



## Depresjon og kulturelle idealer

Vitenskapelig artikkel, side 750

## Unge voksnes psykosebehandling

Fra praksis, side 778

## DE SOM IKKE STEMMER

NÅ-intervju, side 748 og Aktuelt, side 792

## Taust om barnevernsbekymring

Aktuelt, side 801

# PSY KOL OGI

Vol. 52 **nr. 9** 2015

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

**Fagredaktører** Ida Holth, [ida.holth@psykologtidsskriftet.no](mailto:ida.holth@psykologtidsskriftet.no), tlf. 930 23 429  
og Peder Kjøs, [peder@psykologtidsskriftet.no](mailto:peder@psykologtidsskriftet.no), tlf. 911 73 609

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

**Redaktører/journalister** Øystein Helmikstøl,  
[oystein@psykologtidsskriftet.no](mailto:oystein@psykologtidsskriftet.no), tlf. 464 66 978 og Nina Elisabeth Strand,  
[nina.strand@psykologtidsskriftet.no](mailto:nina.strand@psykologtidsskriftet.no), tlf. 979 59 515

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

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

**Markedskoordinator** Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,  
e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)

**Markedskonsulent** Winnie Engevold

**Sentralbord** 23 10 31 30

**Redaksjonsråd** Marianne Hansen, Nasjonalt  
kunnskapssenter om vold og traumatisk stress  
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** 07 Gruppen AS

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

# En viktigere kommune

**FØR STORTINGSVALGET 2013** ble psykisk helse endelig en del av det offentlige ordskiftet. I aviser, i tv-debatter, på radio, på nettet og i våre spalter ble partiene utfordret, og politikerne svarte. Og ved inngangen til 2014 brukte den nybakte statsministeren Erna Solberg store deler av nyttårstalen til å snakke om psykisk helse.

**Mens psykisk helse og rus** adresseres på et nasjonalt nivå, er det fortsatt taust lokalt. I årets kommunevalgkamp har psykisk helse stort sett vært fraværende som politisk tema, med et viktig unntak: initiativet om psykisk helse i skolen som Psykologforeningen har vært med på å fronte. I denne utgaven av Psykologtidsskriftet kaller kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen psykisk helse i skolen for «et naturlig neste steg» for en regjering som alt er i gang med «en stor opptrapping som gjelder behandlingsapparatet, med lavterskeltilbud blant annet på psykolog- og skolehelsetjeneste» (se side 805).

**Tross viktige lovnader** fra kunnskapsministeren: Ingen politiske partier har kommet med utspill av betydning knyttet til rus og psykisk helse i denne valgkampen. Ingen politikere har frontet temaet som et sentralt kommunalt anliggende. Det bekymrer siden kommunene tilskrives et stadig større ansvar for tjenestetilbudene også innenfor rus og psykisk helse. Hvordan og med hvilke ressurser disse oppgavene skal løses, strides det om. Frigjør man ressurser og bygger bedre tjenester ved å slå kommunene sammen, eller bør dagens kommunestruktur tilføres midler i tråd med de nye oppgavene de skal påta seg? Denne debatten angår også psykologprofesjonen. For det er i kommunene vi vil se mye av tjenesteutviklingen innenfor psykisk helse og rusfeltet de kommende årene. En slik debatt vil da helt konkret handle om hvilke tjenester psykologene er med på å levere til befolkningen.

**Det gjør det nødvendig** å følge utviklingen i kommunene langt tettere enn hva blant annet Psykologtidsskriftet har maktet så langt. Det betyr å se på hvilke løsninger som finnes lokalt. Både for å applaudere de beste og for å spore til endringer hos de som ligger etter. Et eksempel: I denne utgaven skriver Nina Strand om muligheten for å delta i den politiske samfunnsdebatten tross psykososial funksjonsnedsettelse (se side 792). I den forbindelse forteller institusjoner i to ulike kommuner om sin praksis på feltet. Et tilfeldig valg av 2 av 429 kommuner gir knappst representative svar, men forteller likevel om en konkret praksis som fortjener å belyses. Og det er en start. Vi trenger å vite mer om hvordan kommunene adresserer psykisk helse og rus, slik at temaene flyttes fra et rikspolitisk nivå og ned på det nivået som faktisk skal tilby mange av tjenestene: Kommunene. ✕



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Det er i kommunene vi vil se mye av tjenesteutviklingen innenfor psykisk helse og rusfeltet de kommende årene

# 778



ILLUSTRASJON: BENDIK KALTENBORN

## PSYKOSEBEHANDLING

Psykologspesialist Inger Toreskås Asheim skriver om utfordringer knyttet til integrering av individuell psykoterapi og miljøterapi på en sengepost med unge psykosepasienter.

*Fra praksis*

# 748/792



FOTO: FARTEIN RUDJORD

## ET DEMOKRATISK PROBLEM

Psykologtidsskriftet har undersøkt om Norge fremmer politisk deltakelse blant folk med psykososiale funksjonsnedsettelse. Svarene vi fant gir grunn til bekymring. Berit Vegheim (bildet) fra Stopp diskrimineringen mener det er lite politisk bevissthet om temaet.

*NÅ-intervjuet og Aktuelt*

# 750

«Det finnes et vell av sosiologisk og sosialfilosofisk litteratur som problematiserer hvordan makrostrukturer som kjennetegner senmoderne samfunn kan være patologifremkallende, men til nå er mye av denne forskningen lite forankret i enkeltmenneskets egne erfaringer.»

*Vitenskapelig artikkel om depresjon hos unge voksne*



FOTO: HARRY KOOPMAN/FLICKR.COM (RED)

## KLIMABEVISSTHET

Kan mindfulness gi nytt engasjement for klimasaken?, spør forskerne Bergljot Gjelsvik og Per-Einar Binder i denne utgavens hovedinnlegg.

*Meninger*

# Innhold

- 745 **En viktigere kommune**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 748 **Demokratiforkjemperen**  
Nå: Berit Vegheim | Øystein Helmikstøl
- 750 **«Man blir så redd for å gå glipp av seg selv» - En tematisk analyse av depresjon hos unge voksne**  
Vitenskapelig artikkel | Skagestad & Madsen
- 762 **Kartleggingsverktøy i rusbehandling - nyttig for bruker og behandler?**  
Vitenskapelig artikkel | Årstad et al.
- 774 **Th**  
Essay | Karl Halvor Teigen
- 777 **Forskningsnotiser**
- 778 **Psykosebehandling i en sengepost**  
Fra praksis | Inger Toreskås Asheim
- 788 **Bedringens tap**  
Fri assosiasjon | Magrethe Seeger Halvorsen
- 791 **Å jule seg til jobb**  
Forskningsintervju: Nicolas Roulin | Per Olav Solberg
- 792 **Hvem sikrer demokratiske rettigheter for folk med psykososiale problemer?**  
Aktuelt | Nina Strand
- 800 **Derfor: Hvorfor journalistikk?**
- 801 **Bekymringsmelding møtt med taushet**  
Aktuelt: Barnevernet | Øystein Helmikstøl
- 805 **Vil ha psykisk helse inn i KRLE-faget**  
Aktuelt: Psykologi i skolen | Øystein Helmikstøl
- 807 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: Inn i naturen | Gjelsvik & Binder (s. 808)  
Debutt: Psykisk helse i media (s. 813), Psykologtidsskriftet (s. 814), New Public Management (s. 816 og s. 818), Spesialistutdanningen (s. 817)  
Leserombudet: Forbrukermakt og tjenestedesign | Odd Volden (s. 819)  
Perspektiv: Blindet av egne interesser | Tor Levin Hofgaard (s. 820)
- 822 **INNTRYKK**  
Anmeldelser: En tilstand av depressiv hedonisme (s. 822), «Det som ikke dreper oss, gjør oss sterkere (s. 825), Skal man alltid tilgi? (s. 828)
- 830 **Kurskalenderen**
- 831 **Annonser**
- 843 **Stillingsannonser**



**UNNTAKSTILSTAND** – Et samfunn er ikke demokratisk så lenge man har unntakstilstand fra grunnleggende friheter, sier Berit Vegheim i Stopp Diskrimineringen.

# DEMOKRATI- FORKJEMPEREN

Trodde du at Norge er et demokrati?

– **Det er valgtider, og alle skal visst med i denne runden også. Hvor demokratisk er dette landet?**

– Det er et demokratisk problem at vi har en lovgivning som legitimerer å frata folk selvbestemmelsesrett. Folks vilje kan bli overkjørt ut fra vergemålsloven. Vi har en lovgivning som legitimerer bruk av tvang. Dette finnes i psykisk helsevernloven, i kommunal helse- og omsorgsloven og i pasient- og brukerrettighetsloven. Lovgivningen er heller ikke betryggende for å sikre at alle faktisk kan delta fullt og helt på samfunnets egne premisser. Demokrati er når hver borger så langt det er mulig kan være informert og kan delta fullt ut. Sånn er det ikke. Funksjonshemmede er ikke med. Da er ikke Norge et demokrati.

– **Er psykisk syke funksjonshemmede?**

– Ja. Nå kaller man det «psykososiale funksjonsnedsettelse», mens man før kalte det «psy-

**TEKST**

Øystein Helmikstøl

**FOTO**

Fartein Rudjord

kiske lidelser». Funksjonsnedsettelse og sykdom er altså ikke det samme. Dette har kommet til Norge utenfra, og det er personer med psykososiale funksjonsnedsettelse selv som har fått presset språkbruken frem. Dessverre finner du ikke dette i norsk lovgivning foreløpig. Der bruker man fortsatt veldig gammeldagse uttrykk som «sinnssyk» og «åndssvak» i noen lovtekster.

– **Hvor flinke er partiene til å rekruttere personer med nedsatt psykososial funksjonsevne?**

– Vi ser ingen økt bevissthet i partiene om dette. Det er nesten ingen forskning på det, men vi har én studie i Norge, av Ingrid Guldvik og kolleger, hvor de har spurt partier om det er viktig å rekruttere folk med ulike minoritetsbakgrunner. Der kommer det veldig tydelig fram at funksjonshemming, inkludert psykososial funksjonsnedsettelse, ikke er interessant, relevant eller nyttig. Rett og slett. Ved hvert valg kommer

det en mengde medieutspill fra ulike partier om hvor viktig det er å speile befolkningen. Da er det hele tiden etnisitet, kjønn, alder og seksuell orientering de viser til. Aldri funksjonshemmede.

– **FN omtaler funksjonshemmede som verdens største minoritet. Er det en smart strategi å ville være en kategori og en gruppe?**

– Dette ble ikke anerkjent av FN før i 1993. Vi kjemper for minoritetsbegrepet både internasjonalt og nasjonalt. Det er kun på den måten vi får slagkraft og blir hørt. Mellom 17 og 20 prosent av befolkningen har én eller annen form for funksjonsnedsettelse. Vi kunne jo splitte det opp i ulike funksjonsnedsettelser, da ville man ikke få fram det som er felles for denne minoriteten.

Den sosiale modellen slik Mike Oliver har skrevet om det, vil at man skal forstå funksjonshemninger som et resultat av hindringer fra omgivelsene, og ikke som et resultat av noe ved individet. Det er denne modellen som FN-konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter bygger på. Samtidig ser vi at dette ofte bare blir talemåter. Norsk politikk er fortsatt veldig preget av den medisinske modellen.

– **Hvilke politiske saker bør minoritetsgruppen «personer med nedsatt psykososial funksjonsevne» kjempe for i valgtider?**

– Kjempe for demokratiske rettigheter på linje med andre. Det er en forutsetning at man først og fremst er en fri person, altså at man ikke utsettes for tvang og overgrep.

– **Hvilke partier eller politikere er mest opptatt av verdens største minoritet?**

– Ved forrige valgkamp gikk vi igjennom partiprogrammene for å se hvem som delte noen av våre synspunkter. Vi fant ingen partier som vi kan se på som allierte. Noen er litt mer opptatt av tilgjengelighet, andre snakker litt mer om brukervalg enn andre. Men ingen partier stikker seg ut. Vi får stadig støtte av de som er i opposisjon, men så fort de kommer i posisjon, fordufter støtten.

Det kan være noen enkeltpersoner innenfor partiene som er flinke til å ta opp funksjonshemmedes interesser. Ivar Johansen i Oslo SV er den mest fremtredende jeg kommer på. Vi må kjøre et voksenopplæringsprogram med de fleste andre.

– **Hvilke strukturelle forhold påvirker demokratisk deltakelse?**

– Ingen befolkningsgruppe har så stor arbeidsløshet som funksjonshemmede. Rundt 60 prosent er utenfor arbeidsmarkedet. I kvantitative undersøkelser svarer arbeidsgivere at de ikke kan tenke seg å innkalle funksjonshem-

mede til intervju. Svarene vekker urovekkende lite oppmerksomhet. Levekårsundersøkelser viser at å være utenfor arbeidslivet er den sikreste veien til å være isolert.

– **Hvor demokratisk er egentlig brukermedvirkning?**

– Vi har ikke så stor tro på dette «brukerperspektivet». Det tildekker skjeve maktforhold. Man later som om man er likeverdig. Det er ikke demokratisk, det handler mer om å skaffe seg legitimitet. Det fungerer sikkert bra noen steder, men jeg tror mer på å være ærlige om at vi har totalt ulike perspektiver.

– **Har personer med psykososiale funksjonsnedsettelser tapt konkurransen mot kvinner og homofile om å være mest diskriminert?**

– Funksjonshemmede både internasjonalt og nasjonalt befinner seg lenger nede i statushierarkiet enn dem som blir diskriminert på grunn av kjønn. Homofile var lenger nede i hierarkiet før, fordi funksjonshemmede ble anerkjent for å føre en rettferdig kamp. Men homofile har passert oss for lengst. Også etniske minoriteter har høyere status.

– **Dro kvinnebevegelsen opp stigen etter seg da de vant så mange kamper?**

– Kvinnebevegelsen forstår ikke fenomenet diskriminering. Se på innstillingen til felles diskrimineringslov. Det er nettopp kvinnebevegelsen, og kvinnebevegelsen i fagbevegelsen, som er imot felles diskrimineringslov. De tror at kjønn skal få mindre oppmerksomhet. Jeg er selv feminist, men jeg mener at kvinnebevegelsen gjør feil når de skiller ut kjønn som en slags opphøyd kategori når det gjelder diskriminering. Kvinner diskrimineres også fordi de for eksempel er funksjonshemmede kvinner, og problemet med denne doble diskrimineringen ivaretas best i felles diskrimineringslov.

– **Kvinnebevegelsen og homobevegelsen merkes. Hvor er bevegelsen for personer med nedsatt funksjonsevne i kampen for like rettigheter?**

– Vi som har jobbet med dette i flere tiår, har også lurt på det. Den sto kanskje sterkere på 70- og 80-tallet. Funksjonshemmede har ikke lyktes i å få sterke alliansepartnere på den måten som andre minoritetsbevegelser som jobber mot rasisme og homofobi. I den grad vi har gjort det, så har det gått mer på å ha medlidenskap med funksjonshemmede, at man må hjelpe dem. Det er jo ikke den type alliansepartnere vi har hatt behov for. ✘

## Hvorfor NÅ?

- Kriminolog Berit Vegheim leder borgerrettsstiftelsen Stopp Diskrimineringen (stopdisk.no).
- Stiftelsen mener at personer med psykososiale funksjonsnedsettelser og andre funksjonshemmede ikke er fullverdige deltakere i demokratiet.
- Se også aktuelt-sak om valg på side 792.





## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 750-761 FAGFELLEVDERT

LINN JULIE SKAGESTAD &amp; OLE JACOB MADSEN Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT linn.julie.skagestad@ahus.no, 480 48 535

# «MAN BLIR SÅ REDD FOR Å GÅ GLIPP AV SEG SELV»

- En tematisk analyse av depresjon  
hos unge voksne

Depresjon er pekt ut som den fremste folkesykdommen for kommende generasjoner. Likevel er unge voksnes opplevelser av samtidens kulturelle idealer lite undersøkt.

Depresjon og depressive symptomer blant barn og unge har fått økt oppmerksomhet i Norge de siste årene. Flere nyere undersøkelser har vist foruroligende høy prevalens av depressive symptomer (Garvik, Idsøe, & Bru, 2013; von Soest, & Wichstrøm, 2013), selv om tallene ikke gir et entydig bilde av om det har skjedd en dramatisk økning fra tidligere eller ikke (von Soest, & Hyggen, 2013). En viss forvirring skyldes trolig forekomsten av depressive symptomer blant unge som lett kan blandes sammen med forekomsten av depresjon som psykisk lidelse. Eksempelvis faller resultatene fra Ungdata 2013, som viser at 3 av 10 norske ungdom har depressive symptomer, inn under førstnevnte kategori, men ikke sistnevnte (NOVA, 2014). Fokus for denne studien vil imidlertid være på unge voksne som har opplevd depresjon som psykisk lidelse.

Hva gjelder opphavet til depresjon som psykisk lidelse, ser det ut til å være enighet om at lidelsen må forstås som betinget av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Passer, & Smith, 2008). Genetikk og arvelighet, nevrokjemisk dysregulering av signalstoffer, negative kognitive skjemaer, tidlige relasjonelle tapserfaringer, belastende livssituasjoner, manglende sosial støtte og stress, blant annet forbundet med å tilhøre

## ABSTRACT

*«I get so afraid of missing out on myself» - A thematic analysis of depression among young adults*

Depression is emerging as one of the major threats to public health in the 21st century. Yet, unexpectedly few studies have looked into how defining features of late modernity, like increased complexity, detraditionalization and individualization, may upset young people's subjectivation, well-being and mental health. This study provides qualitative interviews with seven Norwegian young adults between 20 and 31 years that have experienced a bout of depression. The results reveal that failure to live up to perceived standards and ideals of contemporary Western neoliberal culture of the sovereign, self-governing individual, in total control of all aspects of life, looms large over their heads. However, there were also more personal unique themes about bullying and genetic dispositions for depression that suggest that sociocultural theories about late modern life as producing conditions for depression must be interpreted in line with more individual biographic and biological factors.

*Keywords: Depression, young adults, qualitative interviews, social pathologies, late modernity*

ulike sosiale minoritetsgrupper, er alle blitt påpekt som mulige årsaker (Hersen, Turner, & Beidel, 2007). Tross en rekke kjente faktorer som ser ut til å henge sammen med depresjon, er det blitt etterlyst mer kunnskap om årsakene til depresjon hos unge, noe som vil kunne bidra til bedre forebygging og behandling (se f.eks. Hegna, Ødegård, & Strandbu, 2013). Vi vil nå særlig ta for oss sosiale forhold og spesifikt felles livsvilkår i samtiden som antas å virke inn.

Malt, Retterstøl og Dahl (2009) har tidligere fundert på om den relativt høye forekomsten av depresjon hos unge mennesker skyldes at det senmoderne samfunnet rett og slett er blitt mer komplekst å forholde seg til. Unge kvinner og menn som vokser opp i dag, forventes eksempelvis å takle utfordringer på en rekke ulike arenaer samtidig, som kan være vanskelige å mestre. Går man til nyere sosialforskning, vil man likeledes finne en rekke teorier om hvordan trekk ved senmoderniteten framprovoserer depressiv lidelse hos den oppvoksende generasjonen (se f.eks. Madsen, 2010; Petersen, 2005; Willig, 2005). Sentralt står forestillingen om økende individualisering (Beck, & Beck-Gernsheim, 2002), som innebærer at identitet ikke lenger er noe man kan ta for gitt, men er blitt en oppgave unge mennesker aktivt må forholde seg til (Bauman, 2001). Hvorvidt man lykkes eller ikke med denne oppgaven, blir slik et individuelt anliggende og ansvar (Vetlesen, 2009). Tidligere generasjoners automatiske overlevering av identitet fra familieledet til familieledet hører fortiden til for mange. Flere spør seg nå om denne historiske fristillingen av individet har sin pris. Den tyske sosialfilosofen Axel Honneth (2004) hevder eksempelvis at selvrealisering i dag er blitt en standardisert ideologi der individualiseringen avinstitusjonaliserer og faktisk resulterer i mindre frihet for den enkelte, og må sees i sammenheng med symptomer som indre tomhet, følelse av overflødighet og mangel på mål og retning. Vetlesen (2009) har i forlengelse av dette påpekt at selvrealisering ser ut til å ha endret karakter fra noe frigjørende til noe disiplinerende. Valgfrihet står i fare for å bli valgtvang. Normer som uavhengighet og selvtilstrekkelighet er dessuten i strid med eksistensielle, menneskelige grunnvilkår som at vi er sårbare og avhengige av hverandre, ifølge han. Mens den franske medisinske sosiologen Alain Ehrenberg (2010) forstår depresjon som den naturlige konsekvensen av at dagens unge vokser opp med påbudet om å realisere seg selv og vissheten om at de har alle muligheter, og ingen andre å skylde på enn seg selv om de mislykkes. Et beslektet syn har NOVA-forskerne Hegna, Ødegård og Strandbu (2013), som kobler ansvarliggjøring av individet til psykisk stress hos unge i dag. Lengst går kanskje den franske filosofen Dany-Robert Dufour (2008), som hevder at depresjon ikke lenger må betraktes som en patologisk anomali, men simpelthen som det uunngåelige resultatet av postmoderne subjektivering. Subjektet i dag må skape seg selv, frisatt fra tradisjonen, med markedet som eneste ressurs. Dufour sammenligner oppgaven med å bruke seg selv for å bli seg selv, med Baron von Münchhausens skrøne om å dra seg selv og en hest opp fra en myr etter hårpisken. Frigjøringen fra tidligere autoriteter har skjenket oss en radikal frihet, men samtidig forstyrret identitetsutviklingen.

Tross disse forsøkene på å postulere samfunnsmessige årsaker til den relativt høye forekomsten av depresjon og depressive symptomer blant barn og unge, foreligger det i den samme litteraturen overraskende få nærstudier av hvordan depresjon fortolkes og gis mening av de berørte individene ut fra de kulturelle grunnvilkårene de lever under. Olsen

(2006) har riktignok undersøkt kvalitativt hvorvidt depresjon kan forstås som et samtidsfenomen. Hun går imidlertid, til forskjell fra denne studiens induktive design, mer avgrenset og deduktivt fram, når hun i tråd med sin hypotese finner at depresjon kan forstås i sammenheng med de to samfunnstendensene individualisme og anomie. Det finnes videre en god del kvalitative studier som belyser hvordan depresjonen oppleves enten for de som er direkte berørt eller for de nærmeste rundt dem (se f.eks. Ahlström, Skärsäter, & Danielson, 2009; Karp, 1994; Stjernswärd, & Östman, 2008), men i slike intervjuer tematiseres sjelden den større samfunnsmessige konteksten. I det følgende har vi derfor intervjuet syv kvinner og menn i alderen 20–31 år om hvordan de opplevde sin depresjon, med det formål å undersøke om antatte samfunnsmessige forhold som økt kompleksitet, avtradisjonisering, individualisering og selvrealisering er sentrale i deres selv- og sykdomsforståelse. Problemstillingene vi fulgte, var: Hvilke grunnfortellinger har unge voksne om depresjonen? Hvilke årsaker legger de vekt på i fortellingene? Hvordan kommer eventuelle normative idealer i samtiden som å realisere seg selv, til uttrykk i fortellingene deres?

## METODE

Utvalget i studien besto av fem kvinner og to menn i alderen 20–31 år med en gjennomsnittsalder på 23,7 år. Fem av informantene var studenter ved Høgskolen i Oslo og Akershus eller Universitetet i Oslo, og to av dem var elever ved en av landets folkehøgskoler. Informantene ble rekruttert via informasjonsskriv om studien hengt opp på fellestavler, samt gjennom administrasjonen ved de respektive lærerstedene, som sendte ut informasjon om denne studien til studentene sine. Inklusjonskriteriene for å delta var: (1) at deltakerne hadde blitt diagnostisert av lege eller psykolog med en unipolar, klinisk depresjon som unge voksne (16–29 år); (2) det måtte være over tre måneder siden diagnosen ble stilt; og (3) de måtte ha fylt 18 år på tidspunktet for intervjuet.

I vår tilnæringsmetode benyttet vi semistrukturert kvalitativt forskningsintervju (Kvale, & Brinkmann, 2009) og henholdsvis tematisk analyse (Braun, & Clarke, 2006) og kontekstanalyse (Phoenix, 2008; Riessman, 1993) i fortolkningsarbeidet av dataene. Det semistrukturerte kvalitative forskningsintervjuet ble

vurdert som den mest hensiktsmessige fremgangsmåten, da vi ville undersøke informantenes subjektive forståelse av og unike historie om sin egen depresjon. Bruken av tematisk analyse i fortolkningsarbeidet ble valgt ettersom det er en velegnet metode for å identifisere, analysere og rapportere mønstre av data og dermed tillater en utkrystallisering av tema på tvers av intervjuene i tråd med de spørsmålene undersøkelsen hadde til hensikt å belyse (Braun, & Clarke, 2006).

Gjennomføringen av selve intervjuene ble gjort ut fra en forhåndsdefinert prosedyre, med rom for oppfølgingsspørsmål som ikke sto i intervjuguident. For å ivareta deltakernes anonymitet ble all spesifikk informasjon skrevet om eller utelatt. I tillegg fikk de pseudonymer, og et år ble lagt til eller trukket fra på alderen. Intervjuene ble deretter transkribert ut fra tematisk analyse. Vi valgte å følge Braun og Clarke (2006) sin trinnvise modell i seks etapper i analysen av temaene: (Fase 1) gjøre seg kjent med dataene, (Fase 2) generere innledende koder, (Fase 3) søke etter temaer, (Fase 4) evaluere temaer, (Fase 5) definere tema og (Fase 6) produsere det skriftlige arbeidet. I praksis innebar dette at vi helt fram til fase 5 arbeidet induktivt med dataene, mens vi i det femte trinnet gikk deduktivt fram i den forstand at begreper fra forskningslitteraturen ble anvendt for å navngi de induktivt genererte temaene i de forutgående fasene. Dette er i tråd med Braun og Clarke (2006) sin anbefaling om at analyseprosessen ideelt sett bør bevege seg fra en beskrivelse av mønstre og temaer i semantisk innhold til tolkning av disse funnene opp mot teori. Kategorier og temaer ble med andre ord identifisert og konstruert på bakgrunn av kjennetegn og mønstre i dataene, noe Braun og Clarke (2006) betegner som «datadrevet koding». Dette var til forskjell fra temadrevet koding, ettersom også data som ikke passet inn i bakgrunns litteraturens samfunnsperspektiv på depresjon, også ble kodet, såfremt de kunne beskrives som et uttrykk for informantenes forståelse og framstilling av årsakene til sin depresjon. Vi benyttet kontekstanalyse (Phoenix, 2008; Riessman, 1993) for å identifisere henholdsvis eksplisitte og implisitte normer og idealer i beretningene. Både i genereringen av tematiske kategorier og i analysen av eksplisitte og implisitte normer ble det i tråd med Brauns og Clarkes (2006) retningslinjer lagt vekt både på hyppighet og i hvilken grad teamet/normen fanget noe essensielt ved problemstillingen.

#### Etiske overveielser

Ettersom informantene alle hadde hatt erfaring med depresjon, ble det foretatt en etisk avveining om det var rett å sette dem i en potensielt sårbar situasjon. Kvale og Brinkmann (2009) oppfordrer forskeren til å vurdere forskningsintervjuets konsekvenser for informantene, som opplevelse av stress eller endret selvbilde. Antatt belastning ble avveid mot nytteverdien studien kunne ha. For å ta høyde for den antatte belastningen gjennomførte intervjuer en debrifende samtale etter intervjuet. Dersom noen hadde opplevd intervjuet som belastende, eller det kom fram forhold som kunne utgjøre en fare for informantens liv eller helse, ville intervjueren vise til kontaktinformasjon til Studenthelsetjenesten, samt kontakte klinisk psykolog som var informert om undersøkelsen på forhånd, for å rådføre seg. Dette viste seg imidlertid ikke å bli aktuelt, da samtlige informanter snarere ga uttrykk for at intervjuet hadde vært en nøytral eller en positiv opplevelse. Undersøkelsen ble forhåndsgodkjent av Den regionale komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetik (REK).



Selvrealisering ser ut til å ha endret karakter fra noe frigjørende til noe disiplinerende





Det foreligger få nærstudier av hvordan depresjon gis mening av de berørte individene ut fra de kulturelle grunnvilkårene de lever under

### Informantene

**Thomas**, 24 år, opplevde at livet gikk ham imot etter først å ha kommet inn på en prestisjetung utdanning. Grunnet prolaps i ryggen maktet han ikke lenger å bruke evnene sine fullt ut i studiesammenheng. Han følte seg umotivert og mislykket, og ble deprimert. Han begynte etter hvert på antidepressiver.

**Karianne**, 27 år, ble rammet av depresjon et halvt år etter at hun flyttet til Oslo for å studere. Hun strevde med å danne seg et nettverk, men fikk etter hvert nye venner med langt strengere krav til hvordan man skulle være, enn hun var vant med. Hun opplevde nylig et tilbakeslag etter et samlivsbrudd, ble sykemeldet, gikk til psykolog, og fikk til slutt utskrevet antidepressiver av fastlegen.

**Ingrid**, 23 år, gir uttrykk for å ha blitt revet mellom et religiøst og et ikke-religiøst oppvekstmiljø, mens behovet for å realisere seg selv meldte seg utover i tenårene. Da følte hun seg alene, uten en fast grunn, og klarte etter hvert ikke lenger å konsentrere seg om skolen. Hun gikk til legen, hvor hun fikk medisiner og ble henvist til psykolog. Ting har stabilisert seg for henne i de senere årene.

**Live**, 21 år, oppgir perioder med mobbing, ensomhet og selvskading i oppveksten. Gikk til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) på videregående, fortalte til psykologen at hun røykte hasj, og ble henvist til rusomsorgen. Opplevde at de fokuserte utelukkende på rusmisbruket og ikke på depresjonen, slik hun ville ha foretrukket. Det går litt opp og ned med henne nå.

**Line**, 31 år, opplevde depresjon først i slutten av tenårene, da hun slet med å innfri foreldrenes høye forventninger til henne. Etter mye søking i 20-årene via reiser, jobber og utdannelse ble hun utslitt. Legen foreskrev antidepressiver og henviste til psykolog, men Line opplevde ikke at det hjalp. Hun bodde i en periode hos foreldrene, som nå er god støtte for henne.

**Bendik**, 21 år, rapporterer om en vanskelig oppvekst med mobbing og identitetskrise da han oppdaget at han var homofil i et kristenkonservervativt miljø. Flyttet til Oslo nylig og tenkte han endelig skulle begynne på det livet han selv ville, men isolerte seg og fikk det etter eget utsagn ikke til. Mottok støtte av en venninne og hennes mor som fikk han til å fortelle om legningen sin til moren og søsknene. Opplevde deres aksept som betinget.

**Sumaira**, 20 år, ble diagnostisert som deprimert som 16-åring etter en oppvekst der hun følte seg ensom og ble mobbet. Gikk til psykolog, men opplevde et press om å bli raskt frisk og derfor bare lot som det gikk bedre. Ble så henvist til BUP, og ting er blitt litt bedre for henne i senere tid.

### RESULTATER

#### Del I: Årsaksfortellinger

Hvilke årsaker fremstilles som sentrale i informantenes grunnfortelling om sin depresjon? Her forelå det ikke overraskende flere unike svar, men den tematiske analysen demonstrerte også at spesielt åtte temaer gikk igjen i informantenes framstilling av årsakene til depresjon. Temaene var:

**Å føle seg mislykket.** I samtlige syv fortellinger om veien inn i depresjonen ble en opplevelse av mislykkethet og utilstrekkelighet trukket fram som sentralt. Informantene beskrev imidlertid ulike områder de følte seg mislykket på. Bendik vektlegger en opplevelse av ikke å ha levd opp

til egne forventninger om hvordan Oslo-tilværelsen skulle bli:

- Jeg hadde ikke noen løsning. For jeg var i Oslo da, og var så lei meg for at jeg ikke hadde fått gjort noe ut av Oslo-livet.

Thomas beskriver en opplevelse av verken å leve opp til egne eller andres forventninger i forbindelse med oppstarten på et studium han hadde ønsket å komme inn på lenge:

- Ja, en sånn følelse av mislykkethet, da (...). Fordi det var forventet av meg, mest meg da, at man liksom blir vurdert som flink nok til komme inn der, at da skulle man være veldig flink.

Karianne formidler at hun har opplevd det vanskelig å leve opp til kriteriene for å være vellykket i sitt sosiale miljø:

- Jeg er 27 år og singel, så det blir jo et mål på om man er vellykka. Greier ikke å få forhold til å fungere, greier ikke å få meg mann.

Både Sumaira og Live trekker fram en opplevelse av ikke å leve opp til idealer om utseende. Live beskriver det slik:

- Og det der skjønnhetsidealet, at man skal se sånn ut og sånn ut, og jeg så jo ikke sånn ut (...). Jeg ville liksom være en av de såkalte «Gina Tricot-jentene» som alltid hadde kule klær og var tynne og pene og... og jeg var... jeg hadde stygge klær, var blubbe.

Line gir uttrykk for å føle seg defekt grunnet begrensninger i egen kapasitet:

- «(...) jeg føler jeg er et dårligere produkt.»

**Å stå alene.** Seks av informantene kommer på ulikt vis inn på en opplevelse av å stå alene i forståelsen av egen depresjon. Tre av deltakerne trekker fram fravær av nære venner i sine fortellinger om depresjonen. Sumaira beskriver det slik:

- Også... var jeg veldig alene, hadde praktisk talt ingen venner (...). Du blir veldig ensom.

Også Thomas skildrer fraværet av et nært nettverk:

- Det var et veldig annerledes liv og da, å ha vært samboer lenge og så plutselig skulle bo alene (...). Jeg har aldri vært en sånn som har hatt stort nettverk av venner og sånn. Jeg kjenner mange, men har få venner. Så da ble jeg sittende ganske mye alene.

Ingrid kjente seg alene og dratt mellom to ulike miljøer:

- Nesten alle menneskene som var rundt meg, var i ett av de to miljøene på en måte [skolemiljøet eller kirkemiljøet]... det var lett å føle seg helt alene da, mellom de samfunnene.

Tre av informantene ga videre uttrykk for at de ikke hadde noen voksne å støtte seg til. For Bendik dreide det seg om manglende støtte fra familien:

- Men, kanskje at familien bør være obs på, når barnet flytter hjemmefra å følge litt mer opp. Kunne være den gode forelderen som kommer inn og hjelper til med å pakke opp. Være en som har lyst til å være der, hjelpe til med små ting, for det betyr så mye. (...). For det var faktisk ingen som hjalp meg.

For Sumaira handlet det om manglende hjelp fra lærere og foreldre for å få slutt på mobbingen. To av informantene, her representert av Karianne, gir uttrykk for at de har opplevd inkludering i sitt sosiale miljø som innskrenket:

- Under skinn av å være tolerant og åpent, så er det veldig strenge kriterier for hva som egentlig er greit. Og en veldig kontant beskjed dersom du faller utenfor. Da er det jo bare det at ingen gidder å henge med deg, at ingen tar kontakt.

**Manglende aksept og anerkjennelse.** Fem av deltakerne i studien fornemmet manglende aksept og anerkjennelse for den de er, i sine fortellinger om veien inn i depresjonen. Ingrid opplevde manglende aksept for å sette spørsmålstegn ved vedtatte sannheter i sin lokale menighet. For Bendik dreide opplevelsen av manglende aksept seg om at hans homofile legning ikke ble fullt ut anerkjent da han fortalte søsteren sin om dette. Live opplevde manglende anerkjennelse og inkludering i sin skoleklasse: >>

– Ja, eller det starta vel egentlig i første klasse på barneskolen. Sånn: okey, du er ikke kul nok til å være med oss.

Tre av informantene legger vekt på en opplevelse av ikke å kunne være seg selv. Mens det for Karianne dreide seg om at det ikke var rom for å dele tungsinnet i sin gjeng, var det sentrale for Line at hun ikke fikk aksept av foreldrene for sin alternative livsstil.

**Overgangen til student- og voksenlivet.** To av informantene beskriver at de opplevde at brytningstida mellom ungdomslivet og voksenlivet bød på identitetsvansker i form av å finne seg selv. For Ingrid dreide det seg om alene å finne fram til egne standpunkter med foreldre som hadde «to helt forskjellige verdenssyn». Thomas beskriver på sin side en manglende mestring av studiene som vanskelig:

– Jeg synes det var veldig frustrerende ikke å strekke til. Hadde gjort det slutt med samboeren min rett før jeg begynte [på studiene], og tenkte at nå kan jeg liksom vie livet mitt til det der.

Karianne opplevde det vanskelig å etablere et sosialt nettverk som ny student. For Line synes manglende realisering av forventninger til voksentilværelsen å stå sentralt:

– Det at jeg nå endelig var ferdig [med videregående] og endelig på en måte voksen og skulle gjøre det jeg ville. Og så ble det ikke helt som jeg tenkte, tror jeg.

**Tap av nære relasjoner.** Fire av de intervjuede oppgir tap av nære andre som viktig for å forstå depresjonen. Mens det for Line var snakk om venninner som trakk seg unna, trekker Sumaira fram tapet av sin lillebror som en viktig årsak. Karianne knytter på sin side sin andre depresjon til samlivsbrudd:

– Når jeg var i et forhold hvor jeg følte meg veldig tatt vare på og støtta opp under, så bærer man jo ikke alt alene, ikke sant... (...) Man greide liksom å styre unna før man havner utafør, da...

Live forstår det at hun ikke fikk lov å treffe bestevenninnen mer som en viktig årsak til at depresjonen kom da den gjorde:

– Mye av det som fikk meg til å bli veldig deprimert, var at plutselig så fant foreldrene mine ut at hun [venninna] røyka [hasj]. (...) Og plutselig fikk jeg ikke lov til å møte henne lenger (...). Så jeg ble jeg sittende alene og visste ikke hva jeg skulle gjøre, og så ble det bare enda verre.

**Mobbing.** Live, Bendik og Sumaira innledet sine fortellinger om depresjonen med å trekke fram betydningen av å ha blitt utsatt for mobbing. Sumaira forteller dette:

– Etter ti år med mobbing og slike ting. Og så... ja, jeg fikk ikke til ting på skolen, for jeg var veldig deprimert, og husket ingenting (...). Ja, så det var vel det at det kom en bølge av ti år, da, og oppveksten og alt sammen. At jeg begynte å reagere. Og ja, så ble jeg deprimert.

**Anlegg for depresjon.** Dette var et tema tre av informantene henviste til som sentralt. Både genetisk anlegg i form av depresjon i familien, samt en personlighetsmessig tilbøyelighet til eksistensiell grubling ble trukket fram. Thomas legger eksempelvis vekt på det siste:

– Jeg vet ikke om du har sett Sopranos? Men han hovedpersonen der mener at han har anlegg for depresjon... Jeg tror jeg har det. Jeg graver meg lett ned i tanker. Tilbake til det med kompleksitet, da, så liker jeg å spinne på tanker og sånn.

**Depresjonen som noe selvforskyldt.** Tre av deltakerne mener de selv har bidratt til depresjonen, enten ved å ha presset seg ut over egen kapasitet, eller som følge av en negativ kognitiv stil. Live beskriver det sistnevnte slik:

– Jeg tenker at mye er selvforskyldt. Mange av de tankene lagde jeg kanskje selv. Sånn: «nå har jeg ingenting å gjøre, nå blir jeg deppa og går og griner» eller «nå kjeder jeg meg, nå går jeg og kutter meg» eller bare sånne teite greier.

## Del II: Eksplisitte normer og idealer

Formålet med undersøkelsen var videre å studere hvordan årsaksfortellingene kunne være betinget av normative idealer i samtiden. For å belyse dette ønsket vi først å undersøke hvilke *eksplisitte normer og idealer* som kommer til uttrykk i fortellingene, og hvordan disse igjen synes å påvirke informantenes selvforståelse og livsvilkår. Et normativt ideal ble definert

som eksplisitt dersom informantene refererte direkte til det i sine beretninger, uavhengig av fortegn. Analyse av kontekst viser at spesielt fire eksplisitte normer og idealer står sentralt.

**Vellykkethet.** Noen komponenter for å være vellykket synes å gå igjen: å være attraktiv, ta høyere utdanning med gode karakterer, ha en stor vennekrets, være effektiv, fleksibilitet med hensyn til væremåte og framtoning, ha en god karriere og høye ambisjoner, etablere seg med partner og barn, samt mestring og kontroll av tilværelsen. Karianne oppsummerer slik:

– At man er attraktiv både intellektuelt og fysisk. Men kanskje på en litt annen måte [enn da hun var yngre], nå skal man være tryggere og mer voksen. Ha kontroll på livet sitt. Vite hvor man skal, hvor man er.

Om karriere sier hun videre:

– Karriere er stort vil jeg si (...). Altså, det vellykka, at man mestrer. Ha en god jobb, få gode resultater.

Line kobler på sin side en konflikt mellom en opplevd forventning om å framstå vellykket og egne behov direkte til depresjonen:

– Jeg kan stæsjе meg opp og være med på familieselskaper og ball og type sånne fancy tilstelninger, og blende inn og være sånn som er forventa av meg. Så det har nok hatt en stor påvirkning [på depresjonen], at jeg ikke har følt at jeg kan være meg selv.

**Individualisme:** Denne normen fremstilles med ulik valør. Karianne synes å uttrykke skepsis:

– At det er veldig individualisert, fellesskapet er jo begrensa til avtalte møter, gjerne på et ute-sted med en øl i hånda (...). Det er liksom ikke noe sted, altså noe rom (...) hvor folk bare kan møtes, heller. Det er jo veldig definerte plasser en kan være på, med definerte ting man kan gjøre. Som jo gjør at folk står veldig alene.

Ingrid ser derimot ut til å ha en mer positiv oppfatning:

– Det er noe veldig tiltrekkende da, synes jeg, over det individuelle.

**Sosial støtte.** Til tross for at individualisme blir oppfattet som en gjeldende norm, beskriver tre av deltakerne eksplisitte positive erfaringer med betydningen av sosial støtte. Bendik anerkjenner viktigheten av at venninnen og hennes mor hjalp ham da han hadde det som verst:

– Så jeg ringte en venninne som bodde rett nedenfor, og hennes mor bodde også der. Og så sa jeg bare at «du, nå klarer jeg ikke mer, jeg er så på randen nå. Jeg må komme ned til dere.» Og det fikk jeg selvsagt lov til, liksom. Så jeg gikk bort dit, og kom inn, og gråt og var helt fra meg. Og de tok meg veldig godt imot, de har redda meg, den familien.

**Selvrealisering.** Et ønske om selvrealisering ble eksplisitt trukket fram som viktig av tre av informantene. Enten i form av å kunne leve ut sine interesser og anlegg, å benytte seg av alle mulighetene livet gir, eller engstelsen for å gå glipp av noe eller velge feil. Ingrid beskriver det sistnevnte slik:

– Jeg har ikke visst hva jeg skal gjøre i det hele tatt. Og samtidig føle at tida går, at man ikke har lyst til å gå glipp av enten seg selv eller fellesskapet eller Gud [ler] på en måte. Men samtidig vet man ikke hva man skal ta utgangspunkt i (...). Jeg tror det er litt i vår tid, det er veldig mye fokus på din egen selvrealisering. Man blir så redd for å gå glipp av seg selv, i hvert fall var jeg det, veldig.

### Del III: Implisitte normer og idealer

For ytterligere å belyse den tredje problemstillingen ønsket vi videre å studere hvilke *implisitte normer og idealer* som kommer til uttrykk i narrativene, definert som organiserende, normative antakelser som synes å ligge til grunn for andre, eksplisitte utsagn. Formålet med dette var å undersøke om noen normer og idealer fortrinnsvis kommer til uttrykk på en slik implisitt, internalisert måte, og hvordan disse igjen synes å betinge informantenes selvforståelse og livsvilkår. Analysen av narrativ kontekst viste at særlig fem implisitte normative antakelser gikk igjen.

