

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



BENDIK KALTENBORN

PSYKOLOGI

Vol. 52 nr. 8 2015

**Netterapi
for depresjon**

side 644 og side 646

**KAT
mister effekt**

side 655

**SCHIZOFRENIEN
GJENNOM
HISTORIEN**

side 668

**Farlige
psykofarmaka?**

*Intervju med Ulrik Malt
side 686*

ISSN 0332-6470



9 770332 647006

0.8

PSY KOL OGI

Vol. 52 **nr. 8** 2015

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

Fagredaktører Ida Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429
og Peder Kjøs, peder@psykologtidsskriftet.no, tlf. 911 73 609

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

Redaktører/journalister Øystein Helmikstøl,
oystein@psykologtidsskriftet.no, tlf. 464 66 978, Nina Elisabeth Strand,
nina.strand@psykologtidsskriftet.no, tlf. 979 59 515 og Arne Olav Hageberg,
arneolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 958 21 895.

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

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

Markedskoordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,
e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Markedskonsulent Winnie Engevold

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Marianne Hansen, Nasjonalt
kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
Joar Halvorsen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Anlov P. Mathisen, Mental Helse
Catharina E. A. Wang, Universitetet i Tromsø

Omslagsillustrasjon Bendik Kaltenborn

Form Laboremus Oslo AS

Trykk O7 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.

En taus opposisjon

En opposisjons oppgave er å gi motstand til regjeringens forslag og løsninger. Gjennom kritikk og alternative løsninger belyses saksområder bedre, og regjeringen tvinges til å tydeliggjøre sin politikk på det aktuelle saksområdet som behandles. Men lite tyder på at opposisjonen vil bruke kommunevalget til å utfordre regjeringens politikk på feltet. Høyre virker fortsatt å ha nær monopol på psykisk helse i den politiske debatten – akkurat slik de hadde det før stortingsvalget i 2013. Og til tross for at det nettopp er i kommunene det psykiske helsearbeidet i stor grad vil utøves i årene som kommer, får vi lære fint lite om hvordan opposisjonspartiene faktisk akter å møte utfordringene knyttet til psykiske helse.

Kanskje forteller denne tausheten om respekten de andre partiene har for helseminister Bent Høie på feltet. Men uten debatt om hvordan konkrete tiltak skal utformes og realiseres, uten at det fremmes alternative forslag, kan resultatet bli en dårligere politikk enn nødvendig. Vi ender med brede forlik som støtter utredningenes gode intensjoner, men ny praksis blir det ikke nødvendigvis av det.

Eller kanskje høyresidens entusiasme skyldes at de i psykologien ser et fag som tilbyr løsninger på samfunnets helseutfordringer som stemmer med deres liberalistiske menneskesyn. Mens arbeiderbevegelsens kollektivistiske tradisjon hvor alle skal behandles likt, gjør at opposisjonen ikke ser hvordan psykologien kan bli del av deres alternative politikk. I så fall har Ole Jacob Madsen rett i sin påpekning av at psykologien passer som hånd i hanske med nylibe-

ralistisk markedstenkning. Det gjør at det er lettere for psykologstanden å få politisk gehør for flere psykologer i kommunen (og da ment som flere behandlere), enn det er å selge inn samfunnspsykologer i kommunal planlegging som en viktig del av det forebyggende psykiske helsearbeidet. Psykologiske tradisjoner som bryter med individualismen, får ingen politisk drahjelp, og blir dermed heller ikke del av tiltak og løsninger på samfunnsnivå. Slik snevrer også politikken inn psykologien som fag og praksis.

Et alternativ for en arbeiderbevegelse og en opposisjon med mer kollektivistiske tradisjoner, kunne derfor være å alliere seg med psykologer og andre aktører i psykisk helsevern for sammen å vise hvordan blant annet systemiske og samfunnspsykologiske perspektiver åpner for andre måter å jobbe med psykisk helse på. Ikke for at det er noe galt i å satse på flere psykologer og lettere tilgang til individuelle samtaler, for det trengs. Men fordi psykisk helsearbeid er langt mer enn dette, og fordi god psykisk helse ikke skapes i helsevesenet, men i familie, barnehage, skole og arbeidsliv. Og en mer kollektivistisk utforskning ville også gitt støtte til de mange psykologene som ønsker å jobbe både mer systemisk og forebyggende, men som i sin hverdag opplever at de ender på den individualpsykologiske banehalvdelen langt mer enn ønskelig.

Psykisk helse og psykologi står langt høyere på den politiske dagsorden i dag enn for bare to år siden. Da burde opposisjonen vise større ambisjoner på vegne av det psykiske helsefeltet enn hva de har gjort så langt. ❖



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Psykologiske tradisjoner som bryter med individualismen, får ingen politisk drahjelp

668



FOTO: WIKIMEDIA COMMONS

EN HISTORISK DIAGNOSE

Skillet mellom «psykoselidelser» og «affektive psykoser» er kunstig, skriver psykiater Per Bergsholm, og spør om schizofreni-diagnosen er klar for historiens skraphaug.

Fagessay

686/694



ILLUSTRASJON: ÅSHILD IRGENS

UKRITISK FORESKRIVING

Psykologtidsskriftet har snakket med psykiater Ulrik Malt om medisinerer av psykiske lidelser, mens psykolog Arvid Strand sier nei takk til foreskrivningsrett for psykologer.

Aktuelt og debatt

658

«Oppmerksomt nærvær har effekt på livskvalitet, psykisk helse og evne til å akseptere smerte. Færre studier finner at oppmerksomt nærvær reduserer smerteintensiteten»

Martin Bystad, Linn-Heidi Lunde og Ida Solhaug ser på effekten av oppmerksomt nærvær ved kroniske smerter i en ny metastudie.



FOTO: ARNE OLAV HAGEBERG

TO GODE VENER

Musikar Ellen Sofie Hovland er også psykolog. - Låtskrivinga og psykologien er som to gode vener, fortel ho.

Intervju

Innhold

- 641 **En taus opposisjon**
Leder | Bjørnar Olsen
- 644 **Effektiv og nær på nett**
Nå: Tine Nordgreen om netterapi | Nina Strand
- 646 **Veiledet internettbehandling for mild og moderat depresjon: En pilotstudie**
Vitenskapelig artikkel | Nordgreen et al.
- 655 **Terapeutisk effekt avtar**
Oppsummert | Johnsen & Friborg
- 658 **Kronisk smerte: Kan oppmerksomt nærvær være til hjelp?**
Vitenskapelig artikkel | Bystad et al.
- 666 **Hvem er jeg uten spiseforstyrrelsen?**
Hverdag | Luna Christensen
- 668 **Forsvinner schizofreni? Psykosediagnostikkens fallitt**
Fagessay | Per Bergsholm
- 681 **Strid om praksis i rusfeltet**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 682 **- Psykologforeningen svartmaler rusfeltet**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 686 **Et tåkete landskap**
Aktuelt | Per Olav Solberg
- 693 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Foreskrivningsvett (s. 694)
Debatt: Spesialistutdanningen for snever (s. 700), New Public Management (s. 702), Psykologtidsskriftet (s. 704 og s. 705)
Derfor: Farvel til en bastard | Arne Olav Hageberg (s. 706)
Leserombudet: Brukerne i sentrum | Else-Marie Molund (s. 707)
Perspektiv: Mistenksomhetens dynamikk | Kerstin Söderström (s. 708)
- 710 **INNTRYKK**
Anmeldelser: *Fornuftig om følelser* (s. 710), *Ikke som forventet* (s. 712)
Klassikeren: Ed Tronicks «Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change» (1998) (s. 713)
Intervju: Ei mengd med vakre ord | Arne Olav L. Hageberg (s. 714)
- 718 **Kurskalender**
- 719 **Annonser**
- 733 **Stillingsannonser**



ETTERSPURT - Jeg tror vi vil komme til å bli overrasket over hvem som kan ha utbytte av terapi via nettet, sier Tine Nordgreen.

Effektiv og nær på nett

Relasjonen mellom pasient og terapeut lider ikke under at behandlingen skjer via nettet, mener psykologspesialist Tine Nordgreen.

– I den vitenskapelige artikkelen i dette nummeret skriver dere om veiledet internettbehandling for mild og moderat depresjon. Hva går behandlingen ut på?

– Den består av tekst, eksempler, øvelser og tekstoppgraver som forklarer symptomer og hvordan mestre dem. I starten handler øvelsene om å sette mål for behandlingen for så gradvis å nærme seg situasjoner som oppleves vanskelige, for eksempel det å snakke med en gruppe på over tre personer når du har sosial angst, eller å gå en tur når du har depresjon. Behandlingen går altså ut på å øke dagliglivets radius. Alt skjer ikke foran skjermen!

– Hvem har mest utbytte av denne metoden?

– Et sentralt spørsmål, men foreløpig sier forskningen lite om det. Vår kliniske erfaring

TEKST

Nina Strand

FOTO

Ola Gamst Sæther

tyder på at et visst funksjonsnivå er viktig. Det å ha sosial støtte er også positivt for resultatet. Men både i forskningen og i klinikken ser vi at det å ha strevd lenge, eksempelvis med en langvarig angstlidelse, ikke er noen hindring for et godt resultat.

– Egner behandlingen seg også for de med mer alvorlige og sammensatte problemer?

– Jeg tror vi vil komme til å bli overrasket over hvem som kan ha utbytte av denne terapien. Noen av pasientene ved klinikken vår som har hatt alvorlig psykisk lidelse hele sitt liv, fikk i en periode internettbehandling samtidig som de ble fulgt opp av sin faste terapeut. Med god kommunikasjon terapeutene imellom gikk det bra. Det betyr ikke at behandlingen passer for alle, men grensene faller ikke nødvendigvis

sammen med diagnoser og alvorlighetsgrad. Her er forskningen bare i startgropen.

– **Hvordan selekteres pasienter til denne behandlingen?**

– Vi legger mest vekt på om folk er interessert i å prøve den. Slik at de ikke venter seg samtaler med en varm og vennlig terapeut, og så i stedet får et passord i hånden. Vi har lagt den første modulen i behandlingen ut på nettet, så de kan se hva dette går ut på, og om format og sjargong passer dem. Ellers er det som vanlig ved en poliklinikk, at vi eksempelvis vurderer om pasienten trenger mer omfattende behandling enn dette. Et tilleggskriterium er jo et visst nivå på lese- og skriveferdigheter. Modulene inneholder mye tekst. Brukervennligheten bør absolutt bli bedre enn i dag.

– **Hvis det viser seg at det ligger alvorlige traumer til grunn, hva gjør dere da?**

– Pasienten og terapeuten møtes alltid ansikt til ansikt for samtale og grundig kartlegging før behandlingen starter, med selvhjelpsmateriale og skriftlig kontakt med terapeuten minst en gang i uken. Men terapeuten har lav terskel for å ringe, eller å kalle inn vedkommende til en samtale. Nylig hadde vi en pasient der traumer kom opp, og da gjorde vi det samme som i vanlig kognitiv terapi: snakket med pasienten og spurte om vi skulle legge angstbehandlingen til side for å fokusere på de andre problemene, eller om vi skulle fortsette internettopplegget.

– **Til Bergens Tidende i mai sa du at menn ser ut til å like denne terapiformen godt. Hvorfor?**

– Menn er noe overrepresentert blant deltakerne. Generelt er det vel sånn at noen ønsker seg en relasjon med dyptgående samtaler, mens andre først og fremst ønsker å bli kvitt symptomene. Da kan dette tilbudet fungere godt. Om det har noe med kjønn å gjøre, vet jeg ikke sikkert. Men vi er i alle fall tydelige på at dette er en praktisk behandling som sier lite om hvorfor livet ble som det ble. I stedet får man verktøy som skal hjelpe til med å bryte ut av onde sirkler man er i her og nå.

– **Hva blir utelatt ved veiledet internettbehandling sammenlignet med vanlig samtaleterapi?**

– Denne behandlingen er lik for alle pasienter med samme diagnose. De presenteres for den samme teksten, mens man i samtaleterapi ville ha tilpasset temaene, stoffmengden og måten å forklare på. Vi kan jo drømme om

at fremtidens dataprogrammer vil ha større muligheter for individuell tilpasning.

– **Hva vinner man?**

– Foruten at vi kan behandle 3–4 ganger så mange pasienter med denne behandlingsformen, viser studier at man oftere rapporterer selvmordstanker skriftlig enn ansikt til ansikt. For noen er det lettere å være åpen når de skriver. Når jeg leser e-postene mellom terapeuter og pasienter, blir jeg ofte rørt over hvor nær kontakten er. Relasjonene er åpne og gode også i dette formatet. En fordel er også at terapeuten får tenkt seg om før hun gir tilbakemelding, mens pasienten på sin side kan gå tilbake til terapeutens svar og lese dem om igjen.

– **En del brukere er kritiske til symptomfrihet som eneste kriterium for et godt resultat?**

– For enkelte vil det å leve med diagnosen være målet, og da kan behandleren fokusere på økt livskvalitet og mindre på symptomlette. Men for de fleste med angst og depresjon vil symptomlette eller symptomfrihet være et mål. Noen er bekymret for at vi i slik behandling ikke behandler årsaken til symptomene. Men ta for eksempel sosial angst, som ofte har oppstått i barne- eller ungdomsårene. Det tar gjennomsnittlig 14 år før folk søker behandling, og årsakene til den vedvarende sosiale angsten er da mange og sammensatte. Når en får hjelp til å takle situasjonen her og nå, ser vi at mellommeneskelige vansker minker, depresjonen letter, og livskvaliteten øker. Det er altså en myte at symptombehandling kun har en avgrenset effekt.

– **Det gis ikke trygderefusjon for nett-konsultasjoner. Høie twitret i vår at takstsystemet ikke må stå i veien for sunn fornuft og bedre tjenester. Har noe skjedd?**

– Det skulle utredes, mer vet vi ikke. Det hindrer implementering i klinikken, noe som gjør oss avhengige av prosjektmidler.

– **En skulle tro at denne terapiformen egner seg godt også for de under 18?**

– Ja. I Norge er relativt mange unge uføretrygdet på grunn av angst og depresjon. Derfor har vi som mål å kunne tilby internettbehandling også for dem, og har søkt midler for å kunne gjøre det. Nå får vi henvendelser fra fagmiljøer i hele landet som ønsker å utvikle internettbehandling til «sin» målgruppe. Utfordringen er at vi ikke har en plattform som er sikker og fleksibel nok som base for utvikling av nye behandlingsprogram. Får vi det, kan helsetjenesten nå enda flere med effektiv behandling. ✘

Hvorfor NÅ?

- Nordgreen er førsteamanuensis ved UiB og prosjektleder for eMeistring – Veiledda internettbehandling ved Helse Bergen HF.
- Behandlingen er basert på kognitiv atferdsterapi og viser gode resultater i behandling for angst og depresjon.
- Metoden som er utprøvd i en rekke andre land, tilbys nå ved poliklinikker i Helse Bergen, ved flere DPS-er i andre deler av landet og i Bærum kommune.
- Se vitenskapelig artikkel side 646.

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 646–654 FAGFELLEVDERT

TINE NORDGREEN Bjørgvin DPS, Haukeland Universitetssykehus, Norge, Institutt for klinisk psykologi, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, Norge **GERHARD ANDERSSON** Department of Behavioural Sciences and Learning, Linköping Universitet, Sverige, Department of Clinical Neuroscience, Karolinska Institutet, Sverige **ODD E. HAVIK** Bjørgvin DPS, Haukeland Universitetssykehus, Norge, Institutt for klinisk psykologi, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, Norge

KONTAKT tine.nordgreen@uib.no

VEILEDET INTERNETT- BEHANDLING FOR MILD OG MODERAT DEPRESJON: EN PILOTSTUDIE

INTRODUKSJON

Depresjon forventes å bli en av de lidelsene som bidrar mest til den totale sykdomsbyrden i år 2020. Dette vil vise seg i form av redusert livskvalitet hos den enkelte pasient, tapt produktivitet for samfunnet og økte omkostninger for helse- og sosialtjenestene (Murray, & Lopez, 1996). Samtidig er det godt dokumentert at det finnes effektive behandlingsmetoder for depresjon (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006), men bare et fåtall av personer med depresjon får tilgang til disse behandlingene (Shafran et al., 2009). Dette skyldes blant annet at kun en begrenset andel – 10 til 15 prosent – av personer med omfattende depresjonssymptomer søker hjelp (Roness, Mykletun, & Dahl, 2005). Og blant de som søker hjelp for sin depresjon i primærhelsetjenesten, fanger legene kun opp halvparten av de hjelpsøkende (Mitchell, Vaze, & Rao, 2009). Videre er det begrenset tilgang på behandlere i helsetjenesten, samt praktiske og økonomiske hindringer for pasienten (Sha-

ABSTRACT

Guided internet-based treatment for mild and moderate depression: A pilot study.

Introduction: Depression is estimated to be a leading cause for the burden of disease in 2020. Internet-based treatment is suggested as a way to increase access to psychological treatment for persons with mild and moderate depression.

Methods: In this pilot study we recruited 22 participants with mild or moderate depression. We wanted to examine the effects of guided Internet-based treatment on a group and individual level. We also examined to what extent the treatment effects were affected by the transfer from the developers in Sweden to Norway.

Results: Large effects were found both on a group and an individual level. The proportion of participants with moderate depression was reduced from 68% before treatment to 21% after treatment. None of the participants deteriorated.

Limitations: The results must be interpreted with caution as we did not have a control group and had few participants in the trial. However, the results are nearly identical to the results reported in controlled and larger studies from the developers in Sweden.

Conclusion: This study indicates that guided internet-based treatment for persons with mild and moderate depression is effective on a group and individual level. The next step is to study the effects of this treatment in secondary mental health care services.

Keywords: mild and moderate depression, internet-based treatment, cognitive behavioral therapy

.....

Tusen takk for bidrag til studien fra deltakerne og student-terapeutene.

fran et al., 2009). Både når det gjelder psykologisk og medikamentell behandling for depresjon, vet vi dessuten at behandlingen som tilbys, oftest ikke har anbefalt kvalitet og omfang (Shafran et al., 2009). Samlet utgjør disse forholdene betydelige barrierer i veien frem til effektiv behandling av depresjon.

Selvhjelp med terapeutveiledning via Internett – *veiledet internettbehandling* – er i de siste 15 årene utviklet og utprøvd som et behandlingsformat for en rekke former for psykiske lidelser (Andersson, 2009). Metaanalyser konkluderer med at veiledet internettbehandling er en effektiv behandlingsform for angst og depresjon (Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper, & Hedman, 2014; Haug, Nordgreen, Öst, & Havik, 2012). Randomiserte kontrollerte studier viser at veiledet internettbehandling for angst og depresjonslidelser er mer effektivt enn venteliste (Haug et al., 2012) og like effektivt som ansikt-til-ansikt-behandling i studier hvor disse to formatene er direkte sammenlignet (Andersson et al., 2014). Veiledet internettbehandling er også utprøvd i offentlige helsetjenester og viser seg også der å være effektiv for personer med angst og depresjon (Hedman, Carlbring, Ljótsson, & Andersson, 2014). Pasientene vurderer metoden som troverdig (Cavanagh et al., 2009), og frafallet tilsvarer det man finner i ansikt-til-ansikt-behandling (Carlbring et al., 2005). Inspirert og veiledet av disse miljøene, samt funn fra studien «Kartlegging og behandling – Angst hos barn og voksne» ledet av Odd E. Havik og Einar R. Heiervang, ble prosjektet eMeistring etablert i 2012 i Helse Bergen HF, finansiert av Helse Bergen HF, Helse Vest RHF og Helsedirektoratet. Målet med eMeistring er å øke tilgangen på effektiv behandling ved å bruke ny teknologi. Siden april 2013 har eMeistring tilbudt veiledet internettbehandling for pasienter med panikklidelse og sosial angst.

I flere land er veiledet internettbehandling for mild og moderat depresjon et tilbud i de offentlige helsetjenestene. England og Sverige har vært ledende gjennom henholdsvis «Improving Access to Psychological Therapies» (IAPT) og Internetpsykiatri.se ved Karolinska Institutet. I den norske veilederen for depresjonsbehandling, publisert av Helsedirektoratet i 2009, er veiledet internettbehandling én av flere anbefalte behandlingsformer for mild til moderat depresjon. På norsk er MoodGym (www.MoodGym.no) et fritt tilgjengelig internettbasert selvhjelpsprogram, utviklet i Australia og oversatt og evaluert av Universitet i Tromsø. Til tross for dette er ikke veiledet internettbehandling tilgjengelig som en del av de ordinære helsetjenestene i Norge. Dette kan skyldes begrenset kunnskap om veiledet selvhjelp som behandlingsmetode (Nordgreen, & Havik, 2011), usikkerhet knyttet til personsensitiv informasjon på nettet og manglende implementeringstiltak på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Med dette som bakgrunn har vi gjennomført en pilotstudie der vi har undersøkt effekten av veiledet internettbehandling for personer med mild og moderat depresjon. Behandlingen er utviklet, utprøvd og brukes ved Karolinska Institutet.

Våre tre forskningsspørsmål var: 1) finner vi en endring av depresjonsymptomer fra før til etter behandling på gruppe- og individnivå? 2) Er behandlingseffekten redusert etter å ha blitt overført fra utviklerne i Sverige med Andersson og kollegaer (Andersson et al., 2005; Andersson et al., 2013; Vernmark et al., 2013) til Norge? Og 3) vurderte deltakerne veiledet internettbehandling som en troverdig behandling for depresjon? Artikkelen presenterer resultater knyttet til de tre forskningsspørsmålene, samt drøfter forutsetninger for å innføre veiledet internettbehandling

som en del av tjenestetilbudet til pasienter med psykiske lidelser i Norge.

METODE

Design

Studien er en åpen pilot med kartlegging ved pre-, post- og 6-måneders oppfølging. I denne artikkelen presenterer vi resultater knyttet til pre- og postkartleggingen.

Deltakere og rekruttering

Deltakerne ble rekruttert gjennom to avisannonser i Bergen Tidende i 2013. Interesserte som tok kontakt per telefon ($N = 57$) måtte oppfylle følgende seks kriterier for å bli vurdert som en aktuell deltaker: 1) være over 18 år, 2) svare ja på spørsmålene for depresjon i Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al., 1998), 3) dersom de var medisinerert for depresjon, bruke en stabil dose, 4) ha tilgang til Internett, 5) ikke umiddelbart ha behov for annen behandling, og 6) ikke motta eller ha mottatt kognitiv atferdsterapi for depresjon. Etter telefonintervju ble 19 av de 57 (33 %) vurdert som ikke aktuelle av følgende grunner: ikke depresjon = 7; mottok kognitiv atferdsterapi for depresjon = 6; suicidale tanker = 3; nylig startet opp på medisin = 2; og rusavhengighet = 1.

Aktuelle deltakere ($n = 38$) ble invitert til et ansikt-til-ansikt kartleggingsintervju hvor følgende inklusjonskriterier i samsvar med de opprinnelige studiene i Sverige (Andersson et al., 2005; Andersson et al., 2013; Vernmark et al., 2013) ble vurdert: 1) De måtte oppfylle diagnose på depressiv episode i henhold til MINI, 2) en totalskår i området 15 til 30 på Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale Self-Report (MADRS-SR; Svanborg, & Ekselius, 2003) 3) ikke ha en skåre over 4 på ledd 9 på MADRS-SR, som omhandler livslyst. Eksklusjonskriterier var alvorlig depresjon (MADRS-SR > 30), bipolar lidelse, suicidale tanker eller planer, psykose og rusmisbruk målt med AUDIT (Saunders et al., 1993) og DUDIT (Berman et al., 2005). Følgende deler av MINI ble gjennomgått for å vurdere inklusjons- og eksklusjonskriteriene: A: Alvorlig depressiv episode, C: Suicidalitet, D: Manisk episode, E: Panikklidelse, F: Agorafobi, G: Sosial fobi, H: Obsessiv-kompulsiv lidelse, O: Generalisert angstlidelse, L: Psykotiske lidelser, M: Anorexia nervosa.

Deltakerne ble informert om hensikten med studien, samt anbefaling om å sette av cirka 4–6 timer per uke til internettbehandlingen. I alt 16 av de 38 (42%) som ble inviterte til kartleggingsintervjuet, ble ikke inkludert i studien. Grunnen til dette var at de ikke oppfylte kravene til mild og moderat depresjon = 5; ikke møtte til kartleggingsintervju = 4; ikke hadde tid = 4; ikke ønsket å være med, uten å oppgi noen grunn for dette = 3. Pasienter som oppfylte inklusjonskriteriene og som ønsket å delta i studien, signerte så samtykkeskjema. Pasientene ble informert om at de måtte kontakte fastlege dersom det skulle oppstå behov for akutt behandlingstakt i løpet av behandlingen.

Telefonintervjuer, inklusjonsintervjuer, veiledning gjennom ukentlig telefonkontakt og avslutningssamtale ble utført av 6 psykologistudenter som hadde minst to semestre med praktisk-klinisk opplæring i siste del av profesjonsstudiet i psykologi, Universitetet i Bergen.

Etisk godkjenning

Studien er vurdert og anbefalt av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Vest. Koblingen mellom pasientens navn og passord ble oppbevart som en egen liste etter gjeldende forskrifter. Kun prosjektleder, og de hun godkjenner, har tilgang til denne listen.

Intervensjonen

Program: Programmet for veiledet internettbehandling for mild og moderat depresjon er utviklet av Andersson og kollegaer ved Linköping Universitet og Karolinska Institutet (Andersson, Bergström, Holländare, Lenndin, & Vernmark, 2007). De teoretiske og praktiske prinsippene for behandlingen bygger på Becks kognitive modell (Burns, 1999) og atferdsaktivitet (Lewinsohn et al., 1986; Martell et al., 2001) ved depresjon. Programmet består av åtte moduler der hver modul er bygget opp av en forklarende tekst om depresjon, øvelser og kartlegging av symptomer. Første modul starter med psykoedukasjon med vekt på hva som opprettholder depressive symptomer og hvor pasienten skal utvikle og beskrive sine egne mål for behandlingen. Det neste steget er å få oversikt over eksisterende aktiviteter og legge en plan for å øke positive, belønnende aktiviteter og redusere negative, straffende

aktiviteter gjennom ukentlig aktivitetsplanlegging. I de påfølgende moduler får deltakeren innføring i betydningen av selektive, negative fortolkninger og automatiserte tankers betydning for depresjon og hvordan man kan ta i bruk metoder for å fremme mer realistiske fortolkninger. Behandlingen avsluttes med en modul om tilbakefallsforebygging. Pasienten får tilgang til neste modul i programmet basert på foregående ukes aktivitet og symptomutvikling.

Terapeutveiledning: Før oppstart av behandlingen informerer terapeuten om form, innhold og tilgang til programmet. Pasient og terapeut har en forhåndsavtalt ukentlig telefonsamtale på omtrent 10 minutter for å gå igjennom aktiviteten siste uke, symptomutvikling og eventuelle kriser, samt å veilede og oppklare spørsmål knyttet til behandlingsprogrammet.

Opplæring av terapeutene

Terapeutene i pilotprosjektet fikk opplæring og veiledning i kartlegging, diagnostisering med MINI og veiledet internettbehandling gjennom seminar og ukentlig veiledning med psykologspesialist (TN).

Instrument

Primærmål for depresjonssymptomer: Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale - Self-report (MADRS-SR; Svanborg, & Åsberg, 1994; Svanborg, & Ekselius, 2003) består av 9 ledd hvor pasienten skal angi omfanget av depresjonssymptomer de siste 3 dager på en 7 trinns skala: 0 (normal) og 6 (patologisk). Ut fra sumskåren blir omfanget av de depressive symptomene gruppert som: 0–6 = ingen depresjon, 7–19 = mild depresjon, 20–34 = moderat depresjon, 35–60 = alvorlig depresjon. Intern konsistens estimert ut fra Cronbachs $\alpha = 0,54$. Lav alpha forklares med at MADRS-SR er et flerdimensjonalt kartleggingsskjema med få spørsmål, og der hvert spørsmål representerer ulike aspekter av depresjonsdiagnosen så som stemningsleie, søvn og konsentrasjonsevne. Konsekvensen av dette er at instrumentet har en lav indre konsistens med økt risiko for type I-feil i statistiske analyser.

Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer, & Garbin, 1988) består av 21 ledd som beskriver intensiteten av depresjonssymptomer siste uken på en skala fra 0 til 3. Intern konsistens estimert ut fra Cronbachs $\alpha = 0,70$.



Meta-analyser konkluderer med at veiledet internettbehandling er en effektiv behandlingsform for angst og depresjon





Veiledet internettbehandling er ikke tilgjengelig som en del av de ordinære helse-tjenestene i Norge

Sekundærmål

Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Brown, Epstein, & Steer, 1988) består av 21 ledd som beskriver intensiteten av angstsymptomer på en skala fra 0 (aldri) til 3 (nesten hele tiden). Intern konsistens estimert ut fra Cronbachs $\alpha = 0,87$.

The Credibility Scale (Borkovec, & Nau, 1972) består av 5 ledd som beskriver pasienters vurdering av behandlingens troverdighet på en skala fra 0 (ikke troverdig) til 8 (svært troverdig) ved starten av behandlingen (modul 1). Intern konsistens estimert ut fra Cronbachs $\alpha = 0,83$.

Statistiske analyser

SPSS 22.0 ble brukt for å analysere data. Endring i gjennomsnittlig symptomintensitet for MADRS-SR fra før til etter behandlingen ble analysert med Mixed Linear Models og innen-gruppe effektstørrelser analysert med effektstørrelser (Cohen, 1983). Endringer i depresjonssymptomer på individnivå ble vurdert ut fra etablerte grenseverdier for MADRS.

For å undersøke om endringen i depresjonssymptomer i denne studien er forskjellig fra det som er rapportert i tidligere studier, gjorde vi en «benchmarking», se Minami et al. (2008). Benchmarking viser til en metode som muliggjør en statistisk sammenligning av resultat på tvers av studier. Metoden er særlig brukt i situasjoner der randomiserte kontrollerte studier ikke er hensiktsmessig eller mulig. Våre resultater ble vurdert opp mot tre tidligere kontrollerte effektstudier av det samme programmet i Sverige, som alle har rapportert endring av depresjonssymptomer på gruppenivå ut fra MADRS-SR (Andersson et al., 2005; Andersson et al., 2013; Vernmark et al., 2010). Den gjennomsnittlige innen-gruppe effektstørrelsen i de tre studiene var stor for MADRS-SR, $ES = 1,58$. For at effektstørrelsen fra pilotstudien skal bli vurdert som ikke signifikant forskjellig fra de svenske studiene, skal den, ut fra vanlige benchmarkingregler, ikke avvike mer enn $\pm 0,20$ fra den gjennomsnittlige effektstørrelsen på 1,58. Verdien $\pm 0,20$ brukes fordi en effekt lik eller mindre enn 0,20 vurderes som ubetydelig (Delgadillo et al., 2014; Minami et al., 2008). Den nedre verdi for at effektstørrelsen fra denne pilotstudien ikke er signifikant dårligere enn de svenske studiene, er dermed: $1,58 - 0,20 = 1,38$, mens den øvre grensen for at denne pilotstudien ikke er signifikant bedre, er $1,58 + 0,20 = 1,78$.

RESULTAT

Utvalg

I alt 22 deltakere med mild ($n = 7$) og moderat ($n = 15$) depresjon ut fra MADRS-SR ble inkludert i studien. Tre deltakere deltok ikke i kartleggingen etter behandlingen på grunn av henholdsvis alvorlig somatisk sykdom, alvorlig depresjon og ønske om ikke å delta videre i studien. Demografiske data og sykehistorie er presentert i tabell 1.

Effekt av behandlingen på gruppenivå

Tabell 2 viser gjennomsnitt og standardavvik for pilotstudien på depresjonssymptomer målt med MADRS-SR og BDI og angstsymptomer målt med BAI før og etter behandling, samt effekt størrelser (Cohens d). Tabellen viser også resultater fra tidligere studier av depresjonsprogrammet.

Effekt av behandling på individnivå

Før behandling hadde 15 av 22 (68 %) moderat depresjon og 7 av 22 (32 %) mild depresjon. Etter behandlingen var dette endret til 4 (4/19, 21 %) med moderat depresjon, 11 (11/19, 58 %) med mild depresjon og 4 (4/19, 21 %) med ingen depresjon, en signifikant nedgang (McNemars test, $p = 0,02$). Når vi erstatter manglende data med status fra før behandling, hadde 7 av 22 (32 %) moderat depresjon etter behandlingen. Ingen av deltakerne hadde en pålitelig forverring.

Benchmarking

Tabell 2 viser i første kolonne gjennomsnitt og standardavvik i pilotstudien på MADRS-SR, BDI og BAI før og etter behandling samt innen-gruppe effektstørrelse (Cohens d). Gjennomsnitt og standardavvik for fire tidligere studier av samme behandlingsprogram er presentert i de påfølgende kolonnene. Effektstørrelsen på MADRS-SR, korrigert for utvalgsstørrelse, er i pilotstudien $ES = 1,84$ (95 % CI $d = 1,71-1,97$). Den kritiske nedre verdien for at pilotstudien var likeverdig med originalstudiene, er $ES = 1,38$. Det vil si at effekten av behandlingsprogrammet målt ut fra MADRS-SR i pilotstudien ikke er redusert etter å ha blitt oversatt til norsk og brukt med norske pasienter og studentterapeuter.

Bruk og troverdighet av behandlingen

I snitt ble 7 av 8 moduler gjennomført av deltakerne ($n = 22$). To deltakere avsluttet før de var halvveis i behandlingen, i henholdsvis andre og tredje modul.

Tabell 1. Demografiske data og sykehistorie

	Gjennomsnitt/SD/%
Alder	42.9 (SD 11.9, spredning 19–60)
Kvinne	72.7
Samboer/ gift	63.6
Høyskole/ universitetsutdannet	59.1
Tidligere depresjon	68.2
Komorbid angstlidelse	45.5
Komorbid stemningslidelse	9.1
Tidligere behandling hos psykolog eller psykiater	9.1
Tidligere behandling hos fastlege	68.1
Medikamenter	18.2
I lønnet arbeid	68.2
For tiden sykemeldt, atføring, ufør	31.8

N = 22

Tabell 2. Effekt av behandlingen på gruppenivå fra pilotstudien og fra tidligere studier.

	Pilotstudie		Effektstudier				Effektivitetsstudie			
	M (SD)	ES	M (SD)	ES	M (SD)	ES	M (SD)	ES	M (SD)	ES
	N = 22		Andersson et al. 2005 N = 36		Vernmark et al 2013 N = 29		Andersson et al. 2013 N = 31		Hedman et al. 2014 N = 1203	
MADRS-SR pre	21.1 (4.8)		20.1 (5.7)		21.2 (4.1)		23.6 (4.8)		22.0 (6.6)	
MADRS-SR post	11.9 (8.3)	1.92	12.7 (8.3)	1.30	15.0 (7.0)	1.51	13.6 (9.8)	2.03	13.5 (8.5)	1.31
BDI pre	22.3 (6.4)		20.5 (6.7)		22.2 (6.3)		24.0 (7.0)		*	
BDI post	10.8 (7.9)	1.80	12.2 (6.8)	1.24	12.3 (7.3)	1.57	13.6 (10.1)	1.49	*	
BAI pre	15.3 (7.0)		17.1 (8.2)		13.6 (6.8)		15.7 (6.7)		*	
BAI post	11.5 (6.7)	0.53	14.1 (8.4)	0.37	8.8 (6.3)	0.71	8.6 (7.8)	1.06	*	

Note. MADRS = Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale Self-report, BDI = Beck Depression Inventory, BAI = Beck Anxiety Inventory. ES = Effect size $M_{\text{post}} - M_{\text{pre}} / SD_{\text{pre}}$. * ikke tilgjengelige data.

Tabell 3. Deltagernes vurdering av troverdighet av behandlingen.

Credibility scale	Mean	SD	Range
Hvor logisk synes du denne typen behandling virker?	8.23	1.11	6-10
Hvor sikker er du på at denne metoden kommer til å være vellykket i behandlingen av dine symptomer?	6.73	1.58	4-10
Med hvor stor grad av sikkerhet ville du anbefale denne behandlingsmetoden til en venn med samme type symptomer som du har?	7.50	1.63	5-10
Hvor vellykket tror du at denne behandlingen ville være i behandling av andre former for plager?	7.46	1.41	5-9
Hvor stor grad av bedring forventer du å få av denne behandlingen?	7.27	1.24	5-9

N = 22



Programmet består av åtte moduler der hver modul er bygget opp av en forklarende tekst om depresjon, øvelser og kartlegging av symptomer

Etter modul 1 beskrev deltakerne behandlingen som troverdig og hadde relativt stor tiltro til at behandlingen var effektiv.

DISKUSJON

I denne pilotstudien har vi sett på effekten av veiledet internettbehandling av mild og moderat depresjon. På gruppenivå fant vi en stor effekt av veiledet internettbehandling for mild og moderat depresjon. Endringen på individnivå var også betydelig. Andelen av deltakere med moderat depresjon gikk ned fra 68 prosent før behandling til 21 prosent etter behandling. Resultatene viser også nedgang av angstsymptomer. Behandlingseffektene i denne pilotstudien tilsvarer de behandlingseffektene som er rapporterte fra utviklerne i Sverige ved Andersson og kollegaer. Selv om en stor andel av deltakerne hadde mild eller ingen depresjon ved avsluttet behandling, var det fire deltakere av de nitten som fullførte, som fortsatt hadde moderate depresjonssymptomer ved avslutningen av behandlingen. Samlet indikerer resultatene at dette programmet for veiledet internettbehandling av mild og moderat depresjon kan være et effektivt behandlingstilbud også i norsk oversettelse og ved norske forhold.

Det er begrensninger i denne pilotstudien som vi må ta hensyn til når vi vurderer resultatene. For det første har vi ikke en kontrollgruppe. Det betyr at vi ikke kan utelukke at endringene var en følge av andre forhold som skjedde i løpet av behandlingsperioden, og at deltakerne i en ventelistekontrollgruppe ville fremvise like mye endring i løpet av en tilsvarende tidsperiode. Dette er spesielt relevant ved depresjonslidelser, der både spontan bedring og tilbakefall etter avsluttet behandling forekommer hos en betydelig andel. Vi vet heller ikke om internettbehandlingen vi her har undersøkt, er mer eller mindre effektiv enn andre behandlingsmetoder. Det er også få deltakere i studien. På den annen side finner vi endringer i symptomer fra før og til etter behandlingen som er nær identisk med det som er rapportert i fire tidligere studier, to av dem kontrollerte, med til sammen 1299 deltakere (Andersson et al., 2005; Andersson et al., 2013; Vernmark et al., 2013; Hedman et al., 2014). Dette indikerer at resultatene kan generaliseres utover deltakerne i pilotstudien.

Hva nå?

Veiledet internettbehandling for panikkklidelse og sosial angst er utprøvd i svenske studier (Andersson, Bergstrom, Carlbring, & Lindfors, 2005; Andersson, G., Carlbring, P., Furmark, T., & S.O.F.I.E. Research Group., 2012; Carlbring, Ekselius, & Andersson, 2003), og fulgt opp i norske studier (Nordgreen, Andersson, Carlbring, & Havik, 2012; Nordgreen et al., 2010) og har siden 2013 vært en del av Helse Bergen HF sitt behandlingstilbud for angstlidelser. Resultatene fra denne pilotstudien, sammen med studiene fra Andersson og medarbeidere, danner grunnlag for å undersøke effekten av veiledet internettbehandling for pasienter med mild og moderat depresjon som en del av det ordinære behandlingstilbudet ved eMeistring.no, Helse Bergen HF. Med bakgrunn i våre erfaringer med å implementere veiledet internettbehandling for angstlidelser i helsetjenestene må følgende forhold være på plass for å få en god og effektiv bruk av veiledet internettbehandling i klinisk praksis: utvikle klinisk kompetanse, etablere sikker webplattform og undersøke effekt i ordinær klinisk praksis.

Utvikle klinisk kompetanse: Internettbehandling er en ny behandlingsform i Norge, og det er behov for å styrke og utvikle den kliniske kompetansen til de som skal være terapeuter på nett. I Helse Bergen HF

har vi gjort to ting for å fremme dette. For det første har vi utviklet ettårig videreutdanning i samarbeid med Norsk forening for kognitiv terapi, som tar for seg hvordan man veileder pasienter som får internettbehandling. Utdanningen er tverrfaglig, og første kull har evaluert utdanningen som svært nyttig. For det andre er det etablert en egen behandlingsavdeling ved Bjørgvin DPS, hvor terapeuter fra Bergens-regionen som arbeider med internettbehandling, sitter på samme rom en dag i uken for å veilede hverandre. Sentrale spørsmål i utdanningen og i terapeut-miljøet er: Hvordan involvere pasienten i internettbehandling? Hvordan veilede behandlingsforløpet? Og hvordan vurdere og følge opp progresjon i behandlingen?

Etablere sikker webplattform: Det er i dag stor usikkerhet i helsetjenestene om innhenting og lagring av personsensitiv informasjon på Internett. Dette hemmer implementering av teknologi i klinisk praksis. Det er behov for å ivareta sikkerheten ut fra kliniske og tekniske behov. Klinisk er det behov for å overvåke og følge opp symptomutvikling og behandlingseffekt på individnivå. Teknisk er det behov for å utvikle en webplattform med sikker pålogging, sikker lagring av data og rutiner for tilgangsstyring. Sikker bruk fremmes av veiledning i «Nettvett» for både terapeuter og pasienter.

Undersøke effekt i ordinær klinisk praksis: Internettbehandling er et felt i vekst med mange ulike programmer under utvikling, noen med sterke økonomiske interesser. Det er derfor viktig å innhente data som kan svare på følgende: Hva kjennetegner effektive inter-

nettprogrammer, hvordan tilby veiledet internettbehandling på en sikker og god måte i klinikken, og hvem passer internettbehandling for? Det siste er særlig viktig ettersom effekten fra selvhenviste pasienter i kliniske studier kan være forskjellig fra det vi vil finne for legehenviste pasienter i spesialisthelsetjenesten. I denne studien fant vi eksempelvis at 32 prosent av deltakerne var sykemeldt eller mottok annen stønad. Dette er dobbelt så høyt som det som er rapportert i de svenske studiene (Hedman et al., 2010; Andersson et al., 2013), men kanskje mindre enn hva vi vil finne i norske voksenpsykiatriske poliklinikker. Videre vet vi lite om forhold som påvirker resultatene av internettbehandling brukt i spesialisthelsetjenesten. Det er i tillegg behov for å undersøke om veiledet internettbehandling er en kostnadseffektiv metode.

KONKLUSJON

Funnene fra denne pilotstudien har begrensninger, særlig med tanke på at vi ikke har en kontrollgruppe og relativt få deltakere. Til tross for disse begrensningene indikerer pilotstudien, sammen med tidligere studier, at veiledet internettbehandling for mennesker med mild og moderat depresjon kan gi relativt store effekter på gruppe- og individnivå. Resultatene tyder også på at veiledet internettbehandling ikke har blitt mindre effektiv ved at metoden er oversatt og overført fra Sverige til Norge. Dette danner grunnlag for at vi nå har startet utprøving av veiledet internettbehandling for lett og moderat depresjon i helsetjenesten. ✕

REFERANSER

- Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 175–180.
- Andersson, G., Bergström, J., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2005). The use of the Internet in the treatment of anxiety disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 18, 73–77.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Carlbring, P., Kaldø, V., & Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, 456–461.
- Andersson, G., Bergström, J., Holländare, F., Lenndin, J., & Vernmark, K. (2007). *Ut ur depression och nedstämdhet med kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Viva.
- Andersson, G., Carlbring, P., Furmark, T., & S.O.F.I.E. Research Group. (2012). Therapist experience and knowledge acquisition in Internet-delivered CBT for social anxiety disorder: A Randomized Controlled Trial. *Plos One*, 7.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Internet-based vs. face-to-face cognitive behaviour therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 13, 288–295.
- Andersson, G., Hesser, H., Veilord, A., Svedling, L., Andersson, F., Sleman, O., . . . Carlbring, P. (2013). Randomised controlled non-inferiority trial with 3-year follow-up of internet-delivered versus face-to-face group cognitive behavioural therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*, 151, 986–994.

- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety – psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 893–897.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck depression Inventory – 25 years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77–100.
- Berman, A. H., Bergman, H., Palmstierna, T., Schlyter, F. (2005). Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *European Addiction Research, 11*, 22–31.
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972a). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 3*, 257–260.
- 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*, 17–31.
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972b). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 3*, 257–260.
- Burns, D. D. (1999) *Feeling Good. The New Mood Therapy.* New York: Avon Books.
- Carlbring, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: a randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34*, 129–140.
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhrman, M., Kaldø, V., . . . Andersson, G. (2005). Treatment of panic disorder: Live therapy vs. self-help via the internet. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1321–1333.
- Cavanagh, K., Shapiro, D. A., Van Den Berg, S., Swain, S., Barkham, M., & Proudfoot, J. (2009). The Acceptability of Computer-Aided Cognitive Behavioural Therapy: A Pragmatic Study. *Cognitive Behaviour Therapy, 38*, 235–246.
- Cohen, J., & Cohen, P. (1983). *Applied multiple regression/correlation analysis for the behavioral sciences* (2 ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Delgadillo, J., McMillan, D., Leach, C., Lucock, M., Gilbody, S., & Wood, N. (2014). Benchmarking Routine Psychological Services: A Discussion of Challenges and Methods. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42*, 16–30.
- Haug, T., Nordgreen, T., Ost, L. G., & Havik, O. E. (2012). Self-help treatment of anxiety disorders: A meta-analysis and meta-regression of effects and potential moderators. *Clinical Psychology Review, 32*, 425–445.
- Hedman, E., Ljótsson, B., Kaldø, V., Hesser, H., El Alaoui, S., Kraepelien, M., . . . Lindefors, N. (2014). Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *Journal of Affective Disorders, 155*, 49–58.
- Hedman, E., Carlbring, P., Ljótsson, B., & Andersson, G. (2014). *Internetbaserad psykologisk behandling: Evidens, indikation och praktiskt.* Stockholm: Natur och Kultur.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12–19.
- Lewinsohn, P. M., Munoz, R. F., Youngren, M. A., et al. (1986). *Control Your Depression.* New York: Prentice-Hall.
- Martell, C. R., Addis, M. E., Jacobson, N. S. (2001) *Depression in Context. Strategies for Guided Action.* New York: W.W. Norton.
- Minami, T., Serlin, R. C., Wampold, B. E., Kircher, J. C., & Brown, G. S. (2008). Using clinical trials to benchmark effects produced in clinical practice. *Quality & Quantity, 42*, 513–525.
- Mitchell, A. J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet, 374*, 609–619.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). Evidence-based health policy – Lessons from the global burden of disease study. *Science, 274*, 740–743.
- Nordgreen, T., Andersson, G., Carlbring, P., & Havik, O. E. (2012). *Guided self-help for social anxiety disorders-With and without an initial therapist-led psycho-education session.* Paper presented at the European Association for Behavioural and Cognitive Therapies, Geneva.
- Nordgreen, T., Standal, B., Mannes, H., Haug, T., Sivertsen, B., Carlbring, P., . . . Havik, O. E. (2010). Guided self-help via internet for panic disorder: Dissemination across countries. *Computers in Human Behavior, 26*, 592–596.
- Nordgreen, T., & Havik, O. E. (2011). Use of Self-Help Materials for Anxiety and Depression in Mental Health Services: A National Survey of Psychologists in Norway. *Professional Psychology-Research and Practice, 42*, 185–191.
- Roness, A., Mykletun, A., & Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *European Psychiatry, 20*, S126–S127.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., Delafuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol-use disorders identification test (AUDIT) – WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. *Addiction, 88*, 791–804.
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., . . . J. M. G., W. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 902–909.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 22–33.
- Svanborg, P., & Ekselius, L. (2003). Self-assessment of DSM-IV criteria for major depression in psychiatric out- and inpatients. *Nordic Journal of Psychiatry, 57*, 291–296.
- Vernmark, K., Lenndin, J., Bjarehed, J., Carlsson, M., Karlsson, J., Oberg, J., . . . Andersson, G. (2010). Internet administered guided self-help versus individualized e-mail therapy: A randomized trial of two versions of CBT for major depression. *Behaviour Research and Therapy, 48*, 368–376.

Terapeutisk effekt avtar

En nylig publisert metaanalyse viser at effekten av kognitiv atferdsterapi mot depresjon er halvvvert de siste 30-40 årene.

TALLENES TALE ER klar: Effekten av kognitiv atferdsterapi (KAT) faller. Siden de første behandlingsstudiene kom på slutten av 70-tallet, har effekten falt med rundt 50 prosent. Dette er hovedfunnet i en nylig publisert oppsummeringsartikkel i det anerkjente tidsskriftet *Psychological Bulletin* (Johnsen og Friborg, 2015). Fallet utgjør ett helt standardavvik for studiene samlet, fra en opprinnelig effekt på 2,3 til 1,2 (regnet som Hedge's g^1). For de randomiserte kliniske studiene isolert (17 studier) har effekten falt fra 1,9 til 1,0. Dermed er behandlingseffekten bortimot halvert. Effekten kan fortsatt regnes som god, men fallet er betydelig og ikke uten konsekvenser.

Denne konklusjonen kommer fra en metaanalyse av alle tilgjengelige KAT-studier siden den første i 1977 og frem til i dag – totalt 70 kliniske terapistudier. Effektstørrelsen er kalkulert i henhold til *Beck's Depression Inventory* (BDI) som endring i symptomtrykk, det vil si differansen fra pretest (før behandling) til posttest (etter behandling). BDI er svært godt egnet for denne type sammenlignende oppsummeringer, da nær sagt alle studiene anvendte

.....

1. Hedge's g er en standardisert måte å kvantifisere behandlingseffekt på ved å beregne størrelsen på gjennomsnittsdifferansen mellom behandlingsgruppa og kontrollgruppa. Ifølge Cohen (1988) tolkes $g = 0,2-0,5$ som svake, $g = 0,5-0,8$ som moderate og $g > 0,8$ som statistisk sterke effekter.

dette målet. Effektstørrelsene viser et lineært stabilt fall over tid (se figur). 34 studier inkluderte Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), som er terapeutens vurdering av pasientens bedring. Disse studiene viste et tilsvarende fall, likeså analysene av prosentandelen av pasientene som oppnår remisjon.

I et søk etter mulige bakenforliggende forklaringer ble en rekke moderatoranalyser gjennomført. Dette er analyser som kan identifisere variabler som korrelerer med denne trenden, og dermed indikere en forklaring. Vi undersøkte et dusin slike variable: a) pasientrelaterte variable (kjønn, alder, ulik grad av symptomtrykk før behandlingsstart, grad av komorbiditet, samtidig bruk av medikamenter og varierende alvorlighet av depresjon), b) terapeutrelatert (grad av erfaring), og c) studierelaterte variable (antallet terapisesjoner, studiens metodiske kvalitet, type statistisk analyse, bruk av behandlingsmanualer eller ei, og eldre/nyere versjon av BDI-skalaen).

Ingen av disse variablene var relatert til den dalende effekten. Alle analysene var dermed samstemte, effekten av KAT viser en jevn nedgang siden den ble introdusert. Da ett standardavvik utgjør omkring 10 poeng på BDI-skalaen og BDI preskårene har vært stabilt høye i hele tidsperioden, betyr det at flere pasienter i dag fortsatt har betydelige symptomplager når terapien avsluttes (dvs. BDI-skårer i nærheten av eller over kuttskåren på 20, som indikerer



TOM J. JOHNSEN

Psykolog i privatpraksis, Tromsø

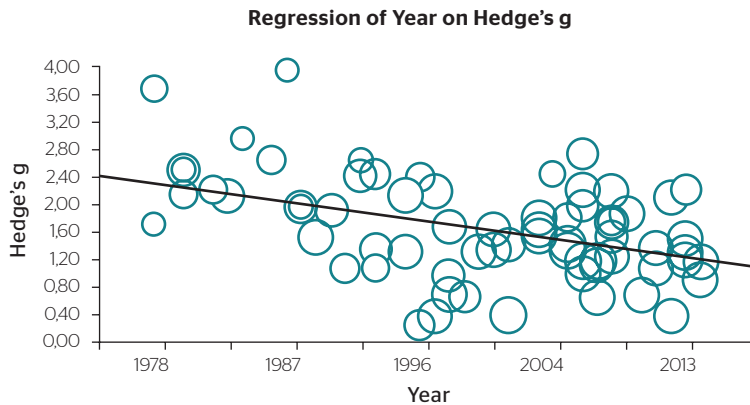


ODDGEIR FRIBORG

Professor, Universitetet i Tromsø, Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for psykologi, Forskningsgruppe helsepsykologi



FIGUR 1 viser endringen over tid i behandlingseffekt i henhold til symptomtrykkmålinger (BDI).



et moderat depresjonstrykk). Risikoen for tilbakefall er dermed større i dag enn tidligere.

Som vanlig ved metaanalyser, var disse analysene vektet etter utvalgsstørrelsen til de enkelte studiene. Vi undersøkte også muligheten for *publiseringsbias*, som er tendensen til å gjemme i skuffen studier med null-funn. Analysene viste en viss tendens til slik bias, men heller ikke dette forklarer fallet. Selv om vi fjernet 30 kliniske studier med små utvalg ($N < 20$), bestod effekten.

INGEN GODE FORKLARINGER

Vi har ingen gode forklaringer på denne utviklingen. En mulig hypotese er placeboeffekten. Nye behandlingsformer med sterke effekter vekker vanligvis betydelig entusiasme, optimisme og håp – viktige ingredienser i placeboeffekten. Den positive effekten av KAT har fått betydelig omtale, noe som trolig også nådde mange av pasientene. Imidlertid har 30–40 prosent av pasientene utilfredsstillende effekt av KAT, og tilbakefall er en gjennomgående utfordring. Etter hvert er det også publisert terapi-sammenlignende studier som ikke finner at KAT er overlegen andre terapiformer, en kunnskap som også når pasientene. Det kan over tid ha svekket optimismen. Dette er for øvrig en utfordring for all behandling.

En annen hypotese knytter seg til terapeutene. Var tidligere tiders terapeuter mer entusiastiske, hadde de mer kompetanse og erfaring med å levere kognitiv terapi enn terapeuter i dag? Siden terapeutenes kompetanse kun var vurdert i fem av studiene, var det ikke mulig å metaanalysere dette. Men med den store utbredelsen av KAT i mente, så er det mulig at terapeuter med mindre erfaring eller kompetanse

i større grad nå enn tidligere rekrutteres som terapeuter i kliniske effektstudier. Men hvorfor skulle en slik utvikling likevel opptre såpass lineært fallende som den gjør?

En tredje mulighet er skillet mellom kliniske effekt- og effektivitetsstudier (*efficacy* vs. *effectiveness*). Effektstudier har mer strenge metodiske krav (f.eks. mer kontrollerte betingelser, bruk av standardiserte mål, mer selekterte pasientgrupper, færre og mer kursive terapeuter), mens effektivitetsstudier skal ligne mer på hverdagens praksis (f.eks. mer heterogenitet i psykopatologi, mer komorbiditet, alle terapeuter deltar, ingen ekstra opplæring). Behandlingseffekten er som regel lavere i det siste eksemplet. Siden undersøkelsene ikke ble kodet etter denne type terapistudier, kan ikke denne muligheten utelukkes. Imidlertid viste ikke variable som er relevante for effektivitetsstudier, dvs. varierende grad av komorbiditet, bruk av psykofarmaka og erfaringsnivå, samvariasjon med nedgangen. Således er dette neppe en konfunderende faktor heller.

IMPLIKASJONER

Hvorfor er en metaanalyse som denne viktig? Jo, fordi KAT har en etablert rolle som anbefalt metode for en rekke psykiske lidelser, særlig i behandlingen av engstelige og depressive lidelser. I de nasjonale retningslinjene for diagnostisering og behandling av depresjon er KAT anbefalt behandlingsmetode (Helsedirektoratet, 2009). Den dalende behandlingseffekten kan få uheldige konsekvenser for anbefalinger knyttet til behandlingsformer, siden utprøvinger av nyere behandlingsformer ofte sammenlignes med eksisterende «gullstandard». Hvis sammenligningsgrunnlaget er KAT og nye

SKRIV I «OPPSUMMERT»:

Ny psykologisk innsikt?

Betydningsfulle forskningsfunn?

Nettopp disputert?

Ta kontakt:

ida.holth@psykologtidsskriftet.no

behandlinger viser tilsvarende eller til og med sterkere effekt, vil nye tilnærminger paradoksalt nok likevel ha svakere effekt enn KAT opprinnelig hadde. Dermed risikerer man å implementere depresjonsbehandlinger med lavere virkningsgrad enn for over 35 år siden. Dette er et tankekors.

Innenfor somatikken har forbedringer i medisinske intervensjoner medført stadig mer effektive behandlinger. Situasjonen innenfor depresjonsfeltet preges ikke av en tilsvarende utvikling, og er til og med negativ for KAT som intervensjon. Det er interessant å spørre om denne nedgangen gjelder for psykiske lidelser generelt, inkludert angstlidelsene? Et annet spørsmål er om implementeringen av all ny psykoterapibehandling (eks. meta-kognitiv terapi) over tid vil vise en tilsvarende utvikling, gitt at placebohypotesen har relevans.

Resultatene fra denne metaanalysen har betydning for den fremtidige terapiutviklingen. Terapieffekten dekomponeres vanligvis i fire deler: pasientspesifikke faktorer (f.eks. demografi, sosio-økonomi, sårbarhet eller ressurser), terapeutspesifikke faktorer (f.eks. kompetanse, personlig stil), fellesfaktorer (f.eks. allianse, grad av opplæring, mengde terapi), og spesifikke terapifaktorer (f.eks. de virksomme terapikomponentene og måten disse leveres på). Man antar at pasient- og fellesfaktorene utgjør brorparten av den totale effekten (omkring 60–80 %), mens de terapispesifikke effektene utgjør en svært begrenset del (omkring 10–20 %). Dette signaliserer at den videre terapiutviklingen i større grad bør adressere alle disse komponentene for i det hele tatt å oppnå bedre behandlingsresultater i fremtiden. Flere terapimiljøer internasjonalt og i Norge har forlatt KAT i behandling av depresjon til fordel for tredje generasjons kognitive tilnærminger, slik som metakognitiv terapi. Dette er neppe tilfeldig, da miljøene har sett at standard KAT ikke gir god nok effekt lenger. Likevel er det grunn til å spørre om nyere terapitilnærminger også vil komme til kort etter en tid om de ikke integrerer pasient- og fellesfaktorene i terapiprogrammene betydelig mer. Det er tross alt der hovedeffekten ligger.

Det er ønskelig med mer kunnskap om hvordan behandlingseffekter endrer seg over tid, og hva underliggende forklaringsmekanismer kan være. Det er derfor en fordel om forskere innenfor terapifeltet utvikler en felles standard for hvilke kliniske data som alltid skal registreres i terapistudier. En felles standard vil muliggjøre de virkelig gode fremtidige sammenlignende kunnskapsoppsummeringene som kan besvare viktige spørsmål om underliggende faktorer knyttet til behandlingseffekter og endringer i disse over tid. ✕

Hovedfunn

- Siden slutten av 70-tallet har behandlingseffekten av kognitiv atferdsterapi mot depresjon falt med rundt 50 prosent
- Fallet utgjør mer enn ett standardavvik for studiene samlet, fra en opprinnelig effekt på 2,3 til 1,2 (Hedge's *g*)
- Effektstørrelsene viser et jevnt lineært stabilt fall over tid

REFERANSER

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Helsedirektoratet (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*. IS nummer: 1561.

Johnsen, T. J. & Friborg, O. (2015). The effects of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, E-pub ahead of print. DOI: 10.1037/bul0000015.

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 658-717 FAGFELLEVDERT

MARTIN BYSTAD Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø og Universitetssykehuset i Nord-Norge, **LINN-HEIDI LUNDE** Det psykologiske fakultetet, Universitetet i Bergen og Haukeland Universitetssykehus, **IDA SOLHAUG** Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø.
KONTAKT martin.k.bystad@uit.no

KRONISK SMERTE: KAN OPPMERKSOMT NÆRVÆR VÆRE TIL HJELP?

Kronisk smerte er et utbredt problem i befolkningen. Å møte sine kroniske smerter på en ikke-dømmende måte og fokusere på det som skjer i øyeblikket, kan være en verdifull tilnærming

Kroniske smerter er utbredt, med en forekomst på om lag 30 prosent i Norge (Breivik et al., 2006). Kronisk smerte medfører stor reduksjon av livskvalitet, tap av funksjon og arbeidsevne, og behandlingen er ofte krevende (Turk, Wilson, & Cahana, 2011). Hos eldre (personer over 65 år) er det anslått at forekomsten av kroniske smerter kan ligge på opptil 65 prosent (Lunde, 2009).

Å leve med kroniske smerter medfører økt risiko for søvnproblemer (Lunde, Pallesen, Krangnes, & Nordhus, 2010) og depresjon (Fishbain, Cutler, Rosomoff, & Rosomoff, 1997). Samfunnsmessig er kronisk smerte en utfordring (Loeser, & Melzack, 1999), og det er rimelig å omtale kronisk smerte som et folkehelseproblem.

Det er vanlig å definere kronisk smerte som smerte som ikke går over etter normal helbredelsestid og med en varighet på over tre måneder (Turk, Wilson, & Cahana, 2011). En biopsykososial modell er vanlig for å forstå og behandle kroniske smerter (Lunde, & Nordhus, 2006). Denne modellen antar at smerteopplevelsen oppstår i et komplekst samspill mellom biologiske, sosiale og psykologiske faktorer (Lunde, & Nordhus, 2006).

Medikamentelle tiltak som eneste behandling har begrenset effekt på kroniske smerter (Varrassi et al. 2010). Psykologiske prinsipper har derfor en naturlig plass i behandlingen av kroniske smertetilstander (Fors, 2002; Turk, & Winter, 2006). Mer forskning på effekten av ikke-medikamentell smertebehandling er etterspurt (Nilsen, 2013).

ABSTRACT

*Chronic pain:
Can mindfulness be helpful?*

The purpose of this article is to give an overview of the current knowledge of mindfulness as an intervention for patients with chronic pain. Chronic pain is a widespread problem in Norway, with an estimated prevalence of 30 %. Chronic pain can lead to reduced quality of life, sleep problems and depression. Thus, it is important to investigate non-pharmacological interventions. In the present study, we review randomized controlled mindfulness intervention studies. Results from this review revealed that mindfulness had limited effect on pain intensity/perception (primary outcomes). However, most studies found that mindfulness can have a significant effect on quality of life, depression, and acceptance of pain (secondary outcomes). Most studies used a short-term follow up, usually less than six months. We assume that longer follow up would be more appropriate, since mindfulness is a skill that requires practice over a longer period. Mindfulness should be considered as a potential intervention for patients with chronic pain, and the long-term effects should be investigated.

Key words: chronic pain, mindfulness, mind-body, psychosomatic, pain, biopsychosocial model, stress.



Det er rimelig å omtale kronisk smerte som et folkehelseproblem

Psykologiske faktorer inkluderer forventninger (Wager et al., 2004), tolkning av smerter (Vlayen, & Linton, 2000), stemningsleie (Strand et al., 2006), oppmerksomhet (Sættem, & Stiles, 2009), kognisjon (Sullivan et al., 2006) og stressnivå (Nilsen, Flaten, Hagen, Matre, & Sand, 2010). Langvarig stress ser ut til å fremme betennelsesprosesser i kroppen og er trolig en viktig årsak til at smerter vedvarer (Cohen et al., 2012)

Et eksempel på en psykologisk mestringsstrategi er «oppmerksomt nærvær», også kjent som «mindfulness». Oppmerksomt nærvær defineres ofte som bestående av to faktorer: en oppmerksomhetsfaktor karakterisert av fokus på det som skjer i øyeblikket, og en emosjonsregulerende faktor, karakterisert ved en åpen, nysgjerrig, aksepterende holdning til erfaringer (Bishop et al., 2004).

Trening i oppmerksomt nærvær ved kroniske smerter antas å virke gjennom å modifisere de sekundære kognitive og emosjonelle reaksjonene på smerteopplevelsene, slik som grubling, katastrofetanker, skyld, erfaringsmessig unngåelse og depressive tanker. Dermed er ikke målet å fjerne selve smerten, men for pasienten å søke å innta en åpen, ikke-dømmende holdning til både smerteopplevelsene, som de fortøner seg fra øyeblikk til øyeblikk (Ludwig, & Kabat-Zinn, 2008), og de kognitive og emosjonelle reaksjonene som pasienten får. Å oppøve aksept av smertene fremfor å «kjempe mot» dem antas å redusere stress og øke livskvalitet (McCracken, & Eccleston, 2003).

Avspenningsøvelser er ofte benyttet som intervensjon ved kronisk smerte (Kwekkeboom, & Gretarsdottir, 2006; Turk, & Winter, 2006). Det er imidlertid viktig å understreke at avspenning og oppmerksomt nærvær ikke er det samme. Hensikten med avspenning er å oppnå avspenningsrespons (Benson, 2000), mens målet med oppmerksomt nærvær favner mer; avspenning kan være en bieffekt, men målet er å kultivere et ikke-dømmende nærvær, som antas å fasilitere innsikt i psykologiske prosesser.

Flere behandlingsformer basert på trening i oppmerksomt nærvær har blitt utviklet i de siste tiårene. De mest utbredte er Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) (Kabat Zinn, 2013) og Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) (Teasdale et al., 2002), som begge er åtte-ukers gruppebaserte behandlingsprogrammer. Terapiformene Acceptance and Commitment Therapy (ACT) og Dialektisk atferdsterapi (DBT) inkluderer også oppmerksomt nærvær, men legger mindre vekt på systematisk nærværstrening/meditasjon. Vi avgrenser fokus til de to førstnevnte gruppebaserte behandlingsformene, MBSR og MBCT, da disse kan karakteriseres som mer rendyrkede former for nærværstrening.

Trening i oppmerksomt nærvær har vist gunstig effekt ved en rekke plager, slik som angst (Vøllestad, Sivertsen, & Nielsen, 2011), depresjon (Hofmann et al. 2010; Teasdale et al., 2000), substansmisbruk (Bowen et al., 2006) og kronisk somatisk sykdom (de Vibe, & Moum, 2006). Hos friske frivillige deltakere er det rapportert om økt livskvalitet (Carmody, & Baer, 2008), forbedret kognitiv funksjon (Jha et al., 2007) og selvkontroll (Tang et al., 2007) som resultat av øvelse i oppmerksomt nærvær. En nyere større metaanalyse konkluderte med at oppmerksomt nærvær kan redusere depresjon, angst og smerteintensitet (Goyal et al., 2014).

Det første åtte ukers gruppe-programmet i oppmerksomt nærvær var rettet mot pasienter med kroniske smerter (Kabat-Zinn, Lipworth, & Burney, 1985; Ludwig, & Kabat-Zinn, 2008). Hele 88 prosent av pasi-

entene opplevde redusert smerteintensitet, og halvparten av disse pasientene rapporterte en smertereduksjon på minst 50 prosent (Kabat-Zinn, 1982). I tillegg har flere studier utforsket effekten av oppmerksomt nærvær for pasienter med kroniske smerter. Eksperimentelle studier har også vist at oppmerksomt nærvær reduserer smerteopplevelsen hos friske deltakere som blir påført kortvarig smerte (Zeidan, Gordon, Merchant, & Goolkasian, 2010).

Hensikten med denne artikkelen er å oppsummere forskningen på gruppebasert trening i oppmerksomt nærvær ved kronisk smerte. Formålet er å undersøke om en slik tilnærming kan påvirke smerteintensitet, dvs. subjektiv smerterapport (primære utfallsmål), samt livskvalitet, depresjon, psykisk helse og evnen til å akseptere smertene (sekundære utfallsmål).

METODE

Vi søkte etter artikler som undersøkte oppmerksomt nærvær som en intervensjon ved kronisk smerte. Dette omfattet mindfulness based stress reduction (MBSR) og mindfulness-based cognitive therapy (MBCT). For å avgrense søket og problemstillingen utelot vi terapiformer der hovedvekten ikke legges på nærværstrening, slik som ACT og DBT. Vi inkluderte kun randomiserte kontrollerte studier (RCT), etter anbefaling fra Veehof og medarbeidere (2011). Populasjonen var pasienter over 18 år med kroniske smerter. Alle utfallsmål ble sett på som aktuelle, både smerteintensitet, aksept, depresjon, angst og livskvalitet. Førsteforfatter og sisteforfatter gjorde søket uavhengig.

Det ble gjort søk i Pubmed.gov. Søkekombinasjonen «mindfulness» and «chronic pain» ga 69 treff, «mindfulness based stress reduction» and «chronic pain» ga 40 treff, «MBSR» and «chronic pain» ga 26 treff. Søkekombinasjonene «mindfulness based cognitive therapy» and «chronic pain» ga seks treff, mens «MBCT» and «chronic pain» ga tre treff. Søket ble gjort i januar 2015. Det ble gjort et tilsvarende søk i søkemotoren Psychinfo, men med vesentlig færre relevante treff.

Alle artiklene var engelskspråklige. På grunnlag av sammendrag og titler ble totalt 12 studier vurdert som relevante for problemstillingen. Studiene som ble ekskludert, undersøkte ikke problemstillingen som vi søkte etter og/eller hadde ikke RCT-design. Flere av studi-

ene rapporterte ikke effektstørrelser. Søkeprosessen ble gjort i henhold til retningslinjer fra Schardt og medarbeidere (2007).

RESULTATER

Resultater fra de gjennomgåtte studiene fremgår av tabell 1. Totalt viser ni av de 12 studiene signifikante forskjeller mellom gruppen som trente på oppmerksomt nærvær, og kontrollgruppen(e). Intervensjoner med oppmerksomt nærvær viser i hovedsak bedring i form av økt livskvalitet, aksept og reduksjon av depressive symptomer (sekundære utfallsmål). Kun tre studier finner at systematiske øvelser i oppmerksomt nærvær gir reduksjon i smerteintensitet/smerterapport, målt ved subjektiv smerterapport (primære utfallsmål) (Astin et al., 2003; Esmer et al. 2010; Wong et al., 2011). Av totalt seks studier med aktiv kontrollgruppe viser trening i oppmerksomt nærvær samme effekter som kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon på depresjon og smerte, og bedre effekt enn en massajegruppe på psykisk helse og en avspenningsgruppe på livskvalitet.

DISKUSJON

Av de studiene som er gjennomgått, viser ni av de 12 studiene en signifikant forskjell mellom oppmerksomt nærvær og kontrollgruppene. Totalbildet er at oppmerksomt nærvær har effekt på livskvalitet, psykisk helse og evne til å akseptere smerte. Færre studier finner at oppmerksomt nærvær reduserer smerteintensitet/smerterapport. Funnene fra de gjennomgåtte studiene er i tråd med funn fra tilsvarende oversiktsartikler (Chiesa, & Serretti, 2011; Rajguru et al., 2014).

Oppmerksomt nærvær innebærer skift av oppmerksomheten, noe som i seg selv kan påvirke sinnsstemningen positivt (Morone, Lynch, Greco, Tindle, & Weiner, 2008). Det er tidligere vist at oppmerksomheten påvirker smerteopplevelse: et skifte i oppmerksomhet fra smerte til andre stimuli (avledning) reduserer smerteintensiteten (Buhle, & Wager, 2010). Det er imidlertid sannsynlig at oppmerksomt nærvær påvirker måten vi er oppmerksomme på. Flere eksperimentelle studier viser at en ikke-dømmende oppmerksomhet mot smertene reduserer smerteintensitet og/eller smerterelatert hjerneaktivitet (Grant, & Rainville 2009; Zeidan et al., 2010). Dette antyder at måten vi er oppmerksomme på, er sentral. Det

»

Tabell 1: Oversikt over randomiserte kontrollerte studier der behandlingseffekten fra intervensjoner med oppmerksomt nærvær ved kroniske smerter er undersøkt.

	Utvalg	Intervensjon	Kontroll gruppe(r)	Utfallsmål	Resultater
Astin et al. 2003	FM (N = 128)	MBSR + Qigong (N = 64)	Støttegruppe (N = 64)	Smerte, depresjon	Signifikant bedring i smerte og depresjon i begge grupper. Ingen signifikante forskjeller mellom gruppene etter 24 ukers oppfølging.
Day et al. 2013	Hodepine (N = 37)	MBCT (N = 19)	Venteliste (N = 17)	Smerte, Selv- effektivitet, Aksept, Katastrofe-tenkning.	Signifikant bedring i MBCT- gruppen på alle utfallsmål (med unntak av smerte) etter åtte uker.
Dowd et al. 2015.	Uspesifisert kronisk smerte (N = 65)	MBCT (N = 28)	Psyko- edukasjon (N = 37)	Livskvalitet, smerte, aksept, depresjon, angst.	Signifikant bedring i livskvalitet og aksept i begge grupper. Ellers ingen signifikante forskjeller mellom gruppene.
Esmer et al. 2010.	Rygg- smerter (N = 42)	MBSR (N = 19)	Venteliste (N = 21)	Søvn, smerte, livs- kvalitet	Signifikant bedring i MBSR- gruppen på alle utfallsmål etter 40 uker.
La Cour et al. 2014.	Uspesifisert kronisk smerte (N = 109)	MBSR (N = 54)	Venteliste (N = 55)	Smerte, aksept, depresjon, angst, livskvalitet.	Signifikant bedring i MBSR- gruppen på livskvalitet og aksept. Ellers ingen signifikante forskjeller mellom gruppene.
Morone et al. 2008	Rygg- smerter (N = 37)	MBSR (N = 19)	Venteliste (N = 18)	Smerte, livskvalitet.	Signifikant større bedring på smerteaksept for MBSR- gruppen etter tre måneder. Ellers ingen signifikante forskjeller mellom gruppene.
Plews-Ogan et al. 2005	Muskel- skjelett smerter (N = 30)	MBSR (N = 15)	Massasje + Venteliste (N = 15)	Smerte, Psykisk helse	Signifikant større bedring i psykiske helse for MBSR- gruppen etter tre måneder. Ellers ingen signifikante forskjeller.
Pradhan et al. 2007	Leddgikt (N = 63)	MBSR (N = 31)	Venteliste (N = 32)	Livskvalitet, psyki- atriske symptomer.	Signifikant større bedring i stress og livskvalitet i MBSR gruppen etter seks måneder. Ellers ingen signifikante forskjeller mellom gruppene.
Schmidt et al. 2011	FM (N = 177)	MBSR (N = 59)	Venteliste (N = 59) + aktiv kontroll (avspennings- øvelser). (N = 59)	Smerte, depresjon, angst, livskvalitet.	Signifikant bedring i livskvalitet i MBSR- gruppen etter to måneder. Ellers ingen signifikante forskjeller mellom gruppene.
Sephton et al. 2007	FM (N = 91)	MBSR (N = 51)	Venteliste (N = 40)	Smerte, depresjon	Signifikant reduksjon av depressive symptomer i MBSR- gruppen etter to måneder. Ellers ingen signifikante forskjeller.
Zautra et al. 2008	Leddgikt (N = 144)	MBI (N = 48)	KAT + Psyko- edukasjon (N = 96)	Smerte, depre- sjon, betennelses- markør.	Signifikant bedring av positive affekter hos MBI- gruppen etter seks måneder. Ellers ingen signifikante forskjeller mellom gruppene.
Wong et al. 2011.	Uspesifisert kronisk smerte (N = 83).	MBSR (N = 39)	Psykoeduksjon (N = 44)	Smerte, livskvalitet, depresjon, angst	Signifikant reduksjon i smerteintensitet i begge gruppene, men ingen signifikant forskjell mellom gruppene.

Forkortelser: FM = Fibromyalgi, MBSR = Mindfulness Based Stress Reduction, MBI = Mindfulness Based Meditation = MBCT = Mindfulness Based Cognitive Therapy, KAT = Kognitiv Atferdsterapi, Qigong = puste og bevegelsesteknikker.



Medikamentelle tiltak som eneste behandling har begrenset effekt på kroniske smerter

trengs mer forskning for å undersøke hvordan trening i oppmerksomt nærvær kan modulere smerte.

Hensikten med oppmerksomt nærvær er å møte ubehag og smerte på en åpen og ikke-dømmende måte, slik de fortøner seg i nuet. Det er ikke gitt at dette reduserer selve smerteintensiteten, men det kan endre forholdet til smertene (Chiesa, & Serretti, 2011). Forholdet mellom smerteintensitet og livskvalitet er ikke proporsjonalt. Dette betyr at en person kan ha høy smerteintensitet, men være lite plaget av det – og omvendt (Fors, 2012). Oppmerksomt nærvær gir sannsynligvis økt evne til å akseptere smerter (Kohl, Rief, & Glombiewski, 2013). Å møte smertene på en aksepterende måte antas også å redusere kontroll- og unngåelsesfokus, samt å rette oppmerksomheten mot det man verdsetter i livet, og dermed gi økt livskvalitet (Esteve, Ramirez-Maestre, & Lopez-Marinez, 2007; McCracken, & Eccleston, 2003).

Det bør presiseres at oppfølgingstiden i samtlige av studiene er kort. De fleste studiene fulgte pasientene tre måneder etter at intervensjonene var avsluttet. Ved kroniske smertetilstander kan et slikt tidsperspektiv være for kort. Det er rimelig å anta at resultatene kunne ha blitt annerledes ved en lengre oppfølgingsperiode, ettersom evnen til oppmerksomt nærvær er en ferdighet som krever øvelse over tid (Dunford, & Thompson, 2010; Lykins, & Baer, 2009). For eksempel viste en longitudinell studie av Grossman og medarbeidere (2007) at livskvaliteten langsomt ble bedre hos smertepasienter når de gjennomførte trening i oppmerksomt nærvær i tre år. Det bør bemerkes at den eneste studien (Esmer et al., 2010) som viste signifikant bedring på alle utfallsmål, også var studien med lengst oppfølgingstid.

Et randomisert kontrollert design (RCT) regnes som en «gullstandard» innenfor behandlingsforskning (Concato, Shah, & Horwitz, 2000). Det er imidlertid viktig å nevne at de fleste randomiserte kontrollerte studier har strenge utvalgsriterier og en stram design (Hjelmesæth, 2014). Dette kan redusere generaliserbarheten (Rothwell, 2005). En begrensning med våre funn er derfor at vi kun har sett på randomiserte kontrollerte (RCT) studier. En nyere oversiktsstudie av Reiner og medarbeidere (2013) inkluderte både eksperimentelle og kliniske studier. De fant at oppmerksomt nærvær kan redusere smerteintensitet ved kronisk smerte.

Morley og medarbeidere (2013) anbefaler at fremtidige intervensjonsstudier ved kroniske smerter inkluderer et høyt antall deltakere og også baserer seg på observasjonelle kohortstudier. Foruten smerteintensitet bør også livskvalitet, fysisk funksjon og symptomer på psykiske plager være sentrale utfallsmål ved studier av kronisk smerte (Dworkin et al., 2005).

KONKLUSJON

Gjennomgangen av studiene som er gjort her, viser at systematisk trening i oppmerksomt nærvær kan ha begrenset effekt på smerteintensitet/smerteopplevelse, men en signifikant effekt på livskvalitet, depresjon, aksept av smertene og angst. Funnene våre begrenses imidlertid av at vi utelukkende har fokusert på randomiserte kontrollerte studier (RCT). Studiene har kort oppfølgingstid. Oppmerksomt nærvær er en ferdighet som krever øvelse over tid. Det er derfor nødvendig med flere studier som ser på langtidseffektene av oppmerksomt nærvær på kroniske smerter. ✘

REFERANSER

- Astin, J. A., Berman, B. B., Bausell, B., Lee, W.-L., Hochberg, M., & Forsys, K., L. (2003). The efficacy of mindfulness meditation plus qigong movement therapy in the treatment of fibromyalgia: A randomized controlled trial. *Journal of Rheumatology*, *30*, 2257–2262.
- Benson, H. (2000). *Relaxation Response*. New York: William Morrow and Company.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J. et al (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*, 230–241.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D. et al. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, *20*, 343–347.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R., & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, *10*, 287–333.
- Buhle, W., Wager, T. D. (2010). Performance-dependent inhibition of pain by an executive working memory task. *Pain*, *149*: 19–26.
- Carmody, J., & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, *31*, 23–33.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2011). Mindfulness-based interventions for chronic pain: a systematic review of the evidence. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *17*, 83–93.
- Cohen, S., D., Janicki-Deverts, D., Doyle, W. J., Miller, G. E., Frank, E., & Rabin, B. S. (2012). Chronic stress, glucocorticoid receptor resistance, inflammation, and disease risk. *Proceedings of National Academic Science USA*, *109*, 5995–5999.
- Concato, J., Shah, N., & Horwitz, R. I. (2000). Randomized controlled trials, observational studies and the hierarchy of research designs. *New England Journal of Medicine*, *342*, 1887–1892.
- Day, M. A., Thorn, B. E., Ward, C. L., Rubin, N., Hickman, S. D., Scogin, F. et al. (2013). Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of headache pain: A pilot study. *Clinical Journal of Pain*, *1*, 1–10.
- De Vibe, M., & Moum, T. (2006). Oppmerksomhetstrening for pasienter med stress og kroniske sykdommer. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, *126*, 1898–1902.
- Dowd, H., Hogan, M. J., McGuire, B. E., Davis, M., Sarma, K. M., Fish, R. A. et al. (2015). Comparison of an online mindfulness-based cognitive therapy intervention with online pain management psychoeducation: A randomized controlled study. *Clinical Journal of Pain*. Hentet 10 januar fra: <http://journals.lww.com/clinicalpain/pages/articleviewer.aspx?year=9000&issue=00000&article=99343&type=abstract>
- Dunford, E., & Thompson, M. (2010). Relaxation and mindfulness in pain: A review. *Reviews in Pain*, *4*, 18–22.
- Dworkin, R. H., Turk, D. C., Farrar, J. T., Haythornthwaite, J. A., Jensen, M. P., Katz, N. P. et al. (2005). Core outcome measures for chronic pain in clinical trials: IMMPACT recommendations. *Pain*, *113*, 9–19.
- Esmer, G., Blum, J., Rulf, J., & Pier, J. Mindfulness-based stress reduction for failed back surgery syndrome: a randomized clinical trial. *Journal of American Osteopath Association*, *110*(11), 646–652.
- Esteve, R., Ramirez-Maestre, C., & Lopez-Marinez, A. E. (2007). Adjustment to chronic pain: the role of pain acceptance, coping strategies and pain-related cognitions. *Annals of Behavioral Medicine*, *33*, 179–188.
- Fishbain, D. A., Cutler, R., Rosomoff, H. L., & Rosomoff, R. S. (1997). Chronic pain-associated depression: Antecedent or consequence of chronic pain? A review. *The Clinical Journal of Pain*, *13*, 116–137.
- Fors, E. A. (2013). *Hva er smerte?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Fors, E. A. (2002). *Non-malignant pain in relation to psychological and environmental factors*. A PhD study. Norwegian University of Science and Technology. Trondheim.
- Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M. S, Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being. *JAMA Internal Medicine*, *174*, 357–368.
- Grant, J. , Rainville, P. (2009): Pain sensitivity and analgesic effects of mindful states in Zen meditators: a cross-sectional study. *Psychosomatic Medicine*; *71*: 106–114).
- Grossman, P., Tiefenthaler-Gilmer, U., Raysz, A., & Kesper, U. (2007). Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. *Psychotherapy & psychosomatics*, *76*, 226–233.
- Hjelmsæth, G. (2014). Randomiserte studier – nyttig for hvem? (2014). *Tidsskrift for Den norske legeforening*, *134*, 1819.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*, 169–183.
- Jha, A. P., Krompinger, J., & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, *7*, 109–119.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living*. New York: Bantam Books.
- Kabat-Zinn J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, *4*(1), 33–47.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, *8*(2), 163–190.
- Kwekkeboom, K. L., & Gretarsdottir, E. (2006). Systematic Review of Relaxation Interventions for Pain. *Journal of Nursing Scholarship*, *38*, 269–277.
- Kohl, A., Rief, W., & Glombiewski, J. A. (2013). Acceptance, cognitive restructuring, and distraction as coping strategies for acute pain. *Journal of Pain*, *3*, 305–315.
- La Cour, P., & Petersen, M. (2014). Effects on mindfulness meditation on chronic pain. A randomized controlled trial. *Pain Medicine*. Hentet 10 januar 2015 på <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pme.12605/abstract>
- Loeser J. D., & Melzack, R. (1999). Pain: an overview. *The Lancet*, *353*, 1607–1609.
- Ludwig, D. S., & Zinn-Kabat, J. (2008). Mindfulness in medicine. *Journal of American Medical Association*, *300*, 1350–1352.
- Lunde, L-H. (2009). *Chronic pain in older adults. A PhD study*. University of Bergen.
- Lunde, L-H., & Nordhus, I. H. (2006). Kognitiv atferdsterapi ved kroniske smertetilstander. Erfaringer fra en smerteklinikk. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *43*, 1169–1172.

- Lunde, L.-H., Pallesen, S., Krangnes, L., & Nordhus, I.H. (2010). Characteristics of sleep in older persons with chronic pain: a study based on actigraphy and self-reporting. *Clinical Journal of Pain*, 26(2), 132–137.
- Lykyns, E. L. B., & Baer, R. A. (2009). Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 226–241.
- McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: What to do with chronic pain? *Pain*, 105, 197–204.
- Morley, S., Williams, A., & Eccleston, C. (2013). Examining the evidence about psychological treatment for chronic pain: time for a paradigm shift? *Pain*, 154(10), 1929–1931.
- Morone, N. E., Greco, C. M., & Weiner, D. K. (2008). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study. *Pain*, 134, 310–319.
- Morone, N. E., Lynch, C. S., Greco, C. M., Tindle, H. A., & Weiner, D. K. (2008). «I felt like a new person.» The effects of mindfulness meditation on older adults with chronic pain: qualitative narrative analysis of diary entries. *Pain*, 9, 841–848.
- Nilsen, K. B. (2013). Bedre kunnskap om smertebehandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133, 2225.
- Nilsen, K. B., Flaten, M. A., Hagen, K., Matre, D., & Sand, T. (2010). Sentralnervesystemets mekanismer for smertehemming. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130, 1921–1924.
- Plews-Ogan, M., & Owens, J. E. (2005). A pilot study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 1136–1138.
- Pradhan, E. K., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerker, B., Gilpin, A. K., Magyari, T. et al. (2007). Effect of mindfulness-based stress reduction in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis & Rheumatism*, 57(8), 1134–1142.
- Rajguru, P., Kolber, M. J., Garcia, A. N., Smith, M. T., Patel, C. K., & Hanney, W. J. (2014). Use of mindfulness meditation in the management of chronic pain: a systematic review of randomized controlled trials. *American Journal of Lifestyle Medicine*. Hentet 10. januar 2015 fra: <http://ajl.sagepub.com/content/early/2014/02/20/1559827614522580.abstract>
- Reiner, K., Tibi, L., & Lipsitz, J. D. (2013). Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. *Pain Medicine*, 14, 230–242.
- Rothwell, P. M. (2005). External validity of randomised controlled trials: «to whom do the results of this trial apply?», *Lancet*, 365, 82–93.
- Schardt, C., Adams, M. B., Owens, T., Keitz, S., & Fontelo, P. (2007). Utilization of the PICO framework to improve searching in PubMed for clinical questions. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 7, 16.
- Schmidt, S., Grossman, P., Schwarzer, B., Jena, S., Naumann, J., & Walach, H. (2011). Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: Results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain*, 152, 361–369.
- Septhon, S. E., Salmon, P., Weissbecker, I., Ulmer, C., Floyd, A., Hoover, Katherine, et al. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial. *Arthritis & Rheumatism*, 57(1), 77–85.
- Strand, E. B., Zautra, A. J., Thoresen, M., Ødegård, S., Uhlig, T., & Finset A. (2006). Positive affect as a factor of resilience in the pain-negative affects relationship in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 477–84.
- Sullivan, M. J., Martel, M. O., Tripp, D. A., Svard, A., & Crombez, G. (2006). Catastrophic thinking and heightened perception of pain in others. *Pain*, 123, 37–44.
- Sættem, L. S., & Stiles, T.C. (2009). Kroniske smerter. I: Berge, T., & Repål, A. (red). *Håndbok i kognitiv terapi*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag.
- Tang YY, Ma Y, Wang J., et al. (2007). Short-term meditation training improves attention and self-regulation. *Proceedings of National Academic Science USA*, 104(43):17152–17156.
- Teasdale, J. D., Williams, J. M., Soulsby, J. M., Segal, Z. V., Ridgeway, V. A., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615–623.
- Turk, D. C., Wilson, H. D., & Cahana, A. (2011). Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet*, 377, 2226–2236.
- Turk, D. C., & Winter, F. (2006). *The Pain Survival Guide*. Washington: American Psychological Association.
- Varrassi, G., Müller-Schwefe, G., Pergolizzi, J., Orönska, A., Morlion, B., Mavrocor-datos, P. et al. (2010). Pharmacological treatment of chronic pain – the need for change. *Current Medical Research and Opinion*, 26(5), 1231–1245.
- Veehof, M. M., Oskam, J.-M., Schreurs, K. M. G., & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, 533–542.
- Vluyen, J. W. S., & Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: A state of the art. *Pain*, 85, 317–332.
- Vøllestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(4), 281–288.
- Wager, T. D., Rilling, J. K., Smith, E. E., Sokolik, A., Casey, K. L., Davidson, R. J. et al. (2004). Placebo-induced changes in fMRI in the anticipation and experience of pain. *Science*, 303, 1162–1167.
- Wong, S. Y., Chan, F. W., Wong R. L., et al. (2011). Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress reduction and multidisciplinary intervention programs for chronic pain: a randomized comparative trial. *Clinical Journal of Pain*, 27(8), 724–734.
- Zautra, A. J., Davis, M. C., Reich, J. W., Nicassario, P., Tennen, H., & Finan, P. (2008). Comparison of cognitive behavioral and mindfulness meditation interventions on adaptation to rheumatoid arthritis for patients with and without history of recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 408–421.
- Zeidan, F., Gordon, N. S., Merchant, J., & Goolkasian, P. (2010). The effects of brief mindfulness meditation training on experimentally induced pain. *Journal of Pain*, 11(3), 199–209.

Hvem er jeg uten spiseforstyrrelsen?

Det var normalt og trygt på innsiden av de psykiatriske veggene. Og det var unormalt og utrygt ute i samfunnet.



