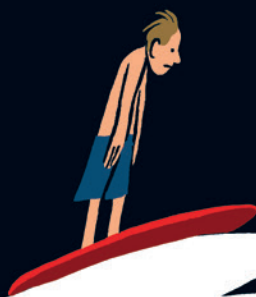


TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



# PSY KOL OGI

Vol. 52 nr. 12 2015

**Cathrine Mostue  
om radikalisering**

*Nå-intervjuet, side 1028*

**PASIENTKURS  
OM BIPOLAR  
LIDELSE**

*Vitenskapelig  
artikkel, side 1041*

**Tillit til  
kroppen**

*Essay, side 1066*

ISSN 0332-6470



9 770332 647006 12

*Benshi Kaldenborn 2015*

# PSY KOL OGI

Vol. 52 **nr. 12** 2015

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

**Fagredaktører** Ida K. 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** O7 Gruppen AS

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

# De som reiser alene

**HALVPARTEN AV VERDENS** flyktninger er barn under 18 år. Og barn på flukt reiser ofte uten støtte fra sine omsorgspersoner. Kommer de med foreldre, er gjerne bare den ene av de to med i reisefølget. I mange tilfeller er barnet utstyrt med skiltet «jeg reiser alene». Slik det gjelder de rundt 5000 enslige mindreårige asylsøkerne som vil ha ankommet Norge før julen kimer inn.

Disse barna lever under nær perfekte forhold for å utvikle utviklings-traumer, der de omgis av sammensatte og vedvarende traumatiske belastninger. De står i gjentatte, skremmende opplevelser, men uten foreldre som kan lede dem ut av apatien eller vekk fra frykten hendelsene skaper. Uten den voksnes samregulering blir barnets selvregulering en skjør vekst. Det er derfor all mulig grunn til å anta at barna som ankommer landet, alt har utviklingstraumer.

Slike komplekse traumer handler om selve livet. Om tillit til at de nære andre er der for deg. Om troen på at du står deg i møtet med livets utrygghet. Det handler om nærhet og selvregulering. Derfor gir utviklings-traumene utslag på de fleste funksjonsområder som involverer affekt, atferd og oppmerksomhet. Og det er med disse vanskene mange asyl- og flyktningbarn skal møte norske skoler og barnehager i landets kommuner. Er vi forberedt?

På langt nær fullt ut. Men om ikke annet vet vi hvilket forebyggende tiltak som er det viktigste. Det handler om å sikre alle barn trygge voksenrelasjoner slik at avmakt erstattes med opplevelsen av kontroll. Da trenger vi mottak som støtter omsorgspersonene slik at de kan hjelpe barnet når egenregulering skal utvikles. Da gjelder det å være de omsorgspersonene som ikke lenger er til stede i barnas liv, slik at ytre regulering tilbys mens indre regulering bygges. Det handler om å lage rammer som trykker barnet og frigir foreldreressurser.

Reaksjoner på traumer venter ikke på planer, påpeker generalsekretær Tove Gundersen i Rådet for psykisk helse. Akkurat som det er liten grunn til å vente med norskkurs for mennesker som skal være i landet i mange år fremover, er det ingen grunn til å vente med å bygge ut kommunale hjelpetilbud som møter og forebygger utviklingstraumer. Regjeringens prioritering av psykisk helse og flere psykologer i kommunen er et springbrett for en slik innsats, noe som også vil gi retning til Psykologforeningens satsningsområde «Forebygging for barn og unge».

Det er like greit å ta fatt på det langsiktige arbeidet med å bygge det Norge vi vet kommer; et Norge hvor mange av disse unge skal ha en plass. For også barn som reiser alene, må få komme frem. ✕



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Det handler om å lage rammer som trykker barnet og frigir foreldreressurser

# 1030



FOTO: TV3

## PSYKOLOGER I MEDIA

Bør psykologer bidra i tv-produksjoner og reality-serier? Meningene er delte blant fagpersoner.

*Aktuelt*

# 1076



ILLUSTRASJON: ÅSHILD IRGENS

## TVANGSERFARINGER

Tvangsbruk i psykiske helsevern har holdt seg stabil, tross nasjonale handlingsplaner. Brukere opplever tvang som traumatisk, og etterlyser mer respekt for annerledeshet.

*Hovedinnlegg*

*Mange deltagere oppgir at fellesskapet med andre med lignende erfaringer reduserte følelsen av å være alene, utenfor og annerledes.*

Skjelstad, Norheim, Reiersen og Mjøsund om psykoedukasjon i gruppe for personer med bipolar lidelse.

*Vitenskapelig artikkel, side 1041*

# 1090



FOTO: KRISTIN SVORTE

## TILFELDIG SAKKYNDIGHET?

Pål Grøndahl og Ulf Stridsberg er aktuell med ny bok om sakkyndighet. Økt kunnskap vil redusere feilslutninger og folkløse som måtte oppstå blant sakkyndige, mener Grøndahl.

*Intervju*

# Innhold

- 1025 **De som reiser alene**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 1028 **Manipulert**  
Nå: Cathrine Mostue | Nina Strand
- 1030 **Psykologenes virkelighetssjekk**  
Aktuelt | Kristine Hovda
- 1038 **Kommunekuren**  
Aktuelt | Nina Strand
- 1041 **Psykoedukasjon i gruppe for personer med bipolar lidelse**  
Vitenskapelig artikkel | Skjelstad et al.
- 1051 **Forskningsnotiser: Bipolar lidelse**
- 1052 **Samspillseffekter**  
Oppsummert | Hanne-Sofie Johnsen Dahl
- 1056 **Betydningen av intensjonale og funksjonelle forklaringer for utvikling av klinisk ekspertise**  
Vitenskapelig artikkel | Asle Hoffart
- 1066 **Tillit til kroppen**  
Fagessay | Kine Jespersen
- 1072 **Født til å løse**  
Fri assosiasjon | Jonas Leversen
- 1075 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: Hvordan forebygge tvang? | Bjørgen, Norvoll og Lossius Husum (s. 1076)  
Debatt: Boikott (s. 1080), Sosial klasse (s. 1081), Fellesfaktorer (s. 1082), Barnevern (s. 1084), Psykiatri (s. 1086), Medlemskriterier (s. 1087)  
Perspektiv: Håpets tog | Kerstin Söderström (s. 1088)
- 1090 **INNTRYKK**  
Intervju: Pål Grøndahl (s. 1090)  
Bokessay: Revolusjonen er avblåst | Markus Lindholm (s. 1094)  
Anmeldelser: Gode leseropplevelser (s. 1101), Veikart for voksne (s. 1102)
- 1104 **Kurskalenderen**
- 1105 **Annonser**
- 1110 **Stillingsannonser**

# MANIPULERT

Radikalisert ungdom har vært utsatt for et identitetsovergrep, mener Cathrine Mostue.



**TEKST** Nina Strand

**FOTO** Høyskolen Kristiania / Eivor Eriksen

– Du sier at normalpsykologien kan gi svar på hvorfor ungdommer blir radikalisert?

– Dette er en prosess hvor vanlige sosiale mekanismer ligger bak. Vi må gå til vår kunnskapsbase og det vi vet om beslutninger og holdningsendring. Sosialpsykologiens Stanley Milgram har dokumentert hvordan vi mennesker er tilbøyelige til å være lydige mot autoriteter i en slik grad at forsøkspersoner ga folk det de trodde var livsfarlige elektriske støt, fordi en «overordnet» sa de skulle gjøre det. Dette funnet er blitt bekreftet gjentatte ganger senere. Men i Milgrams forsøk kjente ikke forsøkspersonene lederen fra før. Tenk deg den økte kraften i dette hvis lederen er en du beundrer, en du tenker har mer kunnskap enn deg! En annen mekanisme er gruppepress. Forskningen til Milgram og Solomon Asch er viktig, fordi den viser oss snarveiene til beslutning når vi er usikre. Da ser vi etter hva venner og andre vi stoler på, tenker og gjør. Denne dynamikken forsterkes i tenårene fordi man er særlig usikker. De sosiale bevisene blir ekstra viktige. Det mener jeg vi snakker for lite om.

– Du vil snakke om manipulering?

– Ja, jeg mener vi starter feil sted når vi leter etter forklaringer i den enkelte personens liv og forhistorie, istedenfor å forstå det sosiale presset de blir satt under der de tar sine valg. Undersøker vi situasjonen, så får vi øye på det vanlige, det de har felles med andre barn. Foreldre og venner sier ofte at det har vært gode gutter, med mye omsorg og sosialt engasjement. Ungdommene kan ha hatt problemer, men viser samtidig at de har ressurser. Og så reiser de av gårde, fulle av entusiasme, tar på seg oppgaver de får og hengir seg til en sak. Jeg mener de har vært utsatt for en svindel, et slags identitetsovergrep. Dette kan vi psykologer forstå, fordi vi vet noe om hva det vil si å bli utsatt for overgrep.

– Hvordan skjer manipuleringen, og hvorfor treffer den de unge?

– Det er mange veier inn, men noen blir aktivt rekruttert. Det er normalt å være usikker og periodevis ensom når man er ung. Så kommer en voksen og sier at du har potensial. En som ser deg, og vil vite hvem du er. Som lytter til deg i timevis og snakker med deg om grunnleggende og viktige temaer. Gir deg tro på deg selv. Her ligger det en enorm kraft. Radikale rekrutterere velger nok ofte de som er sårbare. Men årsakene ligger ikke her. Dette er systematisk manipulering.

– **Jeg ser fascinasjonen, men hvordan holder de på ungdommene?**

– Isolasjon er nøkkelen. Det skjer en gradvis utvikling hvor den unge tar mange små valg. Radikalisering handler mye om å fjerne tvilen. Det første mentoren gjør, er å isolere deg. Du mister kontakten med foreldrene og gamle venner. Du tror du tar egne valg og at du har fått en «spesiell» kunnskap, men valgene er styrt for å få full kontroll på deg. Ordet hjernevask er ikke beskrivende fordi det høres ut som en passiv prosess, for i virkeligheten er prosessen aktiv, hvor den enkelte hjernevasker seg selv. Psykologer kjenner det som kognitiv dissonans. Jo mer vi har investert i noe, desto mer holder vi fast ved det. Disse ungdommene betaler en høy pris, fordi de kutter bånd med tidligere verdier og alle som er glad i dem, for å knytte seg til en ny men «falsk» familie.

– **Alarmklokkene ringer ikke?**

– Vi må forstå hvordan isolasjonen virker. Når de unge reiser til Syria, er de bare omgitt av likesinnede. Den de var, synes å være borte. Vi tenker dårlig når vi er sultne og slitne, og hjernen vår trenger informasjon og ro for å ta gode valg. Begge deler mangler for disse unge, som tar valg under høyt stress og opphisselse etter å ha blitt sterkt påvirket gjennom blant annet besettende filmer med dommedagsprofetier.

– **Mange vil forklare radikaliseringen med fattigdom og diskriminering?**

– Vi har mye forskning som viser hvordan det å være marginalisert og diskriminert virker på oss. Men det er ingen enkel årsakssammenheng mellom det å være fattig og å bli radikalisert. I 40 år har man forsket for å finne en typisk

«terrorist-profil», uten å finne den. De radikaliserte ungdommene i Lisleby i Fredrikstad var venner og naboer. Hvordan var det i St. Denis, Paris? Kanskje var terroristene også her først og fremst naboer og venner. Terrorforsker Thomas Hegghammer sier at unge ofte blir radikalisert i vennegjenger. Foreldrene på sin side mener barna deres er hjernevasket. Foreldrenes forklaring blir ofte avvist, men jeg mener de har rett.

– **Hvordan forebygge radikalisering blant norsk ungdom?**

– Jeg mener kunnskap om manipulasjon må inn i skolen. Vi må lære ungdom å tenke kritisk, og stille spørsmål ved autoriteter. Vi må lære dem om veiene til beslutning, slik eksempelvis Kahneman har vist. Få frem at snarveier kan være gode hvis veilederen er klok og vil en vel. Dette må læres på en praktisk måte i skoledagen, og det må øves på. Det er nok særlig denne tørrtreningen på livet som mangler i dagens skole.

– **Hva med dem som allerede er på vei inn i radikaliserte miljøer?**

– Når ungdom grubler, må vi møte dem der de er. Gi dem rett i at det er mange paradokser og problemstillinger. Og vi må lytte. Dagens unge er mye alene på nettet, og vi snakker kanskje for lite med barna våre om eksistensielle utfordringer de møter.

– **Ikke advare og forklare altså?**

– Nei, det er nettopp denne fellen vi voksne går i. For hvis rekruttererne bruker 100 timer i samtale med ungdommene, må vi bruke minst 150. Det er ikke nok med en enkelt bekymringssamtale. Men den viktigste intervensjonen er tverrfaglig arbeid blant fagfolk, som psykologer, sosiologer og politi. Psykologer har gode atferdsprogrammer, for eksempel multisystemisk terapi, som kunne vært brukt. Og velkjente intervensjoner som det å skape kontakt med en bestemor eller en onkel som den unge har tillit til. Englene i nettverket deres. Det hadde vært flott å se disse metodene brukt også i forebyggingen av radikalisering. ✕

## Hvorfor NÅ?

- Etter terrorhandlingene i Beirut og Paris går debatten: Hva gjør at norske ungdommer tiltrekkes av radikale og ekstreme bevegelser?
- Cathrine Moestue er psykolog, spaltist og høyskolelektor ved Høyskolen Kristiania, Institutt for ledelse og organisasjon. Hun interesserer seg spesielt for radikalisering blant norsk ungdom.



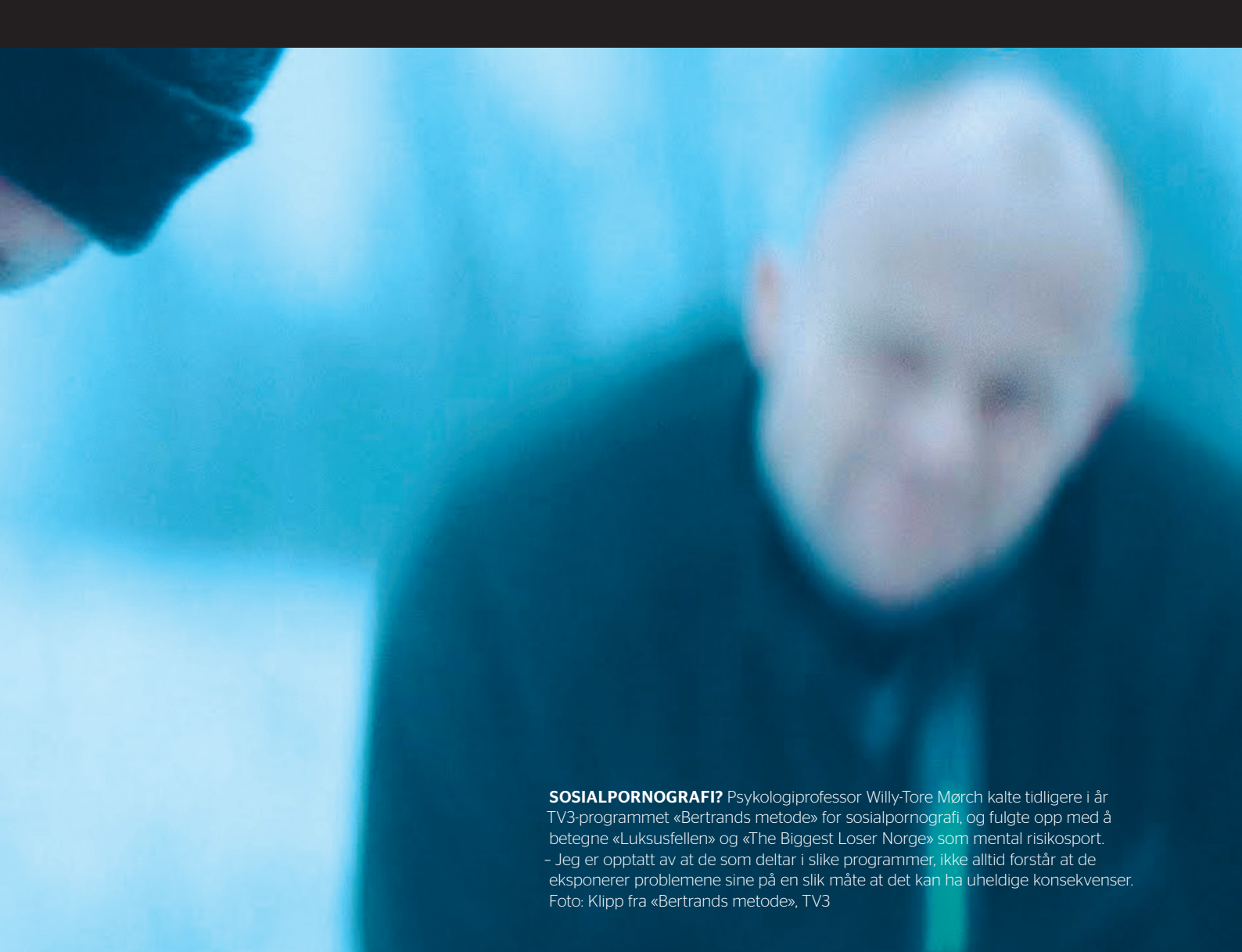
**AKTUELT**

# **PSYKOLOGENES VIRKELIGHETSSJEKK**

Stadig flere psykologer er synlige i media, enten som ekspertkilder eller rådgivere i tv-produksjoner. Det siste året har faglig uenighet om psykologens offentlige rolle blitt heftig debattert.