**Individualisering og selvansvarlighet.** Hos fem av informantene kom en forestilling om eget ansvar for hvor man er i livet, implisitt til



Informantene selv aksepterer et stort ansvar for om de ikke lever opp til egne eller andres idealer og forventninger





Intervjuobjektene ser ut til å være relativt samstemte på hvilke områder det er viktig å lykkes, og hvor de selv har opplevd å komme til kort

uttrykk. For Live synes det å dreie seg om å ta ansvar for egen depresjon ved å attribuere lidelsen til sin egen negative, kognitive stil snarere enn ytre erfaringer eller rammer. Bendik forklarer den vanskelige situasjonen han var i psykisk og sosialt, med *egen* manglende mestring av situasjonen, noe som kan tyde på en underliggende norm om selvansvarlighet:

– Så jeg lå i senga og fikk ikke puste og var helt apatisk og klarte ikke å samle tankene mine, og (...) så alt jeg ikke hadde fått til.

Sumaira beskriver at hun kunne lure på om mobbingen var hennes skyld:

– Så man tenker også på, hva hvis jeg ikke hadde hatt den fasaden, kanskje de hadde sluttet da? Så det blir til at du alltid skylder på deg selv, da.

Karianne forteller at hun kunne ønske hun hadde tatt det sosiale miljøet med i betraktningen da hun ble deprimert, men i stedet bare skyldte på seg selv. Line beskriver dessuten at hun jobbet da hun var deprimert og egentlig ikke orket. Dette kan tolkes i retning av en underliggende antakelse om at en må klare seg uavhengig av andre, også ved sykdom.

**Lite rom for sårbarhet.** Hos fire av intervjuobjektene virker en sentral normativ antakelse å være at det er lite rom for sårbarhet. Line beskriver at hun vil skåne en framtidig partner for å være sammen med henne grunnet faren for en ny depresjon:

– Men jeg husker da jeg møtte gutter, så tenkte jeg: «Stakkars, du skal slippe å være med meg.»

Thomas uttrykker på sin side at han tok opp studiene for fort etter sykdommen grunnet en opplevd forventning om «å være flink». Dette kan tolkes som en antakelse om lite rom for sårbarhet i utdanningssystemet, samt lite indre rom for dette. To av deltakerne gir eksplisitt uttrykk for at de har opplevd det som viktig å opprettholde en mestrende fasade utad, noe som kan tas til inntekt for en underliggende norm om lav aksept for å vise seg sårbar. For Sumaira handlet det om å sette opp en fasade av suverenitet mot mobbingen. Line tilkjenner at hun til tross for en åpen personlighet har fun-

net det vanskelig å snakke om egen sårbarhet. Karianne beskriver på sin side en opplevelse av lite rom for feilgrep i sin ungdomsvennegjeng.

**Instrumentalisering av selvet.** I beretningene til tre av informantene ligger tilsynelatende et instrumentelt selvforhold implisitt til grunn, der selvet blir et middel for å nå mål utenfor seg selv. I Lives narrativ fremgår en slik instrumentalisering i tilknytning til skolemiljøet, hvor det å ha en sosial strategi, hvor man ga avkall på egne impulser om å leke med dem man ville, og heller strategisk omgås visse, populære, elever, ble benyttet som middel for å nå et mål om sosial status:

– De [kule] har sikkert hatt lyst til å være venner med de som ikke var i den populære gjengen, men de har sikkert måttet være tøffe (...).

Også Karianne beskriver en forventning i sitt sosiale miljø om at hun måtte være på en bestemt måte for å oppnå sosial status. Middelet for å oppnå dette syntes å være å gi avkall på personlighetstrekk hun opplevde som sine egne, og heller prøve å vise andre mer verdsatte trekk:

– Og så var det en gang hun [en venninne] sa «Karianne, du smiler jo aldri, hva er det som er galt med deg, kan du ikke bare prøve å smile litt?». Og da hadde jeg gått rundt og prøvd å være så kul, ikke sant. Jeg er jo egentlig en glad person, og så var det å prøve å finne den balansen mellom å være kul og edgy (...). Jeg greide jo ikke å finne den balansen.

**Betinget egenverdi og fellesskap.** En normativ antakelse om at egenverdi og anerkjennelse både fra seg selv og andre er noe betinget, går igjen i fortellingene til fire av informantene. Det samme gjør opplevelsen av at inkludering i fellesskapet forutsetter en bestemt adferd. I det følgende sitatet fra Thomas ser aktualisering av seg selv ut til å knyttes til om han har utrettet noe:

– Man skal utrette noe. Det er viktig for meg, for min selvrealisering, da (...). Hvis ikke jeg har gjort det [utrettet noe], så får jeg dårlig samvittighet når jeg legger meg. Da føler jeg at jeg har kasta bort en dag.

I tråd med dette beskriver Karianne tilfredshet med seg selv på grunn av ytre resultat:



– Å mestre ting, når jeg ikke gjør det, så baller det på seg, liksom (...). Leverte master for ikke så lenge siden, og jeg kommer til å bli kjempelei meg hvis jeg ikke får A, rett og slett.

Bendik opplever at ubetinget aksept fra familien fordrer en heterofil legning, men at ytre suksess som ga en annen form for anerkjennelse, kunne «bøte» på en homofil legning:

– [Jeg ville] være så bra som jeg kunne før jeg skulle si det. For jeg var så redd for at de ikke skulle ta det bra, liksom. Så det var viktig å være så suksessfull som jeg kunne være.

Karianne uttrykker at hun alltid har «prøvd å spille litt på intellektet (...)» ettersom hun «ikke har fått til så mye annet». Dette kan tolkes i retning av at en ubetinget verdi i kraft av å være til ikke er nok, mens den underliggende normen er å måtte ha noe å spille på for å få anerkjennelse og være av verdi.

**Selvoptimering.** En normativ forventning både fra seg selv og andre om at en bør strebe etter å bli en optimal versjon av seg selv, kommer fram hos tre av informantene. Mens Karianne som nevnt strekker seg etter å bli så god hun kan faglig, beskriver Line en opplevelse av forventning om å bli en best mulig versjon av seg selv:

– Vi har (...) alle muligheter foran oss. Og så forventer alle rundt deg at man skal bli den beste personen man kan bli, fordi man har mulighet til det. Og det er et veldig stort press på unge mennesker.

Thomas later til å legge den samme normen om selvoptimering til grunn når han beskriver å ha høye standarder:

– Jeg tror jeg aldri kommer til å føle meg bra nok, men det har jeg bare innsett. Men noen dager føles det som det er det eneste som er viktig, da (...). Jeg setter høye krav til meg selv.

## DISKUSJON

Samtlige informanter kommenterte erfaringen med å føle seg mislykket i sine fortellinger om veien til å utvikle en depressiv lidelse. En forutsetning for å føle seg mislykket må nødvendigvis være en standard, innbilt eller reell, som

man opplever å komme til kort overfor. Deltakerne oppgir at de er bevisst på at dette bare er et ytre ideal, samtidig tyder flere av utsagnene på at de like fullt har internalisert disse. Funnene kan dessuten tyde på at informantene selv aksepterer et stort ansvar for om de ikke lever opp til egne eller andres idealer og forventninger, i tråd med teorien om økt individualisering (Beck, & Beck-Gernsheim, 2002). Intervjuobjektene ser ut til å være relativt samstemte på hvilke områder det er viktig å lykkes på, og hvor de selv har opplevd å komme til kort. Dette synes å understøtte eksempelvis Honneths (2004) postulat om en standardisering av selvrealisering, knyttet til spesifikke verdier som effektivitet, selvansvarlighet, ytelse, uavhengighet, initiativ og fleksibilitet.

Det «å stå alene», i form av fravær av støttende, trygge voksne eller venner, gikk igjen i samtlige analyser, og synes således å være et av studiens hovedfunn. Det later i narrativene i hovedsak ikke til å være livsutfordringer i seg selv som knyttes til depresjonen, men snarere det å stå alene i disse. For eksempel når Karianne og Bendik i sine narrativer om studieoppstart i en ny by spesifikt knytter henholdsvis vansker med «å skaffe seg nettverk» og «at ingen var der og fulgte opp» til depresjonen. Eller når Live ikke vektlegger en turbulent ungdomstid per se i forståelsen av depresjonen, men snarere det å måtte stå alene i den uten venninnen. Eller til slutt når Ingrid opplevde at det var det å stå alene i verdivalgene som var belastende, og Sumaira beskriver at det verste med mobbingen var ensomheten og fraværet av støttende venner eller voksne. Dette kan antyde at et aktuelt, forebyggende tiltak i denne sammenhengen kan være bedre tilrettelegging for sosial støtte for utsatte grupper av ungdom.

Et annet funn er at flere av de identifiserte årsaksforklaringene, samt flere av de identifiserte eksplisitte og implisitte normene og idealene, synes å speile tidligere skisserte antatte normative trekk ved senmoderniteten. Blant annet kan årsakene «å føle seg mislykket» og «manglende aksept og anerkjennelse», knyttes opp mot de nevnte, tilsynelatende standardiserte normene for «selvrealisering» og «vellykkethet» og speile at disse ikke alltid er så lette å leve opp til. I tillegg synes det identifiserte temaet «å stå alene», å speile antatte samfunnstrekk som individualisme, tap av fellesskap og avtradisjonisering.

Til tross for at vi finner et vesentlig sammenfall mellom årsaksforklaringene intervjuobjektene selv griper til om sin depresjon og sosialteoretiske forståelsesmodeller, er det fortsatt slik at man kan identifisere mer unike biografiske faktorer i mange av informantenes liv som ikke uten videre lar seg forklare som allmenne livsbetingelser i senmoderniteten. Tre av informantene peker eksempelvis på perioder med mobbing i oppveksten, mens fire holder fram det mer unike og biografiske forholdet «tap av nær relasjon». Mens forklaringer som «anlegg for depresjon» nok understreker nødvendigheten av å komplementere det sosiokulturelle teorikomplekset med mer unike, individuelle, biologiske forhold, der mennesket ut fra et psykososialt perspektiv (se f.eks. Frosh, 2003) alltid lever i spennet mellom det individuelle og det samfunnsmessige. Hvorfor man velger forklaringsmodeller som mobbing eller «anlegg for depresjon», kan naturligvis både henge sammen med mer eller mindre utbredte attribusjonsmekanismer i samtiden. For eksempel en hang til å forklare menneskelige forhold med biologiske forhold (Vidal, 2009) eller at et fenomen som mobbing også kan forstås utover en individuell kontekst, eksempelvis ut fra normative kategoriseringer knyttet til kjønn, etnisitet og identitet og skiftende kulturelle oppfatninger om vellykkethet og uten-



Man kan identifisere mer unike biografiske faktorer i mange av informantenes liv som ikke uten videre lar seg forklare som allmenne livsbetingelser i senmoderniteten

forskning (Schott, & Søndergaard, 2014). Dersom en tar utgangspunkt i et slikt perspektiv, samt Honneths (2004) postulat om en standardisert, innskrenket selvrealisering, kan mobbing forstås som et mulig uttrykk for at flere må stå «utenfor» når den kulturelle oppfatningen om hva som anses å være «innenfor» det vellykkede, strammes inn.

Et tredje funn er at både avstandtaken og omfavning av de normer og idealer som en oppfatter som gjeldende i kulturen, kan være psykisk belastende for informantene. Line tar for eksempel avstand fra normen om å etablere seg med mann og barn, men kjenner like fullt på «panikk» i møtet med den. Karianne er skeptisk til en uttalt individualisme der menneskene «står veldig alene», men føler seg uansett rammet av det. Dette kan indikere at senmodernitetens kulturelle ideal, tross samtidens opphøyelse av den unike friheten, uunngåelig er preget av en del fastsatte normer som man tvinges til å forholde seg til. Eller som Madsen (2010, s. 41) har beskrevet det: «Enkeltmenneskets frihet og autonomi er de fundamentale verdiene, men friheten til å legge seg ut med forbrukersamfunnets fundamentale verdier er ikke et reelt alternativ.» Disse underliggende normene medfører dermed at enkelte sider ved menneskelivet blir mindre påaktet og oppleves som «forbudt område» av deltakerne. Det å oppleve, og kunne leve ut, egen sårbarhet ser eksempelvis ikke ut til å inngå som et anerkjennelsesverdig alternativ. Dette kan i tråd med Honneths nevnte betraktninger bidra til å sementere standardiserte og urealistiske krav til selvrealisering, foruten å øke press og stigma dersom man ikke klarer å leve opp til dem.

En begrensning ved studien er imidlertid at man i et kvalitativt forskningsintervju typisk vil forstå utsagn som framkommer under intervjuet som informasjon som oppstår i en bestemt interpersonlig kontekst, og ikke som upåvirkede funn som springer ut av informantenes indre (Kvale, & Brinkmann, 2009). Hvorvidt vi har funnet noe allment for depresjon hos unge mennesker i dag, er med andre ord usikkert, ettersom resultatene uunngåelig vil være påvirket av intervjuerens framgangsmåte og spørsmålsstilling, samt studiens særinteresser. Det må også legges til at opplevd utilstrekkelighet er et vanlig symptom ved depresjon (Malt et al., 2009), og følgelig kan det ikke utelukkes at det er depresjonen som forklarer util-

strekkelighetsfølelsen informantene tilkjenner, og ikke normative idealer i samtiden. Det samme forbeholdet bør også tas når det gjelder opplevelsen av å stå alene, som både er i overensstemmelse med gjeldende teorier om økt individualisering og et vanlig symptom på depresjon. Antakelig vil det alltid være snakk om et svært komplekst samspill mellom unik sårbarhet som kjennetegner noen, og allmenne livsvilkår som preger alle. Det bør også fremholdes at ettersom studien undersøker årsaksfortellinger hos unge voksne som har opplevd depresjon som psykisk lidelse, kan den ikke sammenlignes direkte med studier som finner en økning i depressive symptomer i denne gruppen. Samtidig utelukkes det ikke at funnene kan ha en viss overføringsverdi også i forståelsen av depressive symptomer hos unge.

Det er samlet sett grunn til å tro at fortellingene informantene gir, et stykke på vei er uttrykk for felles forestillinger ervervet av historisk og kulturelt bestemte livsbetingelser som mange unge mennesker i Norge i dag deler. Utsagn som «man blir så redd for å gå glipp av seg selv» kan tolkes individualpsykologisk som en del av depresjonens symptom-bilde, men illustrerer samtidig hvordan mange unge mennesker av i dag allerede fra barnsben av blir møtt med voksenkulturens forventninger om at de skal optimalisere seg selv (Madsen, 2014). Depresjonen kan således forstås som selvrealiseringens bakside. Eller som Honneth (2004, s. 475) beskrev individualiseringens paradoks: «the permanent compulsion to draw the material for an authentic self-realization from their own inner lives requires of individuals an ongoing form of introspection which must sooner or later leave them feeling empty.» Fra vår studie ett tiår senere kan det se ut som at denne trenden bare har fortsatt, slik at enkelte av dagens unge ikke bare risikerer å føle seg tomme, men nå også er redde for å gå glipp av seg selv.

#### KONKLUSJON

Vi har i denne artikkelen påpekt at flere forskere etterlyser bedre kunnskap om årsakene til den relativt høye prevalensen av depresjon og depressive symptomer hos barn og unge i Norge og andre vestlige land. Det finnes et vell av sosiologisk og sosialfilosofisk litteratur som problematiserer hvordan makrostrukturer som kjennetegner senmoderne samfunn, kan være

patologifremkallende, men til nå er mye av denne forskningen lite forankret i enkeltmenneskets egne erfaringer. En kvalitativ intervjuundersøkelse som undersøkte unge voksnes fortellinger om veien inn i depresjon ble derfor foretatt. Resultatene kan tyde på at hypotesen om at trekk ved senmoderniteten som økt kompleksitet, tap av tradisjoner og fellesskap, samt økt vekt på individualisering, selvansvarlighet og selvrealisering er normer som kan påvirke

informantenes livsvilkår, identitetskonstruksjon og selvforståelse i negativ retning. Tross dette ser det også ut til at flere av informantene har opplevd mer unike negative livshendelser i oppveksten som mobbing, eller mener å vite at de er predisponert til depresjon ut fra genetiske forhold. Mer forskning trengs dermed for å studere vekselvirkningene mellom det unikt individuelle og allmenne samfunnsmessige forhold. ✕

## REFERANSER

- Ahlström, B. H., Skärsäter, I., & Danielson, E. (2009). Living with major depression: experiences from families' perspectives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23(2), 309–316. doi: 10.1111/j.1471-6712.2008.00624.x
- Bauman, Z. (2001). *The individualized society*. Cambridge: Polity Press.
- Beck, U., & Beck-Gernsheim, E. (2002). *Individualization: Institutionalized individualism and its social and political consequences*. London: Sage.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.
- Dufour, D.-R. (2008). *The art of shrinking heads: On the new servitude of the liberated in the age of total capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Ehrenberg, A. (2010). *The weariness of the self: Diagnosing the history of depression in the contemporary age*. Montreal: McGill-Queen's University Press.
- Frosh, S. (2003). Psychosocial studies and psychology: Is a critical approach emerging? *Human Relations*, 56 (1545–1567).
- Garvik, M., Idsøe, T., & Bru, E. (2013). Depression and school engagement among Norwegian upper secondary vocational school students. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 58(5), 592–608.
- Hegna, K., Ødegård, G., & Strandbu, Å. (2013). En «sykt seriøs» ungdomsgenerasjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(4), 374–377.
- Hersen, M., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2007). *Adult psychopathology and diagnosis* (5. utg.). Hoboken, NJ: John Wiley.
- Honneth, A. (2004). Organized self-realization: Some paradoxes of individualization. *European Journal of Social Theory*, 7(4), 463–478. doi: 10.1177/1368431004046703
- Karp, D. A. (1994). Living with depression: illness and identity turning points. *Qualitative Health Research*, 4(1), 6–30. doi: 10.1177/104973239400400102
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Madsen, O. J. (2014). «Det er innover vi må gå» – en kulturpsykologisk studie av selvhjelp. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malt, U. F., Retterstøl, N., & Dahl, A. A. (2009). *Lærebok i psykiatri* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- NOVA. (2014). Ungdata. Nasjonale resultater 2013. NOVA rapport 10/14. Oslo: NOVA.
- Olsen, C. (2006). *En kvalitativ undersøgelse af depression i senmoderniteten*. (Specialafhandling i psykologi, Roskilde Universitetscenter). Hentet fra <http://rudar.ruc.dk/bitstream/1800/2065/1/En%20kvalitativ%20unders%C3%B8gelse%20af%20depression%20i%20senmoderniteten.pdf>
- Passer, M. W., & Smith, R. E. (2008). *Psychology. The science of mind and behaviour* (4. utg.). New York: McGraw-Hill.
- Petersen, A. (2005). Depression – selvets utilstrækkelighedspatologi. I R. Willig & M. Østergaard (Red.), *Sociale patologier* (s. 61–78). København: Hans Reitzel.
- Phoenix, A. (2008). *Analysing narrative contexts*. I M. Andrews, C. Squire & M. Tamboukou (Red.), *Doing narrative research* (s. 64–77). London: Sage.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Newbury Park: Sage.
- Schott, R. M., & Søndergaard, D. M. (Red.). (2014). *School bullying: new theories in context*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stjernswärd, S., & Östman, M. (2008). Whose life am I living? Relatives living in the shadow of depression. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(4), 358–369. doi: 10.1177/0020764008090794
- Vetlesen, A. J. (2009). *Frihetens forvandling / essays og artikler 2002–2008*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vidal, F. (2009). Brainhood, anthropological figure of modernity. *History of the human sciences*, 22(1), 5–36. doi: 10.1177/0952695108099133
- von Soest, T., & Hyggen, C. (2013). Psykiske plager blant ungdom og unge voksne – hva vet vi om utviklingen i de siste årtiene? I T. Hammer & C. Hyggen (Red.), *Ung voksen og utenfor. Mestring og marginalitet på vei til voksenlivet* (s. 88–109). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- von Soest, T., & Wichstrøm, L. (2013). Secular trends in depressive symptoms among Norwegian adolescents from 1992 to 2010. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 403–415.
- Willig, R. (2005). Selvrealiseringsoptioner – vor tids fordring om anerkendelse. I R. Willig & M. Østergaard (Red.), *Sociale Patologier* (s. 13–40). København: Hans Reitzel.



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 762-773 FAGFELLEVDERT

**JANNE ÅRSTAD, SVERRE NESVÅG** Regionalt kompetansesenter  
for rusmiddelforskning (KORFOR), Stavanger Universitetssykehus.

**ANNE LANDHEIM** Nasjonal kompetansetjeneste ROP

**KONTAKT** janne.arstad@sus.no

# KARTLEGGINGSVERKTØY I RUSBEHANDLING - NYTTIG FOR BRUKER OG BEHANDLER?

Det er stor grad av enighet blant klinikere og brukere om at Alcohol-E og DUDIT-E er nyttige verktøy. Samtidig synes klinikere og brukere å foretrekke samtalen framfor standardiserte verktøy. Dette gir et interessant grunnlag for videre diskusjon om implementering og bruk av kartleggingsverktøy i rusbehandling.

Kartlegging av rusens funksjon og motivasjon for endring anbefales gjort med verktøyene Drug Use Disorder Identification Test- Extended (DUDIT-E) og Alcohol Use Disorder Identification Test-Extended (Alcohol-E) (Nasjonale faglige retningslinjer for ROP-lidelser, 2012). Alcohol-E (ved bruk av alkohol) og DUDIT-E (ved bruk av illegale rusmidler og legemidler) er kartleggingsverktøy som brukes med personer som allerede har et identifisert rusmiddelproblem. Verktøyene er hjelpemidler for å innhente informasjon om brukerens rusmiddelbruk og motivasjon for endring, og er ment å være et supplement til andre utredningsmetoder som for eksempel åpne samtaler. Kartleggingen i DUDIT-E og Alcohol-E skal integreres i behandlingen, og skal på en systematisk måte avdekke og danne grunnlag for videre tiltak. Hensikten med verktøyene er dermed ikke å erstatte andre metoder, men å sikre og legge til rette for at viktige temaer om brukerens rusproblematikk og motivasjon for endring ivaretas og at tiltak iverksettes.

**ABSTRACT**

*Assessment tools in substance use treatment - useful for patient and clinician?*

The assessment instruments Alcohol-E and DUDIT-E are recommended integrated in the assessment of substance use and motivation to change. However, little is known about their clinical relevance. This article explores clinicians' and patients' perceptions of the tools' usefulness in a relational context, during the initial phase of treatment. 15 clinicians and 28 of their patients were recruited from five out-patient clinics in Stavanger and Hamar, Norway, resulting in 56 responded questionnaires regarding the instruments' usefulness. Results show a broad agreement in clinicians' and patients' perception of the usefulness of Alcohol-E and DUDIT-E. The results are interesting for further discussions regarding the implementation of these instruments.

*Keywords: alcohol-E, assessment tools, DUDIT-E, substance use treatment*

»

Måten klinikere snakker om rus og motivasjon for endring på, er av betydning i rusbehandling. En god kartlegging av brukerens situasjon kan gi klinikerne viktig informasjon som er relevant for det videre behandlingsforløpet. Samtidig skal en god relasjon til brukeren opprettes og vedlikeholdes. En god terapeutisk allianse har vist seg å ha betydning for utfallet av behandlingen (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Fluckiger & Symonds, 2011; Horvath & Symonds, 1991) og for hvor lenge brukere blir i behandlingen (Meier, Barrowclough & Donmall, 2005). At det skapes en god relasjon mellom kliniker og bruker kan dermed forstås som en nødvendig forutsetning for det videre behandlingsforløpet (Nasjonale faglige retningslinjer for ROP-lidelser, 2012). Ifølge Bordin (1979) består den kliniske alliansen av tre elementer: 1) et emosjonelt bånd, og samarbeid om 2) terapeutiske oppgaver og 3) mål for behandlingen. Det har blitt hevdet at en svak allianse er en av de mest konsistente risikofaktorene for drop-out (Brorson, Ajo Arnevik, Rand-Hendriksen & Duckert, 2013).

Hvilket mål brukere har for behandlingen, varierer fra person til person, og vil også kunne endre seg gjennom behandlingsforløpet. Samtidig er behandlingsmålet av betydning for hvilke tiltak som iverksettes. Utredning og kartlegging av rusproblematikk og motivasjon for endring er samtalen en hyppig anvendt metode (Nasjonale faglige retningslinjer for ROP-lidelser, 2012). Retningslinjene for ROP-lidelser anbefaler Motiverende Intervju (MI) som en kvalifisert måte å samtale om rusmiddelproblemer på, og MI har gjennom flere års forskning vist seg å gi gode resultater (Jensen, et al., 2011; Smedslund et al., 2011). Som et tillegg til MI og andre samtalemetoder skal Alcohol-E og DUDIT-E gi et grunnlag for dialog, og være en del av en samlet vurdering av en persons situasjon (Berman & Brisendal, 2010).

Tidligere forskning viser at enkelte klinikere har en viss skepsis mot standardiserte tiltak i behandling. I en studie hvor forskerne utforsker legers barrierer mot identifisering av ruslidelser ved hjelp av standardiserte kartleggingsverktøy, finner de blant annet at tid oppleves å være en barriere (Holland, Pringle & Barbetti, 2009). I en studie innenfor psykisk helse hevdes det at dersom klinikere skal oppleve standardiserte verktøy som nyttige må verktøyene gi den informasjonen som klinikerne trenger og ønsker å bruke (Bickman, Rosof-Williams et al., 2000). Det anbefales derfor at klinikere involveres i utviklingen av standardiserte verktøy, for å sikre at den informasjonen de mener er mest verdifull i oppfølgingen av brukerne blir inkludert. En annen studie fant at klinikere var usikre på hensikten med standardiserte verktøy, opplevde dem som upraktiske og så ikke verdien av å anvende dem (Jensen-Doss & Hawley, 2010). Studier har vist at det ikke bare er klinikernes vurderinger av standardiserte verktøy som er relevant. Brukernes vurdering av metoder eller standardiserte verktøy har også betydning for hvorvidt disse brukes eller ikke (Thorsen & Mäkelä, 1999).

Vi kjenner ikke til studier som undersøker klinikere og brukere sin opplevelse av Alcohol-E og DUDIT-E som nyttige verktøy. I en studie om DUDIT-E sin validitet og reliabilitet hevdes det at DUDIT-E legger til rette for en systematisk innsamling av informasjon om omfang og kjennetegn ved rusmiddelbruket, samtidig som det gir en indikasjon på kilder til ambivalens (Berman, Palmstierna, Kallman, & Bergmann, 2007). Spørsmål om positive sider ved rusmiddelbruket i DUDIT-E åpner for en ærlig samtale om rusens funksjon og kan dermed bidra til å legge til rette for en styrket terapeutisk allianse, der alliansen tidligere har vært svak eller

”

Under-  
søkelsen er  
et bidrag  
til å heve  
kunn-  
skapen  
om verk-  
tøyenes  
kliniske  
relevans

»

fraværende. DUDIT-E er hovedsakelig utforsket innenfor kriminalomsorg og avrusning for voksne. Det anbefales derfor at verktøyene utforskes i andre kontekstuelle sammenhenger, i tillegg til at styrker og svakheter ved verktøyet identifiseres (Berman et.al, 2007).

Formålet med denne undersøkelsen har vært å utforske klinikerens og brukers opplevelse av Alcohol-E og DUDIT-E i en innledende fase av et poliklinisk behandlingsforløp. Følgende problemstilling ønskes belyst: Opplever klinikere og brukere Alcohol-E og DUDIT-E som nyttige verktøy, og hva bidrar til at verktøyene vurderes som mer eller mindre nyttige? Undersøkelsen er ment å være et bidrag til å heve kunnskapen om verktøyenes kliniske relevans, noe som kan være av betydning i arbeidet med å implementere verktøyene.

## METODE

### Om undersøkelsen

Informantene er rekruttert fra tre poliklinikker innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og to kommunale lavterskeltjenester i Stavanger og Hamar, i perioden mai 2013-februar 2014. Undersøkelsen ble gjennomført på følgende måte: 1) Brukerne som var i en tidlig behandlingsfase, fylte ut Alcohol-E eller DUDIT-E (avhengig av primært rusmiddel), enten elektronisk via nettsiden [www.snakk-omrus.no](http://www.snakk-omrus.no) eller i papirformat. 2) Klinikere og brukere samtalte om resultatet fra kartleggingen, som omhandlet bruk av rusmidler, rusens positive og negative funksjon og motivasjon for behandling og endring (Berman & Brisendal, 2010). 3) Klinikere og brukere fylte ut hvert sitt spørreskjema angående nytten av å anvende Alcohol-E/DUDIT-E. Alle de tre stegene ble enten gjennomført i en og samme konsultasjon, eller fordelt mellom to konsultasjoner. Dersom stegene var fordelt over to konsultasjoner, ble første steg gjennomført i første konsultasjon, mens det andre og tredje steget ble gjennomført i andre konsultasjon. Den andre konsultasjonen ble avholdt cirka en uke etter den første.

### Rekruttering og prosedyre

Først ble lederne i poliklinikkene og lavterskeltjenestene informert muntlig og skriftlig om undersøkelsen. Lederne informerte deretter klinikerne innenfor egen enhet. De som takket ja til deltakelse, ble instruert i prosedyren for undersøkelsen. Når klinikerne opplevde

å ha en etablert relasjon til brukeren i starten av et behandlingsforløp, forespurte de brukerne om å delta. Starten av et behandlingsforløp ble definert som de første to månedene av en ny behandlingssekvens, uavhengig av tidligere behandlingssekvenser. Brukerne som ble inkludert, hadde i) et kjent rusmiddelproblem, ii) etablert kontakt med en TSB poliklinikk eller kommunal lavterskeltjeneste, iii) var i en innledende fase av et behandlingsforløp, og iv) signerte samtykke til deltakelse. Klinikere var i) ansatt i TSB poliklinikk eller kommunal lavterskeltjeneste og ii) signerte samtykke til deltakelse.

Enkeltrelasjonen mellom kliniker og bruker ble benyttet som utgangspunkt for undersøkelsen, det vil si at både brukeren og klinikerne i en og samme behandlingsrelasjon fylte ut skjema om opplevd nytte av Alcohol-E/DUDIT-E. Undersøkelsen inkluderer 28 relasjoner og er dermed basert på 56 besvarte spørreskjemaer om verktøyenes nytte. Syv av femten klinikere rekrutterte en bruker hver. De åtte øvrige rekrutterte mellom to og fire brukere hver. Det vil si at de åtte klinikerne som rekrutterte flere brukere hver, fylte ut spørreskjemaet angående nytte av Alcohol-E/DUDIT-E flere ganger. Bakgrunnen for dette er at opplevelsen av nytte vil kunne variere fra bruker til bruker.

### Utvalg

Undersøkelsen inkluderer et utvalg bestående av 28 brukere og 15 klinikere i poliklinisk rusbehandling. Kjennetegn ved utvalget fremgår av tabell 1. Utvalget er et klinisk bekvemmelighetsutvalg, og dette vil ha betydning for resultatenes generaliserbarhet. Utvalget er ikke tilfeldig, og de som ble inkludert i undersøkelsen er de som takket ja til å delta. Deltakelse var frivillig, og vi har ikke informasjon om antall brukere som ble forespurt om å delta, men som takket nei. Hvor mange klinikere som takket ja, versus antall ansatte som ble informert og forespurt om å delta, fremgår av tabell 1. Kjønnfordelingen blant brukerne i undersøkelsen er den samme som en finner i en kartlegging av brukere med rusproblemer, som ble gjennomført i 132 kommuner (BrukerPlan, 2013). Brukernes gjennomsnittsalder er 10 år lavere i vårt utvalg enn hva som fremgår av BrukerPlan. Forskjellen skyldes at undersøkelsen vår inkluderer et større antall brukere under 25 år (46 prosent), mot 12 prosent i BrukerPlan.

**Tabell 1** Kjennetegn ved utvalget

	Klinikere (n=15)		Brukere (n=28)	
Gjennomsnittsalder (år)	39 (26–61)		31 (17–57)	
Kjønn % (antall)				
Kvinner	87	(13)	32	(9)
Menn	13	(2)	68	(19)
Arbeids/rekrutteringssted % (antall)				
Kommunal lavterskel	47	(7)	39	(11)
TSB poliklinikk	53	(8)	61	(17)
Antall deltakere (antall forespurte)				
Kommunal lavterskel	5	(8)		
Kommunal lavterskel	4	(5)		
TSB poliklinikk	2	(30)		
TSB poliklinikk	1	(8)		
TSB poliklinikk	3	(11)		
Vurdering av verktøy % (antall besvarelser)				
Alcohol-E	32	(9)	32	(9)
DUDIT-E	68	(19)	68	(19)

### Om verktøyene

Alcohol-E og DUDIT-E kartlegger bruk av rusmidler, rusens positive og negative funksjon, med tilhørende ambivalens, samt motivasjon for endring og videre behandling. Verktøyene kan fylles ut enten av brukeren alene eller i samarbeid med klinikere. De kan benyttes i begynnelsen av en behandlingsrelasjon, som et innslag i en serie samtaler eller som bidrag for å vurdere endringer i en lengre periode. Verktøyene kan dermed benyttes flere ganger med samme person gjennom et behandlingsforløp. Alcohol-E består av 52 spørsmål og DUDIT-E består av 54 spørsmål og er utviklet ved Karolinska Institutet i Sverige (Nasjonal Kompetanse-tjeneste ROP, 2014).

*Spørreskjemaet* om opplevd nytte av Alcohol-E og DUDIT-E er utarbeidet til denne undersøkelsen. Innledningsvis ble total nytte av verktøyene kartlagt på intervall-nivå på en skala fra 1 til 5, hvor 1 var «ikke nyttig» og 5 var «svært nyttig». Resten av spørreskjemaet bestod av påstander hvor formålet var å kartlegge forhold som kan påvirke klinikere og brukeres opplevelse av verktøyenes nytte. Påstandene var etterfulgt av tre faste svaralternativer på ordinalnivå (I stor grad, I noen grad, Nei/I ingen grad). Valg av spørsmål er basert på funn fra en kvalitativ masteroppgave om klinisk nytte av DUDIT-E (Årstad, J., 2011) og en studie om barrierer mot bruk av kartleggingsverktøy i rusfeltet (Holland, Pringle & Barbetti, 2009).

### Analyse

Analysene er gjennomført i SPSS 21.0 med formål om å gi en deskriptiv fremstilling av dataene i undersøkelsen. Skalering av klinikernes og brukernes opplevelse av verktøyenes generelle nytte, samt verktøyenes nytte hver for seg, fremstilles med gjennomsnittsverdi som sentralitetsmål (tabell 2). Variabler relatert til klinikere og brukeres opplevelse av verktøyene som mer eller mindre nyttige er frekvensfordelt og fremstilles i prosentandeler (tabell 4 og 5). Besvarelser relatert til positiv nytte er rangert fra høyeste til laveste prosentandel som svarte «I stor grad», og spørsmål relatert til verktøyene som mindre nyttige er rangert fra høyeste til laveste prosentandel som svarte «Nei/I ingen grad».

Resultater fra skalering av nytte og spørsmål som ble stilt til begge gruppene gir rom for sammenligning. Bivariate analyser ble benyttet for å signifikantsteste forskjeller i klinikernes og



brukernes besvarelser. Ettersom utvalgene ikke var normalfordelte når det gjelder alder og kjønn, ble ikke-parametrisk rangsumtesting med tosidig Mann-Whitney Test brukt for å teste statistisk signifikans mellom klinikerens og brukeres svar på spørsmål på intervallnivå (tabell 2). Besvarelsene ble kontrollert for alder og kjønn. Signifikans mellom svar på spørsmål på ordinalnivå ble analysert med Pearsons khi-kvadrattest (tabell 3).

#### Forskningsetikk

Studien er godkjent som et kvalitetssikringsprosjekt av personvernbudet på Stavanger Universitetssykehus, med vedtaksreferanse 2013/5. I henhold til helseforskningsloven (2008) § 17 er alle deltakere i prosjektet samtykkekompetente personer over 16 år.

#### RESULTATER

Resultatene viser at det er en stor grad av enighet blant klinikere og brukere om at verktøyene har en nytteverdi i en innledende fase av poliklinisk rusbehandling. Dette fremgår både av skaleringen av generell nytte og på enkeltspørsmål om forhold som kan påvirke opplevelsen av nytte enten i positiv eller negativ retning. Enkelte spørsmål ble stilt til begge gruppene og kan derfor sammenlignes. Resultatene viser ingen signifikante forskjeller mellom klinikerens og brukeres skalering av verktøyenes nytte, heller ikke når resultatene ble kontrollert for alder og kjønn (se tabell 2). På den annen side viser resultatene at brukerne i signifikant større grad enn klinikerne både hadde negative erfaringer fra tidligere bruk av kartleggingsverktøy ( $p=0,048$ ) og foretrakk samtalen framfor bruk av kartleggingsverktøy ( $p=0,010$ ). Begge gruppene ble også spurt om verktøyenes bidrag til systematikk og målrettethet i behandling, men med noe ulik formulering. Forskjeller i svar mellom gruppene er derfor ikke signifikantstestet. Tar man utgangspunktet i at begge spørsmål har samme meningsinnhold viser resultatene at 61 prosent av klinikerne i noen eller stor grad opplevde at kartleggingen bidro til målrettethet, mot 89 prosent av brukerne (se tabell 3).

#### Klinikernes opplevelse av verktøyenes nytte

Det synes å være størst enighet blant klinikerne om at verktøyene bekreftet et inntrykk de allerede hadde av brukerne, at de var et godt supplement til samtalen, og at de bidro til innsikt og oversikt over hvordan brukeren selv opplevde sin situasjon. 82 prosent mente at kartleggingen i noen eller stor grad ivaretok brukerens medvirkning, at brukerens definerings av egen situasjon var viktig for relasjonen, og at kartleggingen bidro til en rask og effektiv identifisering av brukerens problem. Klinikernes vurderinger varierte når det gjaldt spørsmål om verktøyene bidro til å ufarliggjøre temaer for samtale og identifisere problemer som gjerne ikke ville fremkommet i samtale i denne fasen av behandlingsforløpet. Klinikernes vurderinger varierte også på spørsmål om verktøyene bidro til at de kom raskere i posisjon til brukerne og om kartleggingen bidro til å gjøre arbeidet mer systematisk og målrettet.

Det var stor grad av enighet blant klinikerne om at få eller ingen av de kartlagte forholdene påvirket opplevelsen av verktøyenes nytte i en negativ retning. Ingen av klinikerne rapporterte at kartleggingen opplevdes som forstyrrende for relasjonen, at det var forventninger fra lederen om å bruke tiden annerledes eller at det var for tidlig i behandlingsforløpet til



Resultatene  
viser ingen  
signifikante  
forskjeller  
mellom  
klinikeres  
og brukeres  
skalering av  
verktøyenes  
nytte



**Tabell 2** Gjennomsnittlig skalering av nytte

Verktøy	Brukere		Klinikere		Mann-Whitney Test (p)
	Gj.snitt (SD)	Median	Gj.snitt (SD)	Median	
Alcohol-E/DUDIT-E	3,5 (0,963)	3	3,3 (0,937)	3	(0,513)
Alcohol-E	4,3 (0,886)	4,5	3,6 (1,014)	4	(0,153)
DUDIT-E	3,1 (0,781)	3	3,2 (0,898)	3	(0,808)

**Tabell 3** Felles påstander til klinikere og brukere (prosent)

Påstander	Hvem	I stor grad (%)	I noen grad (%)	Nei (%)	Antall	Pearson's Chi-square (p)
Kartleggingen var et godt supplement til samtalen	Kliniker	50	43	7	28	1,000
	Bruker	50	43	7	28	
Jeg har tidligere negative erfaringer ved bruk av kartleggingsverktøy	Kliniker	0	32	68	28	0,048
	Bruker	11	11	75	27	
Jeg foretrekker samtale fremfor bruk av kartleggingsverktøy	Kliniker	4	68	25	27	0,010
	Bruker	36	46	14	27	

**Tabell 4** Klinikernes opplevelse av verktøyenes nytte (prosent)

Potensielle forhold av betydning for opplevelsen av verktøyene som nyttige	I stor grad (%)	I noen grad (%)	Nei (%)	Antall svar
Informasjonen som fremkom var i tråd med inntrykket jeg ellers fikk i samtalen	71	29	0	28
Jeg fikk innsyn og oversikt over hvordan brukeren selv opplevde sin situasjon	46	46	7	28
Kartleggingen ivaretok brukerens medvirkning	32	50	18	28
Brukerens definering av egen situasjon opplevdes som viktig for relasjonen	32	50	18	28
Kartleggingen bidro til rask og effektiv identifisering av brukerens problem	29	53	18	28
Problemer hos brukeren som ellers ikke ville fremkommet på dette tidspunktet ble identifisert	11	57	29	27
Temaer ble ufarliggjort for samtale	11	57	32	28
Jeg kom raskere i posisjon til brukeren	11	39	50	28
Kartleggingen bidro til systematisk og målrettet arbeid	7	54	39	28
Potensielle forhold av betydning for opplevelsen av verktøyene som mindre nyttige	I stor grad (%)	I noen grad (%)	Nei (%)	Antall svar
Leder forventer at jeg bruker tiden annerledes	0	0	100	28
Det var for tidlig i behandlingsforløpet å benytte verktøyet	0	0	100	28
Kartleggingen var forstyrrende for relasjonen	0	0	100	28
Kartleggingen tok mer tid enn jeg har til rådighet	0	4	96	28
Verktøyene lar seg vanskelig kombinere med arbeidspraksisen	4	0	96	28
Brukeren var opptatt av å gi de svarene han/hun trodde jeg som klinikere forventet	0	7	93	28
Mangel på tid gjør det vanskelig å se nytten av verktøyene	0	14	86	28
Brukeren vegret seg mot å bruke verktøyene	4	14	82	28
Jeg er usikker på om verktøyet er hensiktsmessig	7	21	71	28
Jeg opplevde uoverensstemmelse mellom kartlagt motivasjon og ytringer som fremkom i samtale	4	25	71	28
Brukeren hadde vanskeligheter med å forstå spørsmålene	0	50	50	28

å benytte kartleggingsverktøyene. Flertallet (96 prosent) opplevde heller ikke at kartleggingen tok mer tid enn de hadde til rådighet, eller at det var utfordrende å kombinere verktøyene med vanlig praksis. Klinikerne opplevde heller ikke at svarene brukerne ga, var basert på hva de trodde klinikerne forventet av dem (93 prosent). På den annen side opplevde halvparten av klinikerne at brukeren i noen grad hadde vanskeligheter med å forstå spørsmålene i Alcohol-E og DUDIT-E. Undersøkelsen viser at 68 prosent foretrekker samtale framfor bruk av kartleggingsverktøy. En tredjedel rapporterte om tidligere negative erfaringer ved bruk av kartleggingsverktøy (se tabell 4).

#### Brukernes opplevelse av verktøyenes nytteverdi

Flertallet av brukerne opplevde i noen eller stor grad at spørsmålene i verktøyene var relevante (90 prosent), og at kartleggingen bidro til økt bevissthet omkring egen situasjon (82 prosent). Brukerne opplevde kartleggingen i noen eller stor grad som et godt supplement til samtalen (93 prosent), og verktøyene opplevdes som meningsfulle og bidro til at samtalen ble målrettet (89 prosent). Brukerne opplevde også at kartleggingen i noen eller stor grad bidro til refleksjon og innsikt over egen situasjon og motivasjon, og at klinikerne fikk en bedre forståelse av brukernes situasjon.

Over 80 prosent av brukerne opplevde ikke å ha en utrygg relasjon til klinikerne som påvirket opplevelsen av verktøyenes nytte i negativ retning. På spørsmål om de opplevde vanskeligheter med å avgi ærlige svar, om lese- og skrivevansker påvirket opplevelsen av verktøyenes nytte, eller om svarene deres var preget av hvilke forventninger de trodde klinikerne hadde til besvarelsene deres, svarte over 80 prosent av brukerne «nei». Flertallet opplevde heller ikke kartleggingen som tidkrevende. Derimot viser undersøkelsen at 29 prosent av brukerne i noen grad vegret seg mot å anvende verktøyene. Flertallet (82 prosent) ønsket samtalen som metode framfor kartleggingsverktøy. Størst variasjon i vurderinger finner vi på spørsmål som angår utformingen av verktøyene. 71 prosent rapporterer at de i noen grad savnet svaralternativer, 46 prosent av brukerne opplevde at det i noen grad var vanskelig å svare på spørsmålene grunnet blandingsmisbruk, og flere syntes spørsmålene i verktøyene i noen (43 prosent) eller stor grad (11 prosent) var vanskelige å forstå (se tabell 5).