TEKST

Luna Christensen

Det er så mange som tenker at så lenge man ikke blir frisk fra en psykisk lidelse, for eksempel spiseforstyrrelse, så jobber man ikke bra nok. Man gjør ikke god nok egen innsats i behandlingen, og mange tenker at behandlingen rett og slett ikke virker. «Du er for syk. Det tenker ofte helsepersonell, og så skriver de deg ut. Kanskje med ordet: »Behandlingsresistent» på papiret.

Familie, venner og bekjente ute i samfunnet – de forstår i alle fall ingenting. For du har kanskje vært innlagt i årevis på mange forskjellige avdelinger nesten overalt i dette landet, til og med har du kanskje være på spesialenheter for akkurat det *du* sliter med. Der alle psykiatere, psykologer og ansatte i avdelingen har enorm kompetanse på akkurat det feltet du trenger behandling for. Så hvorfor blir du ikke frisk? Du har kanskje prøvd det meste som finnes av medisiner også, og du har kan hende hatt så uendelig mange forskjellige behandlere opp gjennom årene – men likevel faller du like langt ned, om ikke enda lenger ned kun etter en kort periode etter utskrivelse.

Hvorfor? Hva er galt med meg? Andre blir jo friske etter kort tid. Andre får det jo til, hvorfor får ikke *jeg* det til?

Et spørsmål til dere som er tilsynelatende friske: Hva er det som skremmer dere aller mest her i livet? Jeg tipper dere tenker: det ukjente. For det man ikke kjenner til, det er jo kjempeskremmende! Er det ikke det for oss alle da? Jeg vet i alle fall med meg selv at det er det som skrem-

mer meg mest. Det jeg ikke kjenner til. Som døden, for eksempel. Hva skjer etter at vi dør? Den tanken tror jeg vi alle kan kjenne oss igjen i. Da kan du kanskje tenke deg hvor skremmende det er ikke å skulle bli frisk? Når man ikke vet hvordan det *er* å være frisk? Det er faktisk ukjent for mange.

For meg var det så skremmende at med vitende og vilje (uten å være klar over det på den tid, men jeg ser det nå i ettertid) sluttet jeg å spise med en gang jeg tråkket over dørterskelen fra avdelingen og skulle ut i den store skumle verden, der hvor jeg ikke kjente noen tilhørighet lenger, i og med at jeg var innlagt store deler av året – år etter år etter år. Jeg tenkte tanker som: Hvordan lever friske mennesker, egentlig? Hva fordriver de dagene med? Jo, skole eller jobb, ofte. De har kanskje hus å måtte stelle med. Kanskje har de samboer, eller er gifte. Til og med barn, kanskje. De vet nok hvilket rengjøringsmiddel man skal bruke til å vaske vinduene med og hvordan man vasker klær, og de kan nok koke poteter og egg. Sikkert lage middag der alt er varmt på samme tid også. Og de har mest trolig venner å være sammen med når de har tid. De har det egentlig veldig hektisk, for de gjør så mye. De er så opptatt med alt de skal gjøre og alt de kan.

Og hva gjorde jeg når jeg ble utskrevet? Ingenting. Ikke var jeg frisk nok til å gå skole, og ikke til å jobbe. Jeg hadde leilighet, men jeg visste ikke hvilket rengjøringsmiddel jeg skulle bruke til å vaske vinduene eller gulvene. Ikke hadde jeg kjæreste eller samboer eller barn – og jeg visste ikke hvordan jeg kokte poteter eller egg, eller noe som helst varm mat. Jeg hadde ikke venner å tilbringe tiden med, for vennene mine var også syke – og stort sett innlagt de også. Jeg hadde så altfor mye tid, tid som jeg ikke visste hva jeg skulle bruke til. Og ikke minst – jeg følte meg aldri hjemme.

Jeg følte ikke at jeg hadde noen tilhørighet ute i det fri, jeg hørte hjemme kun ett sted – og det var på psykiatriske avdelinger. Samme hvor, bare jeg var sammen med mennesker jeg visste hvordan jeg skulle forholde meg til. For å forholde seg til friske mennesker var vanskelig for meg. Hva snakket friske mennesker om? Jo, skole, jobb, venner, fest, barn osv. Jeg kunne ingenting om dette lenger. Innenfor psykiatriens fire vegger hadde jeg venner som jeg hadde noe til felles med, der kunne vi prate om alt

– og vi forstod hverandre. Der *kunne* jeg noe. Der *var* jeg noe.

Ute i samfunnet? Der var jeg ingenting. Der hadde jeg ingenting. Samfunnet hadde ingen regler for hva jeg fikk lov til og ikke, der kunne jeg gjøre som jeg selv ville. Og det var i alle fall skremmende! Jeg kunne ikke spør noen om lov, og jeg var ikke vant til å ha den friheten til å kunne velge selv. Jeg var alltid usikker når jeg var på butikken eller andre steder. Jeg var jo vant til å alltid måtte spørre om jeg kunne få gå meg en tur. Om jeg kunne handle det og det, om jeg kunne ta meg en dusj, om jeg kunne få ett glass biola, om de kunne kjøre meg på senteret så jeg kunne kjøpe meg en ny maskara. Men når jeg ble utskrevet? Da måtte jeg selv ta alle avgjørelser. Og når man ikke er vant til å ta noen egne beslutninger, da står man der som et spørsmålsteget og er usikker og redd for å gjøre feil.

Vi er alle redde for noe. Jeg var, og er fremdeles noen ganger, redd for å bli helt frisk. For hvem er jeg, uten spiseforstyrrelsen, uten selvskadingen? Jeg kjenner ikke ofte på den følelsen lenger slik jeg gjorde før. Før var det min *identitet*, trodde jeg. Det vet jeg nå at det ikke er. Men uroen kan jeg kjenne på noen ganger, det å ikke vite helt hva man går til hvis jeg går enda lenger ut i friheten. Samtidig har jeg endelig fått smaken på livet ute i samfunnet, jeg føler meg hjemme i leiligheten min, jeg har venner som jeg tilbringer mye tid sammen med, jeg har lært meg «friske» ting – slike ting som jeg ikke kunne før. Jeg våger å begi meg ut på nye ting, tar mine egne avgjørelser – og det er sjelden skremmende.*

Men alt må læres. Og tilvenning er nødvendig. Hadde ikke Larsnes Langtids seksjon gitt meg den tiden jeg trengte på å tilvenne meg livet på utsiden, og som tok meg nærmere to år, hadde jeg nok den dag i dag vært like syk som jeg var på den tida. Jeg måtte lære meg å gå på nytt, jeg måtte lære meg å prate på nytt. Og *det* tar tid.

Så nei, jeg var ikke *for* syk, selv om de fleste mente det. Jeg var heller ikke behandlingsresistent. Jeg var bare så fryktelig redd for det ukjente.



Innenfor psykiatriens fire vegger hadde jeg venner som jeg hadde noe til felles med, der kunne vi prate om alt – og vi forstod hverandre. Der *kunne* jeg noe. Der *var* jeg noe

.....

* Publisert i en litt annen form i bloggen lunahjertesmil.blogg.no



DEN SCHIZOFRENE OPHELIA? Enkelte har tolket Shakespeares emosjonelt plagede rollefigur, Ophelia, som preget av sykdommen schizofreni. Her ser vi henne portrettert av Mignon Nevada til et stykke satt opp i 1910. Det var på denne tiden man begynte å skille tydeligere mellom affektive lidelser og psykoselidelser. Foto: Wikimedia Commons

Forsvinner schizofreni?

Psykosediagnostikkens fallitt

Diagnostikken av psykoser har hatt en mangslungen utvikling som i praksis har vært til liten nytte og kan ha vært uheldig. Men positive endringer er i gang.

«**PSYKOSE**» BRUKES I DAG om psykiske lidelser der realitetsvurderingen svikter slik at egne indre opplevelser bryter med den faktiske virkelighet (Malt et al., 2012; Ottosson, 2010; Tesli & Andreassen, 2013). Psykotiske symptomer viser seg ved ulike blandinger av vrangforestillinger, hallusinasjoner, disorganisert tenkning (slik det kommer fram i tale og noen ganger i skrift) og grovt disorganisert eller abnorm motorisk atferd. Negative symptomer – svekkede uttrykk for følelser, interesser, vilje og sosial deltagelse – er også vanlig, men uspesifikke (Messinger et al., 2011; Cohen et al., 2012; American Psychiatric Association, 2013).

Organiske forstyrrelser i hjernen på grunn av infeksjon, neoplasme, karsykdom, toksiske substanser, autoimmunitet, degenerativ sykdom, endokrin sykdom, metabolske forstyrrelser og hodeskade kan noen ganger utløse psykotiske symptomer. Når slike årsaker ikke er til stede, snakker man om ikke-organiske eller funksjonelle psykoser, fordi det «bare» dreier seg om en funksjonsforstyrrelse. Genetiske forstyrrelser og subtile medfødte eller tidlig oppståtte hjerneskader kan selvsagt likevel ligge bak (Malt et al., 2012).

Kategoridiagnostikken av funksjonelle psykoser bygger på toneangivende fagfolks subjektive oppfatninger, fordi biologiske tester ikke

TEKST

Per Bergsholm, Akuttpsykiatrisk seksjon, Klinikk for psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus, Ullevål

KONTAKT

per.bergsholm@gmail.com





Skillet mellom «psykose-lidelser» og «affektive psykoser» er derfor kunstig

fins. Funksjonelle psykoser er lenge blitt gruppert i fire hovedkategorier (Berner et al., 1992; Berrios, 1996; Lake, 2012):

1. **Affektiv psykose eller psykotisk stemnings-/affektiv lidelse, med undergruppene**
 - psykotisk depresjon – ved depressiv (unipolar) eller bipolar stemnings-/affektiv lidelse
 - psykotisk mani eller hypomani
 - psykotisk bipolar blandingstilstand – psykosesymptomer sammen med en blanding av maniske/hypomane og depressive symptomer
2. **Schizofreni, med undergruppene**
 - paranoid schizofreni
 - hebefren eller disorganisert schizofreni
 - kataton schizofreni

I ICD-10 (World Health Organization, 1993) brukes schizofreni når psykotiske symptomer uten samtidig markerte affektive symptomer har vedvart minst en måned; i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) seks måneder. Med kortere varighet enn en måned brukes i ICD-10 «akutt schizofrenilignende psykose», i DSM-5 «kortvarig psykose». Med varighet 1–6 måneder brukes i DSM-5 «schizofreniform psykose». Typisk er bisarre eller absolutt umulige vrangforestillinger, som at fremmede mennesker eller vesener har tilgang til og/eller kontroll over ens tanker, kropp eller handlinger og eventuelt høres å snakke til eller om en. Samtidig er bevisstheten klar, og vesentlig affektive eller motoriske symptomer er ikke til stede. Så snart symptom bildet avviker fra dette, blir det vanskelig å skille schizofreni fra andre funksjonelle psykoser.

3. **Schizoaffektiv/sykloid/polymorf/reaktiv psykose**
Betydelige affektive symptomer sammen med psykotiske symptomer, hvis disse i omfang, type eller varighet avviker vesentlig fra det som er vanlig ved affektive psykoser.
4. **Vrangforestillings-/paranoid lidelse**
Psykose med ikke-bisarre vrangforestillinger, oftest om forfølgelse eller kroppslig sykdom, uten andre vesentlige symptomer.

ICD-10 skiller mellom akutt forbigående og vedvarende vrangforestillingslidelse.

I diagnosemanualene kalles de tre siste kategoriene «psykoselidelser» fordi psykose alltid er til stede når diagnosen stilles. Ved stemnings-/affektive lidelser er psykosesymptomer ikke alltid til stede. Men når de er til stede, er det selvsagt en psykotisk lidelse, og tilstanden kan bli kronisk. Skillet mellom «psykoselidelser» og «affektive psykoser» er derfor kunstig. Ikke alle psykotiske tilstander lar seg klassifisere, slik at man også har en gruppe uspesifiserte psykoser. Disse pasientene kan ha likhetspunkter med flere psykosekategorier og/eller med andre diagnostiske kategorier. Etter lengre observasjonstid kan noen ganger diagnosen spesifiseres nærmere.

FUNKSJONELLE PSYKOSER - DIAGNOSTISK GLIDNING

Forekomsten og fordelingen av de forannevnte gruppene har variert med tid, sted og fagpersoners oppfatninger. I 1990 skrev for eksempel Der, Gupta og Murray (1990) en artikkel i Lancet med overskriften «Is schizophrenia disappearing?». De viste at frekvensen av førstegangsinnlagte pasienter med diagnosene schizofreni, schizoaffektiv og paranoid psykose i England og Wales var falt med omtrent 50 prosent fra 1960-til 1980-tallet uten at det skyldtes økning av andre diagnoser. Forklaringen var heller ikke at flere ble behandlet poliklinisk. Forfatterne antok at det hadde vært et reelt fall i forekomsten av de nevnte tilstandene. Lake og Hurwitz (2007) argumenterte senere for at fordelingen av diagnoser også har endret seg i de siste 70 årene, først ved en forskyvning fra schizofreni mot schizoaffektiv psykose, deretter fra disse mot affektive psykoser. Ut fra litteraturstudier skisserte de at omtrent 95 % av psykotiske pasienter kan ha hatt diagnosen schizofreni og 5 % affektiv psykose fra 1930- til 1960-tallet. På 1970- og 80-tallet var dette forskjøvet til 55 % schizofreni, 35 % schizoaffektiv psykose og 10 % affektiv psykose. På 1990-tallet var det likelig fordeling av disse tre gruppene og 5 % uspesifiserte psykoser. På 2000-tallet utgjorde schizofreni og schizoaffektiv psykose 10 % hver og affektiv psykose 75 %. Forfatterne så for seg at schizofreni og schizoaffektiv psykose kunne forsvinne som begrep, og mente det ville være gunstig for pasientene (Lake & Hurwitz, 2007; Lake, 2012).

SCHIZOFRENI - EN FEILDIAGNOSE?

I DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), ICD-10 (World Health Organization, 1993) og DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) er det som før tre hovedgrupper av schizofreni – paranoid, hebefren/disorganisert og kataton. Fink og andre (Fink & Taylor, 2003; Fink, Shorter & Taylor, 2010; Fink, 2013) har lenge argumentert for at katatonibegrepet må løsrives fra schizofreni fordi det først og fremst ses ved alvorlige stemningslidelser og organiske hjernelidelser. Lake (2008) framsatte den hypotesen at grandiositet og skyldfølelse fører til paranoia, slik at paranoid schizofreni er en psykotisk stemningslidelse. Da er det bare hebefren eller disorganisert schizofreni igjen. Men nylig argumenterte Lake (2012) i en hel bok for at «schizophrenia is a misdiagnosis». Han er overbevist om at et stort flertall av pasienter med schizofreni lider av psykotisk stemningslidelse, og at det hos resten fins subtile, ikke-oppdagede organiske årsaker hvis stemningssymptomer ikke er til stede. Lake, nå professor emeritus i Kansas, har lang klinisk erfaring med pasienter han selv var lært opp til hadde schizofreni, men har endret oppfatning om. Han har publisert en rekke artikler om temaet, og oppsummert sentrale fagfolks oppfatninger (Lake, 2012). Mange deler Lakes oppfatning, og min egen erfaring tilsier at han kan ha rett i det meste av sine argumenter.

BETEGNELSEN SCHIZOFRENI - MODEN FOR UTSKIFTNING?

Schizofreni er blitt et stigmatiserende uttrykk. I Japan (2002) og Sør-Korea (2012) har man derfor gått over til andre betegnelser, noe som har redusert stigmaet og bedret kommunikasjonen med pasientene (Sato, 2006; Takahashi, 2009; Lee et al., 2014). I unge japaneres bevissthet var schizofreni sterkt assosiert med «kriminell», og denne assosiasjonen ble redusert med den nye betegnelsen (Takahashi, 2009). Også andre mener at tiden er inne til å skifte ut termen schizofreni (Lasalvia, Penta, Sartorius & Henderson, 2015), blant annet fordi den leder tanken vekk fra andre aspekter enn behandling med antipsykotika. Spesielt gjelder det behandling av stemningsforstyrrelse, som kan være mer eller mindre maskert av psykotiske symptomer (Swartz & Shorter, 2007). Stemningsleie, tankeinnhold og tenkeevne er alltid knyttet til hverandre. Stemningsforstyrrelse »



ENHETSPSYKOSE Forstyrret stemningsleie ble sett på som en sentral del av funksjonelle psykoser siden antikken. Fra 1600-tallet ble manisk-melankolske blandingstilstander beskrevet. Den tyske renessansemesteren Albrecht Dürer skildrer det ene aspektet av tilstanden i dette trykket, *Melencolia I*, fra 1514. Bildet er blitt tolket som et portrett av kunstneren selv. Bilde: Wikimedia Commons



Kahlbaum.

FORSTYRRET STEMNINGSLEIE Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) beskrev flere ulike typer psykoselidelser, som hebefreni og katatoni, men hadde ikke til hensikt å beskrive en ny type sykdom. På slutten av 1800-tallet mente fortsatt mange at funksjonelle psykoser først og fremst skyldtes forstyrret stemningsleie. Foto: wikiwand.com



DIKOTOMI I 1899 lagde Emil Kraepelin (1856-1926) en dikotomi mellom 'dementia praecox' (senere schizofreni) og manisk-depressiv sinnslidelse. Etter hvert ble han i tvil om denne todelingen var riktig, men tvilen fikk ikke gjenklang i fagmiljøet - forenklingen hadde appell. Foto: Wikimedia Commons

er sentralt ved psykoser, noe som har vært erkjent fra antikkens tid. Men fra slutten av 1800-tallet kom dette i skyggen av en dominerende vektlegging av tankeforstyrrelser. Som vi skal se, har historien vist at dette har vært en uheldig vektlegging, fordi det har bidratt til at følelsesliv og stemningsleie er blitt undervurdert (Lake, 2012).

MANI, MELANKOLI, ENHETSPSYKOSE, FLERE PSYKOSER - FRA ANTIKKEN TIL 1900-TALLET

Fortidens store diagnostiske kategorier oppsto i den greske antikken, og kategoriene mani og melankoli inkluderte stort sett alle tilstander som fra 1800-tallet ble beskrevet som funksjonelle psykoser (Berrios, 1996; Goodwin & Redfield Jamison, 2007). Fra det andre århundre e.Kr. kjente man til at mani og melankoli ofte var to sider av samme sykdom, og fra 1600-tallet ble manisk-melankolske (senere kalt manisk-depressive eller bipolare) blandingstilstander beskrevet (Goodwin & Redfield Jamison, 2007). Det ble antatt at det var noe felles med alle funksjonelle psykoser, og fra første halvdel av 1800-tallet oppsto derfor doktrinen «enhetspsykose» (Kumbier & Herpertz, 2010; Malt et al., 2012; Tesli & Andreassen, 2013). Med det mente man at samme sykdomsprosess lå bak alle psykosevarianter.

Forstyrret stemningsleie hadde altså vært sett på som en sentral del av funksjonelle psykoser helt fra antikken. Men fra andre halvdel av 1800-tallet ble denne antagelsen og idéen om enhetspsykose skjøvet i bakgrunnen. Det var særlig etter at Wilhelm Griesinger (1817-68) skiftet oppfatning og sammen med Ludwig Snell (1817-92) og Bénédict Morel (1809-1873) argumenterte sterkt for andre psykosesykdommer i tillegg til psykoser ved melankoli, mani og bipolare blandingstilstander, selv om kroniske og invalidiserende former av disse var velkjent fra antikken (Kumbier & Herpertz, 2010; Lake, 2012). Karl Ludwig Kahlbaum (1828-99) og hans elev og svigersønn Ewald Hecker (1843-1909) beskrev på 1860-70-tallet en psykosevariant, hebefreni, hos unge mennesker som i barnealderen oftest hadde hatt litt langsom utvikling (Hecker, 1871). Men selv om de tenkte seg at det kunne være en egen etiologi, var utgangspunktet likevel stemningsforstyrrelse: sykdommen progredierte «from melancholia, to mania, to confusion, and then to dementia» (Sedler, 1985; Fink, 2013).

Kahlbaum beskrev også katatoni (Kahlbaum, 1874). Dette er alvorlige motoriske forstyrrelser ved psykoser, fra fullstendig passivitet (stupor og mutisme/stumhet) til underlige bevegelser, stillinger og svær uro (agitasjon) (Fink & Taylor, 2003; Fink, 2013). Men Kahlbaum mente ikke å beskrive en ny sykdom, han ville bare systematisere et forvirrende felt kalt «melancholia attonita» (Berrios, 1996). Andre typer psykose ble også beskrevet, spesielt periodisk og sirkulær sinnssykdom, amentia/forvirringspsykose og dementia paranoides.

På slutten av 1800-tallet mente altså mange at det var flere ulike psykoselidelser, mens andre, som Gustav Specht (1860-1940), fortsatt mente at alle funksjonelle psykoser skyldtes forstyrret stemningsleie (Lake, 2012).

DEMENTIA PRAECOX/SCHIZOFRENI OG MANISK-DEPRESSIV LIDELSE - EN DIKOTOMI

Et vendepunkt kom da Emil Kraepelin (1856-1926) i 1899 presenterte sin dikotomi. Han slo sammen hebefreni, katatoni og dementia paranoides (sistnevnte beskrev han selv) til dementia praecox. Melankoli, mani, manisk-melankolske blandingstilstander, periodisk og sirkulær sinnssykdom, amentia/forvirringspsykose og vrangforestillingslidelse slo

Historisk utvikling av psykosebegreper

Tidsperiode	Begreper
Den greske antikken	De fleste tilstander som senere ble kalt funksjonelle psykoser ble inkludert i begrepene mani og melankoli.
Middelalderen	Mani, melankoli og blandingstilstander av disse ble ofte beskrevet hos samme person over tid.
1800-tallet, første del	Enhetspsykose, dvs. ideen om at alle psykosevarianter utvikler seg fra samme tenkte sykdomsgrunnlag, hadde stor tilslutning.
1800-tallet, siste del	Flere mente at det fantes andre psykosesykdommer i tillegg til manisk-melankolsk psykose; mange psykosevarianter beskrives.
1900	Emil Kraepelin dikotomiserer slik at dementia praecox (hebefreni, katatoni, dementia paranoides) blir en liten gruppe og manisk-depressiv sinnslidelse en stor gruppe.
1911–59	Eugene Bleuler erstatter dementia praecox med schizofreni og definerer grunn- og tilleggssymptomer, mens Kurt Schneider definerer førsterangs og annenrangs symptomer. Kraepelins dikotomi befestes og schizofreni blir et svært vidt begrep.
1920	Kraepelin betviler sin egen dikotomi, men blir ikke hørt.
1920–93	Mange varianter mellom schizofreni og affektive psykoser beskrives, som schizoaffektiv, sykloid, schizofreniform, reaktiv og polymorf psykose.
1969–92	ICD-8 og 9 bygger særlig på Kraepelin, Bleuler og Schneider. Schizofreni dominerer. Men i Norge/Danmark brukes mye reaktiv psykose, særlig paranoid form, i Sverige sykloid psykose.
1970-tallet	Økende kritikk av schizofreni-overdiagnostikk: Pope & Lipinski o.a.
1980	DSM-III, kriteriebasert: Markerte affektive symptomer blir eksklusjonskriterium for schizofreni, og stemnings-inkongruente psykotiske symptomer aksepteres ved affektive psykoser.
1993	ICD-10, kriteriebasert: Følger DSM-III med få unntak. Polymorf psykose erstatter reaktiv og sykloid psykose.
1994	DSM-IV: følger stort sett DSM-III
2013	DSM-5: Undergruppene av schizofreni fjernes. Katatoni får egne koder, som kan knyttes til ulike affektive, psykotiske og organiske lidelser. Psykosesymptomer beskrives i et eget kapittel uavhengig av bestemte kategorier.
1900-tallet, siste del, og 2000-tallet	Økende holdepunkter for at kategoridiagnostikken hemmer framgang og at en kontinuum/spektrum-modell med graderte dimensjoner på tvers av kategorier er bedre forenlig med klinikk, patogenese og behandling.

han sammen til manisk-depressiv sinnslidelse (Kraepelin, 1921/2002; Berner et al. 1992). Kraepelins manisk-depressive begrep var omfattende. Pasienter med dementia praecox ble en mindre gruppe slik Kraepelin brukte begrepet, fordi han hadde med et forløpskriterium om at sykdommen måtte ha utviklet seg til alvorlig psykisk invaliditet før diagnosen kunne stilles. Han verken inkluderte eller ekskluderte melankolske og maniske syndromer i kriteriene (Berner et al., 1992). Men han ble etter hvert i tvil om sitt eget konsept og skrev i 1920: «... det blir stadig klarere at vi ikke kan skille tilfredsstillende mellom disse to sykdommene, og dette forsterker mistanken om at vår formulering av problemet kan være feil» (Kraepelin, 1920/1974).

Men den eldre Kraepelins selvkritikk ble lagt lite merke til, for den unge Kraepelins dikotomisering hadde appell med sin forenkling. Det var nå hos toneangivende fagfolk blitt skapt en tankemessig «brannmur» mellom dementia praecox og manisk-depressiv sinnslidelse (Fink, 2013).

Eugen Bleuler (1857–1939) forsterket «brannmuren» da han i 1911 introdusert termen schizofreni som erstatning for dementia praecox. Han beskrev «grunnsymptomer» som han mente var ensbetydende med schizofreni, mens vrangforestillinger og hallusinasjoner var «tilleggssymptomer» (Berner et al., 1992). «Grunnsymptomene» overlapper med det som senere er betegnet «negative symptomer» (Mes-



Stemningsforstyrrelse er sentralt ved psykoser, noe som har vært erkjent fra antikkens tid. Men fra slutten av 1800-tallet kom dette i skyggen av en dominerende vektlegging av tankeforstyrrelser





NYTT BEGREP Eugen Bleuler (1857 - 1939) erstattet termen 'dementia praecox' med schizofreni i 1911. Selv mente han den beste kuren for schizofreni var psykoanalyse. Dette bildet er tatt i 1935. Gutten på bildet er ukjent. Foto: fra boken *Eugen Bleuler - Pionier der Psychiatrie*



«Grunnsymptomene» overlapper med det som senere er betegnet «negative symptomer», som like gjerne kan skyldes depresjon

singer et al., 2011), som like gjerne kan skyldes depresjon (Andreasen & Akiskal, 1983; Messinger et al, 2011; Cohen et al, 2012; Lake, 2012). «Grunnsymptomene» inkluderer også «formelle tankeforstyrrelser», som like gjerne kan skyldes den rike assosiasjonsaktiviteten som er karakteristisk ved bipolar lidelse (Lake, 2012). Bleuler inkluderte muligheten for melankolske, maniske og katatone syndromer i kriteriene for schizofreni (Berner et al., 1992) og uttalte eksplisitt at diagnosen manisk-depressiv sykdom bare skulle stilles etter å ha utelukket schizofreni (Pope Jr & Lipinski Jr, 1978). Bleulers utvidete schizofrenibegrep illustreres ved et utdrag fra hans lærebok fra 1911, oversatt av den norske psykiateren Gabriel Langfeldt (1895–1983):

Til schizofreniene hører mange urene melankolier og manier fra andre skoler, navnlig vel alle hysteriske melankolier og manier, de fleste hallusinatoriske forvirringstilstander, mange av de tilfelle som andre kaller for amentia, en del av de tilfelle som henregnes til delirium acutum, den Wernickeske motilitetspsykose, primære og sekundære sløv sinnssarter uten spesielle navn, de fleste tilfeller av paranoia, særlig alle hysteriske forrykte, nesten alle uhelbredelige hypokondrier, mange alminnelige nervøse samt tvangspasienter og impulsive (Langfeldt, 1965).

I perioden 1939–59 (Berner et al., 1992) forsterket Kurt Schneider (1887–1967) «brannmuren» ytterligere. Han listet opp «førsterangssymptomer» på schizofreni – spesifikke hallusinasjoner og vrangforestillinger, særlig med følelse av å bli påvirket eller omtalt (Berner et al., 1992). Han la altså hovedvekten på det Bleuler hadde regnet som tilleggssymptomer, og skrev: «Når noen av disse opplevelsene uten tvil er til stede, og ingen somatisk sykdom kan påvises, kan vi stille en sikker diagnose schizofreni» (Pope Jr & Lipinski Jr, 1978). Han inkluderte depressive og euforiske symptomer i kriteriene. Verken Bleuler eller Schneider hadde med Kraepelins forløpskriterium. Begge la til grunn Karl Jaspers' (1883–1969) hierarkiske prinsipp i differensialdiagnostikken: etter organiske symptomer kom schizofrene/psykotiske symptomer foran affektive og nevrologiske/personlighetsmessige symptomer (Berner et al., 1992). Betydningen av affektive symptomer ble sterkt nedtonet.

Freuds (1856–1939) hypoteser ga forklaring og håp om behandling. En oppfatning av dementia praecox som en hjernesykdom ble erstattet av en oppfatning av tankemessig disorganisering på grunn av barndomsopplevelser, noe som best kunne lindres av psykoanalyse, en filosofi som Bleuler entusiastisk sluttet seg til (Fink, 2013). Derfor ble det viktig å stille diagnosen tidlig. I en lærebok fra 1954 var det således anført at «even a trace of schizophrenia is schizophrenia» (Pope Jr & Lipinski Jr, 1978). Alt dette gjorde at begrepet schizofreni ble vagt, utflytende og svært omfattende – noe det fortsatt er (Lake, 2012).

PSYKOSER MELLOM SCHIZOFRENI OG AFFEKTIVE PSYKOSER

Flere innflytelsesrike psykiatere forsøkte å bryte ned «brannmuren» ved å definere lidelser med en blanding av schizofrenilignende og affektive symptomer (Berner et al., 1992). Men begrepene ble mange og fragmenterte, og ulike betegnelser for lignende sykdomsbilder ble brukt på ulike steder til ulike tider. Amerikaneren Jacob Kasanin (1897–1946) introduserte i 1933 diagnosen schizoaffektiv psykose sammen med beskrivelsen av ni pasienter som tidligere hadde fått diagnosen dementia praecox/

schizofreni (Kasanin, 1933; Berner et al., 1992). Men Lake (2012) mener disse pasientene i dag sannsynligvis ville ha fått diagnosen psykotisk stemningslidelse. I DSM-IV og DSM-5 brukes diagnosen schizoaffektiv lidelse når vrangforestillinger eller hallusinasjoner varer minst to uker lenger enn tydelige affektive symptomer. I ICD-10 avhenger diagnosen av en «approximate 'balance' between the number, severity, and duration of the schizophrenic and affective symptoms». Det er ut fra dette åpenbart at det er vanskelig å skille schizoaffektiv og affektiv psykose fra hverandre. Gabriel Langfeldt (1895–1983) fulgte på 1920–30-tallet en lignende gruppe pasienter og brukte betegnelsen schizofreniform psykose. Men etterundersøkelse av journalene tydet på at de fleste hadde hatt affektive lidelser (Bergem et al., 1990). Lignende tilstander ble beskrevet av tyskerne Karl Kleist (1879–1960) og Karl Leonhard (1904–88) på begynnelsen og midten av 1900-tallet. De brukte uttrykket sykloid psykose, med tre overlappende former – motilitetspsykose, konfusjonspsykose og angst-lykkepsykose (Kleist, 1928/1974; Leonhard, 1961; Berner et al., 1992). Navnene tilsier at forstyrret motilitet (som handler om alt fra svær agitasjon til fullstendig passivitet, altså mye likt katatoni), konfusjon/forvirring og emosjonelt kaos er sentrale karakteristika. Postpartum-psykose ble «flaggskipet» for denne diagnosen (Healy, 2008). Leonhards og Kleists arbeid ble videreført av italiensk-svenske Carlo Perris (1928–2000) (Perris, 1974; Berner et al., 1992), som påpekte at tilstanden ofte responderer godt på ECT og litium. Tilsvarende sykdomsbilder ble i Danmark og Norge ofte betegnet psykogene eller reaktive psykoser (Strömngren, 1974; Retterstøl, 1978). Reaktiv psykose var en tid den mest brukte psykosediagnosen i Norge (Berner et al., 1992) fordi Niels Retterstøl (1924–2008) var toneangivende hos oss. I ICD-10 har man valgt betegnelsen polymorf psykose på grunn av det mangeartede og brått vekslende sykdomsbildet. Polymorf psykose er gruppert under psykoselidelser (F2-kapitlet) i ICD-10, men har mye til felles med affektiv psykose av bipolar type og kan også regnes som en undergruppe av denne (Ottooson, 2010).

Paranoid psykose og paranoid schizofreni blir ofte brukt om hverandre, sistnevnte fortrinnsvis senere i forløpet eller hvis hallusinasjoner også er til stede (Berner et al., 1992). Men man må alltid mistenke fordekt stemningsforstyrrelse bak forfølgelsestanker og kroppslige vrangforestillinger (Swartz & Shorter, 2007; Lake, 2008).

KRITIKK AV SCHIZOFRENIBEGREPET - MOT DAGENS DIAGNOSTIKK

Det oppsto økende kritikk av det etter hvert omfattende schizofrenibegrepet, særlig i USA. Pope Jr og Lipinski Jr (1978) skrev for eksempel:

Vi konkluderer at de fleste såkalte schizofrene symptomer, isolert og i tverrsnitt, har bemerkelsesverdig liten, hvis noen, påviselig verdi for diagnose, prognose eller behandlingsrespons ved psykoser. Særlig i USA fører overdreven tro på slike symptomer til overdiagnostikk av schizofreni og underdiagnostikk av affektive sykdommer, særlig mani. Dette undergraver både klinisk behandling og forskning.

I 1980 ble kritikken tatt til følge i DSM-III. Jaspers' hierarki ble reversert ved at depressive og maniske/hypomane symptomer ble eksklusjonskriterium for schizofreni, og det ble presisert at stemningsinkongruente



FØRSTERANGSSYMTOMER På 1940–50-tallet listet Kurt Schneider (1887–1967) opp en rekke symptomer («førsterangs symptomer») han mente skilte schizofreni fra andre typer psykotiske lidelser. Kriteriene har hatt en enorm innflytelse på diverse diagnosesystemer opp gjennom tidene. «Brannmuren» mellom schizofreni og affektive lidelser ble ytterligere forsterket.

Kurt Schneiders kriterier for schizofreni

Førsterangs symptomer:

- Hørbare tanker
- Stemmer som argumenterer og/eller diskuterer
- Stemmer som kommenterer
- Opplevelse av somatisk/kroppslig passivitet
- Tanker fjernes, eller andre opplevelser av at tankene påvirkes
- Tankene kringkastes
- Vrangforestillinger om persepsjoner/sanseopplevelser
- Alle andre opplevelser som innebærer påvirkning av vilje, affekter og impulser

Annenrangs symptomer:

- Andre persepsjonsforstyrrelser
- Plutselige vrangidéer
- Perpleksitet
- Depressive og euforiske stemningsendringer
- Følelse av emosjonell fattigdom
- Og mange andre symptomer i tillegg

Berner et al., 1992



psykotiske symptomer, som vrangforestillinger og/eller hallusinasjoner om forfølgelse og påvirkning, kunne forekomme ved affektive lidelser.

Men utenfor USA gjaldt fortsatt ICD-9 fra 1978, som for schizofreni var lik ICD-8 fra 1969 (Berner et al., 1992), og som bygde på Bleulers og Schneiders kriterier. Helsedirektør Torbjørn Mork (1928–92) var ordbærer av denne tankegangen da han som kommentar til differensialdiagnosen mellom affektive psykoser og schizofreni i 1981 understreket at:

Det er naturlig å tillegge schizofrene grunnsymptomer stor vekt ved differensialdiagnosen, mens symptomer som melankoliform depresjon eller maniform excitasjon ikke vil veie like tungt til fordel for diagnosen manisk-depressiv psykose (Helsedirektøren, 1981).

Men i 1993 tok også ICD-10 inn affektive symptombilder (mani, hypomani, depresjon og blandingstilstander) som eksklusjonskriterium for schizofreni.

AFFEKTIVE SYNDROMER ER VANSKELIGE Å OPPDAGE

Andreasen og Akiskal (1983) fant at klinikerer typisk først bestemte seg for om pasienten hadde schizofreni eller depresjon, og karakteriserte deretter stemningsleiet i tråd med dette. Det avgjørende er hva man er lært opp til. Når psykolog Arnhild Lauveng (2006) tenker tilbake på «... den store gråheten ... hvordan verden mistet sine farger og jeg var redd for å være død», synes hun det passer med «avflatede følelser» og «prodromalsyndrom» (forstadium før spesifikke symptomer har oppstått), uttrykk som er vanlige å knytte til diagnosen schizofreni. Men gråhet, fargeløshet og redsel for å være død taler for alvorlig depresjon. «Avflatede følelser» er ikke spesifikt for schizofreni, men ofte utpreget ved stemningslidelser og observerbart som psykomotorisk hemning (Messinger et al., 2011; Cohen et al., 2012). «Prodromalsyndrom» er heller ikke spesifikt for schizofreni, men kan utvikle seg i ulike retninger, oftest til en ikke-psykotisk stemningslidelse (Johannessen & McGorry, 2010). Lauveng (2006) beskriver også en fase forenlig med hypomani forut for psykosen, noe som peker i retning av affektiv lidelse.

Sykelig depresjon er ikke vanlig tristhet, men emosjonell og ofte også kroppslig smerte (Swartz & Shorter, 2007) med en distinkt kvalitet som ikke lar seg definere (Bech-Friis, 2002). Den det gjelder, er ofte for dårlig til å være en «rasjonell observatør» av egen tilstand (Berrios, 1996). Pasienten kan derfor benekte depresjon, og terapeuten kan komme til å beskrive stemningsleiet som «nøytralt». For pasienten ser ikke nødvendigvis deprimert ut, og kan til og med virke kvikk på overflaten hvis pasienten har bipolar lidelse eller bipolare temperamentstrekk. Når sykdommen er over det verste, kan depresjonen vise seg tydeligere, men kan da bli forklart som «postpsykotisk depresjon». Tanker og følelser er alltid innvevd i hverandre. Man kan spørre seg om det er mulig å være psykotisk med «nøytralt» stemningsleie – det virker antiintuitivt. Mange uttrykk er brukt i ulike diagnosekriterier for å få fram sykelig depresjon – trist, dysforisk, gledeløs, interesseløs, fortvilet, håpløs, motløs, langt nede, bryr seg ikke, irritabel, engstelig, fryktsom, bekymret (Berner et al., 1992), men ingen er dekkende. Berners (1992) «Vienna research criteria» tar utgangspunkt i objektive tegn – forstyrret affektivitet, emosjonell resonans, drivkraft og biorytme. Dette minner til forveksling om «negative symptomer». Manglende glede og lyst – anhedoni – er sentralt

(Berrios, 1996). Det er også svekket selvaktelse, selvfølelse, selvkjærlighet og selvoppholdelsesdrift (Beck-Friis, 2002). Suicid ses ofte som eneste utvei når pasienten kjenner seg håpløst innesperret i emosjonell smerte, tankekaos og (nær)psykotisk somatisering (Swartz & Taylor, 2007; Yaseen et al., 2014).

VEIEN VIDERE

I ICD-10 er katatoni nevnt i teksten under «Andre ikke-organiske psykotiske forstyrrelser», men har ikke eget diagnosenummer. I DSM-IV ble det mulig å tilføye katatoni som en tilleggsbeskrivelse («specifier») til andre diagnoser enn schizofreni, men også her uten eget diagnosenummer. Det fikk derfor liten gjennomslagskraft, for «in some way disease does not exist until we have agreed that it does – by perceiving, naming, and responding to it» (Rosenberg, 1986). I DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) har man derfor lyttet til Finks gruppe (Fink, 2013) – katatoni har fått sitt eget kapittel med egne diagnosenumre. Dette er viktig fordi katatoni ofte krever annen behandling enn tradisjonelt ved schizofreni. Lake og Hurwitz (2007, 2008, 2012) tanker har øyensynlig også fått gjennomslag – undergruppen av schizofreni er fjernet! Dessuten er psykosesyntomer beskrevet i et eget kapittel uavhengig av bestemte kategorier. Det fins altså ikke lenger psykosesyntomer som er spesifikke for schizofreni eller andre lidelser. Affektive syndromer har for øvrig fortsatt prioritet når man skal skille mellom affektive psykoser (F3-kapitlet i ICD-10) og såkalte psykoselidelser eller ikke-afektive psykoser (F2-kapitlet i ICD-10).

«The Babel of differing formulations» av psykiatriske diagnoser førte i sin tid til kompromisser i form av store klassifikasjonssystemer (Berner et al., 1992), med utallige og vekslede definisjoner i årenes løp. Men Kraemer et al. (1987) påpekte at «... efforts to improve reliability by simply redefining diagnostic categories are bound to fail». Berner et al. (1992) mente kompromissene gjorde systemene uegnet for psykiatrisk forskning, og argumenterte for en polydiagnostisk tilnærming. Men heller ikke dette har bidratt vesentlig (Jansson & Parnas, 2007). DSM-5-komiteen for psykoser mener kategoridiagnostikken har bidratt til «lack of progress» (Heckers et al., 2013). Tiden er i ferd med å renne ut for de mer etablerte konseptene

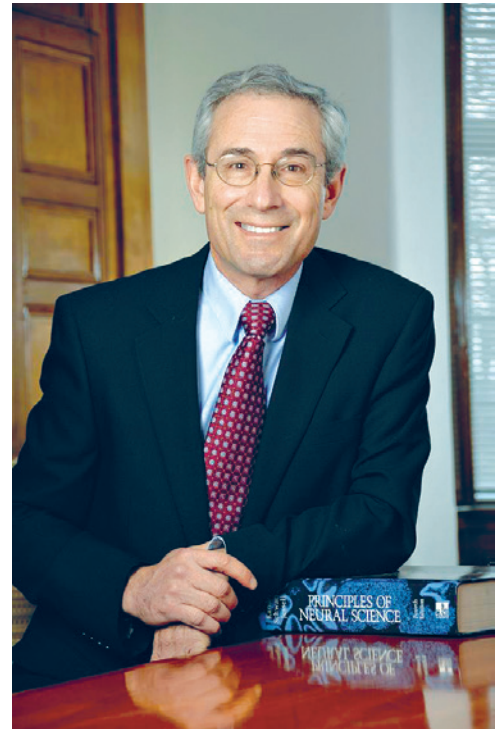
som schizofreni, mener Johannessen og McGorry (2010). De påpeker at dagens diagnose-systemer definerer endestadier, at psykiske lidelser, og særlig psykoser, ikke er statiske og skarpt avgrensede sykdommer, men forstyrrelser som overlapper og utvikler seg i stadier.

Forenlig med dette viser billedstudier (Haukvik et al., 2014; Brandt et al., 2014) og morfologiske studier (Morris, Rumsey & Cuthbert, 2014; Konopaske, Lange, Coyle & Benes, 2014) overlappende funn for schizofreni og bipolar lidelse. Det er også en betydelig overlapping av genvarianter som disponerer for schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depresjon (Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2013), selv om det også er gener som ikke overlapper (Ruderfer et al., 2014) og de kliniske variasjonene er utallige. Tesli et al. (2014) finner at en «flytende kontinuum-modell» passer bedre enn distinkte diagnostiske enheter. De inkluderer affektive psykoser i et felles bredt psykospektrum, forenlig med de mange likhetstrekkene i beskrivelsen av de ulike psykosene (Lake, 2012). Timothy Crow har i 30 år argumentert for et kontinuum fra unipolar depresjon over bipolar og schizoaftaktiv forstyrrelse til schizofreni (Crow, 1986; Crow et al, 2013).

Van Os og Kapur (2009) har foreslått å bruke gradering av dimensjonene psykose, negative symptomer, kognitiv svikt, mani og depresjon ved siden av kategoridiagnosene. Motoriske og vegetative symptomer bør inkluderes som egne dimensjoner fordi man ikke uten videre tenker på dette innenfor de andre dimensjonene. Det er «på tide å tenke nytt om psykiatriske diagnoser», skriver Høye (2013), og redegjør for en ny tilnærming: «The Research Domain Criteria», som er i startfasen (Insel, 2014). Dette innebærer at man sammenholder nevrobiologiske analyseresultater (gener, molekyler, celler, nervebaner, fysiologi) med atferd, selvrappporter og behandlingseffekter uavhengig av forhåndsdefinerte kategorier, for å arbeide seg mot nye sammenstillinger eller dimensjoner med større validitet (Morris, Rumsey & Cuthbert, 2014).

