 67(6), 578–588. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.66
- Seidman, L. J., Giuliano, A. J., Smith, C. W., Stone, W. S., Glatt, S. J., Meyer, E., . . . Cornblatt, B. (2006). Neuropsychological functioning in adolescents and young adults at genetic risk for schizophrenia and affective psychoses: results from the Harvard and Hillside Adolescent High Risk Studies. *Schizophr Bull*, 32(3), 507–524. doi: 10.1093/schbul/sbj078
- Shenton, M. E., Dickey, C. C., Frumin, M., & McCarley, R. W. (2001). A review of MRI findings in schizophrenia. *Schizophr Res*, 49(1–2), 1–52.
- Specht, K., & Hugdahl, K. (2011). Funksjonell magnetresonanstomografi (fMRI) ved psykotiske lidelser. I B. R. Rund (red.), *Schizofreni* (s. 170–191). Stavanger: Hertervig akademisk.
- Stirling, J., White, C., Lewis, S., Hopkins, R., Tantam, D., Huddy, A., & Montague, L. (2003). Neurocognitive function and outcome in first-episode schizophrenia: a 10-year follow-up of an epidemiological cohort. *Schizophr Res*, 65(2–3), 75–86.
- Stouten, L. H., Veling, W., Laan, W., van der Helm, M., & van der Gaag, M. (2014). Psychotic symptoms, cognition and affect as predictors of psychosocial problems and functional change in first-episode psychosis. *Schizophr Res*, 158(1–3), 113–119. doi: 10.1016/j.schres.2014.06.023
- Sundet, K. (2011). Nevropsykologisk funksjonssvikt ved schizofreni. I B. R. Rund (red.), *Schizofreni* (s. 102–117): Hertervig Akademisk.
- Sutton, S., Braren, M., Zubin, J., & John, E. R. (1965). Evoked-potential correlates of stimulus uncertainty. *Science*, 150(3700), 1187–1188.
- Szoke, A., Trandafir, A., Dupont, M.-E., Meary, A., Schurhoff, F., & Leboyer, M. (2008). Longitudinal studies of cognition in schizophrenia: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192(4), 248–257.
- Thormodsen, R., Juuhl-Langseth, M., Holmen, A., & Rund, B. R. (2012). Visual backward-masking performance in a longitudinal study of early onset schizophrenia. *Psychiatry Res*, 200(2–3), 153–158. doi: 10.1016/j.psychres.2012.05.014
- Torrey, E. F., & Yolken, R. H. (2014). The urban risk and migration risk factors for schizophrenia: Are cats the answer? *Schizophr Res*. doi: 10.1016/j.schres.2014.09.027
- Ueland, T., & Rund, B. R. (2005). Cognitive remediation for adolescents with early onset psychosis: a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 111(3), 193–201. doi: 10.1111/j.1600-0447.2004.00503.x
- Vaskinn, A., Sundet, K., Friis, S., Simonsen, C., Birkenaes, A. B., Jonsdottir, H., . . . Andreassen, O. A. (2008). Emotion perception and learning potential: mediators between neurocognition and social problem-solving in schizophrenia? *J Int Neuropsychol Soc*, 14(2), 279–288. doi: 10.1017/S1355617708080314
- Vaskinn, A., Ueland, T., Melle, I., Agartz, I., Andreassen, O. A., & Sundet, K. (2014). Neurocognitive Decrements are Present in Intellectually Superior Schizophrenia. *Front Psychiatry*, 5, 45. doi: 10.3389/fpsy.2014.00045
- Walker, E., & Lewine, R. J. (1990). Prediction of adult-onset schizophrenia from childhood home movies of the patients. *Am J Psychiatry*, 147(8), 1052–1056.
- Weinberger, D. R. (1987). Implications of normal brain development for the pathogenesis of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 44(7), 660–669.
- Weinberger, D. R., & McClure, R. K. (2002). Neurotoxicity, neuroplasticity, and magnetic resonance imaging morphology: what is happening in the schizophrenic brain? *Arch Gen Psychiatry*, 59(6), 553–558.
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry*, 168(5), 472–485. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10060855
- Zipursky, R. B., Reilly, T. J., & Murray, R. M. (2013). The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophr Bull*, 39(6), 1363–1372. doi: 10.1093/schbul/sbs135

# Langtidseffekter av psykoterapi

Vi vet mest om hva som fungerer terapeutisk på kort sikt. Økt forståelse av faktorer som bidrar til gode langtidseffekter kan gi store gevinster, både samfunnsøkonomisk og i form av økt livskvalitet for klienter over tid.

**TEKST** Vidar Blokhus Ekroll, psykolog og doktorgradsstipendiat, Universitetet i Oslo og Ahus

**DE FLESTE ETABLERTE** psykoterapitilnæringer blir av tilhengere presentert som egnet for å fasilitere vedvarende endring hos klienter. Psychoanalytisk/dynamisk terapi skal kunne oppnå dette gjennom blant annet strukturendring og selvanalytisk funksjon (se Stänicke, 2010), kognitiv atferdsterapi (KAT) via blant annet endring av kognitive predisposisjoner og informasjonsprosessering (Hollon, Stewart & Strunk, 2006) og humanistiske tilnæringer gjennom blant annet å bidra til å realisere klienters iboende potensial for vekst (Angus et al., 2014). Samtidig inkluderer kun et mindretall av behandlingsstudier lange oppfølgingsmål. Og i klinikk evalueres det sjelden hvordan det går med pasienter etter at de er skrevet ut. Dette gjør at vi i praksis vet mer om hva som fungerer på kort enn på lang sikt. Implisitt i dette ligger en fare for at tilbakegang etter endt behandling blir oversett, og at intervensjoner som kun gir midlertidig lindring, blir prioritert fremfor terapeutiske løsninger som fremmer mer vedvarende endring.

I forbindelse med mitt ph.d.-prosjekt har jeg gjennomgått empiri omkring langtidseffekter av

psykoterapi. Jeg har vært opptatt av klienters utvikling over minst ett år etter avsluttet terapi («post-terapi-bevegelse»), hovedsakelig i forbindelse med angst-, depresjons- og personlighetsproblematikk. Jeg vil her presentere noen trender jeg mener kan leses ut av denne litteraturen.

## BEHANDLINGSFORM

En tilbakevendende observasjon er at klienter i større grad opprettholder behandlingseffekt oppnådd gjennom psykoterapi enn ved hjelp av psykofarmaka (f.eks. De Maat et al., 2006). Et vanlig funn er at omtrent like mange opplever effekt av medisiner som av KAT ved avslutning, men at tilbakefallsraten deretter er brattere for klienter behandlet utelukkende medikamentelt (se Hollon et al., 2006). De fleste studier som har sett på klienters post-terapi bevegelse etter KAT, konkluderer med at behandlingseffekter i snitt holder seg relativt stabile (Butler et al., 2006). Det er imidlertid ikke full enighet rundt dette. Durham et al. (2005) tolker for eksempel sine resultater som at behandlingseffekter etter KAT ser ut til å erodere bort med tiden.





Fra den psykodynamiske leiren har det kommet flere rapporter om at klienters behandlingseffekt ikke bare blir opprettholdt, men faktisk fortsetter å vokse etter endt terapi. Dette får støtte blant annet fra Town et al. (2012), som i sin metaanalyse hevder at post-terapi-vekst er et reelt og viktig fenomen som ofte observeres i etterkant av psykodynamisk behandling. Denne typen vekst virker imidlertid ikke å være utelukkende forbeholdt dynamisk terapi. Fortsatt bedring er også observert etter for eksempel humanistisk behandling (Elliott et al., 2013).

Flere psykoterapiretninger påberoper seg altså gode langtidseffekter og kan vise til empiri som støtter dette. Ønsker man å si noe sikkert om forholdet mellom ulike typer psykoterapi, trengs imidlertid komparative studier som sammenligner ulike psykoterapitilnæringer over lang tid. Slike studier er for sjeldne til å tilate konklusjoner på nåværende tidspunkt. Det er heller ikke sikkert at teoretisk tilnærming er den viktigste faktoren for å forstå variasjon i post-terapi-bevegelse. Kanskje kan et teoretisk søk etter faktorer som modererer effekt av

**TERAPIPROSESSER** fortsetter ofte i klienten etter avslutning av behandlingen.

## «Veier til vedvarende endring» (Ph.d.-prosjekt)

- Prosjektet er underordnet studien «An intensive process-outcome study of the interpersonal aspects of psychotherapy», en naturalistisk studie der man undersøker prosesser og utfall i terapier utført av erfarne terapeuter.
- Studien ble initiert av Helge Rønnestad (2009) og blir nå ledet av Margrethe Seeger Halvorsen.
- I ph.d.-prosjektet studeres et strategisk utvalg terapier der klienter viser reliabel bedring ved avslutning, men variasjon i forhold til post-terapi-bevegelse.
- Ph.d.-prosjektet starter med en induktiv (og forsøksvis teoretisk) tilnærming, der prosesser og typer endring som klienter opplever, under og etter terapi, blir utforsket.
- Kvalitativt materiale blir så knyttet opp mot langtidsutfall på standardiserte mål.



Kun et mindretall av behandlingsstudier inkluderer lange oppfølgingsmål. Og i klinikk evalueres det sjelden hvordan det går med pasienter etter at de er skrevet ut

behandling (moderatorer), og ulike prosesser og mekanismer med relevans for langtidseffekter, ha like mye for seg?

#### FORESLÅTTE MODERATORER

En faktor som ofte modererer langsiktig behandlingseffekt, er type plager. Det ser for eksempel ut til å være vanskeligere å oppnå varig bedring etter behandling av depresjonsproblematikk sammenlignet med en del angstlidelser (Ludgate, 1998). Komorbiditet virker også relevant. Høy grad av komorbiditet, gjerne i form av personlighetsproblematikk, har blitt knyttet til dårligere opprettholdelse av behandlingseffekt (Svanborg et al., 2008). Relatert til dette har det vist seg at å supplere KAT med interpersonlige og emosjonelle intervensjoner kan gi gode langtidseffekter (f.eks. Newman et al., 2008). Videre blir gjenværende plager (residualsymptomer) ved avslutning i mange studier knyttet til senere forverring (f.eks. Paykel, 2008). En annen moderator som går igjen i litteraturen, er behandlingens lengde. En del studier forbinder lengre behandlinger med bedre langtidseffekter (f.eks. Knekt et al., 2013). Dette forholdet virker imidlertid noe komplisert og kan avhenge av blant annet problemers form og styrke, samt type behandling som blir gitt.

#### FORESLÅTTE PROSESSER OG MEKANISMER

Studiene som adresserer prosesser og mekanismer med potensiell relevans for langtidseffekt og post-terapi-bevegelse, varierer i både form, kvalitet og konklusjoner. Forskere har foreslått en rekke prosesser og mekanismer, på mer eller mindre overbevisende grunnlag. Jeg har forsøkt å sammenfatte de mest tilbakevendende av disse i form av fem temaer. De kan forstås som terapeutiske delmål forbundet med positiv langtidseffekt, som å:

- 1: Gjøre klienter til aktive bidragsyttere til globale endringer, i og rundt dem selv, med bevissthet rundt fremtidige utfordringer (se Ludgate, 1998).
- 2: Fremme klienters autonomi, mestringstro og attribusjon av endring til indre forhold (se f.eks. Liberman, 1978).
- 3: Lære klienter (generelle) ferdigheter som fortsatt blir brukt etter behandling (se f.eks. Strunk et al., 2007).
- 4: Øke innsikt og arbeide mot selvanalytisk funksjon hos klienter (f.eks. Falkenström et al., 2007; Johansson et al., 2010).
- 5: Fremme (aktiv) emosjonsregulering hos klienter (se DeRubeis, Siegle & Hollon, 2008).

#### IMPLIKASJONER FOR KLINISK PRAKSIS

Behandling med psykoterapi gir ofte bedre langtidseffekter enn behandling med medisiner.

En tolkning av moderatorlitteraturen kan være at psykoterapeutisk behandling bør være åpen nok til at alle relevante problemer blir adressert, samt fullstendig nok til at «restplager» er minimert innen avslutning (Ekroll & Rønnestad, 2014). Når det gjelder prosesser og mekanismer har det blitt foreslått ulike veier mot gode langtidsutfall. De spenner fra endring av personlige disposisjoner til læring av mer kompensatoriske ferdigheter. Flere fokuserer på at terapiprosesser på et vis bør fortsette i klienten etter avslutning. Her trengs det imidlertid mer forskning for å kunne gi klare anbefalinger. ❌

## REFERANSELISTE:

- Angus, L., Watson, J. C., Elliott, R., Schneider, K. & Timulak, L. (2014). Humanistic psychotherapy research 1990–2015: From methodological innovation to evidence-supported treatment outcomes and beyond. *Psychotherapy Research*. doi:10.1080/10503307.2014.989290
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31.
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R. & De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16(5), 566–578.
- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J. & Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature reviews. Neuroscience*, 9(10), 788–796.
- Durham, R. C., Chambers, J. A., Power, K. G., Sharp, D. M., Macdonald, R. R., Major, K. A. ...Gumley, A. L. (2005). Long-term outcome of cognitive behavior therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technology Assessment*, 9.
- Ekroll, V. B. & Rønnestad, H. M. (2014). *Paths to different post-therapy movements: A mixed methods follow-up study*. Paper presented at SPR-conference, Copenhagen.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on Humanistic-Experiential Psychotherapies. I M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (6th ed., s. 219–257). New York, NY: Wiley.
- Falkenström, F., Grant, J., Broberg, J. & Sandell, R. (2007). Self-Analysis and Post-Termination Improvement After Psychoanalysis and Long-Term Psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(2), 629–674. doi: 10.1177/00030651070550020401
- Hollon, D. H., Stewart, M. O. & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285–315 doi: 0.1146/annurev.psych.57.102904.190044
- Johansson, P., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K-P., ...Heyerdal, O. (2010). The Mediating Role of Insight for Long-Term Improvements in Psychodynamic Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 438–448. doi: 10.1037/a0019245
- Knekt, P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L., Virtala, E. & Härkänen, T. (2013). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67, 59–68.
- Liberman, B. L. (1978). The role of mastery in psychotherapy: Maintenance of improvement and prescriptive change. I J. D. Frank R., Hoehn-Saric S. D., Imber B. L., Liberman A., & R. Stone (red.), *Effective ingredients of successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Ludgate, J. W. (1998). Treatment Maintenance and Relapse Prevention. I P. M. Salkovskis (red.). *Comprehensive Clinical Psychology*, 6. Elsevier.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borcovec, T. D., Fisher, A. J. & Nordberg, S. S. (2008). An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy*, 45(2), 135–147. doi:10.1037/0033-3204.45.2.135
- Paykel, E. S. (2008). Partial remission, residual symptoms, and relapse in depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 10(4), 431–437.
- Rønnestad, M. H. (2009). An intensive process-outcome study of the interpersonal aspects of psychotherapy. *Application for the council of research*. Department of Psychology, University of Oslo, August 2009.
- Stänicke, Erik. (2010). Analytic change after analysis: A conceptual case-based follow-up study (Doctoral dissertation). Department of Psychology, University of Oslo. Oslo, Norway.
- Strunk, D. R., DeRubeis, R. J., Chiu A. W. & Alvarez, J. (2007). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 523–530. doi: 10.1037/0022-006X.75.4.523
- Svanborg, C., Wistedt, A. Å. & Svanborg, P. (2008). Long-term outcome of patients with dysthymia and panic disorder: A naturalistic 9-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(1), 17–24. doi: 10.1080/08039480801960123
- Town, J. M., Diener, M. J., Abbas, A., Leichsenring, F., Driessen, E. & Rabung, S. (2012). A Meta-Analysis of Psychodynamic Psychotherapy Outcomes: Evaluating the Effects of Research-Specific Procedures. *Psychotherapy*, 49(3), 276–290. doi: 10.1037/a0029564

## Pårørendeportalen

I februar ble Pårørendeportalen for pårørende til personer med psykiske lidelser og rusproblemer lansert på Helsenorge.no.

Generalsekretær i BAR (Barn av rusmisbrukere), Marius Helland Sørensen-Sjøsmøling, sier til rus.no at portalen er etterlengtet, og at den gjennomgående er god, med nøytrale og lite dømmende tekster.

– Den framstiller ikke pårørende som ofre, den gir dem heller litt status.

Informasjonen er ordnet under titler

som: *Å være pårørende, Når barn blir pårørende, Omsorgslønn, Tilbud til pårørende innen psykisk helse og rus og Når mor eller far blir syk.*

Her er det betraktninger, råd og veiledning, en pårørendehistorie fortalt av en far som har mistet sønnen sin i overdose, informasjon om rettigheter, linker og kontaktdata til steder der

en kan søke hjelp og støtte. Portalen inneholder også en film som illustrerer både det å være partner til, barn av og foreldre til en alkoholiker.

Portalen er en del av Opptappingsplanen for rusfeltet. Helsedirektoratet er ansvarlig redaktør.

# PLIKT TIL Å VARSLE

Atle Austad får full støtte fra Psykologforeningens fagetiske råd etter å ha ytret at klienten Viggo Kristiansen er uskyldig drapsdømt. Psykologen ønsker debatt om hvorvidt psykologer våger å varsle.

TEKST: Øystein  
Helmikstøl

**PSYKOLOG ATLE AUSTAD** får støtte på alle de fem punktene han ble klaget inn for til fagetisk råd i Psykologforeningen. Klager er Ada Sofie Austegard, mor til det ene offeret i Baneheia-saken.

– Jeg kan ikke skjønne at han kan fortsette i jobben, sa Ada Sofie Austegard da det i fjor ble kjent at Austad mener at Viggo Kristiansen er uskyldig. Saken fikk stor medieoppmærksomhet, og Austad fikk kritikk fra flere hold.

Fagetisk råd mottok klagen i august i fjor, og den ble behandlet i et møte i slutten av januar.

– Det er jo en belastning å bli uthengt som en faglig uetisk og udugelig psykolog på bakgrunn av at jeg faktisk forholder meg til opplysninger som åpenbart gir grunn til å anta at klienten min er feil dømt, sier Atle Austad til Psykologtidsskriftet etter at han har fått medhold fra Psykologforeningen.

Psykologtidsskriftet har fått tilgang til vedtaket i fagetisk råd. Konklusjon: Psykolog Atle Austad har ikke brutt noen fagetiske prinsipper.

## «BEHANDLER SKAL AGERE»

De tre første punktene i klagen gjelder om det er rett av Austad å bidra til at Viggo Kristiansens sak blir gjenopptatt. Bakgrunnen er at Austad ytret seg om Kristiansens uskyld i en e-post til klientens advokat. Fagetisk råd konkluderer med at denne handlemåten «er i tråd med hva man forventer».

Psykolog Nina Dalen er tidligere leder av fagetisk råd i Psykologforeningen. Hun uttalte seg kritisk til Austad i Psykologtidsskriftet i fjor høst, og sa at en psykolog ikke kan påberope seg ytringsfrihet og ytringsansvar gjennom å fremholde psykologfaglig kompetanse som grunnlag for å avgjøre et rettslig spørsmål om skyld.

Nåværende fagetisk råd ser det på en annen måte. Rådet viser i vedtaket til straffeprosessloven § 119 tredje ledd og skriver at i norsk rettspraksis bortfaller taushetsplikt når forklaringen er nødvendig for å «forebygge at noen uskyldig blir straffet». Rådet skriver også at det fra juridisk hold blir påpekt at «det forventes at en behandler skal agere for å fremme saken til en klient man mener er feil dømt».

Det er Atle Austad glad for å høre.

– Det er en utrolig lettelse at fagetisk råd er enig med meg i at helsepersonell både kan og skal varsle om slike forhold. Dette er en viktig beslutning som gjør det tydelig at psykologer faktisk har opplysningsplikt i slike saker, sier Austad.

## BEHANDLING OG TAUSHETSPLIKT

Det fjerde klagepunktet gjelder spørsmålet om det er etisk forsvarlig at Austad fortsetter som behandler for Viggo Kristiansen.

Nina Dalen, tidligere leder i fagetisk råd, uttalte seg kritisk også om dette i oktoberutgaven da hun sa at «en kan undre seg over hva slags terapi som her er gitt i løpet av de ti årene».

Fagetisk råd skriver i vedtaket at klager Austegard på dette punktet ikke er å anse som part. Likevel mener rådet at «det er psykologens oppgave å rette seg etter den utviklingen som skjer i et behandlingsforløp».

Det femte klagepunktet handler om taushetsplikt. Atle Austad har fortalt om Viggo Kristiansens sak til andre, og hans e-post til klientens advokat ble offentlig kjent. Her skriver fagetisk råd at dette først og fremst er en sak mellom innklagede og hans klient. Likevel konkluderer rådet med at det ikke er kommet fram opplysninger som tilsier at taushetsplikten er brutt.

Rådets vedtak er betryggende, mener Atle Austad.