#### DISKUSJON

Undersøkelsen utforsket klinikerens og brukernes opplevelse av Alcohol-E og DUDIT-E sin nytteverdi i en tidlig fase av behandlingsforløpet. Hovedfunnene viser at det er en stor grad av enighet blant klinikere og brukere om at Alcohol-E og DUDIT-E er nyttige verktøy og at de har en klinisk relevans.

Undersøkelsen viser at både klinikere og brukere opplever at verktøyene bidrar til å fremme systematikk tidlig i behandlingen, og å legge til rette for gode samtaler om rusbruk og motivasjon basert på brukernes egne vurderinger. Verktøyene opplevdes å være et godt supplement til samtalen, som er den eneste påstanden klinikerne og brukere vurderte likt. Begge grupper opplevde også at kartleggingen bidro til at samtalen ble målrettet. Derimot var dette en funksjon brukerne i større grad enn klinikerne tillot verktøyene. En mulig forklaring på dette kan være at tydeliggjøringen av rusens positive og negative funksjon, som man oppnår ved bruk av verktøyene (Berman et.al., 2007), bidrar til å gi brukeren en opplevelse av struktur i samtalen. Funn fra undersøkelsen kan bidra



Ingen klinikere opplevde at verktøyene var forstyrrende for relasjonen til brukerne





Verktøyene kan være en god måte for klinikere å systematisk samle inn informasjon på, og en måte for brukerne å få oversikt over egen situasjon på

til å støtte en slik tolkning. Brukerne opplevde at kartleggingen gav innsikt og oversikt, samt økt refleksjon over egen situasjon og motivasjon for endring. En annen måte å tolke forskjellen i klinikerne og brukernes svar på er at struktur og målrettethet kan oppnås gjennom samtale. Klinikerne opplevde på den ene siden at kartleggingen gav innsikt og oversikt over brukerens situasjon. På den annen side opplevde klinikerne at kartleggingen var i tråd med et inntrykk de allerede hadde fått gjennom samtale med brukeren. Dette kan tolkes som at verktøyene ikke tilfører klinikerne noe samtalen ikke ivaretar hva angår struktur og systematikk, men at verktøyet i større grad har en bekreftende funksjon. På den annen side kan det tenkes at resultatene ville vært annerledes dersom verktøyenes bidrag til struktur ble utforsket på et enda tidligere tidspunkt i behandlingen eller i et forløpsperspektiv.

Ingen klinikere opplevde at verktøyene var forstyrrende for relasjonen til brukerne, eller at det var for tidlig i behandlingsforløpet å anvende verktøyene. En god allianse fremheves som essensielt for behandlingsforløpet og utfallet av behandling (Horvath, et.al., 2011; Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991). Det kan derfor tenkes at dersom klinikere hadde opplevd verktøyene som forstyrrende for relasjonen, ville dette kunne ha påvirket interessen for å anvende verktøyene. Samtalemetoder er aktivt brukt i rusbehandling for kartlegging og utredning av rusproblemer og motivasjon for endring (Nasjonale faglige retningslinjer for ROP-lidelser, 2012). Det synes ikke å være noe i undersøkelsen som kan sies å svekke samtalen eller forstyrre bruk av samtalemetoder. Derimot kan kartleggingsverktøy være en måte å inkludere brukernes meninger og ønsker på i rusbehandling. Undersøkelsen viser at klinikerne opplevde at Alcohol-E og DUDIT-E bidro til å ivareta brukernes medvirkning. At brukeren selv fikk definere sin egen situasjon opplevde de også som viktig for relasjonen. Undersøkelsen gir ikke grunnlag for å svare på om brukerne selv opplevde at verktøyene bidro til medbestemmelse og medvirkning. På den annen side opplevde brukerne at klinikerne fikk en bedre forståelse av deres situasjon, noe som også er i tråd med klinikerens opplevelse. En måte å forstå dette på er at kartleggingen bidro til at brukerne følte seg sett og forstått. Det kan også tolkes

som at verktøyene gav et felles utgangspunkt for videre oppfølging, som også er hensikten med verktøyene (Nasjonale faglige retningslinjer for ROP-lidelser, 2012). At undersøkelsen viser at verktøyene kan bidra til å øke forståelsen for brukeren situasjon og gi et grunnlag for samtale, betyr ikke at dette *ikke* kan oppnås gjennom samtalen alene. Imidlertid kan verktøyene være en god måte for klinikere å systematisk samle inn informasjon på, og en måte for brukerne å få oversikt over egen situasjon på som kan brukes som et utgangspunkt for å tenke endring.

Arbeidsrammer som tid, forventninger fra leder og utfordringer knyttet til kombinerings av verktøy med ordinær praksis hadde ikke betydning for klinikerens opplevelse av verktøyenes nytte. Dette står i motsetning til tidligere forskning, som blant annet viser til tid som en barriere (Holland, et al., 2009). Det kan likevel tenkes at andre arbeidsrammer, enn de vi har undersøkt, ville vært av betydning. At flere av klinikerne fylte ut spørreskjema om opplevd nytte av Alcohol-E og DUDIT-T opp til fire ganger, må tas i betraktning ved tolkning av enigheten i klinikerens vurderinger hva angår arbeidsrammer. Arbeidsrammene vil være de samme uavhengig av at klinikere anvender verktøyene med ulike brukere. I den grad klinikere og brukere i undersøkelsen opplevde verktøyene som mindre nyttige, synes dette å henge sammen med utformingen av verktøyene. Spørsmålene opplevdes i noen grad som vanskelige å forstå, og brukernes blandingsmisbruk bidro til at det i noen grad ble utfordrende å svare på enkelte spørsmål. Slike erfaringer kan ha bidratt til at brukere og klinikere vurderer verktøyene som mindre nyttige. Ulikheter mellom de to verktøyene kan også bidra til å belyse funnene. I motsetning til Alcohol-E, som kartlegger ett rusmiddel, er DUDIT-E for personer som bruker ulike narkotiske stoffer. Når rusens funksjon og positive og negative sider kartlegges i DUDIT-E, skilles det ikke mellom ulike typer narkotiske stoffer. At brukerne i denne undersøkelsen kun fylte ut DUDIT-E én gang, uavhengig av hvor mange rusmidler de benyttet, kan bidra til å forklare hvorfor brukerne savnet svaralternativer i verktøyene. Retningslinjene for ROP-lidelser (2012) anbefaler at DUDIT-E fylles ut for ett rusmiddel av gangen, og brukt på denne måten kan det tenkes at vi ville fått andre svar.

**Tabell 5** Brukernes opplevelse av verktøyenes nytte (prosent)

<b>Potensielle forhold av betydning for opplevelsen av verktøyene som nyttige</b>	<b>I stor grad (%)</b>	<b>I noen grad (%)</b>	<b>Nei (%)</b>	<b>Antall svar</b>
Spørsmålene som ble stilt, var relevante	54	36	7	27
Jeg ble mer bevisst min egen situasjon	54	28	18	28
Det gav mening å bruke verktøyet og samtalen ble mer målrettet	50	39	11	28
Kartleggingen gav meg refleksjoner omkring egen motivasjon	43	39	14	27
Klinikeren fikk en bedre forståelse av min situasjon	36	46	14	27
Jeg fikk innsikt og oversikt over egen situasjon og motivasjon	36	36	25	27
<b>Potensielle forhold av betydning for opplevelsen av verktøyene som mindre nyttige</b>	<b>I stor grad (%)</b>	<b>I noen grad (%)</b>	<b>Nei (%)</b>	<b>Antall svar</b>
Utrygg relasjon til min behandler gjorde det ubehagelig å bruke verktøyet	0	7	89	27
Det var vanskelig å svare ærlig på spørsmålene	0	14	86	28
Lese- og skrive- eller psykiske vansker gjorde kartleggingen vanskelig	7	4	86	27
Jeg var opptatt av hvilke svar behandleren forventet av meg	0	18	82	28
Kartleggingen var tidkrevende	0	21	79	28
Hensikten med verktøyene ble ikke tilstrekkelig forklart, jeg er derfor usikker på hensikten	4	18	75	27
Jeg vegret meg mot å anvende verktøyene	0	29	68	27
Blandingsmisbruk gjorde det vanskelig å svare på enkelte spørsmål	0	46	54	28
Det var vanskelig å forstå spørsmålene	11	43	43	27
Jeg savnet svaralternativer	4	71	25	28
Jeg ville gitt de samme svarene dersom disse ble stilt muntlig	57	21	18	27



Verktøyene oppleves å være et godt supplement til samtalen i poliklinisk behandling og oppfølging av personer med ruslidelser

At både klinikerne og brukerne i undersøkelsen har en opplevelse av Alcohol-E og DUDIT-E som nyttige verktøy, samtidig som det fremkommer at de synes å foretrekke samtalen framfor bruk av kartleggingsverktøy, er et interessant funn. At samtalen foretrekkes, tolker vi å være relatert til en mer generell holdning til bruk av denne type verktøy, og ikke direkte mot Alcohol-E og DUDIT-E. Tolkningen baserer vi hovedsakelig på formuleringen av spørsmålene i spørreskjemaene, som ikke knytter spørsmålet direkte til Alcohol-E og DUDIT-E. En slik tolkning kan også bidra til å forklare hvorfor både klinikerne og brukere, til tross for at de synes å foretrekke samtale framfor bruk av kartleggingsverktøy, likevel svarer så positivt på spørsmål om Alcohol-E og DUDIT-E sin nytteverdi. Funnene kan forstås som et uttrykk for at vurderingen av kartleggingsverktøy versus samtale ikke relateres til egenskaper ved spesifikke verktøy, men til en mer generell holdning til denne type standardiserte tiltak. En annen tolkning kan være at spørsmålet kan forstås som om verktøyene og samtalen skal benyttes uavhengig av hverandre, noe som ikke er hensikten. Sammenligning av klinikerens og brukers svar viser at brukerne i signifikant større grad enn klinikerne foretrekker samtalen framfor bruk av kartleggingsverktøy. Det samme gjelder spørsmål om tidligere negative erfaringer med bruk av kartleggingsverktøy, noe som kan bidra til å belyse hvorfor brukerne i større grad enn klinikerne foretrekker samtalen. På den annen side skal vi være forsiktige med å tolke disse som reelle forskjeller på bakgrunn av de små utvalgene. Som tidligere forskning har vist, kan det være en viss skepsis blant klinikerne til standardiserte tiltak (Bickman, et al., 2000; Holland, et al., 2009; Jensen-Doss & Hawley, 2010) og det som på én side kan forstås som en manualisering av behandling. Denne undersøkelsen synes å gjenspeile en ambivalens som er interessant for videre diskusjon og utforskning av dette temaet. Selv om undersøkelsen ikke avdekker åpenbare barrierer ved verktøyene som kan være til hinder for relasjonen eller behandlingen for øvrig, kan det tenkes at dette er et tema flere klinikerne vil kunne være opptatt av ved en eventuell implementering. Det vil i så tilfelle være avgjørende å finne en balanse mellom bruk av samtalemetoder og standardiserte verktøy, og å heve kunnskapen om hva slike verktøy kan tilføre samtalen.

### Begrensninger ved studien

Metodiske begrensninger i undersøkelsen gjør at resultatene må tolkes med forsiktighet. Utvalgsmetoden og det lave antallet deltakere svekker representativiteten, og dermed generaliserbarheten ved dataene. Det er derfor ikke mulig å anslå med sikkerhet at vi ville fått de samme resultatene ved et større og mer representativt utvalg. Vi har ikke grunnlag for å si noe om klinikerne og brukere som ble forespurt om å delta, men som takket nei. Vi har heller ikke kjennskap til om det er spesielle kjennetegn ved de som valgte å delta, i forhold til de som takket nei. Utvalgsprosedyren innebærer en fare for at de av klinikerne som valgte å delta, er de som i utgangspunktet var positive til bruk av standardiserte verktøy, uten at vi kan vite at det er slik. Undersøkelsen strekker seg over et kort tidsrom og sier ikke noe om opplevelsen av verktøyenes nytte over tid. Til sist vil vi påpeke at påstandene i spørreskjemaene til bruker og kliniker inneholder til dels både ulike temaer og formuleringer. Dersom begge gruppene ble stilt flere like spørsmål, kunne vi ha sagt mer om forskjeller i opplevelse av nytte mellom de to gruppene. Resultatene viser likevel en interessant tendens, og tematikken bør studeres videre.

### IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Undersøkelsen viser at det er en stor grad av enighet blant klinikerne og brukere om at Alcohol-E og DUDIT-E har en nytteverdi, og det er ingen åpenbare barrierer mot bruk av kartleggingsverktøyene. Undersøkelsen støtter opp under den tiltenkte hensikten med verktøyene og viser at de oppleves å være et godt supplement til samtalen i poliklinisk behandling og oppfølging av personer med ruslidelser. På den annen side synes det å være et behov for å undersøke hva verktøyene kan tilføre samtalen. Misforholdet mellom vurderingen av verktøyenes nytte og den uttalte preferansen for samtalen synes ikke å kunne relateres til egenskaper ved Alcohol-E og DUDIT-E. Derimot synes dette å gjenspeile en mer generell holdning til denne type standardiserte verktøy, noe som gir et interessant grunnlag for videre utforskning av og diskusjon om bruk og implementering av kartleggingsverktøy i rusbehandling. ✘

## LITTERATURLISTE

- Berman, A. H., Palmstierna, T., Kallmen, H., & Bergman, H. (2007) The self-report drug use disorders identification test: Extended (DUDIT-E): Reliability, validity, and motivational index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 357–369.
- Berman, A. H. & Brisendal, C. (2010). DUDIT-E Utrednings- og behandlingsmanual. Versjon 2.0. Karolinska Institutet, Stockholm. Hentet 01.02.15, fra <http://www.bd.komforb.se/download/18.29f12cfl201e7b462180001724/DUDIT+manual+version+1+1.pdf>
- Bickman, L., Rosof-Williams, J., Salzer, M.S., Summerfelt, T., Noser, K., Wilson, S.J., & Karver, M.S. (2000). What information do clinicians value for monitoring adolescent client progress and outcomes? *Professional Psychology: Research and Practice* 2000, 31, (1), 70 – 74.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance (s.252 – 260). I *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16 (1979).
- Brorson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: A systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010 – 1024.
- BrukerPlan (2013). *Rusmiddelmissbruk i Norge BrukerPlan – statistikk 2013* (ISBN 978–82–93390–00–8). Stavanger: Helse Stavanger, Stavanger Universitetssykehus.
- Helseforskningsloven, LOV-2008–06–20–44. § 17. (2008). Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008–06–20–44>
- Holland, C. L., Pringle, J. L. & Barbetti, V. (2009). Identification of Physician Barriers to the Application of Screening and Brief Intervention for Problem Alcohol and Drug Use. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 27(2), 174 – 183. doi: 10.1080/07347320902784890
- Horvath, A.O. & Bedi, R.P. (2002). The alliance. I J.C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work* (s.37–69). Oxford University Press, New York, NY (2002).
- Horvath, A., Del Re, A.C., Fluckiger, C. & Symonds, D. (2011). The alliance. I J.C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work* (s.25–69), Oxford University Press, New York, NY (2011).
- Horvath, A.O. & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (1991), s. 139–149. doi: org/10.1037/0022–0167.38.2.139.
- Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2010). Understanding barriers to evidence-based assessment: Clinician attitudes toward standardized assessment tools. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: the Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 39(6), 885–896. doi:10.1080/15374416.2010.517169
- Jensen, C.D, Cushing, C.C., Aylward, B.S., Craig, J.T., Sorrell, D.M., & Steele, R.G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescents substance use behavior change. A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 433 – 440.
- Meier, P. S., Barrowclough, C. & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction* 100, 304 – 316.
- Nasjonale faglige retningslinjer for ROP-lidelser (2012). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP lidelser* (ISBN 978–82–8081–246–9). Oslo: Helse direktoratet, Avdeling psykisk helsevern og rus.
- Nasjonal Kompetansetjeneste ROP. (2014). *Alcohol-E*. Hentet 01.02.2015, fra <http://snakkomrus.no/alcohol-e/index.html>
- Smedslund, G., Berg R.C., Hammerstrøm, K.T., Steiro, A., Leiknes, K.A., Dahl, H.M. & Karlsen, K. (2011). Motivational Interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Thorsen, T. & Mäkelä, M. (1999). A framework for guidelines implementations studies. I Thorsen, T. & Mäkelä, M. (red.), *Changing professional practice. Theory and practice of clinical guidelines implementation* (s. 23 - 53). Copenhagen (DK): Danish Institute for Health Services Research.
- Årstad, J. (2011). Motivasjonsutvikling i behandlingsstart for unge voksne med rusmiddelproblematikk – og nytten av et standardisert kartleggingsverktøy (Masteroppgave). Universitet i Stavanger, Stavanger.

# Th

Forfatteren skrev i fjorårets januarutgave om bokstaven P. Fortsatte historiske studier har brakt ham videre i alfabetet.

## TEKST

Karl Halvor Teigen  
Professor emeritus,  
Universitetet i Oslo

**HISTORIKERE ER IKKE** som oss andre. De foretrekker fakta fremfor data og kaller referansene sine for kilder. Her er de gjerne på fornavn med sine forgjengere, og slurver sjelden med stavemåten.

Derfor kommer det som et sjokk når jeg midt i en historisk avhandling om *Gestalt psychology in German culture* finner en henvisning til «comparative psychologist and ethologist Theodor Schjelderup-Ebbe» (Ash, 1995, s. 217). Det er jo vår egen Schjelderup-Ebbe med hakkeloven det er snakk om. Men ikke bare har han fått en ekstra tupp på etternavnet, han har fått et fornavn som hans mor ikke ville kjent igjen. Han het da virkelig Thorleif.

Jeg har selv fra tid til annen prøvd å opptre som historiker (Teigen, 2004/2015), og falt i tanker over hvordan en slik uetterrettelighet har kunnet oppstå. Jeg konsulterte naturligvis kilden, i dette tilfelle en tidlig årgang av *Psychologische Forschung*, og kunne konstatere at den ganske riktig inneholdt en artikkel fra hønsegården, signert Th. Schjelderup-Ebbe (1924). Og Th betyr på tysk og engelsk Thomas eller Theodor, så her har den godeste Thorleif bare seg selv å takke.

Historien gjentar seg. Muligens. Det er alment kjent at den første brukbare intelligenstesten ble lansert i Paris 1904 av Binet og Simon. Her spilte Alfred Binet hovedrollen og har da også fått den bredeste plass i historien. Simon kan i høyden nomineres til beste mannlige birolle. Dessuten høres etternavnet hans ut som et fornavn, så det er ikke uvanlig at studenter komprimerer duoen til Simon Binet. Men også Simon hadde et fornavn, forkortet Th. Det sto neppe for Thorleif.

Undertegnede utga for 11 år siden læreboken *En psykologihistorie*, som ikke var fri for unøyaktigheter. (Jeg kan innrømme det nå, ved lanseringen av den nye utgaven.) Her beskrev jeg blant annet innsatsen til Alfred Binet og Théodore Simon. Men kollega Jon Martin Sundet, ekspert på intelligenstester siden tidenes morgen, satte støkk i meg da han i all fortrolighet gjorde meg oppmerksom på at det nok skulle være Théophile. Og ganske riktig, Universitetsbiblioteket har katalogisert hovedverket deres (Binet & Simon, 1911) med forfatter: Alfred Binet og medforfatter: Théophile Simon. Flere nyere utgivelser, franske og engelske, hevder det samme.



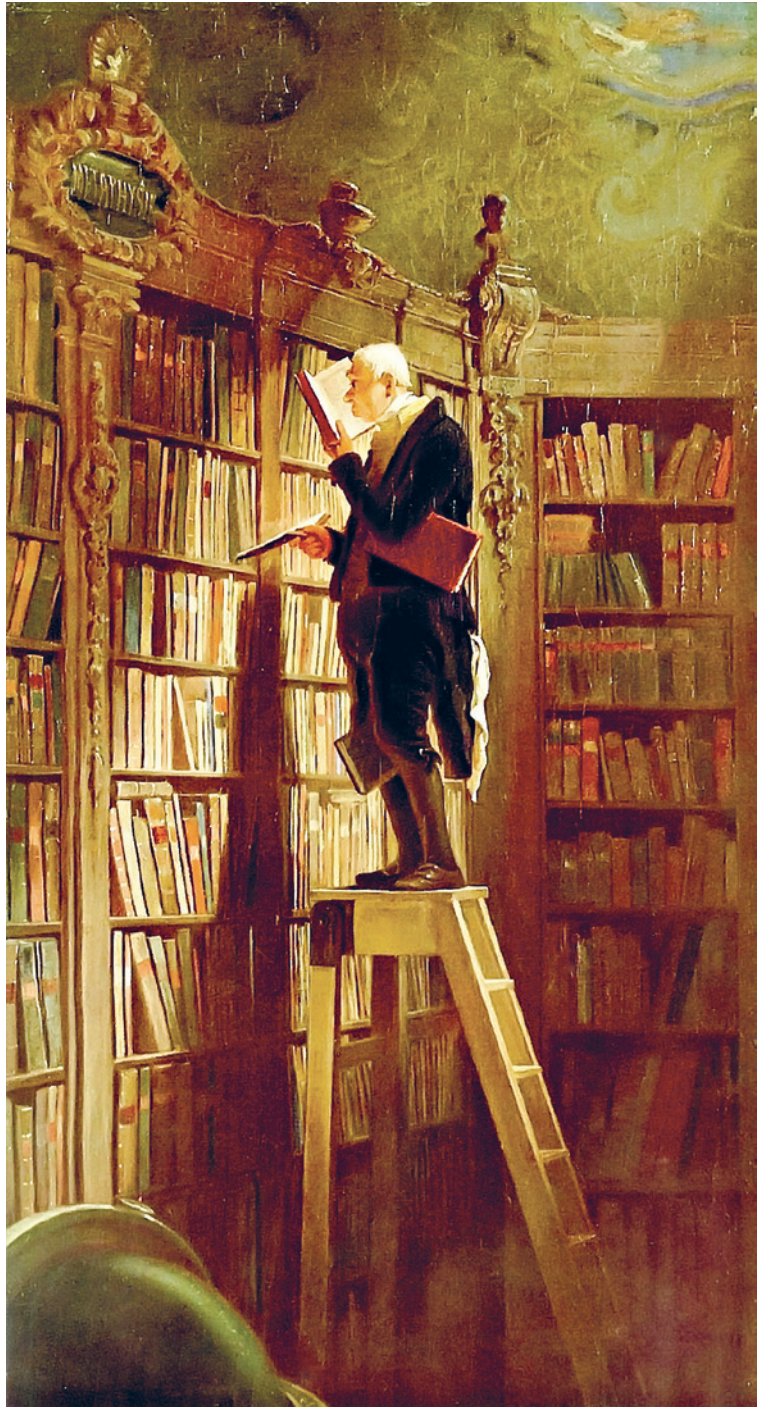
Jeg antok dermed at jeg hadde gått i samme fellen som Mitchell Ash. I Binet og Simons originalartikler har den beskjedne annenforfatteren signert seg Th. Simon og overlatt til leseren å tenke sitt. Gi en europeisk leser Th, og han eller hun vil tenke Thomas eller Theodor.

Dette sto klart for meg da *En psykologihistorie* skulle revideres. Jeg gledet meg faktisk til revisjonen, fordi jeg i alle fall hadde én oppdatering på rede hånd. Theodore skulle rettes til Theophile; en klar forbedring av teksten var altså innen rekkevidde.

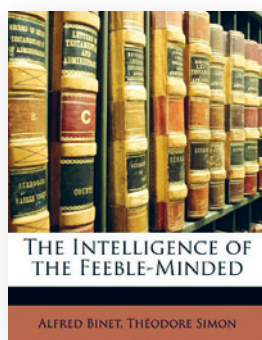
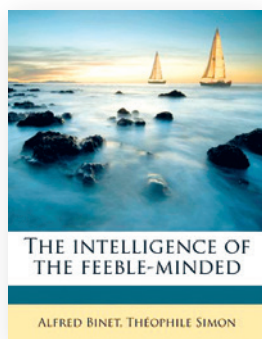
Til oppvarming leste jeg en oppmuntrende og nedslående artikkel av Ole Bjørn Rekdal (2014), som gjennomgår historien til et berømt sitat om unøyaktige referanser, dvs. slike som ikke fanges av korrekturleseren, men «will stand in print as an annoyance to future investigators and a monument to the writer's carelessness». Sitatet stammer fra Katherine Frost Bruner (1942, s. 68, i følge Rekdal). Det er siden innlemmet i fire utgaver av *APA's Publication Manual* og spredd over den ganske psykologiske verden i flere millioner eksemplarer, men ironisk nok ofte forvansket og uten korrekt referanse. Enkelte har for sikkerhets skyld tilskrevet det Katherines mer berømte ektefelle Jerome med samme etternavn.

Et monument høres storslagent ut, men helst ikke over carelessness. Rekdal og Bruner fikk meg til å innse situasjonens moralske alvor. Det inspirerte til en mer omhyggelig kildekritikk. Med uventet resultat: Theodore fortsatte å dukke opp! For jeg hadde ikke vært alene om denne skrivemåten, viste det seg, jeg var ikke en gang i mindretall. Søk på Simon i Google og Google Scholar viste ti ganger flere Theodorer enn Theophiler, til og med på bokomslag, tilsynelatende uten å avskrekke det theofile mindretallet. Merkelig nok fant jeg ikke noen som hadde kommentert dette påfallende spriket i navnsetting.

Når påstand står mot påstand og omslag mot omslag, slik som her, trenger man førstehåndsopplysninger. Dåpsattesten ville vært god å ha. I mangel av den, hva sa den gode Theo om seg selv? I motsetning til sin mer selvbevisste kollega signerte han konsekvent bøker og artikler



**THEODOR ELLER THÉOPHIL?** Forkortelsen Th. tar forfatteren med på en mystisk reise inn i referansejungelen for å finne ut hva den andre halvdel av forskerduoen Binet og Simon egentlig het til fornavn. Maleriet er laget av Carl Spitzweg (1850) og heter «Bokormen». Bilde: Wikimedia Commons



**EN GÅTE** Forfatteren spør seg hvor Théophil egentlig kom fra? Og hva har fått en minoritet til å innføre denne navnebruken?

med de samme to beskjedne forbokstavene. Det er nesten så man blir irritert på førsteforfatteren, Alfred den store, som aldri la skjul på sitt døpenavn. Kunne han ikke, av ren solidaritet, nøyd seg med Al? Så kunne vi fått en informert debatt om det kanskje var Albert han het.

Omsider, i 1911, med Binet på dødsleiet, skriver Simon noen bekymrede brev til en kollega om hvordan det skal gå med tidsskriftet hans (Nicolas, 1997). Disse avsluttes med en hilsen under fullt navn. «Mes meilleurs sentiments» (mine beste følelser), står det. «Dr. Théodore Simon», står det. Altså Theodore allikevel!

Jeg oppdaget denne korrespondansen like før den nye utgaven av *En psykologihistorie* skulle gå i trykken, så vidt tidsnok til å gjeninnføre den opprinnelige navnsettingen i 2. korrektur. Leseren vil altså ikke merke noen forskjell fra første til annen utgave på dette punkt. Og allikevel handler det om en grundig, usynlig, revisjon.

Med spørsmålet om Theodore besvart, melder det seg en annen gåte. Hvor kom Theophile fra, og hva har fått en minoritet til å kolportere dette ryktet? Jeg aner konturene av et kildekritisk arbeid som vil kunne beskjefte meg frem til boken skal revideres neste gang.

Jeg kjenner meg allerede så smått som en historiker. ✕

## REFERANSER

- Ash, M. G. (1995). *Gestalt psychology in German culture, 1890–1967*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Binet, A. & Simon, Th. (1911). La mesure du développement de l'intelligence chez les jeunes enfants. Paris: Bourrelie.
- Bruner, K. F. (1942). Of psychological writing : Being some valedictory remarks on style. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 37(1), 52–70.
- Nicolas, S. (1997). Alfred Binet et «L'Année Psychologique» d'après une correspondance inédite. *L'Année Psychologique*, 97(4), 665–699.
- Rekdal, O. B. (2014). Monuments to academic carelessness: The self-fulfilling prophecy of Katherine Frost Bruner. *Science, Technology, & Human Values*, 39, 1–15. DOI: 10.1177/0162243914532138
- Schjelderup-Ebbe, Th. (1924). Fortgesetzte biologische Beobachtungen des Gallus domesticus. *Psychologische Forschung*, 5, 343–355.
- Teigen, K. H. (2013). P? Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 50, 34–35.
- Teigen, K. H. (2015). *En psykologihistorie*. Bergen: Fagbokforlaget. (Første utgave 2004).

## Må knytte seg til Norsk helsenett

Psykologspesialister som har 50 prosent eller større driftsavtale med regionale helseforetak skal være tilknyttet Norsk helsenett innen 1. januar 2016, ifølge Helsedirektoratet. Kostnaden ved å være knyttet til helsenettet

kompenseres delvis gjennom et tilskudd på 13.000 kroner (100% praksis) som legges på driftstilskuddet. Bakgrunnen for kravet er at det i lang tid har vært fokus på sikker og effektiv utveksling av sensitiv pasientinformasjon. Alle

avtalepraksiser skal pr. 1. januar 2016 ha et elektronisk pasientjournalssystem som støtter sending og mottak av elektroniske meldinger, herunder samhandling med andre helseaktører, og avtalepraksisen skal være tilknyttet helsenettet.



## Hva skjedde med Phineas Gage?

Blar du opp i en grunnbok i psykologi, møter du nesten uten unntak historien om Phineas Gage. Beretningen om jernbanearbeideren som fikk en jernstang gjennom skallen og endret personlighet, fascinerer den dag i dag. Men, skal vi tro på det innføringsboken forteller oss?

Professor Richard Griggs ved The University of Florida har analysert innholdet i 23 innføringsbøker i psykologi og funnet at bøkene inneholder feil og utelatelse i historien om Gage. Flere av bøkene gjengir ikke det faktum at Gage gjennomgikk en oppsiktsvekkende tilfriskning fra de alvorlige skadene han pådro seg, noe nyere historiske analyser viser. Gage emigrerte til Chile, hvor han jobbet som hestekusk, håndterte hele seks hester samtidig, i høflig konversasjon med ikke-engelskspråklige passasjerer. Nye hjernesimuleringer av skaden forklarer Gages rehabilitering: Jernpålen perforerte kun hans venstre frontallapp, hvorpå den høyre frontallappen forble intakt. Kun tre av de 23 amerikanske tekstbøkene Griggs har sett på, oppgir at Gage ble bedre etter skaden, og kun fire nevner at han dro til Chile for å arbeide. I tillegg viser bare fire av bøkene til nyere analyser av hjerneskadene.

Hvorfor er denne forskningen viktig? Griggs argumenterer med at klassiske kasusstudier som dette er helt grunnleggende i psykologers utdanning. En forenklet eller feilaktig gjengivelse av Gages skade bidrar til feillæring over tid, noe som er uheldig for psykologifaget, skriver Griggs.

(Kilde: <http://digest.bps.org.uk/>)

## Genetisk mangfold gjør oss smartere

En metastudie, basert på 100 forskningsartikler og data fra 350 000 personer, viser at genetisk mangfold virker positivt på kognisjonen vår. Jo større den genetiske forskjellen mellom ens foreldre er, desto større er sjansen for at man utvikler gode kognitive ferdigheter. Det er gjennom å studere forskjellen mellom den genetiske koden til et stort antall personers foreldre at forskere fra Universitetet i Edinburgh har kommet fram til dette.

- Vår forskning besvarer spørsmål som først ble stilt av Charles Darwin. Det neste vi vil gjøre, er å se på hvilke spesifikke deler av genomet som påvirkes mest av genetisk mangfold. Studien fremhever styrken i store genetiske analyser for å avdekke grunnleggende informasjon om vår evolusjonære historie, sier Dr. Jim Wilson og Peter Joshi ved Universitetet i Edinburgh til nettstedet Psyblog.

(Kilde: <http://www.spring.org.uk/2015/07/heres-why-people-are-getting-smarter-and-taller.php>)

## Barn arver foreldres angst

Engstelige foreldre blant både rhesusaper og deres menneskelige slektninger har større sjanse for å få engstelig avkom enn andre rhesusape- og menneskeforeldre. Det viser en ny studie fra The University of Wisconsin-Madison, hvor man har sett på hjerneavbildninger av nesten 600 unge rhesusaper fra ulike generasjoner i samme storfamilie.

Studien viser at en overaktivitet i det prefrontale-limbiske-midthjerne-systemet arves fra generasjon til generasjon. Forhøyet aktivitet i dette nettverket kan være en mediator for ekstrem angst og engstelig temperament i tidlig barndom, som igjen kan føre til utvikling av angst og depresjon senere i livet.

Forsker Ned Kalin mener studien representerer et stort skritt i retning av en bedre forståelse av de nevralk mekanismene i arvelig angst, og kan bidra til mer selektive mål for behandling.

(Kilde: <http://www.news.wisc.edu/23879>)





Bondik  
Kaltenborn

# Psykosebehandling i en sengepost

Integrering av individuell psykoterapi og miljøterapi

Å finne en god form på arbeidet med unge psykosepasienter på en sengepost er utfordrende. Vi kan imidlertid yte bedre hjelp hvis vi er bevisste på hva som kjennetegner god psykoterapi med disse pasientene og hvilke rammebetingelser som må foreligge.

**JEG HAR ARBEIDET** med et stort antall unge mennesker med psykoselidelse i mer enn tjue år, hele tiden innenfor en og samme sengepost. Disse erfaringene har reist mange spørsmål, men har også gitt meg mye kunnskap om psykose. Psykosefeltet er et fagområde der teorier og forskningsresultater spriker. Begrepsinnhold og inklusjonskriterier varierer, uenigheten om hva man egentlig vet, er stor, og ulike retninger har skiftet på å dominere. I den utøvende daglige virksomheten skal denne voldsomme og fluktuerende kunnskapsmengden anvendes i møtet med en gruppe mennesker hvor hver og én både er unik og i stadig endring. Oppdraget vårt som hjelpere skal forvaltes innenfor en ramme der man i tillegg til de behandlingsmessige standardene skal ta

hensyn til en rekke lover, regler, retningslinjer og byråkratiske pålegg, som det i seg selv er utfordrende å ha oversikt over. Vårt arbeid skal dessuten tilpasses ulike ledere og skiftende ledelsesfilosofi, alt innenfor de til enhver tid rådende økonomiske rammer.

Bedring fra alvorlig psykisk lidelse kan være krevende både å forstå og måle (Marit Borg, 2009). Behandlingsforløpene varierer fra full tilfriskning til vedvarende lidelse og funksjonssvikt. Etter å ha erfart en del overraskende gode behandlingsforløp hos svært syke pasienter har jeg blitt nysgjerrig på hva som gjør at pasienten og vi noen ganger lykkes, mens vi andre ganger opplever stillstand, til og med destruktiv utvikling. Hovedinntrykket mitt er at vi i de vellykkede forløpene får til en god integrering »

## TEKST

Psykologspesialist  
Inger Toreskås Asheim

## ILLUSTRASJON

Bendik Kaltenborn

av individuell psykoterapi og miljøterapi over tid. Min hypotese er at når individualterapi og miljøterapi deler de samme målsettingene og prioriterer likt, gir dette et unikt utgangspunkt for at pasienten skal lære å mestre sitt indre og ytre kaos.

### ERFARINGSRAMME

Rammen for mitt arbeid har vært en tradisjonell psyko-sepost med fokus på struktur og støtte.

Vi har tatt imot svært forskjellige unge mennesker, der hver og en fremstår som et mangefasettert og komplekst system, formet av biologiske føringer, psykologisk historie, ulike livssituasjoner og sosiale påvirkningskilder i kontinuerlig samspill. Noe av dette har vi kunnskap om, men mye er ukjent for oss, og selv etter den mest samvittighetsfulle utredning er det ofte uklarerhet om forståelse og diagnostikk. Pasientene er dessuten i en alder preget av umoden og uferdig personlighetsutvikling, ustabilitet, forvirring og kaos. Ut fra livsfasen de er i, står de ofte i situasjoner som innebærer krav og omstillingsevne; primært gjennom praktiske utfordringer som skole/jobb/utflytting, men også gjennom forventninger om at de skal ha selvstendige meninger og ta økt ansvar på ulike livsområder. Symptomuttrykkene er svært varierte når det gjelder innhold, form, kompleksitet og intensitet. Noen pasienter har klare, alvorlige og lett klassifiserbare symptomer. Andre preges av diffuse, skiftende, sammensatte og underlige fenomener som de selv har vansker med å formidle, og som det er utfordrende for personalet å beskrive, selv ved hjelp av systematisk observasjon. Gjennomgående har pasientene opplevd betydelig funksjonsfall i forkant av innleggelsen, og familiene er ofte i krise. Noen av pasientene kommer for å få hjelp med noe de opplever plagsomt, men en stor gruppe kommer fordi hverdagen går i stå og omsorgspersoner ser at de trenger hjelp. Disse pasientene gjør ofte mer eller mindre aktiv motstand mot forsøk på utredning og behandlingstiltak.

Innleggelse på sengepost er et sterkt inn-gripende tiltak for den enkelte ungdom. De muligheter som ligger i et slikt opphold, må derfor samordnes med sikte på å være til størst mulig nytte for pasienten. Alle planmessige tiltak og aktiviteter vi møter pasienten med,

skal ha til hensikt å lindre symptomtrykk og styrke personlighetsmessig funksjon hos pasienten. Både individuell og miljøterapeutisk metodikk bør ut fra dette verdsettes som bestanddeler i en helhetlig psykotera-peutisk tilnærming, med de kvalitative krav som følger av dette.

### PSYKOTERAPI

Psykoterapi defineres oftest som en mellom-menneskelig behandling basert på psykologiske prinsipper/teorier der det deltar en utdannet terapeut og en pasient eller klient som har et problem, en plage eller en lidelse. Behandlingen er tilpasset den spesielle pasients lidelse og foregår som oftest på et kontor. De fleste studier av psykoterapi er gjort ut fra en slik ramme. Denne definisjonen fokuserer oftest på topersonforholdet i behandlingen og på kontakt som vanligvis begrenser seg til en til to timer per uke. Allerede i slike topersonforhold ligger det mye kompleksitet.

Når pasienter er innlagt på døgnbasis, tilfø-res nye dimensjoner; nye regelsett, nye rutiner, mange nye personer å forholde seg til og for mange en helt ny form for mellommenneskelig relasjon. Pasientenes mulighet til å velge hva de vil formidle av seg selv, er betydelig redusert ved at livet i en periode utfolder seg på døgnbasis sammen med behandlingspersonalet, ikke bare gjennom avgrensede samtaler. Alt dette fortoner seg innledningsvis for mange av pasientene som en påkjenning i tillegg til sykdommen, men representerer også et terapeutisk potensial ved å gi pasientene tilgang til en ny type konkrete, systematiske og gjentatte erfaringer. Knyttet tett sammen med individuelle samtaler ser vi at disse erfaringene øker de unge psyko-sepasientenes muligheter for utvikling av forståelse og mestring.

Det potensialet for endring som ligger i dette samspillet, er forbausende lite fokusert på, både klinisk og forskningsmessig. Jeg vil vise til noen sentrale trekk fra det som sies om behandling av unge psyko-sepasienter innenfor de terapeutiske tradisjonene individualterapi og miljøterapi, før jeg går over til egne erfaringer med integrert behandling.

### INDIVIDUALTERAPI

Fram til de siste tiår har det vært et allment rådende syn at psyko-se-/schizofrenipasienter er lite tilgjengelige for dynamisk orientert

terapi og har liten nytte, eller til og med kan ta skade, av innsiktsorientert terapi. Medikasjon, psykoedukasjon, støtte og familiearbeid har vært sentrale virkemidler i behandlingen av denne pasientgruppen. I senere tid er dette synet blitt betydelig nyansert.

En norsk studie av 12 anerkjente individualterapeuter med lang erfaring i behandling av pasienter med psykose viser at de vurderer pasientene sine som svært heterogene, og at de opplever begrenset nytte av diagnosen i den kliniske hverdagen (Erdal-Aase & Due-Tønnessen, 2007). Et bredt spekter av behandlingsmessige tilnæringer vurderes som aktuelle, men informantene fremhever likevel det å danne relasjon til pasienten som sentralt, både fordi den interpersonlige fungeringen er spesielt svak og gir pasientene store vansker, og fordi direkte arbeid med endring i de psykotiske symptomene forutsetter god arbeidsallianse.

I en norsk etterundersøkelse av 27 unge pasienter med schizofreni som hadde fått en ambisiøs behandling med en kombinasjon av psykodynamisk orientert individual- og miljøterapi, viste en tredel av pasientene bemerkelsesverdig god fungering, mens to tredeler fungerte svært dårlig (Friis & Larsen, 2002). I kontrollgruppen som fikk standard behandling, var spredningen langt mindre. Studien påpeker at den kombinerte behandlingen åpenbart var mer potent, på godt og vondt, men gir ingen sikre forklaringer på den topuklete fordelingen. En hypotese er at kognitiv fungering kan ha gjort utslag, ved at de velfungerende dro stor nytte av behandlingen, mens den ble for krevende for de med kognitiv svikt. Dette kan man imidlertid ikke vite, da det på den tiden ikke ble gjort systematisk utredning av kognitive forhold.

Disse studiene samsvarer med mine erfaringer, hvor alvorlig syke psykosepasienter har kunnet nyttiggjøre seg psykodynamisk fundert behandling. Man må imidlertid være omhyggelig med behandlingsplanlegging generelt og tilrettelegge spesielt nøye ut fra pasientens spesifikke kognitive vansker.

### MILJØTERAPI

Personer uten spesiell tilknytning til fagfeltet synes å mene at miljøterapi er det som skjer når noen er innlagt på en avdeling. Mange miljøterapeutiske avdelinger beskriver seg primært gjennom de aktivitetene og tilbudene pasientene får på avdelingen. Miljøtilbudet kan være å gi omsorg: mat, husrom, døgnrytme, hygiene, kontakt, trøst. Oppholdet på avdelingen har en asylfunksjon ved at pasientene får muligheten til å komme bort, fristille seg fra daglige krav og påkjenninger. Det kan innebære ryddehjelp i livet; hjelp til bolig, økonomi, kartlegging av rettigheter og muligheter, og det kan gi kunnskap om mange relevante forhold; symptomer, medisiner, traumer, sårbarhet. Det kan videre gi mulighet til alminnelig respektfull sosial samhandling, erfaring med ulike typer personer og situasjoner, og det kan bidra til økt mestring av dagliglivets aktiviteter, som det å vaske tøy, lage mat, bruke offentlig transport og gjøre innkjøp.

Det er ikke lett å danne seg et presist bilde av hvordan miljøterapi drives innenfor vårt helsevesen. Det er forsket lite på miljøterapi, men det er gjort flere kvalitative mastergradsstudier med et begrenset antall informanter (Kristiansen, 2010; Stensrud, 2007). Miljøterapi er ellers beskrevet gjennom foredrag, artikler og bøker av profilerte aktører innenfor fagfeltet. I denne litteraturen synes det å være nokså bred enighet om noen sentrale prinsipper:

”

Potensialet for endring i samspillet mellom miljøterapi og individualterapi er forbausende lite fokusert på, både klinisk og forskningsmessig



»

*Systematikk:* Det finnes planer knyttet til den enkelte klient, og det eksisterer større, overordnede strukturer som ivaretar helheten i behandlingen og de langsiktige prosessene.

*Relasjon:* Relasjonsaspektet er grunnleggende i all tenkning om hva som virker i terapi. Relasjonen ses som arena for regulering, mestring og vilje, den innebærer deling av følelser og intensjoner, og den danner grunnlaget for nødvendig trygghet til å møte nye utfordringer.