BEHANDLING - TIDLIG OG PÅ TVERS AV KATEGORIER

Respons på tilgjengelige behandlingsmetoder, psykososiale som biologiske, går på tvers av diagnostiske skillelinjer, som på tross av diagnosekriterier likevel vil variere med klinikerens opplæring og personlige oppfatning. Prosentvise forskjeller i respons og remisjon mellom ulike kategorier kan ikke brukes for den enkelte pasient. Antipsykotika er vanligvis førstevalg blant medikamenter, men er ofte utilstrekkelig (Lipton & Simon, 1985). For mye antidopaminerg antipsykotisk medikasjon kan kanskje ha «anti-joy-of-life»-effekt (Cullberg, 2013) og kan kanskje føre til forsterkning av psykosesyntomer på lang sikt – tardive psykoser (Swartz & Shorter, 2007). Antidepressiva kan redusere negative symptomer og suicid ved schizofreni (Singh et al., 2010; Tiihonen et al., 2012). Nylig viste en langtids prospektiv studie at antidepressiva pluss kognitiv atferdsterapi (KAT) reduserte psykosetvickling hos høyrisikopasienter mer enn antipsykotika pluss KAT (Fusar-Poli et al., 2014). Dette er forenlig med at psykotiske opplevelser kan være en markør særlig for affektiv lidelse (van Os, 2014). Litiums antimaniske og stemningsstabiliserende effekt er velkjent. Men litium kan også ha antidepressiv effekt og forsterke effekten av antidepressiva (Swartz & Shorter, 2007; Bschor, 2014), samtidig som maniproverserende effekt av antidepressiva reduseres eller hindres (Viktorin et al., 2014). Litium har dokumentert suicidforebyggende effekt, sannsynligvis uavhengig



NY MARK Forskningsprosjektet The Research Domain Criteria (RDoC) i regi av NIMH sammenholder nevrobiologiske data med atferdsdata, selvrappporter og behandlingseffekter, for å undersøke nye og mer valide forståelser av psykiske lidelser. Thomas R. Insel har vært leder for NIMH siden 2002, og er ansvarlig for RDoC-prosjektet. Foto: National Institute of Mental Health



Begrepet schizofreni ble vagt, utflytende og svært omfattende, noe det fortsatt er



av effekten forøvrig (Grunze et al., 2013; Cipriani et al., 2013). Vesentlige bivirkninger kan som regel unngås ved optimal dosering og oppfølging (Bauer, Grof & Muller-Oerlinghausen, 2006; Goodwin & Redfield Jamison, 2007), men muligheten for effekt kan fortsatt bare avgjøres ved prøving og feiling (Garver et al., 1988; Smith et al., 1992; Swartz & Shorter, 2007). «Hos mennesker med mental retardasjon, som i andre pasientgrupper, kan litium gi suksess når ingen andre medikamenter har lyktes, og ved uvanlige tilstander der respons vanskelig kan forutsies», skriver Gualtieri (2002). Elektrokonvulsiv terapi (ECT) har indikasjon ved stort sett alle alvorlige psykotiske tilstander, inkludert schizofreni (Waite & Easton, 2013; Ghaziuddin & Walter, 2013; Petrides et al., 2014). ECT er det klart overlegne alternativ for psykotiske eller suicidale pasienter, og bør vurderes ved behandlingsresistent depresjon så snart depresjonen får negativ innvirkning på familie, arbeids- eller skolefunksjon, skriver Goodwin og Jamison (2007). Ved kronifisering og suicid må man gå tilbake og stille seg det klassiske spørsmålet for kvalitetskontroll: «Was the right thing done, and was it done right?» (Wyszewianski, 1988). Selv om behandlingsmulighetene har sine begrensninger, må alle metoder over-

veies så tidlig som mulig, fordi psykotiske og psykoselignende tilstander er mye mer alvorlige enn risikoen ved behandlingsforsøk (Bergsholm et al, 1992). Diagnostiske merkelapper for såkalte psykoselidelser, særlig schizofreni og paranoid psykose, kan for mange pasienter ha vært til hinder for dette.

KONKLUSJON

Schizofrenibegrepet kan stå for fall, og psykosediagnostikken kan sies å ha spilt fallitt, men synes å være under gjenreise. Nye innfallsvinkler bør inn slik at alle aspekter alltid er med i vurderingen. «Brannmuren» mellom psykoselidelser og affektive lidelser bør erstattes av en spektrumtanke. Uttrykk som «nøytralt stemningsleie» bør utgå fordi det ofte er vanskelig å erkjenne sykelig depresjon, som dessuten kan være «maskert» som negative symptomer. Kronisk, ubehandlet alvorlig/psykotisk stemningslidelse kan framstå som schizofreni eller paranoid psykose (Lake, 2012; Swartz & Shorter, 2007). Men dette kan ofte representere endestadier (Johannessen & McGorry, 2010) på samme måte som hjertesvikt er endestadium for ulike hjertesykdommer. Man må med alle midler prøve å forhindre utvikling til dette stadiet. ✕

LITTERATUR

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3. utg.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. utg.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Andreasen, N. C. & Akiskal, H. S. (1983). The specificity of Bleulerian and Schneiderian symptoms: a critical reevaluation. *Psychiatric Clinics of North America*, 6/1, 41–54.
- Bauer, M., Grof, P. & Muller-Oerlinghausen, B., red. (2006). *Lithium in neuropsychiatry: The comprehensive guide*. Abingdon: Informa UK Ltd.
- Beck-Friis, J. (2002). Diagnostik av egentlig depression och så kallad utmattingsdepression. Självvaktning – ett centralt begrepp. *Läkartidningen*, 99, 512–517.
- Bergem, A. L. M., Dahl, A. A., Guldborg, C. & Hansen, H. (1990). Langfeldt's schizofreniform psychosis fifty years later. *British Journal of Psychiatry*, 157, 351–354.
- Bergsholm, P., Martinsen, E. W., Holsten, F., Neckelmann, D., Aarre, T. F. (1992). Inadekvat behandling av affective lidelser. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 20, 2647–2650.
- Bergsholm, P., Martinsen, E. W., Svoen, N., Olsen, T., Holsten, F., Neckelmann D., Aarre, T. F. (1992). Affektive lidelser: Medikamentell behandling og elektrokonvulsiv terapi. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 20, 2651–2656.
- Berner, P., Gabriel, E., Katschnig, H., Kieffer, W., Koehler, K., Lenz, G. et al. (1992). *Diagnostic criteria for functional psychoses, second edition*. World Psychiatric Association. Cambridge: Cambridge University Press.
- Berrios, G. E. (1996). *The history of mental symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Brandt, C. L., Eichele, T., Melle, I., Sundet, K., Server, A., Agartz, I. et al. (2014). Working memory networks and activation patterns in schizophrenia and bipolar disorder: comparison with healthy controls. *British Journal of Psychiatry*, *204*, 290–298.
- Bschor, T. (2014). Lithium in the treatment of major depressive disorder. *Drugs*, *74*, 855–862.
- Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S. & Geddes, J. R. (2013). Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, *346*, f3646.
- Cohen, A. S., Najolia, G. M., Kim, Y. & Dinzeo, T. J. (2012). On the boundaries of blunt affect/allogia across severe mental illness: Implications for Research Domain Criteria. *Schizophrenia Research*, *140*, 41–45.
- Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium (2013). Genetic relationship between five psychiatric disorders estimated from genome-wide SNPs. *Nature Genetics*, *45*, 984–995.
- Crow, T. J. (1986). The continuum of psychosis and its implication for the structure of the gene. *British Journal of Psychiatry*, *149*, 419–429.
- Crow, T. J., Chance, S. A., Priddle, T. H., Radua, J. & James, A. C. (2013). Laterality interacts with sex across the schizophrenia/bipolarity continuum: An interpretation of meta-analyses of structural MRI. *Psychiatry Research*, *210*, 1232–1244.
- Cullberg, J. (2013). Reflections on the conceptual challenges of psychosis and schizophrenia. *The Nordic Psychiatrist*, *issue 1*, 6–8.
- Der, G., Gupta, S., & Murray, R. M. (1990). Is schizophrenia disappearing? *The Lancet*, *335*, 513–516.
- Fink, M. (2013). Rediscovering catatonia: the biography of a treatable syndrome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *127 (Suppl. 441)*, 1–47.
- Fink, M., Shorter, E. & Taylor, M. A. (2010). Catatonia is not schizophrenia: Kraepelin's error and the need to recognize catatonia as an independent syndrome in medical nomenclature. *Schizophrenia Bulletin*, *36*, 314–320.
- Fink, M. & Taylor, M. A. (2003). *Catatonia: a clinician's guide to diagnosis and treatment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fusar-Poli, P., Frascarelli, M., Valmaggia, L., Byrne, M., Stahl, D., Rocchetti, M. et al. (2015). Antidepressant, antipsychotic and psychological interventions in subjects at high clinical risk for psychosis: OASIS 6-year naturalistic study. *Psychological Medicine*, *45*, 1327–1339.
- Garver, D. L., Kelly, K., Fried, K. A., Magnusson, M., & Hirschowitz, J. (1988). Drug response patterns as a basis of nosology for the mood-incongruent psychoses (the schizophrenias). *Psychological Medicine*, *18*, 873–885.
- Ghaziuddin, N., & Walter, G. (Ed.). (2013). *Electroconvulsive therapy in children and adolescents*. Oxford: Oxford University Press.
- Goodwin, F. & Redfield Jamison, K. (2007). *Manic-depressive illness: Bipolar disorder and recurrent depression (2. utg.)*. Oxford: Oxford University Press.
- Grunze, H., Vieta, E., Goodwin, G. M., Bowden, C., Licht, R. W., Möller, H.-J. et al. (2013). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of bipolar disorders: Update 2012 on the long-term treatment of bipolar disorder. *World Journal of Biological Psychiatry*, *14*, 154–219.
- Gualtieri, C. T. (2002). *Brain injury and mental retardation: Psychopharmacology and neuropsychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Haukvik, U. K., Westlye, L. T., Mørch-Johnsen, L., Jørgensen, K. N., Lange, E. H., Dale, A. M. et al. (2015). In vivo hippocampal subfield volumes in schizophrenia and bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, *77*, 581–588.
- Healy, D (2008). *Mania*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Hecker, E (1871). Die Hebefrenie. *Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medizin*, *25*, 394–429.
- Heckers, S., Barch, D. M., Bustillo, J., Gaebel, W., Gur, R., Malaspina, D. et al. (2013). Structure of the psychotic disorders classification in DSM-5. *Schizophrenia Research*, *150*, 11–14.
- Helsedirektøren (1981). Rundskriv nr. 1 – 1053/81. 15. august 1981. *Veiledning for bruk av den psykiatriske diagnoseliste av 1. januar 1969*. Oslo: Lov om psykisk helsevern, Diverse, Skriv nr. 3, Vedlegg B.
- Høyev, A. (2013). På tide å tenke nytt om psykiatriske diagnoser. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, *133*, 1329–1331.
- Insel, T.R. (2014). The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) project: Precision medicine for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, *171*, 395–397.
- Jansson, L. B. & Parnas, J. (2007). Competing definitions of schizophrenia: what can be learned from polydiagnostic studies? *Schizophrenia Bulletin* *33*, 1178–1200.
- Johannessen, J. O. & McGorry, P. (2010). DSM-5 and the «psychosis risk syndrome»: The need for a broader perspective. *Psychosis*, *2*, 93–110.
- Kahlbaum, K. L. (1874). *Die Katatonie oder das Spannungsirresein: eine klinische Form psychischer Krankheit*. Berlin: Verlag August Hirschwald.
- Kasanin, J. (1933). The acute schizoaffective psychoses. *American Journal of Psychiatry*, *13*, 97–126.
- Kleist, K. (1928/1974). Cycloid, paranoid, and epileptoid psychoses and the problem of degenerative psychoses. Translated by Marshall, H. I.: Hirsch, S. R., Shepard, M., (Red.), *Themes and variations in European psychiatry. An anthology*. Bristol: John Wright & Sons Ltd. Side 293–331.
- Konopaske, G. T., Lange, N., Coyle, J. T. & Benes, F. M. (2014). Prefrontal cortical dendritic spine pathology in schizophrenia and bipolar disorder. *JAMA Psychiatry*, *71*, 1323–1331.
- Kraemer, H. C., Pruyun, J. P., Gibbons, R. D., Greenhouse, J. B., Grochocinski, V. J., Wateraux, C. & Kupfer, D. J. (1987). Methodology in psychiatric research. Report of the 1986 MacArthur Foundation Network I Methodology Institute. *Archives of General Psychiatry*, *44*, 1100–1106.
- Kraepelin, E. (1920/1974). Patterns of mental disorder. Translated by Marshall, H. I.: Hirsch, S. R. & Shepard, M. (Red.). *Themes and variations in European psychiatry. An anthology*. Bristol: John Wright & Sons Ltd. Side 3–30.
- Kraepelin, E. (1921/2002). *Manic-depressive insanity and paranoia*. Translated by Barclay, R. M. Edinburgh: E. & S. Livingstone / Bristol: Thoemmes Press.
- Kumbier, E. & Herpertz, S. C. (2010). Helmut Rennert's universal genesis of endogenous psychosis: The historical concept and its significance for today's discussion on unitary psychosis. *Psychopathology*, *43*, 335–344.

- Lake, C. R. & Hurwitz, N. (2007). Schizoaffective disorder merges schizophrenia and bipolar disorders as one disease – there is no schizoaffective disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 365–379.
- Lake, C. R. (2008). Hypothesis: Grandiosity and guilt cause paranoia; paranoid schizophrenia is a psychotic mood disorder; a review. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 1151–1162.
- Lake, R. C. (2012). *Schizophrenia is a misdiagnosis: Implications for the DSM-5 and the ICD-11*. New York: Springer.
- Langfeldt, G. (1965). *Lærebok I klinisk psykiatri, tredje utgave*. Oslo: H. Aschehoug & Co.
- Lasalvia, A., Penta, E., Sartorius, N. & Henderson, S. (2015). Is it time to cosign the label schizophrenia to history? An invited commentary. *Schizophrenia Research*, 162, 276–284.
- Lauveng, A. (2006). *I morgen var jeg alltid en løve*. Oslo: Cappelen.
- Lee, Y. S., Park, i. H., Park, S.-C., Kim, J.-J. & Kwon, J. S. (2014). Johyeonbyung (attunement disorder): Renaming mind splitting disorder as a way to reduce stigma of patients with schizophrenia in Korea. *Asian Journal of Psychiatry*, 8, 118–120.
- Leonhard, K. (1961). Cycloid psychosis – endogenous psychoses which are neither schizophrenic nor manic-depressive. *British Journal of Psychiatry*, 107, 633–648.
- Lipton, A. A. & Simon, F. S., 1985. Psychiatric diagnosis in a state hospital: Manhattan State revisited. *Hospital and Community Psychiatry*, 36: 368–373.
- Malt, U., Andreassen, O. A., Melle, I. & Årsland, D. (2012). *Lærebok i psykiatri, 3. utgave*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Messinger, J. W., Trémeau, F., Antonius, D., Mendelsohn, E., Prudent, V., Stanford, A.D. & Malaspina, D. (2011). Avolition and expressive deficits capture negative symptom phenomenology: Implications for DSM-5 and schizophrenia research. *Clinical Psychology Review*, 31, 161–168.
- Morris, S.E., Rumsey, J. M. & Cuthbert, B. N. (2014). Rethinking mental disorders: The role of learning and brain plasticity. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 32, 5–23.
- Ottosson, J.-O. (2010). *Psykiatri*. Stockholm: Lieber AB.
- Perris, C. (1974). A study of cycloid psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica, supplementum* 253, 1–77.
- Petrides, G., Malur, C., Braga, R. J., Bailine, S. H., Schooler, N. R., Malhotra, A. K. et al. (2015). Electroconvulsive therapy augmentation in clozapine-resistant schizophrenia: a prospective, randomized study. *American Journal of Psychiatry*, 172, 52–58.
- Pope Jr, H. G. & Lipinski Jr, J. F. (1978). Diagnosis in schizophrenia and manic-depressive illness: A reassessment of the specificity of ‘schizophrenic’ symptoms in the light of current research. *Archives of General Psychiatry*, 35, 811–828.
- Retterstøl, N. (1978). The Scandinavian concept of reactive psychosis, schizophreniform psychosis and schizophrenia. *Psychiatria Clinica*, 11, 180–187.
- Rosenberg, C. E. (1986). Disease and social order in America: perceptions and expectations. *Milbank Quarterly*, 64 (Suppl.1), 34–55.
- Ruderfer, D. M., Fanous, A. H., Ripke, S., McQuillin, A., Amdur, R. L., Gejman, P. V. et al. (2014). Polygenic dissection of diagnosis and clinical dimensions of bipolar disorder and schizophrenia. *Molecular Psychiatry*, 19, 1017–1024.
- Sato, M. (2006). Renaming schizophrenia: a Japanese perspective. *World Psychiatry*, 5, 53–55.
- Sedler, M. J. (1985). The legacy of Ewald Hecker: a new translation of «Die Hebeephrenie». *American Journal of Psychiatry*, 142, 1265–1271.
- Singh, S. P., Singh, V., Kar, N. & Chan, K. (2010). Efficacy in treating the negative symptoms of chronic schizophrenia: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 197, 174–179.
- Smith, G. N., MacEwan, W., Ancill, R. J., Honer, W. G. & Ehmann, T. S. (1992). Diagnostic confusion in treatment-refractory psychotic patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 197–200.
- Strömrgren, E. (1974). Psychogenic psychoses. I: Hirsch, S. R. & Shepard, M. (Red.), *Themes and variations in European psychiatry. An anthology*. Bristol: John Wright & Sons Ltd. Side 97–117.
- Swartz, C. M. & Shorter, E. (2007). *Psychotic depression*. New York: Cambridge University Press.
- Takahashi, H., Ideno, T., Okubo, S., Matsui, H., Takemura, K., Matsuura, M. et al. (2009). Impact of changing the Japanese term for «schizophrenia» for reasons of stereotypical beliefs of schizophrenia in Japanese youth. *Schizophrenia Research*, 112, 149–152.
- Tesli, M. & Andreassen, O. A. Psychosis – one or many? (2013) *The Nordic Psychiatrist, issue 1*, 9–11.
- Tesli, M., Espeseth, T., Bettella, F., Mattingdal, M., Aas, M., Melle, I. et al. (2014). Polygenic risk score and the psychosis continuum model. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 130, 311–317.
- Tiihonen, J., Suokas, J. T., Suvisaari, J. M., Haukka, J. & Korhonen, P. (2012). Polyparmacy with antipsychotics, antidepressants, or benzodiazepines and mortality in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69, 476–483.
- Van Os, J. & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374, 635–645.
- Viktorin, A., Lichtenstein, P., Thase, M. E., Larsson, H., Lundholm, C., Magnusson, P. K. & Landén, M. (2014). The risk of switch to mania in patients with bipolar disorder during treatment with an antidepressant alone and in combination with a mood stabilizer. *American Journal of Psychiatry*, 171, 1067–1073.
- Waite, J. & Easton, A. (Red.). (2013). *The ECT handbook (3. utg.)*. Glasgow: Bell & Bain Limited.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO.
- Wyszewianski, L. (1988). Quality of care: past achievements and future challenges. *Inquiry*, 25, 13–22.
- Yaseen, Z. S., Kopeykina, I., Gutkovich, Z., Bassirnia, A., Cohen, L. J. & Galynker, I. (2014). Predictive validity of the suicide trigger scale (STS-3) for post-discharge suicide attempt in high-risk psychiatric inpatients. *PLoS ONE*, 9, e86768.

STRID OM PRAKSIS I RUSFELTET

Å jobbe ved en rusinstitusjon skal telle med og godkjennes som en del av spesialiteten klinisk voksen, mente Psykologforeningens sentralstyre i juni. Det blir bråk av sånt.

HELE PSYKOLOGFORENINGENS SPESIALIST-UTVALG for voksenpsykologi trakk seg fra sine verv på et møte 24. juni. Utvalget er uenige i nylige vedtak i Psykologforeningens sentralstyre om hva slags klinisk praksis som skal godkjennes for å få klinisk voksen-spesialitet. I praksis handler det om hvorvidt det å jobbe ved en rusinstitusjon skal telle med og godkjennes som en del av spesialiteten.

Voksenutvalget konkluderte ifølge møterefertatet med at de ikke kunne forvalte et praksiskrav som de faglig er grunnleggende uenige i, og som de mener ikke gir tilstrekkelig kvalitetssikring av kompetansen til spesialister i voksenpsykologi.

Utvalgsleder Elisabeth Romøren ønsker ikke å kommentere saken i Psykologtidsskriftet.

SATTE TIL SIDE VURDERINGER

Psykologtidsskriftet er gjort kjent med at i de siste behandlingene av enkeltsaker har godkjenningssutvalget, oppnevnt av Psykologforeningens sentralstyre, satt til side spesialistutvalgets vurdering om ikke å godkjenne ruspraksis som døgnpraksis. Utdanningsavdelingen og visepresident Birgit Aanderaa i Psykologforeningen har støttet opp om praksisen fra godkjenningssutvalget, ifølge voksenutvalget.

I godkjenningssutvalget har meningene vært delte om å godkjenne ruspraksis. I de siste sakene har to av fem medlemmer stemt imot godkjenning. Leder Odd Arne Tjersland i godkjenningssutvalget støtter sentralstyrets vedtak som ble gjort i begynnelsen av juni.

– Det er rimelig å støtte at bestemte typer praksis i rusfeltet godkjennes, fordi det også på rusfeltet handler om arbeid med mange av de samme psykiske problemene som dem man møter i psykisk helsevern for voksne, sier Tjersland til Psykologtidsskriftet.

Han mener at det prinsipielle i saken er at grensene ikke går mellom det å jobbe i psykisk

helsevern eller med rus, men hva slags typer psykiske vansker man møter hos voksne.

– De psykiske vanskene er ofte veldig like for dem man møter i psykisk helsevern og i rusfeltet. Man må ikke lage for vanntette skott mellom praksistypene, fordi det etter hvert er vanskelig for psykologer å få nok praksis når man snevrer inn definisjonen på godkjent praksis.

Godkjenningssutvalget består av representanter foreslått av brukerne, myndighetene, arbeidsgiverne, universitetene og Psykologforeningen. Lederen oppnevnes særskilt av Psykologforeningens sentralstyre.

Godkjenningssutvalget behandler søknader om spesialistgodkjenning, samt om kravene til vedlikehold av spesialiteten er oppfylt. Godkjenningssutvalget bedømmer søkeres kvalifikasjoner i overensstemmelse med gjeldende krav, ifølge Psykologforeningens nettsted.

IVERKSETTELSEN STANSET

President Tor Levin Hofgaard i Psykologforeningen opplyser til Psykologtidsskriftet at iverksettelsen av fortolkningsvedtaket som ble gjort av sentralstyret i juni, nå er stanset.

Godkjenningssutvalgets leder Odd Arne Tjersland kommenterer dette slik:

– Det mener jeg er en betenkelig beslutning.

Hofgaard opplyser videre at Psykologforeningens sentralstyre skal møte voksenutvalget i sentralstyrets møte i september for å drøfte denne saken.

– Det vi er opptatt av nå, er å legge til rette for et godt møte og en god dialog med voksenutvalget. Det er vår opplevelse at voksenutvalget er opptatt av det samme, skriver Hofgaard i en e-post.

Han har ikke svart på spørsmålet om hvorfor han støttet det opprinnelige vedtaket i sentralstyret som altså førte til at hele voksenutvalget trakk seg. ✕

TEKST

Øystein Helmikstøl



ELISABETH ROMØREN Ledet spesialistutvalget for klinisk voksenpsykologi, som trakk seg i juni. Foto: Privat

- PSYKOLOG- FORENINGEN SVARTMALER RUSFELTET

Rusfeltet har et usikkert kunnskapsgrunnlag, mener Psykologforeningen. Det er et strategisk uklokt utsagn og dessuten usant, svarer ledende rusforskere.

TEKST

Øystein Helmikstøl

REGJERINGEN LEGGER TIL høsten fram en ny opptrappingsplan for rusfeltet. Psykologtidsskriftet har spurt Psykologforeningen om hva de mener er viktigst å prioritere og legge til rette for i opptrappingsplanen.

– Først og fremst er det å styrke den kommunale kompetansen og å utvikle de polikliniske tilbudene i spesialisthelsetjenesten videre, sier Anders Skuterud, som er Psykologforeningens talsmann på rusfeltet.

– Rusfeltet har et usikkert kunnskapsgrunnlag. Det er veldig mange vanskelige vurderinger. Jeg er usikker på om vi vet nok om hva som virker, til at vi har grunnlag for å satse sterkt. Vi burde først tenke grundig igjennom hva som vil gagne brukerne og sikre at det blir gitt god hjelp, sier Skuterud til Psykologtidsskriftet.

- BARE TØYS!

Ledende rusforskere Psykologtidsskriftet har snakket med, reagerer kraftig på uttalelsene fra Psykologforeningens ansvarlige på rusfeltet.

– At rusfeltet har et usikkert kunnskapsgrunnlag, er bare tøys!

Det sier Sverre Nesvåg. Han er dr.philos. i sosialantropologi, forskningsleder ved Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning (Korfor) og førsteamanuensis ved Senter for rus- og avhengighetsforskning (Seraf) ved Universitetet i Oslo. Nesvåg mener at Anders Skuterud hopper over kunnskapsgrunnlaget som er etablert på rusfeltet. Det gjelder kunnskap for å forstå utvikling av avhengighetsproblemer, hva som kjennetegner det å være avhengig, og hva som er vesentlig for å komme ut av avhengighet.

– Psykologforeningen hopper også over flere andre solide kunnskapsfelt. Ett kunnskapsfelt er for eksempel det vi vet om kognitiv utvikling. De kognitive funksjonene bedres relativt seint etter at en stopper å ruse seg. Dermed er all den kunnskapen vi har fra andre fagfelt om hvordan vi kan stimulere til kognitiv utvikling, relevant for rusbehandling, sier Nesvåg, som mener at dette er et kunnskapsgrunnlag som en ikke har tatt inn over seg på rusfeltet.



Rusfeltet gjøres ifølge Nesvåg altfor spesielt, og han understreker at godt dokumenterte metoder som brukes bredt på psykisk helsefeltet, også kan brukes på rusfeltet.

Et annet område med godt dokumentert kunnskapsgrunnlag, også innenfor rusfeltet, er ifølge Nesvåg familieinvolvering.

– Det er åpenbart for dårlig implementert, men kunnskapsgrunnlaget er veldig sterkt.

Nesvåg holder i tillegg fram det som nå ofte betegnes som den brede recovery-tenkningen både innenfor rusbehandling og innenfor psykisk helse.

– Internasjonalt vet vi mye om betydningen av en rekke tiltak og hjelpemidler for recovery knyttet til bolig, arbeid, utvikling av gode nettverk og aktivitet. Igjen er det sånn at psykisk helsefeltet internasjonalt har mye å bidra med også på rusfeltet, og vi ser at innenfor den brede recovery-tenkningen får dette sterkere innpass.

Et stort problem er at vi ifølge Nesvåg ikke ser relevansen av det vi vet og det som er gjort

på andre områder enn det som spesifikt gjelder personer med rusavhengighet.

– SVARTMALER

Sverre Nesvåg mener at Anders Skuterud i Psykologforeningen svartmaler rusfeltet.

– Uttalelsene hans er strategisk ukloke. Men det er ikke bare uklokt, det er også usant. Dette er noe som blir gjentatt og gjentatt. Og jeg merker at når det er kamp om kronene innenfor helseforetakene, så sier noen innenfor rus og psykisk helse at på rusfeltet er kunnskapsgrunnlaget så grunnleggende dårlig at det ikke er vits i å bruke penger på det.

– *Hva blir resultatet da?*

– Da vil politikere og de som styrer pengesekken, heller bruke penger på noe vi vet virker. Altså på noe annet. Politikere ønsker ikke å investere penger i noe som framstilles som elendig og håpløst. De vil ikke hive penger etter dårlige tiltak. Mange svartmaler både kunnskaps- og tilbudssituasjonen langt utover hva det er dekning for, mener Sverre Nesvåg.

FOR SPESIELT Rusfeltet gjøres altfor spesielt, mener rusforsker Sverre Nesvåg. Foto: Sidsel Skotland

- At rusfeltet har et usikkert kunnskapsgrunnlag, er bare tøys

*Rusforsker
Sverre Nesvåg*

»

Han får støtte av professor Jørgen Gustav Bramness, forskningsdirektør ved Senter for rus- og avhengighetsforskning ved Universitetet i Oslo. Bramness har publisert mer enn 100 vitenskapelige artikler innenfor temaene psykiatrisk epidemiologi, farmakologi, rusmiddelavhengighet og misbruk av legemidler.

– Det Psykologforeningen her sier, er for defensivt. Vi har en god del kunnskap om hva som fungerer og hva som ikke fungerer i behandling på rusfeltet. Problemet er først og fremst at vi ikke gjennomfører det vi vet.

Bramness understreker at Anders Skuterud i Psykologforeningen kan ha rett i at det er kunnskap vi mangler.

– Men det er en selvfølgelig sannhet. Det gjelder på alle områder. Det kan være at manglene er større på dette feltet enn på andre felt, men det blir defensivt å si at vi nærmest ikke vet noe.

– *Hva er problemet med å si at vi ikke vet?*

– Det er uklokt på flere måter. På den ene siden fører det til at folk tenker at her kan vi ikke gjøre noe som helst. Det er feil, fordi man har en god del tiltak å tilby pasienter som sliter. I tillegg gir man et feil inntrykk av fagfeltet, som et felt der det ikke er attraktivt å jobbe, nærmest som et uakademisk fagfelt. Feltet har mye å tilby av spesifikke teknikker og av gode intervensjoner, og det må vi klare å formidle.

Skuterud i Psykologforeningen formidler ifølge Bramness for lite av den kunnskapen som faktisk finnes på feltet.

Sverre Nesvåg har forsket mye på resultatene av de første årene av rusreformen.

– Man har drevet og sagt at tilbudet har blitt bygget ned etter rusreformen, mange sier fremdeles det. Det er rett og slett bare tull. Budsjettene økte! De første tre-fire årene etter rusreformen økte budsjettene til spesialisert rusbehandling med 60 prosent i Norge! Det har vært en sterk økning i kapasitet. Etter hvert må en si at det åpenbart også har vært en økning i kvalitet på mange tilbud. Hvis vi klarer å holde fram

– Må prøve ut nye tiltak



Statsminister Erna Solberg. Foto: Thomas Haugersveen/Statsministerens kontor

Psykologtidsskriftet var på regjeringens såkalte dialogmøte for noen uker siden om opptrappingsplanen for rus, og spurte statsminister Erna Solberg om hun er redd for å sette i gang en masse tiltak der kunnskapsgrunnlaget er svakt.

– Det er viktig at vi setter i gang tiltak som er kunnskapsbaserte, men vi må også prøve ut nye tiltak. Det er ikke bra å avvise alle tiltak som det ikke er så mye kunnskap om. Vi må finne tiltak, og sørge for at vi følger opp kunnskapen gjennom å prøve dem ut, svarte Solberg, og fortsatte:

– Det kan hende at noen har nye ideer i samfunnet vårt, og andre måter å gjøre ting på, uten at det er gjennom-evaluert på forhånd.

fakta om kunnskapsgrunnlag og den positive utviklingen, så vil politikere også si at her er det noe å bygge på.

«PSYKOLOGENES FERDIGHETSREPERTOAR»

Nesvåg mener Høie og nåværende regjering i arbeidet med opptrappingsplanen til høsten har forstått noe avgjørende: Hvis en person med rusproblemer skal klare å komme seg ut av en avhengighet, skal det finnes tilfredsstillende boligtilbud, personen må komme seg i meningsfullt arbeid og aktivitet, og personen må bygge sosiale nettverk.

– Det er noe fundamentalt viktig i denne recovery-tenkningen, nemlig at problemet er knyttet til det å leve det rusfrie livet. Det dreier seg ikke om å bli rusfri, men å forbli rusfri.

Det viktigste spørsmålet blir ifølge Nesvåg dermed hvilke metoder og tiltak som hjelper for at folk skal klare å forbli rusfrie.

– Dette er knyttet opp til de kommunale tjenestene. Her vet vi mye om hva som trengs. Utfordringen er i hvilken grad kommunene klarer å rå over ressursene og klarer å organisere seg på måter som gjør at de faktisk klarer å levere disse tjenestene slik at de virker overfor den enkelte bruker.

– *Psykologforeningen mener at det viktigste er å styrke kompetansen i kommunene?*

– Selvsagt er styrket kompetanse viktig, men dette er ikke det viktigste. Kompetansen i mange kommuner har økt de siste årene, det er ikke først og fremst der problemet ligger. Problemet er heller ressurser slik at kommunene kan gjøre mer ut fra hva de vet som må til, for å hjelpe personer med langvarig avhengighetsproblematikk.

– *Psykologforeningen mener også at det er viktig å utvikle de polikliniske tilbudene i spesialisthelsetjenesten videre?*

– Dette er blitt den store arenaen for psykologer på rusfeltet. Det er mange ting å si om det. Vi har for det første tatt altfor lett på hva vi skal tilby fra spesialisthelsetjenesten. Behovet for beskyttelse er fundamentalt i et innledende rusbehandlingsforløp. Her vil tradisjonell poliklinisk virksomhet med en psykologtime én gang i uka være nesten uten betydning.

– *Det er der vi er i dag?*

– I dag leverer vi enten døgninstitusjon, altså full beskyttelse, så langt vi bare klarer, eller: Én poliklinisk samtale én gang per uke. Det siste

representerer null beskyttelse. Psykologer i dag er betydelig mye mer i poliklinikk enn i døgningstusjon.

Sverre Nesvåg er også opptatt av det han kaller psykologenes ferdighetsrepertoar. Han trekker fram tre områder der psykologene har mye kompetanse. Det ene er kognitive behandlingsmetoder. Men han mener at man på rusfeltet i dag trekker inn kognitive metoder altfor tidlig i forløpet, pasientene er ikke i stand til å ta imot det, og resultatet blir at pasienten dropper ut av behandling.

– Å få flere psykologer på poliklinikkene er utmerket hvis de finner ut når det er rette timingen til de spesifikke metodene.

Det andre han trekker fram, er involvering av familie.

– Det er helt snodig at man ikke er så opptatt av dette lenger. Dette har vi solid dokumentasjon for.

Det tredje området er traumebehandling.

– Psykologer burde være de første til å fremme traumebehandling på gode, tilpassede måter i forløpet.

– *Skjer ikke det nå?*

– Jeg tror mange viker unna for det. For det er utfordrende, og det er et felt der det har vært mye diskusjon om metodiske innfallsvinkler. Inntrykket jeg har, er at den moderne traumebehandlingen er kommet langt i å finne de gode innfallsvinklene, og behandlingen kan vise til gode resultater.

Driver man med kognitive metoder direkte fra avrusning, ingen involvering av familie og unnviker traumer, da har man ikke mye gevinst av det man holder på med, ifølge Nesvåg.

– Det kommer ikke av mangel på kunnskap. Det kommer kanskje av mangel på *implementert* kunnskap. Og kanskje kommer det av mangel på å klare å organisere hjelpetiltaket i kommunene med utgangspunkt i hvordan vi i dag forstår et behandlingsforløp, sier Nesvåg.

KOMMUNEVALGKAMP

Sverre Nesvåg har i alle år sagt at ingen lokalpolitikere noensinne kommer til å vinne eller tape et valg ut fra hva de mener om rusfeltet. Han mente det samme om stortingsvalg. Nå har han forandret mening.

– Siste stortingsvalgkamp viste faktisk at det var opportunt å ha sterke og offensive meninger om rusfeltet. Aldri har rus vært et så sentralt tema i valgkampen som ved siste stortingsvalg. Innsiktsfulle politikere mener nå at dette er et forsømt område, og de vil profilere seg på det.

Dette se ut til å smitte over på lokalpolitikken, merker Nesvåg.

– Det gjør at en gammel raddis som meg blir veldig optimistisk.

SKUTERUD: VESENTLIGE UTFORDRINGER

Anders Skuterud i Psykologforeningen sier at han er enig i så godt som alt det Sverre Nesvåg sier.

– Det jeg hører Nesvåg si, er at vi har mye kunnskap, men at det er langt igjen til at kunnskapen blir realisert i tjenestene.

Skuterud vil gjerne føye til at han mener det er noen vesentlige utfordringer knyttet til å integrere kunnskap fra ulike områder: avhengighet, recovery, kognitiv funksjon og traumefeltet.

– Og det bør arbeides mer med hva den integrerte kunnskapen skal bety for utvikling og styrking av rusfeltet. Min engstelse er at mer av det samme, og dette gjelder både institusjonsbehandling, poliklinisk behandling og kommunale hjelpetiltak, kan gi dårlig effekt uten bedre sammenhengende kunnskap, noe som kan føre til diskreditering av feltet. ✘



USIKKERT? Anders Skuterud i Psykologforeningen mener at rusfeltet har et usikkert kunnskapsgrunnlag. Foto: Arkiv

Rus og psykisk helse

- Psykologer: Om lag 550 årsverk på rusfeltet. 125 av disse er i rusinstitusjoner utenfor helseforetakene.
- Nær en tredjedel av alle brukere (32 prosent) har minst én tjeneste innenfor tverrfaglig spesialisert behandling, og av disse har halvparten døgntilbud. 64 prosent har poliklinisk tilbud og 21 prosent har akutt-tjeneste.
- I psykisk helsevern har 26 prosent (4524 brukere) av alle brukere minst én tjeneste.

Kilder: Psykologforeningen og BrukerPlan-rapporten «Rusmiddelbruk i Norge» for 2014 fra Korfor. Rapporten bygger på materiale fra 201 kommuner.

AKTUELT

ET TÅKETE LANDSKAP

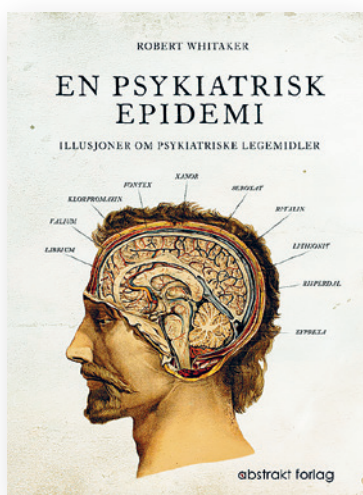




Langvarig bruk av psykofarmaka er både nødvendig og til det beste for pasienter med alvorlig psykisk sykdom, ifølge Helsedirektoratets behandlingsveiledere. Dette er stikk i strid med hva forskningen som vitenskapsjournalisten Robert Whitaker har gjennomgått, viser. Hvilken forskning skal man ha tillit til? Hvem skal man tro på?



KONTROVERSIELL Forskningsjournalist Robert Whitaker er forfatteren bak boken *En psykiatrisk epidemi*. Foto: madinamerica.com.



MEDISINKRITISK I *En psykiatrisk epidemi* gjennomgår Whitaker en mengde forskning på effekten av psykofarmaka, særlig i USA, hvorpå forfatteren konkluderer med at medisiner øker sannsynligheten for at en person blir kronisk syk og får nedsatt funksjonsevne. Omslag: abstrakt forlag

Oslo, 25. november 2014:

Abstrakt forlag arrangerer dagskonferanse om psykiatriske legemidler i Filmens hus. Anledningen er lanseringen av vitenskapsjournalisten Robert Whitakers bok, *En psykiatrisk epidemi*.

Under konferansen holder han et 120 minutters foredrag som høster stor applaus. I foredraget formidler han blant annet hva internasjonale, fagfellevurderte forskningsartikler sier om konsekvenser av langvarig bruk av psykofarmaka blant personer med schizofreni og bipolare lidelser. Kort fortalt mener Whitaker at langtidsbruk av psykiatriske legemidler ved alvorlig psykisk sykdom nærmest er ødeleggende for pasientene. Psykososiale tiltak har langt større effekt og gir bedre fungering. Whitakers synspunkter er kontroversielle. De går imot mye etablert forskning på feltet, forskning som igjen skal danne grunnlaget for ulike behandlingsveiledere. Har Whitaker likevel en del poenger? (Se for øvrig intervju med Whitaker i *Psykologtidsskriftet* nr. 2/15 for en grundig gjennomgang av hans hovedsynspunkter.)

Svært mange av de frammøtte på konferansen er pårørende til alvorlig psykisk syke. På vei inn til Filmens hus kommer jeg tilfeldigvis i snakk med en av dem, en mor til en schizofren mann i 20-årene som nå bor hjemme. Han er tungt medisinerert, forteller hun. Sløv og vanskelig å få kontakt med. Apatisk. Hun ser en sønn som sakte, men sikkert forfaller og blir borte for henne. En helt fortvilet situasjon. Hun er redd det er den sterke medisineringen som er grunnen. Derfor er hun på konferansen. For å høre en annen historie. Som kanskje kan gi litt håp.

Det er mange som denne moren i salen. Det merkes også på stemningen. Når det snakkes om medisinfrie tilbud, applauderes det. Skepsisen til psykiatriske medisiner er til å ta og føle på. Som utenforstående journalist – uten sterke følelser i den ene eller andre retning, uten behov for å ta stilling – vekker seansen og stemningen nysgjerrighet.

Mot slutten av konferansedagen er det duket for paneldebatt hvor Whitakers bok skal diskuteres. Psykiateren i panelet heter Magnus Hald, klinikkssjef ved Psykisk helse- og rusklinikken ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. Det er noe Hald sier, som jeg særlig fester meg ved. Han tilskriver i stor grad den utstrakte bruken av psykofarmaka til diagnosesystemet: For å få rett til behandling må pasientene få en diagnose. Når diagnosen er satt, utløser det behandling basert på diagnosen. Hvis diagnosen som settes, for eksempel er bipolar lidelse type 1, er det behandlingsveilederen for denne sykdommen som gjelder. (Mer om denne veilederen senere.) Og her inngår psykofarmaka som en helt sentral og nødvendig del av behandlingen. «Diagnosene er motorveien til legemiddelindustrien», ble det også sagt under debatten. Er det slik?

WHITAKER VS MALT

Noen temaer innenfor psykisk helsefeltet er vanskeligere å gripe fatt i enn andre. Bruken av psykiatriske legemidler og hva de fører til, er ett av dem. Forskingen og meningene spriker. Temaet vekker i tillegg sterke følelser. Det er lett å bli forført, lett å være enig i det sist framførte argumentet, uansett fra hvilken side det kommer. Hvem har rett – hvem tar feil?

Mens jeg jobber med denne saken, leser jeg en fersk bok av psykiateren Jørgen C. Bramness med tittelen *Hva jeg snakker om når jeg snakker om forskning*. I kapittelet som handler om reproduserbarhet, skriver han:

Kan ikke et resultat reproduseres, er det stor sjanse for at det man har funnet i én undersøkelse, til tross for at metoden er god, bare skyldes en

tilfeldighet. Reproduserbarhet er forskningens viktigste beskyttelse mot feil. Vi kan ikke stole på resultatet om det ikke lar seg reproducere. Da er det alarmerende at kanskje så mye som 50 prosent av all forskning som publiseres i dag, ikke lar seg reproducere.

50 prosent er mye. Enkeltfunn har liten eller ingen verdi hvis de ikke kan reproducere, ifølge Bramness. Så hvor skal man begynne å lete etter «sannheten» om psykofarmakabruk?

I denne saken endte jeg opp med å lete i hodet til psykiateren Ulrik Fredrik Malt. Det er det minst tre grunner til. For det første er Malt en av Norges fremste psykiatere og medforfatter av boken *Lærebok i psykiatri* (2012) som brukes ved landets utdanningsinstitusjoner. Både studenter i medisin og psykologi har boken på pensum; det som formidles her, vil også viderefremidles til pasienter og brukere: som synet på og årsaken til ulike psykiatriske lidelser. Diagnosekriterier. Behandlingsformer. Og mer konkret hvordan man tenker at psykiatriske legemidler skal brukes i behandlingen. «Alt» står her. Og dermed forvalter forfatterne en ikke ubetydelig makt over psykisk helsefeltet.

For det andre er Malt fagmedarbeider i Store norske leksikon (SNL), hvor han har skrevet hele 817 artikler innenfor områdene psykologi og psykiatri, i tillegg til å ha vært fagkonsulent på 91 artikler. Malt har dermed også en viss innflytelse over opinionens oppfatning av psykologi og psykiatri.

Den tredje grunnen er intervjuet med Malt i seg selv. Det ble ikke slik jeg hadde forventet. Og mye av det han sa i løpet av nesten to klokke-timer, fortjener å komme på trykk.

RESEPSJONEN AV WHITAKER

Men før vi kommer så langt, skal vi se litt nærmere på hva Robert Whitaker selv mener, og hvordan Whitaker blir lest og tolket.

I intervjuet i *Psykologtidsskriftet* i februar sier han følgende:

– Over kort tid kan de (les: psykofarmaka) være til hjelp for mange mennesker, og noen kan ha nytte av dem over lengre tid. Men i det store og hele *øker* medisinene sannsynligheten for at en person blir kronisk syk og får nedsatt funksjonsevne. Jeg vet at dette er kontroversielt, men det er hva en grundig gjennomgang av den vitenskapelige litteraturen viser, sier Whitaker.

Mot slutten av det samme intervjuet blir han stilt dette spørsmålet:

– *Du er ikke lege eller direkte involvert i disse studiene som profesjonell forsker, ei heller har du utdannelse i noe helsefag. Det du hevder, synes å motsi et helt laug av toppskolerte fagfolk innenfor deres eget revir. Hvorfor skulle noen i det hele tatt ta meningene dine på alvor?*

– Svaret på det er enkelt: Jeg er bare budbringeren i dette. Jeg ledet ikke disse studiene, jeg har heller ikke noen personlige interesser involvert. Jeg er en journalist som i lang tid har skrevet om medisin og forskning, og alt jeg har gjort i denne boken, er å rapportere om hva forskningslitteraturen sier om langtidseffekter av psykiatriske legemidler. De studiene jeg bygger på, er finansiert av NIMH, WHO og andre lands myndigheter, og resultatene er fagfellevurdert og publisert i vitenskapelige tidsskrifter. Alt jeg har gjort, er å sette dette sammen til en sammenhengende fortelling, sier Whitaker.