**VIL HA DEBATT OM VARSLING** Atle Austad har i to forskjellige saker ment at klienten er uskyldig dømt. Han undrer om psykologer våger å gi beskjed videre hvis de mener klienter er uskyldig dømt. Foto: Fartein Rudjord

– I denne drapssaken som vekker så mye smerte og sterke vonde følelser, er det betryggende å se at fagetisk råd forholder seg til de forhold som skal berøres i en slik fagetisk vurdering, nemlig om helsepersonellet overfor sin klient har forholdt seg korrekt og forsvarlig ut fra lovverk og etikk. Det er åpenbart lett for de fleste andre med makt og posisjon her i landet å glemme dette.

## Dette er saken:

- I 2002 ble Viggo Kristiansen dømt til 21 års forvaring og Jan Helge Andersen til 19 års fengsel for voldtekt og drap i Baneheia i Kristiansand.
- I fjor høst ble det kjent at psykolog Atle Austad mener at klienten Viggo Kristiansen er uskyldig dømt.
- Atle Austad ble klaget inn for fagetisk råd i Psykologforeningen og til fylkeslegen i Oslo og Akershus.
- Tilsynssaken hos fylkeslegen er planlagt ferdigbehandlet i slutten av april.
- Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker forkastet i fjor den femte begjæringen om gjenåpning av Baneheia-saken.
- Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker har gjenåpnet 204 av 1765 mottatte saker i de siste ti årene. Av sakene som er gjenåpnet, har 119 saker ført til frifinnelse i rettssystemet (65 av disse sakene gjelder utilregnelighet).

Austad er kritisk til dem som bidrar til fortellelse av alvorlige forhold som berører klienten.

– Klagers følelser overfor min klient kan ikke være avgjørende, mener Austad, som ønsker at psykologers rolle i saker om justismord skal bli bedre belyst.

– Store deler av samfunnet orker ikke å forholde seg til at det begås justismord i Norge, sier han.

### VARSLING

Atle Austad undrer på om andre psykologer også har hatt et ønske om å varsle, men ikke har gjort det. Han spør seg om dette er et tema som psykologer flest ikke våger eller ønsker å forholde seg til.

– Kanskje det er lettere og tryggere å unngå tematikken? spør Austad, som etterlyser en diskusjon blant psykologer om varsling og ytringsplik.

Austad har én gang tidligere ytret seg om skyldspørsmålet i en klients sak.

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

»



**PSYKOLOGTIDSSKRIFTET** skrev om tilsynssaken mot psykolog Atle Austad i oktober i fjor.

Austad hadde samtaler med Fjell i 2000.

– Åge Fjell sa at han hadde fortalt og vist det han kunne dokumentere om sin uskyld til flere helsepersonell, som ikke forholdt seg til det.

Ifølge Austad vokste det fram et hat mot psykologer og psykiatere hos Fjell. Austad varslet, blant annet til sin arbeidsgiver, etter noen få samtaler med Fjell og etter å ha lest dom og dokumenter.

Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker bestemte i 2008 at saken skulle tas opp igjen. Riksadvokaten innstilte på frifinnelse, og Fjell fikk medhold i at han aldri skulle vært dømt. Saken er i ettertid karakterisert som et justismord.

Atle Austads rolle i Åge Fjell-saken har Psykologtidsskriftet fått bekreftet av flere kilder, blant annet professor Roald Bjørklund på Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo, han kom inn som sakkyndig i saken.

– Det var åpenbart at dommen mot Åge Fjell var feil. Når det gjelder Austads faglige integritet som psykolog, var det etter mitt skjønn helt korrekt å varsle om saken i sin tid, sier Bjørklund til Psykologtidsskriftet i dag.

**«PLIKT TIL Å MELDE FRA»**

Advokat Jon Wessel-Aas var en av ekspertene som uttalte seg til fordel for Atle Austad i Psykologtidsskriftet i fjor høst. Han skriver i en e-post til Psykologtidsskriftet at det er viktig at fagetisk råd er så tydelig på at en behandlende psykolog kan ha både rett og plikt til å melde fra, dersom han gjennom behandlingen av en domfelt får kunnskap om eller innsikt i forhold som reiser tvil om skyldspørsmålet.

– Dette gjelder uanfektet av at straffedommen er rettskraftig, skriver Wessel-Aas i en e-post til Psykologtidsskriftet. Han mener det ikke bør være fagetisk råd som tar stilling til om vedkommende psykolog kan eller bør fortsette som behandlende psykolog av den domfelte.

– Det er, som fagetisk råd påpeker, et spørsmål som avhenger av det mandatet som er gitt for behandlingen, og som avgjøres av den som har gitt mandatet, mener Wessel-Aas.

Ada Sofie Austegard ønsker ikke å kommentere vedtaket i fagetisk råd. Det gjør heller ikke tidligere leder i fagetisk råd, Nina Dalen.



Psykologspesialist Marianne Teigland. Foto: OUS

**DØMT TIL Å VITNE**

Høyesterett slo i 2013 fast at psykologspesialist Marianne Teigland ikke hadde lov til å nekte å vitne om forhold knyttet til en tiltalts tilregnelighet.

**MARIANNE TEIGLAND**, enhetsleder ved fengselspsykiatrisk poliklinikk og prejudisiell enhet ved Oslo universitetssykehus, ville i tingretten ikke forklare seg i en straffesak. Hun henviste til taushetsplikten. Tiltalte ønsket ikke å snakke med Teigland, og det var umulig å få samtykke til at taushetsplikten ble opphevet.

Tingretten sa at Teigland pliktet å forklare seg, ubundet av taushetsplikten, og viste til straffeprosessloven § 119 tredje ledd. Der står det at «forbudet faller bort når forklaringen trengs for å forebygge at noen uskyldig blir straffet». Teigland anket til lagmannsretten, der hun heller ikke fikk medhold. Hun anket videre til Høyesterett. Hun mente at straffeprosessloven § 119 tredje ledd ikke kunne brukes når hennes forklaring kun ville ha betydning for tilregneligheten. Høyesterett forkastet Teiglands anke og støtter lagmannsrettens syn om at det fra et rettsikkerhetsperspektiv er uheldig om en utilregnelig person blir straffedømt. Høyesterett har åpnet for å bruke § 119 tredje ledd ikke bare når man risikerer at uskyldige er dømt, men også når et fritak fra taushetsplikten kan føre til at domfelte får lavere straff. ✘

# Meninger



## Halalterapi?

Et innlegg om islamifisering av psykoterapi har fått omtale og reaksjoner i andre medier etter at det sto på trykk i februarutgaven av Psykologtidsskriftet.

På side 347 i denne utgaven svarer Arne Repål og Solfrid Raknes på kritikken.

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



Ashild  
1990



# Våre usynlige kjærlighetsbånd

Barna som lever med den psykisk syke, må ikke bli glemt når den syke skal behandles.

**V**i er tre barn på fire, seks og åtte år samlet i en sentrumsleilighet. Vi sitter i en stor rød sofa og innleder det første av hva som skal bli mange «husmøter» i årene som kommer. Sjokolademelk drikkes av stettglass, blikkene er alvorlige, og eldstesøster legger føringen på disse møtenes evige problemstilling: «Hva gjør vi med mamma?»

Yngstejenta på fire er redd for at barnevernet skal komme og hente henne. Hun planlegger å gjemme seg i skapet når de kommer. Broren vår ser på en plakate av Kenneth Sivertsen. Han frykter at mamma kanskje igjen vil dra vekk i dagevis for å følge etter Sivertsen uten å gi beskjed. Eldstesøster har akkurat blitt oppringt av mamma på skolen der hun fikk høre at mamma ikke vil leve mer.

Vi er bekymret. Mest fordi vi ikke vet hva som skjer når mamma er borte eller utilgjenge-

lig, fysisk eller psykisk. Eller aller verst, begge deler.

Gjennom dette første møtet snakker vi nøye om hva det er som skjer, spesielt om hva den enkelte har oppfattet gjennom hva mamma og de andre voksne sier. Vi blir enige om at det er greit når mamma ligger tung på sofaen i timevis, for da kan man ligge oppå ryggen hennes, være nær eller koke tomatsuppe med henne. Går mamma frem og tilbake på gulvet i timevis med slepende skritt, trist ansikt og med sangen «mitt hjerte kan gå i tusen bitar» på evig gjentakelse gjennom stereo, er det ubehagelig. Vi vet jo når noe plager henne. Vi ser at hun ikke klarer å sitte i ro, og hun ser fryktelig lei seg ut i ansiktet. Så da sitter vi med haken hvilende på sovakanten og følger henne drivende langs gulvet, frem og tilbake mens vi av og til maser på at hun skal gjøre noe med oss, eller bare sette seg ned litt.

## TEKST

To døtre

## ILLUSTRASJON

Åshild Irgens





Mamma likte ikke når noen sa at hun var syk. *Hun* var jo ikke syk, det var alle de andre som hadde misforstått

Verre er det når mor er på spontane ferder der hun vil tre naken inn i katolske kirker i fremmede land, låser seg selv inne i dagevis på hotellrom i frykt for verden utenfor, eller er låst inne av andre på isolat. Da er det ikke greit å være oss, i hvert fall ikke når hun føler at vi bidro til å få henne innesperret. Uavhengig av om man er seks, åtte eller atten år, er det en gnagende og ekkel følelse – følelsen av at man ikke kan gjøre noe, eller ikke ha kontroll over hva som skjer de neste timene, de neste dagene eller de neste ukene.

#### SINNSYKEHUSET

Første gang mamma ble innlagt, trodde vi hun var kommet i et slags fengsel, et gult murhus gjemt bak fine trær. De synes sikkert vi er for små til at de vil si sannheten til oss, tenkte vi. Pleierne som jobbet på sykehuset, var ikke koselige slik vi hadde opplevd på barneklubben da eldste søster var innlagt for kikhoste. Sykepleierne i disse gangene virket strenge, og stemningen på sykehuset føltes kald og hvit. Veggene var nakne, og det var mange rare lyder, lukter og regler. Mamma sa at hun ikke fikk lov til å gå tur alene, selv om hun var voksen. Hun måtte følges på tur av to pleiere. Hun virket mye eldre i løpet av noen få uker, og gikk rastløs frem og tilbake på gulvet på grunn av alle medisinene. Hun sa det var som å ha tusen maur under huden. Alle reglene, rutine og den nedstripende atmosfæren var vanskelig å forstå. Heldigvis hadde de et sted kalt hobbyrommet, der vi kunne slappe av med mamma og snakke. De som satt på hobbyrommet, var snille og stille. En dame gav til og med en selvlaget vattdukke til minstejenta.

Mamma likte ikke når noen sa at hun var syk. *Hun* var jo ikke syk, det var alle de andre som hadde misforstått. Vi søsknene var ofte forvirret, det var mange som sa så mange forskjellige ting. Pappa sa at mamma hadde blitt sinnssyk, men det er jo noe man sier når man krangler med hverandre. Pappa og mamma kranglet mye og hadde mange rettssaker mot hverandre. Nå kranglet de også om oss.

Vi visste ikke hvem av dem som hadde rett, og om mamma var syk på ordentlig. Noen ganger sa hun rare ting, før hun plutselig skiftet og ble «seg selv» igjen. Hun tok oss med i Nordnesparken og viste oss statuen av forfatteren Amalie Skram, som hun fortalte at hun hadde

vært i sitt tidligere liv. Noen ganger kunne hun bare leve på lys, og syntes det var vanskelig å sove uten de fargerike nonstop-pillene på badet vi hadde fått så streng beskjed om å holde oss unna.

#### EN HÅND Å HOLDE I

Vi tre som definitivt hadde fått vår dose av erkeengler, chakrahealing og auresning, var i denne perioden godt fastbundet på første rad av mammas prekestol. Dette kan heller ikke ha vært så lett for mamma å forholde seg til. Som et hakk i platen sluttet vi å lytte til henne, vise tålmodighet eller være ordentlig til stede. Vi tydde til sukking og overbærende kommentarer om hennes manglende evne til å «være normal» når hun uttrykte seg selv og sine synspunkter. Hun klarte ikke å møte oss der vi var, og vi klarte ikke å møte henne. Det var i disse periodene følelsen av manglende kontroll og oversikt var størst. Vi stanget rett og slett i hverandres forsøk på å nå hverandre. På dette punktet var vi oftere fysisk i nærheten, men fikk et større mentalt fravær til hverandre som mor og barn.

Fastleger ble byttet ut, det var ingen faste kontaktpersoner å henvende seg til. Legevakt krevde at hun kom dit og ba om hjelp selv. Vi ringte leger, psykologer, Mental Helse, legevakt, Sandviken sykehus og voksne som kjente mamma. Ingen kunne hjelpe oss. Mamma måtte selv be om hjelp, og det visste vi at hun aldri ville gjøre. Hun var blitt livredd helsevesenet etter mange tvangsinngelger og timer på isolat. Hun kunne heller ikke alltid se selv at hun var i en psykose når hun var syk.

Jo «psykere» hun ble, jo mer hardnakket mente hun at hun var frisk. Jo friskere hun ble, desto enklere var det å snakke med henne om at hun hadde vært syk, og at hun trengte hjelp.

Psykosen har av og til blitt en oppløsning av hennes virkelighet, samtidig som det har oppløst vårt ansvar etter hvert som hun trår over flere grenser for «tillatt» atferd. Det er synd at det tidvis har vært politiet som ofte har avløst oss. De har dratt henne med makt til et sted hun assosierer med en følelse av overgrep, krenkelse og nedverdigelser mot henne som individ. Men til tross for den vonde følelsen av å vite at mor er innlagt et sted hun avskyr å være på, har det også vært en lettelse: vi vet hvor hun er. Nå er det endelig noen andres tur til å «overtale» henne til å ta medisinene. Derfor er det i ukene eller

månedene før psykosene blomstrer opp, at vi barna har kjent på mest hjelpeløshet og avmakt. Straks det ble klart at hun var syk nok til å få hjelp, ble det enklere å forholde seg til. Da ble vi møtt med forståelse, og det var deilig at noen andre hadde fått ansvaret. Det mamma ba om, en hånd å holde i, var det ingen som kunne tilby den gangen.

### VENDEPUNKTET

Mamma har fått hjelp. Derfor har vi fått hjelp. Endelig begynte de å behandle henne som et medmenneske. Hjelpen var der kanskje i flere år, men mamma ville ikke ha den så lenge hun var syk. Derfor gikk det for langt gang på gang, og «behandlingstilbudet» ble i nesten 18 år redusert til tvangsinnlegginger med isolat, begrensinger av besøk og vonde minner av politimenn som tok henne med makt. Oppfølging uteble.

Vi, som alle var blitt over tjue år, hadde til slutt fått nok. Fastlegen gjennom flere år hadde også fått nok. På et tilfeldig møte etter siste innleggelse delte han at han hadde sendt et skriv med sterk anbefaling, eller nærmest et krav, til ordentlig oppfølging av henne. Tidligere hadde vi brukt alle midler for at hun skulle få bedre hjelp. Fra å være mye til stede og presse på det som sikkert opplevdes som mas, til å kutte kontakt og la henne bli dårligere uten å støtte henne – for at hun selv skulle se at hun trenger hjelpen av og til.

Hun beskriver selv at opplevelsen av å bli hørt har vært avgjørende for hva hun anser som god behandling fra hjelpeapparatet. Dette er hva hun svarte da vi spurte hva det var som gjorde at hun tok imot hjelp:

«Å bli hørt på. Turnuslegen som satt med meg på gulvet, i sivile klær, da jeg var tvangsinnlagt og brukte tid på meg. Vi er ofte sensitive på de som er ærlige, og som bruker sin personlighet. Det var også denne legen som foreslo «støttekontakt». Jeg bruker begrepet coach, der Bente har vært uvurderlig. Uten å være deltaker i det sosiale samfunn etter innleggelse var jeg meget sårbar.»

Mamma fikk endelig oppfølging gjennom en individuell plan, og hun treffer mennesker i hjelpeapparatet hun opplever er der for henne og respekterer henne. Noen er blitt våre engler. Engler som jobber i det norske helsevesenet, og

som har gjort mamma tryggere. Og når hun blir tryggere, blir vi tryggere. Når hun føler seg hørt og anerkjent, tar vi også del i den stoltheten det er å ha en sterk mor med en sterk personlighet.

### TING SOM VIRKER

Hjelpen ble akseptert da den faktisk ble opplevd som å hjelpe. Ved å akseptere denne hjelpen kunne mamma konsentrere seg om å bli fri fra psykoser. Hennes nyvunne evne til å ta ansvar for sin egen sykdom og sine egne handlinger har løftet en stor byrde fra våre skuldre, og mest sannsynlig også tilført henne kvaliteter som økt autonomi og større trygghet på at hun blir ivaretatt når hun selv ber om det.

I dag er få så mye på farten som henne, og hun har selv uttalt at «restplass.no er min nye hobby». Men nå vet vi at hun har noen å kontakte om hun skulle kjenne på følelser som er vanskelige å mestre på egen hånd, selv når hun kjenner dem i en studioleilighet i utlandet. For andre kan dette kanskje virke som et papirtynt sikkerhetsnett, men det å vite at hun har noen å kontakte, representerer noe solid, et nett som fanger.

Mamma har blitt glad i et samlingssted som krever lite i forstand av areal, statsbudsjett og antall faglærte helsearbeidere. For dette er et sted som er stort når det kommer til sosial kapital, utveksling av erfaringer og evne til å fremme de personene som bruker husets potensial: Amalie Skrams Hus i Bergen, og lignende tiltak rundt om i kommunen, fylket og landet.

Huset som bærer vår reinkarnerte mors navn, er en samlingsplass for brukere som er der frivillig. Her legges det til rette for kunstnerisk utfoldelse gjennom musikk, maleri, glass, keramikk og andre aktiviteter uten at det trengs å ta hensyn til brukernes økonomiske situasjon. Uavhengig av hva Amalie Skrams hus sine definerte mål er, virker det for oss som et sted som fremmer mestring for personen selv, og stolthet for oss som får se resultatet av hva som skapes her.

Amalie Skrams Hus er et tiltak som fokuserer på enkeltmenneskets private initiativ og deltakelse, som samler til gruppe gjennom måltid, reiser og felles hytteturer. Dette er også et sted som krever at individet evner å avgrense seg i forhold til andre mennesker, samtidig som det ekspanderer gjennom de sosiale båndene som skapes. Dette stedet er en manifestasjon på noe helsevesenet burde fokusere mer på ved å ta opp i seg psykosenes, angstens og depresjonens skapende kraft, og den terapeutiske effekten som sosiale relasjoner har i seg selv. Dette er et sted vi skulle ønske mor hadde hatt da vi var små. Det er et sted mamma kunne vært alle de høytidene hun tilbrakte alene.

Som barn er det vanskelig å fremskaffe en balansert skildring av noe man har opplevd og vært i selv. Vi ønsker ikke å svartmale eller tegne opp en demarkasjonslinje mellom helsevesenet og oss, men vil minne om at barna som lever med den psykisk syke, bør integreres når individet møtes og behandles i helsevesenet. Vi deler også våre erfaringer fordi vi håper at flere helse- og barnevernsarbeidere skal se at mennesker som er glad i hverandre, henger sammen i usynlige kjærlighetsbånd. Hjelp til en man er glad i, hjelper oss alle. ✕

*Dette er et utdrag fra en bok som utgis på Fagbokforlaget våren 2015: «Familier i motbakke – på vei mot bedre støtte for barn som pårørende» av B. S. M. Haugland, K. E. Bugge, M. Trondsen og S. Gjesdahl (red). Teksten er anonymisert av hensyn til de berørte.*



# Et neglisjert felt

Det er på høy tid at utdanningsinstitusjonene gir gruppeterapi den plassen den fortjener.



**GØRIL WESTBORG SMISETH**, Spesialist i klinisk familiepsykologi, Jobber ved Viken senter for psykiatri og sjelesorg.

**GEIR LØKLING**, Psykolog og fagleder for gruppeterapi ved Institutt for Aktiv Psykoterapi (IAP), Jobber ved Enhet for gruppeterapi, Nedre Romerike DPS.

**GRUPPETERAPI**  
Gruppeterapien spirer og gror. Men administrative produktivetsmål og utdanningsinstitusjonene favoriserer individualterapi, skrev Psykologtidsskriftet i en temasak i august i fjor. Det startet en debatt om gruppeterapiens plass i utdanningsinstitusjonene.

**GJENNOM HØSTEN** i fjor og frem til nå har det vært en pågående debatt i Psykologtidsskriftet vedrørende gruppeterapiens plass i utdanningsinstitusjonene. Det er blitt skrevet at mange driver med gruppeterapi, men at brorparten av disse mangler spesifikk opplæring i å drive denne typen terapi. Vi lurer derfor på om utdanningsinstitusjonene har fått for stor avstand til den kliniske hverdagen. Her kommer derfor en liten realitycheck fra innsiden av klinikken.