*Struktur:* Miljøterapi foregår innenfor rammer som handler om å balansere både 1) behovet for forutsigbare strukturer, retningslinjer og rutiner, og 2) klientenes behov for individuell tilnærming og tilrettelegging. En struktur uten relasjon blir rigid og formålsløs, mens en relasjon uten struktur blir utflytende og formløs.

*Kunnskap om miljøfaktorer* (personaltilgang, tid, aktiviteter, utstyr, ressurser, muligheter): Miljøfaktorene må utnyttes bevisst. Det krever at personalet evner å ha oversikt i komplekse situasjoner og klarer å ivareta både forutsigbarhet og fleksibilitet. De må forsøke å motvirke at vanskelige situasjoner oppstår, samtidig som de må utnytte potensialet når uforutsette hendelser skjer.

*Tid:* Den miljøterapeutiske konteksten gir miljøterapeuten mulighet til å være til stede i de fleste situasjoner klienten befinner seg i over tid. Slik kan de jobbe målrettet med relevante temaer når de trer fram i ulike situasjoner. Det særegne ved miljøterapi er at man ofte må handle i øyeblikket og ut fra de faktorene som foreligger der og da; identifisere mulighetene og handle på dem i de situasjonene som oppstår.

*Helhet i den terapeutiske prosessen:* Miljøterapi kan være proaktiv ved å tilrettelegge for terapeutiske prosesser gjennom målrettet etablering av aktiviteter og situasjoner, og den gir mulighet til å bearbeide prosessene i forkant, underveis og i etterkant av de vanskelige situasjonene.

Min vurdering er at de ulike beskrivelsene av miljøterapi gir konkrete eksempler på godt pasientarbeid, men at det terapeutiske potensialet i for liten grad utnyttes bevisst og snarere hemmes av mangel på samordning med systematisk individuell psykoterapi.

### SENTRALE TREKK VED INTEGRERT PSYKOTERAPI MED UNGE PSYKOSEPASIENTER

Behandlere som skal arbeide med de mest alvorlig syke psykosepasientene, må ha god

kunnskap om følelsesmessige og kognitive særtrekk innenfor denne gruppen, og om den betydningen dette har for behandlingen.

#### Følelsesmessige særtrekk

Min erfaring er at psykose hos unge mennesker handler om en gjennomgående angstopplevelse, drevet fram av uforståelige erfaringer, kaos, manglende fotfeste og mangel på håp. Når noen har det vondt, er det presserende å lindre smerte. Dette gjelder også ved psykotiske lidelser, og medfører at ytre tiltak som medisiner, ro, skjerming fra stimuli, konkret støtte og reduksjon av krav ofte er sentrale virkemidler i en akutt fase av psykosen. Allerede her begynner imidlertid arbeidet med å bygge økt styrke og mestring hos pasienten ved å legge til rette for bevisstgjøring av hvilken effekt slike tiltak har på ham, og hva som skjer hvis man for raskt letter på tiltakene. Et eksempel på dette kan være pasienten som i etterkant av et besøk blir angstfull, kaotisk og hallusinert. På forhånd hadde han sterkt ønske om å motta besøket og var sikker på at han ville ha glede av det, etterpå var det tydelig at han ikke var sterk nok til å tåle situasjonen.

Denne type erkjennelse knyttet til en konkret erfaring kan bidra til innsikt, i dette tilfellet innsikt i egen sårbarhet og i behovet for å finne gode måter å beskytte seg på. På hvilket tidspunkt og på hvilken måte erfaringen skal bearbeides, må tilpasses pasienten. Noen er mottakelige for forståelse av slike sammenhenger i akuttfasen, for andre må personalet dokumentere og være bærere av erfaringene, slik at de lenger ute i behandlingsforløpet kan gi dem tilbake til pasienten.

I psykosebehandlingen tilstrebes vanligvis innsikt, fordi økt innsikt gir en mer robust bedring og dermed redusert risiko for tilbakefall. Samtidig vet vi at noen pasienter ikke er i stand til å bevisstgjøre seg sykdommens realiteter, de trenger å få forseglet sin sykdomserfaring (McGlashan, 1975). Da vil en tilnæringsmåte som gir pasienten et mer distansert og teknisk forhold til sykdomsfenomenene, være mest gunstig for å bidra til økt livsmestring og redusert tilbakefallsrisiko, mens innsiktsorientert tilnærming vil kunne gi forverring av sykdommen. Dette er bare ett av mange eksempler på hvordan psykosebehandling må tilpasses særtrekk ved pasienten; det som er god behandling for en, kan være destruktivt for en annen, det som er god behandling på ett tidspunkt, kan være kontraindisert på et annet. Slik er det gjennom hele behandlingsforløpet. Det må foregå et kontinuerlig samspill mellom utvikling av kunnskap om pasienten (utredning) og tilbud om tiltak (behandling) som har til hensikt å bedre pasientens tilstand og funksjon. Responsen på behandlingstiltak vil inngå som en del av utredningen, og vil gi utvidet grunnlag for forståelse og videre behandling. Pasienten gjennomgår ofte stor forandring i løpet av et behandlingsforløp, og det er en utfordring å legge merke til endringene og justere opplegget til det beste for pasientens utvikling.

Det er stor faglig enighet om at psykosepasienter har særegne vansker med å håndtere mangel på struktur og høyt følelsesstrykk. På denne bakgrunnen er det nødvendig å tilrettelegge for god regulering av emosjonell utagering. Utagering av følelser kan oppleves skremmende og ubehagelig for omgivelsene, men nye relasjonelle erfaringer med emosjonelt materiale er nødvendig for utvikling av økt kontroll hos disse pasientene. Jeg har erfart at jo mer robust evne pasienten utvikler til å erkjenne og uttrykke egne følelsesmessige behov, og jo flere strategier



han har utviklet for å ta kontroll over følelesstrykket, desto mer selvstendig fungering vil han være i stand til. Denne robustheten er det ikke mulig å utvikle uten at man tilrettelegger for gjentatte trygge erfaringer med å håndtere eget og andres følelesstrykk.

Kjernen i psykoterapi ved psykose handler, slik jeg ser det, om å tilrettelegge for at pasienten gjennom ny erfaring, kunnskap og erkjennelse mestrer indre og ytre påvirkning på en måte som gir ham mulighet for optimal utfoldelse på områder som er viktige for ham, men som også innebærer forsoning med og tilpasning til det som ikke kan endres.

### Kognitive særtrekk

Ved psykosebehandling hos unge blir lærings-elementet spesielt viktig siden pasientene på grunn av sin unge alder har begrenset med livserfaringer. Identitetsopplevelsen er ofte svak, med betydelig usikkerhet knyttet til egen eksistens, tilknytning og verdi (Møller, 2000). Kaos og forvirring er en gjennomgående og sentral opplevelse hos pasientene, og de kognitive funksjonene som hjelper oss til å skape oversikt, er ofte rammet av svikt. Gjennom de par siste tiår har vi fått mer kunnskap om hvilken betydning kognitive funksjoner har for utvikling og mestring av psykose. Eksekutivfunksjoner betegner en rekke overordnede funksjoner som setter oss i stand til å håndtere komplekse utfordringer gjennom blant annet å huske og organisere kunnskap, se sammenhenger og konsekvenser, evaluere og prioritere, planlegge, justere, regulere og ta initiativ. Disse funksjonene svekkes lett ved ulike typer sykdom/skade/påkjenninger, og medfører da en gjennomgripende reduksjon i evnen til effektiv livsmestring, også hos personer med høy intelligens. Flertallet av pasienter med alvorlig psykose er i ulik grad rammet av denne type funksjonssvikt (Ueland & Øie, 2006). Svikten er ofte til stede før første psykotiske episode, men forsterkes gjerne ved psykotiske symptomer. Dette nødvendiggjør individuell tilpasning av lærings- og mestringssituasjoner gjennom økt struktur, konkretisering, repetisjon, ro og tid til oppgavene.

Manglende kunnskap om kognitiv svikt har trolig hatt betydning når mange tidligere studier har konkludert med at tradisjonell dynamisk psykoterapi ikke har positiv effekt på psykotiske pasienter. Samtaler om komplekse

og følelesladede relasjoner og utviklingsprosesser, og forsøk på forståelse av disse over et langt tidsperspektiv, blir rett og slett for mye for å forholde seg til for et kognitivt apparat preget av eksekutiv svikt.

### Behandlingsmessige særtrekk

I terapisammenheng er det åpenbart nyttig å spørre seg om hvordan det kan samtales meningsfullt med en person som er usikker på om han i det hele tatt finnes, som ikke lenger skjønner hva alminnelige ord betyr, eller som er overbevist om at hans foreldre vil bli drept hvis han åpner munnen for å si noe. Noen ganger, som når ord bare blir forstyrrende, meningsløs og skremmende lyd, bør pasienten skjermes fra snakk. Samtidig er språket et sentralt hjelpemiddel til organisering og forståelse av egne opplevelser, og grunnlag for meningsfull interaksjon med omgivelsene.

I arbeid med psykosepasienter er det gjennomgående en utfordring å utforme samtaler slik at temaene får relevant bruksverdi for pasientens målsetting og hverdag. Når jeg ser tilbake på gode behandlingserfaringer med integrert individual- og miljøterapi, har gevinsten kanskje vært størst gjennom å skape sammenheng mellom samtaler og daglige erfaringer. Miljøpersonalet følger pasientene i samtaler og fungerer som eksekutiv støtte gjennom å lage systemer for bedret hukommelse, stimulere til viktige initiativ, identifisere og repetere sammenhenger, bringe fram relevante eksempler, gi ideer der ideer ikke dukker opp av seg selv for pasienten, forenkle og konkretisere, og så videre. Denne eksekutive støttefunksjonen utøves i hovedsak utenfor samtaler, men hadde ikke vært mulig for miljøpersonalet å gjennomføre uten detaljert kjennskap til samtalsinnhold.

Når man arbeider med integrert psykoterapi, vil individualterapeut og miljøpersonale ha til dels overlappende funksjoner. Nettopp derfor er det viktig å ha klar ansvarsfordeling på sentrale områder. Individualterapeuten har hovedansvaret for å legge føringer for behandlingen, herunder klargjøre tilstandsbilde, situasjon og målsetting. Han skal ha ansvar for valg av metode, kunne begrunne valget og formidle håp om at det nytter. Han skal ha oversikten når det stormer, til enhver tid kunne formidle innholdet av det felles prosjekt behandlin-



Man kan frustreres over at faget ikke har kommet lenger, men flertydigheten kan også ses som uttrykk for hvor kompleks menneskets psyke er





God balanse mellom fleksibilitet og struktur vil motvirke både retningsløshet og rigid manualisering i behandlingen

gen er, og kunne vise sammenhengene i det som skjer, i tillegg til å kunne justere kursen når det er nødvendig. Miljøpersonalets oppgave er å bistå pasienten med å forholde seg til disse føringene i dagliglivet gjennom å tilrettelegge relevante aktiviteter og situasjoner, gripe og bruke situasjoner som oppstår til å illustrere fenomener. De skal finne ord som fungerer for pasienten, vise til sammenhenger mellom ulike fenomen og sette ting i tidsperspektiv for ham. De skal tydeliggjøre mestring, stimulere alternativer til destruktive tankesett, regulere ned stress og overdrevne krav til seg selv, gi erfaringer med trøst, selvtrøst og selvpoppmuntring, stimulere til nødvendig selvhevdelse og adekvat grensesetting – hele tiden med referanse til det prosjektet man er sammen om, gjerne definert som behandlingsplanen.

Mens individualterapeutens rolle er å legge føringer, vil miljøterapeutens rolle være å gi tilbakemeldinger på hvordan føringene slår ut i det daglige. I begge rollerutøvelse ligger et gjennomsnittlig ansvar for å stimulere og fange opp pasientens innspill og ønsker, og være formidlere der han ikke selv klarer å nå fram.

Personalgruppen kan gjerne ha variert bakgrunn, men i tillegg til psykoseforståelse må de ha kunnskap om overførings- og motoverføringsreaksjoner. I et arbeid der relasjonen til pasienten er et sentralt virkemiddel i behandlingen, vil vi være mottakere av mange følelsesmessige reaksjoner fra pasientene. Det å kunne sortere overføringer fra andre typer reaksjoner, og håndtere disse i et transparent behandlingsfellesskap, bidrar til å tydeliggjøre pasientens behov og setter oss i stand til å møte behovene på en samordnet måte. Kunnskapen hjelper oss også til å forstå og håndtere egne følelser som oppstår, den styrker vår evne til å holde fast i arbeidet og opptre faglig gjennom opplevd avvisning, stillstand og håpløshet. Felles kunnskap og åpenhet om disse fenomenene motvirker splittelse, demoralisering og moralisme i personalgruppa.

#### **PRAKTISKE RAMMER FOR INTEGRERT BEHANDLING**

Integrert behandlingsinnsats forutsetter detaljert praktisk tilrettelegging der alle aktører bærer ansvar for eget bidrag og viser respekt for andres bidrag. Det kan virke unødig

omstendelig å beskrive rutiner konkret, men min erfaring tilsier at detaljerte beskrivelser sparer mye tid og energi i behandlingshverdagen. Klare rutiner medfører trygghet og ro i personalgruppen, noe som er spesielt viktig i et behandlingsmiljø som skal omgi dårlige psykosepasienter.

Boks 1 (side 785) oppsummerer de viktigste punktene i en slik rutinebeskrivelse.

#### **RELASJONSFREMMENDE FAKTORER**

Nesten alle terapiretninger framhever relasjonens endringskraft. Forskjellige definisjoner av relasjon vektlegger ulike elementer, men fellesfaktoren er at relasjon handler om evnen til å forholde seg til andre mennesker. Terapeutenes empati, respekt og engasjement, og evnen til formidling av håp, trygghet og realistisk optimisme, trekkes ofte fram som grunnleggende forutsetninger for å skape en terapeutisk relasjon.

Vi arbeider med en pasientgruppe som i perioder ikke har mulighet til å gjøre gode vurderinger av realitetene. I slike perioder har de ikke alltid mulighet til å gjøre kvalifiserte valg i eget liv. Det innebærer at andre i perioder må ta styring. I noen grad hjemles retten til å ta styring gjennom lov om psykisk helsevern, en lov som har relativt klare retningslinjer for bruk av tvang. Når det gjelder størstedelen av vårt arbeid, må imidlertid balansegangen mellom pasientens rett til selvbestemmelse og vårt ønske om utviklingsfremmende samarbeid styres av andre prinsipper. Pasientene er i utgangspunktet ofte umodne, de rammes av sykdom som skaper sterk usikkerhet om realitetene, og de preges av fragmentering, kaos og sterk angst. Det kognitive apparatet er rammet på en måte som svekker evnen til å forholde seg til kompleksitet; det er vanskeligere å konsentrere seg, huske ting, ha oversikt, kunne planlegge og se sammenhenger i ting over tid. Pasientene har, som annen ungdom, tendens til opprør og frigjøring i seg; de tviholder på normalitet og vil i noen situasjoner hverken forstå eller ha ønske om å forstå hva som skjer med dem. I denne situasjonen er vi avhengige av å få en slags kontrakt med dem om samarbeid og styring.

Til grunn for en slik kontrakt må det ligge en form for trygghet og tillit. Denne kommer ikke av seg selv, men må bygges over tid. Jo mer skadet og utrygg en ungdom er, desto flere erfa-

## Rutinebeskrivelser

- Alle innleggelsjer skjer etter forvernsamtale(r) mellom pasient, primærkontakt og terapeut. Gjennom denne samtalen gjør vi en første vurdering av pasienten, og pasienten får informasjon om behandlingsopplegget og hva det innebærer å være på avdelingen.
- Inntak i posten settes til et tidspunkt da primærkontakten har god tid til å ta imot pasienten. Inntaket starter med et kort møte hos terapeuten der det som er avtalt i forvernet, repeteres og uklarheter oppklares.
- Den første uken brukes til å la pasienten bli litt kjent med personale, medpasienter og avdelingens rutiner og kultur. For personalet brukes denne uken til å få et første overblikk over pasientens fungering. Hvis ikke spesielle forhold tilsier noe annet, kontakter primærkontakten de pårørende i løpet av uken.
- Så fort det vurderes hensiktsmessig, begynner terapeut, primærkontakt og pasient å lage en behandlingsplan tuftet på avtalene fra forvernet. Behandlingsplanen bør være så konkret som mulig og med avgrensbare målsettinger og tiltak. Tiltakene blir integrert i pasientens ukeplan.
- Det tilbys et opplegg for utredning av utvikling, symptomer, funksjon, kognitiv fungering og sosiale forhold. Tempo og omfang tilpasses det den aktuelle pasient er i stand til å delta i.
- Posten har en ukeplan med oversikt over de faste felles aktivitetene som tilbys. Den enkelte pasients ukeplan tar utgangspunkt i denne, men innholdet tilpasses ut fra aktuell funksjon og målsetting. Ukeplanen revurderes ved overgang til ny uke, ved behov brukes dagsplaner. Vanligvis utarbeides ukeplanen av pasient og primærkontakt i samarbeid, og planen legges tilgjengelig i pasientpermen.
- Individualsamtaler med terapeut skjer minimum en gang pr. uke. Med dårlige pasienter kan det i perioder være behov for at pasient, terapeut og miljøkontakt møtes mange ganger i uken. I starten er det svært lav terskel for å ta imot pasienten til slike samtaler. For pasienter med svært høy grad av angst/oppløsthet holdes terskelen lav lenge. Ellers er hyppigheten på samtalene regulert av behandlingsplanen, aktuell tilstand og situasjon.
- Det er et overordnet mål å få primærkontakten med i samtalene, og man forsøker derfor å avtale neste samtale fra gang til gang. Dette forutsetter at primærkontakten har oversikt over egen og aktuelle kollegaers turnus neste uke.
- Terapeuten forsøker å legge samtaler til tider som ikke kolliderer med planlagte miljøaktiviteter. Personalet legger sterk vekt på å hjelpe pasienten til å overholde avtaler hos terapeut.
- Dersom det oppstår behov for samtale utover det som er avtalt, setter terapeuten opp tid med utgangspunkt i avdelingens dagsplan og bemanningsliste for de nærmeste uker. Disse to hjelpemidlene ligger alltid tilgjengelige på vaktrommet.
- Hovedregelen er at primærkontakten er med i alle individualsamtaler, samtaler med familie og andre samarbeidspartnere. Unntak fra dette gjøres ved kognitiv utredning. Da vurderes det ut fra pasientens ønske. Noen blir forstyrret under testing av å ha en tredje person til stede, andre blir roligere av å ha kontakten med. Ellers gjøres det unntak dersom pasienten ønsker å ta opp temaer som er for sårbare eller intime til at han klarer det med flere til stede. I tilfeller der pasienten opplever forholdet til miljøkontakten sin som konfliktfylt og ikke klarer å ta dette direkte opp, kan han også få samtale alene. Da er det en forutsetning at samtalen har til hensikt å gjøre pasienten tilstrekkelig trygg til å arbeide videre med løsning av konflikten sammen med miljøkontakten.
- Hvis terapeuten på denne måten arbeider med ting uten primærkontakt til stede, skal dette alltid gjøres på tider som er satt opp i tillegg til de faste samtalene den uka.
- Behandlingsopplegget drøftes i ukentlige behandlingsmøter. I tillegg evalueres opplegget for hver enkelt pasient grundig en gang pr. måned. Det vurderes som viktig at alle har mulighet til å komme med observasjoner og innspill slik at engasjement stimuleres og divergerende syn kommer åpent fram. Fordi pasientene ofte har behov for personalet som hjelpe-ego, er det nødvendig at hele personalet har detaljert kunnskap om alle pasientene, da også andre enn primærkontaktene tidvis må gå inn med vurderinger og tiltak.
- Det tilstrebes en klar rollefordeling. *Individualterapeuten* har hovedansvar for vurdering av pasientens tilstand/diagnose, hvilket nivå behandlingsopplegget kan legges på, behov for tilsyn, krav til progresjon, endringer i behandlingsbetingelser, varighet av opphold, timing og initiativ knyttet til videre oppfølgingsbehov. *Miljøpersonalet* har hovedansvar for å organisere daglig oppfølging av det som avtales i individualsamtaler og behandlingsmøter; tilpasse aktiviteter, støtte opp der det trengs i forhold til avtaler, gi kontakt og omsorg, observere og tilbakemelde om utvikling og om behov for endringer i opplegg.
- Det tilstrebes respekt for hverandres roller. Når terapeuten har fattet en beslutning, skal dette følges opp i miljøet; når primærkontakten har gjort en avtale med en pasient, skal ikke denne omgjøres av andre i miljøet uten at det foreligger spesielle grunner. Ved uenighet skal det legges opp til drøfting med aktuelt personale til stede.
- Når det oppstår vanskelige, uforutsette situasjoner som må takles der og da, er det ansvarsvakt i miljøet som har ansvar for håndtering av situasjonen. I saker som gjelder pasienters sikkerhet, vil enhver ha ansvar for å ta initiativ til å skjerpe tiltak og kontakte terapeuten eller vakthavende lege dersom det vurderes å være usikkerhet knyttet til akutt fare for liv og helse.



Også vi behandlere kan kjenne på det samme behovet for å forenkle eller flykte

ringer trenger han for å kunne stole på noen, og desto lengre tid tar det. Rammene vi arbeider innenfor, må gi oss mulighet til å bruke denne tiden. Den enkelte av oss må også være nøye med ikke å skape forventninger utover de rammene vi har til rådighet, ellers vil vårt forsøk på relasjonsarbeid kunne innebære opplevelse av nytt svik for pasienten.

Trygghet i relasjonen danner etter hvert grunnlaget for å samarbeide med pasienten om utfordrende prosjekter, for eksempel paranoide og hallusinatoriske symptomer, men det har også en direkte behandlingmessig effekt. Ved at det gjentatte ganger over tid legges til rette for at han kan forholde seg på en relasjonsfremmende måte, får pasienten nye erfaringer med synet på seg selv og andre. Ved stabilitet å være den samme, ved å holde det man lover, ved å formidle en konsistent måte å forstå pasienten på, og ved å repetere disse erfaringene gang etter gang, gir man pasienten mulighet til å få et utgangspunkt for identitetsopplevelse og tilhørighet til virkelighetens verden.

Relasjonsarbeid med alvorlig syke psykosepasienter stiller særegne krav til metodikk. Det er ikke mulig å få til denne prosessen gjennom en ukentlig samtale. Pasientene vil bare holde ut i kort tid, og de vil ofte ha glemt det vi har snakket om, når de har gått ut av døra. Tidlig i forløpet trenger de samhandling om få og hverdagsnære temaer. De trenger hjelpere som repeterer, konkretiserer, minner på, eksemplifiserer, gyldiggjør, setter i sammenheng og oppsummerer. De trenger også hjelpere som ligger foran og skaper situasjoner egnet for nyttige erfaringer, som fanger opp relevante spontane hendelser, og som trener pasientene i ny mestring og erkjennelse. De trenger hjelpere som kan bidra til registrering, forståelse og regulering av følelser, og hjelp til formidling av dette slik at behandleren gjennom sine føringer hverken forstrekker eller overbeskytter pasienten.

Uansett hvor godt vi organiserer oss, vil hjelpene være mange, noe som krever høy grad av oppgaveklarhet, åpenhet, samarbeid og trygghet i personalgruppa.

#### **OPPSUMMERING: KOMPLEKSITET ER MULIGHETENES ARENA**

Lang erfaring fra arbeid med unge psykosepasienter har lært meg at de først og fremst er

veldig forskjellige, som personer og i sin sykdomsutforming. Arbeidet med dem forutsetter tilgang til et bredt spekter av terapeutiske tilnærminger, det handler mye om å lage spesifikke betingelser for vekst og læring, det er faglig krevende, men dypt meningsfullt og engasjerende.

Psykoselitetet er preget av en enorm kunnskapsmengde, presentert i forskningsartikler og fagbøker, formidlet gjennom utallige konferanser og utdanningsløp. Særlig har området tidlig intervensjon ved psykose blitt faglig løftet gjennom de siste par tiår. Likevel er det stor uenighet om sykdomsforståelse og behandlingstiltak. Det finnes totalt mer enn 250 klart definerte terapimetoder (Wampold, 2009). Framstående terapeuter er uenige om hva god behandling er, både indikasjonene for behandling, de virksomme elementene i behandlingen og resultatene av den. Man kan frustreres over at faget ikke har kommet lenger, men man kan også velge å se flertydigheten som uttrykk for hvor kompleks menneskets psyke er, glede seg over mangfoldet og la dette prege behandlingen vi tilbyr.

Individuell og fleksibel tilpasning av behandling må imidlertid innrammes av struktur, slik som:

- Overordnede og begrunnede valg av metoder
- Personalarbeid som sikrer felles innsats mot samme mål
- Rammer som gir nok tid til evaluering og kontinuitet

God balanse mellom fleksibilitet og struktur vil motvirke både retningsløshet og rigid manualisering i behandlingen.

#### **Den sårbare fagligheten**

Det å være fagperson er å kunne bidra med noe som ikke alle kan. Det å utøve fag, spesielt innenfor menneskevitenskapene, er kilde til glede og stolthet, men kan på ulike måter være så følelsesmessig belastende at man må finne måter å beskytte seg på.

Når behandlingssystemets eksekutive funksjon settes under press ved at kompleksiteten i fenomenene vi står overfor, blir for overveldende for oss som er satt til å håndtere dem, utløser det sterke reaksjoner. Det er ekstremt ubehagelig å sitte med faglig ansvar for en oppgave, ha kunnskap om hvordan situasjonen kunne avhjelpest, men være uten mulighet

til å få oversikt, initiere, prioritere, framskaffe eller organisere elementene i et virksomt hele.

Jeg vet at det som kompenserer min svikt best i en slik situasjon, er å arbeide i et stabilt og godt organisert fellesskap som består av tilgjengelige samarbeidspartnere med kunnskap og innsikt i arbeidsfeltet. Dette fellesskapet må være preget av overordnet felles forståelse og felles mål og av at man er faglig ærlige og vil hverandre vel. Ut fra kjennskap til hverandre kan et slikt arbeidsfellesskap gi mulighet for rask reorganisering av oversikt og gi ny tilgang på krefter hos den enkelte, ikke minst gjennom konstruktive forventninger og krav.

Et slikt fellesskap er komplekst og sårbart for sammenbrudd; hvis et ledd ikke fungerer, trues hele systemets fungering. Dersom funksjonene brytes ned, tar det lang tid å reorganisere dem.

Når det blir for mye for det kognitive apparatet og kaos truer, forsøker pasientene våre å forenkle, enten gjennom tilbaketrekning (språklig, sosialt, emosjonelt, fysisk) eller gjennom annen symptomatferd (ulike unngåelsesstrategier, tvangspregede ritualer, vrangforestillinger). I dette perspektivet kan slik atferd betraktes som et forsøk på mestring. Når kompleksiteten, kravene og det emosjonelle trykket i arbeidshverdagen truer med å

overgå vår kapasitet til å ha oversikt og kontroll, kjenner også vi behandlere det samme behovet for å forenkle eller flykte. Når jeg har kjent behov for å beskytte meg mot trusselen om overveldelse, blir jeg mindre kreativ, tenker mer defensivt, støtter meg mer på primære rutiner, unndrar meg utfordringer i samarbeidssituasjoner, trekker meg mer tilbake, utsetter å innkalle til den vanskelige foreldresamtalen eller lar være å sette opp den krevende timen jeg før har sett fram til med positiv spenning. Det å komme i slike situasjoner gjør meg over tid til en dårligere terapeut, og fagligheten forvitrer dersom arbeidsmiljøet ikke gir rom for kompensering. Min erfaring i offentlig helsevesen gjennom mange tiår tilsier at rammene for virksomheten i økende grad setter oss i slike situasjoner (Asheim, 2014).

Når jeg som praktiker har søkt kunnskap om og reflektert rundt temaet psykoterapi og psykose, har jeg blitt slått av hvor separat individualterapeutiske og miljøterapeutiske tradisjoner synes å fungere, både teoretisk og i klinisk hverdag. Begge tradisjoner vektlegger sterkt betydningen av relasjon, tid og gjentatte nye erfaringer som virksomme elementer i behandling av pasientgruppen, og begge synes å være godt kjent med betydningen av struktur, kontinuitet og kognitiv klarhet for pasientene. Likevel beskrives behandlingsformene ofte som nærmest parallelle løp.

På samme måte som eksekutiv kognitiv fungering forbruker mye energi hos enkeltindividet, er utøvelse av integrert individual- og miljøterapi i psykosefeltet kraftkrevende virksomhet for en behandlingsenhet, spesielt i en tid da det vi gjør, skal være kostnadseffektivt på kort sikt, tidseffektivt og enkelt å kvantifisere. Kanskje er det derfor vi som regel velger å organisere oss faglig i strukturer som er enklere å ha oversikt og kontroll over, på bekostning av potensialet som ligger i samordnet innsats. ❌

## REFERANSER

- Asheim, I. T. (2014). Åtte grunner til å forlate et engasjerende fagfelt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(4), 314–319.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(5), 452–459.
- Erdal-Aase, R. og Due-Tønnessen, M. (2007). *Individualterapeuters forståelse og behandling av pasienter med psykose: En kvalitativ studie*. (Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo / Universitetet i Bergen). Oslo: Universitetet i Oslo / Bergen: Universitetet i Bergen.
- Friis, S. og Larsen, T. K. (2002). Har individuell psykoterapi noen plass i behandlingen av schizofreni? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 122(22), 2210–2212.
- Kristiansen, P. J. L. (2010). *Moderne miljøterapi*. (Masteroppgave, Universitetet i Tromsø), Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- McGlashan, T. H., Levy, S. T., Carpenter, W. T. (1975). Integration and sealing over – Clinically distinct recovery subtypes from schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 32(10), 1269–1272.
- Møller, P., (2000). *The phenomenology of the initial prodrome and untreated psychosis in first episode schizophrenia*. (Doktoravhandling, Universitetet i Oslo). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Stensrud, B. (2007). *Miljøterapi: virksomme elementer i miljøterapi rettet mot behandling av psykoselidelse*. (Masteroppgave, Høgskolen i Hedmark). Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Ueland, T. & Øie, M. (2006). *Kognitiv svikt ved psykotiske lidelser*. PsykOpp/Hertervig Forlag.
- Wampold, B. E. (2009). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. Routledge.

# Bedringens tap

Hvorfor er det så vanskelig å gi slipp på spiseforstyrrelsen?

## TEKST

Margrethe Seeger Halvorsen, Spesialist i klinisk voksenpsykologi, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen. Førsteamanuensis, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

**D**e var påfallende like. Begge var i begynnelsen av 20-årene, de var studenter og hadde nylig flyttet til Oslo. Begge hadde intakte oppvekstfamilier med flere søsken. Begge hadde drevet med idrett. Ingen av dem hadde opplevd traumer. Begge hadde klart seg bra på skolen. Begge var single. Nå var de henvist til terapi hos meg, begge etter innleggelse for Anorexia nervosa.

Eline hadde gått raskt ned i vekt på slutten av videregående. Hun visste ikke helt hva som utløste det hele, men hun hadde «mistet kontrollen» og ble lagt inn på en spesialisert døgnavdeling for spiseforstyrrelser med en BMI rett under 15, det vil si svært undervektig (diagnosekriteriet for Anorexia nervosa er BMI < 17,5).

Camilla, på sin side, opplevde at spiseforstyrrelsen var en måte å ta kontroll over livet på i en kaotisk periode på slutten av ungdomsskolen. Hun hadde følt seg maktesløs i møtet med større krav på skolen og sosialt, og kjente at kontroll over mat og kropp ga trygghet. Hun ble besatt av å telle kalorier og spise minst mulig. På et tidspunkt grep foreldrene inn, og Camilla ble lagt inn på en allmennpsykiatrisk døgnavdeling, også hun med en BMI under 15.

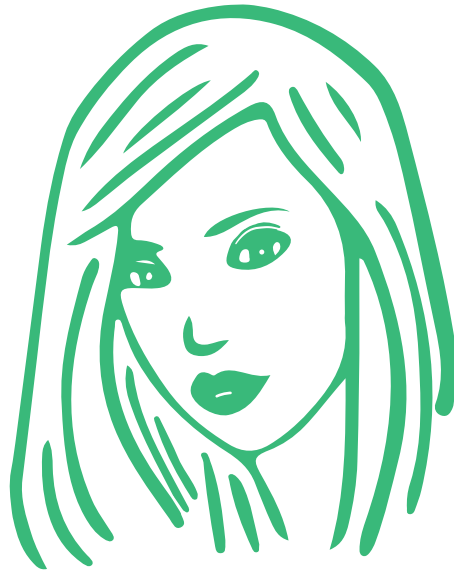
Ut fra epikrisene kunne jeg lese at Eline og Camilla hadde respondert relativt likt på behandlingsopplegget på avdelingene. Begge ble beskrevet som motiverte og samarbeidsvil-

lige. De hadde fulgt kost- og aktivitetsplanene nesten til punkt og prikke, og hadde gått opp i vekt, mer eller mindre etter planen. Ved utskrivelse hadde de begge en BMI rundt 16.5. I epikrisene sto det at de var motiverte for videre behandling.

## ELINE – EGEN VILJE?

I første time satt Eline ytterst på stolen i trange jeans og en ledig topp. Hun var lettet over å være utskrevet. Endelig følte hun seg fri igjen. I ukene som fulgte, gikk hun iherdig i gang med studiene, og jobbet på si. Relativt fort virket det som om hun kom inn i gamle mønstre. Mye studier, jobb og trening. Lite mat, hvile og sosialt liv. Vi snakket om overgangen fra avdelingen til poliklinisk behandling og motivasjonen for videre behandling. Jo, hun ville bli frisk. Hun visste ikke helt hva hun ønsket seg, men kanskje kjæreste og barn, og et liv uten konstant å tenke på mat. Samtidig ble det også tydelig at hun absolutt ikke ville gå ytterligere opp i vekt.

I de første samtalene våre kom det fram at Eline var ambivalent til oppholdet på avdelingen. Ikke til selve behandlingen eller personalet, men til sitt eget prosjekt. Eller strengt tatt var det ikke hennes eget, og det var det som var problemet. Hun opplevde at en vekt på 50 kg ikke var hennes mål, men behandlernes. Hun



hadde fulgt kostopplegget fordi hun «måtte det». Hun hadde aldri sagt imot autoriteter, ei heller her. Nå følte hun seg lurert fordi hun ikke lenger kjente seg igjen i sin egen kropp, og var forvirret og fortvilet. Hun var livredd for å miste kontrollen, og at kroppen en dag ville være gedigen uten at hun hadde fått det med seg. Hun lurte på hvorfor ingen hadde fortalt henne at det å gå opp i vekt kunne innebære at hun ikke kjente igjen seg selv i speilet. Noe som, forståelig nok, var en svært skremmende opplevelse.

Før hadde hun vært Eline med klare konturer og en fast kropp. Nå følte hun seg formløs og ekkel. Vi brukte lang tid på å jobbe med motivasjon og et felles behandlingsprosjekt. Hva er bedring? Hva vil det si å være frisk? Kan kroppen plutselig bli stor? Kan man bli frisk uten å bli stor? Kan man bli stor uten å bli frisk? Og ikke minst, hvem er Eline?

### CAMILLAS VENDEPUNKT

Camilla var rådvill etter utskrivelsen. Det var trygt å være innlagt, utrygt å skulle stå på egne ben. Hun forsto på ett plan at hun måtte videre opp i vekt, men hun var svært lite interessert i å gi slipp på rutinene hun hadde rundt mat og spising. Særlig nå da hun var alene. Hun var også redd for å ese ut, miste kontrollen.

Vi jobbet lenge med motivasjon for endring. Var det noe i et liv uten anoreksi som kunne være forlokkende? Var det noe ved anoreksien som kom i veien for ting hun likte eller hadde lyst til å gjøre? Lenge var det ikke det. Imidlertid vokste det sakte, men sikkert fram en erkjennelse av at hun som var så sosial, ofte takket nei til invitasjoner fra venner, at familiemiddagene hun syntes var så koselige, nå var ubehagelige og konfliktfylte. Hun, som ønsket å være spontan og impulsiv, så nå at hverdagene var rutinepregede ned til hver minste detalj. Var det sånn livet skulle være?

Camilla ble berørt av en eldre medpasient i behandlingsgruppen som hadde slitt med alvorlig anoreksi gjennom hele voksenlivet. «Skal jeg ha det sånn i 15 år til? 20 år til?» Camilla følte seg mer og mer fanget i sitt eget system. Hun tegnet livet sitt som en bitte liten boks, med en stor og uforutsigbar verden rundt seg. Inni boksen var det trygt, men trangt. Utenfor var det liv og drømmer, men også uendelig skremmende. Vi snakket om muligheten for å utvide boksen, utforske hva som skjedde inni henne hvis hun gikk litt utenfor boksen, hvordan det kjentes inni henne når hun var inni boksen, om å dra på oppdagelsestur ut i verden for så å kunne komme tilbake til boksen, og så videre.

En dag kom Camilla og sa at hun skjønnte at hun måtte gjøre noe selv. At ingen kom og fjernet boksen uten at hun selv tok grep. «Hvis



Eline hadde fulgt kostopplegget fordi hun «måtte det»





Camilla tente på ideen om å utforske eget liv

ikke jeg gjør det selv, hvem skal da gjøre det?» Fra den dagen begynte hun å endre rutiner. Hun sluttet å veie maten. Sluttet å telle kalorier. Spiste frokost hver dag. Innførte nye matvarer. Sluttet å utsette måltider. Takket ja til invitasjoner. Og registrerte inni seg – hvordan har jeg det når jeg er inni boksen og utenfor? Hun tente på ideen om å utforske eget liv, og gjorde stadig nye oppdagelser. Vekten gikk gradvis oppover, vitaliteten vokste, hun ble tydeligere for seg selv og de rundt henne, og etter et snaut år fikk hun menssen tilbake. Hun var sjeleglad.

### Å EIE SIN MOTIVASJON

«Motivert for videre behandling» sto det – i begge epikrisene. Klare for å ta fatt på en ny behandlingsetappe i poliklinikken. Men hva er motivasjon? Hva er det som gjør at noen orker å ta det skrittet som innebærer å gi slipp på tryggheten? At de våger å slippe til angsten som ubønnhørlig kommer når tvangen og rutinene utfordres. Og hva er det som gjør at noen ikke gjør det, enda så forbanna de er på spiseforstyrrelsen, og så smertefullt det er med det kontinuerlige mattankekaoset.

Sammen fant Camilla og jeg en nøkkel som åpnet opp muligheten for å utforske livet. Hun var nok grunnleggende sett tryggere enn Eline, og hadde større tilgang til følelser og indre opplevelser når hun først våget å bli kjent med dem. Eline hadde ingen opplevelse av seg selv. Følelser og kroppsfornevelser var truende og ukjente, og hun vekslet mellom å holde dem unna eller bli overveldet. Vi jobbet parallelt med kost/vekt/kropp og utforskning av hennes indre verden. Hun utforsket nye matvarer, spiste litt mer, men gikk tilsvarende raskere eller lengre turer. Hun ble mer kjent med egne vaner, fant noen flere nyanser på fargeskalaen mellom svart og hvitt, kunne kjenne forskjell på hva hun selv ville og hva som var styrt av spiseforstyrrelsen, hadde flere gode opplevelser, og tok noen viktige valg i livet. Men når det kom til vekt, opplevde jeg som terapeut å stange hodet i veggen. Hun forsto betydningen av vektoppgang på et rasjonelt plan. Men det hadde ingen forankring inni henne. Hun ville ikke. Hun kunne eie et ønske om å ikke gå ned i vekt. Men ikke opp.

Motivasjon handler om en intensjon om å endre atferd. For mennesker som sliter med spiseforstyrrelser, kan motivasjonen være fylt av motsetninger. De kan ha et sterkt ønske om å bli bedre, men absolutt ikke ønske å endre vanene sine. Gjennom utforskning av hva som kunne være OK med et liv uten anoreksi, vokste det fram en indre, selvstendig motivasjon hos Camilla. Hun ville noe på egne vegne. Hun kjente på kroppen at anoreksien hindret henne i å ha det livet hun ønsket.

Eline og jeg kom ikke dit. Hun gjorde flere store og små endringer i livet og fikk det på mange områder bedre, men hun hadde ingen indre drivkraft for å gå opp i vekt. Hun kunne si at «det er sikkert lurt at jeg legger på meg», men begrunnelsen var at foreldrene ville bli glade eller at hun skammet seg over å se syk ut. Det var som om hun ikke eide innholdet i valget. Kontroll over mat og kropp ga trygghet, en trygghet hun ikke var klar for å ofre.

*Endring innebærer muligheter for bedring. Men kan også føre til tap. Tap av noe som oppleves som meningsfylt, men som for andre kan være vanskelig å forstå.*

Uten denne risikoen for å miste noe hadde ikke endring vært så vanskelig. ❌



# Å jukse seg til jobb

Mellom 30 og 40 prosent av jobbsøkere lyver trolig under jobbintervjuet, ifølge den canadiske forskeren Nicolas Roulin.

## TEKST

Per Olav Solberg

**VED UJEVNE MELLOMROM** dukker det opp saker i media om personer, gjerne ledere, som har jukset seg fram til gode posisjoner. Mange vil huske Liv Løberg, som i 2010 ble avslørt av VG for å ha brukt falske vitnemål og løgn for å få lederjobber. Da hun ble tatt, var hun ironisk nok administrasjonssjef i Statens autorisasjonskontor for helsepersonell. Denne saken var spektakulær og tragisk for Løberg selv, som fikk en fengselsdom i 2012. Men sannsynligvis er denne saken bare toppen av isfjellet. I jobbmarkedet er det mye grums som ikke kommer opp til overflaten og som fører til feilansettelser. Resultatene av Nicolas Roulins jobbintervjuforskning er lite lystig i så måte:

– *Hvor utbredt er det å lyve under jobbintervju?*

– Det er nok langt mer utbredt enn vi liker å tro. Selv om vi ikke har eksakt forskning som kan måle dette, er det gjort simuleringer som tyder på at over 30 prosent av de som ansettes, har løyet under intervjuet.

– *Hvor lett er det å avsløre løgnere?*

– Svært vanskelig, dessverre. Flere studier viser at arbeidsgiveres evne til å avsløre løgn, uansett intervjuerfaring, er like tilfeldig som om du kaster krone og mynt for å finne løgnere. Men de som intervjuer, har ofte svært stor tiltro til egne avsløringsevner, og viser gjerne til lang erfaring i feltet. Men det hjelper altså ikke, viser forskningen.

– *Dette høres forstemmende ut.*

– Det kan du si, men det er likevel ikke veldig overraskende. Det er forsket mye på løgn-deteksjon i politi- og etterretningsarbeid. Vi vet at hverken etterforskere, FBI- eller CIA-agenter er gode til å avsløre løgn når de avhører mistenkte, selv om de skal være eksperter på dette. Da kan man ikke forvente at arbeidsgivere skal være bedre til å avsløre jobbfuskere.

– *Hvor går grensen mellom å være den beste utgaven av seg selv og å lyve under intervjuet?*

– Det er et godt spørsmål, og grenseoppgangen kan noen ganger være vanskelig å trekke. Men i det øyeblikket små overdrivelser bikker over til å bli usannheter, er man nok over i løgnen. Hvis jeg sier at jeg leder en arbeidsgruppe som har oppnådd svært gode resultater, mens sannheten er at jeg kun er et passivt medlem av gruppa, da har jeg beveget meg over i løgnen.

– *Er det bestemte situasjoner som gjør at jobbkandidater lettere velger løgnen?*

– Forskning tyder på at jobbsøkere har en tendens til å lyve mer når det er stor konkurranse om jobbene. Når arbeidsledigheten øker, og arbeidsmarkedet dermed blir strammere, har vi grunn til å tro at man fristes mer til denne typen adferd.