Det høres overbevisende ut når Whitaker sier det slik. Men kan man ta det han sier, for god fisk?

Et nettsøk på Whitakers bok gjør saken ytterligere komplisert. Resepsjonen av boken er tvetydig. Noen kommer med sterke kritiske innven-

ninger, mens andre mener Whitaker i hovedsak har helt rett. Og da må man igjen spørre: Hva er motivasjonen til de som kritiserer og applauderer? Hvilken agenda og hvilke interesser har de?

Et illustrerende eksempel: Når man googler «robert whitaker and critics», kommer det opp en lang rekke treff. Det aller første – og dermed mest leste og siterte – viser til en anmeldelse skrevet av Dr. E. Fuller Torrey, grunnleggeren av «Treatment Advocacy Center» i USA. Anmeldelsen er lang og svært grundig.

Torrey gir Whitaker rett i at det er for tette bånd mellom legemiddelindustrien og helsevesenet, samt at psykiatere kan være for slepphendte med å gi medikamentbehandling for mindre alvorlige psykiske lidelser og tilstander. Men når det kommer til schizofreni, har Whitaker misforstått det aller meste, ifølge Torrey. Han sabler ned Whitakers tolkninger av de vitenskapelige artiklene han har gjennomgått, og mener han ikke har ryggdekning for å hevde at langvarig bruk av psykofarmaka kan ha katastrofale konsekvenser for mennesker med schizofreni. Som Torrey skriver: «When it came to schizophrenia and antipsychotic drugs, however, Whitaker got it mostly wrong.» Teksten virker overbevisende, og da jeg har lest den ferdig, står jeg på Torreys side. Jeg leter mer og finner ut at Whitaker har svart på Torreys anmeldelse – i en enda lengre tekst – på madinamerica.com. Nettstedet har generelt en kritisk holdning til bruk av psykofarmaka, og Whitaker er selv en av initiativtakerne bak. Teksten er en grundig tilbakevisning av Torreys argumenter. Når jeg i tillegg finner ut at Torreys nettsted og organisasjon er en svært aktiv pådriver for tvangsmedisinering av personer med alvorlige psykiske lidelser, blinker varsellampene rødt: Jeg er igjen på Whitakers side. Og slik kan man holde på – lese artikler for og imot, hvor ulike interesser ligger bak – uten at man egentlig trenger dypere ned i materien. Også derfor ender jeg opp på kontoret til Ulrik Fredrik Malt.

MALTS VERDEN

Ullevål sykehus, 18. mai 2015:

Ulrik Malt er noen minutter forsinket, men til gjengjeld godt forberedt. Han har finlest intervjuet med Robert Whitaker fra februarutgaven og funnet ut at intervjuet inneholder 11 konklusjoner og 25 enkeltpåstander. Nå vil han gå gjennom det hele. Malt gjør oppmerksom på

at han ikke har lest Whitakers bok; det han sier, er basert på intervjuet, som for øvrig Whitaker har sitatgodkjent.

Målet med dette intervjuet, for min egen del, er å få mer innsikt i kunnskapsgrunnlaget bak den utstrakte bruken av psykofarmaka blant alvorlig psykisk syke.

– *Whitaker mener mye av kunnskapsgrunnlaget bak psykofarmakabruk blant pasienter som lider av schizofreni, er basert på en hypotese som er helt feil: Sykdommen kommer av en kjemisk ubalanse i hjernen – legemidlene gjenoppretter balansen. Hvor står denne hypotesen i dag?*

– Leser du oppdaterte lærebøker om psykiatri, vil du se at hypotesen er forlatt. Den kommer fra den svenske farmakologen Arvid Carlsson, som også har vunnet Nobelprisen i medisin. Carlsson påviste at de første psykiatriske legemidlene som kom på 50-tallet, klarte å manipulere eller modifisere dopamin-nivået i hjernen. Derfra kom teorien om en kjemisk ubalanse av dopamin. Men hypotesen var altfor unøyaktig. Etter at den nevrobiologiske forskningen kom for fullt, har vi nå metoder for å måle ulike transmittorer som dopamin. Effekten av psykofarmaka er å modifisere eller endre transmitterfunksjonen, ikke å balansere den. Et eksempel her er det antidepressive legemiddelet tianeptin. Det øker gjenopptaket et av serotonin i spalten mellom to nerveceller (synapsen) i motsetning til andre antidepressive legemidler (SSRI) som hemmer gjenopptaket. Tianeptin fungerer likevel antidepressivt.

– *Whitaker mener det brukes altfor mye psykofarmaka i dagens behandling av psykisk syke. Er du enig med ham i det?*

– Ja. Psykiatere bør tilstrebe en mer forsiktig og selektiv bruk, spesielt gjelder det antipsykotiske legemidler. Mange får psykofarmaka som ikke skulle hatt det, eller i altfor høye doser. Men det er også mange som ikke får psykofarmaka som ville hatt utbytte av det.

– *Hvorfor har det blitt slik?*

– Jeg tror det er for lite utdanning i psykofarmakologi. Dette feltet er det mange psykiatere og psykologer som blander seg oppi uten å ha nødvendig kunnskap til å differensiere godt nok. Inntrykket mitt er at man først forsøker en eller annen psykologisk intervensjon, og fungerer ikke det, smører man ukritisk på med et eller annet psykofarmakum. Når det er sagt, tenker jeg også at psykoterapi, og da særlig kognitiv adferdsterapi, brukes like ukritisk.

– *Men det er vel de ulike behandlingsveilederne fra Helsedirektoratet som danner mye av grunnlaget for behandlingsrutinene etter at pasientene har fått en diagnose?*

– Behandlingsveilederne er et stort problem og fører til mye feilbehandling. Mange av dem er for unyanserte og overfladiske. For noen år tilbake satt jeg i et utvalg med 7–8 personer oppnevnt av Helsedirektoratet som skulle utarbeide nye retningslinjer for behandling av bipolare lidelser. Den andre psykiateren i utvalget var Trond Aarre. Men da utkast til veileder forelå, trakk jeg meg.

Veilederen Malt snakker om, heter «Bipolare lidinger. Nasjonale faglege retningslinjer for utgreiing og behandling av bipolare lidinger», som kom ut senhøsten 2012.

– *Hva var det du reagerte på?*

– Jeg opplevde en ukritisk holdning til forskningen som finnes på feltet. Mange av studiene utvalget konkluderte ut fra, holdt ikke mål. Du kan ikke trekke slutninger ut fra en studie som for eksempel tilsynelatende viser at et antipsykotikum er utmerket som behandling av bipolare

depresjoner hvis studien ikke er god nok. Da må du se bort fra den. Det holder heller ikke å lese oppsummeringer av ulike studier og konkludere ut fra dem. Man må grundigere inn i materialet. Resultatet ble en altfor kategorisk veileder med til dels feilaktige behandlingsanbefalinger.

– *I den nevnte veilederen anbefales langvarig behandling med medikamenter for nesten alle personer med bipolar lidelse type 1. Du er altså ikke enig i dette?*

– Både og. Det er ofte riktig hvis personen har hyppige episoder, og da er litium førstevalget. Men det må gjøres individuelle vurderinger. Selv om mange pasienter får denne diagnosen, betyr det ikke at alle skal få samme, spesifikke, behandling. Hvis man er så kunnskapsløs at man tror dette, da kan man ikke psykiatri. Da må man lese læreboken. Årsakene til bipolar lidelse type 1 kan være forskjellige, og det må du ta hensyn til når du skal velge behandlingsform.

PÅ KORT OG LANG SIKT

– *Whitaker viser til studier som viser at langvarig bruk av psykofarmaka blant pasienter med schizofreni kan være svært ødeleggende. Pasienter kan oppnå langt bedre fungering gjennom psykososiale intervensjoner. Han viser blant annet til Jaakko Seikkula-miljøet i Finland og «Åpne samtaler»-modellen, som har gitt gode resultater. Hva er dine tanker rundt dette?*

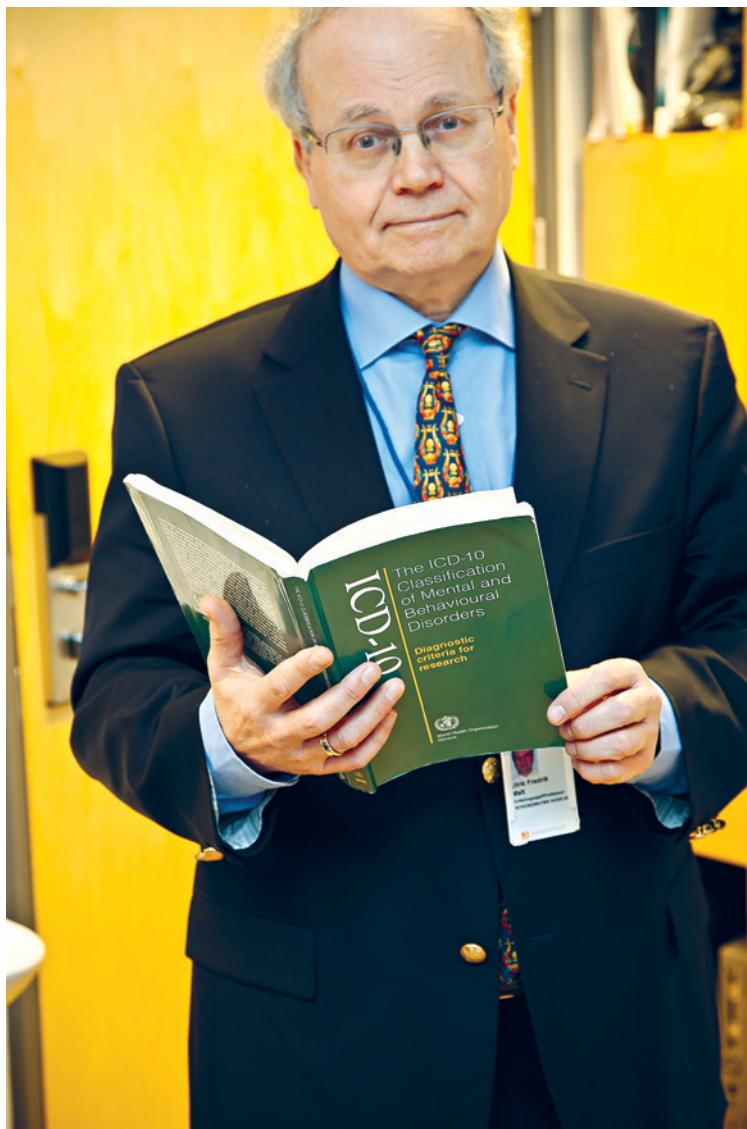
– Nå er ikke schizofreni mitt spesialfelt, men jeg vet at Seikkulas resultater er omdiskuterte, og det er vanskelig å generalisere ut fra disse og konkludere med at en dialogmodell er bedre enn andre alternativer. I Danmark holder man for eksempel på med en egen behandlingsmetode for schizofreni, utviklet av psykiater Merete Nordentoft. Den har vist seg effektiv, men her inngår det medikasjon i tillegg til psykososiale intervensjoner. Vi skal være klar over at hovedpoenget med psykofarmaka i behandlingen av schizofreni er å dempe aktive psykotiske symptomer slik at pasientene blir tilgjengelige for psykososial behandling. Når man går inn og ser på ulike beskrivelser av personer som var innlagt for psykoselidelser på 50-tallet, før psykofarmaka ble tatt i bruk, er det slående å lese om hvor syke pasientene var, og hvor mye bedre de fikk det etter at psykofarmaka kom på markedet. Når det er sagt, er jeg enig med Whitaker i at vi trenger flere langtidsstudier av schizofrene som viser hvordan psykofarmaka virker. Vi vet ikke nok om dette ennå, sier han.

Her må vi stoppe litt opp. I sin bok bruker Whitaker en god del sider på én bestemt langtidsstudie, signert Martin Harrow. Det spesielle med studien er at perspektivet er så mye lengre enn det man normalt finner. Forskeren har fulgt 64 schizofrenipasienter og 81 pasienter med andre psykotiske lidelser over en periode på hele 20 år fra 1990-tallet og framover. Den ene gruppen pasienter fikk psykofarmaka gjennom hele denne perioden, mens den andre ikke fikk det. Resultatene av studien er oppsiktsvekkende. Alle indikatorer viser at gruppen som ikke fikk psykofarmaka, klarte seg langt bedre enn de andre: Langt færre psykotiske symptomer, langt mindre angst samt bedre kognitive funksjoner, for å nevne noe. Men kan man ha tillit til denne typen enkeltstudier?

Ulrik Malt hadde ikke lest denne enkeltstudien da jeg intervjuet ham. Derfor sendte jeg den til ham i etterkant, slik at han kunne kommentere den. I sitt grundige e-post-svar konkluderer Malt blant annet med følgende:

«Det er en interessant artikkel som jeg ikke hadde lest, og som jeg glad for at jeg fikk lese. Den tar opp spørsmålet om tap av respons over tid som lenge har vært diskutert innenfor psykofarmakologi. At det kan forekomme, er dog ingen nyhet. Men omfanget er uklart. Denne studien antyder at det er høyere enn man har trodd. Men studien er ikke randomisert. Det er derfor sannsynlig at de som i sin tid fikk anti-psykotika, var vurdert annerledes enn de som ikke fikk antipsykotika. Det vil i neste omgang også gjøre at forløpet kan bli ulikt uten at dette behøver å ha noe med antipsykotika å gjøre. Studien til Harrow gir ikke noe endelig svar på langtidseffekter av antipsykotika ved schizofreni, men understreker igjen at vi trenger langtidsstudier; at det er et problem at mange behandlingsanbefalinger er basert på korttidsstudier, og at vi må få mer data om hvem som ikke trenger psykofarmakologisk behandling. For øvrig er det min klare oppfatning at det brukes for mye antipsykotika i dag, men det sier ikke studien noe om, selv om det vel ligger implisitt i formuleringene.»

Den åpenbare årsaken til at det finnes så få langtidsstudier, er at det tar så lang tid å gjennomføre dem sammenliknet med korttidsstudier. Behandlingsanbefalinger bygger på sammenstillinger av mange undersøkelser »



VET IKKE NOK Ulrik Fredrik Malt mener det er for få langtidsstudier om langtidseffekter av antipsykotika ved schizofreni. Foto: Arne Olav L. Hageberg

– Behandlingsveilederne er et stort problem og fører til mye feilbehandling

Ulrik Malt

(metaanalyser). Da blir det nødvendigvis slik at det store antallet korttidsstudier skaper mest evidens i forsknings- og behandlingskretser. Er ikke dette et problem?, spør jeg Malt om i en oppfølgingsmail:

«Det er riktig at korttidsstudier er billigere og lettere å gjennomføre, men legemyndigheter forlanger nå også at det foreligger langtidsstudier med varighet av minst ett år før de vil vurdere om et nytt legemiddel skal godkjennes for bruk. Men det er riktig at flere korttidsstudier vil gjøre at disse skaper mest evidens i en metaanalyse. Men de sier jo bare noe om evidens for den tidsperioden de omfatter. Problematisk blir det først hvis korttidsstudier tolkes som at disse kan generaliseres også til langtidsbruk.»

RIKTIG BEHANDLING

Tilbake til intervjuet 18. mai. Robert Whitaker baserer seg først og fremst på en amerikansk virkelighet når han beskriver alt fra legemiddelindustrien til schizofrenipasienter. Spørsmålet er hvor relevant kritikken hans er i en norsk kontekst.

– Mye er ikke relevant. Jeg reagerer for eksempel på den generelle og enkle måten Whitaker snakker om schizofreni på. Sykdommen er i virkeligheten en heterogen lidelse som kan skyldes mange ting, som eksempelvis genetiske faktorer, skader under graviditet og fødsel eller hodeskader, for å nevne noe. Vi ser også schizofreni som en komplikasjon til en rekke somatiske sykdommer. Hva som er årsaken, vil også bestemme behandlingsformen. Dette later ikke Whitaker til å ta innover seg. Det kommer muligens delvis også av at man i USA tidligere har hatt et langt videre og mer generelt schizofrenibegrep enn i Europa. Det betyr at lidelser som blir klassifisert som schizofreni i USA, ikke nødvendigvis blir klassifisert på samme måte her.

– En av Whitakers kjepphester er at man ikke kan stole på psykofarmakologisk forskning fordi den finansieres av legemiddelindustrien selv. Her har vel Whitaker et poeng?

– Ikke nødvendigvis. For det første må man skille mellom norsk og amerikansk kontekst. I USA er det et kjempeproblem at psykiatere kan tjene mange hundre tusen kroner på studier finansiert av legemiddelindustrien. Drift av en avdeling kan være avhengig av at man får forskningsmidler fra industrien. Da kan forskningen ha et troverdighetsproblem. I Norge er

det annerledes. Legemiddelindustrien betaler for forskningen her også, men årsaken er at Forskningsrådet ikke vil finansiere den. De mener at forskning er nødvendig, men at det er for dyrt til at det offentlige skal betale. I motsetning til i USA har forskerne i Norge ingen personlig økonomisk vinning. Et eksempel: Jeg har gjennomført en studie hvor vi undersøkte virkningen av to ulike antidepressiver kombinert med psykologisk støttebehandling i vanlig legepraksis sammenlignet med kun placebo og psykologisk støttebehandling. Finansieringen kom fra legemiddelselskapet. Men vi tok ikke en krone i honorar, vi gjorde alt selv som ledd i vår universitetstilknytning og beholdt og eide dataene selv. Og vi publiserte resultatene ut fra det vi fant. Legemiddelfirmaet hadde mulighet til å kommentere våre funn, men konklusjonene stod vi fullt og helt for.¹ Dette er en ryddig forskningsdesign som jeg ikke ser det store problemet med. Når det er sagt, er det min mening at man ikke uten videre kan tilbakevise all forskning gjennomført av legemiddelfirmaer. De har i dag svært strenge krav til redelighet og pålitelighet. Ja, kvalitetskontrollen vil ofte overgå det som gjelder for psykoterapiforskning, som i dag ofte mangler ekstern kvalitetskontroll, sier Malt.

– Til slutt: Den irske psykiateren og professoren David Healy sier at ved medisinerer er legens oppgave å finne «the right medication for the right person at the right time.» Enig?

– Ja, absolutt, selv om jeg er uenig i mye av det Healy for øvrig sier. I «gamle dager» sa vi at 1/3 av pasientene som led av schizofreni, ble helt bra med en kombinasjon av antipsykotika og psykoterapi, 1/3 ble symptomatisk bedre uten at de kom tilbake i full funksjon, mens for den siste 1/3 hadde medikamenter / psykososial intervensjon ingen effekt. Det er kunnskap som i prinsippet gjelder fortsatt. Det vi som forskere må finne ut, er hvilke pasienter som har utbytte av legemidler, og hvilke som ikke har det. Det gir ingen mening å gi psykofarmaka til pasienter som ikke burde hatt dem. Og det samme gjelder også for ulike psykologiske metoder og intervensjoner, skynder Ulrik Malt seg å understreke.

Malt sa mer enn dette i løpet av de to timene vi snakket sammen. Jeg tror likevel det viktigste har kommet fram. Hva sitter jeg igjen med? Først og fremst dette: Kunnskapsmangel er grunnen til at det foreskrives for mye psykofarmaka i Norge i dag. Både kunnskapen vi har, men som ikke tas godt nok i bruk, og kunnskapen vi ikke har (f.eks. flere langtidsstudier) og hvor man trenger mer forskning for å få mer sikker viten. Dersom Ulrik Malt har rett, må kunnskapen fra lærebøker og metastudier finne en langt bedre vei både til behandlingsveiledere og til psykiatere og leger enn det den synes å gjøre i dag. Det fortjener både pasienter, pårørende og brukerorganisasjoner som WSO hvor tilliten til psykiatrien er svært liten. ✘

.....

1. For den nysgjerrige leser: Undersøkelsen Malt refererer til, konkluderer med følgende (med Malts egne ord): «Medikament + psykologisk støttebehandling var bedre enn placebo + psykologisk støttebehandling. Imidlertid, senere analyser, p.t. ikke publisert, viste ikke uventet at fordelene av medikasjon først og fremst var hos de som var dypest deprimert. (Dette var jo også de som oftere hadde hatt flere depresjoner tidligere.) Funnene sammenfaller med andre studier: lette til moderate depresjoner (av ikke bipolar natur): ingen sikker forskjell mellom psykoterapi og medikasjon – på gruppebasis.»

Meninger



FOTO: BLICKBEKE/PIXABAY

**For snever
spesialistutdanning**
«Spesialister i klinisk
voksenpsykologi bør ha erfaring
med poliklinisk behandling
av alvorlige psykiske lidelser»,
mener fire psykologspesialister.

Se debattinnlegg på side 700

**«Psykologer
bør ikke få fore-
skrivningsrett»**
Psykofarmaka til
besvær

*Se hovedinnlegget av
Arvid Strand på de neste sidene*

**Hva slags helse-
vesen vil vi ha?**
NPM-debatten fortsetter

*Debattinnlegg av
Heidi Tessand på side 702*

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

DELTA I DEBATTEN

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

KRONIKK

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

Redaksjonen kan redigere og forkorte innsendte bidrag. Psykologtidsskriftet er ansvarlige for titler, ingress og mellomtitler. Alle bidrag kan publiseres på nett. Innlegg kan også bli publisert i andre medier Psykologtidsskriftet inngår avtale med.



Foreskrivningsvett

I tillegg til en reduksjonistisk medisinsk modell for diagnostisering og behandling av psykiske lidelser har en aktiv legemiddelindustri skapt rom for en stadig økende bruk av psykofarmaka.

DA VITENSKAPSJOURNALISTEN ROBERT

Whitaker i 2010 publiserte boka *Anatomy of an Epidemic*, hadde det i USA i løpet av de siste 20 årene vært en tredobling av antall personer som ble erklært uføre på grunn av psykiske lidelser. Whitaker hevder at den psykiatriske epidemien i stor grad er en effekt av langvarig psykofarmakabruk og viser blant annet til livsløpsundersøkelser hvor personer som aldri eller i svært liten grad har brukt nevroleptika etter at de fikk diagnosen schizofreni, klarer seg bedre enn personer som er blitt behandlet med nevroleptika i alle år etter at de fikk diagnosen.

Whitaker holdt en gjesteforelesning ved Universitetet i Oslo i november 2014. Han ble intervjuet i årets andre utgave av Psykologtidsskriftet. Leserombud Odd Volden kommenterte intervjuet i aprilutgaven av tidsskriftet:

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 skulle virke mot, bør det kanskje lyse rødt. Også for psykologer, selv om de kanskje ikke har klart å tilkjempe seg forskrivningsretten ennå.

For psykologer som har trodd at psykofarmaka skaper en kjemisk balanse i den sinnslidendes hjerne, lyser det sikkert en varselampe eller to ved lesing av Whitakers bok.

KOGNITIV DISSONANS

Å være en god kollega innebærer å ikke skape unødvendige konflikter, men samtidig ha en autentisk atferd, dvs. klare å gi uttrykk for egne meninger. En erfaren psykiater sa for et par år siden i et foredrag for psykiatere og psykologspesialister at den beste behandling schizofrene kan tilbys, er piller og en seng. Foredragsholderen fikk ingen protester fra salen. Foredraget handlet om diagnostisering av schizofreni. Jeg fant det den gang mest komfortabelt å tie, og begrunnet stumheten med at en protest kunne blitt en avsporing fra foredragets hovedtema. Dermed oppsto det ingen konflikt, men jeg ga meg selv en lav skår på autenticitet. Slike motsetninger mellom ønsker og atferd blir som kjent kalt kognitiv dissonans.

I psykisk helsevern er det ikke bare leger som uttaler seg om medikament A virker bedre eller dårligere enn medikament B, eller om

TEKST

Arvid Strand,
Avtalespesialist i Oslo

ILLUSTRASJON

Åshild Irgens





Selv om en del psykologer er raskt ute med å anbefale medisiner, tror jeg det er få psykologer som ønsker seg foreskrivningsrett

dose I virker bedre eller dårligere enn dose II. Min erfaring er at leger generelt er mottakelige for innspill om både medikamentvalg og doseringer når blodprøvene viser en serumkonsentrasjon innenfor produsentens angivelse av et såkalt terapeutisk område for et gitt medikament og en gitt diagnose. Fra mitt ståsted har det ikke vært lett å se den terapeutiske verdien av slike målinger. Det har ofte medført kognitiv dissonans å høre rapporter fra laboratorieundersøkelser som skulle gi svar på om den enkelte pasient var riktig medisineret.

LEGEMIDDELINFORMASJON

En TV-debatt med professorene Einar Kringlen og Ulrik Malt så langt tilbake som i 1996 (Nrk.no/Absolutt) viste to psykiatere med svært ulike holdninger til legemiddelindustrien (LMI). Malt omtalte det nye medikamentet Zoloft som mer effektivt enn psykologisk behandling og viste til en undersøkelse der 85 % av de som fikk Zoloft, ble helt bra. I gruppen som fikk psykologisk behandling, var det (bare) 70 % som ble bra. Malt framsto ikke uventet som mer positiv enn Kringlen til å samarbeide med LMI. Kringlen sa han ikke tillot representanter fra LMI å presentere sine produkter på hans klinikk, og mente det var svært uheldig at legenes etterutdanning i stor grad var finansiert av LMI.

20 år etter introduksjonen av SSRI-preparater (selektive serotoninreopptakshemmere), forelå mer kunnskap enn i 1996 om langtidsbivirkninger av «lykkepiller». Dette illustreres av psykiaterne A. E. Vaaler og O. B. Fasmer i deres kronikk i Tidsskrift for Den norske legeforsking, 2013, nr. 4: *Antidepressive legemidler – klinisk praksis må endres*. De skriver at avhengighet og abstinensreaksjoner er et økende problem ved langtidsbruk av SSRI-preparater som nettopp Zoloft. Min erfaring med psykisk helsevern tilsier at en slik avhengighetsproblematikk svært ofte blir underkommunisert i forbindelse med foreskrivning av SSRI-preparater.

Gullstandarden i klinisk forskning er randomiserte kliniske forsøk (RCT). Når en undersøkelse viser at et medikament gir negativ effekt eller ikke signifikant bedre resultater enn placebo, er dette i utgangspunktet et like interessant funn som noe annet funn og dermed aktuelt for publisering. Det finnes imidlertid mange eksempler på tildekking av resultater som ikke tjener til å fremme salget av et nytt medikament. Dermed kan medikamentet likevel bli lansert som et produkt med dokumentert effekt på grunnlag av RCT, og få status som evidensbasert medisin. Den engelske legen og forskeren Ben Goldacre har en fast spalte kalt *Bad science* i avisa *The Guardian*. I april i år skrev Goldacre:

This week there was an amazing landmark announcement from the World Health Organisation: they have come out and said that everyone must share the results of their clinical trials, within 12 months of completion, including old trials (since those are the trials conducted on currently used treatments).

Ved mangel på engasjement fra myndighetenes side mener Goldacre at initiativ fra leger og allmenheten for øvrig er avgjørende for at WHO sin ambisjon skal bli realisert.

Peter C. Gøtzsche er direktør for The Nordic Cochrane Center i København. Hans siste bok heter *Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma Has Corrupted Health Care (2013)*. Gøtzsche skriver at legemid-

delbruk generelt er den tredje vanligste dødsårsaken etter hjertesykdommer og kreft. I bokas to psykiatrikapitler omtaler han medikamenter som Zyprexa og Cipralext, to internasjonale bestselgere. Han hevder at produsentenes måte å framskaffe dokumentasjon på om disse medikamentenes effekt kan betegnes som alvorlige brudd med vitenskapelige prinsipper. I 2014 ble Gøtzsche vinner av den britiske legeforeningens bokpris «BMA Medical Book Awards» for beste bok i kategorien «Basis of Medicine».

Den irske psykiater og professor David Healy mener betegnelsen «evidence biased medicine» ofte er mer passende enn «evidence based medicine», men avviser imidlertid ikke enhver bruk av psykofarmaka. Ved medisinerer er legens oppgave å finne «the right medication for the right person at the right time». Dette er en rund formulering, men synes å være et allment akseptabelt uttrykk for det jeg betegner som foreskrivningsvett.

BIVIRKNINGER

I artikkelen *Serotonin and Depression* (*British Medical Journal*, april 2015) påpeker Healy at det ikke finnes klare sammenhenger mellom serotoninnivåer og bruk av SSRI. 90 % av SSRI-reseptene gis til pasienter som allerede har kjent mye ubehag i forbindelse med å avvikle medisinerer, jf. Vaaler og Fasmers artikkel. Dette ubehaget blir ofte forstått som at pasienten er avhengig av medikamentet. Healy hevder at avhengigheten er medikamentindusert og ikke tilsvarer forholdet mellom f.eks. diabetes og insulin.

Også når det gjelder bruk av antipsykotika, er Healy over gjennomsnittlig opptatt av bivirkninger. I boka *Pharmageddon* (2012) skriver han:

Studies that have examined longer term outcomes for these patients on these drugs universally show a reduction in life expectancy measured in decades, not just years. This is not an argument against their use, but is definitely an argument for ensuring that they actually are producing benefits that warrant the risks undertaken.

En del undersøkelser tilsier at 30–40 % av schizofrenipasientene ikke får noen symptomdempning ved bruk av antipsykotika. For pasienter som har effekt av antipsykotika, vil brå

seponering etter lengre tids bruk ofte medføre en økning av positive symptomer (vrangforestillinger og hallusinasjoner). Slike forandringer blir som regel sett som bevis på at pasientene må fortsette medisinerer. I artikkelen *Long-term Antipsychotic Treatment and Brain Volumes* (*Archives of General Psychiatry*, 2011) konkluderer Ho, Andreasen et al. slik:

Viewed together with data from animal studies, our study suggests that antipsychotics have a subtle but measurable influence on brain tissue loss over time, suggesting the importance of careful risk-benefit review of dosage and duration of treatment.

Nancy Andreasen er kjent som en av verdens fremste eksperter på schizofreni. Medikamentrelatert cellesvinn er i utgangspunktet ingen fordel når det gjelder evnen til å skille mellom fantasi og virkelighet. I debatten om sammenhenger mellom langtidsbruk av antipsykotika og arbeidsførhet er disse forskningsresultatene definitivt relevante.

DIAGNOSTIKK

Diagnosemanualene ICD og DSM definerer et stort antall psykiatriske diagnoser som kan stilles på grunnlag av et minimumsantall observerte symptomer. Diagnostisering som grunnlag for behandling i psykisk helsevern skal skje i henhold til ICD-10, men likheten med DSM-IV er så stor at diagnoser i DSM-IV lett lar seg oversette til ICD-10-koder. I 2013 utga den amerikanske psykiaterforeningen (APA) DSM-V. WHO utgir ICD-11 i 2017.

Robert Whitaker hevder at APA i 1980 var pådriveren for at DSM-III skulle bli en medisinsk modell for diagnostisering av psykiske lidelser; ikke fordi det var vitenskapelig dekning for å introdusere en slik modell, men fordi APA ønsket å heve psykiatriens status. En medisinsk modell kunne også inkludere hypotesen om at psykiske lidelser er et resultat av kjemiske ubalanser i hjernen, i forventning om at videre hjerneforskning snart skulle føre til verifisering av hypotesen. Koblingen mellom hjernesvikt og kjemisk ubalanse har for mange fagfolk vært spesielt sterk i forbindelse med alvorlige sinnslidelser. Å bruke medikamenter for å gjenopprette en kjemisk ubalanse har lenge framstått som en god idé både for LMI, behandlere, pasienter og pårørende. »

I 2011 skrev direktør for National Institute of Mental Health (NIMH), Thomas Insel, følgende på sin blogg:

While the neuroscience discoveries are coming fast and furious, one thing we can say already is that earlier notions of mental disorders as chemical imbalances or as social constructs are beginning to look antiquated.

Mange av verdens mest framtrepende fagpersoner anser altså hypotesen om kjemisk ubalanse som utdatert. Vedrørende «social constructs» sikter Insel trolig til den kjente psykiateren Thomas Szasz, som hevdet at sykdom i vanlig medisinsk forstand handler om noe folk «har», ikke om hva folk «gjør». I 2015 handler psykiatriske diagnoser fortsatt om klassifisering av atferd, ikke om biologiske markører.

Artikkelen «*On being sane in insane places*», skrevet av psykologen David Rosenhan (*Science*, 1973), viser hvordan 8 pseudopasienter fikk innleggelse på ulike døgnavdelinger i USA etter å ha simulert hørselshallusinasjoner. Dagen etter innleggelsen sa alle forsøkspersonene at de ikke hørte stemmer lenger og ba om utskrivning. Ved utskrivning etter gjennomsnittlig 19 dagers oppbevaring og simulering av pilleinntak, hadde 7 av 8 fått diagnosen schizofreni i remisjon. Betingelsen for utskrivelse var at det ble lovet å fortsette medisinbruken. Undersøkelsen framstår som en god illustrasjon av hvordan en diagnose kan bli styrende for behandlerens oppfatning av pasienters psykofarmakabehov, uavhengig av pasientenes faktiske atferd.

NIMH ved Thomas Insel hevder også at DSM-diagnosene generelt har lav validitet og høy reliabilitet. I 2013 ble det gjort en undersøkelse av reliabiliteten ved en rekke DSM-5-diagnoser. Blant diagnosene med lavest reliabilitet var «Major Depression», hvor man fant en inter-rater-reliabilitet så lav som 0,28. Dette virker umiddelbart merkelig i lys av at depresjon er den vanligste av alle psykiatriske diagnoser. Depresjons-symptomer er imidlertid indikasjoner på stor grad av stress eller ubehag («dis-ease») og kan være til stede ved mange slags psykiske plager. Da kan ulike intervjuere komme til å gi de samme symptomene ulik betydning og dermed plassering i ulike kategorier.

Dersom en pasient i minst 2 uker har kjent seg deprimert (hovedkriterium i ICD-10 og DSM-IV) i kombinasjon med søvnforstyrrelser, konsentrasjonsvansker, appetittforstyrrelser, skyldfølelse, pessimisme og selvdevaluering (6 tilleggskriterier), er sjansen stor for at ICD-10-diagnosen blir «Alvorlig depresjon». Da skal pasienten ut fra Helsedirektoratets retningslinjer for depresjonsbehandling tilbys antidepressiver. I praksis er foreskrivning av antidepressiver ikke begrenset til «Alvorlig depresjon». I henvisningene til psykiatriske poliklinikker er det mange eksempler på at diagnoser med innslag av depresjonssymptomer allerede har utløst resept på antidepressiver.

I artikkelen *ADHD – eller noe annet? Belastende livshendelser hos unge med ADHD-symptomer* (TNPF, 2015, nr. 4) skriver Bjørn Reigstad og Siv Kvernmo at unge med ADHD-symptomer mer enn dobbelt så ofte har opplevd belastende livshendelser som unge uten slike symptomer. Likevel blir barn som henvises til utredning og behandling for ADHD, sjelden spurt om de har hatt traumatiske erfaringer. Slike forsømmelser gir stor sannsynlighet for psykofarmakabruk i form av sentralstimulerende midler. I en del tilfeller er det grunn til å tro at traumebehandling er et mer egnet tiltak. Risikoen for slik feilbehandling øker dersom diagnostik-

ken kun handler om symptomtelling og symptomsortering.

Psykiater og professor Allen Frances ledet arbeidsgruppen som laget DSM-IV. Hans siste bok heter *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life* (2013). Boka er et oppgjør med DSM-5 og det han kaller en diagnostisk inflasjon der normale reaksjoner på vanlige livsbelastninger blir sykdeliggjort for deretter å gi grunnlag for markedsføring av medikamentelle tiltak. Han hevder også at en ukritisk bruk av DSM-IV og DSM-5 i løpet av få år har medført en kunstig høy forekomst av diagnosene bipolar lidelse, ADHD og autisme, og en tilsvarende eksplosjon i salget av psykofarmaka. Diagnoseforekomsten har økt spesielt for barn som får diagnosen bipolar lidelse selv om de aldri har hatt alvorlige humørsvingninger.

Reddes psykiatrien ved å redde normaliteten, slik Frances håper? Frances har sikkert rett i at mindre sykdeliggjøring gir mindre skadelig bruk av psykofarmaka, men det er ikke sikkert at mindre overdiagnostisering beskytter mot stigmatisering og selvoppfyllende profetier om kronisitet for de som faller utenfor normalen – uansett hvor skillet mellom normalitet og sykdom plasseres. For pasienter som av ulike grunner ønsker å bruke psykofarmaka i forbindelse med psykiske plager, er ikke alltid forsikringer om normalitet og forståelighet tilstrekkelig som beroligende tiltak. Så lenge det finnes psykofarmaka som både forventes og erfares å lindre smerte, er det også forståelig at slike medikamenter etterspørres og foreskrives, som regel legitimert ved en psykiatrisk diagnose.

BEHANDLINGSFILOSOFI

Symptomer på psykisk lidelse bør alltid gis betydning utover å være elementer i en diagnosedefinisjon. Symptomforståelse involverer utforskning av bl.a. relasjonelle, sosioøkonomiske og biologiske kontekstster for de aktuelle symptomene. I tillegg kommer en vurdering av pasientens sårbarhet i betydningen psykisk struktur og evne til affektregulering. Dette handler blant annet om hva pasienten tenker om sine symptomer og sin tilgang på selvhelbredende krefter. I den grad behandlerens ambisjon er hjelp til selvhjelp, tas for

øvrige pasientens tanker om psykofarmaka hensyn til enten det dreier seg om at pasienten vil starte, bytte, øke, redusere eller avslutte medisinerings.

Allmennleger står for ca. 80 prosent av all foreskriving av psykofarmaka i USA. Det antas en tilsvarende prosent i Norge. Foreskrivningsrett innebærer å skille mellom foreskrivningsrett og foreskrivningsplikt; diagnosebasert foreskrivningsplikt blir ikke nødvendigvis rett medisin for rett person til rett tid. Psykologer er en heterogen gruppe når det gjelder holdninger til psykofarmakabruk, men selv om en del psykologer er raskt ute med å anbefale medisinerings, tror jeg det er få psykologer som ønsker seg foreskrivningsrett. Med utgangspunkt i antakelsen om at det er altfor mange pasienter som får altfor mye medisiner altfor lenge, ser jeg ingen gode grunner til at også psykologer skal ha denne retten.

Hverdagsmestring er like viktig som fravær av symptomer. Marit Borgs artikkel *Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser (TNPF, 2009, nr. 5)* gir eksempler på dette. Følgende sitat fra artikkelen nevnes som en kommentar til de svært oppsiktsvekkende funnene som ble gjort i livsløpsundersøkelsene omtalt i første avsnitt av mitt debattinnlegg:

Noe av det mest sentrale i historiene er betydningen av å bli møtt som et menneske med ressurser, ferdigheter, kunnskaper og mot, og med forventninger om at de kan jobbe for å komme seg videre i livet.

I terapirommet blir oppfordringer om ubetinget selvaksept som regel møtt med betydelig skepsis hos pasienten i starten av behandlingen. Selvaksept er for de fleste menneskers vedkommende basert på en lang rekke betingelser etablert gjennom diverse sosialiseringprosesser. Frykten for ikke å være god nok har mange ansikter, fra det underkastende og selvtvillende til det aggressive og autoritære. Uansett grad av psykisk smerte må alle mennesker våge å eksponere noe av sin sårbarhet og usikkerhet, og forhåpentligvis fortsatt erfare sosial tilhørighet. Ofte er det å gå i retning av ubetinget selvaksept en tidkrevende prosess som involverer ulike hjelpere, men det er en retning som alltid gir mindre psykisk lidelse. ❌

Fra arkivet: 1992

Helsedirektoratet åtværer mot telefon-psykologi

Etter at teletorg-tenestene kom i drift på 020-nummer, har det vore legar og psykologar som har annonsert sine tenester til ein pris opp til 25–30 kroner per minutt for telefonisk konsultasjon. Helsedirektoratet har ikkje fullstendig oversyn kor utbreid slik verksemd er, men til no er to tilfelle meldt til direktoratet. Helsedirektoratet skal no i samarbeid med Teletorget sjå nærare på denne delen av teletorgtilbodet og undersøke omfang og innhald i slik rådgjeving. Underdirektør Sønnerland er generelt skeptisk til slik bruk av Teletorget, og meiner det reiser fleire spørsmål av fagleg og etisk karakter.

Helsedirektoratet finn det høgst tvilsomt om det er mogeleg å drive forsvarleg psykolog-verksemd berre gjennom telefonisk kontakt med klientane. – Eg kan vanskeleg sjå at alvorlege problem som alkoholvanskar, barnevern, livskriser eller andre nødsituasjoner kan få faglig forsvarleg handsaming i ein telefon-samtale seier Kari Sønnerland.

Ho peiker og på at teletorg-systemet kan føre til at personar som på førehand er i ein vanskeleg situasjon kjem i eit økonomisk uføre på grunn av dei høge takstane på teletorg-tenester. Ein minuttpris på 25 kroner er tre-fire gonger meir enn det ein til vanleg betaler for ein psykolog-konsultasjon, og Kari Sønnerland meiner dette er særst uheldig.

Helsedirektoratet vil no vurdere om psykologi og rådgjeving på Teletorget kan vere i strid med Psykologlovens §8 som omhandlar tilhøve som er uforenlege med utøvinga av psykolog-verksemd. Direktoratet skal dessutan vurdere om Legelovens §29, som pålegg legen å påse at pasientar ikkje vert utsett for unødige kostnader eller tidsbruk, er aktuell i høve til psykologitenester på teletorget.

Pressemelding fra Helsedirektoratet, publisert i seksjonen «Stand og Forening», november 1992

– Helsedirektoratet finn det høgst tvilsomt om det er mogeleg å drive forsvarleg psykolog-verksemd berre gjennom telefonisk kontakt med klientane

Spesialistutdanningen er for snever



**HANNE JACOBSEN
LILLEVOLD
FELICIA JAKOBSEN
KRISTIN YRVIN
HANNE BITI**

Psykologer ved Enhet for tidlig intervensjon og rehabilitering ved psykoser (TIRe), Nedre Romerike DPS.

SPESIALIST- UTDANNINGEN

Spesialister i klinisk voksenpsykologi bør ha erfaring med poliklinisk behandling av alvorlige psykiske lidelser.

SOM EN VET fra forskning på pasienter med schizofreni, omfatter diagnosen en bredspektrert pasientgruppe med ulike kombinasjoner av symptomer og sykdomsforløp. Generelt ser en at rundt ¼ av pasientene oppnår full remisjon, ¼ har et kronisk forløp med nedadgående funksjon og gjentatte lengre innleggelse (Harding, 1994), mens halvparten av pasientene har et varierende forløp, med alt fra én til flere psykotiske episoder over et livsforløp. Et lignende forløp kan sees for pasientene med bipolar lidelse 1. Behandlingen må dermed tilpasses den enkelte pasient, ut fra alvorlighetsgrad og sykdomsforløp, der målet er å forebygge utvikling av en eventuell psykoselidelse (tidlig intervensjon), eller å behandle selve psykoselidelsen.

Pasientene har ofte med seg vanskelige og traumatiske erfaringer fra oppveksten, og sammenhengen mellom traumer og sårbarhet for utvikling av en psykoselidelse er godt støttet i den senere forskning (Klæth & Hagen, 2009; Read, van Os, Morrison & Ross, 2005; Værnes, 2010). Kognitiv terapi, familiesamarbeid og behandling med legemidler er noen av de virksomme elementene ved behandling av psykose. Behandlingstiltakene bør være fasespesifikke og tilpasset symptombelastning og funksjonsnivå. Arbeidsrettede tiltak i samsvar med IPS-modellen, samhandling med kommunale instanser og andre samarbeidspartnere er alle aktuelle forebyggende tiltak for denne gruppen (Helsedirektoratet, 2013).

I spesialistutdanningen for klinisk voksenpsykologi kreves det nå erfaring fra poliklinisk avdeling og døgnavdeling. Det er for å sikre at spesialister i klinisk voksenpsykologi har bred

kompetanse og erfaring med ulike typer lidelser i ulike faser av et sykdomsforløp, inkludert erfaring med pasienter som er underlagt tvungen behandling.

Dette innebærer at spesialpoliklinikker som man mener ikke har en variert pasientgruppesammensetning, ikke teller som det obligatoriske polikliniske praksisåret i spesialistutdanningen i klinisk voksenpsykologi. Vi mener dette er en bekymringsfull utvikling av følgende grunner:

1) Samhandlingsreformen stiller økende krav til spesialisthelsetjenesten, og de alvorlige psykiske lidelsene har prioritet. Feltet har behov for erfarne og kompetente fagfolk. Manglende erfaring med denne gruppen kan føre til at psykologspesialister i mindre grad vil foretrekkes fremfor andre faggrupper ved rekruttering. Vi får spesialister som har liten erfaring med å jobbe poliklinisk med behandling av alvorlige symptomlidelser som schizofreni og bipolar lidelse type 1. Dette vil være en uheldig utvikling.

2) Utdanningskravene som nå fremlegges, innebærer en polarisering av praksisfeltene der man risikerer å kun møte pasienter med alvorlige psykiske lidelser i de fasene av sykdomsforløpet der de er svært dårlige. Dette er faser der den primære behandlingen er døgninnleggelse, medisiner og observasjon. Kommende spesialister vil med andre ord få svært liten erfaring og kompetanse på å jobbe med pasienter med alvorlige psykiske lidelser i bedre faser av sykdomsforløpet, der de er tilgjengelige for psykologisk behandling alternativt til medisiner.