**TEKST** Kristine Hovda





**SOSIALPORNOGRAFI?** Psykologiprofessor Willy-Tore Mørch kalte tidligere i år TV3-programmet «Bertrands metode» for sosialpornografi, og fulgte opp med å betegne «Luksusfellen» og «The Biggest Loser Norge» som mental risikosport. – Jeg er opptatt av at de som deltar i slike programmer, ikke alltid forstår at de eksponerer problemene sine på en slik måte at det kan ha uheldige konsekvenser. Foto: Klipp fra «Bertrands metode», TV3

**D**et begynte med noen sterke uttalelser fra psykologprofessor Willy-Tore Mørch. Tidligere i år kalte han TV3-programmet «Bertrands metode» for sosialpornografi, senere fulgte han opp med å betegne «Luksusfellen» og «The Biggest Loser Norge» som mental risikosport. Han ble møtt med kraftig motbør fra psykologene som er involvert i tv-produksjonene. Psykologtidsskriftet har snakket med en rekke psykologer som på ulikt vis har vært, og er, aktive i mediene, enten som ofte brukte intervjuobjekter eller som castingansvarlige. Hva slags forhold har de til mediene, og hva tenker de selv om å bidra som psykologer i tv-produksjoner som reality-TV og lignende konsepter?

**Psykolog John Petter Fagerhaug** har jobbet som castingansvarlig i Idol junior. Han brukte litt tid på å vurdere om han skulle bidra.

– Jeg endte opp med å tenke slik: Enten ville de bruke meg, eller så ville de finne noen andre. Hvis jeg skulle kritisere slike programmer, ville det være bedre å gjøre det om jeg hadde erfaring fra innsiden. Og ved å delta hadde jeg mulighet til å gjøre opplevelsen tryggest mulig for barna som deltok. Jeg har tidligere vært kritisk til å bidra i realityshow, og det var nettopp derfor TV2 ønsket å bruke meg. Jobben min var å passe på barna og gi dem informasjon om hva som skjedde. Jeg synes det var lærerikt, selv om jeg ikke vil anbefale folk å melde barna sine på noe sånt.

»

## Programmene vil bli laget uansett

Rolf Lindgren

– *Risikerer du ikke som psykolog å sette et godkjent-stempel på et program du er skeptisk til?*

– Jo, det er en utfordring. Media lager produkter de skal selge. Når du er deltaker i et slikt program, er du et produkt. Jeg har aldri forsøkt å kritisere media for jobben de gjør, men å delta som enkeltmenneske uten erfaring med å være i media kan være farlig. Som psykolog kunne jeg holde deltakerne litt i hånden. Jeg er egentlig positivt overrasket over programmet. De var veldig flinke til å skape et godt miljø rundt barna, ivareta foreldrene og familien. Noen mente det ble dårlig TV fordi det ikke var tøft nok for deltakerne. Så det var ikke deltakelsen i seg selv jeg var, og er, kritisk til, men hvordan deltakerne utsetter seg for kritikk for eksempel i sosiale medier i etterkant. Det er der de slemme kommentarene kommer. Og det kunne jeg forberede barna på, sier han.

Generelt mener Fagerhaug at psykologer godt kunne kaste seg ut i media oftere enn de gjør. Han mener det er grunn til å bruke kompetansen til å advare mot eksempelvis skjermavhengighet og mobbing i sosiale medier.

– Jeg tror vi er litt feige, og mange er nok litt for styrt av janteloven, dessverre. Vi trengs i mediebildet. Min erfaring med media er veldig positiv. Jeg har tidligere vært i politikken og opplever at journalister er særlig sultne på uttalelser fra psykologer. Og så er de ganske snille med oss, og det er ganske unikt i mediesammenheng. I tillegg driver jeg for meg selv, og da synes jeg det er greit å få litt PR. Jeg stiller opp så ofte jeg kan.

– *Genererer det mer jobb?*

– Ja, for så vidt. Det genererer flere uttalelser til media, og også noen oppdrag innenfor media. Det var slik jeg fikk oppdraget for TV2.

Han synes det er viktig at psykologer får medietrening, slik at de skjønner hvordan de skal få frem budskapet sitt.

– Det nytter ikke med en tyve sider lang avhandling når vi skal uttale oss i media. Vi må kunne gjøre kunnskapen tabloid. Den beste treningen på det er å være mye i media. Hvis ikke vi uttaler oss, kommer det noen andre og tar den plassen. Det er mye bedre at vi som har kompetanse på området, tar litt plass, og så bør andre kolleger være litt forsiktige med å slenge dritt og kritisere, mener Fagerhaug.

Han peker på et annet viktig argument for å delta i media:

– Vi får flere og flere kunder og klienter som er mye i media. Det er verdifullt for meg som psykolog å vite hvordan det er å være i et TV-studio, få kamera på seg og alles oppmerksomhet.

**Psykolog Rolf Lindgren** har flere ganger deltatt i underholdningsprogrammer på TV i den hensikt å intelligens- eller personlighetsteste kjendiser. I programmet «Det er lov å være blid» med Else Kåss Furuseth opplevde han at en av deltakerne fikk noen resultater han mente det ville være problematisk å la gå på lufta.

– Da var vi veldig påpasselige med å gå i dialog med deltakerne i programmet om at vi ikke skulle presentere ting som for eksempel kunne bli problematisk i jobbsøkersammenheng. Det var nok mange feller jeg kunne gått i.

– *Kan det å teste folks personlighet dermed være problematisk?*

– Ja, selvfølgelig kan det det. Slike tester bidrar til et forenklet bilde av virkeligheten. Men hvis ikke jeg stiller opp, kommer de til å spørre noen som ikke kan det de driver med. Programmene vil bli laget uansett. Da er det bedre at jeg gjør så godt jeg kan for å nyansere, sier Lindgren.

En gang var han ekspertkilde i et program som handlet om tankefeltterapi. Da opplevde han at mye av det han sa, var blitt klippet bort i etterkant.

– Men jeg ser at jeg skulle formulert meg annerledes. Hadde jeg vært mer dreven ville ikke så mye blitt klippet bort. Dette handler om å snakke på en måte som seerne forstår, sier han.

Lindgren sier stort sett ja til alt han blir spurt om, men en gang nektet han å stille opp. Det var da programskaperne ville ha ham til å vurdere noen personer ut fra de såkalt «åtte intelligensene».

– De åtte intelligensene finnes jo ikke, det er bare tull. Som psykologer har vi muligheten til å unngå at feilaktige myter blir spredd. Jeg har snakket med andre psykologer som ikke stiller opp i media fordi de føler de ikke er kompetente. Da pleier jeg å si at som utdannede psykologer kan de mer enn 95 prosent av befolkningen allerede. Hvis ikke de stiller, er det helt garantert noen som kan mindre om temaet, som kommer til å stille isteden.

Lindgren har fulgt debatten om reality-TV og kjendiser. Selv er han en svoren Farmen-seer



### HJELPER IKKE

- Dette er programmer som ikke lages for å hjelpe deltakerne, men for å skape TV som man kan tjene penger på. Hvis fagfolk har lyst til å hjelpe mennesker, finnes det mange muligheter til å gjøre det enn i beste sendetid på skjermen, mener psykologiprofessor Willy-Tore Mørch. Foto: Arne Olav Hageberg

og innrømmer at han synes castingen til programmet til tider har vært problematisk. Men han ønsker ikke å kritisere psykologkollega Hedvig Montgomery, som er med på å velge ut deltakerne til *Farmen*.

- Jeg ville nok ikke vært komfortabel med å sende opptak av mennesker som bryter sammen på TV, eller som forteller at faren deres har tatt selvmord på grunn av økonomiske problemer. De argumenterer med at programmet kan skape åpenhet og bryte ned tabuer, men jeg er ikke sikker på om deltakerne alltid har samtykkekompetanse. Jeg synes det er problematisk, sier han.

**Psykolog Hedvig Montgomery** har siden 1999 jobbet med uttak og oppfølging av deltakere til tv-produksjoner og er den psykologen i Norge med lengst erfaring i å delta i castingprosesser for TV. Hun skriver i en epost at hun ikke har tid til å snakke med *Psykologtidsskriftet* og heller ikke opplever at hun har noe å bidra med i denne sammenhengen.

**Psykologprofessor Willy-Tore Mørch** har et positivt forhold til det å delta i media. I det siste har han markert seg sterkt som en motstander av realityprogrammer på TV, og havnet i et

offentlig ordskifte med kollega Cecilie Lynum, som er programleder på «*Luksusfellen*» på TV3.

- Jeg mener det er en forpliktelse i den stillingen jeg har, å delta i den offentlige debatt, og å formidle psykologisk kunnskap til befolkningen. Mitt fagområde er en del av psykologien som er allemannseie. Alle mener noe om barns psykiske helse, og jeg må være med på den debatten, sier Mørch.

Han har uttalt seg sterkt kritisk til nevnte «*Luksusfellen*», men også til programmet «*Bertrands metode*», der deltakerne skal få hjelp av en mental trener til å forbedre livet sitt.

- Jeg reagerte fordi Bertrand Larssen hadde en strategi med å bryte ned personen han skulle hjelpe, for så å bygge ham opp igjen. Og dette skulle skje i full offentlighet. Jeg er oppatt av at de som deltar i slike programmer, ikke alltid forstår at de eksponerer problemene sine på en slik måte at det kan ha uheldige konsekvenser.

Han mener at psykologer som deltar i realityprogrammer, enten med casting eller som programledere, er med på å potensielt skade deltakerne.

- De som regisserer dette, sier jo indirekte at det er risikofyllt. Hvis ikke hadde det ikke vært nødvendig å ha psykologer i kulissene. Jeg er

»



1



2



3

kritisk til å trekke mennesker inn i risikofylte situasjoner på TV. Jeg vil ikke være med på det, fordi jeg på den måten legitimerer slike programmer.

– *Men programmer som Bertrands metode og Luksusfellen er ment å hjelpe mennesker. Er det ikke opp til deltakerne selv å vurdere om de vil få den hjelpen i full offentlighet?*

– Dette er programmer som ikke lages for å hjelpe deltakerne, men for å skape TV som man kan tjene penger på. Hvis fagfolk har lyst til å hjelpe mennesker, finnes det mange muligheter til å gjøre det enn i beste sendetid på skjermen. Jeg liker ikke disse programmene. Jeg ser at det er en trend at tv-selskapene i stadig større grad trekker inn barn og unge i sårbare situasjoner for å skaffe seg seere.

– *Gjelder det alle typer reality-programmer? Også ulike typer talentshow?*

– Ja, jeg reagerer også på den type programmer, av samme grunn. Idol junior ble satt i gang fordi Idol for voksne falt i seertall. Det handler ikke om barna, men om å tjene penger. Når de som skaper programmene, må hyre inn psykologer for å ivareta barna som deltar, har de skutt seg selv i foten allerede. Da har de innrømmet at det kan være skadelig for barn å være med på programmet, og det vil jeg ikke være med på.

– *Ser du ingenting positivt med å delta i realityprogrammer?*

– Nei. Ingenting. Jeg innser selvfølgelig at disse programmene fortsatt kommer til å være på TV. Men desto viktigere mener jeg det er at noen sier ifra klart og tydelig.

**Den nevnte psykologen Cecilie Lynum** er en av programlederne i «Luksusfellen» på TV3. Tidligere i år skrev hun en kronikk i Dagbladet

der hun framla sin store hjertesak: å alminneliggjøre psykisk helse.

– Jeg hadde ikke sett på Luksusfellen før jeg ble spurt, så jeg satte meg ned og så mange episoder, tenkte og vurderte. Det jeg så, var at dette ikke bare handlet om økonomi. Dårlig økonomi kan være et symptom på veldig mange ting. Og det syntes jeg var en veldig interessant innfallsvinkel til å snakke om psykologi til et bredt publikum.

Hun føler seg matt av kritikken som rettes mot henne av blant andre kollega Willy-Tore Mørch.

– Det fremstår for meg som noe underlig at nettopp fagpersoner innenfor psykologi er med på å opprettholde at å feile økonomisk er noe som ikke egner seg å snakke om i offentligheten. Jeg skulle ønske jeg fikk et svar fra Mørch om hvorfor det er greit å snakke om alle andre mellommenneskelige temaer, bare ikke økonomi.

Hun er opptatt av at den kunnskapen psykologer sitter med, ikke bare skal støve ned i doktorgrader i skrivebordsskuffer.

– Alt som er tabubelagt gjør folk mer ensomme og deprimerte. Når man ser at andre sliter med det samme som en selv, får folk det bedre, det ser vi blant annet gjennom terapiarbeid i grupper. Hvis vi kan utvide den gruppen til også å omfatte mennesker som leser avisen og ser på TV, blir det lettere for dem også. Vi vet at det er masse tabuer knyttet til det å ha dårlig økonomi, og det er mye følelser involvert. Jeg synes det er flott at vi kan applaudere noen som gidder å stå frem og være et ansikt i den tematikken.

– *Kritikken er jo at dette kan være skadelig for dem som står frem?*

– Ja, gi meg ett eneste argument for at dette kan være skadelig for noen. Nevn en eneste

Det er mye bedre at vi som har kompetanse på området tar litt plass, og så bør andre kolleger være litt forsiktige med å slenge dritt og kritisere

*John Petter Fagerhaug*

## 1

**FRA INNSIDEN** Psykolog John Petter Fagerhaug var i utgangspunktet skeptisk til å være castingansvarlig til Idol Junior, men tenkte at om han skulle kritisere slike programmer, ville det være bedre å gjøre det om han hadde erfaring fra innsiden. – Som psykolog kunne jeg holde deltakerne litt i hånden, uttaler psykologen. Foto: Privat/TV2

## 2

**AVTABIUSERE** – Alt som er tabubelagt gjør folk mer ensomme og deprimerte. Jeg synes det er flott at vi kan applaudere noen som gidder å stå frem og

være et ansikt i den tematikken, mener psykolog Cecilie Lynum, som er en av programlederne i Luksusfellen Foto: Mtgtv/TV3

## 3

**NYANSERE** – Å teste folks personlighet i underholdningsøyemed kan gi et forenklet bilde av virkeligheten, medgir psykolog Rolf Lindgren. – Men hvis ikke jeg stiller opp, kommer de til å spørre noen som ikke kan det de driver med. Lindgren har blant annet deltatt i Else Kåss Furuseths program «Det er lov å være blid». Foto: Privat/TV2

»



**UNGE I DAG** Unge folk har et helt annet forhold til å eksponere seg enn det vi eldre har, uttaler Peder Kjøs, som mener en del av argumentene mot reality-programmer baserer seg på anekdotiske erfaringer. Bildet viser Lars Dahlum Johansen som vant finalen i The biggest loser i 2015. Foto: TVNorge/Espen Solli/Ida K. Holth

deltaker som er blitt skadelidende på grunn av dette. Jeg blir nedringt av folk som ber meg om å hjelpe dem. Jeg skjønner ikke hvorfor noen som aldri har vært borti Luksusfellen, skal komme og kritisere det vi holder på med. Det gjør meg trist, sier hun.