– *Hvordan bør man legge opp et jobbintervju for å gjøre det vanskelig å lyve?*

– Det hjelper å bruke strukturerte intervjuer hvor alle kandidater behandles likt, samt å stille så konkrete spørsmål som mulig knyttet til arbeidsoppgaver og erfaring. Det er lettere å lyve når du får et generelt spørsmål om dine styrker og svakheter enn hvis du blir spurt om hvordan du brukte dine lederegenskaper i din forrige jobb til å oppnå et bestemt resultat. ✕

## Fakta

- Nicolas Roulin er førsteamanuensis ved Universitetet i Manitoba (Canada) og har en PhD-grad i arbeids- og organisasjonspsykologi.
- Han bidro på EAWOP-kongressen i Oslo i mai, blant annet med innledningen «Faking in job interviews: What we know and what we don't know.»
- Kontakt: nicolas.roulin@umanitoba.ca



**LØGNDOKTOREN** Roulin har forsket på løgn i jobbintervjuet.



**AKSJONERTE** Da styret i Helse Nord vedtok å legge ned traumenheten i fjor vår, gikk pasienter og pårørende ut i gatene. Foto: Håkon Jacobsen.

## AKTUELT



# Hvem sikrer demokratiske rettigheter for folk med psykososiale problemer?

FN følger med på hvordan Norge fremmer politisk deltakelse blant folk med psykososiale funksjonsnedsettelse. Men ingen vi har spurt, kan svare på hvordan virkeligheten ser ut for dem det gjelder.

TEKST Nina Strand

- I hvilken grad kontakter partiene brukerorganisasjoner og folk med psykososiale helseutfordringer før de utformer sin politikk?

*Odd Volden, brukeraktivist*

- **DU ER** den første som spør! sier Guri H. Gabrielsen ved Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) sitt kontor da jeg spør om folk med psykiske helseutfordringer får god nok tilretteleggelse for å stemme ved valg. I arbeidet med denne saken har jeg fått mange lignende svar. For hvorfor skulle folk med psykiske problemer trenge noen form for tilretteleggelse? De kan da uten problemer lese navnet på valglistene. Og kjøre eller ta bussen, og lett forsere trappa til valglokalet.

Men hva hvis du er innlagt på døgnavdeling, eller bor i en kommunal bolig med daglig omsorg av helsepersonell? Hva hvis de psykiske problemene gjør deg sosialt isolert, eller hvis du har sosial fobi som gjør at du ikke greier tanken på folkemylderet i valglokalet?

### **BORGER – IKKE BARE BRUKER**

Den gruppen mennesker vi snakker om her, er stor og umulig å definere. Den omfatter folk med milde depresjoner eller angst, og mennesker som lever med langvarige og sammensatte problemer. Noen går i behandling, andre gjør det ikke. Noen er utenfor arbeidslivet, andre i full jobb. Og plutselig en dag er vi selv en av dem. For ifølge Folkehelseinstituttet vil minst en av tre av oss få en psykisk lidelse i løpet av livet. Derfor er det riktigere å snakke om *vi* enn *de*.

Mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse kalles vi i offentlige dokumenter og i brukermiljøene. I de seneste 10–20 årene har det vært en sterk bevegelse internasjonalt for å gi oss status på linje med andre innbyggere. Tittelen på NOU-en *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer* fra 2001 målbærer denne endringen, som blir kalt et paradigmeskifte. Her slås det fast at folk med psykiske helseproblemer, på lik linje med andre, skal ha muligheter for å være politisk aktive. Debatten om økt tilgjengelighet og politisk deltakelse skal ikke begrense seg til ramper for rullestoler og valglistene i blindeskrift.

Begrepet «brukermedvirkning» står for tiden sterkt i helsefeltet, som et premiss for medvirkning og demokratisering av helsetjenesten. Derfor blir denne journalisten litt overrasket når NOUen peker på at ideen om «brukermedvirkning» faktisk kan stå i veien når målet er likestilling og deltakelse i samfunnet. Deltakelse er så mye mer enn retten til å medvirke i saker som berører oss selv og vår funksjonsnedsettelse, ifølge forfatterne. «Det ville være umulig å få etablert et levedyktig demokrati i en stat som består av borgere med bare egeninteresser. Også mennesker med funksjonsnedsettelse har interesser som strekker seg utover ønsket om å ha innflytelse i saker som direkte angår en selv.» (Side 70.)

Minoritetenes forutsetninger og muligheter for å delta i offentlig og opplyst samtale sier mye om ytringsfrihetens kår i samfunnet, kan vi lese i 1999 NOU:27 *Ytringsfrihet bør finne sted*. Men ytringsfrihet har begrenset verdi hvis en ikke har tilgang på informasjon og muligheter til å følge den offentlige debatten slik at en selv kan danne seg en mening.

I dag har folk med alvorlige psykiske helseutfordringer i all hovedsak flyttet ut fra institusjonene for å bosette seg i hjemkommunen, der man helst kaller dem for beboere eller brukere. Mitt inntrykk, etter å ha snakket med fagfolk, pasienter og brukere, er at tradisjonen fra de store institusjonene i psykisk helsevern, der ansatte ble rådet til å være varsomme med å snakke med pasienter om politikk og religion, har blitt med på flyttelasset. Hvis det stemmer, stenges mange ute fra å følge med og å delta i samfunnsdebatten.

## INGEN KLAGER

Likestillings- og diskrimineringsombudet forteller meg at kontoret aldri har fått noen klage på tilretteleggingen før valg for denne gruppen. Kanskje er det ikke så mye å klage på. Eller kan det være at mangelen på klager skyldes liten bevissthet og lave forventninger fra velgere med psykososiale problemer?

For det er bare to år siden Norge forpliktet seg til å tilrettelegge for at også mennesker med psykososiale utfordringer fullt og helt skal kunne delta i samfunnet, ikke minst i det politiske og offentlige liv. Det skjedde sommeren 2013, da Norge ratifiserte *FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne* (CRPD). Her beveger man seg vekk fra den medisinske forståelsen av funksjonshemming, der funksjonshemmingen oppfattes som en egenskap ved individet. I stedet presenteres en relasjonell forståelse, der kjernen er samspillet mellom menneske og omgivelser, og oppmerksomhet på barrierer som hindrer full deltakelse – enten det dreier seg om praktiske hindringer eller holdninger. Artikkel 1 i FN-konvensjonen krever tilrettelegging, også av informasjon, i sammenheng med valget. Men ingen jeg har snakket med – heller ikke avdelingslederen hos Likestillings- og diskrimineringsombudet – vet helt sikkert hva dette betyr i vår sammenheng. Spørsmålet gjenstår: Hva skal til for at tilretteleggingen er god nok?

## HVEM VET?

Hvordan er valgdeltakelsen blant mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse her i Norge? Jeg har ikke funnet norske data som gjelder spesielt den gruppen. Men Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet viser til Direktoratet for forvaltning og IKT, som i Innbyggerundersøkelsen 2015 finner «en indikasjon på at personer med psykiske vansker i mindre grad deltar ved valg enn andre».

En annen kilde er Norges første rapport til FN om vår etterlevelse av FN-konvensjonen, sendt til FN i sommer. Her presenteres funn fra Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2011, som konstaterer at i stortingsvalget 2009 var det ingen signifikant forskjell i valgdeltakelsen mellom personer med nedsatt funksjonsevne i alderen 20 til 66 år og befolkningen generelt i samme alder. Men disse tallene gjelder altså for alle typer funksjonsnedsettelse. Er det grunn til å tro at mennesker med psykiske helseutfordringer skiller seg ut fra personer med andre typer »

# Ut av terapiørkenen

– Politisk arbeid i Mental Helse reddet livet mitt, sier Odd Volden.

**ODD VOLDEN ER** brukeraktivist og tidligere landsstyremedlem i Mental Helse. Han har finlest FN-konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne. I denne sammenhengen mener han at konvensjonens vekt på deltakelse i frivillige organisasjoner og på likemannsarbeid er spesielt relevant.

– Politisk deltakelse og innflytelse handler om så mye mer enn å bli kjørt til et valglokale for å stemme. Det å være med i en brukerorganisasjon er uvurderlig for å få demokratisk trening og utvikle sosiale ferdigheter i samfunnet, sier han.

Han snakker av egen erfaring. Etter en årrekke som pasient i psykisk helsevern tok han kontakt med en lokalavdeling av Mental Helse. For ham ble det et avgjørende skritt i bedringsprosessen. Her startet medlemmene et politisk verksted sammen med politikere. Senere var han med da Mental Helse i Vest-Agder sammen med Landsforeningen for pårørende innenfor psykisk helse arrangerte valgdebatter før kommune- og stortingsvalg. Politikerne stilte opp, og Volden deltok både som innleder og debattleder. Nå bor han i Drammen, hvor lokallaget av Mental Helse tidligere i år var på besøk i Stortinget og ble tatt imot av en lokal stortingsrepresentant. Han er ikke i tvil:

– For meg begynte den positive utviklingen med en sosionom i Sandnes, som tenkte nettverk hele veien. Etter å ha hatt store psykososiale problemer i 20 år og vandret i terapiørkenen fikk jeg kontakt med et dagsenter og et lokallag i Mental Helse. Det reddet livet mitt, sier Volden.

Volden mener fagfolk og helsetjenesten har en forpliktelse til å understøtte brukerorganisering og å interessere seg mer for betydningen de kan ha for at pasienter blir aktive medborgere istedenfor å ende opp med en permanent og diffus identitet som pasient, bruker eller omsorgsmottaker.

Man at man kommer feil ut hvis man tar utgangspunkt i utfordringene en bestemt gruppe kan ha i sammenheng med valgdeltakelse, sier Volden.

– Vi må starte med det generelle, og se på hva *alle* har behov for i sammenheng med valg. Vi er alle borgere, sier han, og trekker fram begrepet «universell utforming». Informasjon og kommunikasjon i sammenheng med valget må ta hensyn til mangfoldet i samfunnet, og det at folk har ulike bakgrunn, etnisk og psykososialt, for eksempel.

– I hvor stor grad ønsker egentlig de politiske partiene å finne velgere i disse gruppene? I hvilken grad kontakter de for eksempel brukerorganisasjoner og folk med psykososiale helseutfordringer for å få kunnskap og innspill før de utformer sin politikk? spør han.



**VIL PÅVIRKE**

Odd Volden.

Foto: Randi Semb

# Et livsproblem, ikke et helseproblem

– Er du marginalisert, blir troen på at din stemme betyr noe, tilsvarende lav, sier Mette Ellingsdalen.

**METTE ELLINGSDALEN ER** leder av menneskerettighetsutvalget i brukerorganisasjonen We Shall Overcome (WSO), som først og fremst arbeider for ikke-diskriminerende lovverk og mot tvang. Hun understreker at selv om det å stemme er en viktig del av politisk påvirkning, gir deltakelse i brukerorganisasjonen også mulighet for innflytelse.

Ellingsdalen mener at en eventuell lav valgdeltakelse blant folk med langvarige psykiske plager henger sammen med det å tilhøre en gruppe som har lett for å bli isolert fra samfunnet.

– Artikkel 29 i *Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne* dreier seg om deltakelse i det politiske og offentlige liv. Men denne artikkelen må ses i sammenheng med artikkel 19, som peker på retten til et selvstendig liv og til å være en del av samfunnet. Er du marginalisert, blir troen på at din stemme betyr noe og at du kan endre noe, tilsvarende lav, sier Ellingsdalen.

Hun kjenner igjen at hjelpere er tilbakeholdne med å åpne for samtaler om politikk og samfunnsproblemer, og forteller at det på lukkede avdelinger kan være en del av «husreglene» at en skal unngå å snakke om religion, sykdom og politikk.

– Er det en mangel at helsepersonell er forsiktige med å åpne for å diskutere politikk?

– Ja, det mener jeg. Men denne mangelen henger sammen med en større mangel: det at vi blir sett bare som syke. Ikke som deltakere.

– Vi er mange, men ikke mektige, sier hun.

– Vi har ikke i tilstrekkelig grad sett oss selv som sterke velgergrupper. Her har vi en jobb å gjøre, og vi kan lære av andre bruker- og interesseorganisasjoner.

Hva slags tilrettelegging det er snakk om for mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse, er et uutforsket felt, påpeker Ellingsdalen, som legger vekt på at det ikke må være større krav til å gjøre velfunderte valg for denne gruppa enn for andre.

– Vi må ha like mye rett til å gjøre dårlige valg som andre!

Manglende mulighet til å delta politisk ikke er et helseproblem, men et livs- og samfunnsproblem, mener Ellingsdalen. Men Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet sender lett alle saker som angår psykososiale funksjonsnedsettelse, over til Helse- og omsorgsdepartementet, selv når det ikke handler om helse.

– Det viser at vi ikke oppfattes som borgere på lik linje med andre, avslutter hun.



**VIL BEVISSTGJØRE**

Mette Ellingsdalen.  
Foto: Nina Schliemann

funksjonsnedsettelse, eller kan vi gå ut fra at valgdeltakelsen vil være omtrent den samme?

Forskning jeg har fått referert fra Folkehelseinstituttet, tyder på lavere valgdeltakelse blant mennesker med dårlig helse som samtidig har svakt sosialt nettverk. Folkehelseinstituttet har ikke gjort egne undersøkelser på dette, men divisjonsdirektør Ellinor Major svarer velvillig på e-post: «Forskning på sammenhenger mellom helse og valgferd er «in its infancy», men har fått mer fokus de siste årene.» Major har gått til internasjonal forskning, som rapporterer om sammenhenger mellom dårlig helse og valgdeltakelse både i Europa og i USA. En av studiene hun trekker frem, er gjort av Mattila og kolleger (2013), og inkluderte 200 000 mennesker fra mer enn 30 europeiske land. Helsetilstanden ble målt med spørsmål blant annet om hvordan helsen generelt var, om kontakt med slekt, venner og kollegaer – og om sosiale aktiviteter. Funnene viser ifølge Major at det er grunn til å tro at redusert helse svekker det sosiale nettverket, noe som igjen går ut over deltakelsen i valg. Det kan altså se ut til at det ikke nødvendigvis er helsetilstanden i seg selv, men det at man ikke er inkludert i samfunnet, som reduserer valgdeltakelsen.

Men hvordan står det til med mulighetene for å sette seg inn i samfunnsdebatten og delta i valget hvis du er innlagt på en døgnavdeling, eller i en bolig med omsorg fra helsepersonell og andre kommuneansatte? Verken Folkehelseinstituttet, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet eller Helsedirektoratet kjenner til slik forskning. «Sannsynligvis er det store variasjoner i hvorvidt det blir tilrettelagt for at mennesker med nedsatt funksjonsnedsettelse får deltatt i det politiske liv eller stemt. Det beste er nok å kontakte institusjoner og kommuner og spørre om deres praksis på området», svarer Britt Randi Hanssen, seniorrådgiver i Kommunikasjonsavdelingen hos Helsedirektoratet, i en epost.

## POLITIKK I KOMMUNALE BOLIGER

Jeg er ikke forsker, men en journalist som gjerne refererer til forskning i saker jeg skriver. Nå har jeg åpenbart beveget meg inn i et landskap uten stødige kjentmenn til hjelp. Så jeg følger rådet fra Helsedirektoratet. To tilfeldige kommuner – Trondheim og Sandnes – får representere de 428 kommunene i Norge. Tre sentrale brukerrepresentanter får snakke for dem som har skoen på (se egne intervjuer).

Men jeg begynner på Facebook, i to grupper for folk som har egne erfaringer med å være inneliggende i psykisk helsevern. Jeg spør: Fikk du stemme? Hva slags informasjon fikk du? Svarene tyder på stor variasjon. En ordlegger seg slik: «Mottar hjelp fra psykiatrisk team i kommunen, og har lang og god erfaring med psykiatrien. Har aldri på de 20 årene opplevd å få støtte til å komme meg av gårde og stemme. Har heller aldri fått hjelp til å orientere meg.» En annen skriver: «Er som regel alltid mulig å forhåndsstemme når man er innlagt. Men om man alltid blir opplyst nok om det, det er en annen sak», mens en tredje svarer: «Har aldri opplevd et slikt tilbud. Og jeg har erfaring fra begge sider av bordet. Godt innspill.» (De tre har gitt meg lov til å sitere anonymt.)

Kan hende bør det ikke overraske at ansatte ved kommunale boliger ikke ser det som naturlig å snakke med beboerne om politikk og valgdeltakelse. Bente Sæteraas Svendsen, fagleder i enhet Botiltak psykisk helse i Trondheim kommune, sier det slik:

– Politikk er et følsomt tema, og vi ansatte er forsiktige med å snakke om politikk i hverdagen her. Vi sier ikke noe om våre egne holdninger, for eksempel. Relasjonsbygging er noe vi har sterk vekt på, og da kan politiske temaer vekke reaksjoner og opplevelse av at vi vil påvirke med våre holdninger.

Men selvsagt, dette er individuelt, understreker Svendsen. Beboerne får anledning til å forhåndsstemme, og det er lang tradisjon for å sette opp en buss til valglokalet på selve valgdagen, slik at de som ønsker det, kan få avlagt stemme.

– *Er det mange som benytter seg av det?*

– Vi kan vel ikke si det. Av rundt 25 beboere vil jeg tro det dreier seg om fra 5 til 7 som stemmer.

I Sandnes kommune treffer vi på Elisabeth Høyland, avdelingsleder for et bofellesskap ved Mestringsenheten i kommunen.

– Her har vi et team rundt hver bruker, og vi snakker med hver enkelt om de vil stemme. Vil de, så følger vi dem. Det fungerer greit. Et par-tre av brukerne tar egne initiativ, og går i 1. mai-tog.

– *Diskuterer dere også politikk?*

– Ja. Hvis noen vil diskutere debatter eller nyheter på TV, for eksempel, er vi gjerne med på det. Men det er ikke alltid det er like heldig å gå dypt inn i slike temaer. Her tilpasser vi oss og kjenner på atmosfæren samtalen skjer i, sier avdelingslederen, som i utgangspunktet ønsker samtaler om politikk og samfunnsrelaterte temaer velkommen.

– Det å ha interesser og en meningsfull fritid er viktig. Tar brukerne initiativ til å snakke om slike temaer, griper vi fatt i det. Da er vi klare!

Spesialrådgiver i Psykologforeningen, Aina Fraas-Johansen, forstår godt motforestillingene ansatte i psykiske helsetjenester har når det gjelder å snakke om politiske temaer. Det kan lett vekke sterke følelser og uro hos enkelte pasienter, mener hun.

– Samtidig dreier det seg om verdighet og hva vi vet er viktig for et menneske. I dag hjelper vi pasienten i kontakten med NAV, og til å komme seg i jobb, for eksempel. Det å bidra til at de kan delta i og påvirke samfunnet har vi kanskje ikke vært like bevisste om.

## **FN SER OSS**

Ja, kan det være at helsepersonell har en for snever forståelse av hva som er god hjelp? At det å se personen som pasient skygger for synet av borgeren?



**UTFORDRER** Staten bør trappe opp støtten til brukerorganisasjoner som har kunnskaper om utfordringene folk har, mener Guri Gabrielsen i Likestillings- og diskrimineringsombudet. Foto: Flickr.com



**VIL ENGASJERE** Linda Øye. Foto: Knut Arne Øye

## Kommunevalg for dummies

Mange sitter hjemme fordi de ikke vet nok. Ikke fordi de har psykiske problemer, mener Linda Øye.

- **JEG TENKER** at det ikke er lett for noen, ikke bare folk med psykososiale helseutfordringer, å sette seg inn i hva kommunevalget gjelder. Politikerne snakker ikke så folk flest forstår, sier Øye.

For å bøte på det publiserte hun halvannen måned før kommunevalget «Kommunevalg for dummies» på bloggen hun kaller «entittovergjerdet». Her kan man lese om hva kommuner bestemmer over, som barnehage, grunnskole, psykisk helse og kommunale boliger – og hva som ligger under staten. «Finn ut hva som er dine hjertesaker og hvilke partier som står for ditt syn lokalt», oppfordrer Øye. Den erfarne brukerpolitikeren gir også tips om hvordan en kan få direkte kontakt med lokale politikere.

- *Du har selv flere ganger vært innlagt på døgnavdeling i psykisk helsevern. Hvordan ble det tilrettelagt for valgdeltakelse der?*

- Slik jeg husker det, kom en ansatt inn og sa: «Det er valg i morgen. Vil du stemme?» De viktigste spørsmålet stilte hun ikke: Hva er du opptatt av i ditt liv? Hva ville du spurt en politiker om? Etter mitt syn går den aller viktigste tilretteleggingen ut på vekke motivasjonen for å stemme, sier Øye.

- *Du er nestleder i Mental Helse, men foreningen sentralt har heller ikke gjort noe for mer tilrettelegging og informasjon om partienes politikk, for eksempel?*

- Vi har sendt ut informasjon til lokallagene våre om hvilke saker vi har fokus på, for eksempel psykisk helse i skolen og sosial boligbygging.

Øye kommenterer ikke om hun er fornøyd med dette, men trekker entusiastisk frem Funksjonshemmedes fellesorganisasjon (FFO) i Rogaland, som nå i august skal gjenta suksessen med folkemøte før valget. Her deltar representanter fra de fleste partiene som stiller til kommunevalget. Det er et åpent møte, hvor publikum kan utfordre dem i debatt om rehabilitering, skole, utdanning og arbeid. Flere lokalavdelinger i FFO inviterer til debattmøter, og også i Mental Helse lokalt finner vi noen slike arrangementer.

*nina@psykologtidsskriftet.no*

Britt Randi Hanssen i Helsedirektoratet gjør det klart at det er kommunen som har ansvaret for valgdeltakelsen. Paragraf 29 i FN-konvensjonen krever at framgangsmåter, lokaler, utstyr og materiell som benyttes i forbindelse med valg, skal være tilgjengelige og lette å forstå og bruke. Men ikke nok med det: Man skal også «arbeide aktivt for å fremme et miljø der mennesker med nedsatt funksjonsevne fullt ut og på en effektiv måte kan delta i ivaretagelsen av offentlige anliggender, uten diskriminering og på lik linje med andre, og oppmuntre til at de deltar i offentlige anliggender» – blant annet frivillige organisasjoner.

Og det er vel her den store utfordringen ligger. Å fremme et miljø, å oppmuntre til deltakelse – det innebærer mye mer enn å kjøre folk til valglokalet. Er dette noe helsepersonell er skodd til å gjøre gjennom utdannelsen sin og måten arbeidsoppgavene er definert på i dag?

Hvert fjerde år fremover skal Norge rapportere til en egen komité i FN som overvåker gjennomføringen av konvensjonen. Det er Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet som har ansvar for å følge opp dette. Guri Gabrielsen, avdelingsleder i Likestillings- og diskrimineringsombudet mener regjeringens første rapport legger mest vekt på fysisk tilrettelegging, eksempelvis i bygninger.

- Det må fokuseres mer på tilrettelegging for personer med intellektuelle og psykososiale funksjonsnedsettelse. Skal økt politisk deltakelse for personer med nedsatt funksjonsevne bli reelt, må det tenkes bredere enn man gjør i dag. Dette gjelder jo ikke bare mennesker med funksjonsnedsettelse, men *alle* innbyggere. Det er et perspektiv vi har vært altfor lite oppmerksomme på.

Gabrielsen trekker også frem FNs forventninger om at en skal støtte frivillige organisasjoner som gjør en god jobb.

- Brukerorganisasjoner har kunnskaper om utfordringene folk har, og tillit blant medlemmene. Staten bør trappe opp støtten til slike organisasjoner og miljøer, og gjerne innlede samarbeid med dem, sier hun.

### HVEM HAR ANSVAR?

På hjemmesiden til Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) står det at BLD «har overordna ansvar for at konvensjonens føresegner vert gjennomført nasjonalt». Jeg sendte derfor disse spørsmålene til BLD



på epost: «Hva vet man i dag om tilrettelegging for politisk deltakelse blant pasienter i psykisk helsevern? Hva har dere rapportert om dette til FN så langt? Er det lagt planer for oppfølging av dette temaet?» Stor var forbauselsen da jeg fikk beskjed om at akkurat disse spørsmålene var det Helse- og omsorgsdepartementet som skulle svare på. Så forundret ble jeg at jeg svarte slik: «Spørsmålene mine handler jo først og fremst om kjernefeltet til Horne: likestilling og diskriminering. Vil hun ikke kommentere på dette perspektivet? Er det ikke likestillings- og diskrimineringsministerens rolle å sørge for at mennesker med psykososiale funksjonsnedsettelse får ivaretatt sin mulighet for deltakelse i det politiske og offentlige liv (artikkel 29)? Siden det er Helsedepartementet som skal svare: Betyr det at denne gruppa kun forstås ut i fra deres funksjonsnedsettelse, og ikke som borgere med alminnelige demokratiske rettigheter?»

### URO

Jeg fikk aldri direkte svar på den tilbakemeldingen. Derimot fikk jeg grundig, velvillig og presis hjelp til å forstå hvordan tre departementer – Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kommunal- og moderniseringsdepartementet – organiserer arbeidet for å sikre rettighetene til mennesker med nedsatt funksjons-

»

- Å delta i valg kan være en motvekt mot følelsen av maktesløshet – både hos personer med og uten autismespekterdiagnose

*Lora Rypern, Autismeforeningen*

## - Valgdeltakelse tenner håp

Autismeforeningen har en ildsjel som helt alene har lagd fengende og grundig valginformasjon til medlemmene.

**HVILKET ANSVAR TAR** brukerforeningene selv for å engasjere sine medlemmer og gi dem kunnskap om kommunevalget 2015? Jeg har ikke funnet mange. Men så kom jeg over hjemmesiden til Autismeforeningens fylkeslag i Akershus. Her er det et vell av tilnærminger som skal gi kunnskap og vekke engasjement hos mennesker som ofte befinner seg i utkanten av samfunnsdebatt og politisk aktivisme. Lora Rypern er forfatteren. Helt frivillig og helt alene har hun samlet og tilrettelagt informasjon. Med det ønsker hun å sette medlemmene i stand til å ta informerte valg i tråd med sine interesser.

Når en deltar i valg, er man ikke bare en «bruker» eller en «omsorgstrengende». Valgdeltakelse åpner for innvirkning på ens egen livssituasjon på et annet nivå enn eksempelvis det å delta på møter om individuell plan, poengterer Rypern.

- Å delta i valg kan tenne håp for fremtida og være en motvekt mot følelsen av maktesløshet – både hos personer med og uten autismespekterdiagnose.

Det ville ikke vært nok å bare oppmuntre til valgdeltakelse hos personer med autisme/Asperger, forklarer hun. Mange har en høy terskel for å gjøre noe uvant, og trenger konkret informasjon om hvorfor det er viktig, og hva de skal gjøre.



**VIL MOTIVERE** Lora Rypern. Foto: Veronica Ruth

- Støttepersoner har som regel ikke tid til å lete etter tilrettelagte valgressurser eller lage sine egne. Derfor tok jeg saken i egne hender.

Nytt i presentasjonen av årets valg er «Femten vanlige svar på hvorfor det er viktig å stemme». Leserene oppfordres til å teste ut hvilke svar som passer best for dem.

- Vi trenger å hjelpe potensielle velgere å oppdage hvorfor valgdeltakelse er viktig for akkurat dem, sier Rypern.

*nina@psykologtidsskriftet.no*

evne. Det jobbes systematisk og engasjert for å få lovverk og rutiner på plass. Men jeg hørte ingenting om fremtidige tiltak.

Da jeg startet å arbeide med denne saken, ville jeg finne ut om folk som har langvarige helseutfordringer og som til daglig får støtte og hjelp av helsepersonell og andre ansatte, også får muligheten til å delta i samfunnsdebatt og politikk. Blir de inspirert til å interessere seg for samfunnet og for rammebetingelsene de

lever under? Er det noen som undersøker om de vet at de kan påvirke?

Jeg har fått inntrykk av at Norge ligge langt fremme når det gjelder lovverk og tenkning rundt folk med funksjonsnedsettelse. Samtalene med dem det gjelder derimot forteller meg om store mangler, og at kan være vanskelig å se mulighetene for deltakelse og innflytelse når man lever på siden av samfunnet. Jeg sitter igjen med en følelse av uro. ✘

## LITTERATUR

1. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013). Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.
2. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2015) FN- konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) – Norges første rapport.
3. Direktoratet for forvaltning og IKT, *Innbyggerundersøkelsen 2015* (2015).
4. Mattila et al. (2013) Healthy voting: The effect of self-reported health on turnout in 30 countries. *Electoral studies* 32, 886–891.
5. NOU 1999: 27 «Ytringsfrihed bør finde Sted». Justis- og politidepartementet.
6. NOU 2001: 22 Fra bruker til borger — En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Sosial- og helsedepartementet.
7. Ramm, J. og Otnes, B. (2013). Personer med nedsatt funksjonsevne. Indikatorer for levekår og likestilling. Statistisk sentralbyrå.
8. Vrålstad, S., Wiggen, K. S., og Lotte R. Thorsen (2012). *Levekårsundersøkelsen EU-SILC 2011*. Statistisk sentralbyrå.

## DERFOR

Redaksjonen begrunner sine valg

# Hvorfor journalistikk?

**Jeg er ikke psykolog**, men skriver om psykologi. Jeg er ikke forsker, men skriver om forskning. Som fagpressejournalist beiter jeg på begge områdene. Ambisjonen er å skrive kunnskapsbasert og grundig.

**Men hva gjør en journalist** når det ikke finnes et godt kunnskapsgrunnlag å skrive ut fra? Under arbeidet med saken om valgdeltakelse blant folk med langvarige psykiske helseutfordringer (side 792 ff) kontaktet jeg flere forskningsinstitusjoner. Ingen hadde undersøkt hvordan norske kommuner ivaretar demokratiske rettigheter for mennesker med psykososiale problemer. Skulle jeg droppe saken?

**Det var tips til redaksjonen** om at helsetjenesten ikke følger pasientenes rettigheter godt nok opp, som gjorde at jeg tok fatt i denne problemstillingen. Da jeg tok kontakt med tidligere og nåværende pasienter, bekreftet flere av dem dette bildet. Men hvor representative var de? Det kunne jeg ikke finne ut, og dermed manglet saken et solid fundament.

**Så kom jeg over forskning** som finner at dårlig helse og det å være ekskludert fra sosialt fellesskap har negativ innvirkning på politisk deltakelse. Enda en grunn til å anta at det ligger et problem her. Det forsterket motivasjonen for å skrive en sak – tross manglende systematisk kunnskap.

**Utenforskapet gir meg muligheter.** Ved å lytte til og formidle troverdige stemmer kan jeg reise problemstillinger og holde frem skjevheter. Skrive om problemer før forskerne har rukket å dokumentere dem. Her har journalistikken en viktig funksjon. Fra utenforskapet kan jeg utforske og utfordre.

Nina Strand, journalist i Tidsskrift for Norsk psykologforening

# BEKYMRINGS- MELDING MØTT MED TAUSHET

160 fagfolk, blant dem 20 psykologer, melder bekymring om barnevernet. Psykologforeningen vil ikke uttale seg om oppropet.

**I OVERKANT AV** 20 psykologer har skrevet under på et opprop om barnevernet, som i sommer fikk oppmerksomhet i Aftenposten og i andre medier. Oppropet, eller bekymringsmeldingen, er til nå støttet av 160 advokater, fastleger, barnevernspedagoger, lærere, journalister og andre.

Psykologspesialist Einar C. Salvesen og menneskerettighetsrådgiver Gro Hillestad Thune er initiativtakere til oppropet.

– En lang rekke barn blir utsatt for grov uforstand og overgrep i dagens barnevern, sa initiativtakerne til Aftenposten i sommer. De leverte bekymringsmeldingen til barneminister Solveig Horne (FrP) nylig.

## **- BRUDD PÅ MENNESKERETTIGHETER**

Det handler om manglende respekt for barns menneskerettigheter, ifølge menneskerettighetsrådgiver Hillestad Thune.

– Når myndighetene henter et barn ut fra familien, selv for svært kort tid, er dette et inngrep i barnets rett til familieliv. Ethvert slikt inngrep må være tvingende nødvendig og tilfredsstillende kravet til proporsjonalitet som er nedfelt i Den europeiske menneskerettskonvensjon artikkel 8.

– Psykologer som fungerer som rådgivere i barnevernssaker, må ha klart for seg at når barnevernet henter ut et barn på grunnlag av en dårlig fundert bekymringsmelding, slik vi ser i mange saker, vil dette høyst sannsynlig være brudd på barnets menneskerettigheter, sier Hillestad Thune.

## **TAUST**

Leder Katrin Koch i Foreningen for sakkyndige psykologer i Psykologforeningen ønsker ikke å kommentere bekymringsmeldingen. Det gjør heller ikke An-Magritt Aanonsen, leder i Barne- >>

## **TEKST**

Øystein Helmikstøl

## - Det handler om manglende respekt for barns menneskerettigheter

*Gro Hillestad Thune, menneskerettighetsrådgiver*

FOTO: EINAR SOLVOLL/NTB SCANPIX



**INITIATIVTAKER** Menneskerettighetsrådgiver Gro Hillestad Thune har tatt initiativ til et opprop om barnevernet.

## Bakgrunn

- Barnevernlovutvalget skal levere sin innstilling innen 15. august 2016.
- Målet med gjennomgangen av barnevernloven er å bedre rettsikkerheten for barna og lage et mer forståelig lovverk.
- 52 100 barn mottok tiltak fra barnevernet i 2011.
- Funn om barn i fosterhjem: 51 prosent har diagnostiserbar psykisk lidelse.
- Funn om barn i barnevernsinstitusjoner: 76 prosent har diagnostiserbar psykisk lidelse.

*Kilder: Regjeringen.no og Psykologforeningens innspill i april til barnevernlovutvalgets arbeid med ny barnevernlov.*

sakkyndig kommisjon. Aanonsens begrunnelse er at hovedfokus i oppropet slik det kom fram i Aftenposten i sommer, var barnevernet, og ikke primært sakkyndighet.

President Tor Levin Hofgaard i Psykologforeningen ønsker heller ikke å kommentere bekymringsmeldingen fra gruppen av fagfolk.

Psykologspesialist Einar Salvesen reagerer på tausheten som bekymringsmeldingen blir møtt med.

– I lys av kritikken som har kommet frem fra en rekke fagpersoner gjennom lengre tid, ikke bare i denne bekymringsmeldingen, burde Psykologforeningen satt seg inn i og uttalt seg om kvaliteten på de beslutningene som gjøres i barnevernssaker. Foreningen må uttale seg om hva som kan gjøres med de mangler og feil de der vil se, sier han.

Salvesen mener at Psykologforeningen bør erkjenne at norsk barnevern er i en krise.

– Altfor mange barn utsettes for overgrep på grunn av et dysfunksjonelt barnevernssystem. Ikke minst burde foreningen interessere seg for den sakkyndige psykologen og barnesakkyndig kommisjons ansvar i denne sammenhengen, sier Salvesen videre.

Han mener Psykologforeningens president bør bidra til en diskusjon om konkrete tiltak til forbedringer i barnevernet. Den diskusjonen er psykologpresidenten med på, selv om han ikke vil kommentere fagfolkenes bekymringsmelding.

### UTVIKLINGSFREMMEDE TILKNYTNING

Hva mener president Tor Levin Hofgaard kan forbedre det kommunale barnevernet?

– Det relativt nye forsvarlighetskravet i barnevernloven bør medføre utvikling av nødvendige krav til kompetanse og materielle forhold ved gjennomføring av vedtak. Det må sikres at «barnets beste»-vurderinger innebærer en kunnskapsbasert vurdering av om tiltaket

kan forventes å gi barnet bedre betingelser. I tillegg må innsatsen økes for å sikre at tiltak er tilpasset barnets behov, at de er effektive og kunnskapsbaserte, samt at man har metoder for fortløpende evaluering og underveistilpasning.

Det skriver Hofgaard i en e-post til Psykologtidsskriftet. Han viser til Psykologforeningens høringsuttalelse til barnevernlovutvalget, som svaret hans er klippet ut fra.

– For å få det kommunale barnevernet bedre, hvilke politiske beslutninger kreves?

– Det er viktig å følge opp allerede vedtatte tiltak. Forsvarlighetsparagrafen gir barn i barnevernet viktige rettigheter, men dette er en rettslig standard som må fylles med faglig innhold om den skal få noen innvirkning for barna som får tjenester av barnevernet, skriver Hofgaard.

Han mener det er viktig å følge opp den offentlige utredningen NOU 2012:5 av Raundalenutvalget.

– Den understreker behovet for å knytte barnets beste-vurderinger sterkere til utviklingsfremmende tilknytning, skriver Hofgaard.

Raundalenutvalget foreslår at utviklingsfremmende tilknytning bør få forrang for det biologiske prinsipp når det gjelder vurderinger av barnets behov.

Psykologspesialist Einar Salvesen er ikke fornøyd med svaret fra Psykologforeningens president.

– Presidenten unngår de vanskelige spørsmålene og diskusjonene. Han tar ikke på alvor at beslutningsgrunnlaget for omsorgsovertakelser er mangelfulle, spekulative, ja rett og slett overgrep mot barnet i altfor mange saker.

Ifølge Salvesen gjelder dette spesielt i saker hvor foreldres omsorg er gjenstand for det han omtaler som «ukvalifisert forsøk på fin-måling».

Salvesen mener også det er kritikkverdig at lederen i Barnesakkyndig kommisjon ikke vil kommentere bekymringsmeldingen.

– Bekymringsmeldingen omtaler i høyeste grad sakkyndiges rolle, sier han.

– Sakkyndige står overfor et kompetanseproblem av dimensjoner når de tar på seg å finmåle barns omsorg i sitt biologiske hjem, ofte på et meget tynt observasjonsgrunnlag og med sviktende metodebruk. Det fører altfor ofte til tragiske resultater for de barn som rammes av den sakkyndiges feilvurderinger, sier Salvesen.



**ØREMERKING:** Senterpartiets leder Trygve Slagsvold Vedum mener øremerking av midler er nøkkelen til et bedre barnevern. Foto: Senterpartiet

## - BARNEVERNET BLIR BRUKT SOM BREKKSTANG

– Statsminister Erna Solberg bruker barnevernet som brekkstang og påskudd for å gjennomføre tidenes største kommunereform.

**TEKST** Øystein Helmikstøl

**DET MENER TRYGVE SLAGSVOLD VEDUM**, leder i Senterpartiet, partiet med 92 ordførere før årets kommunevalg.

Vedum mener at det viktigste er å øke bevilgningene til kommunene.

Venstre-leder Trine Skei Grande svarer med kommunesammenslåing på spørsmål om hvordan få et bedre kommunalt barnevern.

– Barnevern og det å få til en god primærtjeneste for psykologer er gode argumenter for å få til kommunesammenslåinger. Da får vi bedre fagmiljøer, sa Skei Grande til Psykologtidsskriftet etter partilederdebat-ten i Arendal som startet valgkampen.

Trygve Slagsvold Vedum er uenig.

– Det er ikke faglig belegg for å si at barnevernet i små kommuner er dårligere enn i de store, mener Vedum, som viser til evalueringer av barnevernet blant annet utført av selskapet Deloitte i 2012.

Det er kommunalminister Jan Tore Sanner (H) som har ansvaret for kommunereformen. Han kommenterer Sp-lederens uttalelser til Psykologtidsskriftet slik:

– Undersøkelser viser at mange barnevernsarbeidere i de minste kommunene opplever det som en stor belastning å være alene om vanskelige saker, og ønsker seg et større fagmiljø å støtte seg på. Det er helt klart at enkelte fagmiljøer i små kommuner er for sårbare i dag.

Sps Vedum mener at øremerkede midler er nøkkelen.

– Det sto Audun Lysbakken i spissen for i sin tid, og det ga en effekt i det kommunale barnevernet.

– *Hva er det største problemet i barnevernet, etter din mening?*

– At vi ikke har nok fagfolk, det gjør at folk ikke klarer å stå i stillingene lenge. Det er en tøff førstelinjejobb.

Vedum er oppgitt over det han mener er en for lettvinnt debatt om barnevernet.

– Mange uttaler seg ut fra fordommer, ikke ut fra fakta.

– *Hvordan vil du karakterisere barnevernet i Norge?*

– I barnevernet jobber det solide fagfolk. Veksten i barnevernet har vært voldsom de siste årene, det er en bekymringsfull utvikling. De som står i førstelinjen, må ha nok fagfolk å spille på lag med. Jeg har stor respekt for dem som jobber i barnevernet, de må ha et utrolig stort arbeidspress når vi ser på statistikken om dette.

Hvis det er barnevernet som er problemet, må Erna Solberg og hennes regjering tilføre ressurser nettopp til barnevernet, mener Vedum, som ikke får gehør fra kommunalministeren.

– Kommunereformen er en velferdsreform. Sterke fagmiljøer er viktig for å sikre likeverdige tjenester i hele landet. Vi vil at kommunen skal være mer for dem som trenger det aller mest, skriver Jan Tore Sanner ifølge en e-post til Psykologtidsskriftet.

### **- MÅ HA FOLK**

På valgkampåpningen under Arendalsuka snakket Psykologtidsskriftet med SV-leder Audun Lysbakken, som også har erfaring som barneminister i den rødgrønne regjeringen.

– *Hvordan kan kommunalt barnevern bli bedre?*

– Den store utfordringen de siste årene har vært å skaffe nok folk til det kommunale barnevernet. Det var vår hovedprioritering da vi satt i regjering. Da Inga Marte Thorkildsen var barneminister, økte vi med tusen nye stillinger i barnevernet, sier Lysbakken.

Den satsingen er ifølge SV-lederen stoppet opp.

– Det barnevernløftet som ble satt i gang, burde denne regjeringen ha fullført, sier Audun Lysbakken. ❌

## Fra arkivet: 1969

### Politikk og fag

Styret i NPF har i det siste vært opptatt av hvordan NPF kan vise et sterkere sosialpolitisk engasjement, både som forening og ved virksomhet som kunne stimulere de enkelte medlemmer.

**Ideen til** et sterkere foreningsengasjement på den sosialpolitiske front har hos noen av oss funnet næring ved å følge den virksomhet som NOSO (sosionomenes yrkesorganisasjon) har drevet. Sosionomene har i de siste få årene systematisk tatt opp på sine landsmøteseminarer nettopp problemer som reiser seg for fagfolk i spenningsfeltet fag – politisk engasjement – sosialpolitisk ansvar – forebyggende virksomhet.

**Årets landsmøteseminar** om forholdet mellom folkevalgte og fagpersonalet tar opp kanskje nettopp kjernepunktet når det gjelder fagfolks sosialpolitiske engasjement. Den naturlige vei for fagfolk å gå for å påvirke det sosiale hjelpeapparatet i den hensikt å forbedre, forandre og videreutvikle, er gjennom de folkevalgte organer. Man kan via skriftlige og muntlige henvendelser søke om større bevilgninger, komme med forslag til forandringer eller gi informasjon.

**Men det som** man kan komme til å oppleve i slike forsøk er at man ikke når frem med sine synspunkter. Den ønskede forandring skjer ikke, det fortsetter som før (...). I en slik situasjon er det lett å gi opp. Man kan legge skylden på de folkevalgte organer, klage på edruskapsnemder, barnevern og sosialstyret, ty til luftige generaliseringer om det kapitalistiske samfunns misrører, og bli i denne misfornøyde stengte tilstand.

**Når NOSO nå går** til det skritt å prøve å nærme seg dette er det et forsøk på å utforske problemet for å finne frem til veier å gå. Sosionomene står i sitt arbeid i en mer direkte kontakt med de folkevalgte organer enn psykologene. Vi har jo ofte sosialarbeideren som en buffer mellom oss selv og de andre som en buffer så og si. Men om man som psykolog prøver å drive sosialpolitisk virksomhet i noen form, vil problemet bli aktuelt.

**Hvem skal bestemme** over det sosialpsykiatriske hjelpeapparatet, trygder og andre stønadsordninger, via institusjonsbygging, til barnevern, og behandlingstilbud for barn og voksne? Er det fagfolk eller politikere? Psykologen vil gjerne ha kommentarer omkring dette tema.

*Fra én usignert leder, august 1969*

# VIL HA PSYKISK HELSE INN I KRLE-FAGET

Psykisk helse må bli en større del av undervisningen enn i dag, mener kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen (H). SV-leder Audun Lysbakken åpner for psykisk helse i KRLE-faget.

**DET ER ET** hull i skolens læreplaner, mener Psykologforeningen. Kravet fra foreningen og fem andre tunge aktører er at psykisk helse nå må på pensum.

På et debattmøte under Arendalsuka i august var kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen den klart mest skeptiske til oppropet om psykisk helse inn i skolen, men inviterte likevel Psykologforeningen til et møte. I et intervju med Psykologtidsskriftet i etterkant av debatten er kunnskapsministeren mer positivt innstilt.