Gruppeterapi er vanskelig. Vi husker fortsatt våre første engstelige forsøk som gruppe-terapeuter. Den tryggeste strategien vi hadde, var å bruke ferdigheter i individualterapi og intervju pasientene én og én. Gruppen hadde lite samhandling og satt mer eller mindre og ventet på tur mens de lyttet til middelmådig individualterapi. I beste fall opplevde de noe gjenkjenning. Gruppeprosesser oppstår i alle grupper, hadde vi hørt. Prosesser vi ante, men på ingen måte forsto. Når sympatier og antipatier oppsto, møtte vi dem med velmenende råd og andre forsøk på å få det ubehagelige til å gå vekk. Vi kjempet iherdig for å opprettholde harmonien i gruppa. Andre ganger kunne vi som koterapeuter, bevisst eller ubevisst, ta hver vår side i konflikter. Pasientene ble ofte sittende alene med sine vanskelige følelser. Negative relasjonserfaringer ble repetert, og lite ble reparert. Vi gjorde de fleste feilene i boka. Vi kunne ikke det vi ble forventet å kunne.

Gruppeterapi krever kompetanse. Vi må ha kunnskap nok til å forstå prosessene, verktøy til å gjøre gode intervensjoner, og erfaring nok til å forstå når man som terapeut skal gripe inn og når man skal stole på gruppa. Gjennom Institutt for Aktiv Psykoterapi (IAP) sin videreutdanning i gruppeterapi har vi møtt flere kull med psykologer som opplever at de ikke besitter denne kompetansen etter psykologstudiet og spesialistutdanninger.

Kan Norsk psykologforening, universitetene og spesialistinstitusjonene stå inne for at det er faglig forsvarlig at psykologer ikke har bedre kunnskap om denne metodikken etter grunn- og spesialistutdanningen? Med dagens fokus på evidensbasert praksis er det på høy tid at utdanningsinstitusjonene gir gruppeterapi den plassen den fortjener. For slik det er nå, stemmer ikke kartet overens med terrenget.

På lunsjrommet i klinikken snakkes det for øvrig også om hvordan vi kan korte ned ventelister og drive mer kostnadseffektivt innenfor psykisk helsevern. Kan gruppeterapi være en nøkkel? ❌

Kan gruppeterapi være en nøkkel til å få ned ventelistene og drive mer kostnads-effektivt?

# Elefanten i terapirommet

Sindre Bangstad hevder at vi har opphøyd Malik Badri til vår faglige autoritet. Hovedbudskapet i essayet vårt viser han mindre interesse for. Det er han ikke alene om.

**I ET INNLEGG** i *Vårt Land* 2. mars 2015 kommenterer forsker ved Det teologiske fakultet, UiO, Sindre Bangstad vårt essay om islam og psykoterapi i *Psykologi* nr. 3 2015. Han viser også til et oppslag fra avisen *Vårt Land* 23. februar, som bygger på samme essay. Hovedpoenget til Bangstad synes å være at vi skal ha opphøyet den sudanske psykologen og professoren Malik Badri til vår faglige autoritet. La oss umiddelbart berolige Bangstad med at så ikke er tilfellet: Vi er ikke enige med Badri i alt han mener eller har ment. Men Badri har over lengre tid vært leder av en sentral internasjonal forening for muslimske psykologer, er en kjent fagperson innen store deler av den arabiske verden og har oversatt et 1100 år gammelt manuskript fra arabisk til engelsk. Det siste er etter vår mening av stor kulturell og psykologisk-historisk interesse uavhengig av hva man måtte mene om Badris synspunkter for øvrig.

## FORDOMMER

Dersom vårt ønske var å styrke fordommer mot muslimer eller kristne, kunne vi bruke mye spalteplass på å sakse absurde uttalelser fra muslimer, den norske kirken eller paven selv. Også norsk helsevesen har møtt pasienter med hiv/aids på en fordomsfull måte. Det samme



Forsker Sindre Bangstad kritiserte i *Vårt Land* 2. mars et essay som ble publisert i *Psykologtidsskriftet* i februar.

gjelder psykiatriens forhold til homofile. I situasjoner der frykt og fordommer blir vekket, kan også helsepersonell trå grundig feil.

Under overskriften «Gud i terapirommet» hadde *Vårt Land* et fint oppslag om religion og terapi. Når det senere handlet om å skreddersy psykisk helsehjelp for muslimer, ble overskriften «Psykologer vil ha «halal-terapi». Vi synes det lyder fordomsfullt. Da vi sendte en kronikk basert på essayet vårt til *Bergens Tidende*, fikk vi følgende tilbakemelding fra fungerende debattleder: «Kronikken trenger spissing. Har dere forskning eller erfaring som tyder på at dette kan være relevant for å forhindre radikalisering? Eller familievold og/eller partnerdrap?» Også dette kan leses som uttrykk for at pressen bidrar til forsterkning av muslimsk-fiendtlige fordommer. Vi valgte å avstå.

## TERAPITILPASNING

Vårt anliggende er å peke på at vi bør legge til rette for en mer kultur- og religionstilpasset anvendelse av psykologisk kunnskap. Når blir religion den store elefanten i terapirommet som minsker effekten av behandling eller hindrer at enkelte grupper søker hjelp? Hvordan møte en deprimert muslimsk eller kristen pasient dersom lidelsen er knyttet til religiøse forestillinger? Hvordan utvikle selvhjelps materiale slik at det når flere grupper? «I praktisk talt enhver samfunnsmessig kontekst forutsetter og impliserer religiøsitet og sekularitet hverandre. Spesielt er dette tilfellet i «vestlige» sekulære kontekster, hvor muslimsk identitet i økende grad fremstår som et bevisst og overløst valg,» skriver Bangstad i *Norsk antropologisk tidsskrift* nr. 4 2008. Hans antropologiske arbeid med islam er relevant lesning også for psykologer som ønsker å gi god helsehjelp til en heterogen gruppe muslimer i et sekularisert norsk helsevesen. Vi synes også Malik Badri har noen interessante synspunkter på dette området. Han er faktisk en indirekte årsak til at vi har lest Bangstad. ✕



ARNE REPÅL og  
SOLFRID RAKNES

ISLAMIFISERING AV  
PSYKOTERAPI



Vi bør legge til rette for en mer kultur- og religions-tilpasset anvendelse av psykologisk kunnskap

# Juks er juks

Psykologtidsskriftet fusker, skriver Arne Holte i dette innlegget.



**PROFESSOR ARNE HOLTE**, Assisterende direktør, Nasjonalt Folkehelseinstitutt

## PRESSEETIKK

**PÅ EN KONFERANSE** nylig møtte jeg professor Arnulf Kolstad. Han gjorde meg oppmerksom på at jeg var «hengt ut» i januarnummeret av Tidsskrift for Norsk psykologforening (TNPF) ([http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=434397&a=2](http://psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=434397&a=2)). På grunn av reiser har jeg ikke fått lest saken før nå. Til min store forbauselse ser jeg at en av artiklene jeg bidro med for ti år siden (2005), nå er slått stort opp som plagiat. Jeg har følgende bemerkninger:

Artikkelen som Psykologtidsskriftet omtaler og flere andre tilsvarende innlegg jeg har hatt i TNPF, er enten utvidete, forkortete eller justerte utgaver av kronikker og debattinnlegg som først har stått trykket i dagspressen. Artiklene har alltid vært publisert i tidsskriftet etter avtale med redaktøren – også etter initiativ fra denne. Formålet har vært å nå våre egne kolleger med samme informasjon som publikum ellers får. Ikke alle psykologer leser kronikker i Aftenposten, Dagbladet, Dagsavisen, VG, Nordlys, Bergens Tidende eller hvor den opprinnelige artikkelen måtte ha stått på trykk. Det er altså ikke tale om plagiat eller kopiering, men om videreformidling i samsvar med sjefredaktørens ønsker.

I etterhånd å bli hengt ut for dette finner jeg dypt uetisk. Jeg skulle ønske jeg kunne dokumentere disse avtalene med Psykologtidsskriftets redaktører gjennom årene. Men i et lite land som Norge der «alle kjenner alle» og mye er basert på tillit, kan jeg ikke det. Grunnen er at avtalene og den gjensidige informasjon rundt disse artiklene i alt vesentlig skjedde per telefon. Jeg ser heller ikke bort fra at noen av avtalene/informasjonsutvekslingene også kan ha skjedd med vår nåværende svært erfarne sjefredaktør, Bjørnar Olsen.

Førsteforfatter på artikkelen i januarnummeret, Adriane Lilleskare Lunde, ble klart og tydelig gjort oppmerksom på dette faktum da hun tok kontakt med meg om sin «plagiatstudie». Forfat-

terne Lunde og Helmikstøl har likevel unnlatt å opplyse om dette i sin artikkel. I stedet har tidsskriftet benyttet en halv sides faksimile (s. 13) som viser overlappet mellom de to artiklene det er tale om med følgende billedtekst: «69 prosent. En artikkel i Psykologtidsskriftet av Arne Holte og Randi Talseth overlapper 69 prosent med en artikkel av Arne Holte i Dagbladet», og så overlatt til leser å tenke sitt ut fra sammenhengen om hva 69 prosent plagieringstreff betyr.

Gjennom kontakten med artikkelforfatter Lunde skjønte jeg at hun fortsatt arbeidet etter et plagiatkonsept. Mine bidrag til Psykologtidsskriftet kan ikke under noen omstendighet oppfattes som plagiat. De er en omforent og bevisst formidlingsstrategi fra tidsskriftets side. Derfor opplyste jeg henne om at jeg ikke hadde noe mer å bidra med. I e-post av 16.10.2014 skriver jeg til henne: «Takk for svar. Her har jeg nok ikke noe å bidra med og jeg ønsker ikke å siteres i denne sammenhengen. Artikkelen du viser til er en ti år gammel artikkel som er gjenoptrykket utvidet, eventuelt forkortet, i Tidsskrift for Norsk psykologforening etter avtale med redaktøren». Jeg regnet med at nå skjønte hun at hun i mitt tilfelle var fullstendig på villspor i sin «plagiatjakt». Men det skjønte hun ikke.

Det er med betydelig undring jeg noterer at på tross av informasjonen hun fikk fra meg, har hun og Helmikstøl brukt materialet Lunde fant hos meg, uten å sjekke med sin redaktør og Psykologtidsskriftets tidligere redaktører om min fremstilling var korrekt (manglende kildekritikk), uten å opplyse meg om at de likevel ville bruke materialet, og uten å ha bedt meg om noen utdypende kommentar etter at de likevel hadde bestemt seg for å bruke materialet i en plagiatsammenheng. Dette er ikke god forskningsetikk. Det er heller ikke god presseskikk. Se for eksempel «Vær varsomplakatens punkt 3.3, 3.7 og 4.14 (<http://presse.no/pfu/etiske-regler/vaer-varsom-plakaten/>).



**FAKSIMILE** fra aktuellsaken «Plagiatkontrollen» i januarutgaven av Psykologtidsskriftet.

Det er også med noe stuss jeg noterer den elendige kvaliteten på artikkelforfatternes søke-arbeid. Hvem i all verden har fagfelle-vurdert denne artikkelen som redaksjonelt er plassert som en hovedartikkel i Psykologtidsskriftet? Forfatterne har jo kun klart å spore opp denne ene artikkelen fra meg. Det er rett og slett pinlig for Lunde og Helmi-kstøl – og for tidsskriftets rutiner for fagfelle-vurdering – at de ikke har fått med seg noen flere av mine kronikker og debattinnlegg som er publisert bearbeidet i TNPF. Jeg har gjennom årene videreformidlet en rekke av mine faglig-politiske innspill i massemedia som artikler i Psykologtidsskriftet, stadig etter avtale med skiftende redaktører. Dette har rett og slett vært tidsskriftets policy gjennom en årrekke, vedtatt eller ikke, i hvert fall praktisert. Ansvar for dette ligger hos sjefredaktøren. Og jeg syns sjefredaktøren skal være stolt av det. Ved en rekke konferanser og møter, særlig med kommunepsykologer i Norge, men også med lokale og sentrale myndighetspersoner, blir jeg stadig gjort kjent med at denne politikken med videreformidling av fagpolitiske innspill har vært svært velkommen.

Men det er enda verre: Annenforfatter på plagiatartikkelen, tidsskriftets debattredaktør, journalist Øystein Helmi-kstøl, ja også vår nåværende sjefredaktør Bjørnar Olsen, har jo aktivt

bidratt i redigeringen av flere av mine andre artikler av samme slag som den uthengte! Jeg tror det er dette man kaller å skyte seg selv i foten – med dobbeltløpet hagle.

Så til den ytre innrammingen. Forsiden: «PLAGIAT-KONTROLLEN. 1000 av Psykologtidsskriftets artikler sjekket for juks»; her er det ingen tvil – det er juks man er ute etter. Innledningsartikkelen: «Råtne incitament frister forskere til å ta snarveier som kan være brudd på god forskningsetikk, advarer Torkild Vinter i Granskningsutvalget»; stadig ingen tvil – det er snarveier og krumspring man er ute etter. Så hovedartikkelens tittel: «Plagiat-kontrollen». Det hjelper lite at dette er satt i anførsel – her skal etterlates et inntrykk av at man nå skal sjekke våre egne om de driver med juks og fanteri.

Videre til kontekstualiseringen inne i artikkelen: Innledning om forskningssvindler. Neste overskrift: «Så Sudbø», fulgt opp av en av landets fremste eksperter på akademisk kildebruk og -misbruk, Ole Bjørn Rekdal: «En eksplosjon av plagiatsaker de siste årene ... i mange akademiske miljøer akkurat nå». Scenen er satt, kjør plagiatkontroll! «Plagiatartikkelen» avsluttes med en liste over «Psykologer og juks», toppet med Cyril Burt, psykologiprofessoren som ble avslørt for å ha diktet opp data i sine verdensberømte tvillingstudier (s. 17). Slik kontekstualisert

”

Her skal etterlates et inntrykk av at man nå skal sjekke våre egne om de driver med juks og fanteri





Plagiat-  
artikkelen  
bør formelt  
trekkes  
tilbake. Slik  
journalis-  
tikk har vi  
ikke bruk for

og innrammet av Sudbø og Burt, hjelper det lite at «plagiatkontrollørene» kvalifiserer sine utsagn med absurditeter som «*En plagiatkontroll er ikke nødvendigvis en plagiatkontroll*» (s. 7). Dette er «Dagblad-Se-og-Hør-journalistikk» på sitt verste: Sjøkkoverskrifter og personuthenging uten samsvar med innhold, samtidig som man gardefrer seg i teksten med enkeltformuleringer som motsier kontekstualisering, overskrifter og øvrig insinuerende innpakning.

Nøye plukker forfatterne ned den ene av tidsskriftets bidragsytere etter den andre, med navn i teksten – ikke bare referanser. Både nye unge begavete, og mangeårig erfarne bidragsytere til vår nasjonale fagutvikling tas for «plagieringstreff»: Else-Marie Løberg, Linn-Heidi Lunde, Charlotte Reedtz, Monica Martinussen – som ytterligere devalueres ved å kontrastere «plagieringstreffene» med hennes (for øvrig tidligere) rolle i Nasjonalt utvalg for gransking av redelighet i forskning (Granskningsutvalget) – som om det her skulle ligge en motsetning. Videre med stigende prosentskandalisering (*En skandalisering er ikke nødvendigvis en skandalisering*): Ståle Einarsen, Lars Glasø, Morten Birkeland Nielsen, Hilde Hetland og Arnulf Kolstad. Bare Kolstad er hengt ut med bilde.

Dramaturgien har fengende «Ti-på-topp-karakter». Hvem kommer på Tidsskriftets plagiat-topp? Noen vi kjenner? Noen psykologkjendiser? Crescendo bygges opp fra 10 prosent «plagiat-treff», til 14 prosent, til 26 prosent. Ettersom spenningen stiger, deles avsnittene inn etter dette: «29 prosent: ...» (s. 11), «33 prosent nå: ...» (s. 12). Så: «Det drar seg til nå. Prosenten øker.» (s. 13). På veien har vi passert de nedsettende overskriftene: «Klipp og lim» og «Å gjenta seg selv». Så lettvinnt er det. Nå venter vi bare på verstingene (*En versting er ikke nødvendigvis en versting*).

Nest verst er hedersmannen Arnulf Kolstad, som har stått på for norsk sosial- og samfunnspsykologi, globalisering og gjort norsk sosialpsykologi og samfunnspsykologer i Norge synlige i media gjennom et helt yrkesliv: «Plagiatsjekken viser at Kolstads tekst i Psykologtidsskriftet har et overlapp på 57 % ...». Til tross for at sakkyndig Ole Bjørn Rekdal like tindrende klart som de øvrige sakkyndige som er intervjuet, peker på at dette ikke har noe med plagiat å gjøre, og at i Kolstads tilfeller er det tale om en beundringsverdig innsats, vender tidsskriftet ikke om. De forstår ikke at de har en

ikke-sak basert på falske positive (*Å ikke forstå, er ikke nødvendigvis å ikke forstå*). De durer på med «plagiatkontroll» og «plagieringstreff». De bare inkluderer de sakkyndige kommentarene i artikkelen. Likeså med redelige forskere og fagfolk. Ingenting er verre enn å beskyldes for juks. De blir vettskremte. De lar seg villig sitere. Side opp og side ned. Herlig! De går i forsvar. «Plagiatkontrollen» blir enda heftigere. Debatt! Show! Enda flere innlegg til tidsskriftet!

«Vi nærmer oss toppen. 69 prosent nå.» (s. 16). Spenningen er på topp. Hvem blir verstingen? Hedersprisen går til «*Psykisk helsehjelp i skolen*» (2005). Forfattere: Arne Holte og Randi Talseth. SEKSTI-NI PROSENT!!! Slå den! (*En hederspris er ikke nødvendigvis en hederspris*) «I Dagbladet er Arne Holte eneforfatter», skriver Lunde og Helmikstøl. Men det stemmer da vitterlig ikke. Også her slurver Lunde og Helmikstøl. «*Psykisk helsehjelp i skolen*» er et ekte parløp. Gullet skal gå til både Holte og Talseth – i fellesskap! Også Dagblad-artikkelen har vi forfattet sammen. Selv det klarte ikke journalistene å få riktig - «Kall det gjerne slurv, og få vil vel kalle det forbilledlig» (s. 9).

Tidsskriftet opplyser så at «Holte har sendt en forklaring til Psykologtidsskriftet, men han ønsker ikke å bli sitert i saken». Det er riktig. Lunde hadde opplyst meg i e-post om at «Jeg jobber med en større sak om plagiering og har blant annet gransket vitenskapelige artikler (og noen andre artikler) publisert de siste årene». Hun opplyser så at hun har gjort plagiattreff på meg. Ettersom «plagiattreffet» hun hadde gjort på meg, ikke hadde noe med plagiat å gjøre, ei heller er noen vitenskapelig artikkel, hadde jeg ikke noe mer å tilføye enn det jeg har redegjort for over. Ikke ønsket jeg heller å bidra til den type drittjournalistikk som Psykologtidsskriftets plagiatartikkel representerer (*Drittjournalistikk er nødvendigvis drittjournalistikk*). Derfor var det heller ikke naturlig for meg å gi noen ytterligere kommentar, langt mindre la meg siteres. Jeg regnet selvfølgelig med at «plagiattreffet» på meg var lagt til side som et nullfunn.

Her tok jeg grovt feil. Nullfunnet var ikke lagt til side. Den falske positive var av «forsker» Lunde (*En forsker er ikke nødvendigvis en forsker*) transformert til en ekte positiv. Dette fant «forsker» Lunde ingen grunn til å opplyse meg om. Uten min viten var jeg kåret til vinner av plagiatmesterskapet i Norsk Psykologforening (*Tidsskrift for Norsk psykologforening er*



## DERFOR

Redaksjonen begrunner sine valg

*ikke nødvendigvis Norsk Psykologforening*). Hva skal man kalle slikt? Fusk i forskning, kanskje? Juks i journalistikk? Eller bare soleklart brudd på både vanlig høflighet og etiske spilleregler? Plagiatkontrollørene kaller det ikke plagiat, for «en plagiatkontroll er ikke nødvendigvis en plagiatkontroll (s. 7)». Men «Kall det gjerne slurv, og få vil vel kalle det forbillig» (s. 9).

Dette er ikke slurv! Det er bestilt vare fra Psykologtidsskriftets redaktører gjennom mange år, gjerne redigert i nært samarbeid med dem, herunder også nåværende sjefredaktør Bjørnar Olsen og inntil videre journalist i tidsskriftet, Helmikstøl. Jeg vet at psykologene liker tidsskriftet, flott layout. Men jeg vet også at de sjelden leser artiklene (TNPFs egen brukerundersøkelse). Nå skjønner jeg hvorfor. De er jo uetterrettelige. Dere fusker. Å spinne en hel artikkel, tilsynelatende en forskningsartikkel basert på omfattende datainnsamling og avanserte tekniske verktøy, på en serie falske positive og pakke det inn som ekte positive, kan neppe kalles annet enn: Juks (*Juks er juks*)!