3) Vi får psykologspesialister som har liten/ingen erfaring med vurdering av tvangsbe-

handling uten døgnopphold, et felt der spesialister i klinisk voksenpsykolog bør ha like mye kompetanse som psykiatere. Dette kan gjøre psykologspesialister mindre attraktive som arbeidstakere ved spesialpoliklinikker med stor andel av denne pasientgruppen.

4) Vi får psykologspesialister som har liten erfaring med utredning av komorbide tilstander der det er spørsmål om psykose. Dette gjøres i liten grad ved akuttpsykiatriske avdelinger, som ofte viderehenviser pasienten til spesialpoliklinikker for utredning etter innleggelse.

5) Vi får psykologspesialister som har liten erfaring i å jobbe med forebyggende tiltak og behandling av en pasientgruppe som koster samfunnet mye penger i innleggelse og behandling.

6) Dette er en svært uheldig utvikling for psykosefeltet. Manglende godkjenning av praksis ved spesialpoliklinikker som TIRE vil

gjøre spesialklinikker mindre attraktive for psykologer under utdanning. Dette vil utarme kompetansen innenfor psykosefeltet, det vil bli vanskeligere å utdanne og rekruttere gode psykologer i feltet og å rekruttere psykologspesialister.

Psykosefeltet risikerer slik vi ser det, å miste muligheten til å rekruttere dyktige psykologer som konsekvens av de gjeldende bestemmelsene, og psykosefeltet risikerer å utdanne spesialister som kan lite om et veldig viktig felt innenfor psykisk helsevern.

Vi håper med dette at Psykologforeningen revurderer sine føringer og tar dette i betraktning når de legger opp utdanningsforløpet til kommende spesialister i klinisk voksenpsykologi. Vi fraråder i denne sammenhengen på det sterkeste å nedprioritere poliklinisk erfaring med behandling av pasienter med alvorlige psykiske lidelser. ✕

REFERANSER

- Harding, C. M. (1994). An examination of the complexities in the measurement of recovery in severe psychiatric disorders. I R. Ancill, S. Holliday og Higenbottam J. (red.), *Schizophrenia: exploring the spectrum of psychosis* (s.153–169). Chichester: Wiley.
- Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser* (IS-1957). Oslo: Helsedirektoratet.
- Klæth, J. R & Hagen, R. (2009). Sammenhengen mellom barndomstraumer og senere utvikling av psykotiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, s. 1049–1055.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A. P., & Ross, C. A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 330–350.
- Værnes, Tor Gunnar (2010). Kan traumer gjøre oss sårbare for psykose? – sammenhenger og mulige forklaringer *NyhetsTIPS: Tidsskrift for tidlig intervensjon ved psykoser*, (2), s. 26–33.

Hva slags helsevesen vil vi ha?



HEIDI TESSAND

Spesialist i samfunnspsykologi

NEW PUBLIC MANAGEMENT

Debatten om New Public Management (NPM) bør handle mer om hva slags helsevesen vi vil ha, og mindre om man er for eller mot NPM.

KOLLEGA JAN SJØBERG svarer i julinummeret av Psykologtidsskriftet på mitt innlegg i mai-nummeret, der jeg hevder at kritikken av NPM er sutrete. Sjøberg viser til dialektikken og *hvor-dan* man diskuterer, og ønsker en debatt uten ufine karakteristikk. Jeg er enig. Han bruker deretter kjente argumenter som at standardisering kan være til hinder for god fagutøvelse, med eksempler fra musikken for å illustrere forholdet mellom noter, musiker og publikum. Jeg følger han langt på vei, men er uenig i at valg av standard nødvendigvis ligger utenfor pasientens kontroll. Det er i så fall dårlig utøvd fag av behandleren. To av de tre grunnpilarene i prinsipperklæringen om evidensbasert praksis handler om klinisk skjønn og pasientenes ønsker. Avvik fra standard i psykisk helsevern skjer stadig, er ofte uproblematisk og noen ganger til det beste for pasienten. Men for å unngå for stor grad av tilfeldig synsing må vi redegjøre godt for valgene vi tar, og vi må ha et system som er gjennomskiktig og etterprøvbart.

DAGENS STANDARD

I en diskusjon om standardisering kan det være nyttig å kjenne utgangspunktet. Jeg erfarte hvor vanskelig kvalitetsarbeid kan være i en arbeidsgruppe i Helsedirektoratet på oppdrag fra departementet. Mandatet var å lage nye kvalitetsindikatorer for kommunehelsetjenesten. Vi kom ikke i mål med diskusjonen om hvordan definere kvalitet. Kollega Birgit Valla og jeg foreslo at man bør innføre systematiske tilbakemeldinger fra brukerne. Vi fikk høre at forslaget var godt, men prematurt. Jeg forstår hvorfor: Kommunene har få sikre datakilder med

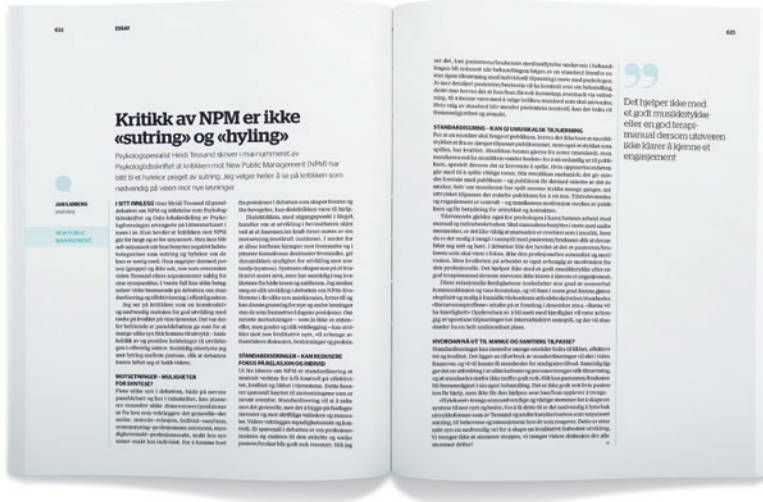
informasjon om det finnes en psykisk helse-tjeneste, om de har kompetente fagfolk, eller hvor mange som får hjelp. Det ble argumentert for at før man kan be kommunene om å innhente informasjon fra brukerne om utfall, bør man be dem rapportere om de har ansatte som kan utføre oppgavene, for å sikre forsvarlighet. De nye indikatorene som ble publisert, handlet derfor om kompetanse.

I psykisk helsevern, hvor den statlige kontrollen er større, er situasjonen bedre, men fortsatt har vi ikke gode nok datakilder. Dessuten er det mangel på spesialister, merkantilt personale og for dårlige IT-systemer. Det er altså lang avstand mellom det behandlerne ønsker av kvalitetsindikatorer, og det som finnes per i dag. Det er som om vi behandlerne prøver å bygge på et hus, men hvor deler av grunnmuren fortsatt mangler.

Det er derfor ikke vanskelig å forstå motstand mot NPM. Systemet er ment å ivareta behovet til mange; de som står i kø og venter på hjelp. De fleste av oss er psykologer for noen få. Og fordi all form for standardisering betyr ofring av nyanser, opplever vi at det kan gå utover individet. Til gjengjeld øker etterprøvbareheten, og flere får hjelp. Det er ledernes ansvar å stå i krysspresset mellom prinsippene om likebehandling og individualitet. Vi bør derfor hjelpe lederne både ved å si fra om urett, men også om hva vi trenger.

KRITIKK AV KULTUR, IKKE STRUKTUR

En ny rapport fra SINTEF laget på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet er interessant når det gjelder oppfattelsen av NPM. 50



NPM-DEBATTEN
Faksimile fra
juninummeret av
Psykologtidsskriftet.

semistrukturerte intervjuer gjennomført ved 10 sykehus med ansatte på alle nivåer viste at selv om frustrasjonen knyttet til «ett ark til» – som for øvrig også er navnet på rapporten – var stor, så var den knyttet til andre forhold enn systemet per se. De ansatte beskrev mye «lært frustrasjon», og selv om de mente at mengden rapportering var for stor, strevde de med å peke på hva som burde kuttes, blant annet fordi de forsto rasjonale for hvorfor kravene var innført i utgangspunktet. Mange sa at de brukte mye tid på å forstå hva og hvor mye informasjon som skulle journalføres, hvordan ulik informasjon skulle deles horisontalt og vertikalt i organisasjonen, irritasjon over manglende opplæring i IT-systemer med håpløse innloggingsrutiner og maskiner som stadig hengte seg opp, og frustrasjon over ledernes manglende innsikt i hverdagen til de ansatte. Det var mest frustrasjon knyttet til kultur, opplæring og ledelse, heller enn mot NPM i seg selv.

HVA TRENGER VI?

Hvis undersøkelsen viser en tendens som gjelder for flere enn informantene, blir spørsmålet hvordan og hva vi skal måles og styres etter. En slik debatt handler mer om hva slags helsevesen vi vil ha, og mindre om man er for/mot NPM, og er kanskje nærmere syntesen Sjøberg etterspør. Begrensningene ved NPM begynner å bli godt belyst, men vi er dårligere på å beskrive mulighetene, og hva vi eventuelt vil ha i stedet. Hvordan skal vi sikre både verdibasert målstyring, god kvalitet for den enkelte, og samtidig sikre rettigheter til mange?

Jeg har ikke svarene på dette, men er opp-tatt av følgende:

- Vi bør være fleksible og så langt det er mulig jobbe på og med de arenaene pasientene ønsker. Det er deres interesser, opplevde belastninger, aktiviteter, familie og nettverk som bør spille hovedrollen. For tiden er jeg psykolog på BUP, og jeg opplever ikke at systemet er til hinder for slik tenkning.
- Vi bør måle på utfall og systematisk innhente opplysninger om pasientens opplevelser av hjelpen. Myndighetene jobber fram nasjonale mål, men alle ledere står fritt til å diskutere og teste ut kvalitetsmåling på sin enhet.
- Ledere bør forklare rasjonale bak strukturer som innføres, og vise hvordan dette kan være støttefunksjoner fremfor kontrollfunksjoner. De må respektere behandleres autonomi, og i tillegg stille krav til fremdrift slik at så mange som mulig får hjelp.
- Nyansatte må få god opplæring i IT-systemene, vi trenger nok merkantilt personale, og det bør være jevnlig gjennomganger av hvordan skrive journal ledet av erfarne behandlere.
- Terminologien må endres fra produksjonspråk til lettlest humanisme, derfor bør alle maler endres.
- Vi trenger veiledning om hvordan vi skal bruke prinsipperklæringen om evidensbasert praksis, for å unngå å bli «flinke piker» som vektlegger standard for mye.

Lista er ikke ferdig, og jeg håper engasjerte kollegaer kan supplere, gjerne med eksempler fra andre lands praksis. ✕

”
Det er lang avstand mellom det behandlere ønsker av kvalitetsindikatorer, og det som finnes per i dag

På tide med Tidsskriftkontrollen, sjefredaktør?

Store ressurser er i den siste tiden blitt brukt på Psykologtidsskriftets estetikk, mens det er vanskelig å få øye på noen reell prioritering av forskningsbidrag. Nå er det på tide med en evaluering av Psykologtidsskriftet.



**KATHARINE
CECILIA WILLIAMS**
Redaktør psykologi,
Gyldendal Akademisk

PSYKOLOG-
TIDSSKRIFTET

MED STOLTHET OG ærefrykt gikk jeg til stillingen som ny fagredaktør i Psykologtidsskriftet i desember 2013. Jeg la hjertet mitt i redaktøroppdraget. Arbeidet med forfatterne og deres arbeider var inspirerende. Vi er et fagfellesskap av dyktige og engasjerte psykologer her i Norge, noe jeg fikk et sjeldent innblikk i. Men bare ett år etter at jeg startet, var jeg kommet til veis ende. Da hadde bekymring blitt til en vemodig erkjennelse. I januar 2015 forlot jeg derfor redaksjonen for siste gang.

Etter å ha hatt innsyn i redaksjonens indre liv det siste året er jeg bekymret for utviklingen og synes det er på tide at vi diskuterer retningen Psykologtidsskriftet har tatt under sjefredaktør Bjørnar Olsens ledelse.

Som medlem av redaksjonen opplevde jeg liten gjennomsiktighet i beslutningene som ble tatt. Et eksempel er hvordan fokuset på å vinne priser av Fagpressen var et sentralt tema på flere av redaksjonsmøtene. Jeg ble aldri gitt noen begrunnelse for denne prioriteringen. Graveartikkelen «Plagiatkontrollen», som kom på trykk i januar i år, må sees som et ledd i denne satsingen. I artikkelen ble det grunnløst antydnet at navngitte forskere som har gjort en stor dugnadsinnsats for tidsskriftet, gjennom en årrekke kan ha begått forskningsuredeligheter. Dette var hard kost. Men, tenkte jeg, redaksjonell frihet er sikkert et hellig prinsipp. Hva vet vel jeg om journalistikk? Jeg er jo bare en psykolog.

Senere, etter forståelige reaksjoner fra forskermiljøet, kommer sjefredaktør Bjørnar

Olsens halvhjertede beklagelse av artikkelen. Halvhjertet fordi han erkjenner at artikkelen kunne gi et feilaktig inntrykk, men understreker i samme åndedrag at den kritiserte artikkelen er en god artikkel. Samtidig har det vært en tendens lenge til at Psykologtidsskriftet mottar færre og færre manuskripter. Bjørnar Olsen synes ikke å ta situasjonen tilstrekkelig på alvor. I maiutgaven går han snarere til angrep mot psykologforskerne og kritiserer dem for ikke å ta ansvar for forskningsformidling til sine kliniske fagfeller. Tidsskriftet har gjort seg skyldig i å sverte norske psykologforskeres navn og rykte. Spørsmålet er om Bjørnar Olsen nå er kommet til et punkt hvor det ikke lenger er mulig for ham å klare å få forskere tilbake.

Selv om sjefredaktøren skulle lykkes i å gjenopprette det gode samarbeidsklimaet med forskere, er det en rekke andre forhold som gjør det lite attraktivt å publisere vitenskapelige arbeider her. For mange ville bistand til forskningsformidling utvilsomt gjort samarbeid med Psykologtidsskriftet mer attraktivt. Formidlingsarbeidet hadde blitt lettere om ikke artiklene ble låst i seks måneder. Begrunnelsen for denne praksisen fremstår uklar, men et presserende inntjeningsbehov er det neppe. Låsingen gjør det tungvint å formidle nypubliserte artikler for et bredere publikum. I det året jeg jobbet der, ble ikke journalistene i redaksjonen gitt noen instruksjoner om å følge opp noen av artiklene som psykologforskerne hadde skrevet, til tross for at jeg flere ganger ba om en slik oppfølging.

Tidsskriftet er rangert av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som et nivå 1-tidsskrift, men dette er ikke nødvendigvis belønnende nok for forskere i dagens publiseringssystem. Vi må regne med at kravene som stilles til vitenskapelige artikler, vil skjerpes i årene fremover. Artikler som skal inngå i en avhandling, skal i utgangspunktet skrives på engelsk i tidsskrift som er søkbart i noen av de større søkedatabasene (PsychInfo, Ovid; Pubmed). Tidsskriftet er indeksert i PsychInfo, men ikke i Pubmed. Det siste krever at Tidsskriftet holder en APA-standard, og det stilles krav til titlene i artiklene som publiseres. Tidsskriftet trenger å innarbeide en rutine for kontroll av interessekonflikt mellom medforfatterne. Det er heller ikke lagt inn rutiner for doi-nummerering av publikasjonene. Sjefredaktør Bjørnar Olsen stiller seg isteden negativ til engelskspråklige artikler og enda mer negativ til APA-standardisering.

Det hadde vært fullt mulig for Psykologtidsskriftet å bli en mer attraktiv publiseringskanal for forskere, men ikke uten at en større porasjon av redaksjonens ressurser kanaliseres til denne innsatsen. Redaksjonen er svært sparsommelig bemannet når det gjelder forskning så vel som klinisk kompetanse. Hvordan gjenkjenne hva det kliniske feltet trenger uten klinisk erfaring? Hvordan kan en redaktør gjenkjenne en god forskningsartikkel uten selv å inneha erfaring fra forskningspublisering? Man har fagfeller til å bistå i dette, men Norge er et lite land, og slitasjonen på enkelte fagpersoner kan her bli uhensiktsmessig stor. Ansvar for oppfølgingen ligger tross alt på fagredaktørene – hva slags kompetansekrav stilles til dem?

Sjefredaktøren må selvfølgelig ha et visst mandat, men spørsmålet er hvor langt det strekker seg. Meningene om hvordan Psykologtidsskriftet skal være, er trolig like mange som det er medlemmer i Norsk psykologforening, og redaksjonen kan ikke styres ved håndsopprekning. Kan vi likevel akseptere at én person styrer enerådlig, slik situasjonen er i dag? I lys av senere tids hendelser melder det seg et preserende behov for en debatt om prioriteringer og om tidsskriftet bør bli mer gjennomslukt i sine redaksjonelle valg. Men kan Psykologtidsskriftet utvikle seg videre med en sjefredaktør som til nå har vist oss fullstendig manglende vilje til brobygging? ❌

Om uthengning og mistenkeliggjøring

Skal Psykologtidsskriftet være en gapestokk eller et faglig forum?

INGER JAKOBSEN Avtalespesialist i Hamar

SOLRUN BRUVOLD Avtalespesialist i Hamar

GEIR FOSHAUG Avtalespesialist i Brumunddal

FRODE SKJÆRET Avtalespesialist i Elverum

BENTE MYRDAHL Pensjonert psykologspesialist i Hamar

JORUNN ASKNES Avtalespesialist i Hamar

HEGE BRISÅ STRÆTKVERN Psykologspesialist i privatpraksis, Hamar

PSYKOLOGTIDSSKRIFTET

VI ER EN gruppe erfarne psykologer, som har gjort oss noen refleksjoner etter artikkelen «Plagiatkontrollen» i januarnummeret, Arne Holtes påfølgende innlegg i aprilnummeret og etter sjefredaktørens beklagelsesartikkel i mainnummeret.

Vi oppfatter at artikkelen med plagiat- og personfokus var satt inn i en uheldig, sensasjonspreget og støtende ramme. Det er ikke vanskelig å forstå at dette kan kjennes belastende, dernest som mistenkeliggjøring og uthenging.

Flere høykompetente fagpersoner, som har bidratt til faget og utvikling av dette, opplever seg uthengt og dårlig behandlet av tidsskriftet. Noen ønsker derfor ikke, ifølge Holte, i tiden fremover å publisere faglige artikler i Psykologtidsskriftet. Dersom dette skjer, vil det være en lite ønskelig og potensielt fagbegrensende konsekvens.

Er Psykologtidsskriftets redaksjonelle linje i endring? Går vi i retning av en mer tabloid, polariserende og konfliktfrembringende form, på bekostning av faglighet?

Vi forstår at Psykologforeningen skal holde oss «accountable» for god praksis, knyttet til faglighet, etikk og juridiske problemstillinger, og at Psykologtidsskriftet skal støtte opp under dette. Men vi tror ikke at et åpent og fagutviklende klima fremmes dersom Psykologtidsskriftets bidragsytere må frykte mistenkeliggjøring og uthenging.

Vi ønsker at Psykologtidsskriftet skal fortsette å være en formidlings- og drøftingsarena for psykologer, ved at kunnskap, forskningsresultater og erfaringer kan deles og gjøres tilgjengelige for psykologer flest, slik at faglig nivå kan utvikles og høynes. Psykologenes fagtidsskrift bør fortsatt være et sted der fagpersoner ønsker å publisere! ❌

Farvel til ein bastard

Psykologtidsskriftet vil aldri bli ein reinrasa publikasjon. Til det er psykologifaget for mangslungent og det norske fagmiljøet for lite.

Etter nær ti år som journalist og redaksjonssekretær i *Tidsskrift for Norsk psykologforening* takkar eg for meg. Som alltid er det verst å forlata folk ein har blitt glad i. Men eg feller også nokre tårer for tidsskriftet, denne bastarden av eit blad.

Ei av dei første større sakene eg skreiv, var eit intervju med biografen Ivo de Figueiredo. Band nummer ein av biografien hans om Henrik Ibsen hadde nett kome ut. Som litteraturvitar nyleg tilsett i Psykologtidsskriftet (og med friskt i minnet debatten rundt Sigmund Karterud si utarbeiding av ein psykobiografisk profil av ein annan død forfattar, Knut Hamsun), fekk eg ein tanke om at det måtte vera relevant å snakka med Figueiredo om identitet, sjølv, litteraturen som inngang til sinnet, sjølvrepresentasjon og sånne ting. Redaktøren gav grønt lys, og intervjuet kom på trykk i oktober 2006. Var det eit intervju som ikkje kunne stått andre stadar enn i Tidsskrift for Norsk psykologforening? Det kunne nok stått i *Bokvennen*, for eksempel. Men spørsmålet er om det hadde blitt laga eit slikt intervju om ikkje nokon frå denne redaksjonen gjorde det.

I utgåva du no les, har eg på trykk mi siste sak. Det er eit intervju med Ellen Sofie Hovland, psykolog og spellemannprisvinnande songar og låtskrivar. Dette er endå eit con amore-prosjekt for meg, eg er sjølv songar og låtskrivar. Det var stemmer i redaksjonen som meinte eit slikt intervju ikkje burde prioriterast framom andre saker knytt nærare til psykologifaget. Det er ikkje eit poeng å intervju ein psykolog bare fordi denne er over snittet flink til å skriva songar. Eg er heilt einig, men eg kjende på meg at det var noko her. Det kan ha med tekstane og det musikalske uttrykket til Hovland å gjera; eg hørte ein lovnad om refleksjon og intellekt. Og eg var oppriktig interessert i tilhøvet mellom psykologen sitt perspektiv og kunstnaren sitt perspektiv. Les gjerne intervjuet på side 714. Kunne det intervjuet stått på trykk nokon annan stad enn i Tidsskrift for Norsk psykologforening? Eg er faktisk i tvil.

Tidsskrift for Norsk psykologforening, TNPF, Psykologen, Psykologtidsskriftet, Tidsskriftet, Psykologi; kvart av namna dekkjer ein del av alt det denne merkelege publikasjonen er, har vore og ønskjer å vera. Med åra får visst kjær kjøter mange namn. Denne er over 50 år no, men lyder likevel ingen av dei veldig godt, om den nokon gong har gjort det.

Eg har ikkje gløymt at Psykologtidsskriftet er eit vitskapleg tidsskrift. Men det er samstundes så mykje meir. Det er mindre og mindre eit fagforeiningstidsskrift – i dag har Psykologforeninga eiga informasjonsavdeling som forvaltar desse behova, men det er ikkje mindre og mindre eit vitskapleg tidsskrift. Det er bare meir andre ting samstundes. Der intervjuet med Figueiredo i 2006 representerte noko litt nytt og uvant,

vrurderer vi i dag seriøst fram og tilbake om vi skal prioritera å intervju ein psykolog som har vunne Spellemann. Vi endte opp med å gjera det, fordi biografane og visesongarane og diktarane og målarane balar med det felles menneskelege. Dei er ikkje utanfor psykologien sitt felt. Faktisk er det nær sagt uråd å koma utanfor psykologien sitt felt, og det er sjølv sagt faget sin styrke, og faget sin akilleshæl. Og midt i feltet står denne bastarden av eit tidsskrift og bjefar og bit, lograr (minst mogleg) og markerer.

Lesarar av Tidsskrift for Norsk psykologforening får kvar månad eit blad utan kommersielle interesser, utan faglege bindingar, utan sterke eigeninteresser, utan ideologisk skuldskap, men like fullt med ein tydeleg ståstad: midt i psykologien. Det er det vel verdt å avla vidare på.

Tidsskriftet prøver å plassera seg ein stad midt i feltet. Det har eit mangslungent mandat, ei mangslungen målgruppe og eit mangslunge tema: Psykologien kan vera hard eller mjuk, funksjonell eller vakker. Men det er ikkje eit anten/eller. Det finst skjønnheit i ein stringent gjennomførst regresjonsanalyse, og hard, firkanta konsekvens i ærleg narrativ utforsking av eit liv. Det finst rett som det er innsikt i forskning, men truleg finst det òg innsikt i tankane til ein biograf eller visesongar. Om ikkje anna kan det jo vera litt gøy å lesa kva dei meiner. Alternativet er jo ofte bare kriminallitteratur.

Eg vil takka alle eg har fått møta og snakka med, intervju eller lese tekstane til desse åra. Takk for kjøtbeina de har kasta for å hjelpa oss å halda liv i denne bastarden.

Ei siste helsing til alle nynorskelskarar der ute som fortviler over utsiktene til færre korleis-ar og ikkje-ar i spaltene: Stay subsidiert! ❌

Arne Olav Hageberg

Brukerne i sentrum

Å få frem brukererfaringer er viktig, men kanskje burde Psykologtidsskriftet være mer målrettet i hva de ber brukerne adressere når de får spalteplass.



LESEROMBUD

Else-Marie Molund,
psykologspesialist
i klinisk voksen-
psykologi

Historisk sett har det dessverre vært vanlig å få frem brukererfaringer. Hvorfor kan vi jo lure på. Det har vel vært slik at klinikere mente de kunne gjøre andre friske, ved at de var eksperter, uten at brukerens erfaringer og kompetanse i seg selv betydde særlig mye. For meg gir dette gjenklang fra den medisinske modellen, der eksperten heler den syke. Historien har vist at det ikke er så enkelt når det kommer til psykisk helse.

Psykologtidsskriftet har to varianter av formidling av brukererfaringer i juniutgaven. Den ene er «To dager i et liv» av Lars Poverud, som er sykepleier og har brukererfaringer. Den andre er «En brysom ansatt» av Nina Strand, som blant annet handler om erfaringskonsulenten ved SUS som sa opp etter at ansatte i psykisk helsevern startet en underskriftskampanje mot henne.

At Tidsskriftet trykker tekster av brukere der de deler sine erfaringer, er veldig bra. Det er viktig å få frem deres perspektiver selv om skribenten er anonym. Når jeg leser brukertekster, har jeg ofte ønsket sterkere fokus på hva de synes er bra og mindre bra i møte med hjelpesystemene. Hva mener de hjalp dem til bedring, hva mener de er antiterapeutisk, og hva tenker de om samhandlingen mellom virksomhetene? Jeg har også lurt på hva de tenker om psykologiske fenomener som for eksempel lært hjelpeløshet, stereotypier og gruppeprosesser hos behandlerne når de ferdes i systemene. Kanskje er det en idé å be brukerne svare på denne typen konkrete spørsmål i tekstene sine.

Den andre teksten som delvis handler om brukererfaringer, men da ved at Strand tematiserer hva ansatte (også erfaringskonsulenter) kan si om egen arbeidsplass, er nettopp et sig-

nal om at det er noen fundamentale forskjeller i å være bruker og å være kliniker. Derfor er det svært viktig at også brukerne kommer til orde.

Det finnes naturligvis mange måter å få frem brukererfaringer på. Foruten de nevnte tilnærmingene, håper jeg tidsskriftet fremover fokuserer på å publisere flere vitenskapelige artikler hvor brukerstemmene kommer tydelig frem. Gjerne av kvalitativ karakter. Pårørende bør også få komme til med sine erfaringer. Jeg leser gjerne også flere intervjuer, med for eksempel erfaringskonsulenter både fra Norge og andre land. Det ligger mange interessante nyanser i skjæringspunktene mellom erfaringskonsulentene og deres ledere, slik virksomhetene er innrettet i dag.

Å referere enkeltpersoners erfaringer i forbindelse med en journalistisk sak er en mye brukt metode, men ikke så ofte i tidsskriftet. Det fenger ofte lesere å få innblikk i en enkeltpersons historie, selv om personen er anonym. Problemet er ofte at fremstillingen i mediene blir altfor tabloid. Her kan Tidsskriftet gå foran i å vise at denne typen journalistikk gir tekster en ekstra dimensjon, hvis det gjøres riktig.

I maiutgaven skrev Nina Strand teksten «Selvskading, kjønn og makt», hvor særlig etnologen Anna Johannsson hadde interessante forskningsfunn om brukeres erfaringer i møte med systemene. Denne saken kunne gjerne vært kommentert av brukere. Kjenner de seg igjen, og hva tenker de om funnene?

Å formidle brukerkompetanse bør, slik jeg ser det, være en naturlig del av Tidsskriftets oppgave. For hvordan skal vi kunne videreutvikle våre hjelpetjenester til gode virksomheter uten tilbakemeldinger fra de som trenger hjelpen? ❌



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.

Mistenksomhetens dynamikk

Vi venter sommerbesøk. Ansar, hun jeg kaller min palestinske datter, kommer sammen med mann, barn og sin andre mor. Kanskje kommer også broren til Ansar.

MAMMA OG IMMI

Jeg møtte Ansar for 11 år siden på Birzeit universitet på Vestbredden. Hun hadde søkt, og fikk siden, et kvotestipend for å ta en mastergrad i Norge. I løpet av de tre årene hun bodde her, grodde hun inn i familien vår og inn i hjertene våre. Og vi fikk plass i Ansars univers. Hun kaller meg fremdeles for «mamma». Siden hun dro, har vi besøkt hverandre mange ganger.

Da vår eldste datter ville studere arabisk, og gjøre feltarbeid i Palestina, var det hun som fikk seg en ekstra familie, en ekstra mor som hun fortsatt kaller mamma på arabisk, «Immi». Den palestinske familien hadde fem barn fra før. Det var god plass til en søster til fra Lillehammer.

Nå er det gjensitt, for søsteren fra nord, hun som var så lys i huden at araberne syntes hun skinte som neon, har selv blitt mor. Og når hun nå skal ha navnefest for barnet, vil hun så gjerne ha sin palestinske familie med. Det blir Immis første Norges-besøk, og Ansars brors første utenlandsreise, hvis han får visum.

DRØMMER OM Å FLY

Broren til Ansar er 26 år og drømmer om å få fly. Han drømmer om å reise og se et annet land, gjerne det som søsteren bodde i. Han drømmer om å se hav, store glinsende flater av vann. Jeg har møtt mange palestinere som uttrykker denne lengselen etter hav og vann. De blir blanke i øynene, som om tapet av Middelhavet smelter sammen med tapet av frihet. Ansars lille gutt tror at havet er rødt, rosa og oransje, for det er fargene til solnedgangen i horisonten når de voksne peker mot vest, og sier «Se, der er havet».

Middelhavet ligger kun få mil fra landsbyen der våre venner bor. Det er fullstendig utilgjengelig for de fleste som bor på den tørre Vestbredden, og særlig for en som Ansars bror. Som ung palestinsk mann kan han ikke bevege seg fritt. Han tilhører den gruppen av palestinere som er mest mistenkeliggjort. Han er vant til å bli stoppet på sjekkpunktene, vant til å ikke rekke skole og jobb på grunn av forsinkelser og avhør. Vant til husransaker og israelske soldaters mistenksomhet. Han er forberedt på å bli fengslet, for en mistanke er nok. Han er vant til avslag, han kan ikke reise til Jerusalem, til Akka eller Jaffa. Han har grønt ID-kort og feil nummer.

EN SEPARASJONSMUR I LOMMEFORMAT

Det er fargen på ID-kortet og identitetsnummeret som bestemmer hvor man kan reise innenfor Israel og Palestina. Et farge- og tallkodet, apartheidlignende byråkrati, iverksatt og kontrollert av israelske myndigheter. Det første tallet i ID-nummeret angir hvor du kommer fra og hvilke andre steder i ditt eget land du kan besøke. Tallet som gir størst frihet i blå kortholder, er det kun israelske jøder som har.

ID-kortene er fengsel og passerseddel. De er en påtvunget identitet. Forskeren Helga Tawil-Souri beskriver dem som et lavteknologisk overvåknings- og diskrimineringsregime, et maktmiddel, som i all sin uanselighet unngår forskeres og fredsmekleres oppmerksomhet. De blå og grønne kortene representerer makt og avmakt, og splitter opp en befolkning ved hjelp av tallkoder. Hovedbegrunnelsen for ID-regimet, og den nitide kontrollen av bæreren er, ifølge Tawil-Souri, den israelske statens sikkerhetslogikk. ID-kortet er den såkalte sikkerhetsmurens lette, løvtynne refleksjon, en separasjonsmur i lommeformat som alltid må bæres og framvises når det kreves. Begge murene fyller samme funksjon: dele og trygge, sett fra israelsk side. Fragmentere, kontrollere og mistenkeliggjøre, erfart fra palestinsk side.

«GENERALISERT KOMMUNIKATIV MISTENKSOMHET»

Jeg har fylt ut skjemaer, lagt ved ligningsattest og bankutskrifter. Vi har garantert at vi betaler både opphold og hjemsendelse, hvis det skulle bli nødvendig, og fått politistempler på seks søknader om besøk. Etter et par uker var fem av dem innvilget og én avslått. Mistanken om at broren har skjulte hensikter veide tyngst. Det er ikke vanskelig å forstå UDIs mistenksomhet. De vet godt om de palestinske politiske forholdene og de mange begrensningene befolkningen utsettes for. De vet at mange unge menn ønsker større frihet og kontroll over egne liv, og lengter ut av det som kan fortone seg som verdens største utendørsfengsel.

Ansars bror lengter bare etter et pust av noe annet, ikke et liv et annet sted. Han er stolt og

rotfestet i landsbyen og familien. Sikkerhetskontrollene og begrensningene har glidd inn i hans hverdagsmodus. Det er ikke greit, men det er slik det er. Noen ganger blir han grepet av håpløshet, men for det meste fokuserer han på den aller nærmeste virkeligheten, den han fortsatt har kontroll over. Visumsøknaden til Norge var et unntak, et blaff av drømmeri om å kunne reise på ferie, treffe bonus-søsteren fra nord og se om barnet hennes er like lys i huden. Han la sine ID-papirer og den han er, i andres hender. De svarte med mistenksomhetens logikk. Han er en statsløs ung mann. Båndene mellom våre to familier teller ikke som troverdig grunn for å reise på besøk. Det kan ligge andre motiver bak.

I *Encyclopedia of Deception* beskrives det psykologiske begrepet «generalisert kommunikativ mistenksomhet» som en tendens til å tro at andres budskap er løgnaktige. En studie blant spanske politifolk viste at de mest erfarne var mer mistenksomme og hadde en sterkere tendens til å vurdere utsagn som løgn enn yngre kollegaer. Forskerne mener det har med sosialisering å gjøre. Mistenksomhet smitter etter hvert fra eldre til yngre kollegaer, slik mistenksomhetens politikk i Israel smitter over på befolkningen, slik UDIs mistenksomhet smitter meg. Enn om visumsøkeren har tenkt å hoppe av for å utnytte vår velferd og frihet? Enn om han bruker vårt vennskap, våre garantier og tiltro? Ingen kjenner beveggrunnene i dypet av et annet menneskes sinn. Når mistanken sniker seg inn, kjennes det som om jeg krymper, det blir trangere og mindre gledesfylt å være til. Avstanden øker mellom oss og dem. I mistanken deformeres vår vennskapsfamilie til et diffust og usikkert «de andre».

Nei, la meg heller bli lurt, jeg velger tilliten. En del av den reserveres til ny saksbehandling av anken på visumsavslaget. Kanskje kommer broren til Ansar likevel? ❌



Når mistanken sniker seg inn, kjennes det som om jeg krymper, det blir trangere og mindre gledesfylt å være til

Kerstin Sæderström

Inntrykk



Annika Melinders nye bok innfrir ikke forventningene til en innføringsbok i sakkyndighet, mener vår anmelder.

Side 712

Klassikeren: Ed Tronicks vet mye om kraften i det relasjonelle feltet mellom mennesker.

Side 713

Intervju med psykologen og songaren Ellen Marie Hovland.

Side 714

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

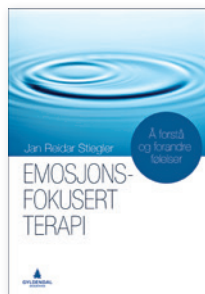
Send forespørsel på e-post til perolav@psykologtidsskriftet.no eller nina@psykologtidsskriftet.no.

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

ANMELDT: BOK

Fornuftig om følelser

Å lage en norsk introduksjonsbok til emosjonsfokusert individualterapi er et ambisiøst prosjekt. Jan Reidar Stiegler lykkes et godt stykke på vei.



JAN REIDAR STIEGLER

Emosjonsfokusert terapi: Å forstå og forandre følelser. Gyldendal Akademisk, 2015

ANMELDT AV

Anne Marie Fosse Teigen, spesialist i klinisk psykologi, fagbokforfatter og utvikler av «Bufferkurs for par».

FØLELSER UTGJØR EN sterk organiserende kraft både i og mellom mennesker. De fargelegger tilværelsen og graverer inn i hukommelsen de største øyeblikkene i livet. De skaper mening og variert betydning av det som ellers ville vært en jevn strøm av usorterte inntrykk. God affektbevissthet gir mulighet for å leve fleksible liv, med tilgang på den informasjonen følelsene gir, men samtidig uten å være overlatt i deres makt. Psykiske lidelser handler gjerne om det motsatte; at man ikke klarer å nyttiggjøre seg følelsene, men overvelles av dem eller bruker uforholdsmessig mye energi på å unngå dem.

Emosjonsfokusert terapi (EFT) er – som navnet tilsier – en terapeutisk retning som anser følelsene både som det mest effektive utgangspunktet og det mest potente virkemiddelet for å skape terapeutisk endring. Metoden er utviklet av kanadiere Leslie Greenberg, som i flere tiår har arbeidet med å integrere grunnforskning på emosjoner med terapeutisk praksis og teoriutvikling. EFT er solid dokumentert, både i prosess- og utfallsstudier. Nå er det endelig kommet en norsk bok om metoden – skrevet av Jan Reidar Stiegler, psykolog ved Institutt for psykologisk rådgivning i Bergen og stipendiat ved Universitetet i Bergen.

Stiegler har samarbeidet tett med Leslie Greenberg over tid og bidrar selv i opplæringen av norske EFT-terapeuter. Det merkes i boken Det gjør det behagelig for meg som leser fordi jeg opplever stoffet som troverdig. Det virker både intellektuelt fordøyd og praktisk gjennomlevd. Ett problem fikk jeg likevel: Jeg strevde med å se *skogen*, for her ble det mange *trær*. EFT-fagbegrepene kommer tidvis på rekke og rad, og det ble ikke enklere av at jeg fikk vite hvor i boken jeg skulle få «lese mer om» et eller annet, eller ble minnet på at samme definisjon var nevnt tidligere. I tillegg var stikkordlisten til særdeles lite hjelp. Den var overraskende snau og i sin nåværende form overflødig, fordi boken har en svært detaljert innholdsfortegnelse.

STYRKER OG SAVN

Boken er bygd opp av fire hoveddeler, fordelt på tretten kapitler. Den starter med en overordnet beskrivelse av emosjonsfokusert individualterapi og en teoretisk redegjørelse for emosjoner som fenomen. I del to belyses EFT-terapeutens grunnholdning og i del tre hvordan emosjonell stil, emosjonelle skjemaer og grunnleggende kjerneskjemaer utgjør elementer i en helhetlig forståelse av klienten. I del fire kommer de spesielle intervensjonene. Jeg synes boken er på sitt beste når den beskriver den praktiske utøvelsen av EFT, og jeg hadde ikke hatt noe imot å få enda mer av dette. Når det er sagt, skal forfatteren ha ros for å gi gode studietips til den ivrige leser som vil fordype seg mer.

Stiegler understreker at hans bok er en bok om emosjonsfokusert *individualterapi*. De som vil lese om EFT for par, henvises til en nyere bok av Greenberg og en medforfatter. Dette smale valget av viderehenvisning var en overraskelse for undertegnede, særlig sett i lys av at bokens litteraturliste for øvrig favner vidt. Som utvikler av et emosjonsfokusert samlivskurs kjenner jeg relativt godt til EFT for par, slik metoden ble utviklet på åttitallet av Greenberg og hans daværende doktorgradsstudent, Sue Johnson. EFT for par har gjennom Sue Johnsons videre arbeid utviklet seg til å bli en veldokumentert og anerkjent parterapi metode, som har spredt seg til en rekke land, og som det også er mulig å utdanne seg i her i Norge. Til tross for dette glimrer Greenberg og Johnsons bokklassiker med sitt fravær i Stieglers litteraturliste, og heller ingen andre av denne EFT-tradisjonens vitenskapelige artikler, bøker eller terapifilmer er omtalt eller referert til.

LESETIPS

Å lage en norsk introduksjonsbok om EFT som fanger essensen i Leslie Greenbergs ordrike og voluminøse bøker, er et ambisiøst prosjekt. Det stiller store krav til forfatterens evne til å skjære igjennom og skape oversikt for leseren. Jeg synes Stiegler gjør et hederlig forsøk og lykkes et stykke på vei. Mitt personlige lesetips er likevel å ta seg friheten til å skimme gjennom del fire først, og kanskje også kapittel 6 (om terapeutisk tilstedeværelse og empati), før man begynner på første kapittel og leser kronologisk. Da får man et inntrykk av hvordan den emosjonsfokuserte individualterapeuten forstår og møter klienter i praksis, noe som gir knagger og kontekst som kan gjøre det lettere å få et aktivt forhold til fagbegrepene og de mer overordnede teoriene. ❌

Ferskvare



Hva er god traumebehandling?

Vi ser på arbeidet med traumatiserte personer på en litt annen måte i dag enn for bare få år siden. Moderne

traumebehandling har søkelys på å regulere og roe nervesystemet, trene på å være til stede i nuet, arbeide med å integrere følelser, og å arbeide med de mestringsstrategier personen allerede har utviklet. Med denne boken ønsker Anstorp og Benum (red.) å vise hva som er god traumebehandling. *Traumebehandling* retter seg spesielt mot behandling av mennesker med komplekse traumetilidelser og dissosiasjon. Boken er en videreføring av *Dissosiasjon og relasjonstraumer* (Anstorp, Benum & Jakobsen, 2006).



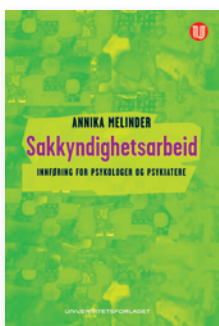
Påkledd i dusjen

Norske ungdommer dusjer ikke lenger etter gymmen. Eller så dusjer de med undertøyet på. De vil ikke vise seg nakne foran venner eller med-

elever. Hva har skjedd siden vi vokste opp? I *Påkledd i dusjen* gjengir Wenche Bjørnebekk samtaler med ungdom om kropp, kroppspress og idealer. Hun spør: Hvordan ser ungdom på egen og andres kropp? Hva betyr andres blikk? Hvilke idealer higer de etter, og hva er egentlig naturlig? Hvilken funksjon har pornoen fått i ungdomskulturen? Bidrar foreldre til å dempe eller øke kroppspresset? Sammen med den rådende forskningen på feltet forsøker hun å finne svar på hvorfor vi ser ut til å bli mer bluferdige, og hvordan det er mulig å motvirke konsekvensene av kroppspresset.

Ikke som forventet

Boken virker lite gjennomarbeidet, og innfrir ikke forventningene til en innføringsbok i sakkyndighet.



ANNIKA MELINDER

Sakkyndighetsarbeid, innføring for psykologer og psykiatere.
Universitetsforlaget
2014. 177 sider.

EN INNFØRINGSBOK I sakkyndighetsarbeid imøteses med positiv forventning om en nyttig bok med oversikt over rammeforhold, sentrale faglige problemstillinger og vanlige dilemmaer. Bruken av sakkyndige utredninger for retten har utviklet seg mye gjennom de siste 25 år, noe som gir behov for oppdaterte oversikter.

Boken handler innledningsvis om psykologi i lovens tjeneste og oppdrag for rettsvesenet. Praktisk sakkyndighet omtales i fire deler: barnevern, barnefordeling, judisiell observasjon og erstatningssaker. Siste del handler om deloppdrag, barn som vitner, samtaler med barn og om skråsikkerhet som et problem i dette feltet. Det sentrale her er hentet fra vitnepsykologi, hvilket er Melinders spesialområde. Hovedoverskriften er kvalitetssikring.

UFERDIG PREG

Boken er skjemmet av en rekke svakheter. Det gjelder språk, logikk, form, innhold og konsistens. Det er mange uklarheter og misforståelser. Boka fremstår som et utkast som ville tjent på flere runder redigering, språkvask og korrektur.

Melinder har lagt inn vitnepsykologiske momenter av ulik karakter i de fleste kapitlene. Det gjelder brokker om hukommelse, psykologers svake evne til vurdering, og samtaler med barn. Dette kommer hulter til bulter inn i avsnitt der det forventes mer grunnleggende informasjon om arbeidet. Argumentasjonen har delvis en polemisk form. Disse forholdene gjør at boken virker rotete.

Språkføringen vanskeliggjør tilegnelse av innholdet. Den har ofte et muntlig preg. Enkelte setninger gir ikke mening, som f.eks. følgende: «I 2012 ble NOU 2012:5, det såkalte

Raundalen-utvalget, lansert som et alternativ til det biologiske (overstyrende) prinsippet.» Språket er bedre når hun skriver om vitnepsykologi og judisiell observasjon.