– *Hvorfor er det viktig å få inn undervisning om psykisk helse i skolen?*

– Fordi det er forebyggende. God psykisk helse er like viktig som god fysisk helse.

Kunnskapsministeren sier at en satsing på undervisning om psykisk helse i skolen er «et naturlig neste steg».

– Nå er vi i gang med en stor opptrapping som gjelder behandlingsapparatet, med lavterskeltilbud blant annet på psykolog- og skolehelsetjeneste. Et naturlig neste steg er psykisk helse. I skolen må vi bruke den kunnskapen som finnes, på en bedre måte enn vi gjør i dag.

– *Hvorfor er du skeptisk til psykisk helse som eget fag?*

– Fordi skolen er veldig fullpakket allerede. Det er veldig mange læremål. Vi mangler lærere med sentral kompetanse innenfor helt vanlige

fag som norsk, mat og helse og engelsk. Skolen blir mer overfylt hvis psykisk helse blir et eget fag.

## KRLE

SV-leder Audun Lysbakken ser for seg at psykisk helse kan bli en del av andre fag.

– Presset på dagens unge vokser voldsomt. Mens alkoholbruk reduseres, øker spiseforstyrrelser og psykiske lidelser. Skolen er det stedet alle barn og unge møtes. Vi kan ikke la muligheten gå fra oss til ikke å utnytte det. For det første ved at spørsmål knyttet til psykisk helse blir en større del av undervisningen enn i dag, for eksempel i mat og helse og i RLE, og for det andre ved at støtteapparatet bedres, sier han.

SV ønsker en opptrapping mot 1500 nye stillinger i skolehelsetjenesten.

– Det er utrolig viktig at skolen bidrar til å fjerne tabuer rundt psykisk lidelser, sier Lysbakken.

SV-lederen omtaler faget som «RLE». Faget er ved hjelp av Solberg-regjeringen nylig omdøpt til «KRLE», som står for kristendom, religion, livssyn og etikk. Betyr det at SV-lederen kan se for seg å erstatte K-en med «P» for Psykisk helse?

– Jeg tror ikke vi her og nå skal gå inn for en så omfattende navneendring, tatt i betraktning bråket rundt K-en.

## TEKST

Øystein Helmikstøl



**PENSUM** Kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen (H, i midten) diskuterte psykisk helse i skolen med Arbeiderparti-topp Jette Christensen under Arendalsuka i august. Til venstre debattleder Alf van der Hagen. Foto: Akademikerne

## – Psykisk helse i skolen er et naturlig neste steg

*Torbjørn Røe Isaksen, kunnskapsminister*

## Bakgrunn

- Psykologforeningen har gått sammen med Elevorganisasjonen, Mental Helse Ungdom, Norsk lektorlag, Norsk psykiatrisk forening i Den norske legeforening og Rådet for psykisk helse om oppropet «Boken som mangler».
- De seks aktørene vil ha psykisk helse inn i skolens læreplaner.
- Barn bør ifølge oppropet blant annet lære noe om følelser, tanker, handlinger, holdninger, sosiale prosesser, identitet, hjernen og psykisk normalutvikling.

Jette Christensen ledet Arbeiderpartiets kunnskapsutvalg, som la fram et såkalt kunnskapsdokument vedtatt av Ap-landsmøtet i april. Hun ser for seg at psykisk helse kan bli en del av mat- og helsefaget i skolen.

– Det viktigste er å være positiv til å få inn psykisk helse som et tema i skolen på en mye bedre måte enn i dag, sier Christensen til Psykologtidsskriftet. Selv har kunnskapsutvalget hun ledet, lansert «kritisk tenkning» som en ny grunnleggende ferdighet i skolen.

– Det er ikke et enten/eller her. Vi må ha inn både kritisk tenkning og mer om psykisk helse, sier Christensen.

Hun mener kunnskapsminister Torbjørn Røe Isaksen har brukt for mye tid på å forklare hvorfor han absolutt ikke vil ha det inn som eget fag.

### KOMPETANSELØFT

Røe Isaksen er enig i at det kan være rom for mer undervisning om psykisk helse i noen av fagene som er i skolen allerede.

– Men da trenger lærerne et kompetanseløft. Det hjelper ikke å sette ned noe på et papir. Det som reelt sett gir god undervisning, er jo kompetansen lærerne har. Hvis du skal endre en læreplan og ha inn nye mål på hva elevene skal lære, så må du også sørge for at lærerne skal få oppdatert kunnskap om det.

– Kan lærerne undervise om psykisk helse innenfor læreplanen slik den er i dag?

– Ja. I lærerutdanningen er man jo i aller høyeste grad innom psykisk helse. Men ikke i et eget fag.

– Er du og helseminister Bent Høie uenige om dette, har dere litt forskjellig perspektiv?

– Jeg har heller ikke hørt Bent Høie si at vi trenger psykisk helse som et eget fag. Vi er begge enige om at psykisk helse må mer inn i skolen.✘



# Meninger



## Mindfulness for klima

Per Einar Binder og Bergljot Gjelsvik utfordrer oppfatningen av mindfulness som selvsentrert praksis.

*Se hovedinnlegget på de neste sidene*



«Det er farlig å legge all skyld på enkelt-individer, særlig når dette rammer personer som allerede er i en sårbar og ofte stigmatisert situasjon»

*Samfunnspsykolog Arnhild Lauveng reagerer på NRK-innslag.*

*Side 813*

## Den rette balansen

*To nye innlegg i NPM-debatten søker å finne middeelveien mellom retningslinjer og klinisk skjønn. Side 816 og 818*

Send innlegg til [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto:meninger@psykologtidsskriftet.no). Frist er den 8. i hver måned.

### DELTA I DEBATTEN

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

### KRONIKK

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

### DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

### REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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



Child from 10

# Inn i naturen

De massive klimautfordringene vi står overfor, krever indre ressurser. Det utvikler seg nå en økt politisk bevissthet i mindfulnessfeltet som kan gi nytt engasjement og handling for klimasaken.

**KAN MINDFULNESS STIMULERE** til solidarisk og økologisk bevisst handling? Begrepet mindfulness har som andre populære 'buzz words' i psykologien raskt kommet til å bety høyst ulike og ofte motsetningsfylte ting. Mindfulness-praksis inngår i ulike bevegelser i samtiden – fra den rent buddhistiske til en sekulært og vitenskapelig fundert klinisk psykologisk og medisinsk behandlingsmetode, og til de store multinasjonale bedriftenes bruk av mindfulness på arbeidsplassen – «Wisdom 2.0». Mindfulness som samtidfenomen rommer måter å jobbe med oss selv på som hjelper oss å forholde oss til kompleksiteten og lidelsen i tilværelsen. Helt parallelt til dette finner vi også forenklete populariseringer som det kan være rimelig å

beskrive som «MacMindfulness», hvor mindfulness gjøres til et rent salgsprodukt. Mindfulness i populærkulturen er av kritikere blitt sett som et symptom på individualisering av livsproblemer, kommersialisering av indre liv og prestasjonskultur. Enkelte mener den nyvunne og omfattende interessen for mindfulness i Vesten representerer nok en variant av narsissistisk eskapisme i en kultur hvor kontinuerlig selvforbedring nærmest er blitt en tvang (se f.eks. Brinkmann, 2014). En tenker seg at motivasjonen er et navlebeskuende ønske om stressmestring, uten blick for de større sosioøkonomiske og politiske sammenhengene individet inngår i og som bidrar til å skape problemene vi strever med Slike syn inngår i en ellers vel- >>

## TEKST

Bergljot Gjelsvik  
og Per-Einar Binder

## ILLUSTRASJON

Åshild Irgens

kjent og ofte betimelig kritikk av manglende politisk og sosiokulturell refleksivitet i psykologifaget. Den opprinnelige vektleggingen innenfor mindfulness-baserte praksiser på altruisme, medfølelse og individets ansvar for økologisk bærekraftige levesett setter den individualiserte uttrykksformen mindfulness har fått i populærpsykologien, i et interessant, men paradoksalt lys. Dersom mindfulness-praksiser ukritisk tar opp i seg en tidsånd som prioriterer fremskritt, selvforbedring, narsissisme og forbrukskultur, kan disse lett ta form av et 'selvets oppussingsprosjekt'. Det er i tidens ånd å betrakte opplevelse av stress, angst og tomhet som et individuelt problem. At samtidstrender på denne måten karikerer og fordreier kjennetegn ved behandlingsformer, inkludert mindfulness-baserte intervensjoner, overrasker neppe. En slik fordreining krever imidlertid at fagfolk er i stand til å skille mellom populærpsykologiske karikaturer og de ulike seriøse formene for mindfulness-basert praksis og forskning.

Som forskere på mindfulness og bekymrede borgere er vi ikke bare interesserte i mindfulness som psykologisk, men også som *etisk* praksis. Et viktig spørsmål er etter vår mening hvorvidt mindfulness-praksis har potensial til å øke bevisstheten om forhold utover individet selv. Få scenarioer bringer de ofte motsetningsfylte interessene til individ og samfunn mer i relieff enn den eskalerende mismatchen mellom vår kunnskap om klimaendringer og våre handlinger. Vårt historisk sett ekstreme forbruk har akselerert parallelt med vektleggingen av individualisme. Hvis mindfulness virkelig akselererer denne utviklingen, er det noe vi bør slutte med. Men det er grunn til å holde fast ved at mindfulness rommer en helt annen mulighet. Vi er særlig interesserte i dette i konteksten av den menneskeskapte miljøkrisen og urovekkende forvarsler om 'ecocide'. Har mindfulness-praksis et potensial til å informere og nære bevissthet om og handling for mer bærekraftig utvikling?

#### MEDFØLELSENS POTENSIAL

Spørsmålet henger selvsagt sammen med hvordan vi forstår hva det vil si å praktisere mindfulness. I vårt perspektiv innebærer mindfulness 'to fall awake', som man sier på engelsk. Å våkne – til hva da? Kjernen i mindfulness-praksis slik dette er beskrevet i budd-

histisk psykologi, er å våkne til erfaringen av, og å forstå, årsakene til lidelse (Binder, Gjelsvik, Halland, & Vøllestad, 2014). Mange som begynner med mindfulness, oppdager hvordan deres vanemessige tendenser til mentalt fravær og distraksjon fra det indre livet og det som faktisk skjer i samhandling med omverdenen, i seg selv skaper indre jag og psykisk smerte. Forskingen på mindfulness-baserte intervensjoner i det siste tiåret er primært nettopp fortellingen om hvordan mindfulness kan styrke vår kognitive og emosjonelle kapasitet: økt kapasitet til å være i kontakt med kroppsfornemmelse fra ett øyeblikk til det neste (såkalt «interoceptive awareness»; Critcheley, 2004; Farb et al., 2010), økt autobiografisk hukommelse, bedre stressmestring og evne til bevisst å prosessere negative stimuli sensorisk heller enn abstrakt-analytisk. Mindfulness kan således betraktes som en *avbetingende* prosess – hvor vi blir klar over de mange lagene av vanemessig tolkning vi automatisk legger på erfaringen vår. Vi blir også oppmerksomme på tendensene vi alle har til at tenkning så lett sentreres om oss selv, i form av grubling om oss selv og hvordan det skal gå med oss, og at dette faktisk ofte i seg selv er med på å opprettholde problemer og lidelse i livet. Denne avbetingende prosessen kan parallelt bidra til å utvikle en mer robust selvmedfølelse, ved å gi vennlig oppmerksomhet til de sidene ved oss selv som opplever smerte, angst, frustrasjon, tristhet og nederlag. Dette er ferdigheter som blant annet har vist seg å predikere resiliens mot depressive tilbakefall (Kuyken et al., 2010; Farb et al., 2011; Kuyken et al., 2015, Williams et al., 2013). Men det er også klart fra den samme forskningen at mindfulness ikke kun handler om å gjenkjenne og dekonstruere gamle kognitive vaner. Mindfulness defineres like mye av en kultivering eller forsterking av andre kognitive 'leanings' – dette inkluderer intensjonen om medfølelse, sjenerøsitet og noe så «gammeldags» som måtehold.

Det å være våkent og medfølende til stede i livet og å se hvordan kognitive vaner opprettholder lidelse, er ikke begrenset til en selv – det å våkne til hvordan ting er, handler ikke minst om å bli klar over selvet i relasjon til omverdenen. Et viktig ledd i de forskningsbaserte mindfulness-programmene slik som Mindfulness-Based Cognitive Therapy er å overveie handlingsalternativer før handling, i stedet for

å automatisk agere på innarbeidede reaksjonsmønstre – å respondere fremfor å reagere (Segal, Williams, & Teasdale, 2013). Dette er etter vår mening en høyst relevant ferdighet i det indre og ytre arbeidet med å forholde oss til klimakrisen. En rapport fra Royal Society for the Encouragement of Arts, Manufactures and Commerce (Rowson, 2013) viste at mens 2/3 av briter erkjenner at miljøproblemer er menneskeskapt, forneker flertallet av disse de praktiske implikasjonene denne erkjennelsen har for dem i deres eget liv. Dette spriket kombinert med politisk paralyse er selvsagt livsfarlig. Rowson (2013) argumenterer for at det å erkjenne klimakrisens virkelighet, årsakene til den og implikasjonene av den, skaper et moralsk imperativ til å handle, men at dette imperativet utvannes av vår manglende evne til å handle kollektivt for å motvirke ødeleggelsen.

### ÆREFRYKT OG PROSOSIAL ATFERD

Her har mindfulness-praksis etter vår mening et kreativt potensial. Mindfulness kan lære oss å sette mer pris på relasjonen til den fysiske naturen vi er omgitt av, gjennom å bringe oss mer i kontakt med her-og-nå – umiddelbart og sanselig opplevd virkelighet og natur. Å erkjenne verdien av naturen for en selv er også et viktig premiss for økologisk bevisst handling: Vi vil ha lettere for å ofre goder for å bevare noe vi virkelig verdsetter. Interessant i så måte er en fersk studie som fant at personer som tilbrakte tid i naturen, hadde større tendens til å utvise bærekraftige intensjoner og bærekraftig atferd når de ble eksponert for klimakrise som sosiale dilemma, enn de som ikke brukte tid i naturen (selv når det ble korrigert for stemningsleie; Zelenski et al., 2015). Fokuset på mindfulness som medfølelse med alt levende er imidlertid problematisk og forfaller til en sentimental klisje hvis man samtidig ønsker å opprettholde en miljø-ødeleggende livsstil. Mindfulness-praksis kan gjøre en klar over eventuelle sprik de fleste av oss har mellom grunnverdier og faktiske levesett – smertefullt, men også et utgangspunkt for endring og vilje til handling. Slik sett kan mindfulness altså betraktes ikke bare som en psykologisk, men også som en *etisk* praksis. Miljø- og klimaarbeid handler selvsagt ikke bare om enkeltindividets personlige valg, men i stor grad om politiske avgjørelser, hvor noen avgjørelser endog vil være upopulære sett fra interesser i befolkningen. Enkeltmenneskers verdsettelse er derimot ikke fristilt fra slike avgjørelser – de kan tvert imot være katalysatorer for å bringe frem politiske beslutninger som bidrar til nødvendig handling.

I mindfulnessfeltet utvikler det seg nå en økt politisk bevissthet og refleksjon, i tråd med den tradisjonelle vektleggingen av økologi innenfor buddhistisk psykologi (Nichtern, 2007). Dette er betimelig: De massive utfordringene vi står overfor, krever indre ressurser. Det å være engasjert i klimakrisen uten å ha kontakt med medfølelse for naturen rundt en og med smerten en står overfor – for eksempel smerten over å føle seg hjelpeløs i forhold til ødeleggelsene vi er vitne til og medskapere av – kan fort bli overflatisk. Det å være i kontakt med disse komplekse problemstillingene uten å ha noen form for indre næring kan fort lede til utbrenthet. Dharma Action Network for Climate Engagement (DANCE), et nettverk av mindfulness-praktikere i Storbritannia, ble startet nettopp på bakgrunn av en erkjennelse av at mindfulness-praksis har noe å bidra med stilt overfor denne massive utfordringen. Nettverket samarbeider nå aktivt med andre miljøorganisasjoner med



Som forskere på mindfulness og bekymrede borgere er vi ikke bare interesserte i mindfulness som psykologisk, men også som etisk praksis.



ulike klimasaker, inkludert kampanjer for å stanse oljesponsing av britiske kulturskatter og utbygging av Heathrow Airport. Det forskes nå på tilrettelegging av MBCT for klimagengasjement. Det arrangeres mindfulness-workshops hvor fokuset er 'Action from Depth' – med lange ventelister.

Mindfulness-praksis inviterer til å stoppe opp og erkjenne det enkle faktum at vi er i live. Dette kan for mange gi en fornemmelse av å være del av noe større, og også gi rom for en mer åpen og undrende holdning til den helheten mennesker inngår i. En slik opplevelse kan beskrives med begrepet «ærefrykt», og er en psykologisk tilstand som har vært gjenstand for forskningsinteresse i de senere år. Ærefrykt oppstår i oss når vi kjenner oss omkranset av noe stort og mektig. Dette kan innebære å være omkranset i en rent fysisk forstand, slik som å se utover et dalføre med høye fjell rundt, befinne oss i en lysning i en stor skog, eller stå midt i et majestetisk byggverk. Opplevelsen kan også oppstå gjennom en idé eller en forestilling som gjør det klart for oss at vi er del av et større nettverk av mening

og sammenheng. Ærefrykt kan innstille oss mot en rikere og mer ydmyk verdsettelse av naturen.

Forskerne Dacher Keltner og Paul Piff har i en årrekke studert betydningen av ærefrykt som en kollektiv emosjon som binder oss sammen. De argumenterer for at fremveksten av en materialistisk, individualistisk og selvfokusert kultur har skjedd parallelt med at vi lever i en kultur deprivert for ærefrykt – ved at vi ikke har denne tilgangen til opplevelse av naturfellesskap og menneskefellesskap. I en ny studie fant de en klar sammenheng mellom opplevelse av ærefrykt og prososial atferd – delvis mediert gjennom en fornemmelse av at individet opplevde seg som mindre viktig enn interessene til fellesskapet (Piff, Dietze, Feinberg, Stancato, & Keltner, 2015). Veien til medfølelse med det levende begynner med å få kontakt med det levende. Det begynner med å puste, berøre, sanse og se og kjenne med helhjertet oppmerksomhet hvordan naturen er del av oss, vi del i den, og hvordan dette er kilde til glede, vitalitet og mening. Følelsen av ærefrykt kan hjelpe oss å se naturen på en fundamentalt annen måte enn som et objekt for utnyttelse, den kan gi en nærhet som gir mulighet for et annet register av meningserfaring (Binder, 2014). Mindfulness kan hjelpe oss i kontakt med naturen på en måte fremmer vår evne til å verdsette dens egenart og vekke medfølelse engasjement mot den lidelse vår utnyttelse av naturen skaper stadig mer av. En slik slik indre støtte er nødvendig når vi står overfor problemstillinger som på en gang krever at vi er ydmyke, og at vi handler. ✕

## REFERANSER

- Binder, P. E. (2014). *Den som vil godt. Om medfølelsens psykologi*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Binder, P. E., Gjelsvik, B., Halland, E., & Vøllestad, J. (2014). *Mindfulness i psykologisk behandling*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Brinkman, S. (2014). Jeg hader ikke mindfulness. *Information*, 22. oktober, <http://www.information.dk/513265>.
- Critchley, H. D., Wiens, S., Rotshtein, P., Öhman, A., & Dolan, R. J. (2004). Neural systems supporting interoceptive awareness. *Nature Neuroscience*, 7, 189–195. doi:10.1038/nn1176
- Farb, N. A. S., Anders, A. K., Bloch, R. T., & Segal, Z. V. (2011). Mood linked responses in medial prefrontal cortex predict relapse in patients with recurrent unipolar depression. *Biological Psychiatry*, 70, 366–372. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.03.009.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S. (...) & Dalgliesh, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1105–1112. doi: 10.1016/j.brat.2010.08.003.
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, Barbara, Byng, R., Dalgleish, T....., & Byford, S. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial. *The Lancet*, DOI: 10.1016/S0140-6736(14)62222-4
- Nichtern, E. (2007). *One city: A declaration of interdependence*. Somerville: Wisdom Publications.
- Piff, P. K., Dietze, P., Feinberg, M., Stancato, D. M., & Keltner, D. (2015). Awe, the small self, and prosocial behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 108, 883–889. doi: 10.1037/pspi0000018.
- Rowson, J. (2013). *A new agenda on climate change. Facing up to stealth denial and winding down on fossil fuels*. London: Royal Society for the encouragement of Arts, Manufactures and Commerce.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for recurrent depression. A new approach to preventing relapse*. (2. utgave). New York: Guilford Press.
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S. (...), & Russell, I. T. (2013). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. doi: 10.1037/a0035036.
- Zelenski, J. M., Dopko, R. L., & Capaldi, C. A. (2015). Cooperation is in our nature: Nature exposure may promote cooperative and environmentally sustainable behaviour. *Journal of Environmental Psychology*, doi:10.1016/j.jenvp.2015.01.005

# Å sparke dem som ligger nede

Stadig oftere ser vi at store, overordnede samfunnsproblemer som angår oss alle, reduseres til et personlig ansvar.

**JEG ER BEKYMRET.** Det positive budskapet om at «du kan klare alt!», har en stygg bakside: «Hvis du mislykkes, er det din feil, og din alene.» Nå ser vi det igjen, enda en gang, enda et eksempel. 27. juli hadde NRK Dagsrevyen et innslag som diskuterte det deprimerende og svært alvorlige faktum at mennesker med psykiske lidelser har kortere levealder enn andre. Hovedtema i innslaget var at mange pasienter med langvarige psykiske lidelser røyker, og psykiaterne Akre og Izadi uttalte at det var viktig at disse pasientene lærte seg å sette til side kortiktig gevinst (en røyk), for å oppnå langsiktige helseeffekter. Dagfinn Bjørgen fra Mental Helse slapp til med en kort kommentar som prøvde å nyansere bildet noe, men redigeringen gjorde likevel at sluttbudskapet fra de to psykiaterne var det som stod igjen: Pasientene måtte lære seg å tenke langsiktig og slutte å røyke.

Langsiktighet er bra, men like viktig er det at vi klarer å se helheten og ikke velger ut små biter av virkeligheten. Mange pasienter røyker, ja. Hvorfor? Åsakene er helt sikkert sammensatte, men ett faktum er påvisningen av at røyking senker nivået av neuroleptika i blodet (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3948577/>). Det kan derfor være at enkelte pasienter (ubevisst) regulerer sin medisinpåvirkning ved hjelp av røyk. Dette kan selvfølgelig igjen føre til at medisinene får mindre effekt og at dosen økes. Hvis pasienter ikke informeres om sammenhengen, kan de (ofte ubevisst) røyke mer for å minske bivirkningene, noe som igjen kan føre til at dosene – og røykingen – stadig økes i en ond spiral.

Vi vet også at neuroleptika i seg selv kan gi kortere levealder, og at det er en sammenheng mellom neuroleptika, regulering av sultfølelse, overvekt, diabetes og hjerte- og kar-sykdommer.

I tillegg vet vi at levealder – og røyking – er nær knyttet til sosiale forhold som utdanning,

økonomi, status og levekår. Og vi vet at mange med varige psykiske lidelser også har dårlig økonomi, strever med ensomhet, boforhold, å få regelmessig mosjon og andre faktorer vi vet påvirker levealder.

Som det ble nevnt i reportasjen kan røyking også bidra til å redusere enkelte symptomer (stress, uro) ved psykiske lidelser noe. Det som ikke ble nevnt, var jo at svært mange pasienter strever med å få helhetlig, varig, stabil og virksom hjelp for sine plager, og blir gående mellom systemer og inn og ut av dem i årevis. Med bedre og mer helhetlig og effektiv hjelp ville kanskje behovet for selvmedisinering på grunn av uro og ensomhet blitt mindre?

Til slutt vet vi at traumer øker sannsynligheten for psykiske lidelser enormt, og at det er en klar sammenheng mellom barndoms-traumer og «generell fysisk slitasje» i 45-årsalderen (<http://forskning.no/2015/02/barndommen-slar-tilbake>).

Selv om vi vet alt dette, må vi altså likevel tåle slike innslag på NRK, hvor alle de store og viktige samfunnsdiskusjonene, alt sviket, alt det felles ansvaret redigeres bort, så vi står tilbake med det enkle moralistiske budskapet om at pasienter må lære seg å veie kortsiktige behov opp mot langsiktig nytte. Det syns jeg er ganske stygt.

Det er farlig å legge all skyld på enkeltindivider, særlig når dette rammer personer som allerede er i en sårbar og ofte stigmatisert situasjon. Og det er alltid risikabelt å velge ut en liten bit av virkeligheten når bildet er så mye, mye større og mer sammensatt. Som helsepersonell generelt, og som psykologer spesielt, har vi et ansvar for å ta til motmæle når media presenterer overforenklede løsninger som kan bidra til ytterligere stigmatisering av en allerede stigmatisert pasientgruppe. ✕



**ARNHILD LAUVENG**

Spesialist i klinisk samfunnspsykologi.

PSYKISK HELSE  
I MEDIA



Det er farlig å legge all skyld på enkelt-individer

# Redaktørprinsipper

Psykologforeningen, profesjonen og faget er tjent med et tidsskrift som også når utover egen stand.



## BJØRNAR OLSEN

Sjefredaktør,  
Tidsskrift for Norsk  
psykologforening

## PSYKOLOG- TIDSSKRIFTET

**I FORRIGE UTGAVE** av Psykologtidsskriftet går tidligere fagredaktør Katharine Williams i rette med flere sider av mitt virke som sjefredaktør og tidsskriftets utvikling. En debatt om sjefredaktørens linje er alltid velkommen, så la meg tydeliggjøre min redaksjonelle linje og gi noen konkrete svar.

**Psykologi skal være en del av det offentlige ordskiftet.** Psykologi er et viktig fag, og psykologer en mektig profesjon, ikke minst i psykisk helsevern. Ved å vektlegge samfunnsmandatet i tidsskriftets formålsparagraf skal tidsskriftet bidra til å vise frem fagets kunnskap og praksis. Slik kan profesjonen kikkes i kortene, noe som er viktig med tanke på fagetikken, men også fordi det gir innsikt i et fag som er relevant for å løse samfunnsoppgaver langt utover psykisk helsevern. Jeg mener derfor foreningen, profesjonen og faget er tjent med et tidsskrift som også når utover egen stand, slik som politikere, interesseorganisasjoner, medier og andre samfunnsaktører.

Det er ikke noe galt i ønsket om et tydeligere fagforenings-/profesjonstidsskrift eller et renere vitenskapelig tidsskrift. Men jeg har argumentert for at samfunnsmandatet bør vektles tungt, noe utgiveren har stilt seg bak. For meg er det heller ingen motsetning i forholdet mellom faglig forankring og samfunnsmandatet: Et tidsskrift som er solid plantet i faget, forskningen og praksis er samtidig en troverdig leverandør til det offentlige ordskiftet.

**Redaksjonell uavhengighet er ikke egenrådighet.** Mens innhold og form skal diskuteres, er prinsippet om redaksjonell uavhengighet et absolutt prinsipp for min del. Redaktørens frie og uavhengige rolle handler ikke om å la en egenrådig redaktørstemme komme til orde, men at redaktøren gjennom sitt medium fremmer en saklig og fri informasjons- og menings-

formidling. Det handler om å sikre at vi har frie medier som bidrar til et levende demokrati. I en tid hvor antall informasjonsarbeidere øker mens redaksjonene nedbemannes, er det fortjenestefullt at Psykologforeningen vil ha et redaksjonelt uavhengig tidsskrift. En profesjon som holder seg med et redaksjonelt uavhengig tidsskrift som også kan være kritisk til egen stand, er for meg en profesjon som styrker sin troverdighet.

**Tillit, ansvar og engasjement.** Som i alle kunnskapsvirksomheter forutsetter redaksjonell drift engasjerte medarbeidere som vises tillit og tar ansvar. Derfor har jeg full tiltro til at tidsskriftets medarbeidere gjennomfører de nødvendige arbeidsoppgavene på sitt ansvarsområde, og jeg har full tillit til at de underveis tar tak i og melder fra om de utfordringene de ser. Den overordnede redaksjonelle linjen og ressursforvaltningen er sjefredaktørens hovedansvar, mens fagredaktører, debattredaktør, redaksjonssjef, journalister og markedsansvarlige tar ansvar for sine saker og prosjekter i det daglige. Dette skjer selvsagt ikke i et vakuum: I jevnlig møter i redaksjonen, med markedsjef og med fagredaktørene, evalueres, utvikles og prioriteres ideer, saker og prosjekter. Det betyr at vi jevnlig stryker gode saker fra blokka eller må sette utviklingsprosjekter på vent – og dette gjør vi sammen.

**Gjennomsiktighet og ansvarlighet.** Williams etterlyser en tidsskriftkontroll. Dette er helt i tråd med redaksjonens ønske om transparens og ansvarlighet. Spaltene «Derfor» og «Leserombudet» er begge utviklet med dette for øye. I «Derfor» begrunner redaksjonen sine valg slik at andre kan ta stilling til dem. «Leserombudet» er en spalte hvor personer på utsiden av redaksjonen går oss nærmere etter i sømmene. Vi har åpne debattsider og mottar e-poster, brev og



telefoner med ros og kritikk. Vi leser kommentarer i ulike sosiale medier, og møter lesere med meninger om tidsskriftet. Vi har også et redaksjonsråd som kikker oss i kortene, og en utgiver med egne tanker om hva tidsskriftet skal og ikke skal være. Det setter oss i den heldige situasjonen at vi har lesere som mener noe om tidsskriftet, og som deler sine meninger med oss. Dette er langt fra en selvfølge i tidsskriftsverdenen. Det finnes sikkert flere måter å stå til rette for vårt arbeid – tips oss gjerne om hvordan det kan gjøres.

**Sunn økonomi og kostnadskontroll.** Utviklingen av tidsskriftet skal skje innenfor sunne økonomiske rammer. Kostnadsbildet har vi etter hvert god kontroll over, men man trenger ikke være bransjeanalytiker for å vite at mediene sliter med annonseinntektene. Så langt har imidlertid Psykologtidsskriftet klart å motstå denne trenden, en utvikling så eksepsjonell at vår markedsjef Unni Sandland i år ble hedret for sitt arbeid av Fagpressen. Et viktig grep i dette arbeidet er vektleggingen av papirutgavens verdi både for abonnenter og annonsører, noe som også er en viktig bakgrunn for sperrefristen på seks måneder. Så begrunnelsen er langt klarere enn hva Williams synes å tro. Likevel, denne sperrefristen er langt fra hugget i stein, og det er knappst profetisk å spå at forholdet mellom papir og digitalpublisering vil endres alt i nær fremtid. Men så langt har denne mediestrategien bidratt til at vi har holdt stand i et annonsemarked som ellers preges av nedgang. Kanskje alt gratis og fritt tilgjengelig for alle fra dag en kan ha en høyere pris enn man liker å tro?

**Konkrete svar.** At vi bruker mye tid på *Fagpresseprisen*, slik Williams hevder, er å ta sterkt i. Samtidig er det å vurdere seg opp mot andre redaksjoners arbeid en naturlig del av et tidsskrifts utvikling: Hva er vi gode på? Hva har vi å lære? Hvor feiler vi? Å delta i slike konkurranser er også en anledning til å synliggjøre faget og tidsskriftet i en offentlig sammenheng. Det er likevel en erkjennelse at vitenskapelige tidsskrifter sjelden, om i det hele tatt, juryeres. I Tidsskriftforeningens arbeid med nye prisstatutter ønsker vi (jeg sitter i arbeidsgruppen) derfor å gi juryen et bedre grunnlag til å anerkjenne også det redaksjonelle arbeidet til fagtidsskrifter. For også vitenskapelig publisering fortjener anerkjennelse i offentligheten.

APA-standardens klare strukturelle retningslinjer er i mine øyne en god standard for innsending av manus, og en god skrivehjelp for forfattere. Men den er ingen grafisk publiseringsmanual, og heller ingen manual som følges slavisk. For å sitere Svein Magnussen (2007): «En gjennomgang av et par årganger i viktige APA-tidsskrifter viser at tidsskriftene selv har et romslig forhold til retningslinjene, men et bevisst forhold til effektiv kommunikasjon.» Manualens amerikanske opphav gjør også at vi foretar enkelte tilpasninger til norsk rettskriving. I den grad slike tilpasninger gjør at artiklene ikke kan indeksere i enkelte databaser, vil det trolig være en relativt enkel sak å reformatere manusene i tråd med deres krav.

I min leder i mai viste jeg til at publiseringsinsentiver gjør at mer publiseres på engelsk og i internasjonale tidsskrifter, og at dette kan forsterke «scientist-practitioner»-gapet. Dette er ikke et angrep på norske forskere, slik Williams skriver, men en problematisering av hvordan forholdet mellom vitenskap og praksis utvikler seg i profesjonen. Problemstillingen er heller ikke særnorsk, men kan her til lands forsterkes av at engelsk vokser frem som det foretrukne publiseringspråket for forskere. Williams foreslår å åpne for engelske artikler, men jeg mener det er en styrke ved Psykologtidsskriftet at vi primært publiserer på norsk. Ikke bare øker det tilgjengeligheten for mange lesere, men vi trenger også et norsk vokabular for psykologien. Ved å være et norskspråklig tidsskrift bidrar vi til å gjøre det enklere å trekke fagets vitenskapelige grunnlag inn i praksisrommet, og enklere for samfunnet å følge med på psykologenes virksomhet.

**Avslutning.** Som sjefredaktør står jeg ansvarlig for det tidsskriftet redaksjonen og våre mange gode medarbeidere og bidragsyttere er med på å lage, og som bygger på mer enn 50 år med godt, solid redaksjonelt arbeid. Det er et ansvar jeg gjerne tar. For jeg står for det tidsskriftet vi utgir. ✕

## REFERANSER

Magnussen, S. (2007): Publisering av psykologisk forskning i internasjonale tidsskrifter: En summarisk orientering, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(2), 116–124.



En profesjon som holder seg med et redaksjonelt uavhengig tidsskrift som også kan være kritisk til egen stand, er for meg en profesjon som styrker sin troverdighet

# Den rette balansen

Å sørge for at vi lærer oss metoder som har god empirisk støtte, er ikke ensbetydende med at vi skal slutte å praktisere alle andre metoder.



## LIV KLEVE

Klinikkdirektør,  
Psykologspesialist,  
Ph.D.  
PBU, Haukeland  
Universitetssykehus,  
Helse Bergen.

## NEW PUBLIC MANAGEMENT

**DEBATTEN OM UTVIKLINGSTRENDER** i helsevesenet ser ut til å bruke begreper som New Public Management, evidensbasert praksis og retningslinjetyranni som uttrykk for én og samme sak, samt være preget av polarisering.

Jeg er enig at dette er for unyansert og er derfor oppmuntret av både Heidi Tessands og Jan Sjøbergs innlegg i de siste numrene av Psykologtidsskriftet. De hever diskusjonen opp fra skyttergravene med et nytt og mer konstruktivt fokus på hva slags helsevesen vi vil ha.

Ved å ta utgangspunkt i mine egne erfaringer fra både engelsk og norsk helsevesen ønsker jeg å bidra til den videre utviklingen av denne debatten.

## NYTTEVERDIEN

Som nyutdannet psykolog for 28 år siden var jeg inspirert av psykodynamisk og humanistisk psykologi. Disse retningene har i stor grad fortsatt å prege min grunnforståelse. Men med et sterkt ønske om å kunne behandle flest mulige tilstander opplevde jeg raskt et behov for å utvide min terapeutiske verktøykasse. Dette behovet ble enda mer aktualisert da jeg i løpet av de første 10 årene i psykologyrket jobbet innen en rekke ulike spesialiteter for til slutt å falle til ro i psykisk helsevern for barn og unge. Etter hvert som jeg også påtok meg å utvikle nye tjenester, opplevde jeg krav om ytterligere spissing av kunnskap og metodevalg. Å oppnå tilstrekkelig oversikt over relevant og effektiv fag- og forskningslitteratur i disse fasene kunne være både tidkrevende og vanskelig.

Jeg har jobbet 22 år i det engelske helsevesenet og har noen erfaringer derfra. Da New Labour kom til makten i Storbritannia i 1997, var en av målsettingene å gjøre forskningslitteratur tilgjengelig både for klinikere og pasienter. Ideen var bl.a. å redusere gapet mellom forskning og klinisk praksis samt å adressere

problemet med «postcode lottery» (at hjelpen som ble tilbudt, var både tilfeldig og avhengig av hvor i landet man bodde). Dette var starten på innføring av NICE guidelines i England og var et svært kjærkomment tiltak. Å ha lært meg flere av de mest effektive metodene innenfor mine spesialområder opplever jeg som et privilegium. Ikke bare har det utviklet mine terapeutiske ferdigheter, men i tillegg bidratt til å gjøre meg uredde i møte med nye utfordringer og gitt meg et vedvarende engasjement for faget. Forskning viser dessuten at terapeuter som praktiserer flere metoder og modaliteter, opplever større trygghet og engasjement i jobben.

Faglige retningslinjer er synteser av forskning og faglitteratur, og i noen tilfeller gis det anbefalinger for implementering. Å innta en holdning «mot» faglige retningslinjer virker for meg ensbetydende med å være «mot» forskning og tydeliggjøring av internasjonal faglig konsensus. Personlig har jeg vanskelig for å forstå det etisk forsvarlige ved ikke å ta inn over oss resultater som er fremkommet gjennom systematiske og kontrollerte studier. Mener noen virkelig at selv om en f.eks. har funnet frem til konsensus for effektiv medikamentell behandling av ADHD, så bør ADHD likevel behandles på like mange måter som det finnes psykiatere?

Vi vet selvsagt også at selv om en metode mangler evidens på høyeste nivå, er ikke det ensbetydende med at den ikke virker – årsaken *kan* simpelthen være at vi mangler relevant forskning. Likevel er det ikke til å komme vekk fra at det finnes en jungel av metoder (og personer og institusjoner) som konkurrerer om markedet, og da er det vel viktig å ha klare kriterier å kunne vurdere ut fra...eller? Og når noen behandlingsmetoder har vist seg å være mer effektive enn «treatment as usual», blir valget ikke bare et etisk dilemma, men jeg tenker kun

et spørsmål om tid før brukerne begynner å etterspørre behandling med dokumentert effekt.

Å sørge for at vi lærer oss metoder som har god empirisk støtte, er ikke ensbetydende med at vi skal slutte å praktisere alle andre metoder. Også innenfor somatikken kan kun om lag 1/3 av praksis beskrives som evidensbasert. Det er med andre ord ingen tvil om at det vil fortsette å være stort spillerom for klinisk skjønn, erfaringsbasert kunnskap og en god del kreativitet! Men å få kontinuerlig opplæring i flere evidensbaserte metoder vil etter min mening bidra til å hjelpe, ikke hemme, våre evner til kreativ problemløsning.

### RAPPORTERING OG MÅLING

Mye kritikk er blitt rettet mot måling og rapportering som oppleves som tidssløseri. Enkelte etterspør mer meningsfulle målinger, f.eks. effekt av behandling og brukertilfredshet.

Jeg har selv ved flere anledninger både evaluert effekt av mine egne og andres behandlingstilbud, samt etterspurt brukerperspektiv. Jeg kan skrive under på at dette både har vært stimulerende for min egen fagutvikling og oppleves som meningsfylt. Men jeg har også erfart hvor ressurskrevende og vanskelig regelmessig innhenting av slik informasjon kan være. I England så jeg eksempler på at tjenester ble lagt ned på grunn av manglende datagrunnlag eller dårlige resultater. Poenget mitt er at vi ikke må komme i skade for å gjøre vondt verre ved å overkomplisere noe som kanskje kan gjøres enklere. Jeg ønsker absolutt å oppmuntre til mer klinikknær forskning og evaluering, men jeg mener dette bør gjøres grundig og systematisk med utvalgte prosjekter for å gi meningsfulle og pålitelige data. Jeg ønsker å slå et slag for enklest og minst mulig tidkrevende rapporteringer. Jeg må innrømme at min mening om dette også er noe påvirket av at jeg nå har beveget meg inn i en 100 % lederstilling – og jeg tør rett og slett ikke tenke på hvordan flere månedlige komplekse rapporter med enda flere tolkningsmuligheter vil påvirke vår hverdag!

### VEIEN VIDERE

Vi må være bevisste på verdien av vår grunnutdanning, som forblir fundamentet for all senere opplæring. Men i stedet for å tviholde på etablerte måter å jobbe på bør vi konsentrere oss om å være i kontinuerlig utvikling og være åpne for nye og bedre løsninger på problemer, samtidig som vi har klare kriterier for å vurdere hva som er godt nok. Satsing på klinikknær forskning vil forhåpentligvis både føre til bedre forståelse av hvordan forskning kan bidra til fagutvikling generelt, samt sørge for at kliniske problemstillinger blir satt i høysetet.

Tema for videre diskusjon kan være:

- Hvilken type kunnskap ønsker vi å legge til grunn for den fremtidige utviklingen av faget vårt?
- Hvordan kan vi sørge for at faget utvikler seg i takt med et samfunn i endring, og at vi bidrar til utvikling av et helsevesen vi kan være stolte av?
- Hvordan definerer vi hva som er til pasientens beste, og hvordan sørger vi for at vårt fokus først og fremst er dette?
- Hvilke er de mest relevante rapportene som kommer pasienter til gode?

For å få en bredest mulig debatt håper jeg at både klinikere, brukergrupper og politikere inngår i diskusjonene fremover. ❖

## Pinlig - rett og slett!

**KARI LOSSIUS**, Klinikkdirtør ved Stiftelsen Bergensklinikkene

**GEIR IVERSEN**, Klinikksjef Haugaland A-Senter

### SPESIALISTUTDANNINGEN

**I AUGUSTUTGAVEN AV** Psykologtidsskriftet kunne vi med undring og etter hvert økende grad av lettelse lese at Spesialistutvalget for klinisk voksenpsykologi hadde trukket seg i protest, etter at sentralstyret hadde gått inn for å godkjenne 1 år klinisk erfaring fra rusbehandling som tellende praksis til den kliniske «voksenspesialiteten». Ingen i utvalget ville i etterkant gi noen ytterligere kommentarer i saken. Sett fra foreningens side er kanskje dette like greit. Saken er pinlig nok som den er.

I samme utgave av tidsskriftet blir en tvilende Anders Skuterud (tidligere fagsjef i Psykologforeningen) irettesatt av to nestorer innen rusforskning og behandling, Dr.philos. i sosialantropologi Sverre Nesvåg, og professor dr.med. Jørgen Bramnes, påpeker at det er feil at kunnskapsgrunnlaget for rusbehandling er faglig dårlig fundert. I tillegg sier de at det er politisk uklokt å snakke ned et felt hvor psykologer har innflytelse både i utformingen av behandling, forskning og ledelse. Det er bekymringsfullt at andre profesjoner er bedre orientert om hva psykologer bedriver i rusfeltet, enn deler av vår fagforening. Mens legeföreningen heier frem sin nye spesialitet i rusmedisin, stopper Norsk psykologforening et vedtak som kunne ryddet vekk både fordommer og faglige barrierer mellom rus og psykisk helsevern.

Nå er det bare å håpe på at medlemmene i det neste utvalget for spesialiteten i klinisk voksenpsykologi kvalitetssikres slik at lignende faderer ikke skjer igjen. Videre håper vi at sentralstyret lar fornuften seire og gjennomfører vedtaket. Og vi som til daglig jobber i rusfeltet og vet hvor faglig spennende det er, vil til slutt ønske alle psykologer med ambisjoner om å bli spesialist i voksenpsykologi hjertelig velkommen til oss. ❖

# Mindre kritikk, mer visjoner!

Skal vi ha innflytelse, må vi løfte blikket og snakke om hva slags psykisk helsevern vi ønsker oss, og slutte å skjermes vår kliniske autonomi bak pasientens beste.