Er det klokt av Psykologtidsskriftets redaktører å henge ut tretten av sine egne bidragsyttere som jukse makere mellom Sudbø og Burt? Tror dere virkelig at vi vil fortsette å skrive der? Hva er Lundes forhold til Psykologtidsskriftet? Til meg skriver hun i e-post 15.10.2015 at hun er engasjert av Tidsskrift for Norsk psykologforening. Var det dette jukse makeriet hun ble engasjert for? Hvem betalte henne?

Jeg er kjent med at andre av de «uthengte» (*En uthengt er ikke nødvendigvis en uthengt*) har publisert på de samme premisser som meg. Jeg er også kjent med at noen av dem har meddelt sjefredaktøren at de ikke vil ha noe mer med tidsskriftet å gjøre etter dette. Noen av dem er blant landets fremste fagpersoner på sine områder og trofaste medarbeidere for tidsskriftet gjennom en årrekke. Andre yngre bidragsyttere har tatt samme beslutning uten å bry seg om å rope det ut til noen.

Sjefredaktøren og forfatterne skylder alle de uthengte en uforbeholden unnskyldning (*En unnskyldning er nødvendigvis en unnskyldning*). Plagiatartikkelen bør formelt trekkes tilbake. Slik journalistikk har vi ikke bruk for. Det er falskspill og ødelegger tidsskriftet vårt. Inntil videre vender også jeg ryggen til Tidsskrift for Norsk psykologforening, følger med mine kolleger ut døren, og velger andre organer til min psykologfaglige kommunikasjon. Takk for meg. ❌



## Kvinner og menn

**Kjønnsfordommer** lever i beste velgående. Også i Psykologtidsskriftets redaksjon. Hvordan forsiden i Psykologtidsskriftet nr. 3 ble til, er et interessant eksempel på dette.

**Bendik Kaltenborn** illustrerer forsiden. Vi bør spille inn ideer til ham et par uker før bladets deadline for å ha tid nok. Bestillingen denne gangen handlet om kjønn. Min kollega Øystein Helmikstøl jobbet med en sak om kjønn og publisering av vitenskapelige artikler i Psykologtidsskriftet. Vi ønsket en forsideillustrasjon fra Kaltenborn med utgangspunkt i denne saken. Problemet var at jeg ikke helt visste hva Øystein ville komme fram til – bakgrunnsarbeidet var ikke ferdig.

**Min bestilling** til Kaltenborn var derfor basert på mangelfull kunnskap: Jeg ønsket en illustrasjon som skulle vise fram at menn fortsatt er de som publiserer mest. Menn leder an. De sitter øverst på pidestallen. Kaltenborn leverte godt på denne bestillingen, selv om resultatet var noe stereotyp. For i mellomtiden kom det fram opplysninger i Øysteins sak som gjorde at illustrasjonen vi fikk, skurret. Jo, det er fortsatt slik at menn publiserer mer enn kvinner, men ikke mye mer. Og snart vil sannsynligvis kvinner publisere mest. Det hadde vært mye mer spennende å få en illustrasjon som pekte fram mot denne endringen. Jeg kontaktet Kaltenborn igjen – helt på overtid – han hev seg rundt og leverte omarbeidet illustrasjon samme dag som bladet gikk i trykken. *Den* kjentes langt mer riktig.

**I mellomtiden** intervjuet jeg Håvard Friis Nilsen (NÅ-intervjuet i samme utgave) om psykologprofesjonens historie. I intervjuet kom det fram at sterke kvinner har satt sitt særegne preg på hele psykologihistorien, både her hjemme og der ute. Til forskjell fra mange andre fagfelt og profesjoner. Intervjuet underbygget på et merkelig vis Kaltenborns nye illustrasjon.

*Per Olav Solberg, redaksjonssjef i Psykologtidsskriftet*

# Den pessimistiske psykologen og den store dragen

En pessimistisk psykolog fra Drammen mener å vite hva som er galt i den norske helsetjenesten. Men den stygge dragen han peker på, finnes ikke.



**BENT HØIE**, helse- og omsorgsminister

**NEW PUBLIC MANAGEMENT**

**JEG KJENNER DET** fortsatt risle kaldt nedover ryggen når jeg tenker på Katla.

Alle som har lest *Brødrene Løvehjerte*, gjør det. Katla var en svart drage som sprutet flammer på den onde Tengels befaling. Hun vokste seg etter hvert så stor og sterk at Tengel mistet kontrollen over henne. Så det endte riktig ille. Både for Katla og Tengel.

Jeg kom til å tenke på Katla da jeg leste bekjennelsene til psykologspesialisten som er ganske så pessimistisk på den norske helsetjenestens vegne. Sverre Bryn skriver både klokt og velformulert. Jeg har forståelse for frustrasjonen han målbærer, og jeg deler ønsket hans om at behandlerne skal få bruke mer tid på behandling. Men jeg mener han tar feil når han skriver om hva utfordringene i psykisk helsevern skyldes, og hvordan vi bør møte dem. Da peker han på New Public Management.

## ALT SOM ER GALT

Jeg har hørt det før. Både under denne og tidligere regjeringer: At alt som er galt i den norske helsetjenesten, skyldes New Public Management. Tenkesettet fra åttitallet blir framstilt som en ond drage som har vokst seg stor og sterk på å spise opp det meste av menneskelighet og handlekraft i helsetjenesten. Etter hvert har den blitt så stor og uregjerlig at politikerne har mistet kontrollen over den. New Public Management får kort sagt skylden for alt som er vondt og vanskelig.

Psykologspesialisten fra Drammen ender også opp med denne konklusjonen.

Dermed blir hans svar på utfordringene i helsetjenesten tilsvarende enkelt: At alt blir bra bare politikerne kvitter seg med New Public Management og styggedommen som hører den onde dragen til – herunder rapportering og registrering. Eventyret ender godt bare vi tar livet av monstret.

Så enkelt er det ikke. Etter mitt syn handler utfordringene innenfor psykisk helsevern om langt mer enn krav til registrering og rapportering. Vi trenger bedre rammevilkår. Bedre organisering. Bedre ledelse. Bedre samhandling og samarbeid. Dette er viktige temaer både i primærhelsemeldingen og helse- og sykehusplanen som vi nå arbeider for fullt med i departementet.

## BEDRE KVALITET

Vi som er politikere, har det overordnede ansvaret. Vi må sørge for gode rammevilkår og bidra til mindre byråkrati. Det er vi i gang med. Vi har gjeninnført den gylne regel for å sikre at helseforetakene satser på psykisk helse. Vi har varslet lovkrav om psykologer i kommunene og et finansieringssystem som sikrer at kommunene ansetter flere. Vi gir psykologer adgang til å henvise til spesialisthelsetjenesten, slik at pasientene slipper å dra fra kontor til kontor, og psykologene slipper å få velsignelse fra lege for å sikre pasientene nødvendig hjelp.

Men jeg er ikke enig i at rapportering og registrering er et onde i seg selv. Vi er nødt til å følge med på hvilke tjenester pasientene får, og hvordan vi bruker fellesskapets midler. Vi ønsker et medisinsk kvalitetsregister innenfor psykisk helse for å få mer kunnskap om hvilken behandling pasientene får, og resultatene av den. På den måten kan vi kontinuerlig forbedre kvaliteten på behandlingen

– Etter mitt syn handler utfordringene innenfor psykisk helsevern om langt mer enn krav til registrering og rapportering

Den enkelte sykehusavdeling eller det enkelte distriktpsikiatriske senter skal ikke styres fra et departement i hovedstaden. De som leder den daglige driften, har også ansvar for at behandlerne får drevet mest mulig med behandling. Vi vet at dårlig organisering fører til unødvendig byråkrati mange steder. Vi vet at dårlig ledelse hindrer fornyelse. Vi vet at manglende samhandling mellom ulike behandlere og ulike sektorer får ting til å stoppe opp.

Utfordringene finnes på mange områder. Derfor må de også møtes på mange områder.

Jeg er glad for at den pessimistiske psykologspesialisten fra Drammen slår fast at vi er på samme lag. Vi kan kjempe sammen som brødrene Løvehjerte. Ikke mot en ildsprutende drage. Men for en helsetjeneste der pasienten står i sentrum.

PS: Jeg mener å huske at den yngste av brødrene Løvehjerte også var av det litt pessimistiske slaget. Det var han som ble den største helten. ❌



## Ikke for gammel

**INGEBJØRG EGGE**, leder for fondsstyret i Psykologforeningen

### ALDER OG VIDEREUTDANNING

**STYRET I FOND** for videre- og etterutdanning la inn en begrensning for tildeling i 2015. Fordi midlene vi har til utdeling, er begrensede, vurderte styret at de som mottar pensjon i tillegg til arbeidsinntekter, har økonomisk mulighet til å betale for videre- og etterutdanning selv. Fondsstyret har selvsagt ikke ønsket å legge noen føringer for hvor lenge psykologer skal arbeide. Fondsstyret ble tidligere i år kontaktet av sekretariatet i Norsk psykologforening, som gjorde oss oppmerksomme på at dette er aldersdiskriminering. Siden denne begrensningen i tildeling har fått konsekvenser som fondsstyret ikke forutså, formidlet fondsstyret til Psykologforeningen at denne aldersdiskriminerende praksis selvsagt vil opphøre. ❌

### Fra arkivet: 1992

#### Hvem er tidsskriftet til for?

Dørstokken har blitt så altfor høy! Kritiske konsulenter sørger for at den alminnelige kliniker ikke kan få trykket noe om interessante erfaringer og funn fra sin praksis.

**Hva** ønsker leserne? Praktisk «matnyttig» stoff som er aktuelt i tiden eller gamle undersøkelser? Våren 1990 foretok en kollega og jeg en liten effektundersøkelse av gruppeterapi. Andre kolleger fant funnene så interessante at de oppfordret oss til å få materialet publisert. Det har blitt antatt som foredrag på den 11. int. gruppeterapikongressen i Montreal, men ble i november -91 for fjerde gang tilbakesendt fra TNPF fordi konsulent nr. 4 ikke var fornøyd med formuleringene. Det nærmer seg nå to år siden dette arbeidet ble utført. (...) Hvor gammelt skal det bli før det er modent nok for TNPF?

**Hvordan** ønsker vi våre arbeider bedømt? Er det tidsskriftets lesere som skal få bedømme hvor bra et innlegg er eller er det tidsskriftets konsulenter? En redaktør trenger uten tvil rådgivere, men fortsatt bør det være redaktøren som er ansvarlig for hvilke konsulenter som blir valgt og hva som trykkes. (...)

**Hvem** skal bestemme konsulentens makt? Jeg har trodd at dette var oss medlemmer og at redaksjonsstaben fulgte retningslinjer gitt av NPF. Imidlertid skjer det en skjult styring ved at de anonyme konsulentene får en alt for stor makt. Dette opplever jeg som farlig da konsulentene kan komme til å ensrette et fagtidsskrift. Ja, det hele kan utvikle seg farlig nær opp til sensur.

**Hva** bestemmer konsulentenes makt? Det er redaktøren som avgjør hvor mye makt konsulentuttalelsene skal ha! I dag er det i TNPF tydeligvis slik at konsulentene har det første og siste - avgjørende! - ordet. Har ikke en konsulent anbefalt en artikkel for trykking så blir den overhodet ikke vurdert. (...)

**Hvordan** vil vi ha det? Redaktøren bør få klare retningslinjer for sin bruk av konsulenter. Konsulentene bør få klare retningslinjer for hvor langt de kan gå i sine uttalelser. Forfatterne bør få klare direktiver om at de kan avvise konsulentendringer i manus som medfører at meningsinnholdet forandres.

Bjarne Aasum i spalten «Speakers' Corner», januar 1992



**KERSTIN SÖDERSTRÖM** er barnepsykolog ved BUP Lillehammer og postdoktor ved Høgskolen i Lillehammer. Sammen med Tor Levin Hofgaard, Anne-Grete Terjesen og Bent Høie er hun fast kronikør.

# Helsetjenesten - et skip uten kaptein

Den minste pasienten kan bli tidenes beste investering. Nå venter vi i spenning på Folkehelsemeldingen, som er like om hjørnet.

**EN TRAGISK DAG** i fjor ble en ettåring forlatt alene hjemme mens foreldrene var hos psykologen. Da foreldrene kom hjem var gutten død. Et omfattende tilsyn avdekket at psykologen, fastlegen, helsestasjonen, barnevernet, NAV og barnehagen hver for seg visste at situasjonen i familien var vanskelig, men uten at problemene ble vurdert samlet. «Mange er så opptatt av sitt delansvar at helheten glipper. Det blir som et skip uten en kaptein på broen», sa velferdsdirektøren hos Fylkesmannen i Nord-Trøndelag (Aftenposten 2.12.14). Kommunen fikk pålegg om å sikre et tverrfaglig samarbeid mellom ulike instanser når et barn er i risikosonen. Rådmannen erkjente samhandlingsproblemene: «De er ganske mange, med forskjellige ansvarsområder, men det er absolutt en mulighet for oss til å bli enda bedre.»

Helseministeren vet at kontinuiteten i helsetjenesten svikter. Særlig grupper med sammensatte og langvarige problemer lider under manglende koordinering. Høies visjon er at glipper skal tettes, og gjennom å lytte til pasientens stemme skal pasientens helsetjeneste skapes. De minste pasientene, mellom unnfangelse og to-tre år, har få og ingen ord og svake stemmer. De trenger likevel å bli hørt, fordi den minste pasienten er samtidig den viktigste.

## TIDLIG INNSATS

Barndommen starter i mammas mage. Der starter også påvirkninger og omstendigheter som i verste fall kan påføre individet tunge og varige belastninger. Kunnskapen sier at det viktigste folkehelseiltaket i vår del av verden er å sørge for trygge, gode barndommer. At det samtidig er den beste samfunnsøkonomiske investeringen, burde få helsepolitikere og samfunnsøkonomer til å spisse ører. Nobelprisvinner i økonomi, Dr. Heckman, har vist at tidlig innsats gir samfunnet 10 % avkastning per år! Jo tidligere, desto større avkastning i form av bedre utdanning, helse og sosiale strukturer, høyere produktivitet, lavere kriminalitet og reduserte sosiale utgifter. Avkastningen er større enn investeringer i veier, vann og avløp. Likevel bruker vi milliardbeløp på å bygge tunneller og tette asfalthull, mens vi kniper på investeringer for å reparere og styrke den menneskelige infrastrukturen.

Det ferske foreldreskapet er en livsfase hvor den voksne er åpen og motivert for endring, og barnet er som mest avhengig og formbart. Vi har kunnskapen, vi har metodene, men får ikke brukt det vi kan. Årsakene er mange.

Hver enkelt helse- og omsorgstjeneste er først og fremst rigget for å ivareta sin deloppgave, og har nok med den. Når én tjeneste anser at

målet er nådd, kan den «mønstre av» uten å gi beskjed til de andre. De som skal kontrollere denne uhyre viktige skipsfarten, mangler verktøy for å samordne. Forpliktelsene til gjensidig samarbeid er løst definert, og preget av holdningsmessige og strukturelle hindringer. Helheten glipper, og den minste pasientens helse-tjeneste blir en sjanseseilas.

Utfordringene i trøndelagskommunen er de samme som i alle andre kommuner. De må samle seg om en felles forståelse av hva som er de viktigste problemene, ressursene og målene, og deretter sammen bidra til stø kurs. For å lykkes med en tverrfaglig innsats må tjenestene ha et felles sjømerkesystem, og ingen seilas uten koordinering eller kaptein. Internkontrollsystemer må suppleres med systemer som ivaretar kvaliteten i mellomrommet mellom tjenester.

I psykisk helsevern er kvalitet redusert til noe som enkelt kan telles, og måloppnåelse til antall refusjonsberettigede konsultasjoner per dag. Takst- og tilsynssystemene fører til avkrysning og telling: én pasient, én diagnose, én behandler og ett tiltak. Det er et uegnet system for den minste pasienten, som må ha hjelp før noen diagnose kan settes. Som må ha hjelp via sine foreldre, via NAV, fødselsomsorgen og barnehagen, og fra mange hjelpeinstanser – samtidig. Hva gjør forresten Psykologforeningen for at takstsystemet skal komme i takt med faglighet og helsepolitiske ambisjoner om tidlig inn?

#### «NASJONAL TRANSPORTPLAN» FOR BARN

For å skape den minste pasientens helsetjeneste er det ikke nok med holdningsendringer, som helseministeren antyder i årets sykehustale. Ferske foreldre og sped- og småbarn i

risiko trenger noe liknende som Nasjonal transportplan: en toppforankret, utvetydig og langsiktig strategi. Nasjonal transportplan for 2014–2023 har for øvrig en økonomisk ramme på 508 milliarder kroner.

Jeg misliker å bruke bedriftsøkonomenes språk og argumenter i denne sammenhengen, men kost – nytte, inntekt – utgift, investering – avkastning har blitt helse- og omsorgstjenestenes styringsverktøy helt ned til møtet med den som lider. Da bør det også gjelde helt opp til de som styrer landet. For nobelprisvinneren har et uslåelig og evidensbasert argument. Tidlig innsats for å styrke den menneskelige infrastrukturen gir den største samfunnsøkonomiske avkastningen. Bonusen er at flere får bedre liv.

Heckman og hans kolleger sier at samfunnets ledere må planlegge for en maraton, og ikke en spurt, dvs. langsiktige, systematiske investeringer hvor resultatene viser seg etter tiår. Dagens satsninger på utsatte sped- og småbarn og deres foreldre fortøner seg mer som et dårlig organisert spurtmesterskap.

Mon tro om Folkehelsemeldingen, som er like om hjørnet, vil være visjonær, langsiktig og kraftfull på den minste pasientens vegne? Tenk om den smeller til med en budsjettamme på minst 10 milliarder hvert år de neste ti årene. Det vil være mindre enn én femtedel av det Norge satser på vei. Gevinsten over tid er, ifølge Hackman, 10 kroner tilbake for hver krone investert.

Tenk det ... Den minste pasienten, tidenes beste investering. ✕



Dagens satsninger på utsatte sped- og småbarn og deres foreldre fortøner seg som et dårlig organisert spurtmesterskap

*Kerstin Sæderström*

# Heftig om medisiner og psykose

Selv briljant journalistikk får ikke uten videre konsekvenser



**TEKST** Odd Volden  
Brukeraktivist

Psykologtidsskriftet. Februar. Side 126–131. Tre psykologer, to av dem til og med professorer, intervjuer den amerikanske journalisten og forfatteren Robert Whitaker om negative konsekvenser ved psykofarmaka. Så langt ikke mye å heve øyenbrynene over. Alle vet at det kan følge bivirkninger med medisiner. Men så leser man, og så ser man at dette er noe annet.

Greit at medisiner kan ha bivirkninger. Eller, ikke greit, da, men hvis det medisinene skal virke mot, er alvorlig nok, og blir borte, eller i hvert fall mindre plagsomt, kan det, i hvert fall noen ganger, være til å leve med. Cellegift, for eksempel, er visst ikke veldig trivelig. Metadon har visst også noen nedsider.

Men hvis medisinene bare virker på kort sikt, eller hvis de til og med virker slik at de etter hvert skaper omtrent de samme problemene som de egentlig skulle virke mot, bør det kanskje lyse rødt. Også for psykologer, selv om de kanskje ikke har klart å tilkjempe seg foreskrivningsrett ennå.

De tre psykologene og Whitaker drar oss gjennom denne materien så det er en fryd. Ikke fordi det er hyggelig lesning, men fordi det er akkurat så pedagogisk at vi får med oss hvert ord og hvert poeng, og akkurat så stramt at vi ikke rekker å kjede oss et sekund. Og så er det så *balansert!* Ja, etter dette kan vel selv ikke leger og sykepleiere og psykologer på post C innerst på Valenmark psykiatriske sykehus klare å snu ryggen til Whitaker? Eller, er det nettopp det de klarer, denne gangen også?

Psykologene spør nemlig om hvorfor praksisen med overmedisinering ikke stopper umiddelbart. Whitaker svarer: 1. Legemiddelindustrien er for mektig. 2. Psykiatrien har tro på medisinene; fagfolkene ser jo ikke de som ikke dukker opp i svingdøra igjen. 3. Pasientene

vil ha kjappe løsninger (og, tar jeg sjansen på å legge til: de blir jo ikke akkurat presentert for veldig mange andre muligheter heller). 4. Brukerorganisasjonene finansieres av medisinindustrien (her er det vel ganske tydelig at det er en amerikaner som snakker). 5. Samfunnet har nå engang organisert tjenestene rundt medisinbasert behandling.