UKLARHETER OG FEIL

Det er mange uklarheter. I sammenheng med barnefordelingssakene som behandles i retten, skriver hun at psykologer blir oppnevnt i de ca. 20 prosent av sakene som kommer opp til doms. Hun fremstiller så de sakkyndige psykologene som meklere og konfliktløser. Det er ikke mulig å forstå hvordan hun tenker her.

Om barnevernssakene skriver hun at 30–40 tusen barn får ulike former for tiltak fra barnevernet, og videre at en stor gruppe barn likevel blir tatt under offentlig omsorg. Dette er svært upresist og ikke korrekt. Nøyaktige tall er lett tilgjengelige. I barnevernssakene bruker hun også annen terminologi enn gjengs, og bruker f.eks. avviksbegrepet i omsorgsrelasjoner. Dermed blir det hun skriver, vanskeligere å overføre til de begrepene som vanligvis brukes. Under barnefordelingssakene skriver hun om at barn skal høres, og om hvordan samtaler kan gjennomføres. Det er pussig at hun ikke nevner at barn også skal høres i barnevernssakene.

VITNEPSYKOLOGISK PERSPEKTIV

Fra siste halvdel av boken skriver forfatteren om avhør av barn ut fra et vitnepsykologisk perspektiv, og dette gjør hun bra, det er jo hennes spesialte. Men sakkyndige psykologer blir nesten aldri oppnevnt for gjennomføring av avhør av barn. Det er politiet som gjør dette.

ANMELDT AV

Anne Poulsson, spesialist i klinisk psykologi og heltidsarbeidende sakkyndig i barnefeltet siden 1995.

Hun skriver at sakkyndige psykologer i andre sakstyper ikke skal snakke med barn hvis temaet er vold og overgrep, men overlate dette til politi/domstol. Dette er unyansert. Betydningen av at psykologer, barnevern og dommere lytter til barn og gir dem mulighet til å fortelle om sine erfaringer, gis økende anerkjennelse, uavhengig av kontekst. Hvordan man skal unngå å påvirke barn, er imidlertid viktig.

I bokens siste del argumenterer Melinder for at sakkyndige med vitnepsykologisk kompetanse representerer kvalitetssikring av psykologers sakkyndighetsarbeid. Hun mener at vitnepsykologer i økende grad bør engasjeres av privat part i alle sakstyper, og håper at dette kan føre til at vitnepsykologer også blir oppnevnt på rettens initiativ.

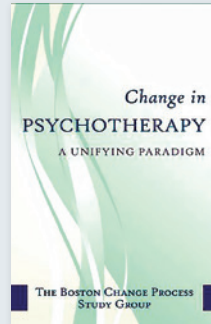
Melinder argumenterer for at «troverdighetsvurderinger» er det mest sentrale kunnskapsfeltet for psykologer også innenfor barnefeltet. Hun spør seg om eksempelvis foreldres utsagn om at de er gode foreldre, kan gjøres til gjenstand for «troverdighetsvurdering». Jeg forstår det slik at hun anser «troverdighetsvurderinger» som mer anvendelige eller bedre enn en analyse og drøfting av omsorgspraksis, der opplysninger fra flere kilder både i nåtid og fortid utgjør grunnlaget. Det er alltid rom for kvalitetsutvikling av det sakkyndige arbeidet, men Melinder reduserer bred kunnskap i barnevern og barnefordelingsområdet til «troverdighetsvurderinger». Det er for det første ganske originalt, og for det andre underkjenner hun både brukbarheten av kunnskap som faktisk foreligger, og sine kollegers evne til å anvende slik kunnskap.

SKAPER UNDRING

Alt i alt er boken ikke slik man forventer en fagbok fra en professor, rett og slett fordi den virker lite gjennomarbeidet. Det mest alvorlige er likevel at den skaper undring over hvorvidt Melinder i tilstrekkelig grad er kjent med de mange sakkyndighetsområdene som hun prøver å gi en innføring i. Bokas referanseliste viser ikke til sentral kunnskap på områdene, med unntak av det vitnepsykologiske, som dominerer listen nesten fullstendig.

Hvis bokens tittel hadde vært vitnepsykologens plass i sakkyndighetsfeltet og den hadde vært redigert deretter, kunne den blitt et bidrag i fagdebatten. Den er imidlertid ikke en innføringsbok i sakkyndighet. ❌

KLASSIKEREN



Ed Tronicks «Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change» (1998)

Tronicks forskning og teori ble et rammeverk for min forståelse av pasientens utviklingshistorie og det som skjer i terapirelasjonen, skriver Anne Kulseng Berg.

Som student introduserte Bjørg Røed Hansen meg for Ed Tronicks artikkel «Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change» (*Infant mental health journal*, 1998). Artikkelen åpnet for meg en ny forståelse av hva det betyr at mennesker utvikles i relasjon til andre mennesker, og var mitt første møte med dynamisk systemteori og spedbarnsforskning i en terapirelevant form.

Det ble tydelig for meg hvordan samspill med andre kan virke både utvidende og begrensende. Jeg opplevde en gryende innsikt i betydningen av implisitte, emosjonelle og ikkeverbale prosesser, sammen med en ny nysgjerrighet på terapiprosesser og utviklingsprosesser. Tronicks forskning og teori om gjensidig regulering og organisering av opplevelse ble et rammeverk for min forståelse både av pasientens utviklingshistorie og av det som skjer i terapirelasjonen. Artikkelen var en del av en rekke artikler fra det vi senere kjenner som The Boston Change Process Study Group. Den inspirerte meg til videre lesing av denne gruppens artikler og videre utforskning av det ikkeverbale, kroppslige samspillet i psykoterapi. Til min begeistring har Bostongruppen samlet sitt tankegods i en bok der også Tronicks arbeid utgjør et sentralt bidrag: *Change in Psychotherapy; a unifying paradigm* (2010). Denne gruppen med kloke hoder har for meg bidratt til en revolusjonerende endring i forståelsen av kraften i det relasjonelle feltet mellom mennesker.

Anne Kulseng Berg utfordrer Linn Hamilton til å ta stafettspinnen videre

Ei mengd med vakre ord

Når psykologen Ellen Sofie Hovland skriv songar trumfar fenomenologien og den subjektive meiningsdanninga alltid forskinga. Sånt blir det Spellemannpris av.

TEKST OG FOTO

Arne Olav L. Hageberg

VI LER SÅ vi grin. Vrir oss på stolane. Fantaserer om broderte hustavler. Seier det på nytt: «Memento! I visene trumfar fenomenologien og den subjektive meiningsdanninga alltid forskinga!» Tårene trillar.

KATEGORIMISTAKET

Like før stiller eg Ellen Sofie Hovland eit spørsmål som er litt søkt. Det seier eg til henne. Men på eit underleg vis er det relevant òg, sidan eg diskuterer visekunst og utøvande musikkartisteri med ein spesialist i barne- og ungdomspsykologi:

– *Har det hendt at du har «følt» deg fram til ein tekst – skrive intuitivt – og så tenkt «nei, dette kan eg ikkje skriva, for dei siste innsiktene til den psykologiske forskinga har jo vist at det ikkje er sånn vi menneske heng saman»?*

Det er når ho skal svara på dette spørsmålet, at den store låtten slår inn. Kanskje fordi det i randsona mellom vitskap og kunst oppstår friksjon, ein friksjon som sikkert kan setta gneist til både god psykologi og gode viser, men som òg kan avsløra det absurde. Så kjem latteren fordi vi opplever ideen om følinga som blir kor-

rigert av forskinga som eit kategorimistak. Kan henda er vi bare blinda av kulturen, som plasserer noko som strengt tilhøyrande domenet for kjensler, kunst og det skjønne, og noko anna som tilhøyrande rasjonaliteten sitt domene.

DEN SAME NYSGJERRIGHEITA

Bak mitt keitete spørsmål låg sjølvstøtt eit ønske om å etablere ein samanheng mellom psykologen Ellen Sofie og visesongaren Ellen Sofie. Nett det er også andre enn Psykologtidsskriftet opptekne av. Ho fortel at journalistar gjerne spør om det ho skriv, er direkte inspirert av hendingar i terapirommet eller skjebnar ho har kome i kontakt med der. Det er det ikkje. Det er ikkje slik låtskrivingsprosessen verkar.

– Dette er det viktig for meg å presisera. Eit tema for ein song veks ut av livet generelt, det er ikkje sånn at eg utleverer klientar. Men eg trur interessene mine for psykologi og kunst spring ut av den same nysgjerrigheita. Begge delar syslar med korleis det er å vera menneske. Måten eg tenker på når eg skriv songar, har mykje å seia for meg inn i psykologien. Låtskrivinga og psykologien er som to gode vener.



SPELLEMANN

Ellen Sofie Hovland vann tidlegare i år visekategorien under utdelinga av Spellemannprisen 2014, i konkurranse med Erlend Ropstad, Ingebjørg Bratland, Silja Sol og Siri Nilsen. Forhindra som ho var frå å vera til stades i Stavanger konserthus, blei det ingen utsvevande fotografi frå etterfesten eller munnhoggeri med Madcon-Yosef, der altså. Noko som passar heilt fint, tenkjer eg. For Ellen Sofie Hovland sitt musikalske univers framstår som så kompromisslaust «arty» at ei slik kopling til massekulturen verkar like søkt som den mellom visekomponering og dei siste oppdateringane i PsychNET.

For Ellen Sofie Hovland er det å vera psykolog og det å vera låtskrivar og artist jambyrdige roller.

– Det er veldig forskjellige roller. Men eg har lagt mitt daglege virke i det å vera psykolog. Det utgjer eit viktig fundament i mitt vaksne liv, reflekterer ho, men seier seg samstundes einig i tanken om at det å vera låtskrivar er ein eigen måte å vera i verda på. Ei innstilling og ein stadig refleksjon.

Idear til songar dukkar oftast opp når ho er for seg sjølv og fordøyer inntrykk, det kan vera i ein kaffipause, på bussen, eller når ho har lagt seg om kvelden. Under studietida ved Psykologisk institutt i Oslo kunne ho sitte oppe natta gjennom for å jobba ut idear som tende henne. I eit vaksenliv med mann og fast 80 prosent jobb, fire dagar i veka på og ein dag av, er ting blitt atskillig meir strukturerte.

– Den siste plata mi er skriven på tysdagar gjennom eit år, smiler Hovland.

Også visekunst handlar om rutinar og metode.

PÅ SJØLVREALISERINGA SITT ALTER

– Eg opplever at mange av tekstane dine, især frå den første plata, *Vær her for meg*, har eit lyrisk eg som kjempar med å rettferdiggjera val som er tekne, for eksempel etter ein broten kjærleiksrelasjon. Det er mange personar i tekstane dine som står åleine etter å ha ofra det å høyra til på sjølvrealiseringa sitt alter.

– Det kan eg kjenna meg att i. Mange moderne menneske står i ein konflikt mellom lyst og krav – indre eller ytre krav – til å vera »

DET STILLFARNE

Tittelen på den siste plata til Hovland, *Skandinavisk sjel*, relaterer seg til det reserverte sinnelaget i Norden. – Eg har kanskje ønskt å gje det stillfarne ei stemme, seier ho.

En mengde vakre ord

Tekst: Ellen Sofie Hovland

Helt fra jeg var liten har jeg hørt at jeg er ganske så unik. De sa de skulle lete lenge før de fant en unge som var lik, og i en mengde hjem prydes en hustavle av slike vakre ord. For de fleste er unike i en liten flik av verden der jeg bor.

Så skal man følge hjertet, ikke følge med i stimen som en fisk. Ikke være redd for å ta sjanser eller løpe på en risk. Man skal være sterk og fri, og svare enhver utfordring kontant. Og aldri skal man tvile på at hjertet snakker tydelig og sant.

Så skal man ha en jobb hvor man får bruke sitt talent. Vi lever bare nå, og livet står ikke på vent. Velge rett diett og riktig fastlegekontor som passer helt perfekt til meg.

Helt fra jeg var liten har jeg hørt at jeg er ganske spesiell. At hvis jeg bare vil kan jeg ta doktorgrad og lykkes med et smell. Ingen krav er høye nok for den som en gang vil bli riktig stor. Og de fleste vil bli store i en liten flik av verden der jeg bor.

Så skal man finne frem en indre stemme som er sin. Skal aldri gjeme særpreget sitt bort bak en gardin, og bygge garderoben opp av sjeldne stykker tøy som passer helt perfekt til meg.

Og hvis man skulle finne noen, kan det ikke være hvem som helst. Skal aldri ta til takke med noe mindre enn å være nær sagt frelst. Bli det for alminnelig, for strevsomt, kan man bli den som forsvant. Og aldri skal man tvile på at hjertet snakker tydelig og sant.

Da bør man takke ja til et hvert spennende event, og barna kan man ha sånn cirka 43 prosent. Ja, finne riktig samværsordning og et hektisk liv som passer helt perfekt for meg.

Og i en stille stund ville man kanskje lure litt på hva man vant. Men aldri skal man tvile på at hjertet snakker tydelig og sant. Så lenge man har levd for fullt og sørget for å sette dype spor. Og det er mange spor i sanden i en liten flik av verden der jeg bor. Og de fleste hjem har tavler som er prydet med en mengde vakre ord.

sjølvstendig, visa individuell styrke, vera autonom – eller sjølvtilstrekkeleg, som kan bli «the dark side» av det same. Kanskje har vi nokre djupe behov som står i fare for å bli neglisjerte, og som er vanskelege å kombinera med sjølvrealisering. Det er ein kamp mellom det å vera sårbar og det å vera så inni hampen uavhengig. Den vanskelegaste prestasjonen er å opna opp for å elska og bli elska.

Personane vi møter i songane hennar, er gjerne urbane, autonome, reflekterte, seksuelt frigjorte, les tung litteratur og har husvære med god feng-shui. Eg forstår at ho ikkje syng om klientane, men kanskje er det andre psyko-logar ho syng om, kollegar og medstudentane frå Blindern?

– Nettverket mitt består sjølvsagt mykje av desse, og andre akademikarar. Eg har sjølv tenkt at songane mine sikkert gjekk mest heim hos likesinna på min eigen alder. Men så opplever eg at folk frå ulike miljø og av ulik alder kjem og fortel at dei kjenner seg veldig trefte. Folk godt opp i åra, og no i det siste også born! Femåringar syng av full hals: «Et siste glass er alt jeg trenger!», ler ho.

– Det er veldig rart og veldig fint.

BEINPIPENE SI BØN

Musikken hennar er impresjonistisk og klangfokusert. Morten Quenild spelar mange slags tangentinstrument, plingelydar og programmering. Han er også arrangør på begge platenene, saman med artisten sjølv. Elles er visene gjerne kledde opp i cello eller bassklarinet, alt i ein diskre og delikat vev, og alltid med Ellen Sofie Hovland sitt gitarfingerspel som varsamt drivande element. Stemma har ein litt naiv klang, men også energi. Ho skriv gode melodiar. Det er nennsamt, ofte nydeleg, og alltid litt reservert. Men tekstane ropar høgt; i kraft av tematikken dei skissar, i kraft av sårheita og alle halvdregne ord om relasjonell og eksistensiell lengt. Især den første plata får meg til å tenka på eit brøl inn i ei pute, eit tilbakehalde skrik. Eg formulerer noko slikt til henne, og ho seier ho blir rørt, snur lett på hovudet – ser vekk litt – før ho held fram.

– Du er inne i noko av kjernen av det eg prøver å uttrykka. Tittelen på den siste plata, *Skandinavisk sjel*, relaterer seg til det. Ikkje at skandinavisk er ein geografisk storleik, men kanskje er det noko der, med det reserverte som mange her i Norden erfarer. Eg har kan-

skje ønskt å gje det stillfarne ei stemme ..., seier ho, blir famlande i svaret, før ho finn feste i eit litt meir distansert språk prega av trygge akademikarord:

– Mange kan kjenna seg att i at det ikkje er så lett å snakka i store bokstavar om subjektive storleikar. Det kan ligga mykje kraft i det tilbakehaldne. Ein kan vera svært ordrik, men når ein skal seia noko om kva ein faktisk føler, så ...

Nok ein gong vender ho seg innover, på leiting etter dei rette orda. Dei som kan bygga bru mellom kjensla og tanken i ho sjølv, og mellom tanken i seg og tanken i meg, og til deg som skal lesa det eg skriv. Som ein kryssordløysar som tygg på blyanten mens ho grublar seg fram til kva bokstavar og ord ho treng for at løysingsordet skal tre fram. På eit anna tidspunkt i samtalen vår sa ho at tekstforfattinga for henne er litt slik, og at ho elsker den kjensla av å tygga på blyanten. Idealet hennar for tekstskrivninga er å formulera seg som ho ville gjort i ein samtale, sa ho då. Løysingsordet blir eit sitat frå ein av opphavsmennene til den moderne psykologiske romanen, forfattaren Knut Hamsun, eit sitat som gjorde sterkt inntrykk på ei ung kvinne med musikk i fingrane og sinnet fullt av songar som endå ikkje var modne for hausting:

– Det han sa han ville få fram i litteraturen sin, var «sælsomme Nervirksomheder, Blodets Hvisken, Benpibernes Bøn, hele det ubevidste Sjæleliv». Eg strevar etter å få formidla noko av det same, men utan at det kjem ut i full mundur.

KROPPENS ORKESTER

– *Skriv du songar av lyst eller av naud, fordi du vil eller fordi du må?*

– Eg har på ein måte lyst til å svara at eg må skriva, men opplever eit sånt svar som litt vel dramatisk og svulstig, ler ho.

– Eg overlever nok utan, men behovet for å skriva er stort. Det er så mange måtar å sjå på saker og ting på. Forskjellige personar kan sjå same situasjon med både vemod og humor, vekselvis eller samtidig, seier ho, og tar meg med langt inn i ein slags supermetafor om sansing, eksistens og kognisjon:

– Eg tenkjer av og til at vi menneske jammen er heldige som har hjernar som kan reflektera og symbolisera og alt det der. At vi kan forhalda oss til at *noko er*, men at det ikkje er sant eller usant, kan bevisast eller motbevisast, og at dette *noko* kan sjå både forskjellig og likt ut i ulike sinn. Og alt dette blir ikkje bare arbeidd med intellektuelt og logisk, men i eit orkester der rasjonalitet, følelsar og det kroppslege spelar saman og skapar meir eller mindre velklingande melodiar og harmoniar.

Hovland understrekar at ho trur få opplever livet og kjærleiken som eit nydeleg og førehandskomponert Mozart-stykke. Det er vel for dei fleste av oss meir som ei rekke surrete improvisasjonar, som bare tidvis kjem seg inn i parti med høg presisjon og vellukka harmonisering.

– Det *må* eg formidla, på den eine eller den andre måten, smilar ho, og lar metaforen gli over i også å handla om sine eigne konkrete songar, og kanskje også om meir:

– Det er like spanande kvar gong å sjå om songen kan delast med nokon, eller om den blir ståande åleine. Men det er for så vidt også greitt; ein som blir ståande åleine, kan eg bare gje eit rom i herberget for einsame songar med formidlingsvanskar. Eg vil skriva, kanskje eg må også. ❌



TIL LIKESINNA? Hovland har sjølv tenkt at ho skriv songar til likesinna på sin eigen alder. - Men så opplever eg at folk frå ulike miljø og av ulik alder kjem og fortel at dei kjenner seg veldig trefte, fortel ho.

Ellen Sofie Hovland

- Visesongar og psykolog, spesialist i barne- og ungdomspsykologi
- Arbeider til dagleg ved Oslo Universitets-sykehus sin barneseksjon
- Har gjeve ut to plater på Kirkelig Kulturverksted: *Vær her for meg* og *Skandinavisk sjel*
- Vann Spellemann 2014 i kategorien viser for *Skandinavisk sjel*. Var også nominert med den første plata si i 2012



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 eller tlf. 23 10 31 33.

SEPTEMBER

Den 12. Norske Psykologikongressen – Nøkler til endring

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

Workshop: Acceptance and Commitment Therapy: Head, Heart, and Hands

Oslo, 7.–8. september 2015
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

PsykBase temakurs

Oslo, 14.–15. september Radisson Blu,
Scandinavia hotell, Holbergsgt. 30

Kurs i EMDR

Oslo, 15.–17. september 2015
Påmelding og nærmere informasjon
www.emdrutdanning.no

OKTOBER

Hvordan skrive journal

Oslo, 8. oktober 2015
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Undersøkelse av oppmerksomhet med vekt på BRIEF og Conners' CPT

Oslo, 8.–9. oktober 2015
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Nepsy-II-kurs

Oslo, 22. og 23. oktober 2015
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Lovkurs; tvangsvedtak i psykisk helsevern

Oslo, 28. og 29. oktober 2015
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

NOVEMBER

PsykBase temakurs

Oslo, 23.–24. november, Radisson Blu
Scandinavia hotell, Holbergsgt. 30

DESEMBER

Kurs i EMDR

Oslo, 9.–11. desember 2015
Påmelding og nærmere informasjon
www.emdrutdanning.no

2016

Kurs i EMDR

Oslo, 11.–13. januar 2016
Trondheim, 4.–6. april 2016
Bergen, 25.–27. april 2016
www.emdrutdanning.no

AVTALESPELIALIST ØNSKER Å LEIE KONTOR
fortrinnsvis i psykologfelleskap, Oslo Øst. Henv.
tlf. **934 24 574** eller e-post **sida-t@online.no**

LEDIGE LOKALER VED STILLATORGET/FRYSJA, OSLO. Ledige lokaler til leie i medisinsk tverrfaglig klinikk, gjerne med interesse for spiseproblemer. Mulighet for samarbeid med erfaren psykolog. Lyse trivelig lokaler. Kom på visning! Adresse Kjelsåsveien 160, 5. etg. Kontakt Mona Melsom på tlf. **22 02 81 81** eller e-post **monamelsom@hotmail.com**

MINDFUL YOGALÆRERUTDANNING RYT200 med psykolog Kristin Skotnes Vikjord, E-RYT200 & IAYT. Godkjennes som 72 t. vedlikeholdskurs Norsk psykologforening. Sted: Oslo, Zanti Yoga studio. Tid: uke 37, 43, 49. Man–fre 09.00–17.00. Pris: kr 25 000. www.mindfullyoga.no. Søknadsskjema: info@mindfullyoga.no



Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization
and Reprocessing

Trinn 1 Oslo 15.–17. september 2015
Trinn 2 Oslo 9.–11. desember 2015
Trinn 1 Oslo 11.–13. januar 2016
Trinn 1 Trondheim 4.–6. april 2016
Trinn 2 Bergen 25.–27. april 2016

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Approved Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no

Neste utgivelse er **1. september**,
frist for å bestille annonse til
september-utgaven er

tirsdag 18. august

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

DAGSSEMINAR

Fredag 02.10.15
Britannia Hotell, Trondheim

HVA GJØR PSYKOTERAPI VIRKSOMT? EN RELASJONELL MODELL

Bruce Wampold er blant de mest siterte psykoterapiforskere i verden. I dette seminaret vil han gjennomgå forskningen bak de to ledende modellene for hvordan psykoterapi gir effekt; den medisinske og den kontekstuelle modellen. Forskningen støtter den kontekstuelle modellen, som innebærer tre ulike veier til endring. Bevisst bruk av de ulike veiene for endring vil øke effekten av psykoterapi.

Kasuistikker og kliniske eksempler vil demonstrere hvordan man kan implementere de ulike momentene i en kontekstuell modell i egen praksis.

Kurset er godkjent av Norsk psykologforening som 8 timers fritt spesialkurs og som 8 timers vedlikeholdsaktivitet.

Kursavgift: kr 1250,–

Påmelding: morten.thorsen@nav.no

Påmeldingsfrist: 01.09.15



Bruce Wampold
Ph.D. Research Director,
Modum Bad Research
Institute

Professor of Counseling
Psychology, Department
of Counseling
Psychology, School of
Education, University of
Wisconsin – Madison



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

SØR-TRØNDELAG
LOKALAVDELING

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no

VERDENSDAGEN FOR SELVMORDSFOREBYGGING 10. SEPTEMBER 2015

UNIVERSITETET I AGDER
AULAEN I SIGRID UNDSSETS HUS

TEMA:

BARN OG SELVMORD

FOREDRAGSHOLDERE:

Magne Raundalen

Spesialist i klinisk psykologi, barn. Knyttet til Senter for Kripsykologi siden 1990

«Bedre kommunikasjon med barn i krise»

Anne Freuchen

Spesialist i Psykiatri og Barne- og Ungdomspsykiatri ved Sørlandet sykehus HF

«De tapte årene: selvmord blant barn og unge»

Siri Gjesdal

Leder for BarnsBeste – nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende

«Barn som etterlatte etter selvmord»

KURSLEDER:

Renate Grenvold Bugge

Spesialist i klinisk psykologi og arbeids- og organisasjonsspsykologi

PÅMELDING OG PROGRAM:

uia.no/leve

Fagdagen er godkjent av: Legeforeningens spesialistkomiteer for allmenntilleggsmedisin, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Norsk Psykologforening og Norsk Sykepleieforbund.



Stempel med medlemslogo for psykologer

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

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



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



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

Stiftelsen Mentalhygienisk Rådgivningskontor utlyser stipend for 2016

Stiftelsen Mentalhygienisk Rådgivningskontors formål er å fremme virksomhet innen det barne- og ungdomspsykiatriske helsevern ved tildeling av stipend til enkeltpersoner og institusjoner. Formålene det kan søkes midler for må ha en bred forankring innen den psykodynamiske tradisjon som hele tiden har vært Mentalhygienisk Rådgivningskontors arbeidsform og forståelse.

Det kan søkes om midler til undersøkelser med relevans for området, til datainnsamling og/eller bearbeidelse av data. Det kan også søkes midler til frikjøp av tid for utarbeidelse av artikler, rapporter eller foredrag; samt til studiebesøk eller deltagelse på kongresser.

Søknadsskjema og informasjon hentes ut via denne linken:

<http://medmenneskeioslo.com/legater/>

Det må sendes en søknad for hvert prosjekt og for hver person. Søknaden må inneholde en oversikt over hva pengene skal brukes til. Det må foreligge en prosjektplan med budsjett og informasjon om hvorvidt det foreligger annen finansiering.

Den som tildeles midler må gi en skriftlig rapport bilagt regnskap tilbake til Stiftelsen for å dokumentere at stipendiet har blitt brukt til det formål det ble søkt om. Ikke disponerte midler tilbakebetales. Ved ellers like kriterier vil ansatte ved tidligere Mentalhygienisk Rådgivningskontor ha fortrinnsrett for tildeling av midler.

Ytterligere informasjon ved henvendelse til Rune Johansen, 22 42 50 05 / ru-jo3@online.no eller til Anders Zachrisson, 22 69 95 10 / johnaz@online.no.

Stiftelsen Mentalhygienisk Rådgivningskontor vurderer søknadene og tildeler midler. Det overordnede hensyn ved vurderingen er prosjektets kliniske relevans.

Søknad med dokumentasjon stiles til:

Styreleder, overlege Otto Steinfeldt Foss og sendes forretningsfører:

Randi Hammerstrøm
Oslo Røde Kors
PB. 3 Grønland
0133 Oslo

Søknadsfrist 1. september 2015.

Seksuelle overgrep. Begått av unge mennesker.

Når unge gutter og jenter forgriper seg mot andre barn, vekkes sterke følelser og reaksjoner. En slik situasjon må nærmes med varsomhet og skreddersydd behandling.

I Behandlingssenteret Små Enheter er sikring og kontroll avgjørende, og gjennomføres også i de unge overgripernes omgivelser. Overgrepsspesifikk miljøterapi skal legge vekt på forpliktelse for de unge overgriperne, og utvikle positive sider. De må forstå egen atferd og risikofaktorer for nye overgrep. De må få selvinnsikt og forståelse om avvikende seksuell opphisselse og grenseoverskridende seksuell atferd. BUP, skole og familie involveres gjennom hele oppholdet. Ofrene skjermes fra overgriperne. Alt for å skape forståelse og hindre nye overgrep.

Vi samarbeider med ledende skandinaviske spesialister på området. Den aktuelle behandlingseenheten får veiledning, og behandlingens innhold gis av avdelingsleder og psykiater med støtte i utredningsverktøyet ERASOR.

Store oppgaver i små enheter.





Vil du jobbe som gestalt- terapeut, coach eller med organisasjonsutvikling?

Gestaltmetode er en av de mest utbredte retninger innenfor psykoterapi og coaching, samt i organisasjons- og konflikttarbeid. Vi tilbyr anerkjent utdanning i bl.a.:

Gestaltterapi

4 år deltid // 120 studiepoeng // oppstart september

Coaching

2 år deltid // 60 studiepoeng // oppstart september

Relasjonsledelse i organisasjoner

1 år // ingen opptakskrav // oppstart september

Velkommen til informasjonsmøte i Oslo:

Onsdag 19. august kl 18.00-19.30, Pilestredet 75C

Få mer informasjon og søk studieplass på gestalt.no



Norsk Gestaltinstitutt as
HØYSKOLE



Workshop

Narrativ eksponeringsterapi


Royal Garden Hotell, Trondheim

10.– 11. september, 2015

Narrativ eksponeringsterapi er en fokusert behandlingsmetode for reaksjoner etter multiple traumehendelser

Påmeldingsfrist: 1. September

www.rvtsmidt.no



VETERANERS PSYKISKE HELSE KURS FOR LEGER OG PSYKOLOGER

22.–23. oktober 2015 og
28.–29. januar 2016

Thon Hotel Opera

psykiskhelse.no



RÅDET FOR PSYKISK HELSE




Sensorimotorisk Psykoterapi Videreutdanning Nivå 1

Oppstart i Trondheim
22.-23. oktober
2015

Påmeldingsfrist: 20. august

www.rvtsmidt.no



Sykemelding

Henvisning

Epikrise

HELFO

Radiologi

eResept

Labsvar

Pasientreiser


Legeerklæring

Dialogmelding

Norsk Helsenett

Etablering 0,- 1/2 månedspris

Rett i systemet | Ett kontaktpunkt



Spesialistutdanning i barn og unges psykiske helse for kommune- og spesialisthelsetjenesten med 2-årig fordypning i behandlingsmetode



Regionsenter for barn og unges psykiske helse

Helseregion Øst og Sør

Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Øst og Sør) utvikler og driver utdanning, forskning, fagutvikling og informasjonsvirksomhet om barn og unges psykiske helse. RBUP Øst og Sør holder til i Nydalen i Oslo.

RBUP Øst og Sør starter opp nytt kull i spesialistutdanningen i januar 2016.

Undervisningen går over 5 semestre og består av tre hovedelementer:

- **Forelesningsrekke og profesjonsseminar:** barn og unges psykiske helse. Vekt på psykiske lidelser i barne- og ungdomstiden (82t). Tilknyttet forelesningsrekken er profesjonsseminar med gruppe for psykologer (145t).
- **Fordypning i behandlingsmetode:** Det velges en av følgende fordypninger: psykoterapi med barn og ungdom, kognitiv terapi, familierapi og fordypning i sped- og småbarns psykiske helse (214t). I psykoterapifordypningen barn og ungdom er det to grupper. En for kandidater som har terapeutkompetanse i sin grunnutdanning og/eller har terapeutisk erfaring.
- **Forelesningsrekke i tverrfaglighet og samhandling (40t).**

Det er månedlige samlinger som går over 3 dager, onsdag til fredag.

Kompetansemål: Utdanningsprogrammet dekker kravene fra målbeskrivelse for spesialiteten barn og unge, Norsk psykologforening.

Opptakskrav er 2 år praksis i feltet barn og unge, samt innføringsseminaret fra Norsk psykologforening.

Søknadsfrist 2. oktober 2015.

Søknad til utdanningen sendes elektronisk via vår hjemmeside www.r-bup.no

Spørsmål rettes til kurskoordinator Renate Stendal på tlf. 22 58 60 00/6024, e-post renate.stendal@r-bup.no eller studieleder Heidi Brautaset på e-post heidi.brautaset@r-bup.no

Tidsskrift for Norsk psykologforening planlegger et temanummer med fokus på Aldring og eldre. Gjesteredaktører er Inger Hilde Nordhus, Linn-Heidi Lunde, Fredrik Hansen, Minna Hynninen og Martin Kragnes Bystad.

Invitasjon til temanummer om «Aldring og eldre»

Med dette temanummeret vil vi rette særlig søkelys mot behovet for *nyansert kunnskap om aldring og eldre som veiledning for ulike typer psykologarbeid*. Vi ønsker bidrag som tar utgangspunkt i aktuelle kliniske, helse- eller også samfunnspsykologiske problemstillinger, gjennom forskning og praksis. Videre ønsker vi bidrag som belyser hva som fremmer eller også hemmer eldre i å delta på ulike arenaer i samfunnet. Med samfunnets økte fokus på forebyggende helsearbeid i en aldrende befolkning, vil vi gjerne ha bidrag som peker på ulike psykologoppgaver i arbeid med eldre. Vi inviterer potensielle bidragsyttere til å sende inn en kort beskrivelse av mulige artikler (maksimalt 250 ord) **innen 15. september 2015**. Se ellers Psykologtidsskriftets hjemmesider www.psykologtidsskriftet.no for en nærmere presentasjon av og retningslinjer for våre ulike sjangere og spalter. I spesialnummeret er alle sjangre aktuelle, slik som fagartikler, fra praksis bidrag, fagessay og faglige innspill.

Ved spørsmål, ta kontakt med Inger Hilde Nordhus på e-post inger.nordhus@uib.no

Forslag til artikler sendes sjefredaktør Bjørnar Olsen på e-post bjornar@psykologtidsskriftet.no



IAP AGORA 2015

Integrasjon i praksis: Hvordan være en integrativ psykolog? Og hvorfor?

Velkommen til IAPs 16. Fagkonferanse «Agora» 19.–20.11.2015 på Leangkollen Hotell i Asker

Noen av årets bidragsytere:

Magne Raundalen

Per-Magnus Thompson

Tonje Moe Thomson

Guro Øiestad

Kim Edgar Karlsen

Cecilie Skule

Kirsten Benum

Brith Klæboe Ramberg

Solveig Gjems

Hanne Weie Oddli

Paul Leer Salvesen

IAP ønsker både nye og gamle deltakere velkommen til høstens fagtreff. Kom og la deg inspirere av dyktige foredragsholdere, kreative workshoper, solide kulturinnslag og inkluderende fagfeller.

Rabatt for tidlig påmelding innen 1.10.15. **Siste frist for påmelding er 1.11.15.**

Begrenset antall plasser. For fullt program, priser, abstracts og påmelding:

www.agoraseminaret.no

Seminaret søkes godkjent av Norsk psykologforening som vedlikeholdskurs og fritt spesialkurs.

Institutt for Aktiv Psykoterapi er en medlems- og utdanningsorganisasjon som tilbyr spesialistprogrammer, veiledning og kurs for psykologer.

www.agoraseminaret.no  facebook.com/agoraseminaret



Tid:

19.–20. november 2015
Åpning torsdag kl. 10.00
Registrering fra kl. 09.30
Avslutning fredag kl. 15.15

IAP AGORA: Faglig påfyll, hyggelige omgivelser, god mat og flotte kolleger.

Senter for Stressreduksjon, www.scat.no

«Oppnå mer med mindre stress med Oppmerksomhetstrening (OT) – mindfulness» – Kurs i Oslo, 2015–2016

INTRODUKSJONSKURS

Høsten 2015: fredag – lørdag, 9.–10. oktober

OT: En selvutviklingsprosess gjennom bevisstgjøring.

Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt psykologer.

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

Godkjent av Norsk psykologforening med 14 t. vedlikeholdsutdanning.

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

Godkjent av Norsk psykologforening med 42 t. vedlikeholdsutdanning.

**Høstkurset 2015: fredag og lørdag:
21.–22. august, 18.–19. sept., 23.–24. okt.**

**Vinterkurset 2016: fredag og lørdag:
8.–9. januar, 5.–6. februar, 4.–5. mars**

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

Kursleder: Andries J. Kroese, dr. med., tidligere professor i karkirurgi.

Utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA. Forfatter av flere bøker om OT.

For mer informasjon om kursene kontakt:

ajkroese@online.no, tlf. 901 51 734 eller **www.scat.no**

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER

SPECIALPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 500.

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 22 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 530, samme format i farger kr 3 853.

SMÅANNONSER:

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

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 10 850, pris for kursannonse kun på nett er kr 5 350. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 3 550 kan kursannonser annonsert i Tidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Konferanser og kurs».

NYHET! Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 4 850 (inntil en måneds visning) kan logo vises på forsiden www.psykologtidsskriftet.no med link til bedriftens stillingsannonse.

ANNONSEFORMATER

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
9	18.08	01.09
10	18.09	01.10
11	19.10	02.11

Priser stillingannonser/profilannonser:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	16 250	14 850
1/2 side	11 850	10 850
1/4 side	10 350	9 650

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

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

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



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. Gratis PC/Mac forsikring til studenter. Og eget VIP telefon-nummer; 05550.

Se fordelene og oppdag mulighetene på danskebank.no/psykologforeningen

Danske Bank

NORSK PSYKOLOG FORENING

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

 **storebrand**



FPP-SEMINAR OG ÅRSMØTE

(Foreningen for Psykologer i Privatpraksis med og uten driftstilskudd)
22.-24. oktober 2015 på Grand Hotell, sentralt i Oslo

TEMA: HVA ER EN GOD TERAPEUT?

Om terapeututvikling, og om hva som gjør oss gode – eller det motsatte?

Torsdag 22. oktober

- 12.00–13.00 Registrering og lunsj
- 13.00–13.10 Åpning ved leder i FPP, Øystein Enger
- 13.10–14.00 Peder Kjøs: Hva er en god terapeut?
- 14.15–17.00 Helene Amundsen Nissen-Lie: Terapeuteffekter
- 17.00–19.00 Årsmøte

Fredag 23. oktober

- 09.00–12.00 Gerd Kvale: Hva gjør en terapeut god?
- 12.00–13.00 Lunsj
- 13.00–16.00 Helge Rønnestad: Terapeututvikling og ekspertise: Empiriske og konseptuelle bidrag
- 19.00 Aperitiff
- 20.00 Festmiddag

Lørdag 24. oktober

- 09.00–12.00 Norsk psykologforening, forhandlingsavdelingen: Informasjon og nytt fra foreningen
- 12.00–13.00 Lunsj

Kurset søkes godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdskurs til spesialitetene.

Seminaravgift kr 4 000 (dekker lunsj, kaffe, småmat i løpet av dagen, samt leie av lokale). Det blir arrangert fellesmiddag for dem som ønsker det torsdag. Påmelding til festmiddagen fredag 23.10, (kr 745), skjer ved påmelding, kryss av på påmeldingsskjemaet.

Hver enkelt ordner overnatting på hotellet, gjerne via www.grand.no ved å legge inn kode 6521 i «gruppekode»-feltet. Lenken er åpen til 23. september. Etter dette gjelder vanlige priser for hotellet. P.t. er prisen for overnatting på enkeltrom satt til kr 1 645.

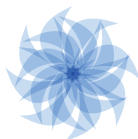
Sted og dato: 22.–24. oktober 2015, Grand Hotell, Oslo.

Avmeldingsfrist: 18. september 2015 (ingen refusjon av seminaravgift etter denne dato)

Seminaravgift: kr 4 000

Kursnr.: 925-15

Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning/kongresser, seminar



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



NEPSY-II-kurs

Nevropsykologisk/nevrokognitiv undersøkelsesmetode for barn og unge

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

Målsetting

NEPSY er nå kommet på norsk i en ny og utvidet utgave som NEPSY-II. Det er nå mulig å følge barn i alderen 3 år til 16 år med den samme undersøkelsesmetode. Den gir en unik funksjonsprofil for det enkelte barnet.

Mentalisering og sosial persepsjon i form av affektgjenkjenning er et nytt nevrokognitivt område som er utviklet og inngår i undersøkelsesmetoden. Det utgjør et 6. domene i tillegg til områdene oppmerksomhet- eksekutive funksjoner, språkforståelse, sensori-motorikk, visuo-spatial funksjon og hukommelse.

Kurset er et introduksjonskurs rettet mot nybegynnere og lett øvede NEPSY-brukere.

Innhold og metode

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

Om kurslederne

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

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

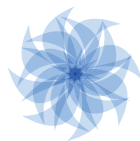
Sted og dato: Oslo, 22. og 23. oktober 2015

Påmeldingsfrist: 17. september 2015

Medlemspris: kr 6 500

Kursnr: 122-15

Påmelding gjøres via www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning



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



Årsmøtekurs Norsk Nevropsykologisk Forening

19.-21. november 2015, Clarion Hotel Royal Christiania, Oslo

Torsdag 19. november – kl. 13–18

- **Cognitive impairment and its clinical relevance in schizophrenia**, v/Richard Keefe, Professor of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, Duke University Medical Center
- **Nytt fra spesialistutvalget**, v/ **Jørgen Sundby**, leder fagutvalget for nevropsykologi, Norsk psykologforening
- **Dialogmøte mellom Norsk psykologforening og nevropsykologer med avtalepraksis**

Fredag 20. november – kl. 9–18

- **Mild Cognitive Impairment: A concept in need of input from neuropsychology**, v/ **Mark Bondi**, Professor of psychiatry, University of California San Diego, and director of the neuropsychological assessment unit, San Diego Veterans Affairs Healthcare System
- **Autism: Cognition and quality of life across the lifespan**, v/ **Hilde Geurts**, Professor, clinicalneuropsychology section, Department of Psychology, University of Amsterdam, and the Dr. Leo Kannerhuis autism clinic
- **Ny veileder i klinisk nevropsykologi** v/ **Marianne Løvstad**, leder NNF
- **Årsmøte i Norsk Nevropsykologisk Forening**

Lørdag 21. november – kl. 9–14

- **Testbruk i Norge og Norden**, v/ professor Jens Egeland, nestleder NNF
- **Presentasjon av 6 nye norske doktorgrader**
- **Diskusjon og avslutning**

Godkjennes som 16 timers fritt spesial-/vedlikeholdskurs.

Sted og dato: Oslo, 19.-21. november 2015

Avmeldingsfrist: 22. oktober 2015 (ingen refusjon av seminaravgift etter denne dato)

Pris for medlem i NNF kr 3 900

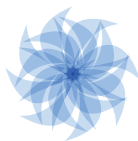
Pris ikke-medlem NNF kr 4 400

Pris student/pensjonist kr 2 400

Festmiddag kr 700 (huk av på påmeldingsskjemaet om du ønsker festmiddag)

Kursnr: 924-15

Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning



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



NORSK
NEVROPSYKOLOGISK
FORENING



Kurs for spesialister i voksen og barn/ungdom som ønsker vedtakskompetanse

Lovkurs; tvangsvedtak i psykisk helsevern

Kurset retter seg mot psykologspesialister med fordypning i voksen eller barn/ungdom som skal fatte tvangsvedtak.

Kurset gir en god innføring i de fire helselovene. Kurset tilfredsstiller kravene til lovkunnskap hos den faglig ansvarlige for vedtak innen psykisk helsevern. Det vil være innlegg fra aktører med ulike perspektiv på psykisk helse feltet. Økt vektlegging på brukermedvirkning og medbestemmelsesrett medfører en styrket bevissthet om et tettere samarbeid både med brukere og pårørende.

Aktuelle tema:

- Helselovene
- Faglig ansvarlig for vedtak
- Oversikt over grunnprinsippene i norsk helserett og helselovgivning
- Kontrollkommisjonens arbeid
- Etisk begrunnelse for frihetsberøvelse/tvang
- Erfaringer med behandling og tvang innen psykisk helsevern

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdskurs med 16 timer.

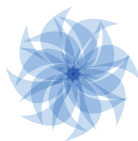
Sted og dato: Oslo, 28.-29. oktober 2015

Avmeldingsfrist: 23. september 2015

Medlemspris: kr 6 500

Kursnr.: 115-15

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



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



Undersøkelse av oppmerksomhet med vekt på BRIEF og Conners' CPT

Målgruppe

Psykologer som arbeider med undersøkelse av eksekutivfunksjoner enten med barn eller voksne. Psykologforeningens testkurs er forbeholdt psykologer.

En rekke psykiske lidelser kjennetegnes av svikt i eksekutive funksjoner/oppmerksomhetsevne. Oppmerksomhet er imidlertid ikke et enhetlig fenomen. Snarere er det sånn at ulike personer og diagnosegrupper kjennetegnes av ulike typer oppmerksomhetssvikt.

Målsetting/hensikt

Hensikten med kurset er å gi en innføring i bruken av kartlegging- og testverktøyene Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF) og Conners CPT-II. I tillegg vil vi presentere oppdatert kunnskap om delprosesser og nyanser ved oppmerksomhetsfunksjoner og synliggjøre hvordan disse to kartleggingsverktøyene kan måle dette. Styrker og svakheter ved begge verktøyene vil bli presentert.

Innhold

Kurset vil gjennomgå teori og modeller på eksekutivfunksjoner /oppmerksomhet, ny forskning på CCPT-II og BRIEF, drøfte kliniske problemstillinger og gjennomgå kliniske kasi. De kliniske eksemplene på BRIEF vil i hovedsak være i aldersgruppen 5–18 år. Andre undersøkelsesmetoder som kan gi et nyansert bilde av oppmerksomhetsressurser vil også bli gjennomgått. Deltakerne oppfordres til å ha med egen kasus.