– *Så kritikken er ikke berettiget?*

– Nei. Den dagen jeg møter noen som har tatt skade av dette, slutter jeg med en gang. Selvfølgelig skulle man ikke måtte melde seg på Luksusfellen for å få den hjelpen vi gir. Men når det er som det er, er det jo flott at folk både kan få hjelp, og at andre kan se programmet og lære av det. Man skal ikke ta fra folk muligheten til å ta egne valg. Luksusfellen er det eneste programmet i Norge som tar for seg temaet personlig økonomi. Vi vet at økonomi og psykologi henger tett sammen.

Hun mener kritikken mot programmet er en måte å devaluere deltakerne.

– Jeg blir veldig skuffet over at en som er professor i psykologi bruker tittelen sin til å kritisere, helt uten faglig belegg, helt uten eksempler. Jeg skrev en kronikk i Dagbladet fordi jeg følte meg personlig angrepet, og da måtte jeg ta til motmæle.

Selv er ikke Lynum med i screeningprosessen. Men hun mener Mørchs argument om at psykologer screener deltakerne for å unngå feilcasting, ikke sier noe som helst om hvorvidt deltakelse i programmet er skadelig.

– Det er nesten ikke et sted i samfunnet hvor psykologer ikke screener folk. Det er klart vi vil

at folk som skal på TV, skal være ved sine fulle fem. Det gjelder også om du skal ansette noen. Dette er et normalt verktøy som alle rekrutteringsfirmaer bruker, og ikke unikt for deltakelse på TV. Jeg har aldri opplevd at noen har sagt til meg at de har negative erfaringer med det å være på TV.

Lynum mener kritikken mot psykologer i media handler mye om jantelov.

– Da jeg var nyutdannet i 1997 og begynte å jobbe med rekruttering og ledelse, var det ikke særlig stuert. Du skulle ikke tjene penger på psykologkunnskap. Alle andre yrkesgrupper er vant til å fremme sitt fag, men psykologene ligger langt etter. Jeg er så glad for hver eneste psykolog som kommer frem på TV og i aviser. Vi skulle vært mange flere.

Ikke alle er like skråsikre i sin sak. Psykolog Guro Øiestad startet tidligere i år en diskusjon via et blogginnlegg, der hun utfordret kollega Peder Kjøs på hva han mente om realityprogrammer. Selv har Øiestad ingen erfaring på området, men medieerfaring har hun. En gang opplevde hun at en journalist publiserte et fingert intervju med henne.

– Jeg ble tillagt noen veldig bombastiske meninger, ting jeg aldri hadde sagt. Men stort sett synes jeg det er ålreit å bli intervjuet. Selv om jeg er skeptisk til tendensen om at journalister stadig oftere er på jakt etter en kort ekspertuttalelse. Den der «tre tips fra psykologen» blir jeg mer og mer allergisk mot. Jeg har ingen korte oppskrifter på hvordan ting skal være, sier hun.

Hun er opptatt av at psykologer skal bringe fagkunnskap inn i samfunnsdebatten.

– Jeg er ikke negativ til TV som formidlingskanal, jeg ser at det er et kraftfullt medium. Jeg har tenkt på at psykologer ville vært verdifulle inn i for eksempel TV-debatter, der de kunne gått inn og pekt på hva som går galt i kommunikasjonen. Men det er mye jeg ikke kunne blitt med på.

– *Hva da, for eksempel?*

– Det har gått en veldig inflasjon i reality-konseptet. Jeg synes det fort blir uetisk, som i Paradise Hotel, når det legges inn intriger og folk skal stemmes ut av programmet. Selv om folk sier at de vet hva de går til og at ingen blir overrasket over hva de må være med på, er jeg skeptisk.

Hun reagerer også på talentkonkurranser som Idol og X-faktor.

– Det er ille at dommerpanelet skal komme med morsomme og utdritende kommentarer til unge mennesker som står der og ikke vet sitt eget beste. Tror riktignok det har blitt bedre de siste årene, og bra er det. Men jeg ville av prinsipp ikke hatt noe lyst til å bidra til slike sendinger som psykolog.

**Psykolog Peder Kjøs** har vært fast spaltist i bladet Kvinner og Klær i syv år, og har nå en fast spalte i Klassekampen. Over nyttår blir han å se i en ny TV-serie. Tidligere har han vært med på screening av deltakere til slankeprogrammet «The Biggest Loser».

– Jeg har prøvd å unngå å caste deltakere som kan ta skade av å bli med på programmet, enten det dreier seg om psykoseproblematikk eller personlighetsforstyrrelser. En del programmer vil helst ha originaler, men det å velge spesielle typer folk har ikke vært en del av bestillingen i min sammenheng.

– *Kan de overse dine anbefalinger og gå for noen de mener gjør seg på TV?*

– Ja, det kan de, men i praksis gjør de ikke det.

Kjøs takket ja til oppgaven fordi han syntes det var spennende, ikke fordi han følte at han burde for deltakernes skyld.

– Jeg er ikke så edel at jeg ville ha takket ja til noe bare for å redusere et onde. Jeg har sett på dette som et ordinært oppdrag. Det er ikke så lett å vite hva disse programmene gjør med folk, det finnes lite forskning på det. Man har bare anekdotiske erfaringer. For de aller fleste er dette en positiv opplevelse, og så er det noen

som forteller at de føler seg utnyttet. Jeg vet at produksjonsselskapet vil kunne bruke som argument at man har hatt psykolog med i utvelgelsesprosessen, men jeg har ikke noe ansvar for å godkjenne selve programmet. Jeg har jo ikke vært med i utformingen av det. Jeg skal bare godkjenne deltakerne.

Kjøs kunne ikke deltatt som psykolog i et program der deltakerne måtte gjøre noe han ikke kunne stå inne for. Men han mener at frykten for realityprogrammer generelt er overdrevet.

– Jeg er ikke så sikker på om det lages så mange realityprogrammer som folk burde advares mot å bli med på. Det er antakelig mye farligere å drive med toppidrett. Der er det nok mye høyere forekomst av skader.

– *Psykologer er veldig uenige om disse tingene?*

– Ja, jeg har skjønnet det, og jeg synes det er litt vanskelig å skjønne argumentasjonen til de som er veldig skeptiske til realityprogrammer. Det blir litt sånn «huff, nei, folk eksponerer seg så voldsomt på TV». Men vi har hatt realityprogrammer i Norge i mange år nå, og deltakerne vet mye bedre nå hva de går til enn hva de første deltakerne i Big Brother og Robinson gjorde. Unge folk har et helt annet forhold til å eksponere seg enn det vi eldre har. De ser ikke på det som noe skummelt. Vi har hatt den samme diskusjonen når det gjelder hva man kan dele på Facebook. Noen synes det er skummelt at folk deler personlige ting, mens andre ikke har noe problem med det, sier han.

Kjøs ser på den større åpenheten som en mulighet til å gi et bredere spekter av hva livet kan være, og at man ikke trenger å forvalte så strengt hva andre mennesker vet om en selv. Han nevner dokumentarserien «Jentene på Toten», om de transseksuelle personene på Gjøvik, som et godt eksempel.

– I veldig stor grad blir sårbarhet møtt med respekt og aksept. Når det gjelder alvorlige ting som seksuelle overgrep, er det viktig at noen orker å snakke om det. At noen velger å gjøre det er utrolig verdifullt. Det at noen viser oss hvordan det oppleves å veie hundre kilo mer enn andre, synes jeg er kjempefint. På nittitallet var alle opptatt av intimitetstyranniet. Nå lever vi midt i det, og det fungerer ganske bra, synes Peder Kjøs. ✘

Jeg skjønner ikke hvorfor noen som aldri har vært borti Luksusfellen, skal komme og kritisere det vi holder på med. Det gjør meg trist

*Cecilie Lynum*

# Kommunekuren

Psykologer skal skape folkehelse i kommunene, ikke bare kurerer individer, mener Tor Levin Hofgaard.

**TEKST** Nina Strand

**PRESIDENT TOR LEVIN HOFGAARD** er oppglødd over det han mener er en ny retning innenfor psykisk helsefeltet. Forståelsen for hva psykisk helse er og hvordan vi kan hjelpe er i endring. Samhandling og tverrfaglighet skal fremmes. I dette endringsprosjektet kan psykologene ifølge presidenten få en sentral rolle – hvis de griper anledningen.

På Psykologforeningens årlige konferanse for lokalledere og tillitsvalgte i slutten av oktober kom han likevel også med en advarsel til psykologene: Tyngdepunktet i dagens psykologrolle kan komme til å flytte seg.

– Psykologer har i dag en unik posisjon i helsetjenesten. Men vi må aldri lene oss tilbake. Vi må alltid følge med, og sørge for at kunnskapen vår omsettes til relevante roller i samfunnet. Det er jo ikke sant at vi først og fremst er kliniske psykologer. Normalpsykologien er vår! Når du sliter, har du ikke en annen psykologi, sa han.

## SYKDOM OG SAMFUNN

Samtidig pekte Hofgaard på at psykiske lidelser henger sammen med problemer på samfunnsnivå.

– Målet må være et bedre samfunn, slik at færre risikerer å utvikle psykiske problemer, sa han. Her fikk han støtte fra en av de sentrale foreleserne på konferansen. Peter Kinderman, professor i klinisk psykologi ved Universitetet i Liverpool, vil ha radikale endringer i forståelsen og behandlingen av psykiske helseproblemer. Professoren er dypt skeptisk til den plussen diagnosene har i helsetjenesten, og ønsker

## 3 på Psykologforeningens lederkonferanse

1. Hva synes du var det mest interessante på årets lederkonferanse?
2. Hva bør Psykologforeningen prioritere inn mot landsmøtet neste år?



**TUVA RØSKAR**, leder for Studentpolitisk utvalg

1. Det mest interessante var Thomas Bokstöm fra Sveriges Kommuner och Landsting, som fortalte hvordan forebyggende tiltak blir sett på som sosiale investeringer, med både systemperspektivet og det menneskelige perspektivet til grunn. Jeg tror Norge kan ha mye å lære av denne modellen, spesielt med tanke på utforming av de nye kommunepsykologstillingene.
2. Hovedsatsingsområdet forebygging barn og unge, som ble bestemt på landsmøtet 2013, er et tema som engasjerer. Psykologforeningen har gjort en kjempejobb i å rette fokus mot dette, og har fått til mye allerede. Frem mot landsmøtet bør foreningen prioritere å legge videre strategi for hvordan vi skal opprettholde det gode arbeidet, og hva vi skal gjøre videre dersom vi velger å beholde dette hovedsatsingsområdet i tre år til – noe jeg synes vi bør.





at psykisk helsehjelp skal bryte med den medisinske modellen.

– Vi bør i større grad erstatte diagnoser med likefremme beskrivelser av problemene folk har, og redusere bruk av medisiner, sa han, og pekte på at årsakene til at folk sliter psykisk ofte ligger i sosiale problemer – som for eksempel arbeidsløshet eller vanskelig økonomi.

## 20 ÅR KORTERE

Også helse- og omsorgsminister Bent Høie la vekt på den sosiale dimensjonen ved psykiske helseproblemer.

– Alvorlig psykisk syke lever i gjennomsnitt 20 år kortere enn resten av oss. Det er den store sosiale ulikheten i dagens Helse-Norge sa han.

Høie vil at psykisk helse skal sidestilles med somatisk helse i folkehelsearbeidet.

– Det hjelper ikke å sykle til jobben hvis du ikke er en del av fellesskapet når du kommer frem. Heller ikke med mer frukt og grønt i skolen hvis du blir mobbet i friminuttet.

Ministeren vil ha primærhelseteam med fastlege, sykepleier – og psykologer når situasjonen tilsier det. Derfor vil han øke rekrutteringstilskuddet til kommunepsykologer, og »

## ADVARER

– Psykologer har i dag en unik posisjon i helsetjenesten. Men vi må alltid følge med, og sørge for at kunnskapen vår omsettes til relevante roller i samfunnet, sier Tor Levin Hofgaard. Foto: Arne Olav L. Hageberg



**MARIANNE LØVSTAD**, Norsk Nevropsykologisk forening

1. Jeg synes dag to var mest interessant. Der stod forholdet mellom kunnskap, forskning og klinisk fagutøvelse i sentrum.
2. Jeg har inntrykk av at Psykologforeningen har klart å plassere seg tydelig i det helsepolitiske landskapet, og det er viktig. Så synes nok jeg at lederkonferansene i stor grad preges av fagpolitikk fremfor tungt faglig innhold. Jeg vil tro det er stort behov for å tydeliggjøre det empiriske og faglige grunnlaget for flere hundre psykologer i førstelinjen.



**BJARTE BRUNTVEIT**, foretakstillsvalgt Helse Bergen og leder for Hordalandsavdelingen

1. Debatten om psykologutdanningen. Jeg synes det er viktig at vi beholder bredden i psykologutdanningen slik at psykologene kan være relevante i mange jobber. Psykologfaget er mer enn terapi, og vi har mer enn det å tilby. Vi er akademikere, og det bør bety at vi er gode til å sette oss inn i noe nytt. Det er ingen av oss som kjenner at vi kommer ferdig utdannet til jobbene vi tar.

2. Fortsette hovedsatsingsområdet, forebygging barn og unge. Vi er langt fra ferdige med det. Vi må hele tiden tenke gjennom hvilken rolle psykologene kan ha i utviklingen av samfunnet. Her har foreningen gjort et godt valg med å peke på et hovedsatsningsområde der det finnes muligheter. Vi må også tenke over om det er andre områder vi kan få gjennomført noe. Som eksempel er mange i samfunnet er opptatt av eldrebølgen som kommer, og jeg tror at eldre og psykisk helse er et område som er verdt å fremme. Her er det et behov som ikke blir dekket.



**I POSISJON** Bent Høie vil at flere psykologer skal søke jobb i kommunene. Foto: Per Halvorsen

jobber for lovfesting av psykolog i alle kommuner. Men han mener det tar for lang tid å få på plass psykologer i kommunene, og etterlyste større interesse blant psykologene.

– Få psykologene til å søke! Fortell at dette er gode og interessante jobber, oppfordret han.

#### – SNUR FOKUSET

Høies utfordring til psykologene falt åpenbart i god jord hos presidenten, som gjerne ser at psykologer går inn i nye roller. Hofgaard har dessuten en klippefast tro på at psykologene representerer et brudd med gammeldagse metoder og holdninger. «Som psykologer representerer vi et fagfelt som leverer noe annet enn den tradisjonelle psykiatrien», skrev han i invitasjonen til lederkonferansen. Psykologtidsskriftet kontaktet ham etter konferansen for å få utdypet dette.

– I 2001, da psykologene fikk ansvar for vurdering av tvang mot pasienter, lovet Psykologforeningen at psykologene skulle få ned tallene for bruk av tvang. Det skjedde ikke. Står dere i fare for å forlove dere igjen?

– Jeg er helt sikker på at vi ikke forlover oss. Det har vi allerede sett i de kommunene som har fått på plass psykologer, svarer Hofgaard.

Evalueringene viser ifølge presidenten at psykologene utgjør en forskjell i de flerfaglige tjenestene kommunen tilbyr. Han mener psykologenes normalpsykologiske kompetanse kombinert med spisskompetanse på å anvende psykologien i et helseperspektiv både på systemisk og individuelt nivå, gjør dem svært fleksible i kommunene.