For norske forhold vil det kanskje være mest interessant å konsentrere seg om punkt 2 og 5. Hvordan får vi fagfolk og ledere i spesialisthelsetjenesten til å slutte opp om den psykososiale vendingen? Hvordan kan vi få myndighetene til å tørre å trosse mausoleumsvokterne? Hvorfor er norske journalister og intellektuelle så apatiske? Hvorfor er det ikke flere psykologer i lederstillinger som gjør felles sak med sentrale norske reformatorer som Trond Aarre, Birgit Valla, Marit Borg og Bengt Karlsson?

Et svar finner vi kanskje i anmeldelsen av Robert Whitakers bok *En psykiatrisk epidemi* (Abstrakt forlag, 2014) i samme utgave av tidsskriftet. Anmelderen skriver: «Enkelte deler av argumentasjonen fremstår som så motstrøms at jeg følgelig begynner å lete etter motargumenter. Kan så mange ta så feil?» Ser vi ikke her et tydelig eksempel på legenes, medisinens og medisinenes makt over sinnene, i dobbelt forstand?

Et formelt poeng, til slutt: Hvis redaksjonen kan snu spillet en gang (psykologer intervjuer journalist), hvorfor ikke gjøre det konsekvent? Helseministeren intervjuer lederen for Norsk psykiatrisk forening. Lederen for psykologforeningen intervjuer helseministeren. Lederen for Mental Helse intervjuer lederen for LPP. Og så videre. Som dronning Margrethe av Danmark fremholdt i en nyttårstale en gang: «De fleste problemer kommer fra de samtalene vi ikke fører.»



## Profesjonsvedtak omgjort på Blindern

På Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo har det i lengre tid vært strid om hvilke kvalifikasjoner som er nødvendig for å bli instituttleder. I en stillingsutlysning fra februar i år er et av kriteriene for å søke jobben at man har tatt profesjonsutdanningen i psykologi. Dette falt masterstudentene tungt for brystet: - Jeg vil gjerne høre noen argumenter for hvorfor en profesjonsutdannet psykolog er bedre skikket som instituttleder enn en psykolog med mastergradsutdanning, sa masterstudent Niklas Poulsen Viki til Universitas i februar.

Nylig gjorde instituttledelsen om på vedtaket etter et ekstraordinært styremøte i mars. Dekan Fanny Duckert ved det samfunnsvitenskapelige fakultetet er fornøyd med beslutningen.

- Jeg mener dette er et klokt vedtak. Jeg har tidligere sagt at det i utgangspunktet ikke er et godt kriterium å sortere hvem som kan søke på stillingen på denne måten, sa Duckert til Universitas i mars. Instituttledelsen har som mål å lyse ut stillingen på nytt før sommeren.

## Kjernejournalen

**I midten av mars fekk alle innbyggjarar i helseregion Vest-Norge og delar av helseregion Midt-Norge sin eigen kjernejournal.**

Kjernejournal er ei ny elektronisk teneste som inneheld viktige opplysingar om enkeltpersonar si helse, som både innbyggjarar og helsepersonell har tilgang til. Blir ein akutt sjuk, har helsepersonell rask og sikker tilgang til opplysingane i kjernejournalen, skriv Helsedirektoratet på helsenorge.no.

Kjernejournal erstattar ikkje journalen hos fastlegen, psykologen eller på sjukehuset, men utgjør eit viktig supplement, især i akutsituasjonar der det hastar med å finna informasjon om helsetilstanden.

700 000 innbyggjarar har per i dag fått kjernejournalen sin, skriv Helsedirektoratet. Planen er å utvide tilbudet til å gjelda for alle helseregionane i landet.

Innbyggjarar som er registrert, kan sjølv gå inn på helsenorge.no/kjernejournal og registrera kontaktpersonar, sjukdomar og om dei har svekka syn, hørsel eller behov for tolk.

Ifølgje Helsedirektoratet vil journalen bli automatisk oppretta for alle innbyggjarar i Noreg etter kvart som løysinga blir teken i bruk i kommunane. Det vil òg vera mogleg å reservera seg for tenesta.



FOTO: ARNE OLAV HAGERBERG

**DEBATT:** Psykolog Janne Horgen Friberg (tv.) i debatt med Birgit Valla, Andreas Høstmælingen, Jan Fredrik Andresen og Tor-Johan Ekeland på Litteraturhuset i Oslo. Debatten ligger på Youtube. Søkeord: «Tellekrise!».

## Psykisk helsevern i gjørma?

**- Psykisk helsevern begynner å likne en firehjulsdrevet SUV som spinner i gjørma. Den sluker bensin, men kommer ingen vei.**

Det skrev psykolog Janne Horgen Friberg i Klassekampen 19. mars, samme dag som hun deltok i debatt på Litteraturhuset i Oslo om styring av psykologers praksis. Debattleder var psykolog Yasmin Sofia Iqbal, og debatten var et samarbeid mellom Psykologtidsskriftet og Psykologforeningens Oslo-avdeling.

Professor Tor-Johan Ekeland, fagsjef Andreas Høstmælingen, psykolog og leder Birgit Valla og Helsetilsynets direktør Jan Fredrik Andresen utgjorde resten av panelet. Målt etter applausen hadde Horgen Friberg og Ekeland sterk støtte i den fullsatte salen.

- Et helsesystem basert på mistillit er veldig kostbart, framholdt Ekeland.

Mindre styringskritisk var fagsjef Andreas Høstmælingen i Psykologforeningen.

- Når vi snakker om styringsmekanismene, mener jeg det er viktig også å snakke om hvorfor det er behov for å styre, sa Høstmælingen. Han fremholdt at for best mulig å forvalte samfunnets ressurser har det vært viktig for politikere å få ned ventetider, få tjenestene likt geografisk fordelt, og gi pasientene lik kvalitet i behandlingen.

Blant publikummere Psykologtidsskriftet snakket med etter debatten, vakte dette utsagnet til debattant Horgen Friberg noe oppsikt:

- Sterke krefter ønsker å strømlinjeforme behandlingen i psykisk helsevern ytterligere ved å innføre standardiserte behandlingsforløp basert på diagnoser. Dette vil øke graden av oversikt og kontroll, men ingenting tyder på at det har behandlingseffekt, sa hun.

At det ikke har behandlingseffekt, var det få som ville skrive under på som et faktum.

# Inntrykk



Engasjerende BBC-dokumentar om behandling av psykiske lidelser.

Side 360

Bokens svakhet er den kategoriske tonen, som ville vært en svovelpredikant verdig, skriver anmelder Markus Lindholm om *Digital demens*.

Side 362

Carl Frode Tillers romantrilogi er et mesterlig dypdykk i menneskesinent, mener Adriane Lilleskare Lunde.

Side 364

## 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: BOK

# Sjenerøs - og litt for ambisiøs

Lund vil mye med denne boken. Tidvis er den lærerik, andre steder blir fremstillingen overfladisk.



### OLE CHRISTER FINSET LUND

Selvfølelses- og mindfulness-fokusert terapi (SMFT). Manual for psykologisk behandling Gyldendal Akademisk, 2013. 231 sider.

**OLE CHRISTER F. LUND** ga i 2011 ut *Senk stresset i familielivet. Mindfulness i foreldrerollen*, en selvhjelpsbok. Målgruppen for denne boken er psykologer og fagpersoner med annen helsefaglig-, pedagogisk eller sosialfaglig bakgrunn. Boken er en kombinasjon av manual for psykologisk behandling og en oppskrift for hvordan starte opp og gjennomføre kurs i stressmestring.

Lund presenterer ti bærende prinsipper som konkretiserer gunstige faktorer for endring. De ti prinsippene, sammen med en «intervensjons-stjerne», er ment som konkret og praktisk hjelp for terapeuten til å gjøre gode valg og strukturere behandlingen. Prinsippene konkretiserer gunstige faktorer for endringsprosesser, og omhandler faglig tilnærming, metode og terapeutisk holdning. SMFT-modellen har også elementer fra kognitiv atferdsterapi, løsningsfokusert terapi, narrativ terapi, psykodynamisk terapi, tilknytningsteori, foreldreveiledningsprogrammer og familierapi. Boken har mange kasusbokser hvor man følger den fiktive kommunepsykologen Ola og helsesøster Gunn, og ser hvordan de vurderer og håndterer utfordringer og dilemmaer.

### VEKSLLENDE KVALITET

Rekkefølgen på bokens ti kapitler virker noe forvirrende og ulogisk. De to innledende kapitlene som presenterer SMFT-modellen, pirret min nysgjerrighet, og jeg var klar for å lese mer om hvordan jeg kunne anvende disse prinsippene i min kliniske hverdag. Men når tredje kapittel i all hovedsak inneholder en detaljert oppskrift på hvordan starte opp og gjennomføre kurssekvensen «Senk stresset i familielivet», blir jeg litt frustrert. De

### ANMELDT AV

Kate I. Rivø  
Psykologspesialist ved Nordre Vestfold DPS, Poliklinikk for gruppebehandling



tre spredte kapitlene om kursgjennomføring er nyttige, men gjør boken noe mindre leservennlig i den rekkefølgen de står. Sannsynligvis ville det fungert bedre om kurskapitlene hadde stått samlet.

De fire kapitlene om faseorientert tilnærming og allianse, mindfulness i behandlerrollen, SMFT i individualterapi, og timing og profesjonell holdning, inneholder mye interessant og nyttig stoff, bl.a. mindfulness-instruksjoner. Disse ligger også som lydfiler på bokens nettside. Her synes jeg forfatteren på en svært lærerik måte har satt sammen kunnskap fra flere terapiretninger. Kapitlet om SMFT i individualterapi var det kapitlet jeg likte best. Her gir forfatteren en relativt kort, men oversiktlig beskrivelse av viktige temaer – som selvtilstander, utforskning av selvopplevelse, følelsesregulering og bruk av tolkning og påpekninger. Når forfatterens intensjon er å *integre* flere ulike tilnærminger, virker det imidlertid litt rart at kapittelet er delt inn i to hovedavsnitt om selvfølelsesfokuseret individualterapi og mindfulnessfokuseret individualterapi.

I kapitlet om timing og profesjonell holdning presenterer Lund en «intervensjonsstjerne» med fire fokus, til hjelp for å time ulike intervensjoner: samtale/utforskning, angstregulering, handling, og reparasjon av alliansebrudd. En slik modell fanger naturligvis ikke opp alle nyanser og utfordringer som ligger i

psykologisk behandling, men kan være nyttig som en bevisstgjøring på hva som skjer i relasjonen og hva klienten kan trenge når.

#### VIL FOR MYE?

«Manual for psykologisk behandling» er bokens ambisiøse undertittel. Lund skriver at SMFT er et forsøk på å utvikle en systematisk modell som kan bidra til å strukturere behandlingsforløp og gi hjelp til å sortere og organisere ulike intervensjoner. «Manual» synes ikke å være dekkende for annet enn kapitlene om kursmodellen «Senk stresset i familielivet». Det virker som Lund *vil* veldig mye med denne boka; at han vil vise alt han vet og har lært og sette *alt* sammen til et hele. Til tider gjør det boken noe oppsummeringspreget og overfladisk. Man må ha grundigere kjennskap til tilnærmingene for å kunne bruke dem, og antakelig må man uansett gjøre integreringsjobben selv.

Lund har likevel et *sjenerøst* prosjekt. Det er mye nyttig stoff i boka. Han har gjort en stor jobb med å sette seg inn i forskjellige tilnærminger, og deler sine erfaringer, sin kursmodell og sine redskaper («rekvisitalager»). Jeg synes formidlingen av en psykologs mindfulnessstilnærming er bokens styrke. Samlet sett tror jeg boken kan være god hjelp, særlig for nyutdannede terapeuter. Skal man drive kurs å la «Senk stresset...» eller andre psykoedukative grupper, vil boken også være nyttig. ❌



Lund har gjort en stor jobb med å sette seg inn i forskjellige tilnærminger, og deler sine erfaringer, sin kursmodell og sine redskaper

**TRE AV HOVEDPERSONENE**  
i *Football, Madness & Me*. (Foto: BBC)



## Fotballgalskap

Varm og engasjerende dokumentar om psykiske lidelser og behandling i primærhelsetjenesten, med fotball og selve laget som det bærende element.



**KATE TAUNTON** (regi)  
*Football, Madness & Me* (dokumentar)  
BBC - 2013

**ALBERT CAMUS, NOBELPRISVINNER** i litteratur og tidligere fotballkeeper, skal ha uttalt at han i valget mellom teater og fotball uten tvil ville valgt fotball. Det viktigste han hadde lært om moral og forpliktelser, hadde han fra dette spillet. Man kan nok undres om dette er verdier som råder i dagens fotball, tilsynelatende preget som den er av oppblåste ego, astronomiske lønninger, trofébarn og ærgjerrige voksne. Men fotball spilles i hovedsak langt unna flombelyste stadioner. Fotball spilles på stranda, i parken, på gata, i bakgårder, over kjøkkengulvet – og ballen er den samme, for den som treffer, for den som bommer.

### I FØRSTE LINJE

I rekken av interessante dokumentarer har NRK i vinter sendt Kate Tauntons *Football, Madness & Me*. På norsk: Fotballgalskap. En høyst aktuell og engasjerende dokumentar om behandling av psykiske lidelser, som illustrerer at fotball kan handle om så uendelig mye mer enn forholdet mellom spiller, ball og mål. Filmen fletter sammen historien til tre unge mennesker som lider under enten hallusinasjoner og vrangforestillinger, tvangslidelse eller følelsesmes-

sige monsterbølger og selvskading. De spiller på samme lag, Haringay FC, i en helt egen fotball-liga i London, *Positive Mental Attitude-league* (PMA-league). I sin enkelhet er PMA-league et lavterskel behandlingstilbud i helsevesenets første linje, der det som er felles for spillerne på hvert lag, er at de alle har betydelige psykiske og sosiale problemer.

Jamal (27 år) har diagnosen paranoid schizofreni og er tvangsinnlagt på lukket avdeling. Han kan iblant preges av hallusinasjoner, og han er overbevist om at han er profesjonell fotballspiller, at klubber som Arsenal og Barcelona står på trappene for å kjøpe ham, og at navnet han har fått av Gud, er Ronaldo. For Jamal byr fotballen på en enestående anledning til å komme ut, sammen med andre. Adam (21 år) har en alvorlig tvangslidelse. Det dreier seg om frykt for skitt og smitte, han dusjer og skrubber, før han igjen dusjer og skrubber. Han fungerer dårlig i hverdagen, og har knapt vært utenfor døra de siste årene, han er fange i sitt eget hjem. Men også huset er blitt et problem, med rom han ikke kan bevege seg i, med møbler, vegger og dører han ikke kan ta på. Han utsettes for eksponering, og

### ANMELDT AV

Eivind Normann-Eide,  
psykologspesialist

fotballen involverer fysisk kontakt, bakterier, svette og søle, mer enn nok til å bringe Adam ut av kontrollsonen.

Hayley (28 år) bor for seg selv. Som barn var hun en talentfull fotballspiller. Toppskårer på aldersbestemte lag, spilte både for Arsenal og Chelsea, men strevde med å passe inn, og ble mobbet fordi hun ikke var som de andre. Hayley spilte for England da hun var 17, utviklet depresjon ikke lenge etter og sluttet med fotball. Hun trekker seg fortsatt unna andre, isolerer seg, skader seg, kvitter seg med troféer hun i mørke øyeblikk mener hun ikke fortjener. I en sår scene forteller hun at hun har kastet den siste landslagsdrakta hun spilte i da hun representerte England. Hayley ønsker å jobbe med fotball, og PMA-league har trenerkurs. Trenerrollen er utfordrende, og hennes utfordring er å stille opp på både gode og dårlige dager. Forskjellen mellom det ytre og det indre er stor, hun smiler tilforlatelig, men har en selvfølelse lavere enn knottene på fotballsko.

### LAGET

Dokumentaren begynner ved seriestart, og avsluttes ved sesongslutt. Vi ser Jamal skåre, han herjer på midtbanen og kommenterer til reporteren etter kampen, som en nøktern Steven Gerrard i glansdagene. Vi ser også Adam forlate banen i sinne da laget ligger under med ti mål, og vi ser Hayley gjennomføre trenerkurset. Teamet som følger laget, er ikke fotballtrenere. Enkelte er riktignok tidligere fotballspillere, andre er ergoterapeuter og rådgivere, støtte- og primærkontakter. Alle legger til rette for aktiviteter som involverer kommunikasjon, samhold, mening, enten det er på sykehuset sammen med Jamal, eller i form av gradvis eksponering og tett støtte hjemme hos Adam, der han begynner å lage mat og tar oppvasken for første gang på flere år.

Hvor syk kan man så være og likevel delta i PMA-league? Dokumentaren illustrerer at svaret på dette spørsmålet avhenger av hvorvidt den enkelte har en balansert og stabil oppfølging i hjem, bydel eller kommune. Gjort riktig kan man da være ganske så syk, og like fullt være i stand til å gjennomføre en sesong. Spillerne har alle en tettere eller løsere tilknytning til spesialisthelsetjenesten, ikke minst Jamal, som er under tvungent psykisk helsevern. PMA-league tilbyr imidlertid en oppfølging som ikke lar seg gjennomføre på en avdeling, eller på psykologens kontor. Det unike med PMA-league er gruppen, lagarbeidet, identifikasjon, konfliktløsning, tilhørighet og følelsen av at en blir savnet dersom en uteblir. Det dreier seg om det som skjer mellom pasninger, taklinger og skudd, i relasjonen mellom mennesker som møtes regelmessig over tid og blir trygge på hverandre. Heringay FC vinner og taper sammen, i et fellesskap og gruppesamhold langt unna ensomheten som gjerne følger den psykiske lidelsen.

Ja da, spillerne strever med sine problemer og varierende funksjon gjennom sesongen. Det er heller ikke gitt at alle de som plukkes ut til å være med i et slikt format, har like godt utbytte. *Fotballgalskap* er like fullt en dokumentar som evner å skildre det nære med både varme og humor, samtidig som den løfter blikket og viser hvordan en alvorlig psykisk lidelse ikke står til hinder for at lagidrett, gruppetilhørighet og tett oppfølging i primærhelsetjenesten kan spille en vesentlig rolle for behandling. Heringay FC gjennomfører sesongen, og de avslutter som et lag. Ritualene er på plass, premier, diplom og applaus deles ut. Det er sagt at av alle uviktige ting i verden er fotball den viktigste. Men for Jamal, Hayley og Adam hører fotball ikke til livets uviktige ting. Fotballen er simpelthen deres viktigste sted, for mestring, tilhørighet og kontakt med livet bortenfor sykdommen. ❌

## Ferskvare



### Seksualitet, utvikling og relasjoner

Seksualitet er en medfødt egenskap. Likevel er seksualitetens utviklingsmessige og

relasjonelle perspektiver lite diskutert, for eksempel i barns oppvekst, i skolen, helsevesenet og i institusjoner, hevder Stéphane Vildalen. Hun er aktuell med boka *Seksualitetens betydning for utvikling og relasjoner*, utgitt på Gyldendal Akademisk. Vildalen tar utgangspunkt i psykolog og sexolog Thore Langfeldts lange karriere, og knytter hans bidrag tett opp til nyere forskning. Boka har tre overordnede temaer: seksuell utvikling fra barn til voksen, forståelse og behandling av mennesker som begår seksuelle overgrep – og forståelse av seksualitet i et utviklingsperspektiv.



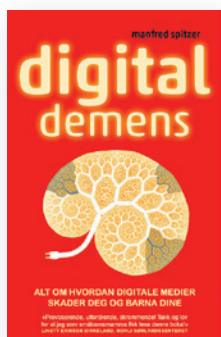
### Møtet med velferdsstaten

*I hjertet av velferdsstaten* av Karin Widerberg (red.) utgitt på Cappelen Akademisk, er ifølge

forlaget den første boka i Norden som gir en samlet framstilling av empiriske studier over den nordiske velferdsstatens funksjonsmåter i lys av institusjonell etnografi. Velferdsstatens institusjoner er en del av vår hverdag. Men hvordan fungerer den egentlig? Hvilken rolle spiller folks kunnskap og erfaringer i møtet med velferdsstatens regler og ordninger? Hvilke styringsdilemmaer eksisterer i den nordiske velferdsstaten i dag, hvor økt styringsaktivitet spilles ut mot folks kompetanse, skjønn og ansvar? De empiriske studiene i boka viser hvordan vi navigerer innenfor velferdsstatens institusjoner.

# Demente av nettet?

En av debattene sist høst handlet om hva den akselererende bruken av digitale medier gjør med barn. Saken fikk et ekstra fraspark med boka *Digital Demens* av Manfred Spitzer.



## MANFRED SPITZER

*Digital demens - alt om hvordan digitale medier skader deg og barna dine*  
Pantagruel Forlag, 2014.  
379 sider.