**ERLING W. ROGNLI**

Psykolog/stipendiat  
Ahus og UiO

**NEW PUBLIC  
MANAGEMENT**

**SAMTIDIG SOM PSYKOLOGER** debatterer New Public Management i helsevesenet, varsler regjeringen innføring av pakkeforløp innenfor psykisk helsevern. Pakkeforløp er standardiserte, men fleksible behandlingsforløp for ulike tilstandsbilder, og når regjeringen pålegger utvikling av dette kaster de nok mer bensin på bålet. Under debatten ligger likevel et sjeldent uttalt felles premiss. Tross uenighet om botemiddelet ønsker de fleste at noe skal bli annerledes i feltet vårt. Dessverre er vi er fanget i en samtale om hva som er galt og hvem som har skylden, når den samtalen vi kunne hatt nytte av, handler om visjoner for hvordan vår bit av helsevesenet kunne se ut; visjoner ubundet av vaner vi tror er forutsetninger.

Jeg begynte å arbeide som kliniker i psykisk helsevern for barn og unge for noen få år siden. Fra begynnelsen av har det gjennomgående slått meg hvilke urimelige krav som stilles til den enkelte behandler. Med til dels svært lite organisasjonsstøtte skal man strukturere behandlingsopplegg og opprettholde fremdrift i behandlingen på tvers av et uhyre variert spenn av pasienter og problemstillinger. Helsetilsynets rapport om psykisk helsevern for barn og unge peker på at dette er en generell utfordring i barne- og ungdomsfeltet. Dette problemet handler mindre om hva vi teller og belønner, og mer om at vi opprettholder en organisering av klinikkens virksomhet som ikke hjelper oss å komme dit vi ønsker.

Ofte settes standardisering og individuell tilpasning opp som motpolar. Men er det virkelig slik at alternativet til styring gjennom rutiner og standarder er finstemt individuell tilpasning av tilbudet til hver enkelt pasient? Noen er selvsagt svært talentfulle klinikere, som klarer å sjonglere praktiske, kliniske og individuelle

hensyn med letthet og finne opp gode hjul gang etter gang. De fleste av oss er nok, i likhet med meg selv, bare helt ålreite klinikere. Sånne som faktisk synes det er krevende å utforme og følge opp gode, individuelt tilpassede behandlingsforløp for mange pasienter samtidig.

Jeg tror dessverre at det reelle alternativet til felles rutiner og standarder oftere er at behandlere utvikler sine egne, uformelle rutiner og standarder, eller blir overveldede og ustrukturerte. Kan det være at å kjempe mot standarder og rutiner er å la det beste bli det godes fiende? Og gir vi nødvendigvis pasienten flere meningsfulle valg når vi er overlatt til oss selv og vårt kliniske skjønns i ett og alt?

Jeg vil altså utfordre den sammenkoblingen som er gjort mellom klinisk autonomi for behandlere og individuell tilpasning for pasienter. Jeg spør også meg selv om ikke det sistnevnte i noen grad brukes til å legitimere ønsket om det første. Tydeligere organisering, sterkere rutiner og standarder for pasientforløp vil redusere klinisk autonomi. Det er etter mitt syn noe vi må kunne akseptere i et offentlig finansiert helsevesen.

Pakkeforløp for psykiske lidelser utfordrer oss, og er samtidig en stor mulighet. Vi kan klage og slepe bena etter oss, eller forsøke å ta del i å utvikle pakkeforløp som innebærer systematisk individuell tilpasning og involvering av brukeren. Hittil har vi holdt samtalen innenfor tradisjonen og vanens usynlige rammer. Regjeringens utfordring er også en mulighet til å tenke nytt om hvordan vi bygger opp tjenester og tilbud. Vi er gode på kritikk, av hverandre og systemet, men strever med å presentere en visjon vi kan bygge fremtidens psykiske helsevern på. Skal vi som profesjon ha noe å si, må vi bli bedre på det siste. ✕

# Forbrukermakt og tjenstedesign

Det som skjer på psykisk helsefeltet, skiller seg ikke radikalt fra det som skjer i andre typer markeder.

**DET KANSKJE MEST** underkommuniserte forholdet på psykisk helsefeltet er at det er penger i spill, både for enkeltmennesker, for grupper av mennesker, og for samfunnet som helhet. Avhengig av hvilke regnestykker vi setter opp, vil det kunne dreie seg om både to- og tresifrede milliardbeløp. Investeringer, drift, lønn, tapte skole- og arbeidsår for borgere som ikke blir hjulpet, tapte skole- og arbeidsår for pårørende som ikke blir tatt på alvor – hva vi gjør og ikke gjør på psykisk helsefeltet, har enorme konsekvenser, for den som er i behov av tjenester, for skattebetalerne, og før eller siden også for dem som yter tjenester.

Jeg er medlem av et sosialistisk parti, og det kommer jeg sikkert til å være til jeg sjekker ut for godt. Samtidig har mine opplevelser som ansatt i HVPU på 1980-tallet, som bruker av psykisk helsetjenester, og som brukerrepresentant og erfaringskonsulent på psykisk helsefeltet, gjort at jeg etter hvert har fått en viss sympati for den liberale tankesmien Civita. Deres insistering på at vi kan miste vesentlige problemer av syne når vi gjør sosialdemokratiet til fabrikkinnstilling, er tankevekkende. Jeg tror ikke i like stor grad som jeg gjorde på 1970-tallet at de som staten gir autorisasjon og en post på statsbudsjettet, automatisk får forstand.

I lederartikkelen i Psykologi i august nærmer tidsskriftets redaktør seg dette forholdet når han tar utgangspunkt i stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste: «Regjeringen, kommunene og samfunnet ønsker seg ikke endringene for å skape arbeidsplasser for psykologstanden, men fordi de mener at psykologien trengs for å løse de fremtidige helseutfordringene.»

Dette må vi gjenta, hver eneste dag, på alle tjenestesteder, i alle hjem, i alle politiske partier, og i alle redaksjoner. Det er ikke «et bedre

psykisk helsevern» eller «flere psykologer» som er målet for våre bestrebelser. Alle innsatser på psykisk helsefeltet skal selvfølgelig ha færre tapte leveår, færre tapte skatte kroner, bedre psykososial helse, større livskvalitet og større kundetilfredshet som mål.

Redaktørens andre hovedpoeng er at psykologer må merke seg regjeringens betoning av at det er pasientens helsetjeneste som skal skapes, og at brukermedvirkning bør være det bærende prinsipp i tjenesteutvikling og rolleutforming. Her synes jeg redaktøren blir noe slapp og upresis. Brukermedvirkning? Bør være? Nei, det er *brukerperspektivet* som nå endelig skal på plass! Oppmerksomhet rundt rolleutforming er sentralt, men det sikrer man i større grad ved å *designer nye og tidsmessige tjenester* enn ved å forsøke å utvikle de gamle.

Den største utfordringen for profesjoner og profesjonelle på psykisk helsefeltet er og blir at de ikke ser ut til å forstå at det ikke er noe en-til-en-forhold mellom etiske standarder og faglig kvalitet på den ene siden, og ulike feltoppfatninger og styringsmodeller på den andre. Psykisk helsetjenester kan perverteres uavhengig av modeller og styrer. Sterke kunder er den beste motgiften mot forsumping av tjenestene.

Den uredde og entusiastiske psykologen, lederen og forfatteren Birgit Valla tar oss, i sin bok *Videre. Hvordan psykisk helsetjenester kan bli bedre* (Gyldendal Akademisk 2014), med inn et spennende landskap. Her blir tjenesteyteren ikke begrenset av forbrukermakten, men får tvert imot en mer spennende og meningsfull arbeidshverdag ved å ta innover seg at det som skjer på psykisk helsefeltet, ikke skiller seg radikalt fra det som skjer i andre typer markeder. Hva er det som hindrer den jevne psykolog i å bli med Valla inn i dette landskapet? ✕



## TEKST

Odd Volden  
Brukeraktivist



**TOR LEVIN HOFGAARD** er president i Norsk Psykologforening. Sammen med Anne-Grethe Terjesen, Bent Høie og Kerstin Söderström er han fast kronikør.

# Blindet av egne interesser

Den amerikanske psykologforeningen bidro til menneskerettighetsbrudd for å nå sin mål. Kan vi ta lærdom av skandalen også i Norge?

**MIDT I SOMMERFERIEN** kom en granskningsrapport som rystet en hel psykologverden. Hoffman-rapporten avslørte at sentrale personer i American Psychological Association (APA) i hemmelighet har samarbeidet med forsvarsdepartementet og CIA. Formålet var å sikre at etikkreglene for psykologer ikke hindret profesjonsutøverne i å kunne bistå i forhør av fanger i «krigen mot terror». Forhørsmetodene ble avslørt som tortur, og etikkreglene skal ha blitt strømlinjeformet for å passe med forsvarets behov.

Motivet skal ha vært å blidgjøre den største enkeltarbeidsgiveren for psykologer i USA – forsvaret. Og suksessen uteble ikke. I stigende grad snakket sentrale ministre i den amerikanske regjeringen om APA og psykologer som viktige samarbeidspartnere. Psykologer ble spesifikt nevnt i sentrale direktiver i forsvaret, og ble foretrukket fremfor psykiaterne. Profesjonens fremtid og vekst var sikret for lang tid fremover. Granskningsrapporten viser nå at utviklingen ble feiret i APA som store politiske seire. Menneskene bak ble beskrevet som helter.

## NYTT KOMPASS

Strippet for alle detaljer er Hoffman-rapporten en historie om hvor nær stupet det er mulig å bringe en organisasjon for å nå sine mål. Spesielt når det oppstår utydelighet rundt faglig og etisk uavhengighet i møte med mektige samfunnsaktører og deres behov.

Hva kan vi lære av dette i Norge? Her er i landet er alle psykologer offentlig autoriserte. Lovgiver og regjering definerer rammene for vår virksomhet. Den desidert største arbeidsgiveren for psykologer er de offentlige sykehusene. Som faglig forening er de fleste av våre formål samfunnsrettet. Vi jobber hele tiden for å gjøre samfunnet og tjenestene bedre. Som statlig autorisert helsepersonell er vi underlagt streng etikk, tydelige lover, tilsyn og åpenhetsprinsipper. Alt for å beskytte befolkningen. APA har imidlertid samme overordnede samfunns mål og sier omtrent det samme om sin virksomhet som vi gjør. Likevel gikk det altså riktig galt.

APA-skandalen har, så vidt meg bekjent, ingen paralleller i vår del av verden etter andre verdenskrig. Å bidra til å legitimere tortur er lysår unna nedslagsfeltet til en profesjon som er grunnlagt på humanistiske

verdier og prinsipper. Skandalen tydeliggjør likevel noen prinsipielle spørsmål knyttet til det å være offentlig ansatt: Hvor langt kan en profesjon gå før den selger sjela si for makt og posisjoner?

APA har nå vedtatt en helt ny politikk. Den slår fast at det er internasjonal lov som skal være det etiske og moralske kompasset til foreningens medlemmer. Tidligere har de vist til USAs lovverk, som blant annet definerer tortur annerledes enn internasjonal lov, og hvor det å holde fanger uten å gi dem juridiske rettigheter har vært tillatt.

### KRITIKK MOT NORSKE PSYKOLOGER

Jeg tror det vil være et feilgrep å avfeie situasjonen i USA som så ekstrem at det er bortkastet tid å se nærmere på Hoffman-rapporten også her på berget. Derfor har Psykologforeningens ledelse bedt Fagetisk råd og Menneskerettighetsutvalget om å drøfte rapporten, undersøke hvilke lærdommer vi kan trekke her, og komme med en samlet innstilling til Sentralstyret i oktober. Utvalgene er bedt om å vurdere hvordan vi skal sikre uavhengighet fra sterke interne og eksterne aktører i alle beslutninger vi tar både som samfunnsorganisasjon og fagforening. Vi ønsker også å få drøftet hvordan vi kan sikre at fag og etikk alltid for forrang for egeninteresser.

Som profesjon med økt samfunnsinnflytelse og sterke maktmidler til disposisjon, er vi naturlig nok utsatt for kritikk. Sosiale medier tilbyr et vel av kanaler for kritiske røster, røster som gjør seg gjeldende døgnet rundt. De

kan være ubehagelige og til tider usaklige, men tilbyr i mange tilfeller informasjon og innspill som er viktige korrektiver til det kunnskapsgrunnlaget vår virksomhet er tuftet på.

Ikke sjelden stilles det spørsmål ved grunnlaget Psykologforeningens og psykologers faglige og etiske vurderinger. Det skjer både i saker som gjelder omsorgsovertakelse og bruk tvang i psykisk helsevern. Som forvaltere av tvang er vi dessuten indirekte målskive for kritikken som både FN og Likestillingsombudet har kommet med mot norske myndigheter som de mener har vedtatt en tvangslovgivning som strider mot Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD), og dermed bryter menneskerettighetene. Både nåværende og tidligere regjeringer har sagt seg uenige i FNs og Ombudets konklusjoner. Men verken i denne eller andre saker fritar oppdragsgivers synspunkter oss fra ansvaret for å gjøre selvstendige vurderinger av hva vi mener er faglig og etisk forsvarlig.

Som profesjonsorganisasjon må vi lytte til samfunnet rundt oss. Vi må være i kontinuerlige dialog med våre oppdragsgiver, myndighetene for å tilpasse vår virksomhet til samfunnets behov. Men vi kan ikke overlate ansvaret for å definere yttergrensen for vår virksomhet til andre uten å samtidig å svekke den tillit vi har i befolkningen, en tillit vi er helt avhengig av for å kunne overleve som samfunnsorganisasjon. ✕




Hvor langt kan en profesjon gå før den selger sjela si for makt og posisjoner?

# Inntrykk



Joanna Rzadkowska har lest to bøker om traumebehandling.

Side 825

Skal man alltid tilgi?, spør anmelder Petter Lohne etter å ha lest Arne Johan Vetlesens bok *Studier i ondskap*.

Side 828

- Lars Thorgaard er et «must» å lese for alle som jobber på døgnposter.

Side 824

## Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

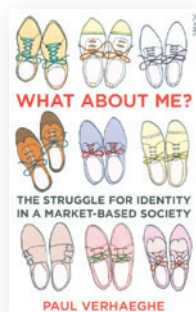
Send forespørsel på e-post til perolav@psykologtidsskriftet.no eller nina@psykologtidsskriftet.no.

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

## ANMELDT: BOK

# En tilstand av «depressiv hedonisme»

En elegant analyse av hva de siste 35 årene med nyliberalistisk ideologi har gjort med vår forståelse av identitet.



### PAUL VERHAEGHE

*What about me. The struggle for identity in a market-based society.* Scribe Publications Pty Ltd, 2014

### ANMELDT AV

Janne Horgen Friberg.  
Psykolog

**AV OG TIL** kommer det en bok som viser at noe av det du sliter med i ditt eget personlige liv, ikke bare handler om deg som individ, men faktisk gjenspeiler større samsfunnsstrukturer. I noen perioder og situasjoner kan slike bøker fungere som selvforsvar. Første gang jeg opplevde det, var med Naomi Wolfs *Skjønnhetsmyten*. Den ga meg hjelp til å forstå hvor mange av de kravene og forventningene jeg møtte som ung kvinne, kom fra. Da ble det også lettere å ta stilling til hvilke krav jeg ville leve opp til, og hvilke jeg skulle stå imot. I dag, som godt voksen og kliniker, oppleves boken til professor og psykoanalytiker Paul Verhaeghe som en liknende type selvforsvar. Denne gangen er det først og fremst utfordringene knyttet til styringen av det offentlige helsevesenet som trer frem i et klarere lys. Boka viser samtidig at også dette er del av en større kulturell sammenheng som former forventninger til alt fra oppussing av kropp og hjem, til ungenes suksess på ulike arenaer. Forfatteren slår tidlig fast at han tar stilling. Og fordi hans meninger sammenfaller med mine, er det en krevende øvelse å anmelde boka med den nødvendige kritiske distanse. Jeg gjør likevel et forsøk.



### ENDREDE VERDIER MEDFØRER ENDRET IDENTITET

Verhaeghe begynner stille og langsomt, men bygger seg opp i styrke og overbevisning etter hvert som han kaster lys over hva dagens nyliberalistiske ideologi gjør med vår følelse av identitet. Kort oppsummert er påstandene som følger:

Mennesket har i seg muligheter for både egoisme og altruisme. Det er omgivelsene som legger til rette for hva som fremelskes. Den nyliberalistiske ideologien som har dominert vestlige samfunn i de siste 35 år, fremelsker vår egoisme. Den hevder at vi er grunnleggende konkurranseorienterte og først og fremst fokuserer på egen vinning. Vi har fått en særegen form for sosial darwinisme, der den som i størst grad kan perfeksjonere seg selv, vinner. Hver og en er ansvarlig for sin egen suksess. De moralske normene er i økende grad eksterne. På arbeidsplassen så vel som i livet for øvrig disiplineres vi med straff og godteri i et slags tilbakefall til barndommen, ifølge Verhaeghe.

Alle er sin egen enkeltmannsbedrift. Kollektiv strid er avløst av endeløs indre kamp med oss selv. Når du feiler, kan du skylde deg selv. Konsekvensene viser seg, ifølge Verhaeghe, i form av mistillit, konkurranse, misunnelse og paranoia, mens opplevelsen av felles ansvar forvitrer. Dermed øker behovet for overvåkning og kontroll.

Kravet om både å nyte og å lykkes har, som Verhaeghe elegant formulerer det, «forvandlet postmoderne konsumenter til kloner av hverandres eksklusivitet, uten fordelene av en gjensidig solidaritet». Ironien er at vi alle kjøper de samme dingsene, innreder etter de samme trendene, samtidig som vi er overbevist om at vi er unike og tar våre egne valg. Vi svever rundt i en tilstand av «depressiv hedonisme», og forveksler ensomhet med autonomi.

Verhaeghe viser til forskning som etablerer en tydelig sammenheng mellom dagens sosioøkonomiske system og utviklingen i psykologiske og sosiale problemer. Han understreker at alle samfunn utformer sin definisjon av hva som er normalt og hva som er abnormt. Spørsmålet er derfor ikke *om* et samfunn gjør folk syke eller friske, men *hvordan* et samfunn definerer avvik, og hvilke konsekvenser det får.

Svaret på det finner han blant annet i problemene som preger dagens unge: individualisering av ansvar, økende angst, selvskading, spiseforstyrrelser og utmattethet. Mens psykologien i forrige århundre kjempet for å frigjøre individene fra fasttømrede roller og relasjoner, så har ensomhet nå trådt fram som vår tids store lidelse.

### VIKTIGE REFLEKSJONER FOR VÅR PROFESJON

Det er her jeg mener Verhaeghe løfter et verdifullt speil opp for vår profesjon. Han mener psykologene er i ferd med å bli de nye moralske autoritetene – «portvokterne for normalitet» – og de som kan perfeksjonere folk inn i systemet igjen når de faller ut. Han hevder at terapeutene som i dag preker disiplin, nekter å se at individer og deres lidelser er produkter av sitt samfunn. Når frihet er selvutvikling og ingenting skal stå i veien for å perfeksjonere vårt eget produkt, ligger alt til rette for en storhetstid for psykologprofesjonen. Verhaeghe gir oss noen redskaper til å tenke oss om, før vi begjærlig griper sjansen og rollen som nå blir servert oss på sølvfat.

For min del har boka vært viktig, ikke minst som bakgrunnsforståelse for diskusjonene rundt New Public Management i offentlig helsevesen. Den viser hva slags menneskesyn som ligger til grunn for dagens



Med sin tverrfaglige innsikt gir Verhaeghe oss et metablikk som gjør at vi kan se vår egen egosyntone samtidig i et nytt lys



styringssystemer, og hvordan dette koloniserer og infiserer klinisk praksis på en måte som går ut over faglig kvalitet og mellommenneskelige relasjoner.

Samtidig ble jeg tidvis irritert mens jeg leste. For det første bygger boken seg for langsomt opp. En mer alvorlig innvending er at argumentene ikke alltid er underbygget godt nok. Han maler med bred pensel og sveiper over store spørsmål, men tidvis går det på bekostning av presisjonsnivået. Han appellerer umiddelbart til min magefølelse, og det han skriver, resonerer godt med mine egne erfaringer. Jeg er mer usikker på om han ville kunne overbevise noen som ikke allerede er enige i analysen.

Jeg tok meg selv i å ønske meg mer tall og flere tabeller. Noe som er ironisk, siden boken nettopp kritiserer vår tids naive tiltro til kvantifiserbare størrelser og flytskjemaer. Analogier og vage assosiasjoner fungerer godt når man preker til menigheten, men skal man få gjennomslag, kreves mer systematisk underbygning av egne argumenter.

Lest i sammenheng med mer forskningsbelagt litteratur – for eksempel *Ulikhetens pris* av Pickett og Wilkinson, som også Verhaeghe siterer ofte – gir boken likevel et overbevisende inntrykk og nye perspektiver.

Man kan bli deprimeret av å lese Verhaeghes fortelling om det moderne mennesket som en selvkritisk, ensom og utmattet forbruker. Men jeg opplever den likevel som frigjørende lesning. Med sin tverrfaglige innsikt gir Verhaeghe oss et metablikk som gjør at vi kan se vår egen egosyntone samtid i et nytt lys. Den verden vi lever i, er konstruert og kan derfor konstrueres på andre måter. Det gir en befriende følelse av at vi kan bygge samfunnet vårt på andre verdier og på en annen forståelse av mennesket enn det vi gjør i dag. Han avslutter boken i en forsiktig optimistisk tone. Men som alltid krever det at vi tar et personlig ansvar på veien til et bedre liv – ikke bare for oss selv, men også for dem rundt oss. ❌

## KLASSIKEREN



### Lars Thorgaard: *Relasjonsbehandling i psykiatrien* (2006)

Fembindsverket er et «must» å lese for alle som jobber på døgnposter eller med psykose, skriver Linn Hamilton.

Min faglige favoritt er den danske psykiateren Lars Thorgaard. Han døde dessverre så altfor tidlig, men jeg har vært så heldig å oppleve flere av de mange forelesningene han holdt her i Norge, både gjennom sin tilknytning til The international society for the psychological treatments of schizophrenias and other psychoses (ISPS), Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering ved psykoser (Seprep) og psykosefagmiljøet i Stavanger. Thorgaard beskrev sin dynamiske psykoseforståelse og var opptatt av vår rolle som relasjonsarbeidere, både gjeldende for psykoterapeuter og miljøterapeuter. Han hadde en fantastisk evne til å bevisstgjøre gjennom sitt – aldri tilfeldige – valg av ord. Han la eksempelvis vekt på betydningen av «sam»-ordene i god relasjonsbehandling, slik som samtale, og samhandling, samvær, og han var opptatt av hvordan bevare empatien i relasjonsbehandlingen. I en tale på engelsk åpnet han med å si «let us not talk about madness, let us talk about tenderness». Heldigvis har Thorgaard ikke forlatt oss tomhendte, men gitt oss en arv i form av sitt fembindsverk: «Relasjonsbehandling i psykiatrien». Verket utkom i 2006 og kan muligens ikke kalles en klassiker ennå, men det bør bli det! Inntil videre er det i hvert fall et «must» å lese for alle som jobber i døgnposter eller liknende, både for vår egen psykoseforståelse og utøvelse av relasjonsarbeid, og fordi vi har et psykologfaglig ansvar for den miljøterapien som gis.

Linn Hamilton utfordrer  
Marianne Kuvaas til å ta stafettpippen videre

# «Det som ikke dreper oss, gjør oss sterkere»

Når blir traumer så store at de trenger spesialisert behandling, forskjellig fra annen, psykologisk behandling? To bøker prøver å gi oss svar.

**I 2006 OPPRETTET** Helsedirektoratet fem Regionale ressursentre for vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Bakgrunnen var at man ville ruste opp behandlingen av blant annet flyktninger som kom til landet. Ny, målrettet kompetanse ble ansett som nødvendig: Hvordan kan vi hjelpe denne sårbare pasientgruppen som har så høy risiko for retraumatisering?

## DEN TØFFE BARNDOMMEN

Publikasjonen av de mer enn 50 vitenskapelige artiklene i kjølvannet av ACE Study (The Adverse Childhood Experiences Study) har satt søkelyset på hva slags konsekvenser traumatiserte barn vil kunne oppleve senere i livet. Studien, som ble satt i gang på en klinikk for overvekt i San Diego i 1985, har resultert i noen skremmende tall. Hvis man har blitt utsatt for en *adverse childhood experience* (ACE) i barndommen, øker det sannsynligheten for at man utvikler alkoholisme, blir diagnostisert med kreft eller andre alvorlige sykdommer, og hvis man har opplevd mer enn 6 ACE-er, er det tretti ganger så sannsynlig at man forsøker å ta sitt eget liv.

Tilknytningsteori ble satt på agendaen. For kanskje er det ikke de materielle omstendighetene, men det emosjonelle miljøet i barndommen som bestemmer hvordan vi har det senere i livet? I Norge har Anna Luise Kirkengen forsvart dette perspektivet med boken *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (Universitetsforlaget, 2009).

## ET SAMFUNN AV TRAUMATISERTE

Trine Anstorp gir en liten innføring i disse samfunnspsykologiske temaene i kapittel 1 i boken *Traumebehandling*. Hun skriver blant annet om den høye forekomsten av forskjellig type påkjenninger i befolkningen: «[T]il sammen rapporterte 33,6 % av kvinnene og 11,3 % av mennene (...) at de hadde opplevd en eller annen form for seksuelle overgrep i løpet av livet». Dette er veldig høye tall, og hvis vi tar med alle de andre formene for traumatiske opplevelser som ACE Study opererer med (blant annet psykisk lidelse i familien, skilsmisse, vold eller emosjonell forsømmelse), blir tallene for de med minst én ACE veldig høye, faktisk rundt 66 prosent i USA. Da er det viktig å skjelle mellom potensielt traumatiske hendelser (som ikke gir ettervirkninger) og traumer, slik Anstorp gjør. Et annet spørsmål som kunne Anstorp kunne tatt opp, er at den kliniske befolkningen vil ha en så høy forekomst av traumer at begrepet kan miste sin egenart og forklaringsverdi. Når alle er traumatiserte, blir det ikke bare et nytt utgangspunkt som er likt for de fleste?

Uansett tenker jeg at opplysningsprosjektet til Kirsten Benum og Trine Anstorp er særlig anvendelig på en helt bestemt pasientgruppe, de med «DID» (multipel personlighetsforstyrrelse eller dissosiativ identitetsforstyrrelse). Dette er en psykisk lidelse med flere distinkte delpersonligheter som ofte har amnesi for hverandre. Blant disse skiller man mellom de som

## ANMELDT AV

Joanna Rzadzowska, Psykolog, poet og skribent. Jobber ved allmennpsykiatrisk poliklinikk, DPS Øvre  
» Romerike



**TRINE ANSTORP  
(RED.), KIRSTEN  
BENUM (RED.)**

*Traumebehandling.  
Komplekse traumelidelser  
og dissosiasjon,*  
Universitetsforlaget,  
2014. 392 sider



**TRAUMEPOLI-  
KLINIKKEN,  
MODUM BAD**

*Tilbake til nåtid. En  
manual for håndtering  
av traumereaksjoner,*  
Modum Bad, 2014.  
239 sider



Styrken til mange av kapitteforfatterne er deres empati og evne til innlevelse med pasientgruppen de beskriver

er tilnærmet nøytrale og fungerer i hverdagen, og de som er sinte, redde eller opplever seg selv som små barn. Den antatte årsaken til oppsplittingen er alvorlig og svært tidlig traumatisering.

Undertegnede har selv vært involvert i en sak hvor pasienten presenterte over ti forskjellige delpersonligheter, og den forvirringen og maktesløsheten man kan oppleve i en lignende situasjon, ble i høy grad dempet da jeg leste *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg* (Anstorp, Benum, Jakobsen, Universitetsforlaget, 2006). Hvis vi aksepterer splittingen som en fenomenologisk realitet, er disse bøkene til enorm praktisk hjelp. For hva skjer når en sint personlighetsdel erstattes av en sintere? Skal man snakke med barnedelen, eller ikke? Mulige problemstillinger blir grepet tak i og integrert i en anvendelig, faseorientert behandlingsmetode. Så ja, takk for disse bøkene, som enkelte av oss har knuget oss til som en livredningsbøye.

### I DE VANSKELIGE VURDERINGENES LAND

Situasjonen blir imidlertid mer komplisert i saker hvor dissosiasjonen er mildere. Her får poliklinikkene ofte en utfordring med å diagnostisere: Er det uspesifisert dissosiativ lidelse eller en personlighetsforstyrrelse? Den og andre problemstillinger synes jeg ikke blir møtt like godt i bøkene til Anstorp og Benum, og kanskje i enda mindre grad i fjorårets utgivelse. Denne stridslinjen mellom traumemiljøet og personlighetsmiljøet hadde vært viktig å diskutere, særlig siden det virker som om antallet forskningsartikler om DID per år er fallende (Paris, J., 2012, *The Rise and Fall of Dissociative Identity Disorder, The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 12). Det hadde vært velkomment med et forskningsbasert og granskende kapittel skrevet av noen som er kritisk til de dissosiative diagnosene.

Tvert imot er boken til Anstorp og Benum heller preget av selvgratulerende uttalelser. Eksempelvis i kapitlet «Traumesensitiv mindfulness», der Katinka Thorne Salvesen skriver setninger som: «Det er åpenbart at denne formen for arbeid er nyttig for mange» (uten referanse). Ord som åpenbart virker avskrekkende på denne leseren – vitenskap finnes nettopp fordi *lite* er åpenbart. I kapittel 20 høyner Trine Anstorp med å skrive: «Helt fra starten av fikk TT-programmet svært god respons og høstet stor anerkjennelse. (...) Deltakerne var svært begeistret». Her hadde en avveid holdning og nøktern argumentering vært å foretrekke.

Når det er sagt, er det flere kapitler som bør berømmes. Kapitlet «Tidlig traumatisering og heling i den terapeutiske relasjonen», skrevet av Kirsten Benum, er velskrevet og interessant. Hun skriver konkret, med treffende eksempler og gode råd om utfordringene ved å bygge en terapeutisk relasjon til noen med alvorlige relasjonstraumer. I tillegg anvender hun tilknytningsteori og andre teoretiske tilnærminger på en elegant, integrativ måte som gjør at det føles relevant for ens egen kliniske praksis. Les dette om du bare skal lese ett kapittel fra denne boken! Styrken til mange av kapitteforfatterne er deres empati og evne til innlevelse med pasientgruppen de beskriver. Dette blir for eksempel tydelig i kapitlet «Kultursensitiv traumebehandling», skrevet av Judith van der Weele.

### BEHANDLINGSMANUALER

Behandlingsmanualen *Tilbake til nåtid* (Modum Bad, 2014) er en slags enklere versjon av *Traumerelatert dissosiasjon. Ferdighetstrening for pasienter og terapeuter*, skrevet av Suzette Boon, Kathy Steele og Otto

Van Der Hart (oversatt og gitt ut av Modum Bad i 2014). En annen forskjell er at sistnevnte virker beregnet på en sykere pasientgruppe. Ellers har disse manualene mange overlappende kapitler. *Tilbake til nåtid* er likevel et velkomment bidrag til den kliniske psykologens verktøykasse. Mange psykologiske ferdigheter og begreper, for eksempel oppmerksomt nærvær, tankefeller eller affektbevissthet, blir forklart på en pedagogisk og tilgjengelig måte. For de som har lært mye om traumer, men ikke vet hvordan de skal implementere denne kunnskapen, kan denne manualen være en god støtte.

Tilbake til tittelen på anmeldelsen: Den er en løgn. Det som nesten dreper oss, gjør oss ikke sterke. Tvert imot kan det gjøre oss veldig, veldig syke, ute av stand til å jobbe og være sosiale, kanskje til og med ute av stand til å leve. Og til tross for psykologifagets mange nyanser, kontroverser og polariseringer er dette et faktum vi er nødt til å ta på alvor. ❌

## Fortrolige samtaler

Liv Ullmann dukker opp på Riksteatret igjen, nå som regissør av stykket *Fortrolige samtaler*. Oppsetningen er basert på Ingmar Bergmanns eksistensielle kjærlighetsroman *Enskilda samtal*. Den handler om Anna som møter igjen sin gamle konfirmasjonsprest og begynner å fortelle ham om sitt hemmelige liv: «Jeg er en utro hustru. Jeg lever med en annen mann. Jeg bedrar Henrik. Jeg har angst». *Fortrolige samtaler* handler om pasjonen som leder til katastrofen. Oppsetningen har urpremiere 9. januar på Nationaltheatret i Oslo, mens turnépremierer er 17. februar i Bodø.

## ANBEFALT



## Blogg om klimapsykologi: [talkingclimate.org](http://talkingclimate.org)

Det har vært vanlig å tro at alle de vitenskapelige fakta om klimendringer er så overveldende at de til sammen taler for seg selv. Dessverre gjør de ikke det. Og de leder heller ikke til den type holdning og handling som klimaforskere og aktivister gjerne ville sett. Derfor har det blitt avgjørende å forstå – ikke bare klimasystemet selv – men også spesielt *menneskers respons* på klimavitenskapens funn og urovekkende prognoser.

I både England og USA fins det egne faggrupper ved universiteter (som Cardiff og East Anglia, samt Yale og Princeton i USA) i tillegg til stiftelser som fokuserer utelukkende på klimapsykologi. Et eksempel på det siste i UK er Climate Outreach and Information Network – COIN. Sentralt i COINs arbeid står psykologen Adam Corner, som er redaktør for bloggen og nettsiden [www.talkingclimate.org](http://www.talkingclimate.org). Grunnleggeren av COIN, George Marshall (forfatter av boken *Don't Even Think About It*), publiserer også en del der.

Her fins oversikter over psykologisk forskning på klimakommunikasjon generelt, med en egen database over fagfelleverdert forskning. Det er også egne artikler om hvordan kommunisere usikkerhet, slik disse er brukt av det internasjonale klimapanelet, IPCC.

En egen guide (PDF) gir oversikt over forskning på hvordan fremme miljøvennlig atferd, særlig innenfor klima. Dette er et raskt voksende område for anvendt psykologi, svært viktig for vår kulturs fremtid og menneskeheten generelt. Som om sjelen kan reddes mens biosfæren går til grunne. Her er det fritt fram for norske psykologer til å hive seg med.

*Anbefalt av Per Espen Stoknes, psykolog og førstelektor ved BI.*

# Skal man alltid tilgi?

Som psykoterapeut har jeg ofte forhåpninger om at pasienten skal være i stand til å forsones seg og tilgi. *Studier i ondskap* bidrar til refleksjon og varsomhet stilt overfor pasienter i slike situasjoner.



**ARNE JOHAN  
VETLESEN**

*Studier i ondskap*  
Universitetsforlaget  
2014

## ANMELDT AV

Petter Lohne,  
Privatpraktiserende  
psykolog

**BOKEN TAR FOR** seg omstridte og betydningsfulle temaer knyttet til ondskap i vår tid. Den har for eksempel et kapittel om Anders Behring Breivik og terroraksjonene 22. juli skrevet for tre år siden. Boken diskuterer hva som motiverer alvorlige ugjerninger og gjerningsmenns selvforståelse og ondskap. Og ikke minst fordyper Vetlesen seg i vanskelige spørsmål som om det å bære nag kan være riktig, og om det kan være moralsk galt å tilgi.

Jeg opplever teksten om Behring Breivik som en klargjøring av hvordan en politisk/ideologisk posisjon som har mange tilhengere og som Behring Breivik arbeidet mye med og gjennomgikk i sitt manifest, møter en personlig historikk av omsorgssvikt, forsømmelse og personlige nederlag. Vetlesen er tydelig på at det fantes og finnes høyre-ekstreme miljøer som inspirerte Behring Breivik. I hans selvdrykende og selvrettferdige skrivelier forener han sin hevngjerrighet basert på personlig motgang med misjonen å redde den vestlige sivilisasjonen fra undergang. Det er ingen entydig forklaring på ugjerningene hans. Den galskap som Behring Breivik utviklet i sin isolasjon, passet som hånd i hanske til ondskapen i den høyre-ekstreme ideologien.

Et psykoanalytisk orientert essay knytter an til innsikter hos Melanie Klein og Svein Haugsjerd. Vetlesen drar sammenhenger mellom den uunngåelige smerten vi opplever som følge av de grunnvilkårene vi lever under som individer (avhengighet, sårbarhet og dødelighet), og hvordan kulturen vår kan fremme benektelse eller skam knyttet til denne smerten. Motsatt

kan kulturen gjennom språk og andre uttrykk hjelpe oss med å uttrykke smerten og dele den i menneskelige fellesskap.

Med utgangspunkt i filosofen Emmanuel Levinas viser han hvordan provokasjonen den sterke opplever hos den svake – gjennom å vise seg utsatt og sårbar – kan motivere aggresjon. Den sterke benekter sin svakhet og «tar livet av den» hos «den Andre». Projektiv identifikasjon er den psykologiske prosessen som ligger til grunn hos voldsutøveren.

## DET VIKTIGE UNNTAKET

Forfatteren diskuterer og forsøker å lese forskningsresultatene fra blant annet Milgrams og Zimbardos studier i lys av motiver han så tydelig finner hos de som begår misgjerninger. Her går han også, med et psykoanalytisk utgangspunkt, inn på Herman Welzers analyser av gjerningsmenn fra 2. verdenskrig (2005). Det viser seg at gjerningsmennene også har en autonomi i forhold til det de gjør. Noen representerer unntak, de avstår fra ugjerningene eller med livet som innsats motarbeider dem. Det er utallige eksempler på hvordan sadisme viser seg hos gjerningsmenn (Behring Breivik, mange av Milgrams og Zimbardos forsøkspersoner). Som for Breivik og nazistene, eller for etniske voldsaksjoner i Jugoslavia, spiller også ideologi (nasjonalisme, rasisme osv) en fremtredende rolle ved masseutryddelser.

Dermed blir det problematisk at det så ofte hevdes at «vanlige mennesker» kan gjøre de grusomste ting. Slike påstander er bygd opp under forskning som foregir å vise hvordan det

# Ferskvare

å føle seg som tilhørende en gruppe er det (eneste) avgjørende når grufulle voldshandlinger begås. Vetlesen mer enn antyder at ensidig vekt på slike perspektiver kanskje kan være behagelige for dem som forsker eller i vid forstand var medansvarlige eller lot være å gjøre motstand. Det var ikke noe spesielt med overgriperen eller de som så på eller viste om ugjerningene, utover identifikasjon med sin sosiale gruppe. Vetlesen mener forskeren (og kanskje psykologen) står i fare for å identifisere seg for mye med overgriperperspektivet på denne måten. Jo, det er noe spesielt ved å være inne i slike bestialske prosesser som utøver, og det er fryktelig å se i øynene at vi ikke vet om vi selv, gitt de samme sosiale omstendighetene, hadde klart å avstå.

For Vetlesen er det viktig å fremheve autonomien hos og unntakene fra dem som velvillig var med på eller så bort fra overgrepene for eksempel i Holocaust. Forfatteren siterer Hanna Arendts berømte ord fra soldaten som nektet å skyte: «ich nicht». For meg som leser bringer dette tanken hen på en interessant studie (blant annet beskrevet av Ludvig Igra i «Den tunna hinnan», 1991) av personer som reddet og beskyttet jøder under 2. verdenskrig. Her fant man disse kjennetegnene: at de hadde foreldre som var forbilder i det å interessere seg for og bistå mennesker utenfor familien når disse led, de fortalte at deres foreldre betonte likheter mer enn forskjeller mellom dem selv og mennesker med annen etnisk eller kulturell bakgrunn, og at de lærte noe hjemme om sjenerøsitet og å vise hensyn til andre.

Jeg forstår Vetlesen slik at han, i likhet med Emmanuel Levinas, ser ansvaret for den andre som en primær impuls, uavhengig av det senere mer kulturelt betingede «overjeget».

## DEN VANSKELIGE TILGIVELSEN

For psykologer tror jeg også perspektivene til Vetlesen i de to siste tekstene i boken kan være viktige å ta inn over seg. Det fører for langt å gå i detalj. Men i blant annet Holocaust-litteraturen (her refereres blant annet en diskusjon mellom Jean Amery og Primo Levi) har standpunktene stått kraftig mot hverandre. Vetlesen mener det kan være riktig å motsette seg å tilgi. Noen gjerninger oppleves som «utilgivelige». Det får meg til å tenke på nobelprisvinneren Imre Kertesz' roman *De skjebneløse*. Her forteller han med psykologisk sannferdighet om hatet og fremmedfølelsen den unge hjemvendte konsentrasjonsleirfangen opplevde ved møtet med dem som hadde fortsatt livet som om ingen ting hadde skjedd. Vennens velmente kommentar om at oppholdet i leirene må ha vært et grusomt helvete, falt på steingrunn. Det var erfaringer som kjentes umulige å dele, og kanskje var det noe «utilgivelig» hos dem som levde mer umerket gjennom krigsårene.

Mot slutten av boken vender Vetlesen tilbake til utgangspunktet med Behring Breivik. Det er sår etter terroraksjonene som ikke er leget, akkurat som etter andre terroraksjoner og etniske/religiøse massedrap. Det er jo problematisk når noen mener å kunne tilgi eller be om unnskyldning på vegne av andre, eller når noen mener å ha rett til å be andre forsonge seg eller tilgi. Tilgivelse er for Vetlesen et dypt personlig spørsmål. Forsoning er vel ofte ønskelig, men det kan være vanskelig og rett og slett moralsk riktig å avstå fra det. Kanskje bør gjerningen bli stående for ettertiden som «utilgivelig», kanskje til og med der gjerningsmannen viser anger? Slike vanskelige spørsmål synes jeg Vetlesens *Studier i ondskap* hjelper oss å stille. ❌



## Når frykten styrer

Hvorfor og hvordan kan frykt og angst styre medarbeidere og leders arbeidshverdag? Hvordan kan vi gjen-

kjenne tegnene på at frykt og angst råder? Kjell Dahl er styreleder og partner i Lederskap AS, og har skrevet boka *Når frykten styrer på arbeidsplassen. Refleksjoner over livs- og dødskrefter i organisasjoner*, utgitt på Kommuneforlaget. Her diskuterer han disse spørsmålene, og presenterer ledelses- og organisasjonsgrep som skal redusere frykt og angst. Teoretiske perspektiver og drøfting av handlingsalternativer knyttes til fortellinger fra forfatterens lange praksis som organisasjonskonsulent.



## Å forstå en lovbrøyer

Ved å bruke kunnskap om barn, utviklingspsykologi og psykisk helse kan vi forstå den enkelte lovbrøyeren

bedre. Forhåpentligvis kan vi også legge forholdene bedre til rette for en oppvekst der færre faller utenfor og færre blir lovbrøyerer, håper forfatteren Jannike Engelstad Snoek, som er spesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Hun har flere års erfaring som medlem av den rettsmedisinske kommisjon, og har nå utgitt boka *Mindreårige, psykisk helse og rettsapparatet* på Universitetsforlaget. Forfatteren tar også for seg barn i strafferetten og opplæring av sakkyndige. Avslutningsvis presenteres utredningsverktøy for vurdering av barn og unge.



# Kurskalenderen

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

Pris eks. mva. for innrykk i tillegg til annonse i Psykologtidsskriftet:  
1 innrykk kr 2 000,  
2 innrykk kr 3 000,  
3 innrykk kr 3 500,  
4 innrykk kr 4 500.