– Mange aktører var invitert til konferansen – fra helseministere og KS til kommunepsykologer og forskere. Men brukerne glimret med sitt fravær. Er ikke deres perspektiver interessante nok i et helsepolitisk verksted?

– Perspektivet til de som bruker helsetjenestene er alltid viktig. Som president i Psykologforeningen og som styreleder i Rådet for Psykisk Helse har jeg hyppig kontakt med brukerorganisasjoner og enkeltpersoner som har vært mye i behandling. Og de samme temaene som ble diskutert på vår lederkonferanse er tema i nær alle sammenhenger nå om dagen. At det denne gangen ikke var innlegg på konferansen fra en som representerer de som har anvendt tjenestene, skal man nok derfor være forsiktig med å overtolke, svarer Hofgaard.

– Hvilke signaler tar du med deg fra årets lederkonferanse?

– Først og fremst at vi er på rett vei med helsetjenestene i Norge. Vi fikk bekreftet at psykologer er med på et stort prosjekt der vi skal bidra til å snu fokuset fra bare å kurere over til å skape et bedre samfunn og bedre liv for folk. ✕

## SKRÅBLIKK

Lederkonferansen 2015

# Helt normal galskap

**Ikke snakk om det abnormale.** Slik innledet Psykologforeningens president årets lederkonferanse. Det er normalpsykologien, ikke patologien, som råder grunnen i profesjonsutdannelsen. Det må vi fortelle, understreke, holde frem for verden. Sa presidenten før han introduserte sin venn Peter Kindermann. Som sa at diagnoser ikke skulle stilles, og at det handler om omsorg fremfor behandling.

**Kanskje er det** like greit at vi slipper å diagnostisere. For vi ble fortalt at avatarer om kort tid ville stille bedre diagnoser enn hva psykologene selv klarer. Nøyaktig hvorfor vi trenger avatarer som mer presist diagnostiserer det patologisk abnormale når vi ikke lenger trenger diagnoser, var derimot noe mer uklart.

**Den virkelige galskapen** er å avvikle galskapen, ble det sagt senere på kvelden, off record, over vin. Mens pausepratene dagen derpå understreket at diagnosekritikken for lengst var både tenkt, sagt og forkastet på 1970-tallet. Det var derfor liten grunn til at generasjon X, Y og Z skulle kjempe gamle saker om igjen, for alle viktige kamper ble tatt og avgjort en gang for alle den gangen røde faner valet på enhver lesesal og ethvert terapikontor

**På tampen** fikk vi høre fra instituttlederene som har ansvar for en psykologutdanning hvor det normale råder grunner. De understreket at hvis ikke psykologen utredet, diagnostiserte og behandlet, var det ingen grunn til at psykologtittelen skulle være beskyttet. Og da ville også all makt i helsevesenet forvitte.

**Da var det nok** flere enn én som kikket på lønnslisten sin, la den inn som bokmerke i diagnosemanualen og tenkte at det ville være galskap å ikke stille diagnoser.

Bjørnar Olsen, Sjefredaktør  
Tidsskrift for Norsk psykologforening

## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 1041-1050 FAGFELLEVDERT

DAG VEGARD SKJELSTAD, IRENE NORHEIM, GRO KRISTIANSEN REIERSEN

og NINA HELEN MJØSUND, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken

KONTAKT dag.skjelstad@vestreviken.no

# PSYKOEDUKASJON I GRUPPE FOR PERSONER MED BIPOLAR LIDELSE

Presentasjon av en kursmodell, deltageres tilfredshet, og implementeringserfaringer

Moderne behandling av bipolar lidelse handler like mye om psykologi som om kjemi. I Vestre Viken har vi holdt pasientkurs om bipolar lidelse siden 2007. Psykoedukasjon i gruppe verdsettes høyt av deltagerne, har god effekt på lidelsens forløp, og anbefales i den nye nasjonale retningslinjen.

Formålet med psykoedukasjon i gruppe for personer med bipolare lidelser (BP) er å gi deltagerne kunnskap om lidelsen og hjelp til å utvikle mestingsstrategier. Dette kan bidra til at svingninger i humør og energi- og aktivitetsnivå, og andre uheldige konsekvenser av lidelsen, reduseres eller forebygges.

På 1990-tallet ble det publisert studier som viste at flertallet av personer med BP opplever symptomer, som søvnforstyrrelser og endringer i stemningsleiet, i forkant av nye sykdomsepisoder (Jackson, Cavanagh, & Scott, 2003; Sierra, Livianos, Arques, Castello, & Rojo, 2007). Over noen dager eller uker kan symptomene tilta i antall og styrke og kulminere i full syndromal episode. Disse mildere symptomene, som kalles varselsymptomer, har ofte en idiosynkratisk signatur, hvilket betyr at de samme symptomene har en tendens til å gjenta seg i samme rekkefølge før hver nye episode av samme type (mani/depresjon) for et individ (Keitner et al., 1996). Identifisering av varselsymptomer muliggjør motsykliske tiltak som kan forebygge eller mildne nye episoder. Motsykliske tiltak

## ABSTRACT

### *Group psychoeducation for people with bipolar disorders*

Group psychoeducation is shown to have long-lasting prophylactic effects in individuals with bipolar disorders. Since 2007, Vestre Viken Hospital Trust has arranged 30 courses for nearly 330 individuals with bipolar disorders, type 1 and 2. In this article, the 11-session model is described. 142 participants from 15 courses have provided written evaluations after completing the course. On a scale from 1 to 5 («very useful») the aggregated mean score of individual sessions was 4.2 (SD 0.6). The overall satisfaction with the course was 4.6 (SD 0.6). Written feedback to open questions suggests three overarching subjective benefits from attending the course: knowledge, meeting others with the same disorder, and strengthened self-esteem and confidence in the future. In this article, the authors also suggest necessary preconditions for the successful implementation of group psychoeducation in a general outpatient hospital setting, and discuss illness characteristics that may influence how beneficial the course model is for individual participants.

*Keywords: Group psychoeducation, bipolar disorder, participants' evaluation, implementation experiences*

betyr å gjøre det motsatte av det impulsene tilsier: å roe ned og sikre nok søvn når energi og tiltakstilt er på vei opp, og å stimulere til aktivitet når energinivået er på vei ned. Slik kan man helt eller delvis oppnå en utslukningseffekt (Beynon, Soares-Weiser, Woolacott, Duffy, & Geddes, 2008; Bond & Anderson, 2015). Jo tidligere man agerer på varselsymptomene, desto bedre vil den forebyggende effekten være. Å stoppe eller bremse en (hypo)mani kan i neste omgang gjøre at en påfølgende depresjon unngås eller mildnes.

Colom, Vieta og kolleger i Barcelona etablerte rundt tusenårsskiftet strukturerte psykoedukative grupper for personer med BP 1 og 2 (Colom & Vieta, 2006). I 2003 publiserte de en artikkel hvor de sammenlignet 120 pasienter med BP randomisert til 21 samlinger med psykoedukasjon i gruppe og 21 samlinger med ustrukturerte gruppemøter. I tillegg fikk begge grupper vanlig oppfølging, inkludert medisiner. Ved 2-års oppfølging viste funnene at psykoedukasjon i gruppe ga signifikant reduksjon i antall tilbakefall, forlenget tiden til nye episoder og nye innleggelses, og reduserte innleggelsestiden (Colom et al., 2003). Disse effektene vedvarte ved 5-års oppfølging (Colom et al., 2009). Flere studier har vist tilsvarende effekter (Candini et al., 2013; Castle et al., 2010; Kessing et al., 2013). I kun én studie fant man ingen forskjell i tilbakefall mellom psykoedukasjon i gruppe og kontrollgruppe etter ett år (de Barros Pellegrinelli et al., 2013). Deltagerne i psykoedukasjonsgruppen, og deres behandlere, opplevde imidlertid en global klinisk bedring.

I Vestre Viken (VV) har vi tilbudt psykoedukasjon i gruppe under navnet «kurs for personer med bipolar lidelse» siden høsten 2007. Til og med våren 2015 har vi holdt 30 kurs der ca. 330 deltagere har fullført. Etter hvert som kurset har blitt mer kjent, har pågangen økt. I 2014 ble det arrangert 7 kurs. I 2015 er det behov for 8 kurs. Klinikk for psykisk helse og rus, VV, består av 5 DPS-områder: Kongsberg, Ringerike, Drammen, Asker og Bærum, og betjener en befolkning på ca. 470 000 mennesker. Med bakgrunn i anbefalingene i ny nasjonal retningslinje (Helsedirektoratet, 2012), og at det er få helseforetak i Norge som holder slike kurs (se bipolar skolen.no), ønsker vi å inspirere flere til å etablere lignende tilbud. Målsettingen med denne artikkelen er å beskrive kursopplegget, deltagerens opplevelse av kurset, og våre erfaringer med implementering og drift.

### BESKRIVELSE AV KURSET

Kurspakken er utviklet ved Josefinestegate DPS, Oslo Universitetssykehus, og består av powerpoint-presentasjoner for kursholdere og en arbeidsbok (Andresen, Andreassen, Sørensen, & Wullum, 2005) for deltagere. Kurset ble utviklet etter inspirasjon blant annet fra Gary Sachs og STEP-BD prosjektet (Otto, Reilly-Harrington, & Sachs, 2003; Sachs, 2004). Kurspakken ble i 2010 revidert av Sara E. Lindholm og Ole Andreassen. Josefinestegate DPS – som nå har opphørt – holdt tidligere kurs for behandlere i bruk av kurspakken.

### Terapeutiske virkemidler

Av terapeutiske virkemidler benyttes hovedsakelig elementer fra interpersonlig og sosial rytmetterapi, kognitiv atferdsterapi og gruppeterapi, i tillegg til psykoedukasjon. Psykoedukasjon er å formidle kunnskap om en sykdom, opplæring i anbefalte tiltak, og å gi rom for spørsmål og innspill fra de berørte. Psykoedukasjon i gruppe følger en fastlagt struktur i

motsetning til ved åpen gruppeterapi. Deltageres historier utdypes i liten grad, og konfrontasjoner eller påpekninger unngås. Historier og erfaringer løftes opp på et generelt nivå som eksempler andre kan kjenne seg igjen i eller dra lærdom av. Fast døgnrytme, nok søvn, og stressreduksjon, er spesielt viktig for å motvirke lidelsens iboende ustabilitet. Interpersonlig og sosial rytmetterapi (Frank et al., 2005) fokuserer nettopp på etablering og opprettholdelse av sunn, regelmessig livsførsel, og å løse interpersonlige konflikter, for å opprettholde stabilitet hos personer med BP. Gjennom bruk av prinsipper fra kognitiv atferdsterapi lærer kursdeltagerne om sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. Kognitiv restrukturering handler om å identifisere og utfordre automatiske tanker og uhensiktsmessige tolkninger. Ved depresjon er slike automatiske tanker overveiende negative og pessimistiske. Tanker, følelser og atferd forsterker hverandre i en «depresjonsspiral» som forverrer depresjonen. Ved (hypo)mani har tankene en slagside mot det overoptimistiske og selvovervurderende. På samme måte som ved depresjon, men med motsatt fortegn, vil slike tanker forsterke positive følelser og impulsiv atferd i en «manispiral» som vil forverre (hypo)manien. Kognitiv restrukturering er mest anvendelig når den normale refleksjonsevnen er relativt intakt, det vil si ved stemningsstabilitet og i varselsymptomfasen. Se Morken (2012) for mer om psykoedukasjon og annen psykoterapi ved BP.

### Deltagere og henvisning

I VV er kurset åpent for alle over 18 år diagnostisert med BP-1- og -2-lidelse. Et kurs har vanligvis 12–15 deltagere ved oppstart. Pasienter i VV søkes til kurset av egen behandler. Personer som ikke mottar behandling i VV, eller er pasienter utenfor opptaksområdet, henvises primært av egen fastlege. Kurset er et supplement til individuell oppfølging som besørges av fastlege eller annen behandler. Det betales egenandel per kurssamling. Frikort gjelder (Vestre Viken, 2015).

### Før oppstart

Kursledernes kontakt med deltagerne før kursstart varierer mellom forsamtaler og telefonkontakt, avhengig av kapasitet. Formålet med denne kontakten er å orientere om kurset og å avklare

motivasjon for deltagelse og stemningsstabilitet. Det formidles at det er ønskelig at deltagerne deler egne erfaringer og lærer av hverandre. Er betingelsene for deltagelse midlertidig ikke til stede, tilbys søkere å settes på vent til et senere kurs. Dette tilbys også personer som ikke klarer å gjennomføre kurset. Deltagerne, og deres henvisende behandler, mottar per brev en kursoversikt med datoer, innhold, og hjemmeoppgaver.

### Kursinnhold og struktur

Kurset strekker seg over 11 ukentlige temsamlinger à 2,5 timer (se tabell 1). Dette er en utvidelse av Josefinesgate DPS sin kurspakke, som legger opp til 10 samlinger à to timer. Den ekstra kursgangen inneholder erfaringsformidling fra tidligere kursdeltagere. Vi har også endret temaet i kursgang 6 (se tabell 1 og resultater), og gjort andre innholdsmessige justeringer (se diskusjon). Hver samling ble utvidet med en halv time etter ønske fra deltagerne. Samlingene har en fast struktur og starter med teoriundervisning om dagens tema etterfulgt av summegrupper. I summegrupper deler deltagerne sine erfaringer og tanker om oppgitte temaer og spørsmål i smågrupper, for eksempel om hvordan det var å få diagnosen BP: hvordan ble diagnosen formidlet? Fikk du nok informasjon? Hva visste du om lidelsen fra før? I etterkant deles og diskuteres erfaringene i plenum. Deretter gjennomgås egenaktiviteten (hjemmeoppgaver) fra forrige samling, og det informeres om egenaktiviteten til neste gang. En samling avrundes med oppsummering.

### Kursholdere og foredragsholdere

Kurset ledes av to fagpersoner som er til stede gjennom hele kurset. Kurslederne representerer kontinuitet og fanger opp og ivaretar individuelle behov underveis. Å delta på kurset er for enkelte en tøff realitetsorientering. Hos andre kan vonde minner aktiveres, eller de opplever tilbakefall. I VV er det psykologer, psykiatriske sykepleiere, og lege som har ledet kursene. Delvis interne og delvis eksterne foredragsholdere med spesialkompetanse benyttes på fire til fem av undervisningstemaene. Dette bidrar til god kvalitet på undervisningen og skaper variasjon for deltagerne.

### Arbeidsbok

Deltagerne får utdelt arbeidsboken på første samling. Den har tre deler. Del 1 heter «om »

**Tabell 1.** Tema for de 11 kursgangene og 142 deltageres opplevde nytte av hver temsamling og kurset som helhet skåret på 5-punktskalaer fra 1 (lite nyttig) til 5 (svært nyttig).

	M	SD	N
1. Introduksjon, hva er bipolar lidelse?	4,4	0,7	139
2. Erfaringsformidling, stemningsdagbok på app (f.o.m. våren 2015)	4,3	1,0	30
3. Årsaker til og forløp av bipolar lidelse	4,4	0,8	132
4. Mani og hypomani – symptomer og aktuelle tiltak	4,4	0,8	137
5. Depresjon og blandet tilstand – symptomer og aktuelle tiltak	4,4	0,8	135
6. Bevissthet om følelser (f.o.m. høsten 2012)	4,4	0,8	98
6. Allment om behandling (t.o.m. våren 2012)	3,8	1,0	32
7. Medikamentell behandling	4,0	1,0	131
8. Stress og mestring av stress	4,3	0,8	128
9. Arbeid, trygd, juss/innleggelse	3,6	1,1	127
10. Livsførsel og regelmessighet	4,2	0,9	133
11. Oppsummering og evaluering	4,2	0,8	127
<i>Opplevd nytte av kurset som helhet</i>			
Gjennomsnitt av skårer for hver samling	4,2	0,6	141
Totalvurdering etter gjennomført kurs (f.o.m. høsten 2013)	4,6	0,6	83

*Merknader: Tilbakemeldingene er innhentet fra 15 kurs i perioden høsten 2009 til våren 2015. Forkortelser: M = gjennomsnitt; SD = standard avvik; N = antall besvarelser.*



«Jeg har fått mer ut av disse ti dagene enn ti år i terapi og mange innleggelser»

bipolar lidelse» og inneholder variert kunnskap om lidelsen, behandling og hvordan man best kan leve med den.