## ANMELDT AV

Markus Lindholm,  
biolog og forsker  
ved Norsk institutt  
for vannforskning

**SPITZER ER PSYKIATER**, men trekker veksler på moderne hjerneforskning. Tidligere mente man at hjernen var statisk og uten særlig evne til fornyelse. Men MR og annen skanningsteknologi har utløst et skred av ny kunnskap som har brakt neurofysiologer til forskningsfronten for barns kognitive utvikling. Og dette er ankerfestet som Spitzer gjør bruk av i sitt frontalangrep på IKT-verktøy i skolene, og på digitale medier i sin alminnelighet.

## DYP LÆRING

Teksten er dels svært irriterende og dels svært interessant. For å ta det beste først: Spitzers tese er at hjerneveksten i barndommen krever «dyp læring» – kunnskaper som erverves ved anstrengelse og øvelse, og tettest mulig på den ufiltrerte virkeligheten. Bare dermed modner og samstemmes hjernens finstruktur på riktig måte. Og Spitzer har trolig dekning for et slikt syn. Den ferdig utviklede menneskehjernen er ikke noe enkelt biologisk produkt. Omfanget av synaptiske nettverk mellom ulike nervesentre, som hvert øyeblikk formidler informasjon, integrerer nye erfaringer og skaper sammenheng for emosjonelle og kognitive beslutningsgrunnlag, er på vesentlige punkter formatert ved læring i oppveksten. Hvordan de ulike hjernedelene flettes sammen og organiseres gjennom stadig nye synaptiske kretsløp, som etter hvert fester seg som «spor» og «stier», avhenger av hva man gjør og øver på.

Trening fører til forandringer ikke bare i muskulaturen, men også i hjernen. Spitzer mener at småbarn på sett og vis tenker med hele kroppen. Håndverk, idrett, rim og leker, musikk, sang og dans er motoriske og emosjonelle bevegelser som gradvis sveiser hjernens hovedmoduler sammen til en funksjonell helhet. Det man senere «kan» – enten det handler om annengradsligninger, gitarspilling eller slalåm – stammer fra en øvingsvilje, der man gjentok manøvrene inntil de slo rot som synaptiske stier mellom ulike nervesentre – det man til daglig kaller ferdigheter. Og dette er dyp læring: «Ved at et saksforhold blir bearbeidet, altså at det blir sendt ut impulser over synapsene fra nevron til nevron i hjernen vår, endrer disse synapsene seg, og innholdet blir dermed også lagret. Hvor mange nevroner og synapser som er i gang med et saksforhold, er imidlertid avhengig av dybden i denne bearbeidingen» (s. 67). Spitzer ser dette som en forutsetning for i det hele tatt å kunne orientere seg i en digitalisert verden.

## ... OG GRUNN LÆRING

Kunnskap generert ved museklikk er ifølge forfatteren grunnere enn kunnskap ervervet ved anstrengelse og øvelse. Mot en slik bakgrunn er det Spitzer mener at digitale medier er uten verdi for skoleverket. For digitale verktøy leder etter sin egenart alltid til «grunn læring», både fordi de er digitalt filtrert, fordi de verken krever øvelse, konsentrasjon eller anstrengelse, og

fordi de frister til multitasking og svekker konsentrasjonen: «*I mer enn femten år har gode fagtidsskrifter publisert artikler av seriøse forfattere som avviser at læringen blir mer effektiv med datamaskiner i skolen. (...). Studier som viser at informasjonsteknologi har en negativ effekt på utdanning, finnes det imidlertid mange av*» (s. 86).

Spitzer går blant annet igjennom Roderio Belos analyser av skoleresultater ved 900 skoler i Portugal før og etter innføring av Internett og PC-er til alle elever. Reformen førte til svakere skoleprestasjoner, og forringelsen korrelerte med graden av nettbruk. Vel så tankevekkende er det at effekten var særlig tydelig i skoler som presterte svakt fra før. Det antyder at elever som har en viss faglig orienteringsevne, i større grad klarer å nyttiggjøre seg IKT, mens elever med løsere faglig ankerfeste ikke klarer det like bra. Kanskje kommer ikke det digitale klaseskillet til å handle om IKT-opplæring, men om hvor mye «dyp kunnskap» man har i bagasjen når man skal ut og se seg om på nettet.

For den som vet mye, er Google et uvurderlig verktøy. For den som derimot vet lite, fremmer den digitale verden først og fremst desorientering: «*De som bare har erfaring fra den virtuelle verden, er langt mindre flinke til å forstå den (...) enn de som har lært å be-gripe den virkelige verden*» (s. 279). Spitzer frykter at vi går tiår i møte der mental og nevrologisk forvitring vil gjøre seg gjeldende allerede i tidlig alderdom, og fortrinnsvis blant dem som ble ensidig eksponert for grunne læringsformer og digitale medier i oppveksten. Årsakene til aldersdemens er åpenbart sammensatte, men han ser for seg at digitale medier vil forsterke problemet: blant småbarn som forsinket språkutvikling, og senere som svekket konsentrasjonsevne og selvkontroll, ofte i kombinasjon med dårlig kosthold og lite fysisk aktivitet. I ungdommen øker utstrakt nettbruk sannsynligheten for lav utdanning, mindre robuste sosiale nettverk og dårlig helse, som i sum kan fremskynde neurofysiologiske svekkelser i tidlig alderdom: *digital demens*.

## SVAKHETER

I hovedtrekk står Spitzers argumentasjon seg godt, ikke minst der han bygger på nyere hjerneforskning. Hans kritikk av den lumre gråsonen mellom skolepolitikk og en IKT-bransje som søker å selge inn sitt syn som «forskning», er sikkert også betimelig, selv om mange av eksemplene er tyske og utenfor norske leseres kjennskap.

Bokens svakhet er den kategoriske tonen, som ville vært en sjoel-predikant verdig. Få er uenige i at cyberspace og sosiale medier kan være anselige støykilder, som kanskje til og med kan bidra til svekket hjerneutvikling. Men vår digitale virkelighet er mangfoldig, og den er for lengst også en del av barndommen. Skoleverket er dermed nødt til å ta denne virkeligheten inn over seg, og så får heller diskusjonen fortsette mens erfaringer gjøres i landets klasserom. Skepsis mot informasjon i ny innpakning er for øvrig intet nytt. Allerede Gutenberg ble anklaget for å forderve menneskesinnet. Og, som en historiker senere bemerket – anklagen var jo faktisk berettiget! For det trykte ord gjorde nok verden mindre uskyldig. Men det avfødte også noe nytt og vidunderlig, som kanskje var vanskelig å se der og da, men som skapte nye utviklingsrom både for fellesskapet og for den enkelte. På samme måte kan man ha tillit til at det finnes adekvate bruksområder for IKT i skolen – men kanskje må man desto sterkere fylle barndom og skolegang med dype læringshendelser, for å kompensere for alle muse-



Enkelte vil mene at kvaliteten på sakprosa faller med antallet skråsikre kursiver og utropstegn, og i så fall kommer Spitzer dårlig fra det



klikkene. Lest slik har Spitzers bok absolutt sin funksjon.

Enkelte vil mene at kvaliteten på sakprosa faller med antallet skråsikre kursiver og utropstegn, og i så fall kommer Spitzer dårlig fra det. Kategoriske «meninger» om komplekse problemer kan fort bli kjedelige, og forfatteren blir ganske enøyd når han, nærmest i samme avsnitt, hamrer løs på alt fra facebook og nettporno til digitale tavler og IKT-verktøy, samtidig som han utbrer seg om noe han kaller «internett», uten å klargjøre hva han egentlig sikter til.

Noe annet er at den norske utgaven er belemet med irriterende produksjonsfeil. Oversettelsen er middels, med stilistiske tungvintheter og språkfeil, og illustrasjoner som har falt ut. Notesystemet er forskjøvet, og flere referanser mangler eller er feilaktig satt opp i litteraturlisten, slik at utsjekkingen av kildegrunlaget etter hvert blir en vidløftig affære.

Men irritasjonen til tross gir *Digital demens* atskillig å tenke på, og debatten den har utløst, må man ønske velkommen. For det er liten tvil om at kunnskapsproduksjonen som foregår i grensesnittet mellom «dyp læring» og hjerneutvikling, vil måtte gis plass i det skolepolitiske beslutningsgrunlaget for IKT-bruk i landets klasserom. ❌

## Hjelper mamma framfor pappa

**Mamma får hjelp ved rus eller psykisk sykdom, mens pappa i samme situasjon blir bedt om å forlate familien.**

Dette kommer frem i doktoravhandlingen til Anita Skårstad Storhaug. Den er basert på intervjuer med 15 fedre og 14 saksbehandlere i barnevernet, og på spørreundersøkelsen *Det nye barnevernet*, hvor 715 foreldre deltok. Pappa opplever at bekymringsmeldinger om mamma ikke blir tatt på alvor, og at han bare blir involvert dersom han fremstår som en ressurs, skriver Kilden, Informasjonssenter for kjønnsforskning.

## ANBEFALT



## Dialogdrevet trilogi

I 2007 ble boken *Innsirkling* gitt ut på Aschehoug forlag. Syv år senere slutfører forfatteren Carl Frode Tiller sin romantrilogi. Gjennom tre bøker er livet til David blitt sakte skissert. Han har mistet hukommelsen, sin fortid og sitt selv. I en avisannonse oppfordres derfor venner og kjente til å sende inn brev, og slik veve sammen en identitet. Dermed begynner innsirklingen av en fremmed person, samtidig som menneskene som skriver til ham, blir stadig tydeligere for oss.

Innblikkene, historiene og livene er lagt til 80-tallets Norge, men nåtidsbeskrivelser preger også bøkene. Med imponerende psykologisk innsikt tegnes et svært realistisk bilde av mennesker i bygd og i by, da som nå. Det er først og fremst de treffende dialogene som blottlegger det kompliserte mellommenneskelige spillet vi alltid befinner oss i. Ladede kommentarer, ordenes doble betydning, setninger som blir hengende i luften; noen ganger gjør vi hverandre vondt når vi egentlig vil det motsatte, vi surrer oss inn i relasjonelle misforståelser og finner ikke alltid veien ut igjen.

Sirklene slutes omkring David i siste verk, og Tiller befester nok en gang sin posisjon gjennom styggvakker norsk realisme og et mesterlig dypdykk i menneskesinnet. Som leser sitter man igjen og lurer på hvorvidt det egentlig er mulig å skrive et liv. Kanskje vil det alltid finnes utallige sannheter om hvem man er?

Carl Frode Tiller er så langt i sitt forfatterskap blant annet tildelt Tarjei Vesaas' debutantpris, Kritikerprisen, P2-lytternes romanpris og Brageprisen. Han er blitt nominert til Nordisk Råds litteraturpris to ganger.

*Anbefalt av Adriane Lilleskare Lunde, redaktør i det studentdrevne psykologtidsskriftet Speilvendt.*



# 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 Psykolog-tidsskriftet:  
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@psykolog-tidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykolog-tidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.

## APRIL

---

### Kurs i PsykBase - Regnskap, nye funksjoner og NHH

20. og 21. april på Radisson Blu Scandianvia Oslo  
Se PsykBases annonse s. 367 og [www.psykbase.no/kurs](http://www.psykbase.no/kurs)

## MAI

---

### Kurs i PsykBase - Regnskap, nye funksjoner og NHH

11. og 12. mai på Scandic Nidelven, Trondheim  
Se PsykBases annonse s. 367 og [www.psykbase.no/kurs](http://www.psykbase.no/kurs)

### Demenssykdommer - Utredning, diagnostikk og behandling

28.–29. mai i Bergen. Se annonse s. 15  
i nr. 03/15 og [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning  
Påmelding senest 23. april

### Metakognitiv terapi

28.–29. mai i Bergen. Se annonse s. 16  
i nr. 03/15 og [www.psykologforeningen.no/kurs](http://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. 14  
i nr. 03/15 og [www.psykologforeningen.no/kurs](http://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. 12  
i nr. 03/15 og [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning  
Påmelding senest 23. april

### Hvordan gjennomføre effektive medarbeiderundersøkelser

28.–29. mai i Bergen. Se annonse s. 13  
i nr. 03/15 og [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning  
Påmelding senest 23. april

## JUNI

---

### Kurs i PsykBase - Regnskap, nye funksjoner og NHH

1. og 2. juni på Radisson Blu Royal Hotell, Bryggen  
Se PsykBases annonse s. 367 og [www.psykbase.no/kurs](http://www.psykbase.no/kurs)

### Fattigdom og omsorgsvurderinger

8. juni Thon Hotel Opera i Oslo kl. 10–16  
For mer informasjon se annonse s.10 i nr. 03/15 og [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)  
Påmelding til [olofgotestam@gmail.com](mailto: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](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

**SENTRALT I TRONDHEIM.** Pent, lite psykologkontor ledig heltid/deltid, både dag og kveld. Delt venterom med psykologspesialist **Kathrine S. Lorentz**, tlf. **975 21 284/e-post kalor@online.no**. Det er to psykologkontorer, samt venterom. Toalett og vaskerom i fellesgang i umiddelbar nærhet. Rimelig leie. Nær Studentersamfundet.

**OSLO – FROGNER.** Ledig kontor heltid/deltid i psykoterapeutisk kontorfellesskap med gode fasiliteter. Parkering. Henvendelse **22 50 60 78** eller **971 52 631 etter kl. 17**.



## Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

<b>Trinn 1 Bergen</b>	<b>11. – 13. mai 2015</b>
<b>Trinn 1 Oslo</b>	<b>15. – 17. september 2015</b>
<b>Trinn 2 Trondheim</b>	<b>6. – 8. mai 2015</b>
<b>Trinn 2 Oslo</b>	<b>9. – 11. desember 2015</b>

**Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,**  
EMDR Europe Approved Trainer

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

## 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](http://www.hypnoseforeningen.no)

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook

## NARRATIVEPERSPEKTIVER

anne@narrativeperspektiver.dk

Østerbrogade 29 3sal  
2100 København Ø  
tlf +45 2216 0065

### SUPERVISIONSFORLØB

MED HENBLIK PÅ AUTORISASJON FOR PSYKOLOGER

Forløb 13 hele dage • Opstart 18 Sept. 2015 • Kbh • Pris: 18.800,-  
Specialist & Supervisor: Anne Saxtorph

### NARRATIV KONFLIKTMÆGLING

AT FINDE VEJ TIL MULIG MENTALISERING AF DEN "ANDEN"

Workshop • 2 dage • 14 & 15 April 2015 • Kbh • Pris: 4.620,-  
Underviser: Cand.psych. Anne Saxtorph

### NARRATIVE BØRNEGRUPPER

NÅR BØRN VED NOGET OM SIG SELV OG HINANDENS FÆRDIGHEDER

Workshop • 2 dage • 28 & 29 April 2015 • Kbh • Pris: 3.800,-  
Undervisere: Trine Marie Madsen & Anne Saxtorph

### NARRATIV PARTERAPI

Workshop • 1 dag • 11 Juni 2015 • København • Pris: 1.600,-  
Undervisere: Anne Saxtorph

### MENTALISERING MED NARRATIVE TONER

MENTALISERING MED PROCESSUELT FOKUS

Workshop • 2 dage • 22 & 23 Okt. 2015 • København • Pris: 3.900,-  
Underviser: Cand. psych. Anne Saxtorph

### VISUEL TAVLEPRAKSIS

HVORFOR BRUGE ET WHITEBOARD I DINE SAMTALER & SUPERVISION?

Workshop • 2 dage • 1 & 2 Sept. 2015 • København • Pris: 3.900,-  
Undervisere: Cand. psych. Anne Saxtorph & Anne Romer Dispuq.

[narrativeperspektiver.dk](http://narrativeperspektiver.dk)



NORSK GESTALTINSTITUTT  
HØYSKOLE

## ØNSKER DU Å JOBBE MER KREATIVT OG MED EN STØRRE HELHETSFORSTÅELSE?

Vi tilbyr utdanning i

### GESTALTTERAPI

4-års deltidsstudium som gir 120 studiepoeng.

Oppstart høst 2015

### COACHING/VEILEDNING

2-årig deltidsstudium som gir 60 studiepoeng.

Oppstart høst 2015

Gestaltmetode er en av de mest utbredte retninger innenfor psykoterapi, coaching, veiledning og i organisasjons- og konfliktarbeid.

### INFOMØTER

**TRONDHEIM: 7. april** klokken 18:00 - 19:30

I RELASJON, Olav Tryggvasonsgate 8 - 10

**OSLO: 5. mai** klokken 18:00 - 19:30

NGI, Pilestredet 75 C, 0354 Oslo

For mer informasjon [www.gestalt.no](http://www.gestalt.no)





Norges ledende journalsystem,  
skreddersydd for psykoterapeuter.

## **NORSK HELSENETT DIREKTE I JOURNALSYSTEMET!**

Markedets laveste pris

Kompromissløs sikkerhet

Enkelt oppsett

### **Elektronisk kommunikasjon**

Radiologi  
Henvising  
Lab/Blodprøve  
Epikrise  
NPR-Rapport  
NHN-adressesøk  
HELFO-oppgjør  
Dialogmelding  
HPR-Søk  
Sykemelding  
Legeerklæring



12. Norske Psykologikongressen  
3.-4. september 2015, Oslo Kongressenter Folkets Hus

## Nøkler til endring

*Hva skal til for å løse opp fastlåste mønstre på individ- og samfunnsnivå?  
Hvilke prosesser skaper nødvendig stabilitet og grunnlag for endring?*

På Psykologikongressen 2015 er endringsprosesser en fellesnevner når gode fagfolk fra inn- og utland gjester møteplassen for verdens mest spennende fag 3.- 4. september.

Plenumsforedragene vil handle om temaer som aksept og forpliktelse, eksponering, atferdsproblemer og den terapeutiske kultur. Symposiene vil tematisk spenne fra helseledelse til klinisk praksis. Stikkord er radikaliserings, rosa kompetanse, spedbarnsforskning, parterapi og etisk refleksjon.

Vi tilbyr deg to dager som veksler mellom state of the art-presentasjoner og praksisnære symposier og foredrag. Vi ønsker deg velkommen til en inspirerende og lærerik kongress.

Blant de utenlandske celebritetene er Steven C. Hayes og Michelle G. Craske.

**Steven C. Hayes** er professor ved Universitetet i Nevada og har en betydelig vitenskapelig produksjon bak seg, der studier av hvordan språk og tenkning kan bidra til å forstå og lindre menneskelig smerte, står sentralt. Han er tidligere kåret til en av verdens mest innflytelsesrike psykologer.

**Michelle Craske** er professor ved Universitetet i California. Hennes felt er angstlidelser, både årsaken og behandling. Hun har studert kjønnsforskjeller når det gjelder forekomsten av angstlidelser, skrevet en rekke bøker; både terapeutguider og selvhjelpsbøker, og sittet i arbeidsgruppen som har ansvaret for angstlidelser i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).

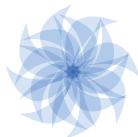
Sted og dato: Oslo Kongressenter, 3.-4. september 2015

Avmeldingsfrist: 30. juli 2015

Kursnr: 920-15

Kongressen er åpen for psykologer, leger og mastere i psykologi.

For program og påmelding se [www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning/Kongresser](http://www.psykologforeningen.no/Kurs%20og%20utdanning/Kongresser)



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo  
Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92



## Oppdag mulighetene dine med Danske Bank

Særdeles lav rente på boliglån. Svært gunstige betingelser på en rekke andre tjenester. Samme gode tilbud til samboer/ektefelle som til deg som medlem. Profesjonell rådgivning både til private og næringsdrivende. Og eget VIP telefonnummer; 05550.

Se fordelene og oppdag mulighetene på [danskebank.no/psykologforeningen](http://danskebank.no/psykologforeningen)



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING

[danskebank.no/psykologforeningen](http://danskebank.no/psykologforeningen)



# Du er garantert våre beste betingelser på forsikring

Magnus Wibe, Storebrand



Norsk psykologforening har sammen med Akademikerne forhandlet frem en spesialavtale for sine medlemmer på forsikring. Det betyr at du kan forsikre deg selv, din familie og dine eiendeler til ekstra gunstige betingelser. Du har også tilgang til et eget forsikringskontor, telefon 67 51 93 07, som hjelper deg med råd og spørsmål om dine forsikringer.

Du kan enkelt sjekke pris og bestille forsikringer på [storebrand.no/psykol](http://storebrand.no/psykol)

## Tidsskrift for Norsk psykologforening får ny distributør

Norsk psykologforening har inngått avtale om distribusjon av Psykologtidsskriftet med ny leverandør – Mediapost. Fra og med mai-utgaven, som har utgivelse 4. mai, vil Tidsskriftet distribueres med bud til våre lesere sammen med morgenavisen. Mediapost dekker 89 prosent av landets husstander. De som er ikke er dekket, vil få magasinet levert med Bring som før. Mediapost dekker ikke utlandet, postboks-adresser, Finnmark fylke og enkelte andre områder med få og spredte adresser.