Ønsker du mer informasjon eller bestille annonse på kurskalenderkontakt oss på tidsskrift@psykologtidsskriftet.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](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

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

Oslo, 7.–8. september 2015  
[www.psykologforeningen.no/kurs](http://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](http://www.emdrutdanning.no)

## OKTOBER

---

### Hvordan skrive journal

Oslo, 8. oktober 2015  
[www.psykologforeningen.no/kurs](http://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](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

### Nepsy-II-kurs

Oslo, 22. og 23. oktober 2015  
[www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

### Lovkurs; tvangsvedtak i psykisk helsevern

Oslo, 28. og 29. oktober 2015  
[www.psykologforeningen.no/kurs](http://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](http://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](http://www.emdrutdanning.no)



**LEDIGE KONTORER I ASKER.** To flotte kontorer (22 og 27 kvm), sentralt beliggende i etablert praksisfellesskap i Asker leies ut. Mulighet for å del-leie. Kontorene er nyoppusset (sept. 2014) med felles venterom. Mulighet for trådløs nettilgang og skriver. Ledig omgående. Henv. Per Jostein Matre, tlf. **977 71 355**, e-post [pjm@senterforkognitivpraksis.no](mailto:pjm@senterforkognitivpraksis.no); Rita Kylling, tlf. **962 21 270**, e-post [rk@metanoia.as](mailto:rk@metanoia.as); Marianne Villabø, tlf. **411 23 534**, e-post [marianne.aalberg@gmail.com](mailto:marianne.aalberg@gmail.com). Senter for Kognitiv Praksis [www.senterforkognitivpraksis.no](http://www.senterforkognitivpraksis.no)

**PSYKOLOGKONTOR SENTRALT I LILLESTRØM**  
Møblert, romslig kontor i psykologfellesskap er ledig to dager pr. uke (mandag og torsdag) fra 1.1.16 og delvis før. Ta kontakt med Elisabeth Myrstad på tlf. **918 20 772** eller e-post til [elisabeth.myrstad@romerikspsykologene.no](mailto:elisabeth.myrstad@romerikspsykologene.no)

Pent, stort kontor m/balkong etc. i **Prof. Dahlsgt. 18** i psykologfellesskap til leie, tlf. **22 43 89 19**.



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

Følg Tidsskrift for  
Norsk psykologforening på

facebook

## Velkommen til Personlighetspsykiatri-konferansen 3. og 4. desember 2015



En todagers konferanse med de aller fremste foreleserne, og fokus på hva som fungerer i behandling av personlighetsforstyrrelser.

**Pris: kr 2 200**

**Dag 1** dreier seg om god psykiatrisk behandling av emosjonelt ustabil (borderline) personlighetsforstyrrelse, BPD. **Professor John Gunderson (McLean Hospital, USA)** foreleser hele dagen.

**Dag 2** dreier seg om hva som er virksomt i forskjellige psykoterapeutiske tilnærminger. **Hvilken betydning har pasient-terapeutforholdet i behandlingen? For hva slags type personlighetsproblemer virker tilnærmingen?**

**Forelesere for dag 2 er:**

- professor Sigmund Karterud
- forsker og DBT-lærer Anita Tørmoen
- psykologene Marit Olsen og Erlend Aschehoug
- førsteamanuensis Erik Stänicke
- professor Per Høglend



Prof. John Gunderson

Se hele programmet og meld deg på: [www.personlighetspsykiatri.no](http://www.personlighetspsykiatri.no)

## 5. NORDISKE KONFERANSE VOLD BEHANDLING

Plenumsforedrag: John Gottman,  
Julie Schwartz Gottman, Allan Wade,  
Carla Smith Stover, Ingunn Rangul  
Askeland, Jannicke Stav og Kjerstin  
Almqvist. 24 workshops.

For mer informasjon og påmelding, se:  
[www.atv-stiftelsen.no](http://www.atv-stiftelsen.no)

Radisson Blu Plaza Hotell,  
Oslo, 4.-5. november 2015



## Somatic Ego-State Terapi og Somatic Experiencing metoden

Dato: 10.-12. okt. 2015. Sted: Clarion Collection hotell Gabelshus

Dr. Maggie Philips er klinisk psykolog med forfatterskap innen hypnose, dissosiasjon, Ego State Therapy (EST), smertebehandling og Somatic Experiencing. Hun er medlem av Senior Fakultet av Somatic Experiencing Institute og underviser ved Somatic Experiencing-utdannelsen i Norge. I oktober tilbyr hun en Masterclass i Oslo. Kriterie for deltakelse: Grunnleggende psykoterapikompetanse innen kropp-/sinn-teknikker.

**I 2015 startet Somatic Experiencing-utdannelsen Kull 4.** Det er fremdeles opptak. SE-utdannelsen er en videreutdanning for helsepersonell for regulering og behandling av traumetilstander. Metoden er utviklet av **Dr. Peter Levine Ph.D.**, med doktorgrad i psykologi/medisinsk biofysikk. SE-metoden er en klinisk implikasjon av nyere nevroaffektiv teori, slik som S. Porges, D. Siegel og P. Levine. **Somatic Experiencing® (SE)** gir mindre risiko for retraumatisering under behandling og vil hjelpe til å reorganisere og fullføre en defensiv orienteringsrespons. Dvs. fullføre kamp-, flukt- og frysreaksjoner i nervesystemet. SE-metoden vektlegger etablering av en organisk selvregulering og kan forhindre utbrenthet hos terapeuter.

**Undervisere:** Ariel Giarretto, Maggie Philips og Steven Hoskinson.

Opptak til kull 4 krever introduksjonskurs i SE-metoden og gjennomsyn av video fra tidligere kurs, samt veiledning: SE-Introduksjon: 17. til 18. sept. og 3. til 4. okt. 2015 i Oslo. SE-kurs og utdannelsen er godkjent som vedlikeholdsaktivitet av spesialiteten av Norsk psykologforening.



**Arrangør:** Somatic Experiencing © Instituttet i Norge. Traumeheling Norge DA, Josefines gt. 27, 0351 Oslo

**Kurssted:** Clarion Collection Hotell Gabelshus, Oslo

**Pris:** kr 6 300.  
Kursavgift inkluderer ikke lunsj

**For mer informasjon og registrering:**  
[www.traumeheling.no](http://www.traumeheling.no), e-post [traumeheling@gmail.com](mailto:traumeheling@gmail.com)

**Kontakt:** Spesialist i klinisk psykologi Barbro Andersen, tlf. 930 48 240 eller psykoterapeut Erika Bea Thorkildsen, tlf. 979 58 797

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



## Toårig sertifiseringsprogram i skjematerapi

To årig sertifiseringsprogram for psykologer, leger og annet helsepersonell arrangert av Norsk Forum for skjematerapi i samarbeid med Norsk Forening for Kognitiv terapi. Programmet følger International Society of Schema Therapy (ISST) sine standarder for internasjonal sertifisering i skjematerapi.

Norsk psykologforening har godkjent utdanningen med 128 timer vedlikeholdsaktivitet i spesialistutdanningen, og veiledningen er godkjent med inntil 60 timer som ledd i spesialisering. Kursmodulene vil bli søkt godkjent som emnekurs i psykiatri til videre- og etterutdanning av Spesialitetskomiteen i allmennmedisin og som valgfritt spesialist- og etterutdanningskurs av Spesialitetskomiteen i psykiatri.

Utdanningen starter opp i februar 2016, og består av totalt 8 kursmoduler. I tillegg kommer enten 20 timer veiledning for standard sertifisering eller 40 timer veiledning for avansert sertifisering.

Skjematerapi er en integrativ psykoterapimodell. Forskning viser at skjematerapi er godt egnet i forhold til behandling av personlighetsforstyrrelser. Det er også en fruktbar terapitilnærming i forhold til å motvirke tilbakefall ved depresjon, angst eller rusavhengighet.

### Kursmoduler:

- Modul 1: Innføring i skjematerapi, 18.02.–19.02.16 i Oslo. Erlend Aschehoug
- Modul 2: Kasusformulering i skjematerapi, 02.06.–03.06.16 i Oslo. Erlend Aschehoug
- Modul 3: Modusarbeid, 15.09.–16.09.16 i Oslo. Marit Olsen
- Modul 4: Skjematerapi ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, høst 2016 i Oslo. Poul Perris
- Modul 5: Empatisk konfrontering og avgrenset nyomsorg, vår 2017 i Oslo. Neele Reiss og Friederike Vogel
- Modul 6: Transformational Chairwork, 08.06.–09.06.17 i Oslo. Scott Kellogg
- Modul 7: How to Strengthen the Healthy Adult by Using Mindfulness & ACT, 07.09.–08.09.17 i Oslo. Pierre Cousineau
- Modul 8: Difficult Therapy Situations – the Concept of the «Sphere of emotional resonance», 09.11.–10.11.17 i Oslo. Lukas Nissen

### Forelsere i sertifiseringsprogrammet



Scott  
Kellogg



Poul  
Perris



Neele  
Reiss



Friederike  
Vogel



Pierre  
Cousineau



Lukas  
Nissen



Marit  
Olsen



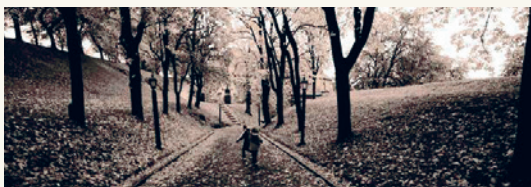
Erlend  
Aschehoug

### Kostnader:

Programavgiften er kr 7 000 per semester, totalt kr 28 000 (dekker samtlige kursmoduler).

Veiledningsutgifter kommer i tillegg, samt eventuelle utgifter til reise og opphold.

For deltakere som ikke ønsker å gå hele utdanningsprogrammet er det mulighet å melde seg på enkeltstående kurs. Kursavgift er kr 4 000 per kurs.



### Frist for påmelding: 15. januar 2016.

For program og påmelding: [www.kognitiv.no](http://www.kognitiv.no)  
(gå til «Utdanningsprogram» og deretter til «Fagnettverk»)  
eller [www.psykologbehandling.no](http://www.psykologbehandling.no)

Spørsmål kan rettes til kursleder Erlend Aschehoug,  
e-post [erlend@psykologbehandling.no](mailto:erlend@psykologbehandling.no), telefon 954 10 740.



## To-årig grunnseminar i psykoterapi

Oppstart januar 2016 i Oslo

### Toårig grunnseminar i psykoterapi

*Innføring i en relasjonell kropporientert psykoterapi*

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

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

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

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

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

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

**Søknadsskjema** sendes *Norsk Karakteranalytisk Institutt, Gjerdrums vei 12, 0484 Oslo*, eller til e-post: [kontor@karakteranalyse.no](mailto:kontor@karakteranalyse.no) innen **1. november 2015**.

Søknadsskjema finner du på [www.karakteranalyse.no](http://www.karakteranalyse.no) under utdanningen.

## Introduksjonskurs i R-PAS: Rorschach Performance Assessment System



Kurset retter seg mot psykologer med eller uten tidligere erfaring med Rorschach-metoden. Kurset er godkjent av NPF som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet, 53 timer

**Sted og dato:** Lillestrøm, 21.-23. oktober 2015, 4.-5. februar 2016 og 14.-15. april 2016

**Kursholdere:** Cato Grønnerød og Harald Janson

**Informasjon og påmelding:** [norof.weebly.com](http://norof.weebly.com)

**NoRoF Den norske Rorschach-forening**

## Kurs i Relational Traumeterapi

MOAIKU

### Traumer og Tilknytning

2. - 4. oktober 2015 - 2 ½ dag i Oslo

Hvilken betydning har tilknytnings-mønstre i bearbeiding av traumer? Hva skjer med vårt forhold til tilknytning i og etter traumer?

Dette kurset fokuserer på samspillet mellom tilknytnings- og traumemønstre, og på hvordan vi gjennom psykomotorisk ferdighetstrening og gensidig regulering av arousal-tilstand og emotioner kan nå inn i mønstrene og starte en helingsprosess. Fokus ligger også på, hvordan vi kan støtte oss selv og andre i hjelpesøkende og hjelpegivende roller, så vi minsker risikoen for at samspill preges av dominans og underkastelse.

Pris: kr 3.350 ved påmelding før 4. september, deretter kr 3.650

### Introduksjon til Relational Traumeterapi

- en psykomotorisk og system-orientert metode  
5.-7. februar 2016 i Oslo.

Pris: kr 3400 ved påmelding før 10. januar - deretter kr 3700

### Skjulte livsvalg - 4 dagers kurs om teenagefasen i psykoterapeutisk proces

3.-6. november 2015 i København. Se [www.moaiku.dk](http://www.moaiku.dk)

**Kursleder:** Merete Holm Brantbjerg, psykoterapeut MPF. Kontakt og ytterligere informasjon:

[moaiku@brantbjerg.dk](mailto:moaiku@brantbjerg.dk) • [www.moaiku.dk](http://www.moaiku.dk)



## Norsk Helsenett

Etablering 0,-

1/2 månedspris

Rett i systemet | Ett kontaktpunkt

 **PSYKBASE**

## Bli Sertifisert Lærer / Instruktør i Mindfulness-Basert Stress Reduksjon (MBSR) og Mindfulness-Basert Kognitiv Terapi (MBCT)

Høgskolen i Gjøvik og Institute for Mindfulness-Based Approaches i Tyskland samarbeider nå om en lærerutdanning i MBSR/MBCT.

Utdannelsen går over tre semestre med oppstart 21. januar 2016 og består av syv samlinger ved Kringler Gjestegård (Gardermoen) og sentralt i Oslo. Undervisningen holdes av høyt kvalifiserte lærere fra IMA. Alle lærere har langvarig meditasjonspraksis og bred erfaring med å lede MBSR/MBCT kurs for ulike grupper deltakere. IMA har utdannet MBSR/MBCT-lærere i over ti år og kullet som nå starter vil være det tredje kullet med norske studenter. For første gang vil utdanningen gi studiepoeng.

Utdannelsen følger internasjonale standarder mht. ønskede kvalifikasjoner og egen fordypning i mindfulness hos en MBSR/MBCT-instruktør, og gir adgang til å bli medlem av Fagforeningen for MBSR/MBCT-lærere i Norge ([www.mbsrmbctnorge.no](http://www.mbsrmbctnorge.no)). Videreutdanningen er søkt godkjent som et fritt spesialistkurs gjennom Norsk psykologforening.

Søknadsfristen er den 1. oktober.

For mer informasjon se; [www.hig.no](http://www.hig.no), eller kontakt fagansvarlig førstemanuensis Gunvor Marie Dyrdal, e-post [gunvor.dyrdal@hig.no](mailto:gunvor.dyrdal@hig.no)

Ved NTNU, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, skapes kunnskap for en bedre verden og løsninger som kan forandre hverdagen. 1. januar 2016 slår NTNU seg sammen med høgskolene i Ålesund, Gjøvik og Sør-Trøndelag. Det gir oss et mer komplett studietilbud og større forskningsmiljøer. Sammen lager vi Norges mest spennende, innovative og største universitet.



### 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](http://www.psykologforeningen.no) under «Konferanser og kurs».

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

#### ANNONSEFORMATER

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
10	18.09	01.10
11	19.10	02.11
12	18.11	01.12

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

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

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



## Fond til videre- og etterutdanning

I klinisk psykologi og psykoterapi av psykologer  
innen Norsk psykologforening

### Tildeling 2016

**Utover ordinære tildelinger ønsker Fondsstyret også å gi midler til:**  
Skriving av artikler/essay om utfordringer i privatpraksis med tanke på publisering

**Søknadsfrist 1. november 2015**

**Det kan nå søkes om midler fra fondets avkastning til aktiviteter i 2016.**

Ved tildeling vil avtalespesialister prioriteres.

Tapt arbeidsfortjeneste dekkes kun til artikkelskriving for publisering.

Det formål det kan søkes midler til fremgår av vedtektenes § 2.

#### § 2 – Formål og ytelser:

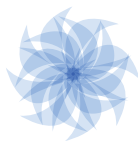
Fondets formål er å høyne det faglige kunnskapsnivå innen klinisk psykologi og psykoterapi

#### Dette skjer ved støtte til:

- 1 a. Videre- og etterutdanning i klinisk psykologi og psykoterapi
- 1 b. Styrking av veilederkompetanse i klinisk psykologi og psykoterapi
- 1 c. Formål som har sammenheng med etterutdanning av spesialister i klinisk psykologi
- 2 a. Fondet kan gi hel eller delvis dekning av kurs- og reiseutgifter og andre utgifter i forbindelse med videre- og etterutdanning i klinisk psykologi og psykoterapi
- 2 b. Fondet kan gi midler til vitenskapelig forskning og til utarbeiding av skriftlige arbeider og publikasjoner i klinisk psykologi og psykoterapi
- 3 a. Fondets midler kan søkes av eller til psykologer i videreutdanning i klinisk psykologi og spesialister i klinisk psykologi
- 3 b. Fondet skal ved tildelingen prioritere søknader fra privatpraktiserende spesialister i klinisk psykologi
- 3 c. Fondet skal ved tildelingen prioritere søknader som ikke kan få støtte på annen måte

Begrunnet søknad sendes på eget skjema: Last ned søknadsskjema på vår nettside  
**[www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)**

Prosjektbeskrivelse eller annen relevant dokumentasjon må vedlegges søknaden. Utdrag av vedtektene er inkludert i søknadsskjemaet.



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo  
Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92  
E-post [nppost@psykologforeningen.no](mailto:nppost@psykologforeningen.no)



## MMPI-II

*MMPI er en av verdens mest brukte kliniske personlighetstester. Testen benyttes for selvrapporing vedrørende psykopatologi, og genererer hypoteser om disse forholdene, samt personlighetstrekk og atferd hos testpersonen.*

### Målgruppe

Psykologer som bruker MMPI i klinisk praksis.  
Psykologforeningens testkurs er forbeholdt psykologer.

### Målsetting

Kurset vil ta for seg de viktigste fagetiske betraktninger ved bruk av testen, og hvilke pasientgrupper den kan benyttes på. Videre gis en gjennomgang av administrative retningslinjer ved bruk, og opplæring i hvordan en kan bruke testen for å gjøre bedre kliniske vurderinger.

Det vil bli lagt vekt på planlegging og vurdering av egnethet for behandling, symptomkartlegging i forbindelse med psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser. Kursholder vil også gjennomgå risikovurdering i forbindelse med rettspsykiatriske spørsmål.

Deltakerne oppfordres til å ta med seg testprofiler for gjennomgang på kurset.

### Om kursleder

Dag Øyvind Engen Nilsen er psykolog og arbeider med problemstillinger innenfor bedømmelse og beslutningstaking ved siden av privatpraksis. Var prosjektleder for standardiseringen av WISC-III og WAIS-III i Norge. Har skrevet artikler og bokkapittel om testing, og skriver for tiden bok på Gyldendal forlag.

Med forbehold om endringer.

Kurset godkjennes som 16 timers fritt spesialkurs/vedlikeholdskurs.

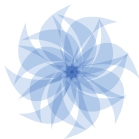
Sted og dato: Oslo, 5.-6. november 2015

Avmeldingsfrist: 1. oktober 2015

Medlemspris: kr 6 500

Kursnr.: 113-15

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/kurs](http://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





# Rus, avhengighet og endring

## Hvorfor hjelper ikke gode råd?

### Målgruppe

Psykologer

### Tema

Et psykologisk perspektiv på bruk av rusmidler; alkohol, medikamenter og illegale stoffer.

### Målsettinger

Å gi deltakerne økt kunnskap om bruk, misbruk og avhengighet av ulike rusmidler. Deltakerne skal bli tryggere på å jobbe med rusmiddelproblematikk på egen hånd.

### Innhold/metode

En stor andel pasienter som søker hjelp for psykiske plager har en tilleggsproblematikk med bruk alkohol eller andre rusmidler, som ofte forblir uadressert. Kunnskap om dette feltet er relevant og viktig for psykologer i alle deler av helsevesenet. Vi vet at mørketallene er store, og at kunnskap er viktig for å møte dette på en trygg og kompetent måte.

Kurset vil gjennomgå kunnskap om utbredelse, ulike forståelsesmodeller, behandlingsteknikker, øvelser, kasuseksempler og veiledning på medbrakt klinisk materiale.

### Kursledere:

Haakon Holmberg m.fl.

Sted og dato: Oslo, 26.-27. november 2015

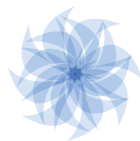
Avmeldingsfrist: 22. oktober 2015

Medlemspris: kr 6 500

Kursnr.: 116-15

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

Med forbehold om endringer.



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



## Psykologisk førstehjelp

*Et psykopedagogisk materiell som formidler grunnprinsippene i den kognitive modellen til barn og ungdom.*

### Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister.

### Målsetting

Utvikle psykologens kunnskaper og ferdigheter i å bruke psykologisk førstehjelp (PF) som helsefremmende og forebyggende tiltak.

### Etter kurset vil deltakerne

- Ha oversikt over PF-materiell, samt ha reflektert rundt i hvilke kontekster materialet kan være nyttig
- Kunne bruke PF som selvhjelp, veiledet selvhjelp og del av behandling
- Kunne gi foreldreveiledning med utgangspunkt i PF
- Kunne veilede hjelpere i helsetjenester og barnevernstjeneste i bruk av PF som indikert og selektiv forebyggende metode
- Kunne veilede lærere og førskolelærere i bruk av PF som universell forebyggende metode

### Innhold

Kurset fokuserer på hvordan PF kan nyttes for å fremme og styrke barn og unges utvikling av tanke- og følelsesbevissthet. PF-materialet er utviklet av kursholder Solfrid Raknes i samarbeid med en faglig sterk referansegruppe.

Med forbehold om endringer.

Kurset godkjennes som 16 timers fritt spesialkurs/vedlikeholdskurs.

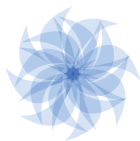
Sted og dato: Oslo, 9.-10. november 2015

Avmeldingsfrist: 5. oktober 2015

Medlemspris: kr 6 500

Kursnr.: 120-15

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/kurs](http://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



# Utredning av barn med den nye norske WPPSI-IV

## – førskoleversjonen av Wechsler-testene

*Kurset gir en innføring i administrasjon, skåring og tolkning av resultater på den nye norske WPPSI-IV. WPPSI-IV har 15 deltester, hvorav 10 er beholdt fra WPPSI-III og 5 er nykonstruerte. Testen er delt i to aldersgrupper (2;6–3;11 år og 4;0–7;7 år). WPPSI-IV har skandinaviske normer.*

### Målgruppe

Psykologer som jobber med utredning av barn i alderen 2-7 år.

### Innhold

Presentasjon av utviklingsarbeidet bak WPPSI-IV. Grundig gjennomgang og opplæring i administrasjon av de ulike delprøvene. Skåringsprosedyrer og tolkning med norske eksempler blir presentert.

### Målsetting

Kunnskap om administrering, skåring og tolkning av resultater på WPPSI-IV. I tillegg blir ulike funksjonsprofiler gjennomgått og testens sterke og svake sider blir belyst.

### Om kursleder

Anne-Siri Øyen er psykologspesialist med fordypning barn og unge. Hun har doktorgrad i klinisk utviklingspsykologi fra Canada. Hun var med å bygge opp Krise og utredningsenheten ved Ullevål sykehus, jobbet i ABC-studiens forskningskikk ved Nic Waals Institutt/Folkhelseinstituttet, og jobber i dag ved Spe- & Småbarnsseksjonen ved Nic Waals Institutt.

Med forbehold om endringer.

Kurset godkjennes som 16 timers fritt spesialkurs/vedlikeholdskurs.

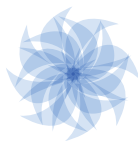
Sted og dato: Oslo, 11.-12. november 2015

Avmeldingsfrist: 7. oktober 2015

Medlemspris: kr 6 500

Kursnr.: 121-15

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/kurs](http://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



## Ansvarsforsikring

Norsk psykologforening har en avtale med Storebrand om en kollektiv ansvarsforsikring. Som medlem er du med i forsikringsordningen såfremt du ikke har reservert deg fra denne.

Ansvarsforsikringen for medlemmer dekker erstatningskrav fra klienter og er et supplement til Norsk pasientskadeerstatnings (NPE) dekning.

Forsikringspremien innkreves en gang per år, og du kan velge om du vil betale via avtalegiro eller på egen faktura (giro).

Du kan lese mer om forsikringsordningen på hjemmesiden [www.storebrand.no/akademikerne](http://www.storebrand.no/akademikerne)

Hvis du ikke ønsker forsikringen i 2016, kan du reservere deg fra denne innen 15. oktober 2015.

Reservasjon, og bestilling, kan sendes på e-post til [medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)



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



## SENIORFORUM 60 +

Seniorforum er en uformell møteplass for psykologer over 60. Møtene holdes i Psykologforeningens lokaler i Oslo. Det er to møter i semesteret, med et foredrag/innledning og diskusjon. Serveringen er enkel, vin til selvkost og snacks.

Første møte høsten 2015 er tirsdag 22. september klokken 18.30 i Psykologforeningens lokaler. Da kommer vår nye fagsjef, Andreas Høstmælingene for å fortelle om aktuelle saker i foreningens arbeid.

Informasjon om Seniorforum ligger på hjemmesiden [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) under Organisasjon.

For ytterligere opplysninger, kontakt Britt Venner, tlf. 901 65 829, e-post [brittvenner@gmail.com](mailto:brittvenner@gmail.com)



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

## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)

**Min medlemsside**

eller send e-post til

[medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)



 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS  UIO Universitetet i Oslo

Akershus universitetssykehus er Norges største akuttsykehus, 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.

**Avd. rus og avhengighet - ARA Øvre Romerike  
Spesialist i psykiatri**

Avdeling rus og avhengighet (ARA), søker overlege i 100 % fast stilling til poliklinikken vår på Jessheim.

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Avdelingssjef Geir Ebbestad eller Kst. seksjonssjef Camilla Mikkelborg Cardoso mob. 905 26 509.



Referansnr: 2748651249

**Søknadsfrist: 18. september 2015**

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

[www.ahus.no](http://www.ahus.no) HELSE SØR-ØST

frantz.no

 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS  UIO Universitetet i Oslo

Akershus universitetssykehus er Norges største akuttsykehus, 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 rus og avhengighet  
psykologspesialist/psykolog**

Avdeling rus og avhengighet (ARA) søker etter 2 psykologer i 100%, faste stillinger til poliklinikken vår på Jessheim.

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Avdelingssjef Geir Ebbestad eller Kst. seksjonssjef Camilla Mikkelborg Cardoso mob. 905 26 509.

Referansnr: 2747248263

**Søknadsfrist: 11. september 2015**

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

[www.ahus.no](http://www.ahus.no) HELSE SØR-ØST

frantz.no



Sula kommune har nesten 9000 innbyggjarar og ligg sentralt til på Sunnmøre med Ålesund som næraste nabo. Kommunen har eit rikt kulturliv og har gode høve til å dyrke friluftsliv.

Stilling med saksnr. 15/885  
**Ledig 100 % fast stilling  
som Kommunepsykolog**

frå 01.11.2015 eller etter avtale.

**Arbeidsstad:**

Helseavdelinga

**Arbeidsoppgåver:**

Psykologstillinga vil vere knytt til helseavdelinga og ha eit nært samarbeid med fastlegane. Psykologen vil saman med psykiatriteamet i kommunen utgjere kommunen sitt kompetansemiljø innan psykisk helsearbeid.

Kommunen ønskjer ein psykolog som deltek i:

- klinisk arbeid; individ og grupper, ulike alderssteg
- helsefremjande og førebyggjande arbeid
- tett tverrfagleg integrert samarbeid
- rettleiing til ulike profesjonsgrupper i kommunen
- system og utviklingsarbeid

Kommunen ønskjer på denne måten å gi eit betre og meir heilskapleg tilbod til personar / familiar som slit eller står i fare for å slite psykisk. Dette ønskjer ein å oppnå gjennom tiltak som er retta mot samfunnet og mot enkeltindivid og grupper, slik at stillinga bidrar til å styrke tidleg innsats for god psykisk helse i kommunen.

**Kvalifikasjonar for stillinga:**

- Offentleg godkjent psykolog
- Engasjement for tidleg innsats og tverrfaglig samarbeid
- Relevant jobberfaring
- Gode samarbeidsevne, og evne til å jobbe sjølvstendig
- Gode norskkunnskapar både skriftlig og muntlig

I tillegg til formell kompetanse og praksis, blir det lagt vekt på personlege eigenskapar.

Kommunen vil legge til rette for vidare- og etterutdanning, samt deltaking i relevante faglege nettverk.

**Lønsvilkår:** Løn etter avtale. Tilsetjing på vanlege kommunale vilkår. Frå løna vert trekt 2 % innskott til pensjonsordning.

Nærare opplysningar om stillinga får ein ved å kontakte: **Grethe Elise Gjorvad Øen**, tlf. 70 19 91 60 eller e-post [grethe.oen@sula.kommune.no](mailto:grethe.oen@sula.kommune.no) eller ved å gå inn på <http://www.sula.kommune.no>.

Søkjalar må nytte vårt digitale søknadssenter <https://e-skjema.no/Sula/>

Attestar og vitnemål skal leverast først ved eit eventuelt intervju.

**SØKNADSRIST: 22.09.2015**

**Bjergvin Distriktpsikiatriske Senter (DPS) søker****Psykologspesialistar**

Bjergvin distriktpsikiatriske senter (DPS) er ein fagleg sjølvstendig klinikk i Divisjon Psykisk helse, Haukeland universitetssjukehus. Senteret har ansvar for dei distriktpsikiatriske spesialisttenestene til bydelane Åsane og Arna i Bergen kommune, Osterøy kommune og kommunane i Nordhordland med til saman 74 000 vaksne over 18 år. Samarbeid med sjukehus, kommune og brukarorganisasjonar er høgt prioritert.

Bjergvin DPS er eit moderne lokalsjukehus med poliklinikk, ambulant verksemd, dag- og døgnstilbod under felles fagleg leing. Hovudbasen ligg på Tertnes i Åsane, men har i tillegg ei avdeling i Nordhordland. Til saman er det 158 årsverk og budsjett for 2015 er 126 millionar kroner.

**Senteret er delt i tre avdelingar og kjerneoppgåvene er:**

- \* spesialisert utgreiing og differensiert behandling
- \* akutt og krisetenester
- \* opplæring av pasientar og pårørande
- \* rettleiing til psykisk helsearbeid i kommunane
- \* forskning og kvalitetsutvikling samt utdanning av helsepersonell

**Av spesielle tiltak kan nemnast:**

- \* tilbod til personar med sjølvskading (DBT-team)
- \* Fleirfamiliegrupper innan psykose
- \* etablering av tidleg intervensjonstilbod til unge nysjuka
- \* akutt ambulant team
- \* e-Meistring

Vi har ledig to 100% faste stillingar i **Avdeling allmennpsykiatri, Tertnes allmennpsykiatriske poliklinikk**. Ei av stillingane er knytt opp mot Akutt ambulant team som ei styrking av teamet. Moglegheit for deltaking i klinikkens DBT-team. Kandidatar må vere klinisk spesialist.

Referansenr.: 2700825289. Søknadsfrist: 13.09.2015. Kontakt: Seksjonsleiar Rune Løvold, telefon 55957000 eller Avdelingsjef Fredrik Hiis Bergh, telefon 55957000/41475758.

Vi har ledig ei 100% fast stilling i **Avdeling allmennpsykiatri døgnseksjon C1**. C1 er ei veldreven allmennpsykiatrisk korttidseining med 15 sengeplassar (6 av sengene har 5 døgnsdrift). Kandidatar må vere klinisk spesialist.

Referansenr.: 2700860774. Søknadsfrist: 13.09.2015. Kontakt: Avdelingsjef Fredrik Hiis Bergh, telefon 55957000/41475758.

Vi har ledig ei 100% fast stilling ved **Knarvik allmennpsykiatriske poliklinikk**. Kandidatar må vere klinisk spesialist.

Referansenr.: 2747209398. Søknadsfrist: 13.09.2015. Kontakt: Seksjonsleiar Nils-Olaf Steinstrøm eller Avdelingsjef Sissel Horten, tlf. 56343250.



**HELSE BERGEN**  
Haukeland universitetssjukehus

Les meir og søk stilling:  
[www.helse-bergen.no/JobbOgUtdanning/](http://www.helse-bergen.no/JobbOgUtdanning/)

**Kronstad DPS, allmennpoliklinikk Årstad søker:****Psykolog/Psykologspesialist**

Allmennpoliklinikk Årstad er ein av to allmennpsykiatriske poliklinikkar i Kronstad DPS. Poliklinikken har ansvaret for bydelane Årstad og Ytrebygda. I mai 2013 flytta Kronstad DPS inn i eit nytt, flott og moderne bygg på Danmarks plass.

Vi har eit godt arbeidsmiljø, er tverrfagleg samansett og har medarbeidarar med fordjuping og spisskompetanse i mellom anna psykodynamisk psykoterapi, kognitiv terapi, traumebehandling og ADHD behandling. Vi har fleire tilsette med forskingskompetanse. Poliklinikken er organisert i tre tverrfagleg samansette team, leia av psykiater eller psykologspesialist.

Vi har ledig ein 100% fast stilling og søker ein fagleg, engasjert medarbeidar som ønsker å vere med og vidareutvikle dei polikliniske tenestene i Kronstad DPS.

**Kontakt:**

Konstituert seksjonsleiar Lars Onsrud, telefon 55956000/91728580 eller Psykologspesialist Kjell Grønnevik, telefon 55956000

Ref.nummer: 2743545348

Søknadsfrist: 20.09.2015

**Interessert?**

Les meir og å søk stilling: [www.helse-bergen.no/JobbOgUtdanning](http://www.helse-bergen.no/JobbOgUtdanning)



**HELSE BERGEN**  
Haukeland universitetssjukehus

*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!*

**VPP Tana****Psykolog****100% 1-års vikariat (2. gangs utlysning)**

Voksenpsykiatrisk poliklinikk Tana er en del av DPS Øst-Finnmark. VPP yter primært tjenester til kommunene Tana, Nesseby, Båtsfjord og Berlevåg, og tildels Vadsø. Poliklinikken har et nært samarbeid med VPP Kirkenes, BUP Kirkenes og døgnenheten i Tana, og arbeider tett opp mot bl.a. kommunale tjenester og psykiatriske avdelinger ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. VPP-Tana har tilknyttet et Ambulant akutt team for voksne i Øst-Finnmark, som utvides til APAT i løpet av høsten.

Kontaktinfo: Bjørg Guttorm, enhetsleder, tlf. 78 92 74 16.

**Søknadsfrist: 13. september 2015**

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside [www.finnmarkssykehuset.no](http://www.finnmarkssykehuset.no)

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju.

Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.

frantz.no



**FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMARKKUBUOHCEVIUSSU



## FAMILIEKONTORET I VEST-AGDER, AVD. KRISTIANSAND HAR LEDIG FAST 100 % STILLING SOM PSYKOLOGSPESIALIST/ PSYKOLOG

Familiekontoret i Vest-Agder har to avdelinger henholdsvis i Kristiansand og Farsund. Arbeidsoppgavene er bl.a. terapeutisk arbeid med par, familier og enkeltpersoner med samlivs- og relasjonsproblemer, samt rådgiving.

Familiekontoret utfører også lovpålagt meklingsoppgave for foreldre etter ekteskapslov og barnelov.

**Søknadsfrist:** 20.09.15

Se fullstendig utlysning på [finn.no](http://finn.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](http://www.stolav.no)*

### Tiller DPS

Aktivt oppsøkende behandlingsteam/ACT team

## Psykologspesialist

100 % fast stilling.

Teamet har ansvar for behandling og oppfølging, samordning og koordinering av tjenester til pasienter som fungerer for dårlig til å kunne nyttiggjøre seg de ordinære tjenestene.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til avd.sjef Anne-Lise Løvaas, tlf. 72 82 39 00, teamleder Kristoffer Staveli, tlf. 72 82 39 00 eller overlege Hanne Grete Jensen, tlf. 72 82 39 00.

**Søknadsfrist: 16. september 2015**

**Søknad sendes elektronisk via [www.stolav.no](http://www.stolav.no), velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.**

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!



*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!*

**Voksenpsykiatrisk poliklinikk Tana**

## Psykologspesialist

Ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist.

### Arbeidsoppgaver

- Individuell poliklinisk behandling
- Eventuell gruppebehandling
- Diagnostiske vurderinger og utredninger i forhold til å tilrettelegge behandlingstiltak og psykoterapi
- Målrettet tverrfaglig samarbeid internt og med våre samarbeidspartnere
- Bidra faglig gjennom veiledning, undervisning og teamarbeid
- Delta i faglig utviklingsarbeid og planlegging
- Noe reisevirksomhet i opptaksområdet må påregnes

Kontaktinfo: Bjørg Guttorm, avdelingsleder, tlf. 78 92 74 16.

**Søknadsfrist: 13. september 2015**

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside [www.finnmarkssykehuset.no](http://www.finnmarkssykehuset.no)

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju.

Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.



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

**Alderpsykiatrisk seksjon  
Nordmøre og Romsdal**

## Psykologspesialist/psykolog

Vi har ledig ei 100 % stilling for psykologspesialist/psykolog, med start etter nærare avtale.

Ref. nr.: 2015/3508

### Kontaktinformasjon:

Kristin Steffenssen, Kst.seksjonsleder, 71 12 06 11 eller Elin Flataker, Psykologspesialist, 71 12 30 12.

**Søknadsfrist: 14. september 2015**

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

Attestar og vitnemål må scannes og sendes som vedlegg sammen med søknaden.

*Vi ønsker ikkje kontakt med annonseseljarar.*



**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**  
ragnhildkrokke@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 Lindøe**  
birgitte.lindoe@  
borgestadklinikken.no  
473 83 123

**Troms**  
**Elisabeth Growen Borch**  
elisabeth@njaal.net  
988 75 422

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

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

**Østfold**  
**Harald Sandnes**  
hasandne@online.no  
930 94 209

**FAGETISK RÅD**

**Gisken Holst**, leder  
Rådgivningstelefon  
480 58 723, onsdager  
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG  
FOR FAGETISKE  
KLAGESAKER**

**Knut Dalen**, leder, e-post  
knut.dalen@nevropsykolog.  
no, tlf. 958 06 868

**LØNNS- OG ARBEIDS-  
MARKEDSUTVALGET**

**Rune Frøyland**, leder,  
tlf. 450 30 522  
**Birgit Aanderaa**, nestleder,  
tlf. 917 12 983  
**Bjarte Bønes Bruntveit**,  
Spekter-helse, tlf. 909 98 052  
**Ingvild Gregersen**, Spekter-  
helse, tlf. 957 27 801  
**Lone Løvschall**, KS,  
tlf. 952 28 184  
**Marianne Sand**, Stat,  
tlf. 930 56 103  
**Helene Kindle-Skau**, Virke/  
HUK, tlf. 924 28 703  
**Knut Follesø**, Privatpraksis,  
tlf. 920 37 744  
**Erik Holand**, Helse Nord,  
tlf. 958 28 018  
**Mats Larsen**, Helse Sør-Øst,  
tlf. 952 80 577

**FORHANDLINGS-  
UTVALG FOR PRIVAT  
PRAKSIS**

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

**SPECIALITETSRÅDET**

**Birgit Aanderaa**, leder,  
e-post biraan@ous-hf.no,  
tlf. 917 12 983



**KVALITETSUTVALGET**

**Birgit Aanderaa**, leder,  
e-post biraan@ous-hf.no,  
tlf. 917 12 983

**SPECIALIST-  
UTVALGENE***Felleselementene*

**Geir Høstmark Nielsen**,  
leder, e-post geir.nielsen@  
psych.uib.no, tlf. 911 48 183

*Klinisk barne- og  
ungdomspsykologi*

**Krister Westlye Fjermestad**,  
leder, e-post kjf@frambu.no,  
tlf. 942 01 947

*Klinisk familiepsykologi*

**Hans Christian Lunder**,  
leder, e-post hans.chr.  
lunder@hotmail.com,  
tlf. 994 82 181

*Psykologisk arbeid med rus  
og avhengighetsproblemer*

**Eva Karin Løvaas**,  
leder, e-post eva.karin.  
loevaas@bergenclinics.no,  
tlf. 55 90 88 00

*Klinisk eldrepsykologi*

**Eli Soldal**, leder, e-post  
eli@soldal.org, tlf. 481 11 153

*Klinisk psykologi  
med psykoterapi*

**Roar Olsen**, leder,  
e-post roar9@online.no,  
tlf. 920 95 894

*Klinisk voksenpsykologi*

**Elisabet Engelstad  
Romøren**, leder, e-post  
elisabet@romoren.no,  
tlf. 977 53 107

*Klinisk nevropsykologi*

**Jørgen Sundby**, leder,  
e-post jorgen.sundby@uit.no,  
tlf. 992 68 772

*Psykologisk habilitering*

**Nils-Øivind Offernes**, leder,  
e-post nils@offernes.com,  
tlf. 958 40 362

*Klinisk arbeidspsykologi*

**Marit Hannisdal**, leder,  
e-post marit.hannisdal@nav.  
no, tlf. 950 65 234

*Klinisk samfunnspsykologi*

**Kjersti Hildonen**, leder,  
e-post kj\_hildonen@hotmail.  
com, tlf. 907 85 288

*Organisasjonspsykologi*

**Rudi Myrvang**, leder, e-post  
rudi.myrvang@cut-e.no,  
tlf. 906 03 555

**GODKJENNINGS-  
UTVALGET**

**Odd Arne Tjersland**,  
leder, e-post o.a.tjersland@  
psykologi.uio.no,  
tlf. 977 37 785

**ANKEUTVALGET FOR  
SPECIALISTSAKER**

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

**FAGUTVALG FOR  
RETTSPSYKOLOGI OG  
SAKKYNDIGHET**

**Kirsten Rasmussen**, leder,  
e-post kirsten.rasmussen@  
svt.ntnu.no, tlf. 73 59 78 33

**STUDENTPOLITISK  
UTVALG**

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

*Forhandlingsavdeling*

**Christian Zimmermann**,  
forhandlingssjef

**Joakim Solhaug**, nestleder  
Kontakt  
forhandlingsavdelingen@  
psykologforeningen.no

*Fagpolitisk avdeling*

**Andreas Høstmælingen**,  
fagsjef, e-post andreas@  
psykologforeningen.no

*Utdanningsavdeling*

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

**NORSK  
PSYKOLOGFORENING**

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo.  
Besøksadresse: Kirkegata 2.  
Tlf. 23 10 31 30  
Faks 22 42 42 92  
E-post npfpost@  
psykologforeningen.no.  
Hjemmeside  
www.psykologforeningen.no

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

## TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOG- FORENING

### FAGLIGE MED- ARBEIDERE I PSYKOLOG- TIDSSKRIFTET

**Trine Anstorp**, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging  
**Kjersti Arefjord**, Universitetet i Bergen  
**Eva Dalsgaard Axelsen**, Universitetet i Oslo  
**Henning Bang**, Universitetet i Oslo  
**Per-Einar Binder**, Universitetet i Bergen  
**Anne Inger Helmen Borge**, Universitetet i Oslo  
**Tim Brennen**, Universitetet i Oslo  
**William Brochs-Haukedal**, Norges handelshøyskole  
**Nikolai Czajkowski**, Universitetet i Oslo  
**Knut Dalen**, Universitetet i Bergen  
**Gudrun Dieserud**, Nasjonalt folkehelseinstitutt  
**Fanny Duckert**, Universitetet i Oslo  
**Atle Dyregrov**, Senter for krisepsykologi  
**Tor-Johan Ekeland**, Høgskulen i Volda

**Ståle Einarsen**, Universitetet i Bergen  
**Hege R. Eriksen**, Universitetsforskning Bergen  
**Anders Martin Fjell**, Universitetet i Oslo  
**Magne Arve Flaten**, Universitetet i Tromsø  
**Rolf W. Gråwe**, St. Olavs hospital  
**Siri Erika Gullestad**, Universitetet i Oslo  
**Roger Hagen**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Odd E. Havik**, Universitetet i Bergen  
**Anthony Hawke**, Familievernkontoret i Stavanger  
**Asle Hoffart**, Modum Bad  
**Arne Holte**, Nasjonalt folkehelseinstitutt  
**Hanne Haavind**, Universitetet i Oslo  
**Reidun Ingebretsen**, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring  
**Tine K. Jensen**, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress  
**Leif Edward Ottesen Kennair**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Stein Knardahl**, Statens arbeidsmiljøinstitutt  
**Gerd Kvale**, Universitetet i Bergen  
**Øyvind Kvello**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

**Kim Larsen**, Sykehuset Østfold  
**Arild Lian**, Bredtvet kompetansesenter  
**Gro Therese Lie**, Universitetet i Bergen  
**Astri J. Lundervold**, Universitetet i Bergen  
**June Ullevoldsæter Lystad**, Oslo Universitetssykehus  
**Svein Magnussen**, Universitetet i Oslo  
**Øyvind Lund Martinsen**, Handelshøyskolen BI  
**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 spesialistoppagave.

**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:**  
18.09, 19.10, 18.11