Del 2 heter «forebyggelsesplan», og består av skjemaer som skal hjelpe deltagerne med å kartlegge og få innsikt i eget sykdomsbilde: Hva utløste tidligere episoder? Hva er dine varselsymptomer på tilbakefall? Videre fokuseres det på hvordan nye episoder kan forebygges og håndteres: Hva har (ikke) hjulpet før? Hva ønsker du hjelp til fra andre? Hva ønsker du skal skje hvis du blir syk igjen? Man planlegger for to scenarioer da en person med BP tenker, føler og agerer svært forskjellig avhengig av om man er depressiv eller (hypo)manisk. Hvis det er aktuelt, bør det utarbeides en egen kriseplan ved selvmordsfare.

Del 3 kalles «verktøykassa» og inneholder råd og metoder for kartlegging, endring og mestring av uhenksomme tanker, stress, aktiviteter og livssituasjoner. «Stemmingsdagbok» er et nyttig verktøy for selvutforskning, og for deling av konkret informasjon med behandler eller andre. Ved daglige registreringer gir stemmingsdagboken over tid en god grafisk oversikt over variasjoner i stemningsleiet, tidlige varselsymptomer på tilbakefall, og mulige risikofaktorer som for eksempel bruk av rusmidler og endringer i søvmengde og medisiner. Informasjonen kan benyttes til å avdekke mønstre og årsakssammenhenger, som i neste omgang kan benyttes i forebygging. Nyere teknologi gjør at mange deltagere benytter mobil-app for tilnærmet lik registrering. En mobiltelefon er lettere tilgjengelig for fortløpende registreringer enn et ark.

Deltagerne oppfordres til å involvere nære støttespillere som familie-medlemmer og behandler i kartleggingen av lidelsen og utarbeidelsen av planer. Mange har også gode erfaringer med å lage avtaler med arbeidsgiveren om hvordan man skal forholde seg ved nye episoder, og hvordan arbeidsoppgaver kan tilrettelegges. Også andre personer i nettverket, som venner, kan spørres om å påta seg små og store roller ved behov. Forebyggelses- og krisehåndteringsplaner bør utarbeides i stemningsstabile perioder med normal dømmekraft. Det er flere grunner til at man bør bruke de gode dagene til å planlegge for de dårlige. Én grunn er at det da er lettere for hjelpere å stole på at det mandatet de har fått, faktisk gjenspeiler personens underliggende vilje når personen blir syk og endrer mening og atferd. Gode forebyggelsesplaner bør være konkrete og detaljerte for å kunne fange opp eventualiteter man forventer kan oppstå. Vi erfarer imidlertid at mange opplever det som krevende å skulle tenke på mulige tilbakefall i framtiden. Friske perioder oppleves som «frimutter» da man ønsker å leve et normalt liv igjen uten å tenke på sykdom. For mange tar det også lang tid og mange bitre erfaringer før de erkjenner at lidelsen krever forsakelser. En relativt sunn, stabil og forutsigbar livsførsel med fast døgnrytme kan være vanskelig å kombinere med krevende jobber, et aktivt sosialt liv, og bruk av rusmidler. Gode refleksjonspartnere kan bidra til at fokuset på å videreutvikle forebyggelsesplaner fortsetter etter kursslutt. Når man først har utarbeidet forebyggelsesplaner, opplever mange en styrket kontroll over og mestring av egen lidelse.

#### DELTAGERERFARINGER

Vi har fra starten av vært opptatt av å evaluere og forbedre tilbudet. Deltagernes evaluering av kurset ble gitt muntlig til og med våren 2009. Deretter har vi benyttet et egenutviklet evalueringsskjema.

Vi presenterer her deltagerens svar på de spørsmålene vi anser for å være av størst interesse for tidsskriftets lesere. Dette er spørsmål som

omhandler opplevd nytte av de ulike kurssamlingene og kurset som helhet, «forebyggelsesplanen», «verktøykassa» og «stemningsdagboken». Disse besvares på en 5-punkts skala. Deltagerne blir så bedt om å utdype opplevd nytte med tekst: «hva har vært mest nyttig for deg og hvorfor?», «hva slags helhetsinntrykk sitter du igjen med?», «ville du anbefalt kurset til andre – og hvorfor?». Skjemaet fylles ut siste kursgang. Besvarelsene er anonyme, og bruk av dataene er derfor ikke søknadspliktig til Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

### Skjemarespondenter

142 personer har fylt ut skjemaet. Tilbakemeldingene ble innhentet fra 15 kurs: 11 kurs i Drammen i perioden høsten 2009 til våren 2015, to i Kongsberg våren 2014 og 2015, og to på Ringerike høsten 2014 og våren 2015. Til sammen har ca. 200 personer begynt på disse kursene. Ikke alle fylte ut evalueringsskjemaet, da noen falt fra underveis på grunn av sykdomsepisoder eller annet, mens andre ikke var til stede siste kursgang.

Følgende informasjon er ikke spesifikk for skjemarespondentene, men beskriver deltagerne på de 9 siste kursene ( $n = 109$ ), inkludert to kurs i Asker og Bærum: 64,2 % var kvinner, og snitt- og medianalder var 40 år (spredning: 20–68). Medianen for deltagerens oppgitte varighet mellom stilt bipolar diagnose og kursdeltagelse var ca. 2 år, mens snittet var ca. 4 år (spredning: 1–240 måneder).

### Analyse

Statistiske analyser ble utført med Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versjon 21.0. Wilcoxon tegnrangetest for relaterte observasjoner ble brukt for å sammenligne to mål på deltagerens opplevde nytte av kurset, samt deltagerens opplevde nytte av stemningsdagbok på papir versus app. Tosidig signifikansnivå på 0,05 ble benyttet. Kvalitative data i form av tekstlige besvarelser på åpne spørsmål ble gjennomgått og tildeelt beskrivende betegnelser (koder) som gjenspeilet tekstens tematiske innhold. I dialog med teksten ble kodene så forsøkt kombinert på ulike måter for endelig å bli sortert i overordnede kategorier som reflekterte innholdet på en adekvat og meningsfull måte (Malterud, 2011).

### Resultater

Tabell 1 viser at deltagerne i gjennomsnitt gir de fleste temasamlingene en skår på mellom 4 («nyttig») og 5 («svært nyttig»). Ulikt antall besvarelser skyldes varierende tilstedeværelse. Deltagerens noe mer reserverte tilbakemelding på det opprinnelige temaet i kursgang 6, «allment om behandling», gjorde at dette ble erstattet av temaet «bevissthet om følelser» fra høsten 2012. Responsen tilsier at dette temaet har truffet et behov hos deltagerne, ikke minst ettersom det fokuseres på angst, som mange sliter med. Andre temasamlinger som har fått relativt lav skår, er «medikamentell behandling» og spesielt «arbeid, trygd, juss og innleggelse». Noen har opplevd disse temaene som svært nyttige, mens andre oppgir at innholdet var kjent eller uaktuelt. Vi har registrert større tilfredshet med kursgangen «arbeid, trygd, juss og innleggelse» når underviseren er klinisk sosionom med pasienterfaring enn saksbehandler ved NAV.

Gjennomsnittsskåren (4,2) av alle temasamlingene tilsier at deltagerne opplever kurset som nyttig. Fra høsten 2013 innførte vi et spørsmål i evalueringsskjemaet som spurte direkte om hvor nyttig deltagerne opplevde «kurset som helhet». Skåren på dette spørsmålet er signifikant

høyere (4,6) enn for den aggregerte skåren (4,2) av hver kurssamling ( $p = 0,000$ ) for de 83 deltagerne som har svart siden spørsmålet ble innført. Tilfredsheten med kurset som helhet blir utdypet på de åpne spørsmålene i spørreskjemaet, og da spesielt på spørsmålet «hva slags helhetsinntrykk sitter du igjen med?». En deltager skriver: «Jeg hadde store forventninger til dette kurset, alle ble innfridd. Skulle gjerne gått en runde til.» En annen skriver: «Jeg er glad jeg fikk være med på dette kurset. Har lært mye om meg selv og lidelsen.» En tredje bruker store ord for å formidle sin tilfredshet: «Jeg har fått mer ut av disse ti dagene enn ti år i terapi og mange innleggelse.» Flere påpeker at de skulle ønske at de hadde fått tilbud om kurset for mange år siden.

Når vi ser nærmere på hva det mer konkret var med kurset som respondentene opplevde som nyttig, kan svarene på de åpne spørsmålene sorteres i tre overordnede kategorier som omhandler det å få kunnskap, møte andre med samme lidelse, og bli styrket i selvfølelse og framtidstro.

#### 1. Kunnskap

Mange har kommentert hvor viktig det var å få kunnskap om BP, både i form av teoretisk og praktisk kunnskap fra kursholderne og erfaringsbasert kunnskap som ble delt i gruppen. Følelsen av å ha fått verdifull kunnskap synes å gi en opplevelse av større kontroll over eget liv. En deltager formulerte det slik: «kunnskap er nøkkelen til frihet.»

«Det har vært mest nyttig å få info om lidelsen, hvordan den påvirker hverdagen, og hvilke tiltak man kan gjøre for å forhindre kraftige tilbakefall. Mange biter har falt på plass.»

«Nå vet jeg mer om hvordan jeg selv kan legge hverdagen til rette for å leve et symptomfritt liv, og hvordan greie å si nei til andre og sette meg selv først noen ganger.»

Erfaringene til andre med samme lidelse har for enkelte en særlig autoritet og betydning: «Kursdeltageres erfaringer og opplevelser med lidelsen gir best og mest varig inntrykk.» Flere framhever å ha fått «gode råd på veien videre» gjennom erfaringsdeling, og at «diskusjoner med andre på kurset» har vært nyttig. Det blir også påpekt som verdifullt at utveksling av

erfaringer i en ledet gruppe gjør at deltageres råd om nødvendig kan nyanseres av kurslederne. Enkelte framhever det som lærerikt at deltagerne «har vært spredt i alder og ulike faser av livet». Det gir en bredde i livserfaringer.

## 2. Å møte andre med samme lidelse

Psykoedukasjon i gruppe oppleves å gi en merverdi utover det å få kunnskap og verktøy. Mange deltagere oppgir at fellesskapet med andre med lignende eller like erfaringer reduserte følelsen av å være alene, utenfor og annerledes.

«Det var utrolig fint å være sammen med folk som er like «gale», å bli forstått og akseptert, og å oppdage at det ikke bare er jeg som er så rar.»

«Gjenkjennelse i andres opplevelser og symptomer var nyttig. Det var en aha-opplevelse å innse at det ikke bare er meg som har det sånn, og tenker sånn.»

«Det har vært viktig å treffe og høre andre med samme lidelse. Jeg føler meg mindre alene om å føle meg rar og utenfor, at jeg ikke er så spesiell.»

## 3. Styrket selvfølelse og framtidstro

Flere skriver at deltagelse på kurset har ført til bedret selvfølelse og styrket framtidstro. Dette synes å henge sammen med redusert skam- og skyldfølelse som følge av å møte andre i samme situasjon, å lære at lidelsen ikke er selvforskyldt, og styrket opplevelse av mestringskompetanse. Enkelte gir uttrykk for at de allerede har gjort endringer i tråd med rådene de har fått, og opplever at dette gjør dem mer stabile. Mange framhever også betydningen av å ha blitt møtt med respekt, forståelse og en positiv og oppmuntrende holdning av kursledere og foredragsholdere.

«Kurset har hjulpet meg å se at vi er fullverdige og bra mennesker med mye ressurser på tross av lidelsen. Det gir tro og håp for fremtiden, og at det går an å leve et fullverdig liv.»

«Fint å lære at det ikke er selvforskyldt og at det bare er å ta seg sammen.»

«Jeg har lært at det går an å tilpasse hverdagen, og at livet ikke er over med en slik diagnose.»

Evaluerings skjemaet kartlegger også opplevd nytte av utfyllingsskjemaene i arbeidsboken. Deltagerne oppfordres til å ta i bruk disse. Henholdsvis 122 og 121 deltagere oppgir på en skala fra 1 (lite nyttig) til 5 (svært nyttig) at skjemaene i «forebyggelsesplanen» ( $M = 4,0$ ;  $SD = 1,0$ ) og «verktøykassa» ( $M = 4,2$ ;  $SD = 0,9$ ) oppleves som «nyttige» hjelpemidler. Stemningsdagbok på papir finnes i verktøykassa. Ettersom vi anser denne for å være et sentralt verktøy, har vi bedt deltagerne om å evaluere den separat. Stemningsdagboken oppleves som noe over middels nyttig ( $M = 3,5$ ;  $SD = 1,2$ ) og som «nyttig» (27,6 %) eller «svært nyttig» (25,5 %) av ca. halvparten av 98 deltagere som oppgir å ha brukt papirversjonen. Bruk av stemningsdagbok på mobil (app) er foreløpig evaluert av 44 deltagere og oppleves som noe mer nyttig ( $M = 4,1$ ;  $SD = 1,2$ ). Det var imidlertid ingen statistisk forskjell på opplevd nytte av stemningsdagbok på papir versus mobil for de 30 som hadde forsøkt begge alternativer (begge  $M = 3,7$ ;  $SD = 1,2$ ).

## IMPLEMENTERING AV KURSET

### Økonomi og organisering

Sykehuset Buskerud, ved Psykiatrisk klinikk FoU-enhet, etablerte i 2007 en prosjektorganisering for oppstart av «kurs for personer med bipolar lidelse». Tilbudet ble definert som del av et helhetlig behandlingstilbud som gav poliklinisk inntekt og aktivitet. Som følge av svært gode tilbakemeldinger fra deltagere og kursledere gjennom prosjektperioden ble tilbudet i 2009 videreført som del av ordinær drift ved Drammen DPS (da Vestre Viken HF). Økt arbeidsbelastning ved DPS, og mangel på økonomiske og faglige ressurser, viste seg etter hvert å være til hinder for videre kursdrift. Da det ble tydelig at et verdsatt tilbud var i ferd med å forsvinne, vedtok klinikkledelsen i 2012 å sikre tilbudet og samtidig gjøre det tilgjengelig for alle i VVs opptaksområde. I denne fasen ble det også etablert samarbeid med Lærings- og mestringscenteret på Blakstad, som hadde drevet et lignende tilbud fortrinnsvis for Asker og Bærum siden 2009. Klinikklledelsen satte av midler til kursdrift og en koordinatorstilling for klinikkens psykoedukative tilbud. Driftsmidlene går fortrinnsvis til frikjøp av kursledere. Gjennom frikjøp belastes ikke kursledernes arbeidsplasser økonomisk, og kurslederne får bedre arbeidsvilkår ettersom de kan drive kurs som en «i-stedet-for»-oppgave og ikke som et tillegg til ordinær klinisk jobb. Dette har medvirket til større stabilitet av kursledere. Klinikklledelsens vedtak er avgjørende for at kurset nå tilbys ved fire lokasjoner i VV.

### Opplæring av kursledere

Da det ikke lenger finnes ekstern opplæring i bruk av kurspakken, har vi jobbet systematisk med selv å lære opp nye kursledere. Disse har hospitert som observatører på kurs og holdt kurs sammen med og under veiledning av erfarne kursledere. Det har vært viktig å rekruttere kursledere med god klinisk kompetanse på BP, og fortrinnsvis med gruppeledererfaring. Vi får også henvendelser fra andre helseforetak som ønsker å begynne med kurs.