Om du har gateadresse men er registrert med postboks-adresse i vårt adresseregister, og ønsker å endre til gateadresse kan du gjerne logge deg inn på min medlemsside og endre på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) eller sende en e-post til [medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no). Dette er helt frivillig. Fordelen med å endre adresse fra postboks til gateadresse er at Psykologtidsskriftet kommer på døren raskere etter utgivelse enn før – samtidig som foreningen sparer penger på den nye distribusjonsformen. Jo flere som velger bort postboksen, jo større besparelse.

Vi håper at leserne blir fornøyd med ny distribusjonsmåte for Psykologtidsskriftet.



[www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no)



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING

### 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](mailto:firmapost@adprofil.no)



Ved bestilling av individuelle stempler – kontakt: [winnie@psykologtidsskriftet.no](mailto:winnie@psykologtidsskriftet.no)

## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

UTGAVE	UTGIVELSE	BESTILLINGSFRIST
05/15	4. mai	17. april
06/15	1. juni	18. mai
07/15	1. juli	18. juni
08/15	3. august	20. juli

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



Tønsberg kommune er en attraktiv bykommune med 41.600 innbyggere. Flere store statlige aktører, som fylkesmannen, Direktoratet for brann og eksplosjonsvern og Sykehuset i Vestfold har kontorer i kommunen. For mer informasjon om kommunen, se [www.tonsberg.kommune.no](http://www.tonsberg.kommune.no).

## Utlysning av stilling som kommunepsykolog/psykologspesialist

### Arkivsaknummer 15/2515

Kommunen ønsker å styrke sitt psykologtilbud til voksne og lyser derfor ut en 100 % nyopprettet fast stilling som kommunepsykolog/psykologspesialist for voksne.

#### Aktuelle arbeidsoppgaver

Prioritert målgruppe er de unge voksne.

- Forebyggende tiltak og tidlig intervensjon når det gjelder psykisk helse og rusproblematikk
- Veilede og støtte øvrige ansatte i deres kliniske arbeid
- Gi debriefing til ansatte som har vært i kritiske og dramatiske situasjoner
- Være delaktig i kommunens folkehelsearbeid i samarbeid med andre fagpersoner og formidle kunnskap til beslutningstakere
- Samarbeide med kommuneoverlegen
- Være ressursperson for kommunens psykososiale kriseteam
- Individuell behandling i begrenset omfang
- Deltakelse i psykologfaglig nettverk lokalt og nasjonalt

#### Kvalifikasjoner for stillingen

- Offentlig godkjent psykolog/psykologspesialist
- Relevant erfaring fra arbeid med mennesker med psykisk lidelse og/eller rusproblematikk
- Det er ønskelig med erfaring fra organisasjonspsykologi
- Engasjement for tidlig innsats og tverrfaglig samarbeid
- Fleksibel og endringsvillig
- Førerkort
- Gode norskkunnskaper både skriftlig og muntlig

#### Vi kan tilby

- Et tverrfaglig og engasjert miljø med varierte arbeidsoppgaver
- Faglig nettverk
- Fleksitidsordning

Ansettelse skjer i hht. gjeldende lover, reglementer og tariffavtaler. Lønn etter avtale. Fra lønnen trekkes 2 % til pensjonsordning.

#### Ytterligere informasjon

Virksomhetsleder Inger Furuseth, tlf. 950 20 775, e-post [inf@tonsberg.kommune.no](mailto:inf@tonsberg.kommune.no)  
Kommuneoverlege Sigmund Skei, tlf. 409 14 312, e-post [sske@tonsberg.kommune.no](mailto:sske@tonsberg.kommune.no)

**Søknadsfrist:** 21. april 2015

Søk på stillingen i vårt digitale søknadssenter: <https://e-skjema.no/Tonsberg/>

Vi søker:

## Psykolog og psykologspesialist

100 % faste stillinger



### Vi starter ny klinikk innen TSB i Stavanger-/Sandnesområdet!

Kirkens Sosialtjeneste er en landsomfattende, ideell, diakonal stiftelse med 18 virksomheter som tilbyr tjenester innen barnevern, rus- og avhengighetsbehandling, psykisk helsevern og oppfølgingstilbud til mennesker under- og etter soning eller behandling, samt tilbud for psykisk utviklingshemmede. Vi har rundt 350 ansatte og over 100 frivillige medarbeidere. Les mer på [www.kirkenssosialtjeneste.no](http://www.kirkenssosialtjeneste.no)

Den nye klinikken skal, på oppdrag fra Helse Vest RHF, tilby tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) for unge rusmiddelavhengige i regionen. Virksomheten skal tilby poliklinikk og ambulante tjenester, dagtilbud og 15 døgnplasser inkludert stabiliseringsplasser. Klinikken skal bemannes med sosionomer, sykepleiere, lege, psykologer, samt personell med annen relevant utdanning og erfaring.

### Vil du bli med å bygge opp et nytt behandlingstilbud til unge rusmiddelavhengige?

Oppgaver innen diagnostikk, behandling, veiledning og tverrfaglig samarbeid internt/eksternt. Psykologene har behandlingsoppgaver både i forhold til poliklinikken og døgnavdelingen.

#### Kvalifikasjoner

- Til stillingene søker vi autoriserte psykologer
- Spesialisering innen rus- og avhengighetsproblemer er en fordel
- Vi ser etter en som er personlig egnet og har relevant erfaring

Søkere må beherske norsk skriftlig og muntlig. Vi kan tilby tverrfaglig samarbeid, engasjerte kolleger og muligheter for faglig utvikling. Vi har gode forsikrings- og pensjonsordninger. Lønn etter avtale. Tiltredelse så raskt som mulig.

Ta gjerne kontakt med virksomhetsleder Anne Kari Dahl, tlf. 918 14 428.

Søknad med CV sendes på epost til: [ak.dahl@s-ks.no](mailto:ak.dahl@s-ks.no)

**Søknadsfrist:** 14.04.2015



Trasoppklinikken er en stiftelse som inngår i tverrfaglig spesialisert rusbehandling innenfor Helse Sør-Øst RHF. Målgruppen er alkohol- og medikamentavhengige/blandingsmisbrukere og deres familier/pårørende.

Klinikken består av poliklinikk med vurderingskompetanse, dagbehandling for ruspasienter og familiemedlemmer, døgneklinikk med 35 plasser hvorav 6 plasser til elektiv avgiftning.

## Ledig stilling som psykolog/psykologspesialist på døgnavdelingen

Stillingen ønskes besatt av psykolog/psykologspesialist som har relevant praksis, gjerne fra døgnavbehandling innen TSB.

Arbeidsoppgavene på døgnavdelingen vil blant annet bestå av: kartlegging/utredning, individualbehandling, gruppeundervisning, gruppesamtaler, fellessamtaler med familie, veiledning, samarbeid med andre instanser, m.m.

I tillegg til psykolog består behandlergruppen i døgnavdelingen av lege/psykiater, sykepleiere/spesialsykepleiere, sosionom og rusterapeut.

Det vektlegges gode samarbeidsevner og personlig egnethet. Det forutsettes at søker behersker norsk muntlig og skriftlig.

#### Vi kan tilby:

- En engasjerende arbeidsplass
- Tverrfaglig personalgruppe
- Mulighet for videre-/etterutdanning og faglig oppdatering
- Pensjonsordning i KLP
- Lønn etter avtale

#### Tiltredelse: snarest

Nærmere opplysninger kan fås ved henvendelse til klinikkoverlege Asle Enger eller faglig nestleder Henning Meling på tlf. 23 34 82 00.

**Søknad sendes:** Trasoppklinikken, Trasoppterrassen 25, 0672 Oslo

**Søknadsfrist:** 17. april 2015



Tannhelsetjenestens  
kompetansesenter  
Sør



Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør (TKS) er et interkommunalt selskap, og eies av de fem fylkeskommunene i region Sør. Selskapet er lokalisert på sykehuset i Arendal. TKS sitt mandat er odontologisk spesialistbehandling, etter- og videreutdanning, rådgivning, forskning, og folkehelsearbeid.

[www.tksor.no](http://www.tksor.no)

## PSYKOLOGSPESIALIST

### TIL TOO-TEAMENE VED TANNHELSETJENESTENS KOMPETANSESENTER SØR OG DEN OFFENTLIGE TANNHELSETJENESTEN I VEST-AGDER FYLKESKOMMUNE

Tannhelsetjenestens kompetansesenter Sør søker etter en psykologspesialist til en ca. 50 % stilling til prosjektet: Tilrettelagt tannhelsetilbud for mennesker som er blitt utsatt for tortur, overgrep eller har odontofobi. (TOO).

Prosjektet ble etablert i 2012 og er finansiert gjennom Helsedirektoratet. Teamene består av psykolog, tannlege og tannhelsesekretær. For mer informasjon om TOO-prosjektet:

**<http://www.helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/tannhelse/tilrettelagte-tannhelsetjenester/Sider/default.aspx>**

#### Psykologens arbeidsoppgaver vil være:

- Bidra til kompetanseutvikling om pasientgruppene i prosjektet
- Behandle pasienter
- Veilede tannleger og tannhelsesekretærer i forhold til pasientbehandling
- Delta i nettverk med øvrige team regionalt og nasjonalt samt andre samarbeidspartnere
- Medvirkning i aktuelle forskningsprosjekt knyttet til TOO- prosjektet

#### Ønskede kvalifikasjoner:

- Psykolog med klinisk erfaring
- Erfaring med eller interesse for arbeid innen traumefeltet vil være en fordel
- Erfaring/interesse for forskning
- Gode norsk kunnskaper, både skriftlig og muntlig

Ansettelsesforholdet vil være til TKS, men stillingen er knyttet opp mot to ulike team, ett lokalisert ved TKS og ett ved Vågsbygd tann- og spesialistklinikk i Kristiansand.

**Stillingsstørrelse:** 50 %, andre stillingsstørrelser kan diskuteres.

Lønn etter kvalifikasjoner.

Mer informasjon om TKS: **<http://www.tksor.no/>**  
og om Tannhelsetjenesten i Vest-Agder FKF **<http://www.vaf.no/tannhelse/>**

**For mer informasjon om stillingen kontakt:** [anne.birgit.vintermyr@tksor.no](mailto:anne.birgit.vintermyr@tksor.no), tlf. 370 75 300.

**Søknad sendes:** [anne.birgit.vintermyr@tksor.no](mailto:anne.birgit.vintermyr@tksor.no)

**Søknadsfrist:** 20.04.2015

Rogaland A-senter driver tverrfaglig spesialisert rusbehandling etter oppdrag fra RHF-Helse Vest og kompetansesenter finansiert av Helsedirektoratet.

Institusjonen eies av Stiftelsen Kirkens Bymisjon, Rogaland. Det er omlag 100 ansatte ved institusjonen.

ROGALAND | En del av  
A-SENTER | Kirkens Bymisjon



## ROGALAND A-SENTER AS SØKER

### Nyopprettet stilling **Psykologspesialist 100 % stilling**

#### Om poliklinikken

Poliklinikken ved Rogaland A-senter tilbyr behandling til mennesker med rusrelaterte problem, spilleavhengighet og dopingmidler. Pasientens familie, pårørende og barn involveres i behandlingen så langt det er mulig. Poliklinikken tilbyr individual-, par-, familie- og gruppeterapi. Behandlingstilbud innen ordningen «Raskere tilbake» er også en del av poliklinikkens oppgaver.

#### Arbeidsoppgaver

Kartlegging, utredning, diagnostisering, behandling av avhengighetstilstander og lette til moderate psykiske lidelser. Veiledning kan også knyttes opp til stillingen. Arbeidet forutsetter samhandling med flere instanser.

#### Kvalifikasjoner

Praksis fra klinisk arbeid innen rusbehandling, psykisk helsevern eller familierterapi er ønskelig. Vi ønsker primært psykologspesialist, men oppfordrer også psykologer med relevant kompetanse og erfaring fra fagfeltet til å søke. Personlig egnethet vil bli vektlagt i stillingen.

For fullstendig utlysningstekst, se <http://www.rogaland-asenter.no>.

For ytterligere informasjon kontakt avdelingsleder Tor Borge, tlf. 908 23 819 eller ass.avd.leder Håkon Johnsen, tlf. 995 66 222.

Søknad med CV sendes som e-post til [soknad@ras.rl.no](mailto:soknad@ras.rl.no) innen **22.04.15**.



Skagen  
Nevropsykologiske  
Klinikk

## Nevropsykolog

Skagen nevropsykologiske klinikk AS søker etter psykolog med interesse for og tidligere erfaring med nevropsykologi som ønsker å være med på den videre oppbyggingen av et senter for nevropsykologisk utredning, diagnostikk og behandling i Rogaland. Arbeidet er oppdragsbasert med timelønn.

**Søknad og CV sendes til [psykolog@skagenklinikk.no](mailto:psykolog@skagenklinikk.no)**

Kontaktinfo: Jens Gisselgård, daglig leder, tlf 46 64 58 93.

*Søknadsfrist: 01.05.2015*

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

*Skagen nevropsykologiske klinikk ble etablert i Stavanger i 2012 og bistår privatpersoner, kommune og bedrifter. Våre viktigste tjenester er utredning og diagnostikk gjennom nevropsykologiske undersøkelser og generell psykiatrisk vurdering. Vi utfører også sakkyndige utredninger etter personskade og andre typer oppdrag for forsikringsselskap eller domstoler.*

Besøksadresse: Skagenkaiaen 12, Stavanger



**Sykehuset i Vestfold**

**Klinikk psykisk helse og rusbehandling,  
Glenne regionale senter for autisme**

### Spesialrådgiver

**100 % fast stilling.**

Glenne regionale senter for autisme har utredning, diagnostikk og behandling av autismespekterforstyrrelser som sine hovedoppgaver. I tillegg har senteret et selvstendig ansvar for utvikling av ny kunnskap, deltakelse i forskningsarbeider og til metode-/fagutvikling. Søkeren bør ha mastergrad i ledelse /organisasjonspsykologi/læring i komplekse systemer eller tilsvarende.

Nærmere opplysninger ved daglig leder Tom Rørby eller seksjonsleder Arne Terje Gulbrandsen, tlf. 33 03 64 50.

**Søknadsfrist: 22. april 2015**

For å lese mer og søke på stillingen:  
[www.sykehuset-vestfold.no](http://www.sykehuset-vestfold.no)

HELSE  SØR-ØST





BERGEN KOMMUNE



ÅPEN | KOMPETENT | SAMFUNNSENGASJERT | PÅLITELIG

Bergen kommune er den største arbeidsgiveren i Hordaland med vel 17.000 ansatte fordelt på nærmere 13.700 årsverk. Bergen kommune leverer tjenester over et vidt spekter til 270.000 innbyggere.

Etat for barn og familie har bl.a. ansvar for nyetablert tjeneste «Psykisk helse barn og unge». Tjenesten er plassert i fire lokale «Senter for familieveiledning», og målgruppen er barn og unge med sammensatte og langvarige psykiske vansker og hjelpebehov. Det er to koordinatorene på hvert senter, og det skal nå ansettes psykolog på hvert senter.

Etat for barn og familie søker:

## 4 PSYKOLOGSPESIALISTER/PSYKOLOGER

De nye psykologene våre skal arbeide med barn og unge i alderen 0–18 år. Arbeidet vil bestå av:

- klinisk arbeid med enkeltbarn/ungdom, grupper og familier
- system- og utviklingsarbeid for målgruppen og tjenesten
- samarbeid med og veiledning av familier og personale

Vi kan tilby spennende faglige utfordringer og personlige utviklingsmuligheter.

Har du spørsmål, kontakt psykologspesialist Bibi H. Schjødt tlf. 55 56 74 79 eller spesialrådgiver Christen A. Larsen tlf. 53 03 34 42.

**Søknadsfrist: 19.04.2015**

Søknadskjema og mer informasjon finner du på:

[www.bergen.kommune.no/jobb](http://www.bergen.kommune.no/jobb)



Familievernkontoret  
Follo

Stiftelsen Kirkens Familievern

*Stiftelsen Kirkens Familievern (SKF) har i snart 60 år bistått familier med tjenester som forebyggende familietiltak og tiltak for å hindre at større problemer får utvikle seg i familien. SKF er en ideell aktør i familievernnet som skal yte hjelp til familier, par og enkeltpersoner som opplever vanskeligheter i hverdagen. Hjelpen er uavhengig av trosretning og etnisitet.*

**Verdiene respekt – vidsyn  
– vitalitet – håp etterleveres i hele  
SKF's virksomhet.**

### 100 % vikariat for psykolog/psykologspesialist

Stiftelsen Kirkens Familievern består av 11 familievernkontor. Kontorene har driftsavtale med Bufetat. Familievernkontoret Follo er lokalisert i Ski sentrum.

#### Arbeidsoppgaver:

- Klinisk arbeid med enkeltpersoner, par og familier
- Mekling og tilsynsoppgaver
- Forebyggende utadrettet virksomhet; kurs, undervisning og veiledning

#### Kvalifikasjoner:

- Det kreves autorisasjon som psykolog
- Erfaring fra familierapeutisk arbeid
- Gode evner til samarbeid og formidling
- Arbeide selvstendig og i team

Av hensyn til teamets sammensetning oppfordres menn til å søke. Det legges stor vekt på personlige egenskaper. Lønn etter kvalifikasjoner. Vikariatet er ledig for tiltredelse og varer t.o.m. 31.05.16.

Nærmere informasjon ved daglig leder Tor-André Ribe-Anderssen, tlf. **900 92 148/64 91 46 60**.

**Søknad med CV sendes til:  
Familievernkontoret Follo, Idrettsveien 7, 1400 Ski.**

**Søknadsfrist 22. april 2015**



Stange kommune ligger vakkert plassert på sølsiden av Mjøsa, med Hamar som nærmeste by, og en times kjøretid til Gardermoen. Kommunen er i god vekst med en positiv befolkningsutvikling og har passert 20000 innbyggere. Kommunens verdier er Åpenhet, Trygghet og Mangfold, og preges av levende lokalmiljøer og et aktivt kulturliv. Stange har flotte muligheter for varierte fritidsaktiviteter både sommer og vinter.

### Psykolog med arbeidsområde eldre

## 100 % Psykolog / psykologspesialist – Stangehjelpa

Ett års engasjement med mulighet for fast ansettelse

Det er ledig stilling som psykolog i Stangehjelpa – avdeling for familiehjelp, rus og psykisk helse. Tjenesten favner alle aldre av befolkningen og nå ønsker vi å styrke arbeidet mot eldre. Antall eldre over 67 år vil øke de kommende årene og det ligger et stort potensial i å arbeide forebyggende og behandlende overfor denne gruppen. Psykologen som ansettes vil være ledende i å utvikle det psykiske helsetilbudet til eldre i kommunen i samarbeid med fastleger, helsetjenester i hjemmet, sykehjem, frivillige lag og organisasjoner m.fl. Det vil jobbes både klinisk og prosjektbasert med tjenesteutvikling. Her er mange muligheter til nytenkning og innovasjon.

Stangehjelpa er en tverrfaglig sammensatt tjeneste med et mangfold av faggrupper. Vi er en nytenkende tjeneste der det er gode utviklingsmuligheter og høyt

kompetansenivå. Vi er nasjonalt anerkjent, og ledende innen tjenesteutvikling på bakgrunn av klientenes og befolkningens tilbakemeldinger. Det er fra før tre psykologer i tjenesten og avdelingsleder er psykologspesialist.

Se forøvrig [www.stange.kommune.no/stangehjelpa](http://www.stange.kommune.no/stangehjelpa)

Vi ønsker en psykolog som har erfaring med bruk av tilbakemeldingsverktøy i klinisk arbeid og erfaring fra prosjektarbeid. Av personlige egenskaper ønsker vi; vinn-vinn tankegang, evne til å inspirere, fleksibilitet, ha evne og disiplin til å sette ideer ut i livet, selvstendig og strukturert og god evne til å ta til seg kunnskap og tenke nytt.

**Kontakt:** Avdelingsleder Birgit Valla, tlf. 930 88 181

**Søknadsfrist:** 01.05.2015

For elektronisk søknadsmottak se ledige stillinger på Stange kommunes hjemmesider, [www.stange.kommune.no](http://www.stange.kommune.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.

#### Arendal

### Psykologspesialist/psykolog - Avd. for rus- og avh.behandling, Poliklinikk Arendal

Vi har ledig 2 x 100 % fast stilling ved ARA poliklinikk i Arendal. Poliklinikken i Arendal sørger for tjenester til befolkningen i Aust-Agder. Den består av 27 årsverk, fordelt på bl.a. 2 psykiatere, en lege og seks psykologer. Poliklinikken er organisert i tre team: Psykiatrisk Ungdomsteam (PUT), Allmennteam og Legemiddelassistert rehabilitering.

Opplysninger: Frode Nordhelle, enhetsleder, tlf. 992 68 810.

**Søknadsfrist: 15.04.2015**

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på [www.sshf.no/jobb](http://www.sshf.no/jobb)

**Ønsker kun kontakt med søkere til stillingen.**

frantiz.no



Fylkesmannen er statens representant i fylkene. Vi bidrar til at Stortingets og regjeringens mål og retningslinjer blir fulgt opp i regionen og vi ivaretar innbyggernes rettssikkerhet.