Om kurslederne

Jens Egeland er forskningsleder ved Klinikk for Psykisk Helse og Rusbehandling, Sykehuset i Vestfold. Egeland er spesialist i nevropsykologi, dr. psychol. og professor ved Universitetet i Oslo. Han har publisert flere artikler basert på CCPT-II og har deltatt i det norske BRIEF-valideringsprosjektet.

Øyvind Fallmyr er spesialist i klinisk voksenpsykologi og arbeider ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avd., Klinikk for Psykisk Helse og Rusbehandling, Sykehuset i Vestfold. Han har vært prosjektleder for det norske BRIEF-valideringsprosjektet.

Kurset er godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdskurs.

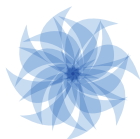
Sted og dato: Oslo, 8.–9. oktober 2015

Avmeldingsfrist: 3. september 2015

Medlemspris: kr 6 500

Kursnr.: 107-15

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



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



Lenvik kommune

Lenvik er Troms fylkes tredje største kommune og i stadig utvikling. Lenvik kommune kan skilte både med et sterkt og mangfoldig næringsliv, samfunnsliv og kulturliv og like mangfoldig og vakker natur med opplevelsesmuligheter i kø. Finnsnes er Barnebyen, og har som mål å framstå med en klar og gjennomgripende oppvekstprofil. Kommunesenteret i Lenvik er også regionsenter med en rekke servicefunksjoner og helsehjelpstilbud for regionen Midt-Troms. Som handelsby er Finnsnes på topp i Troms. Fra Finnsnes er det en drøy times båtuttur til Tromsø og 45 minutters kjøretur til Bardufoss lufthavn. Fra fastlandet er det bruforbindelse til den delen av kommunen som ligger på vakre Senja. Innbyggertallet i Lenvik er på rundt 11.500. Rundt 6.000 bor i byområdet Finnsnes.

100 % fast stilling som kommunepsykolog/psykologspesialist

Lenvik kommune har ledig nyopprettet 100 % fast stilling som kommunepsykolog. Stillingen er organisatorisk plassert i Personal- og utviklingsenheten, sammen med bl.a. folkehelse, SLT, barnebyutvikler og kommuneplanlegger. Stillingen skal ha et forebyggende og helsefremmende perspektiv, der primær målgruppe er barn 0–12 år og deres foreldre. Kommunepsykologen vil arbeide tett sammen med kommunens øvrige tjenester for målgruppa.

Arbeidsoppgaver:

1. Klinisk arbeid mot barn og familie, inntil 6 konsultasjoner for utredning, behandling.
2. Veiledning og undervisning med fokus på forebygging og tidlig innsats barn og foresatte. Samarbeid med bl.a. jordmortjeneste, helsesøstertjeneste, barnevern, psykisk helsetjeneste, barnehage og skole.
3. Systemarbeid. Deltagelse i kommunens tverrfaglige arbeid som barnebykommune, utforming av relevant planverk og strategi for satsing på barn og forebygging. Samarbeid med bl.a. folkehelsekoordinator, samfunnsutvikler og barnebyutvikler.

Kvalifikasjoner for stillingen:

- Offentlig godkjent psykologspesialist. Psykolog med påbegynt spesialisering er også velkommen til å søke
- Relevant arbeidserfaring fra arbeid med barn, ungdom, og deres familier
- Erfaring med tidlig innsats og tverrfaglig samarbeid
- Ha kompetanse på nyere tilknytningsteori og tidlig samspill
- Erfaring fra plan- og utviklingsarbeid knyttet til målgruppa
- Gode kommunikasjonsferdigheter muntlig og skriftlig
- Disponere egen bil

Søknad sendes via jobb Norge

Nærmere opplysninger kan fås ved henvendelse til kommunalsjef helse og omsorg, Helen Marie Henriksen, tlf. 991 01 015 , vennligst oppgi 2 referanser

Kopi av vitnemål og attester vil bli avkrevd for de som blir innkalt til intervju.

Søknadsfrist 23.08.2015

I henhold til ny offentlighetslov kan opplysninger om søkeren bli offentliggjort selv om søkeren har anmodet om ikke å bli oppført på søkerlisten

Personlige egenskaper:

- Vi ønsker en utadventt, initiativrik og løsningsorientert person som trives med ansvar og utfordringer
- Fleksibel og endringsvillig
- Gode samarbeidsevner

Personlig egnethet vil bli vektlagt.

Vi kan tilby:

- Varierte og utfordrende arbeidsoppgaver
- Et spennende fagmiljø med ulike innfallsvinkler til helsefremmende og forebyggende arbeid
- Stor grad av tverrfaglig samhandling
- Deltakelse i Psykologforum med kolleger på Senter for psykisk helse Midt-Troms
- Mulighet til å være med å utforme stillingens innhold etter tiltredelse
- Lønn etter gjeldende avtaler



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Sør

Familievernkontorene Drammen-Kongsberg
har ledig 2 faste 100%-stillinger som

Psykolog

Arbeidssted: Drammen.

Arbeidsoppgaver/ansvarsområder:

- Klinisk arbeid med par og familier.
- Mekling etter Lov om ekteskap og Lov om barn og familier.
- Veiledning, rådgivning, kurs og forebyggende arbeid.

Kvalifikasjoner:

- Profesjonsutdanning i psykologi.
- Familierapeutisk erfaring.
- Praksis fra mekling og konfliktarbeid.

Bufetat, region sør dekker fylkene Vest-Agder, Telemark, Vestfold og Buskerud. Familievernkontorene Drammen-Kongsberg er oppsatt med 16,5 stillinger og er det største av regionens 9 familievernkontor. Avdelingene er lokalisert i Dyrmyrgata på Kongsberg og ved Papirbredden i Drammen.

Søknadsfrist: 26.08.15

Se fullstendig utlysning og søk på Bufetat.no/ledigestillinger

www.bufetat.no



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

Bufetat, region Midt-Norge har ved Nasjonalt Inntaksteam (NIT) ledige stillinger som

Psykologer/ kartleggere

NIT inngår som del av ny organisering av inntak til Bufetats tjenester, og har som hovedoppgave å kartlegge og innstille på tiltaksvalg for institusjon i hht barnevernlovens § 4-24 og 4-26 og sørge for resultatmålinger ved avslutning av institusjonsoppholdet. Enheten etableres i Trondheim med 17 årsverk, og skal ha ansatte med arbeidssted i alle regioner.

Søknadsfrist: 17.08.15

Se fullstendig utlysning og søk på Bufetat.no/ledigestillinger

www.bufetat.no



Psykologer

**Ledig 2 stillinger som psykolog ved NAV
Arbeidsrådgivning Vest-Agder**

Om stillingene: Utrednings- og veiledningssamtaler med bruker. Konsultativt arbeid overfor saksbehandlere på NAV lokalt. Deltakelse ved etablering av - og i tilknytning til Senter for Jobbmestring. Samhandling med eksterne instanser.

Kvalifikasjoner: Can.psyk., Kunnskap/erfaring med utrednings- og veiledningsarbeid. Erfaring eller interesse for arbeidspsykologi.

Arbeidssted: NAV Arbeidsrådgivning Vest-Agder, Kristiansand

Søknadsfrist: 1. september 2015

Ref.nr: 1096-2015-03

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

NAV er Norges arbeids- og velferdsforvaltning med 19 000 medarbeidere. Vi leverer tjenester og stønader til 2,8 millioner mennesker.



Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Sør

MST-TERAPEUT - vikariat i 100 % stilling

Barne-, ungdoms og familieetaten har egne enheter som driver med multisystemisk terapi (MST), som er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Terapeutene jobber i hjem, nærmiljø og skole med foreldre og ungdom, der ungdommen står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet. MST er en evidensbasert metode utviklet i USA, og implementeringen i Norge ledes av Atferdssenteret, Universitetet i Oslo. I region sør drives det totalt fem MST- team. Et team består av tre-fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Behandlingen er tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for MST-terapeuter, og er godt økonomisk kompensert. Stilling som MST-terapeut innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig veiledning og regelmessige fagseminarer. Det er ledig 2 vikariat av varighet på 1 år med mulighet for forlengelse som MST terapeut 100 % stilling i MST Buskerud, lokalisert i Drammen.

Søknadsfrist 23.08.15

Se fullstendig utlysning og søk på Bufetat.no/ledigestillinger

www.bufetat.no

Psykolog, 100 % fast ved Psykisk helse- og rusarbeid

2. gangs utlysning

Arbeidsområde:

- Utøve klinisk praksis/konsultasjoner
- Identifisere risikofaktorer for å redusere psykiske helseplager, og iverksette befolkningsrettede og individuelle tiltak
- Styrke fagutviklingen i fagfeltet psykisk helse og rus knyttet til helsefremmende og forebyggende arbeid, tidlig oppdagelse og intervensjon
- Veiledning
- Tverrfaglig samarbeid rundt barn- og unge
- Familiesenter

Det må påberegnes noe arbeid på kveld og helg.

Ønskede kvalifikasjoner:

- Psykolog med embetseksamen
- Erfaring fra bruker-/pasientbehandling innen fagfeltet
- Gode samarbeidsevner
- Evne til å arbeide selvstendig

Vi tilbyr:

- Varierte og selvstendige arbeidsoppgaver med stort spenn i faglige utfordringer
- Mulighet til å påvirke den faglige utviklingen
- Fleksibel arbeidstid



ORKDAL KOMMUNE

Glød og go'fot

Flere opplysninger ved:



Fagleder psykisk helse- og rusarbeid Siv Åse Syrstad eller Kommunalsjef Familie og velferd Ellen Wahlmann, tlf. 72 48 30 00.

Orkdal kommune er en inkluderende arbeidslivsbedrift som ønsker mangfold og oppfordrer kvalifiserte kandidater til å søke uansett alder, kjønn, etnisitet og funksjonsnedsettelse.

Det vil bli krevd politiattest ved tilsetting, men politiattest skal ikke legges ved søknaden. Søknad sendes på **elektronisk søknadsskjema** som du finner på kommunens hjemmeside, www.orkdal.kommune.no/ledigestillinger.

Søknadsfrist: 01.09.2015.

Ansettelse iht. gjeldende lover og regelverk.

 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS  UiO : Universitetet i Oslo

Akershus universitetssykehus er Norges største akuttpsykiatri, og lokal- og områdesykehus for nær 10 % av Norges befolkning. Vi har et raskt voksende forskningsmiljø innen medisin og helsefag. "Menneskelig nær – faglig sterk" er vår ledestjerne.

GRO Allmennpsykiatrisk poliklinikk A Psykologspesialist

DPS Groruddalen gir spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern for voksne i bydelene Alna, Grorud og Stovner, samt Nittedal kommune. DPS Groruddalen består av 7 polikliniske enheter lokalisert i Jerikoveien (Alna) og Rosenbergveien (Grorud), i tillegg til døgnenhet på Skytta. Ledig 100% fast stilling.



Spørsmål vedr. stillingen kan rettes til Ingunn Aanderaa Opsahl, Enhetsleder/Psykologspesialist, 971 50 507 eller Tove V Bliksrud, Psykologfaglig rådgiver, 23 14 19 00

Referansenr: 2705499871. **Søknadsfrist: 15. august 2015**

[Les mer om stillingen på www.ahus.no](http://www.ahus.no)

www.ahus.no HELSE SØR-ØST

frantz.no

 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS  UiO : Universitetet i Oslo

Akershus universitetssykehus er Norges største akuttpsykiatri, og lokal- og områdesykehus for nær 10 % av Norges befolkning. Vi har et raskt voksende forskningsmiljø innen medisin og helsefag. "Menneskelig nær – faglig sterk" er vår ledestjerne.

Follo AkuttTeam Psykologspesialist /psykolog

Akutteamet ved Follo DPS (FAT) er et ambulerende team som bistår mennesker i alvorlig psykisk krise. Oppdraget vårt er å være et alternativ til innleggelse i sykehus, eller å forestå nødvendige innleggelse.



Spørsmål vedr. stillingen kan rettes til Eva Marie Wathne, enhetsleder, 911 31 449, evw1@ahus.no eller Lise Fosserud Olsen, stedfortreder, 911 09 242, lol2@ahus.no

Referansenr: 2707967574. **Søknadsfrist: 10. august 2015**

[Les mer om stillingen på www.ahus.no](http://www.ahus.no)

www.ahus.no HELSE SØR-ØST

frantz.no

 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS  UiO : Universitetet i Oslo

Akershus universitetssykehus er Norges største akuttpsykiatri, og lokal- og områdesykehus for nær 10 % av Norges befolkning. Vi har et raskt voksende forskningsmiljø innen medisin og helsefag. "Menneskelig nær – faglig sterk" er vår ledestjerne.

DPS Groruddalen Psykologspesialist

Vi har ledig fast stilling for psykologspesialist i vårt allmennpolikliniske team på DPS Groruddalen fra 05.10.2015.

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Ian V. Dahl, DPS-leder, tlf. 928 30 098.



Referansenr: 2718949459

Søknadsfrist: 21. august 2015

[Les mer om stillingen på www.ahus.no](http://www.ahus.no)

www.ahus.no HELSE SØR-ØST

frantz.no

 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS  UiO : Universitetet i Oslo

Akershus universitetssykehus er Norges største akuttpsykiatri, og lokal- og områdesykehus for nær 10 % av Norges befolkning. Vi har et raskt voksende forskningsmiljø innen medisin og helsefag. "Menneskelig nær – faglig sterk" er vår ledestjerne.

Avdeling akuttpsykiatri Psykologspesialist

Ønsker du å være en del av et stort og engasjerende fagmiljø ved Norges største akuttpsykiatriske avdeling? Vi søker psykologspesialist i fast stilling.

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Marianne Sofie Kvamsdahl, seksjonsleder, tlf. 901 70 474 eller Mette Garvoll Værøy, avdelingsssjef, tlf. 922 88 309.

Referansenr: 2698167703

Søknadsfrist: 10. august 2015

[Les mer om stillingen på www.ahus.no](http://www.ahus.no)

www.ahus.no HELSE SØR-ØST

frantz.no

Er du vår nye Psykolog/konsulent?

På grunn av stor vekst i Norge søker vi nå etter nye konsulenter.

cut-e er verdensledende innen utvikling og levering av nettbaserte tester og spørreskjemaer. Som konsulent hos oss får du muligheten til å samarbeide med noen av landets mest spennende organisasjoner i deres arbeid med å heve kvaliteten på rekrutterings-, utviklings- og endringsprosesser. Du blir samtidig del av et meget kompetent og nyskapende psykologmiljø. Vi setter faglig kvalitet, integritet og lønnsomhet i høysetet.

Se full utlysning på:

www.cut-e.no/om-oss/ledige-stillinger



MODUMBAD 
- en kilde til liv



Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

Psykologspesialist/psykolog

Ved Senter for familie og samliv blir det ledig en fast 100 % stilling som psykologspesialist/psykolog.

Tiltredelse etter avtale.

Kontaktperson:

Avdelingsleder Bente Barstad
tlf. 32 74 97 00/918 49 236.

Søk elektronisk via
www.modum-bad.no

Her finner du også
fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 14. august 2015 www.modum-bad.no

NTNU – kunnskap for en bedre verden

Ved NTNU i Trondheim er den teknologiske kunnskapen i Norge samlet. I tillegg til teknologi og naturvitenskap har vi et rikt fagtilbud i samfunnsvitenskap, humanistiske fag, realfag, medisin, lærerutdanning, arkitektur og kunstfag. Samarbeid på tvers av faggrensene gjør oss i stand til å tenke tanker ingen har tenkt før, og skape løsninger som forandrer hverdagen.

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse

Psykologisk institutt

Postdoktor i psykologi

Ved Psykologisk institutt er det ledig en midlertidig stilling som postdoktor i psykologi for en periode på to år, uten pliktarbeid. Stillingen som postdoktor har som hovedmål å kvalifisere for arbeid i faglige toppstillinger.

Nærmere opplysninger om stillingene fås ved henvendelse til instituttleder Magne Arve Flaten, telefon 73 59 74 68, e-post magne.a.flaten@svt.ntnu.no.

Søknaden med vedlegg skal sendes elektronisk via www.jobbnorge.no. Relevante attester og vitnemål legges ved elektronisk, og attesterte kopier av vitnemål og attester vil kreves fra kandidatene som innkalles til intervju. Søknaden merkes med SVT- 1240.

Søknadsfrist: 30.08.2015.

Se fullstendig utlysningstekst på www.jobbnorge.no eller på NTNUs hjemmesider <http://www.ntnu.no/ledige-stillinger>



 **NTNU**

Kunnskap for en bedre verden

Trygderetten

Embete som attføringskyndig rettsmedlem

Trygderetten er en uavhengig ankeinstans som avgjør tvister i trygde- eller pensjonsspørsmål. Ankesakene gjelder hovedsakelig tvister mellom private personer og NAV, men også HELFO og offentlige tjenstepensjonsordninger kan være ankemotpart. Arbeidsområde går frem av lov om anke til Trygderetten av 16. desember 1966. Vi holder til sentralt i Oslo, Grønlandsleiret 27.

Trygderetten har om lag 65 årsverk. Virksomheten er delt inn i fire fagavdelinger og en administrasjonsavdeling. Fagavdelingene har 12-15 medarbeidere, fordelt på juridisk-, medisinsk og attføringskyndige rettsmedlemmer, rettsfullmektiger og kontorfunksjonærer.

Attføringskyndig rettsmedlem er meddommer ved rettens behandling av ankesaker.

Søkere må ha samfunnsvitenskapelig, psykologisk eller annen relevant utdanning på universitets-/høgskolenivå, tilsvarende embetseksamen eller mastergrad. Søkere må videre være norske statsborgere.

Erfaring fra trygdefaglig og attføringsfaglig arbeid, arbeidsrettet opplæring og rehabilitering, kartlegging og vurdering av funksjonsevne samt god innsikt i arbeidsmarkedet, vil bli tillagt vekt. Det er ønskelig med erfaring fra tverrfaglig arbeid. Gode samarbeidsevner, god skriftlig fremstillingsevne og personlige egenskaper vektlegges.

Embetet er en hovedstilling og lønnes i lønnstrinn A85+ B22 i Statens regulativ, som p.t. tilsvarer kr. 915 200 pr. år. Fra lønnen trekkes 2 % innskudd til Statens pensjonskasse.

Trygderetten er en inkluderende arbeidslivsvirksomhet (IA- virksomhet).

Gå inn på www.trygderetten.no for elektronisk søknadsskjema

Vi ber om at vitnemål og aktuelle attester legges ved søknadsskjemaet.

Nærmere opplysninger ved Trygderettens leder Knut Brofoss, tlf. 23 15 95 63, eller attføringskyndig rettsmedlem Bård Fossum, tlf. 23 15 96 35.

Søknadsfrist: 21. september 2015.

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Salten DPS, Rusteam

Psykologspesialist

- 100 % fast stilling.

Nordlandssykehuset, psykisk helse- og rusklinikk og Salten DPS har sterkt fokus på tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Hvis du har lyst til å bli en del av et spennende og utviklende fagmiljø innenfor TSB har vi for snarlig tiltredelse ledig 100 % stilling som psykologspesialist/psykolog ved vårt rusteam.

Rusteamet Salten DPS er tverrfaglig sammensatt og har 7 stillinger. Teamets hovedoppgaver er utredninger og behandling av rus/avhengighetsproblematikk og psykiske lidelser. Teamet samarbeider tett med de andre enheter ved Salten DPS og med 1. linjetjenesten i opptakskommunene i Saltenregionen.

For nærmere opplysninger kontakt Andreas Østvik, tlf. 75 57 82 63, andreas.ostvik@nlsh.no eller Randi M. Meland, tlf. 906 23 383.

Søknadsfrist: 17. august 2015

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema: www.nlsh.no

frantz.no



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPJVIESSO



Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Nordlandssykehuset Bodø, Kbarn enhet for dagbeh. og pol.

Psykolog

- 100 % fast stilling.

Barnehabiliteringen er administrativt og faglig underlagt Kvinne-/barnklinikken, og gir tjenester ved innleggelse, poliklinisk - og ambulant virksomhet til barn og unge i Nordland fylke.

Arbeidsoppgaver

- Generelle og spesifikke utredninger av mentale og kognitive funksjoner, samt diagnostisering.
- Veiledning internt og eksternt til fag-, pasient- og foresattegrupper.
- Undervisning internt og eksternt til fag-, pasient- og foresattegrupper.
- Tiltaksarbeid i forbindelse med adferdsproblematikk og psykisk utviklingshemming (begrenset omfang).
- Ambulant virksomhet.
- Overordnet ansvar for testarkiv, test- og observasjonsrom.

For nærmere opplysninger kontakt Tove Lise Søttar Svendsen, enhetsleder, tlf. 907 82 569.

Søknadsfrist: 24. august 2015

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema: www.nlsh.no

frantz.no



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÁNDA SKIPPJVIESSO



Helgelandssykehuset HF er et helseforetak som består av sykehusenheter i Mo i Rana, Mosjøen og Sandnessjøen med hovedkontor i Mo i Rana. Gjennom pasientfokus og samhandling skal helseforetaket sikre et trygt og framtidsrettet tjenestetilbud basert på kvalitet, trygghet og respekt.

Psykologspesialister/psykologer

Døgnavdelingen Mo i Rana

Døgnavdelingen er en allmennpsykiatrisk avdeling med krise/akuttfunksjon. Avdelingen driver individuell behandling og gruppeterapi. Vi deltar i kunnskapsheving både internt i avdelingen, og ut mot kommunene hvor pasienten bor.

Kontakt: områdesjef Jeanette Pedersen, tlf. 450 10 133, avd.leder Ole-Konrad Thomassen tlf. 915 89 455

Voksenpsykiatrisk poliklinikk Mosjøen

Vi yter differensiert spesialisthelsetjeneste og behandling til personer over 18 år. Psykologen blir en del av et tverrfaglig behandlingsteam. Målgruppen er personer med psykiatriske lidelser som eksempel alvorlig angst, depresjoner, kriser / traumer, spiseforstyrrelser, personlighetsproblematikk, rus/psykiatri, psykoser m.m.

Kontakt: avd.leder Tor Petter Forbergskog tlf. 402 39 009, psykologspesialist Fredrik Wang Jørgensen, tlf. 404 05 547

Søknadsfrist 23. august 2015

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på helgelandssykehuset.no/jobb

Vi ønsker ikke kontakt med annonseselgere!



Helse Fonna HF omfatter sjukehusa Haugesund, Stord, Odda, Valen og fire psykiatriske senter (DPS). Vi er over 3200 medarbeidarar som gir tenestetilbod til rundt 180.000 innbyggjarar. Bli kjent med oss på www.helse-fonna.no eller www.facebook.com/helsefonna.

Psykologspesialist/psykolog

Seksjon spesialisert behandling ved Valen sjukehus søker psykolog eller psykologspesialist som trivs med å jobbe i tverrfaglege behandlingsteam i eit dynamisk miljø.

Seksjonen består av akuttpost, psykosepost, sikkerheitspost, sikker/rehabilitering og ambulant sikkerheitsteam. Stillinga som psykolog/psykologspesialist inneber:

- Pasientbehandling, utgreiing og testing
- Arbeid i tverrfaglege behandlingsteam
- Rettleiing av studentar og anna helsepersonell.

Hos oss får du:

- Eit utfordrande og spennande arbeidsfelt i eit tverrfagleg miljø
- Moglegheit for forskning og fagleg utvikling.

Ta gjerne kontakt med vår psykologspesialist Kirsti Jebesen Mæland dersom du har spørsmål om stillinga. Tlf: 53 46 65 78.

Sjå www.helse-fonna.no/jobb for heile utlysingsteksten. Her kan du også sende oss ein søknad. Søknadsfrist er 30.08.2015.



Psykologspesialist/psykolog

Vi har ledig en 100 % fast stilling ved Stiftelsen Vilde i Horten. Stiftelsen Vilde er et døgnbemannet foreldre-barn senter. Målgruppen er sped- og småbarnsfamilier i risiko, oppdragsgivere er kommunalt barnevern og Bufetat. Arbeidsoppgavene ved senteret er i hovedsak utredning/kartlegging av barns omsorgsbehov og foreldres omsorgsevne, samt vurdering av samspillet mellom foreldre og barn. I tillegg tilbys rådgivning og støttesamtaler til foreldrene ved senteret. Stillingen innebærer både selvstendig arbeid og arbeid i tverrfaglige team.

Vi søker psykologspesialist/psykolog med kompetanse innen utredningsarbeid av barn og foreldre, samt relevant erfaring med senterets målgruppe. Skriftlig og muntlig fremstillingsevne vektlegges, da stillingen innebærer vitneansvar ved fylkesnemdsaker. Ut over dette vektlegges gode samarbeidsevner og personlig egnethet.

Vi tilbyr:

- En engasjerende arbeidsplass
- En unik mulighet til å jobbe med de yngste barna og deres foreldre
- Et spennende fagmiljø med gode, faglige utviklingsmuligheter
- Pensjonsordning i KLP
- Lønn etter avtale

For mer informasjon, kontakt daglig leder Merethe Aasland på tlf. 33 04 26 00, eller se www.stiftelsenilde.no

Søknad med CV og referanser sendes innen 11.09.15 til post@stiftelsenilde.no



Sortland kommune

Ledige stillinger i Sortland kommune

Klinisk psykolog

100 % fast, ved psykisk helsetjeneste.

Stillingen som klinisk psykolog er knyttet til samtaletilbudet ved psykisk helse og er en dagstilling. Alle samtalerapeuter ved psykisk helse har videreutdanning innenfor kognitiv terapi og familierapi. Hovedoppgaver vil være klinisk arbeid med enkeltpersoner, familier og pårørende. I tillegg kommer planlegging, koordinering, kvalitetssikring og tilrettelegging av tjenester. Veiledning av kolleger, studenter og andre faggrupper i kommunen vil også være en del av arbeidsoppgaven. Naturlige samarbeidspartnere er fastlegetjeneste, NAV, flyktningetjeneste, kommunepsykolog, barnevern, helsesøster, skole, hjemmetjeneste og andrelinjetjeneste.

Søknadsfrist: 24. august 2015


Les mer om stillingene på www.sortland.kommune.no. Sortland kommune benytter elektronisk søknadsprosess. Det betyr at søknader skal sendes via vårt elektroniske søknadssystem.

blåbyen

www.sortland.kommune.no

frantz.no

frantz.no



GRAN KOMMUNE

KOMMUNEPSYKOLOG I GRAN KOMMUNE – VIKARIAT

Under forutsetning av permisjon har Gran kommune ledig et vikariat på 10–11 måneders varighet i en 100 % stilling som kommunepsykolog.

Vi søker en faglig oppdatert psykolog med interesse for lavterskeltilbud, tidlig intervensjon, forebygging og folkehelsearbeid. Klinisk arbeid vil utgjøre ca. 70 % av arbeidsoppgavene, mens plan- og systemarbeid vil utgjøre ca. 30 %.

Søknadsfrist 1.09.2015

Fullstendig utlysning på Gran kommunes hjemmesider www.gran.kommune.no

Finnmarkssykehuset har sykehus i Kirkenes og Hammerfest, og behandling innen psykisk helsevern og rus, inkludert samisk nasjonalt kompetansesenter. Vi søker de tøffe og fleksible fagfolkene. Du vil jobbe på en liten avdeling, som betyr at du får mer ansvar og mer varierte arbeidsoppgaver. Her betyr du mer!

Familieavdelingen nasjonalt kompetansesenter

Psykolog (vikariat)

Ledig et årsvikariat for psykolog ut juni 2016. Familieavdelingen er en del av Samisk Nasjonalt Kompetansetjeneste (SANKS). Avdelingen arbeider med barn og familier som er videre henvist av BUP til et fire ukers behandlingsopphold. Ved avdelingen har vi 6 fagstillinger som jobber tett i to team. Arbeidsoppgave for en psykolog vil blant annet være å arbeide i team, med behandling og noe utredningsoppgaver.

Kontaktinfo: Tove Kr Laiti, enhetsleder, tlf. 416 63 410.

Søknadsfrist: 16. august 2015

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside www.finnmarkssykehuset.no

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju. Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKUBUOHCEVIESSU



Finnmarkssykehuset har sykehus i Kirkenes og Hammerfest, og behandling innen psykisk helsevern og rus, inkludert samisk nasjonalt kompetansesenter. Vi søker de tøffe og fleksible fagfolkene. Du vil jobbe på en liten avdeling, som betyr at du får mer ansvar og mer varierte arbeidsoppgaver. Her betyr du mer!

Barne- og ungdomspsykiatri ved BUP Kirkenes

Psykologspesialist/ psykolog i spesialisering

Fantastiske Sør-Varanger kommune, med Kirkenes som kommunesenter, har god plass til flere mennesker. Her finner du kalde vintre, relativt varme somre og en frodig og mangfoldig natur som strekker seg fra viddelandskap via vakre fjorder til Pasviks dype furuskog. Har du interesse for faglige utfordringer i et flerkulturelt område?

Kontaktinfo: Siv Anita Carlsen, enhetsleder, tlf. 78 97 31 00

Søknadsfrist: 14. august 2015

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside www.finnmarkssykehuset.no

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju. Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKUBUOHCEVIESSU



frantz.no

N.K.S. Jæren distriktpsikiatriske senter AS er en privat ideell institusjon som eies og drives av Norske Kvinners Sanitetsforening, Rogaland, har driftsavtale med Helse Vest og pensjonsordning i KLP. Senteret har ca. 150 årsverk og ligger sentralt på Bryne med gåavstand til jernbane og bussholdeplass. Les mer om oss på www.jdps.no.

N.K.S. Jæren distriktpsikiatriske senter søker:

Psykologspesialist/psykolog

Fast 100% stilling

Stillingen er knyttet til sengepost Kløver 2 og Mestringspoliklinikken. Mestringspoliklinikken er en nyopprettet enhet, satt sammen av en psykoepoliklinikk og et ACT team. Psykologen vil ha sitt arbeid likt fordelt mellom psykoepoliklinikk og sengepost, stillingen rapporterer til enhetsleder i Mestringspoliklinikken. For å lese mer og søke på stillingen se www.jdps.no.

Søknadsfrist: 21.08.2015

For flere opplysninger, kontakt Jæren DPS på 51 77 69 00 og spør etter enhetsleder for Kløver 2 eller for Mestringspoliklinikk. Se også www.jdps.no.



Jæren dps

N.K.S. Jæren distriktpsikiatriske senter AS



Sykehuset Innlandet HF

Divisjon Psykisk helsevern

Distriktpsikiatriske senter Tynset har et opptaksområde på ca 21000 innbyggere. Vi har to behandlingssenheter, døgnhet med 10 plasser og voksenpsykiatriske poliklinikk med integrert TSB/LAR team. Poliklinikken har 14 årsverk, inklusive 2 overleger, lege i utdanningsstilling, psykologspesialist, 4 psykologer, psykiatriske sykepleiere, psykomotorisk fysioterapeut.

Psykologspesialist/psykolog

(Ref.nr. 2711437921)

2 x 100 % fast stilling. 1 til allmennpsykiatriske poliklinikk og 1 til TSB/LAR team. Fortrinnsvis med norsk godkjenning.

Kontaktperson:

Enhetsleder Ingunn Grutle eller ass. enhetsleder Eva Nyhus, begge på tlf. 62 48 30 80

Søknadsfrist: 31. august 2015

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

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

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

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

HELSE  SØR-ØST

frantz.no



Sykehuset Innlandet HF

Divisjon Psykisk helsevern

Avdeling for alderspsykiatri

Har du interesse for gerontopsykologi/alderspsykiatri? Ønsker du å jobbe tverrfaglig? Interesse for miljøterapi og/eller kognitiv terapi?

Psykologspesialist

• Vi har ledig 100 % fast stilling. Ref. nr. 2687572504

Arbeidsoppgaver

- Kartlegging og vurdering.
- Behandling individuelt og i samarbeid med behandlingsteam.
- Veiledning og undervisning i tråd med enhetens faglige plattform.
- Videreutvikling av kognitiv miljøterapi, i samarbeid med prosjektgruppe.

Kontaktperson: Susan Juell, avdelingssjef, tlf. 480 74 273.

Søknadsfrist: 25. august 2015

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

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

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

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

HELSE  SØR-ØST

frantz.no

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. Hovedtyngden av virksomheten er lokalisert i Trondheim der vi har et av Europas mest moderne sykehusanlegg. Sykehuset er bygd integrert med Det medisinske fakultet ved NTNU, og her arbeider klinikere, forskere og studenter side om side. St. Olavs Hospital har ca. 10 000 ansatte og et brutto budsjett på 10 milliarder kroner. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

Traumepoliklinikken, Seksjon 3

Nidaros Distriktpsikiatriske Senter (DPS)

Psykologspesialist/ psykolog

100 % fast stilling ledig med tiltredelse den 01.11.2015.

Utredning/vurdering og direkte pasientbehandling vil utgjøre hoveddelen av stillingsinnholdet. Interne/eksterne veiledningsoppdrag må også påregnes. Det forutsettes deltakelse i eventuelle forskningsprosjekter.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til seksjonssjef/psykologspesialist Lars Loftet, tlf. 73 86 54 00 eller psykologspesialist/teamkoordinator Gunn Kvalsund, tlf. 72 82 28 54.

Søknadsfrist: 9. august 2015

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg **Jobbsøk**, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!



frantz.no

Helse Møre og Romsdal HF er eit helseføretak under Helse Midt-Norge RHF og har ansvaret for den offentlege spesialisthelsetenesta i Møre og Romsdal. Verksemda omfattar sjukehusa i Volda, Ålesund, Molde og Kristiansund samt fleire omliggjande institusjonar. Helseføretaket har omlag 4200 årsverk fordelt på 6500 tilsette, og gir eit differensiert tilbod innan dei fleste fagfeltene 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

Psykisk helsevern barn og unge - BUP Molde Klinikk for barn og unge

Psykologspesialist/psykolog

Ref.nr.: 2015/3260

BUP Molde har ledig 2 faste stillingar for psykologspesialist/psykolog.

Tilsettingsdato etter avtale med avdelinga.

Kontaktinfo: Marianne Weltzien, Seksjonsleiar,
+47 71 12 16 30, marianne.weltzien@helse-mr.no

Søknadsfrist: 20. august 2015

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-mr.no - der du òg finn fullstendig utlysningstekst.

Attestar og vitnemål må scannes og sendes som vedlegg sammen med søknaden.

Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.



frantz.no

Lovisenberg DPS, Poliklinikk St.Hanshaugen Psykologspesialist i klinisk voksenpsykologi

100 % fast stilling

Lovisenberg Diakonale sykehus AS er Norges største private sykehus, med en årlig omsetning på ca. 1,8 mrd. kroner og 1320 årsverk.

Lovisenberg Distriktpsikiatriske Senter (LDPS) består av 8 kliniske seksjoner, 3 voksenpsykiatriske poliklinikker, kveldspoliklinikken "Raskere tilbake" og seksjonene Gruppebehandling, Ruspoliklinikk, Døgn og Ambulant virksomhet. Opptaksområdet er bydelene Grünerløkka, Gamle Oslo og St.Hanshaugen med totalt cirka 140 000 innbyggere.

Vi søker en engasjert psykologspesialist som ønsker å bidra til god pasientbehandling for bydelens befolkning

Psykologspesialisten får selvstendig behandlingsansvar, i tillegg til spesialistoppgaver som veiledning og oppfølging av tvungent psykisk helsevern.

Se www.LDS.no for full utlysning

**Søk via www.LDS.no innen
28.08.2015**



Lovisenberg Diakonale Sykehus
0440 Oslo, Tlf: 23 22 50 00, www.LDS.no

Finnmarkssykehuset har sykehus i Kirkenes og Hammerfest, og behandling innen psykisk helsevern og rus, inkludert samisk nasjonalt kompetansesenter. Vi søker de tøffe og fleksible fagfolkene. Du vil jobbe på en liten avdeling, som betyr at du får mer ansvar og mer varierte arbeidsoppgaver. Her betyr du mer!

BUP Karasjok

Psykologspesialist/ psykolog

Ved BUP - barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk er det ledig en 100 % fast stilling som psykologspesialist/psykolog med tiltredelse snarest

Kontaktinfo: Frøydys Nystad Nilsen, Overlege, 78 46 95 50
eller Gunn Kristin Heatta, Avdelingsleder, 411 20 546

Søknadsfrist: 16. august 2015

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets
hjemmeside www.finnmarkssykehuset.no

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju.
Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMARKKUBUOHCEVIUSSU



frantz.no

**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

Tuva Emilie Haugdahl

Røskar
tuva.roskar@gmail.com
416 61 585

Rikke Pauline Sandvik
rikkepsandvik@gmail.com
905 74 666

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
Marthe Ø. Nordberg
marthe.nordberg@
sykehuset-innlandet.no
61 14 50 51

Oslo
Inge-Arne Teigset
psykolog.teigset@gmail.com
22 02 92 44

Rogaland
Klara Øverland
klara.overland@uis.no
406 08 818

Sogn og Fjordane
Karen-Merete Bruland
karen-merete.bruland@
bufetat.no
991 08 520

Sør-Trøndelag
Morten Thorsen
morten.thorsen@nav.no
73 43 81 80

Telemark
Birgitte Lindø
birgitte.lindoe@
borgestadklinikken.no
473 83 123

Troms
Elisabeth Growen Borch
elisabeth@njaal.net
988 75 422

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

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

Østfold
Harald Sandnes
hasandne@online.no
930 94 209

FAGETISK RÅD

Gisken Holst, leder
Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER**

Knut Dalen, leder, e-post
knut.dalen@nevropsykolog.
no, tlf. 958 06 868

**LØNNS- OG ARBEIDS-
MARKEDSUTVALGET**

Rune Frøyland, leder,
tlf. 450 30 522
Birgit Aanderaa, nestleder,
tlf. 917 12 983
Bjarte Bønes Bruntveit,
Spekter-helse, tlf. 909 98 052
Ingvild Gregersen, Spekter-
helse, tlf. 957 27 801
Lone Løvschall, KS,
tlf. 952 28 184
Marianne Sand, Stat,
tlf. 930 56 103
Helene Kindle-Skau, Virke/
HUK, tlf. 924 28 703
Knut Follesø, Privatpraksis,
tlf. 920 37 744
Erik Holand, Helse Nord,
tlf. 958 28 018
Mats Larssen, Helse Sør-Øst,
tlf. 952 80 577

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS**

Rune Frøyland, leder,
e-post 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

**SPESIALIST-
UTVALGENE***Felleselementene*

Geir Høstmark Nielsen,
leder, e-post geir.nielsen@
psych.uib.no, tlf. 911 48 183

*Klinisk barne- og
ungdomspsykologi*

Krister Westlye Fjermestad,
leder, e-post kjf@frambu.no,
tlf. 942 01 947

Klinisk familiepsykologi

Hans Christian Lunder,
leder, e-post hans.chr.
lunder@hotmail.com,
tlf. 994 82 181

*Psykologisk arbeid med rus
og avhengighetsproblemer*

Eva Karin Løvaas,
leder, e-post eva.karin.
loevaas@bergenclinics.no,
tlf. 55 90 88 00

Klinisk eldrepsykologi

Eli Soldal, leder, e-post
eli@soldal.org, tlf. 481 11 153

*Klinisk psykologi
med psykoterapi*

Roar Olsen, leder,
e-post roar9@online.no,
tlf. 920 95 894

Klinisk voksenpsykologi

**Elisabet Engelstad
Romøren**, leder, e-post
elisabet@romoren.no,
tlf. 977 53 107

Klinisk nevropsykologi

Jørgen Sundby, leder,
e-post jorgen.sundby@uit.no,
tlf. 992 68 772

Psykologisk habilitering

Nils-Øivind Offernes, leder,
e-post nils@offernes.com,
tlf. 958 40 362

Klinisk arbeidspsykologi

Marit Hannisdal, leder,
e-post marit.hannisdal@nav.
no, tlf. 950 65 234

Klinisk samfunnspsykologi

Kjersti Hildonen, leder,
e-post kj_hildonen@hotmail.
com, tlf. 907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder, e-post
rudi.myrvang@cut-e.no,
tlf. 906 03 555

**GODKJENNINGS-
UTVALGET**

Odd Arne Tjersland,
leder, e-post o.a.tjersland@
psykologi.uio.no,
tlf. 977 37 785

**ANKEUTVALGET FOR
SPESIALISTSAKER**

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

**FAGUTVALG FOR
RETTSPSYKOLOGI OG
SAKKYNDIGHET**

Kirsten Rasmussen, leder,
e-post kirsten.rasmussen@
svt.ntnu.no, tlf. 73 59 78 33

**STUDENTPOLITISK
UTVALG**

**Tuva Emilie Haugdahl
Røskar**, NTNU, leder, e-post
tuva.roskar@gmail.com,
tlf. 416 61 585

**FORSKNINGSPOLITISK
UTVALG**

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

**MENNESKERETTIG-
HETSUTVALGET**

Nora Sveaass, leder, e-post
nora.sveaass@psykologi.uio.
no, tlf. 958 09 001

TESTPOLITISK UTVALG

Jens Egeland, leder, e-post
jens.egeland@piv.no,
tlf. 908 91 121

**YNGRE PSYKOLOGERS
UTVALG**

Henriette Linnea Alsaker,
leder, e-post ypu@
psykologforeningen.no,
tlf. 997 22 725

**VALGKOMITEEN
I NORSK
PSYKOLOGFORENING**

Jogeir Sognnæs, leder,
e-post jogeir61@gmail.com,
tlf. 918 16 155

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Gøril Wiker,
kommunikasjonssjef,
e-post goril.wiker@
psykologforeningen.no
Per Halvorsen, webredaktør,
e-post per.halvorsen@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Heidi Mølmann,
administrasjonssjef,
e-post heidi.molmann@
psykologforeningen.no
Toril Dyrhovd,
nestleder, epost toril@
psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef

Joakim Solhaug, 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

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
Kjersti Arefjord, Universitetet i Bergen
Eva Dalsgaard Axelsen, Universitetet i Oslo
Henning Bang, Universitetet i Oslo
Per-Einar Binder, Universitetet i Bergen
Anne Inger Helmen Borge, Universitetet i Oslo
Tim Brennen, Universitetet i Oslo
William Brochs-Haukedal, Norges handelshøyskole
Nikolai Czajkowski, Universitetet i Oslo
Knut Dalen, Universitetet i Bergen
Gudrun Dieserud, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Fanny Duckert, Universitetet i Oslo
Atle Dyregrov, Senter for krisepsykologi
Tor-Johan Ekeland, Høgskulen i Volda

Ståle Einarsen, Universitetet i Bergen
Hege R. Eriksen, Universitetsforskning Bergen
Anders Martin Fjell, Universitetet i Oslo
Magne Arve Flaten, Universitetet i Tromsø
Rolf W. Gråwe, St. Olavs hospital
Siri Erika Gullestad, Universitetet i Oslo
Roger Hagen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Odd E. Havik, Universitetet i Bergen
Anthony Hawke, Familievernkontoret i Stavanger
Asle Hoffart, Modum Bad
Arne Holte, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Hanne Haavind, Universitetet i Oslo
Reidun Ingebretsen, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Tine K. Jensen, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
Leif Edward Ottesen Kennair, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Stein Knardahl, Statens arbeidsmiljøinstitutt
Gerd Kvale, Universitetet i Bergen
Øyvind Kvello, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Kim Larsen, Sykehuset Østfold
Arild Lian, Bredtvet kompetansesenter
Gro Therese Lie, Universitetet i Bergen
Astri J. Lundervold, Universitetet i Bergen
June Ullevoldsæter Lystad, Oslo Universitetssykehus
Svein Magnussen, Universitetet i Oslo
Øyvind Lund Martinsen, Handelshøyskolen BI
Willy-Tore Mørch, Universitetet i Tromsø
Simon-Peter Neumer, RBUP Øst og Sør, Oslo
Geir Høstmark Nielsen, Universitetet i Bergen
Hans Nordahl, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Inger Hilde Nordhus, Universitetet i Bergen
Terje Ogden, Atferdssenteret – Unirand
Ståle Pallesen, Universitetet i Bergen
Magne Raundalen, Senter for krisepsykologi
Sissel Reichelt, Universitetet i Oslo
Ivar Reinvang, Universitetet i Oslo
Astrid M. Richardsen, Handelshøyskolen BI
Jan H. Rosenvinge, Universitetet i Tromsø
Bjørn Rishovd Rund, Universitetet i Oslo

Frida Gullestad Rø, Universitetet i Oslo
Michael Helge Rønnestad, Universitetet i Oslo
Gro Mjeldheim Sandal, Universitetet i Bergen
Per Øystein Saksvik, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Borrik Schjødt, Haukeland universitetssykehus
Jan Skjerve, Universitetet i Bergen
Ingunn Skre, Universitetet i Tromsø
Arvid Skutle, Stiftelsen Bergensklinikkene
Lars Smith, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse
Håkan Sundberg, Universitetet i Bergen
Frode Svartdal, Universitetet i Tromsø
Nora Sveaass, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo
Stephen von Tetzchner, Universitetet i Oslo
Odd Arne Tjersland, Universitetet i Oslo
Bente Træen, Universitetet i Oslo
Merete Øie, Sykehuset Innlandet HF
Simon Øverland, Universitetet i Bergen

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: bjornar@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppagve.

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1425 per år, bedriftsabonnement kr 2150, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 150 + porto/eksp.gebyr.

Annonser: Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller www.psykologtidsskriftet.no, se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

Frist for innlevering av annonser:
18.08, 18.09, 19.10, 18.11