### Koordinatorfunksjonen

Koordinatoren (I. N.) er ansatt ved klinikkens FoU-avdeling og har ansvar for å drive et nettverk for koordinering av kurstilbudet i VV der alle fem DPS-er, Lærings- og mestringscenteret, og FoU-avdelingen er representert. Nettver-





«Det var utrolig fint å være sammen med folk som er like «gale», å bli forstått og akseptert, og å oppdage at det ikke bare er jeg som er så rar»

ket planlegger nye kurs, og evaluerer og videreutvikler kursinnholdet og relaterte tilbud. Koordinatoren samarbeider med ledere, kursledere og foredragsholdere, og har en aktiv pådriverfunksjon.

Oppsummert tilsier vår erfaring at følgende faktorer må ivaretas for å lykkes med å implementere tilbudet i helseforetak: 1) ledelsesforankring på klinikknivå; 2) egne driftsmidler; 3) opparbeiding av faglig kompetanse; og 4) koordinatorfunksjon.

#### DISKUSJON

I løpet av de seks årene vi har benyttet skriftlig evaluering av «kurs for personer med bipolar lidelse», har tilbakemeldingene fra deltagere vært stabilt positive. Dette tyder på at vi klarer å gjenskape et tilbud som verdsettes høyt. En god kurspakke, kontinuerlig fokus på innholdsmessige forbedringer, høy faglig kompetanse hos kursledere og foredragsholdere, og systematiserte rammer for drift, antas å bidra til dette.

Deltagerne skårer «kurset som helhet» som mer nyttig enn gjennomsnittet av enkeltsamlingene tilsier. Dette kan indikere at kurset oppleves å inneha kvaliteter utover det deltagerne opplever at det spørres om når de evaluerer enkelte temasamlinger. Det er mulig at de i evalueringen av enkeltsamlingene primært vurderer det faglige innholdet, og at kursets atmosfære og betydningen av å møte andre i samme situasjon vektlegges mer i helhetsvurderingen. I de skriftlige utdypingene av opplevd nytte av kurset er det nettopp det å møte andre i samme situasjon som framheves som en av de tre mest verdifulle aspektene ved kurset. Dette bidrar til en opplevelse av å føle seg mindre alene og annerledes. De to andre aspektene som framheves, er faglig kunnskap og andres erfaringskunnskap, og styrket selvfølelse og økt framtidsoptimisme. Det sistnevnte synes å være et resultat av de to første aspektene. Den opplevde nytten tilsier at psykoedukasjon harmonerer med idégrunnlaget til empowerment-tradisjonen. Empowerment handler om at mennesker i avmaktsposisjon skaffer seg makt gjennom egenmobilisering. Dette gjøres gjennom igangsetting av prosesser og aktiviteter som kan styrke deres selvkontroll, selvfølelse, kunnskaper og ferdigheter (Askheim, 2007). Ved å være en del av en gruppe med likesinnede kan kursdeltagerne oppleve gjenkjennelse, bekreftelse og hente inspirasjon, kraft og korreksjon av negative selvbilder. Dette synes å utgjøre en betydningsfull tilleggsdimensjon til den bemektigelsen faktakunnskap og verktøy alene kan tilføre deltagerne.

Den skriftlige evalueringen viser at deltagerne opplever forebyggelsesplanene og innholdet i verktøykassa som nyttige hjelpemidler. Det er uklart i hvilken grad dette reflekterer deltagerens brukserfaringer. Noen evaluerer kanskje disse som nyttige fordi de virker fornuftige, uten at de ennå er tatt i bruk. På bakgrunn av muntlige tilbakemeldinger på kursene er det imidlertid rimelig å anta at mange opplever at skjemaene fungerer etter intensjonen: de gir struktur og idéer til utforskningen av viktige aspekter ved deltagerens lidelse og liv. Skjemaene gjør det også lettere å ha et felles fokus i dialog med pårørende og andre hjelpere, ikke minst i utformingen av planer der ulike roller fordeles. Vår erfaring tilsier imidlertid at ikke alle verktøy er like anvendelige for alle. Enkelte verktøy er tilpasset pasienter med prototypisk bipolar lidelsesutforming. Med dette menes at de har avgrensede sykdomsepisoder atskilt av perioder med normalt stemningsleie. Mange personer med BP har mer urydige sykdomsbilder. Dette har for eksempel konsekvenser for mulighe- »

ten til å identifisere pålitelige varselsymptomer, som igjen er viktig for å kunne forebygge eller mildne nye sykdomsepisoder. Studier som har fulgt BP-pasienter i 20 år, finner at 16 % aldri har friske perioder (Angst & Preisig, 1995), og at mange har høy forekomst av subsyndromale symptomer (Judd et al., 2002). I sistnevnte studie fant man at subsyndromale depressive symptomer var tre ganger vanligere enn syndromale depressive episoder. Studien viste også at de uten full symptomatisk remisjon etter en affektiv episode opplevde syndromalt tilbakefall tre ganger raskere enn de med full remisjon (Judd et al., 2008). Ufullstendig remisjon indikerer at lidelsen fortsatt er aktiv. Kronisk forløp med mange episoder og hurtige svingninger synes å være vanligere ved BP-2 enn BP-1 (Baek et al., 2011; Judd et al., 2003; Vieta, Gasto, Otero, Nieto, & Vallejo, 1997). Personer med BP-2 er i mye større grad preget av depressive symptomer (Berk et al., 2009). Andre lidelsesutforminger som gjør det vanskelig å benytte varselsymptommetodikk, er lang tid mellom sykdomsepisoder, plutselige tilbakefall og polyfasiske skifter. De førstnevnte opparbeider seg for lite erfaring med varselsymptomer til å kunne identifisere nye episoder i anmarsj. Dette er ikke nødvendigvis noe problem ettersom de er lite plaget av lidelsen. Ved brå debut av episoder opplever man ikke, eller i liten grad, forvarslar man kan agere på. For eksempel kan man legge seg i et normalt stemningsleie, men våkne deprimert. De med polyfasiske skifter går rett fra en affektiv episode over i en ny episode av motsatt polaritet. Komorbide lidelser med overlappende symptomatologi kan også vanskeliggjøre identifiseringen av varselsymptomer, og risikofaktorer for tilbakefall. For å hjelpe deltagerne med å skille mellom symptomer på ulike lidelser har vi valgt å legge mer vekt på dette enn det gjøres i den opprinnelige kurspakken. Vi bruker bl.a. god tid på forskjellene mellom BP-2 og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Oss bekjent er det ikke gjort forskning på betydningen av bipolar lidelsesutforming og komorbiditet for effekten av kurs, og opplevd utbytte av forebyggelsesverktøy.

Stemningsdagbok er noe deltagerne sterkt oppfordres til å ta i bruk, da vi vurderer dette som et viktig verktøy. Likevel oppleves papirversjonen som mindre nyttig enn verktøyene i «forebyggelsesplanen» og «verktøykassa» sett under ett. Dette kan ha flere grunner, men den viktigste er nok at det oppleves som krevende å gjøre daglige registreringer, selv ved tilnærmet normalt stemningsleie. I tillegg må man ha gjort daglige registreringer over lengre tid, og ha opplevd stemningssvingninger, før man kan begynne å undersøke sammenhenger. De som er utholdende nok, opplever forsterket nytte og motivasjon over tid. For ytterligere å motivere deltagerne til å ta i bruk stemningsdagbok har vi de siste to årene benyttet oss av tidligere kursdeltagere som har opparbeidet seg lang erfaring med bruk av stemningsdagbok. De forteller på en inspirerende måte om egne erfaringer, og hvordan man praktisk benytter dagbokapp for mobil og nettbrett. Vi ser at bruker-lærer-bruker tilnærmingen har god pedagogisk gjennomslagskraft og gjør det lett for deltagerne å relatere seg til innholdet. Fra våren 2015 har erfaringsformidling blitt tema for en hel ekstra samling. Effekten av styrket fokus på betydningen av dagbokregistreringer, både fra brukere og kursledere, har gitt positive utslag på evalueringene av mobil-app på kursene våren 2015, men også i noen grad for papirversjonen. Vi registrerer også at stadig flere deltagere foretrekker mobil-app, i takt med økt utbredelse av smarttelefoner. På samme måte som for varselsymptomer

synes imidlertid stemningsdagbok generelt å være bedre egnet ved visse lidelsesutforminger. For eksempel kan lav episodefrekvens svekke motivasjonen for, og nytten av, stemningsdagboken. Bruken og opplevd nytte av ulike verktøy kan også påvirkes av andre mer generelle forhold som grad av sykdomsinnsikt, forkunnskaper, hvor lenge man hatt lidelsen, livssituasjon og helsesituasjon.

#### Andre relaterte tilbud i Vestre Viken

Etter ønske fra deltagere er det etablert flere selvhjelpsgrupper etter kursavslutning. Kurskoordinator og kursledere gir deltagerne råd i denne prosessen. Disse gruppene kan muligens bidra til å styrke effekten av kurset. Et annet tiltak som kan styrke effekten, er større involvering fra deltagerne behandlere. Vi har siden 2012 holdt flere halvdagsseminarer om bipolarkurset for behandlerne ved DPS-er og psykiatriske avdelinger i VV, og helsepersonell fra opptaksrådets kommuner. Erfaringsmessig gjør prioriteringer at behandlerne trapper ned kontakten med pasientene når de begynner på kurs. Dette sammenfaller med at pasientene er relativt stemningsstabile ved kursoppstart, og at behovet for individualbehandling da vurderes som redusert. Hovedbudskapet vårt i møte med behandlerne er at disse tvert om må involvere seg mer i kursperioden for å hjelpe pasientene med prosessene kurset setter i gang. Pasientenes stemningsstabilitet bør ses på som en gylden mulighet til å hjelpe pasientene med å planlegge forebyggende tiltak og gjøre avtaler med ressurspersoner i pasientenes nettverk. Slike konstruktive prosesser er det umulig å få til hvis behandlerne kun har kontakt med pasientene i sykdomsperioder. På seminarene undervises det i kursinnholdet og hva de konkret kan jobbe sammen med pasientene om mellom samlingene. Etter at vi startet opp med behandlerseminarene, synes flere deltagere å være fornøyde med oppfølgingen de får under kurset. Involvering av familie og nettverk kan også fremme forebygging av tilbakefall (D'Souza, Piskulic, & Sundram, 2010; Luciano, Del Vecchio, Sampogna, De Rosa, & Fiorillo, 2015; Rea et al., 2003). Kursdeltagerne oppfordres til dette. I VV tilbys pårørende egne samtalegrupper og undervisning på åpne temakvelder. Det er gjort gode erfaringer med psykoedukativ flerfamiliegruppe for par der den ene har BP.

### Framtidig forskning

Det er behov for prospektive studier på effekten av den «norske» kursmodellen med 10–11 samlinger. Den største forskjellen mellom denne og Barcelona-miljøets kurs er at deres strekker seg over 21 samlinger, og har kortere samlinger à 1,5 timer. Totalt er deres kurs 4 timer lengre enn vårt tilbud. Ettersom det på kurset presenteres mye stoff og mange metoder - som det tar tid å fordøye og implementere, er det muligens gunstig at kurset strekker seg ut i tid. Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor Pellegrinelli et al. (2013), som hadde kortere kurs, ikke fant effekt av psykoedukasjon i gruppe. En annen mulig forklaring kan være at deres deltagere hadde lengre sykdomshistorier (snitt 19 år), var eldre, og hadde hatt flere episoder (63 % >10 episoder) enn deltagerne i Colom et al. sin studie (2003; snitt 8,8 episoder). Men selv i sistnevnte studie hadde mer enn 80 % i psykoedukasjonsgruppen og nesten alle i sammenligningsgruppen hatt tilbakefall ved 5-års oppfølging (Colom et al., 2009). Psykoedukasjon i gruppe har likevel en stabiliserende effekt med tanke på hyppighet og alvorlighet av nye episoder (Candini et al., 2013; Castle et al., 2010; Colom et al., 2003; Colom et al., 2009; Kessing et al., 2013). Studier indikerer at personer som har opplevd mange affektive episoder (>7–14 episoder), har mindre eller ingen effekt på utfallsvariabler som omhandler tid til tilbakefall og varighet av episoder eller symptomer (Colom et al., 2010; de Barros Pellegrinelli et al., 2013; Reinares et al., 2010). Flere studier har vist at det skal mindre provokasjon til for å utløse nye episoder etter de tre til fem første episodene (Goodwin & Jamison, 2007). Dette kalles «kindling-effekten» og innebærer at terskelen for å utløse nye episoder senkes etter de første episodene på samme måte som ved gjentatte epileptiske anfall. Lidelsen blir mer autonom, og hverdagslig stress og døgnrytmeforskyvninger kan være nok til å utløse nye episoder. Kognitiv svekkelse kan være en annen delforklaring på dårligere effekt etter langvarig sykdom, da dette gjør det

vanskeligere å tilegne seg og omsette kunnskap i praksis (Bourne et al., 2013). Disse funnene synes å understreke viktigheten av tidlig oppdagelse og behandling av BP for å oppnå bedring og forebygge forverret prognose.

Deltagelse i gruppe-psykoedukasjon kan imidlertid ha en rekke gunstige psykososiale effekter også for personer med lang sykdomshistorie i forhold til innsikt, mestringsopplevelse, funksjon, livsstil, kommunikasjonsferdigheter, fellesskapsopplevelse, og redusert opplevelse av stigma. Andre effektspekter som bør undersøkes i framtidige studier, er betydningen av lidelsesutforming, komorbiditet, og tett oppfølging fra pasienters behandlere på kursinnholdet. Hvordan pasienter med ulike lidelsesutforminger og komorbide lidelser opplever nytten av ulike forebyggelsesverktøy, kan undersøkes kvalitativt.

### KONKLUSJON

Deltageres evaluering av VVs kurstilbud viser at psykoedukasjon i gruppe verdsettes høyt av personer med BP. Gode erfaringer og Helsedirektoratets faglige anbefaling av behandlingsmetoden (Helsedirektoratet, 2012) tilsier at dette bør bli et landsdekkende tilbud. Det er naturlig at psykologer i kraft av sin kompetanse, posisjon og sitt antall i psykisk helsevern tar initiativ til dette. ✕

### REFERANSER

- Andresen, N., Andreassen, O. A., Sørensen, C. B., & Wullum, E. (2005). *Arbeidsbok for pasienter med bipolar lidelse*. Josefinesgate DPS. Ullevål Universitetssykehus.
- Angst, J., & Preisig, M. (1995). Course of a clinical cohort of unipolar, bipolar and schizoaffective patients. Results of a prospective study from 1959 to 1985. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, *146*(1), 5–16.
- Askheim, O. P. (2007). Empowerment – ulike tilnærminger. I O. P. Askheim & B. Starrin (red.), *Empowerment i teori og praksis* (s., 21–33). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Baek, J. H., Park, D. Y., Choi, J., Kim, J. S., Choi, J. S., Ha, K. et al. (2011). Differences between bipolar I and bipolar II disorders in clinical features, comorbidity, and family history. *Journal of Affective Disorders*, *131*(1–3), 59–67.
- Berk, M., Malhi, G. S., Hallam, K., Gama, C. S., Dodd, S., Andreazza, A. C. et al. (2009). Early intervention in bipolar disorders: clinical, biochemical and neuroimaging imperatives. *Journal of Affective Disorders*, *114*(1–3), 1–13.
- Beynon, S., Soares-Weiser, K., Woolacott, N., Duffy, S., & Geddes, J. R. (2008). Psychosocial interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: systematic review of controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, *192*(1), 5–11.
- Bond, K., & Anderson, I. M. (2015). Psychoeducation for relapse prevention in bipolar disorder: a systematic review of efficacy in randomized controlled trials. *Bipolar Disorders*, *17*(4), 349–362.
- Bourne, C., Aydemir, O., Balanza-Martinez, V., Bora, E., Brissos, S., Cavanagh, J. T. et al. (2013). Neuropsychological testing of cognitive impairment in euthymic bipolar disorder: an individual patient data meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *128*(3), 149–162.
- Candini, V., Buizza, C., Ferrari, C., Caldera, M. T., Ermentini, R., Ghilardi, A. et al. (2013). Is structured group psychoeducation for bipolar patients effective in ordinary mental health services? A controlled trial in Italy. *Journal of Affective Disorders*, *151*(1), 149–155.