**Vil du være med å bidra til bedre og tryggere helse- og omsorgstjenester i Oslo og Akershus?**

## Assisterende fylkeslege

Fylkesmannen i Oslo og Akershus har ledig en fast stilling som assisterende fylkeslege ved Seksjon for spesialisthelsetjeneste.

Det søkes en legespesialist med bred kompetanse innen de saksområder som ligger til avdelingen, fortrinnsvis kirurgi, pediatri, gynekologi eller anestesi. Andre spesialister kan også bli vurdert, avhengig av erfaring og kompetanse.

**Søknadsfrist:** 12. april 2015

For flere opplysninger og elektronisk søknadsskjema, se vår nettside [www.fmoa.no](http://www.fmoa.no). Ledig stilling.





Flekkefjord kommune har ca. 9 100 innbyggere og ligger midt mellom Kristiansand og Stavanger. Et godt utbygd tjenestetilbud variert næringsliv, flotte boligområder og en flott natur med tilgang til fjord og sjø, gjør Flekkefjord til et attraktivt sted både å bo og arbeide. Kommunen er vertskommune for Lister VGS avdeling med ca. 550 elever og en ungdomsskole med ca. 350 elever.

## Ledig stilling som kommunepsykolog

Ledig stilling som kommunepsykologprosjektstilling med mulighet for fast ansettelse. Kommunepsykolog vil bli organisert i skolehelsetjenesten med kommuneoverlegen som nærmeste leder. Kommunepsykolog skal jobbe i tverrfaglig team med fagpersoner i videregående skole, ungdomsskole, NAV, helsestasjon, psykiske helsetjenester og familiesenter.

### Arbeidsoppgaver:

- Utvikle et psykologisk lavterskel helsetilbud til barn og unge hvor fokus er forebygging og mestring
- Klinisk arbeid rettet mot barn og unge som har lette og moderate psykiske lidelser
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten om riktig nivå og behandlingstiltak for barn og unge, samt ha ansvar for å koordinere oppfølgingen internt i primærhelsetjenesten
- Veiledning av lærere og helsepersonell med ansvar for oppfølging av barn og unge

### Kvalifikasjoner:

- Søker må være psykolog eller psykologspesialist
- Ønskelig med erfaring fra arbeid med barn og ungdom
- Gode norskkunnskaper muntlig og skriftlig må kunne dokumenteres

Vi søker en person som er selvstendig, strukturert og ansvarsbevisst. Søker må ha gode samarbeidsevner, lytte- og kommunikasjonsferdigheter.

Personlig egnethet vektlegges.

### Vi tilbyr:

- Lønn etter avtale
- Muligheter for faglige utfordringer og utviklingsarbeid
- Deltakelse i lokalt og nasjonalt nettverk for kommunepsykologer

For spørsmål om stillingen, ta kontakt med kommuneoverlege **Marianne Omland på tlf. 977 31 084.**

Søk elektronisk på **www.flekkefjord.kommune.no ID: 15/304**

**Søknadsfrist:** 15. april 2015.



Midtre Namdal samkommune organiserer interkommunale tjenester for kommunene Fosnes, Namdalseid, Namsos og Overhalla. Midtre Namdal samkommune har ansvar for barnevern, skatteoppkrever, miljø og landbruk, utvikling, IKT, lønn og regnskap, sosiale tjenester i NAV, PPT, kommuneoverlege og legevakt.

Barnevernstjenesten er organisert med et hovedkontor i Namsos lokalisert i Familiens hus.

### Vi har ledig stilling som:

## Kommunepsykolog i 100 % fast stilling

**Søknadsfrist:** 19.04.15

Fullstendig utlysningstekst finner du under ledige stillinger på **http://www.midtre-namdal.no/**



## Psykolog/sykepleier i tidsavgrenset engasjement

Vi søker deg som synes det er spennende å jobbe tverrfaglig. Stillingen er en del av ett av fire tverrfaglige team bestående av psykolog/sykepleier, lege, fysioterapeut, arbeidskonsulent og idrettspedagog. På AiR-klinikk har vi en helhetlig tilnærming og veiledning av deltakere med sammensatte lidelser der yrkesaktivitet er målet.

Aktuell fagbakgrunn kan være psykolog, sykepleier med videreutdanning innen psykisk helsearbeid, eller andre med relevant samtalekompetanse og erfaring.

AiR-klinikk ligger i naturskjønne omgivelser på Rauland, med muligheter for utendørs aktiviteter året rundt.

For full utlysning se **www.rehabilitering.no**.

For mer informasjon om stillingen

kontakt Gro Karsten Skarholt, leder for AiR-klinikk, tlf. 35 06 28 00, e-post **gro.karsten.skarholt@air.no**

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.

#### Brønnøysund

## Psykologspesialister/ psykologer

Brønnøysund ligger på Helgelandskysten, i et vakkert øyrike som har rike muligheter for friluftsliv på fjell, land og vann. Psykiatrisk senter i Brønnøysund dekker kommunene Sømna, Brønnøy, Vega og Vevelstad.

Vi følger nasjonale helsemyndigheters føringer med hensyn til utredning, diagnostikk og behandling. Det innebærer at vi bestreber oss på å jobbe etter nasjonale veiledere og kliniske retningslinjer. Vår virksomhet holder et godt faglig nivå og vi satser på videre kompetanseutvikling.

Vi har nå to ledige stillinger for psykologspesialist/psykolog, en i Voksenpsykiatrisk poliklinikk og en i Ambulant akutteam.

#### Ambulant akutteam

Ambulant akutteam er spesialiserte, tverrfaglige team, som skal vurdere pasienter for akuttinnleggelse og kunne gi intensiv hjemmebehandling som alternativ til innleggelse voksne. Målet med ambulante akutteam er å gi et bedre kvalitativt akuttilbud for pasienter på Helgeland. Gjennom en bedre og mer tilgjengelig spesialisthelsetjeneste til mennesker i akutte psykiske krisesituasjoner, og gjennom rask og god tilgjengelighet for primærhelsetjenesten, er målet også å redusere innleggelse i sykehus.

Det lokale teamet vil bestå av psykologspesialist/psykolog og høgskoleutdannet fortrinnsvis sykepleier eller vernepleier med videreutdanning, og vil ha sitt ansettelsesforhold i voksenpsykiatrisk poliklinikk.

#### Voksenpsykiatrisk poliklinikk

VOP Brønnøysund har i dag 15 behandlerstillinger, bestående av fire psykologstillinger, psykologspesialist, psykiater, to leger i spesialisering, psykomotorisk fysioterapeut, klinisk sosionom og psykiatriske sykepleiere. Vi er en allmennpsykiatrisk poliklinikk med differensierte behandlingstilbud. Behandlingen består av individuell terapi, rusbehandling, gruppeterapi, ambulant virksomhet og familierapi. Vi tilbyr blant annet tilrettelegging for spesialisering, intern og ekstern veiledning samt studiepermisjon for spesialister.

#### Kontaktpersoner:

Områdesjef Grete Andreassen, tlf. 948 25 478 og konstituert avdelingsleder Elin A. Bergheim Pettersen, tlf. 414 43 839.

#### Søknadsfrist: 19. april 2015

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på [helgelandssykehuset.no/jobb](http://helgelandssykehuset.no/jobb)  
Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!

Helse Nord-Trøndelag HF er Nord-Trøndelags største og viktigste organisasjon med 2500 kompetente og motiverte medarbeidere fordelt på Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger, DPS Kolvereid og DPS Stjørdal. Helse Nord-Trøndelag har et omfattende spesialisttilbud og er innenfor enkelte sykehusfunksjoner blant de fremste i landet. Foretakets forretningsadresse er 7600 Levanger. Les mer om oss på [www.hnt.no](http://www.hnt.no)

## Helse Nord-Trøndelag

### Sykehuset Levanger

#### Barn og familieklinikken

Habiliteringstjenesten for barn og unge har ledig stilling:

## Psykologspesialist/psykolog

- 100 % fast stilling fra d.d. Referansenr. 2542143799.

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til seksjonsleder Anita Hoff, tlf. 74 09 83 02 / 928 61 448, e-post: [anita.hoff@hnt.no](mailto:anita.hoff@hnt.no) eller avdelingsleder Randi Brenne Dreier, tlf. 74 09 87 10 / 917 38 241, e-post: [randibrenne.dreier@hnt.no](mailto:randibrenne.dreier@hnt.no)

#### Søknadsfrist: 16.04.15

Foretaket har elektronisk søknadsbehandling og det oppfordres å fremme søknaden via Helse Nord-Trøndelag hjemmeside ([www.hnt.no](http://www.hnt.no)) – der du også vil finne fullstendig utlysningstekst.

#### SØKER DU JOBB?

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

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



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

Familievernkontoret i Ålesund har ledig en fast 100 % stilling som

## PSYKOLOG / PSYKOLOG MED GODKJENT SPESIALITET

Søknadsfrist 14.04.2015

Se fullstendig utlysning og søk på [Bufetat.no/ledigestillinger](http://Bufetat.no/ledigestillinger)

[www.bufetat.no](http://www.bufetat.no)

Helse Møre og Romsdal HF er eit helseføretak under Helse MidtNorge RHF og har ansvaret for den offentlege spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal. Verksemda omfattar sjukehusa i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund samt fleire omliggande institusjonar. Helseføretaket har omlag 4200 årsverk fordelt på 6500 tilsette, og gir eit differensiert tilbod innan dei fleste fagfelta i somatikk og psykisk helsevern. Vår visjon er å vere «På lag med deg for helsa di». Les meir om oss på [www.helse-mr.no](http://www.helse-mr.no)

### Molde sjukehus, Hjelset

#### KLINIKK FOR PSYKISK HELSEVERN

Alderspsykiatrisk seksjon, Nordmøre og Romsdal

## Psykologspesialist/psykolog

St.nr. 2015/1267. Vi har ledig ei 100 % fast stilling for psykologspesialist/psykolog, med oppstart etter nærare avtale.

#### Kontaktinformasjon:

Kristin Steffenssen, seksjonsleder, tlf. 71 12 06 11 / 993 35 261  
e-post: [kristin.steffenssen@helse-mr.no](mailto:kristin.steffenssen@helse-mr.no) eller Nils Arne Skagøy, avdelingsjef, tlf. 979 64 707, e-post: [nils.arne.skagoy@helse-mr.no](mailto:nils.arne.skagoy@helse-mr.no)

Søknadsfrist: 30.04.2015

Søknad blir sendt elektronisk via [www.helse-mr.no](http://www.helse-mr.no) - der du òg finn fullstendig utlysningstekst.

Kopi av attestar og vitnemål vil bli etterspurtd ved intervju. *Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.*

Ledige stillinger

## Oppvekst- og kulturavdelingen søker KOMMUNEPSYKOLOG

Psykotjenesten har nå ledig 100 % vikariat som kommunepsykolog med ansvar for barn 6-12 års psykiske helse fra 01.05.15 til 31.05.16.

Psykologtjenesten inngår i en nyopprettet Barne- og familieenhet, som i tillegg består av familiesentrene, Helsesøstertjenesten, PPT, Barneverntjenesten og Fysio- og ergoterapitjenesten for barn og unge.

Psykologtjenesten har etablert et nært samarbeid med kommunens tjenester til barn, unge og voksne, samt med Nordlandssykehuset, avd. psykiatri.

#### Arbeidsoppgaver

Arbeidsområder for stillingen kan være hele spennet fra befolkningsrettet til individrettet arbeid. Dette omfatter:

- Tidlig identifisering og intervensjon
- Behandling av lettere og moderate lidelser
- Rehabilitering

Tverrfaglig samarbeid, veiledning og gjensidig kompetanseutveksling er sentralt. Kvalifikasjoner

#### Viktige egenskaper:

- Ønske og engasjement for å videreutvikle en spennende stilling
- Arbeide selvstendig og fleksibelt
- Evne til tverrfaglig tenkning
- Gode samarbeidsevner
- Personlig egnethet

#### Vi tilbyr:

- Et godt arbeidsmiljø
- Spennende og varierte arbeidsoppgaver
- Gode muligheter for påvirkning på egen stilling
- Veiledning

Søknadsfrist 17.04.2015

Utlyst dato 20.03.2015

Vårref 1072/2015-JJ

#### Kontaktperson

Cathrine Hunstad-Ulriksen, Kommunepsykolog  
[cathrine.hunstad-ulriksen@bodo.kommune.no](mailto:cathrine.hunstad-ulriksen@bodo.kommune.no)  
tlf. 990 31 309

Mer informasjon / søkeskjema på [www.bodo.kommune.no](http://www.bodo.kommune.no) under ledige stillinger.



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

# Psykolog - Haugesund

### OM STILLINGA

Psykiatrisk poliklinikk for personar med rus/psykiatri problematikk ROP har ledig vikariat frå juni 2015 i 12 mnd.

PUT teamet er tverrfagleg samansett. Teamet driv med utgreiing og gir eit poliklinisk behandlingstilbod til personar med samansette lidningar med rus og psykiatri.

### ARBEIDSPOPPGÅVER

- Utgreiing og behandling av psykiske lidningar og rus
- Vurdere behov for å søkje inn til døgnbehandling

### KVALIFIKASJONAR:

- Til stillinga søker vi autorisert psykolog.
- Relevant kunnskap og røynsle frå fagfeltet
- Me legg stor vekt på at søkjar er personleg eigna

For meir informasjon, kontakt seksjonsleiar Heine Hagenberg, tlf: 527 32 722.

Sjå [www.helse-fonna.no/jobb](http://www.helse-fonna.no/jobb) for fullstendig utlysingstekst. Her kan du også søkje stillinga. Søknadsfrist **12.04**



Helse Stavanger HF, Stavanger Universitetssjukehus eies av Helse Vest, og har ansvar for spesialisthelsetjenesten i Sør-Rogaland. Med 7300 ansatte er vi en av regionens største virksomheter. Foretaket har fire hovedoppgaver; pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, pasientopplæring og forskning. Vår visjon er at vi gjennom disse oppgavene skal fremme helse og livskvalitet.

## Psykiatrisk divisjon, Ryfylke DPS Poliklinikk

# Psykologspesialist/psykolog

Ryfylke DPS har som sitt klare mål at vi skal bli et aktivt, faglig sterkt og tilgjengelig DPS i tråd med Sosial og helsedirektoratets veileder. For å styrke dette arbeidet drives det nå utviklingsprosess hvor ambulant team, poliklinikk og døgnposter jobber nært sammen. Psykologene er en viktig ressurs i den videre utvikling av dette arbeidet. Vi satser på fagutvikling, har aktiv intern undervisning og er engasjert i flere forskningsprosjekt.

### Kvalifikasjoner

Psykolog med spesialistkompetanse og fordypning i klinisk voksenpsykologi.

Søkere uten spesialistkompetanse oppfordres også til å søke.

Kontaktpersoner: Avdelings sjef Roar Norås tlf. (+47) 51 51 25 50

Poliklinikkleder Mette Gjøvåg tlf. (+47) 51 74 07 46

Søknadsfrist: 03.05.2015

For å lese mer og å søke på stillingen se [www.sus.no](http://www.sus.no)



## 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](http://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](http://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
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](http://www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser)*

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

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



## KOMMUNEPSYKOLOG

Id 337

**100 % fast stilling frå 01.06.15**

*Kommunane Sande og Vanylven har fått midlar frå Helsedirektoratet til oppretting av stilling som kommunepsykolog. Stillinga skal ha hovudfokus på barn og ungdom, men ta del i arbeid inn mot heile befolkninga i dei to kommunane. Tilbodet skal vere lett tilgjengeleg. Det vil verte lagt stor vekt på kommunepsykologen sine ønskje med omsyn til bustad og lokalisering av tenesta.*

### Kvalifikasjonskrav:

- psykolog med lisens/autorisasjon
- erfaring frå veiledning- og/eller koordineringsoppgåver
- IKT-kunnskapar

### Personlege eigenskapar:

- tydeleg og strukturert
- initiativrik og fleksibel
- gode samarbeids- og kommunikasjonsevner
- erfaring med ulike aldersgrupper, men særleg barn og ungdom

### Arbeidsområde/oppgåver:

- styrke det samla kommunale arbeidet på psykisk helse- og rusfeltet, helsefremmande- og førebyggjande arbeid i kommunane
- kome tidleg inn slik at kommunane kan gje eit godt tilbod til born og unge
- delta på sentrale samlingar, samt i lokale nettverk

For fleire opplysningar om stillinga – kontakt kommunalleiar Bård Dalen, **tf. 482 46 331**.

Den som vert tilsett må ha førarkort og disponere bil. Politiattest av ny dato må leggjast fram før tiltreding.

Søknad skal sendast på elektronisk søknadsskjema som ein finn på **www.sande-mr.kommune.no**

**Søknadsfrist: 15.04.15.**

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

### OM STILLINGA

BUP-Stord gir tenester på spesialistnivå til barn og unge (0-18 år). Opptaksområdet for poliklinikken dekkjer 6 kommunar (Stord, Fitjar, Bømlo, Tysnes, Kvinnherad, Odda og Ullensvang). BUP-Stord er organisert saman med Stord DPS under felles leiing, og er inndelt i 4 team. Den ledige stillinga vil vera knytt til spe- og småbarnsteamet.

### KVALIFIKASJONAR

- Ønskjeleg med erfaring frå arbeid i BUP
- Må beherske godt norsk skriftleg og muntleg

### ARBEIDSOPPGÅVER

- Vurdere tilviste pasientar
- Utgreiing, diagnostisering og behandling av barn og ungdom
- Rettleiing og formidling av kunnskap internt og eksternt
- Kontakt med føresette og andre aktuelle instansar rundt barn/ungdom

For meir informasjon, kontakt seksjonsleiar Stord DPS/BUP Liv Åse Dybdal, tlf: 534 91 220.

Sjå [www.helse-fonna.no/jobb](http://www.helse-fonna.no/jobb) for fullstendig utlysingsstekst. Her kan du også søkje stillinga. Søknadsfrist **12.04**

# Nevropsykolog/ psykologspesialist

### OM STILLINGA

Seksjon spesialisert behandling i Klinikkk for psykisk helsevern ved Helse Fonna er akuttpost, avrusningspost/RoP-post, og alderspsykiatri, samt spesialpoliklinikkar (nevropsykologisk eining, alderspsykiatrisk poliklinikk, poliklinikk for psykisk utviklingshemning, PUT, LAR, og ECT-team).

Nevropsykologisk eining søker frå Mai 2015 nevropsykolog/psykologspesialist/psykolog i fast stilling.

### ARBEIDSOPPGÅVER

- Nevropsykologisk eining har ansvar for barn og vaksne frå både somatisk og psykisk helsevern som treng utgreiing og/eller oppfølging relatert til nevropsykologiske problemstillingar

### KVALIFIKASJONAR

- Vi søker fortrinnsvis psykologspesialist/nevropsykolog, men psykolog kan også søkje på stillinga.
- Vi vektlegg at søker er personleg eigna og har relevant erfaring.

For meir informasjon, kontakt funksjonsleiar Nina Olsen, tlf: 486 01 235.

Sjå [www.helse-fonna.no/jobb](http://www.helse-fonna.no/jobb) for fullstendig utlysingsstekst. Her kan du også søkje stillinga. Søknadsfrist **19.04**



## NORSK PSYKOLOGFORENING

### SENTRALSTYRET

#### President

**Tor Levin Hofgaard**  
tor.levin.hofgaard@  
psykologforeningen.no  
918 65 931

#### Visepresidenter

**Rune Frøyland**  
rfroey@online.no  
450 30 522

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

#### Medlemmer

**Kjetil Kaasin**  
kjetil.kaasin@sthf.no  
35 00 57 00

**Geir Skauli**  
geir.oyvind.skauli@larvik.  
kommune.no  
907 90 513

**Aina Holmén**  
aina@psykologforeningen.no  
986 64 501

**Ane Johnsen Lien**  
ane@bjornson.no  
414 02 259

**Jarle Refnin**  
jarref@so-hf.no  
916 90 509

**Børge Mathiassen**  
borge.idar.mathiassen@  
unn.no  
996 29 438

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

#### Studentrepresentanter

**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**  
**Trygve A. Sætherskar**  
tsaetherskar@hotmail.com  
472 52 963

**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 Larsen**, Helse Sør-Øst,  
tlf. 952 80 577

#### FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

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

#### 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

**SPECIALIST-  
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  
SPECIALISTSAKER**

**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 Dyrhøvd**,  
nestleder, epost toril@  
psykologforeningen.no

*Forhandlingsavdeling*

**Christian Zimmermann**,  
forhandlingssjef

**Joakim Solhaug**, nestleder  
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](http://www.psykologforeningen.no)

## TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOG- FORENING

### 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:**  
17.04, 18.05, 18.06, 20.07, 18.08, 18.09, 19.10, 18.11