- Castle, D., White, C., Chamberlain, J., Berk, M., Berk, L., Lauder, S. et al. (2010). Group-based psychosocial intervention for bipolar disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196(5), 383–388.
- Colom, F., Reinares, M., Pacchiarotti, I., Popovic, D., Mazzarini, L., Martínez-Arán, A. et al. (2010). Has number of previous episodes any effect on response to group psychoeducation in bipolar patients? A 5-year follow-up post hoc analysis. *Acta Neuropsychiatrica*, 22(2), 50–53.
- Colom, F., & Vieta, E. (2006). *Psychoeducational Manual for Bipolar Disorder*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A. et al. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60(4), 402–407.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J. M. et al. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 194(3), 260–265.
- D'Souza, R., Piskulic, D., & Sundram, S. (2010). A brief dyadic group based psychoeducation program improves relapse rates in recently remitted bipolar disorder: a pilot randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 120(1–3), 272–276.
- de Barros Pellegrinelli, K., de O. Costa, L. F., Silval, K. I. D., Dias, V. V., Roso, M. C., Bandeira, M. et al. (2013). Efficacy of psychoeducation on symptomatic and functional recovery in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(2), 153–158.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., Fagiolini, A. M. et al. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 996–1004.
- Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). *Manic-depressive illness. Bipolar disorders and recurrent depression* (Vol. 2nd). Oxford: Oxford University Press.
- Helsedirektoratet. (2012). *Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidingar*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Jackson, A., Cavanagh, J., & Scott, J. (2003). A systematic review of manic and depressive prodromes. *Journal of Affective Disorders*, 74(3), 209–217.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A. et al. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59(6), 530–537.
- Judd, L. L., Schettler, P. J., Akiskal, H. S., Coryell, W., Leon, A. C., Maser, J. D. et al. (2008). Residual symptom recovery from major affective episodes in bipolar disorders and rapid episode relapse/recurrence. *Archives of General Psychiatry*, 65(4), 386–394.
- Judd, L. L., Schettler, P. J., Akiskal, H. S., Maser, J., Coryell, W., Solomon, D. et al. (2003). Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 6(2), 127–137.
- Keitner, G. I., Solomon, D. A., Ryan, C. E., Miller, I. W., Mallinger, A., Kupfer, D. J. et al. (1996). Prodromal and residual symptoms in bipolar I disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37(5), 362–367.
- Kessing, L. V., Hansen, H. V., Hvenegaard, A., Christensen, E. M., Dam, H., Gluud, C. et al. (2013). Treatment in a specialised out-patient mood disorder clinic v. standard out-patient treatment in the early course of bipolar disorder: randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry*, 202(3), 212–219.
- Luciano, M., Del Vecchio, V., Sampogna, G., De Rosa, C., & Fiorillo, A. (2015). Including family members in psychoeducation for bipolar disorder: is it worth it? *Bipolar Disorders*, 17(4), 458–459.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Morken, G. (2012). Psykoedukasjon og annen psykoterapi ved bipolare lidelser. I B. Haver, K. J. Ødegaard & O. B. Fasmer (red.), *Bipolare lidelser* (s. 303–316). Bergen: Fagbokforlaget.
- Otto, M. W., Reilly-Harrington, N., & Sachs, G. S. (2003). Psychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 73(1–2), 171–181.
- Rea, M. M., Tompson, M. C., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Hwang, S., & Mintz, J. (2003). Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 482–492.
- Reinares, M., Colom, F., Rosa, A. R., Bonnin, C. M., Franco, C., Sole, B. et al. (2010). The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *Journal of Affective Disorders*, 123(1–3), 81–86.
- Sachs, G. S. (2004). Strategies for improving treatment of bipolar disorder: integration of measurement and management. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplementum* (422), 7–17.
- Sierra, P., Livianos, L., Arques, S., Castello, J., & Rojo, L. (2007). Prodromal symptoms to relapse in bipolar disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(5), 385–391.
- Vestre Viken. (2015). Kurs for personer med bipolar lidelse. Nedlastet 29.06.2015, fra [http://www.vestreviken.no/pasient\\_/laeringogmestring\\_/tilbud\\_/Sider/bipolar-lidelse.aspx](http://www.vestreviken.no/pasient_/laeringogmestring_/tilbud_/Sider/bipolar-lidelse.aspx)
- Vieta, E., Gasto, C., Otero, A., Nieto, E., & Vallejo, J. (1997). Differential features between bipolar I and bipolar II disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 38(2), 98–101.



## Antidepressiver gir raskere svingninger

**Personer med bipolar diagnose og hyppige stemningssykluser bør holde seg unna antidepressiver, skal man basere seg på funnene fra en ny studie.**

Antidepressiver (SSRI) bidrar til flere emosjonelle svingningene for en spesifikk gruppe pasienter med bipolar lidelse, ifølge en ny studie i tidsskriftet *Journal of Affective Disorders*. Enkelte pasienter med bipolar lidelse opplever hyppigere emosjonelle episoder enn andre, det vil si fire eller flere maniske eller depressive episoder i løpet av 12 måneder. I denne studien var det nettopp denne gruppen som fikk forverret klinisk effekt av medisiner med antidepressiver.

Studien er den første randomiserte kliniske studien hvor man tester funn fra tidligere observasjonsstudier, og forskerne mener studien bekrefter erfaringer med at antidepressiv medisin er knyttet til risiko for enkelte pasienter.

Forskerne plukket ut 68 personer diagnostisert med bipolar lidelse, inkludert 18 personer de identifiserte som «rapid cyclers». Alle pasientene hadde vist tilfriskning i minst to måneder samtidig som de både tok en form for antidepressiv og en form for stemningsstabiliserende medisin. Individene ble deretter randomisert i to grupper; en gruppe hvor man videreførte behandling med antidepressiv medisin, og en gruppe hvor denne medisinen ble seponert, mens den stemningsstabiliserende medisinen ble videreført.

I gruppen som opprettholdt antidepressiv medisiner, hadde alle, unntatt personene med raske stemningssvingninger, få om noen depressive episoder. I gruppen med «rapid cyclers» som opprettholdt antidepressiv medisiner, hadde de fleste pasientene 2-4 depressive episoder, det vil si en tredoblet forekomst av depressive episoder det første året under oppfølgingen sammenlignet med de andre i denne gruppen.

Selv om utvalgsstørrelsen i denne studien var begrenset, påpeker forskerne at funnene har verdi da de «støtter tidligere påstander om begrenset klinisk nytteverdi og mangel på sikkerhet i langtidsbehandling [med antidepressiver] for pasienter [med bipolar lidelse].»

**Referanse** El-Mallakh, R. S., Vöhringer, P. A., Ostacher, M. M., Baldassano, C. F., Holtzman, N. S., Whitham, E. A., ... & Ghaemi, S. N. (2015). Antidepressants worsen rapid-cycling course in bipolar depression: a STEP-BD randomized clinical trial. *Journal of affective disorders*, 184, 318-321. doi:10.1016/j.jad.2015.04.054.

## Kreativitet og bipolar lidelse henger sammen

Hvis man googler “creativity” og “bipolar”, finner man raskt fram til en wikipedia-artikkel som lister opp kjente personer og kunstnere med bipolar-diagnosen. Men det finnes lite vitenskapelig evidens for at inspirasjon og kreativitet er assosiert med denne lidelsen. Dette var bakgrunnen for at Professor Steven Jones og Dr. Alyson Dodd ved Lancaster University, sammen med Dr. June Gruber ved Yale University, ville undersøke om det virkelig fantes en sammenheng.

Forskningsteamet fikk 835 studenter til å svare på to ulike spørreskjemaer. Det ene skjemaet målte risiko for å utvikle bipolar lidelse, mens det andre målte grad av inspirasjon/kreativitet og om denne var indre eller ytre motivert. Resultatene var ganske tydelige: Studentene som skåret høyt på bipolar-symptomer, skåret også høyere enn de andre studentene på inspirasjon/kreativitet. I tillegg ga de uttrykk for at denne inspirasjonen – til forskjell fra de andre studentene – i større grad var indre enn ytre motivert. Professor Jones kommenterte forskningen på denne måten til nettstedet Science Daily:

– Å få en bedre forståelse av inspirasjon er viktig fordi det henger sammen med kreativitet, som jo er sterkt assosiert med psykiske helseproblemer, og da spesielt bipolar lidelse. Personer med denne lidelsen vurderer kreativitet som et svært positivt aspekt ved tilstanden sin. Dette er klinisk relevant fordi mennesker med bipolar lidelse kan være redde for at ulike former for terapi går ut over deres kreativitet.

**Kilde** <http://www.sciencedaily.com/releases/2014/03/140327123339.htm>



## PSYKOTERAPIFORSKNING:

# Samspillseffekter

Ny forskning på tidsavgrenset psykodynamisk terapi gir svar på hvorfor, hvordan og for hvem overføringsarbeid virker på lang sikt.



## TEKST

Hanne-Sofie Johnsen Dahl  
Psykologspesialist  
i privat praksis,  
Post Doc ved  
Sykehuset i Vestfold  
og koordinator av  
FEST-IT ved UiO

**HAR TEMATISERING AV** relasjonen mellom pasient og terapeut betydning for effekten av terapi? I psykodynamisk teori og terapi er et eksplisitt fokus på terapirelasjonen, såkalt overføringsarbeid, en viktig del av behandlingen. Utformingene av den enkeltes overførings- eller relasjonsmønstre blir til gjennom samspill mellom medfødte egenskaper, miljø og relasjonelle erfaringer. U hensiktsmessige overføringsmønstre sees som en medvirkende årsak til, og opprettholdende faktor ved, ulike psykiske lidelser. Overføringen vil også prege pasientens opplevelse av hvem terapeuten er. Fokus på overføringsmønstre som vekkes i terapien, antas å være potent for å få belyst viktige sider av pasientens problemer, også i andre mellommenneskelige forhold. Bevisstgjøring og bearbeidelse av følelser som oppstår «her og nå» i relasjon til terapeuten, vil lede til økt selvinnsikt; det vil si et mer realistisk syn på seg selv, andre og egne livsbetingelser, som igjen vil føre til færre dysfunksjonelle relasjoner og mindre symptomatologi.

Til tross for den tradisjonelt sterke teoretiske posisjonen til overføringsarbeid innenfor psykodynamisk terapi førte ulike forskningsresultater til uenigheter om nytten av

denne typen intervensjon. En gruppe klinikere og forskere på Institutt for psykiatri, Vinderen, bestemte seg allerede på 90-tallet for å studere nærmere om overføringsarbeid faktisk er et viktig element i tidsavgrenset dynamisk terapi.

## METODE

Under ledelse av professor Per Høglend ble «The First Experimental Study of Transference-work» (FEST), utviklet. Studien benytter en såkalt «dismantling design»<sup>1</sup> for å studere den spesifikke effekten av overføringsarbeid. Målsettingen med FEST-studien var å kartlegge langtidseffekten av overføringsarbeid (hva virker?), om visse pasientkarakteristikk modererer effekten (for hvem?) og om teoretisk bestemte variabler medierer effekten av overføringsarbeid (hvorfor?). Ett hundre pasienter med varierende symptomer og personlighetsproblematikk ble tilfeldig fordelt i to grupper: ettårig, ukentlig psykodynamisk terapi *med*

.....

1. En dismantling design brukes for å få svar på spørsmål som: Har denne komponenten i terapimodellen en spesifikk effekt eller ikke? I FEST var det kun komponenten «overføringsarbeid» som varierte systematisk.

eller *uten* overføringsarbeid. De sju erfarne terapeutene i studien hadde arbeidet i flere år forut for studien med å lære seg begge typer terapi. Terapiene var relasjonsorienterte og hadde fokus på affekt, motivasjon, psykisk forsvar og ubevisste konflikter.

De to gruppene skilte seg ved at pasientene i den ene gruppen ble oppmuntret til å tematisere ulike forhold ved relasjonen til terapeuten (overføringsgruppen), mens terapeuten i den andre gruppen unngikk å trekke relasjonen inn i «her og nå», men fokuserte heller på andre relasjoner, som venner, familie og arbeidskolleger (sammenligningsgruppen). Pasientene ble fulgt opp først ett år og så tre år etter at terapien var avsluttet. Alle 100 pasienter møtte til siste evaluering, noe som er svært sjelden i forskningsverdenen (0 frafall!). Det primære utfallsmålet var Psykodynamisk Fungereing (PFS), utviklet av forskningsgruppen. PFS består av 6 skalaer der pasientens affektbevissthet og -toleranse, selvinnsikt, problemløsende evne og relasjonelle fungering i møte med familie, venner og seksualpartnere vurderes på en skala fra 0 til 100. I tillegg ble endring målt blant annet ved hjelp av selvrapporterte mellommenneskelige vansker (IIP-64) og symptomnivå (SCL-90), samt terapeutvurdert grad av personlighetsproblematikk, målt ved SCID II.

#### HVEM VIRKER OVERFØRINGSARBEID FOR?

Overraskende nok (eller som så ofte ellers i psykoterapiforskning) viste resultatene ingen spesifikk effekt av overføringsarbeid, det vil si, det var ingen forskjell mellom de to gruppene tre år etter terapien når det gjaldt effekt av behandlingen. Ved første øyekast er overføringsarbeid altså ikke en viktig komponent i psykodynamisk tidsavgrenset terapi. Imidlertid fortsatte vi å analysere potensielle moderatorer (for hvem). Vi fant at pasienter med en livshistorie preget av konfliktfylte, utilfredsstillende relasjoner, ensomhet og personlighetsforstyrrelser, hadde svært godt utbytte av overføringsarbeid. Faktisk ble bruk av spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern redusert med hele 75 prosent, tre år etter endt terapi for denne gruppen pasienter. Pasienter med personlighetsforstyrrelser forbedret seg signifikant mer i overføringsgruppen, og ingen droppet ut av terapien. 73 prosent oppfylte ikke lenger kriteriene for personlighetsforstyrrelse, mot 44 prosent i sammenligningsgruppen. En annen moderator for effekten av overføringsarbeid var kjønn. Kvinner med dårlig relasjonell fungering endret seg i realiteten ikke uten overføringsarbeid. Menn med en historie preget av gode relasjoner hadde derimot en negativ effekt av overføringsarbeid. Det innebærer ikke at de forverret seg, men at de sannsynligvis ville fått det bedre hvis de ikke hadde arbeidet eksplisitt med overføringen til terapeuten sin. På gruppenivå er overføringsarbeid (spesifikk teknikk) altså ikke avgjørende for utfallet av tidsavgrenset dynamisk terapi.

Hva så med fellesfaktorer? Kvaliteten på den terapeutiske alliansen har pekt seg ut som en betydningsfull fellesfaktor. FEST viste, ikke overraskende, at god terapeutisk allianse var assosiert med positiv effekt i begge grupper. Av større interesse er det at forbindelsen mellom allianse og effekten av overføringsarbeid forandret seg avhengig av kvaliteten på pasientens relasjonshistorie. Igjen viser det seg at for pasienter med høy grad av relasjonelle vansker var overføringsarbeid viktig, uavhengig av hvor god eller dårlig alliansen var. For pasienter med mer modne og gjensidige relasjoner var det derimot annerledes: Overføringsarbeid var

## The First Experimental Study of Transference-work (FEST-studien)

- FEST-studien gir innsikt i når overføringsarbeid er utslagsgivende i tidsavgrenset terapi.
- Studien har vist at for pasienter med en historie av konfliktfylte relasjoner, samt personlighetsforstyrrelser, er overføringsarbeid utslagsgivende.
- Når pasientene opplever at alliansen til terapeuten er svekket, er det vesentlig å tematisere det som er vanskelig i relasjonen.
- Terapeutens følelser (motooverføring) har betydning for terapiprosessen, særlig i arbeidet med pasientens overføring.
- Bedret selvinnsikt hos pasienten forklarer mye av langtidseffekten av overføringsarbeid.
- Studien har mottatt internasjonal anerkjennelse og priser for sine resultater, og i år har professor Per Høglend mottatt «the Distinguished Research Career Award» fra «Society for Psychotherapy Research» blant annet for arbeidet med FEST-studien.

»

**KOMPLEKST** FEST- studien viser kompleksiteten i samspillet mellom pasient, teknikk og effekt av behandling. Foto: Fabrizio Sciami / Flickr



nyttig kun når alliansen var svekket og terapeut og pasient trengte å adressere det.

Innenfor psykodynamisk tenkning blir motoverføring i økende grad sett på som sentralt for å forstå pasienten og de relasjonsmønstrene som er aktivert i terapien. Terapeutens motoverføring kan defineres som terapeutens opplevelse av å være sammen med pasienten. En måte å studere et aspekt ved motoverføring på er at terapeuten registrerer hva han/hun har følt etter hver time. I FEST fylte terapeutene ut i alt 3200 skjemaer med 58 ulike følelsesord (FWC-58), som siden ble faktoranalysert. Vi fant fire faktorer: Trygg, Utilstrekkelig, Foreldreaktig («Parental») og Uengasjert. Vi spurte oss om intensiteten i hver av disse faktorene representerer relasjonsmønstre som påvirker effekten av overføringsarbeid på en systematisk måte. Igjen viser resultatene hvordan de ulike datakildene interagerer med hverandre. For eksempel, for pasienter med mye personlighetsproblematikk førte et over gjennomsnittet høyt innslag av parental motoverføring (dvs. terapeutens følelse av omsorg og dominans) til en ytterligere positiv effekt av overføringsarbeid, mens for pasienter med lite personlighetsproblema-

tikk viste parental motoverføring en negativ effekt av overføringsarbeid. En hypotese er at terapeutens sterke foreldreaktive følelser i møte med personlighetsforstyrrede pasienter innebærer at terapeuten forblir empatisk inn-tonet, på tross av hvor utfordrende denne pasientgruppen kan være. For pasienter uten særlig grad av personlighetsproblematikk kan imidlertid sterke parentale følelser innebære at terapeuten identifiserer seg med pasientens indre foreldrerepresentasjoner. Hvis disse relasjonsmønstrene ikke blir inkludert i overføringsdialogen, vil det kunne forsterke overføringskvaliteten i relasjonen, noe som vil være uheldig. For å forstå mer av disse interaksjonseffektene bruker vi kasusstudier og prosessanalyser.

#### **HVORFOR VIRKER OVERFØRINGSARBEID?**

Som nevnt er økt selvinnsikt et fundamentalt element i psykodynamisk teori og terapi. Er det da slik at overføringsarbeid øker pasientens innsikt i større grad enn dynamisk terapi uten eksplisitt fokus på relasjonen mellom terapeut og pasient? Ja, det er det. Selvinnsikt økte dobbelt så mye blant pasientene i overføringsgruppen. Resultatene viser at innsikt, en teoribasert



mediator, kan forklare mye av langtidseffekten av den spesifikke teknikken, overføringstolkning. Funnet er i tråd med Freuds 100 år gamle teori, og slik inskripsjonen over inngangen til tempelet i Delphi lød: «Menneske – Kjenn deg selv».

### MIN KONKLUSJON

FEST-studien viser at overføringsarbeid er utslagsgivende for pasienter som hovedsakelig har problematiske relasjonelle erfaringer. Overføringsarbeid kan være krevende, mennesker som har opplevd relasjoner som smertefulle og krenkende, forventer mer av det samme, også i relasjon til sin terapeut. Det innebærer blant annet at jeg som terapeut må tåle at for pasienten er jeg uinteressert, utilnærmelig, fordømmende eller foraktfull. For å gå inn i dette relasjonelle feltet må terapeuten ha «is i magen», øve på å snakke direkte om relasjonen en er i, og bevare empatien, gjerne ved hjelp av veiledning og gode kolleger.

Mer generelt er hovedkonklusjonen fra FEST at effekten av en spesifikk teknikk i terapi

er avhengig av en interaksjon mellom fellesfaktorer, pasient- og terapeutvariabler. Analyse av kun ett av disse forholdene fører til feilslutninger og forenklete syn på hvorfor, hvordan og for hvem, terapi fungerer. Slik sett kan min oppsummering også sees som et innspill i pakkeløsningsdebatten. Det var ingen diagnoser utover tilstedeværelse av personlighetsforstyrrelser som kunne predikere effekten av overføringsarbeid. Det er vel heller ikke overraskende at et deprimert, ensomt menneske med konfliktfylte, trøblete relasjoner kan være i behov av annen behandling enn et deprimert menneske med hovedsakelig gjensidige og tilfredsstillende relasjoner. FEST-studien er i tråd med annen forskning som viser at diagnoser ikke er egnet for å bestemme behandling innenfor psykisk helsevern. Diagnoser gir ikke informasjon om årsaker til psykisk lidelse, slik som at smertefulle erfaringer og problematiske relasjonsmønstre kan ligge bak de fremviste symptomene, og kan dermed, sett fra mitt perspektiv, ikke i seg selv gi retning til hva som er god behandling. ✕

”

For pasienter med høy grad av relasjonelle vansker var overføringsarbeid viktig, uavhengig av hvor god eller dårlig alliansen var

### REFERANSER

- Dahl, H.-S. J., Røssberg, J. I., Bøgwald, K. P., Gabbard, G. O., & Høglend, P. A. (2012). Countertransference feelings in one year of individual therapy: An evaluation of the factor structure in the Feeling Word Checklist-58. *Psychotherapy Research*, 22(1), 12–25. doi:10.1080/10503307.2011.622312 22040366
- Dahl, H.-S. J., Røssberg, J. I., Crits-Christoph, P., Gabbard, G. O., Hersoug, A. G., Perry, J. C., . . . Høglend, P. A. (2014). Long-term effects of analysis of the patient-therapist relationship in the context of patients' personality pathology and therapists' parental feelings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(3), 460–471. doi:10.1037/a0036410 24660675
- Høglend, P. (2014). Exploration of the patient-therapist relationship in psychotherapy. *The American Journal of Psychiatry*, 171(10), 1056–1066. doi:10.1176/appi.ajp.2014.14010121 25017093
- Høglend, P., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K.-P., Sorbye, O., Sjaastad, M. C., & Heyerdahl, O. (2006). Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: An experimental study of transference interpretations. *The American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1739–1746. doi:10.1176/appi.ajp.163.10.1739 17012684
- Høglend, P., Bøgwald, K.-P., Amlo, S., Marble, A., Ulberg, R., Sjaastad, M. C., . . . Johansson, P. (2008). Transference interpretations in dynamic psychotherapy: Do they really yield sustained effects? *The American Journal of Psychiatry*, 165(6), 763–771. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07061028 18413707
- Høglend, P., Dahl, H. S., Hersoug, A. G., Lorentzen, S., & Perry, J. C. (2011). Long-term effects of transference interpretation in dynamic psychotherapy of personality disorders. *European Psychiatry*, 26(7), 168–181. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.05.006 20810254
- Høglend, P., Hersoug, A. G., Bøgwald, K.-P., Amlo, S., Marble, A., Sorbye, O., . . . Crits-Christoph, P. (2011). Effects of transference work in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(5), 697–706. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.05.006 20810254
- Johansson, P., Høglend, P., Ulberg, R., Amlo, S., Marble, A., Bøgwald, K.-P., . . . Heyerdahl, O. (2010). The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(3), 438–448. doi:10.1037/a0019245 20515219
- Ulberg, R., Johansson, P., Marble, A., & Høglend, P. (2009). Patient sex as moderator of effects of transference interpretation in a randomized controlled study of dynamic psychotherapy. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, 54(2), 78–86. pmid:19254438



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2015 S. 1056-1065 FAGFELLEVDERT

ASLE HOFFART, Forskningsinstituttet, Modum Bad og Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT asle.hoffart@modum-bad.no

# BETYDNINGEN AV INTENSJONALE OG FUNKSJONELLE FORKLARINGER FOR UTVIKLING AV KLINISK EKSPERTISE

Klinikere trenger tydeligere modeller for mentale problemer for å kunne utvikle sin kliniske ekspertise.

Psykoterapi dreier seg om å hjelpe pasienter med deres mentale problemer. Flere former for terapi har vist seg effektive for en rekke problemer (Roth & Fonagy, 2005). Likevel framstår psykoterapi som en profesjon uten ekspertise (Shanteau, 1992; Kirkebøen, 1999; Tracey, Wampold, Lichtenberg & Goodyear, 2014). Ekspertise kan defineres som økt kvalitet av profesjonell utførelse ved økende erfaring (Shanteau, 1992). Det er til dags dato ikke demonstrert at terapeuter gir bedre terapi over tid (Tracey et al., 2014). Tracey et al. forklarer denne uheldige tilstanden med at terapeuter (1) i liten grad får tilbakemelding om utfallet av sine intervensjoner og (2) benytter feilbarlige strategier for å bearbeide informasjon også når informasjon om utfall foreligger. Disse strategiene omfatter *bekreftelseskjevhet*, ensidig søken etter informasjon som bekrefter en hypotese, og *etterpåkløskap*, terapeuten finner en forklaring etter at utfallet er kjent og tenker at denne spekulasjonen uten videre er sann.

For å få til en utvikling av ekspertise hos terapeuter foreslår Tracey et al. en alternativ klinisk strategi: å framskaffe og bruke tilbakemeldinger om pasientens endring ved hjelp av en avkrefteende, vitenskapelig tilnærming. Kontinuerlig tilbakemelding til terapeuten om endring av pasientens problemer under behandlingsforløpet er en nødvendig del av denne strategien. Terapeutiske intervensjoner virker gjennom å utløse helende prosesser hos pasienten, for eksempel gjennom å få pasienter

## ABSTRACT

*The role of intentional and functional explanations in the development of clinical expertise*

The purpose of this paper was to examine to what extent intentional and functional explanations of mental problems support the use of a model-confirming approach as a means of developing clinical expertise. Intentional explanations, that is, accounts of actions and emotions by reference to wants and beliefs, cannot be a part of articulated models of processing and behavior, and, consequently, clinical predictions that can lead to disconfirmation of the model cannot be derived. By contrast, functional explanations, that is, accounts of actions and emotions in terms of their functional constituents and the way they are organized, represent articulated models and support a model-disconfirming approach, thus facilitating therapists' learning and development of expertise.

*Keywords: mental problems, intentional explanations, functional explanations, expertise*

med panikklidelse til å revurdere faren for at kroppslige symptomer skal føre til en katastrofe, det vi kan kalle *mekanismer* for endring (Kazdin, 2009). Dermed trengs også tilbakemelding om hvorvidt disse antatte mekanismene igangsettes og endrer seg når intervensjonene utføres slik at en kan vurdere om denne endringen faller sammen med endring i problemene.

Hva slags kunnskap må terapeuter besitte for å kunne bruke denne informasjonen om endring i mekanismer og problemer optimalt? Tracey et al. (2014) hevder at terapeuter må kunne avlede hypoteser om sammenhenger mellom intervensjoner i terapien, mekanismer og problemer fra klart artikulerte modeller for klienters informasjonsbearbeiding og atferd. Ved at hypotesene avledes fra modeller, blir testing av hypotesene også en testing av modellene. Tracey et al. utdyper ikke hva de mener med en «artikulert modell». I kognitiv psykologi er det vanlig å modellere informasjonsbearbeiding som en serie av atskilte mentale prosesser der utfallet av én påvirker de(n) neste (Reisberg, 2006). Disse påvirkningene fører til at de enkelte prosessene i bearbeidingen samvarierer med hverandre og med opplevelse (fornemmelser, følelser) og atferd (uttrykk, handlinger). Med utgangspunkt i en artikulert klinisk modell, hvor bestemte prosesser i bearbeidingen knyttes til den opplevelsen og atferden som utgjør et mentalt problem, kan en spesifisere kliniske hypoteser om at disse prosessene medierer problemet. Artikulerte modeller kan dermed brukes til å utvikle *betingede prediksjoner* om endringer i klinisk praksis: hvis mekanismen endres, så vil – under vanlige omstendigheter – problemet endres. En panikkpasients revurdering av sine katastrofetanker skal føre til en minking av panikkanfall. Hvis derimot den antatte mekanismen endres, og ikke problemet, så avkrefte ikke bare prediksjonen, men også at den underliggende modellen gjelder for pasienten. Avkrefte evidens gjør at terapeuten må korrigere sin modellbaserte formulering av pasientens problem. Dette gir terapeuten mulighet til å lære noe nytt og med dette utvikle sin ekspertise.

Hvordan skal så terapeuter bruke tilbakemeldingene? De må brukes *planmessig* på den måten at terapeutens hypoteser spesifiseres *a priori*, det vil si at terapeuten beskriver hvilken framtidig informasjon som betyr at en hypo-

tese er henholdsvis riktig og gal. En *a priori* spesifisering øker sjansen for at hypotesen vurderes før andre forklaringer når «svaret» foreligger. På denne måten motvirkes tendensene til bekreftelsesskjevhet og etterpåklokskap når terapeuter tydeliggjør sine forventninger på forhånd.

Gitt dette fokuset på artikulerte modeller, så er de *forklaringsmodeller* eller, kortere, *forklaringer* av mentale problemer som tilbys i feltet, svært relevante i en planmessig og avkrefte strategi. Slike forklaringer angir nettopp hvilke faktorer som driver problemene og dermed mekanismene, det vil si det som må påvirkes for at endring i problemene kan skje.

Jeg vil i denne artikkelen ta for meg to utbredte forklaringstyper – intensjonale og funksjonelle forklaringer. Begge typene forklaringer benyttes hyppig i psykologers virke, men ofte uten at terapeuten selv er klar over implikasjonene forklaringene har for praksisen deres. Etter å ha klarlagt disse begrepene og hvordan begge forklaringstypene utfyller hverandre i vår forståelse av mentale problemer, vil jeg drøfte i hvilken grad forklaringene er egnet som grunnlag for utvikling av terapeuters ekspertise. Mer spesifikt vil jeg vurdere om forklaringene angir hvordan mentale prosesser virker sammen i en artikulert modell for informasjonsbearbeiding og atferd slik at terapeuten ut fra modellen kan predikere utfallet av en intervensjon og eventuelt avkreftede modellen. Jeg vil vise at intensjonale forklaringer, selv om de er uunnværlige i forståelsen av handlinger og emosjoner, ikke kan inngå i artikulerte modeller og dermed ikke er egnede for utvikling av ekspertise. Funksjonelle forklaringer kan imidlertid representeres i artikulerte modeller og er dermed godt egnet som grunnlag for utvikling av ekspertise.

Mitt fokus på en analytisk modus for ekspertiseutvikling betyr ikke en avvisning av betydningen av intuitiv eller «taus» kunnskap, som blant andre hevdes av Eraut (2000). Men utvikling av taus kunnskap foregår uansett – også i studiene som har vist at terapeuter ikke bedrer seg over tid – og har åpenbart ikke alene ført til en utvikling av ekspertise. Nye grep må derfor tas.

#### INTENSJONALE FORKLARINGER

Jeg skal innføre begrepet om intensjonale forklaringer gjennom det følgende eksemplet:

En mann beveger seg raskt fra bil til bil over en svær parkeringsplass ved et kjøpesenter. På hver bil griper han fatt i et dørhåndtak, og han ser konstant ned i bakken. Han kommer til bilen nærmest inngangen til kjøpesenteret og stopper opp.

Hva gjør han, og hva vil han gjøre videre? Atferden framstår uforståelig for en tilskuer, og det er vanskelig å ha noen formening om hva han kommer til å gjøre. Atferden blir først forståelig når tilskueren får vite at mannen har et panikkanfall, at han har en sterk fornemmelse av å bli sugd opp i verdensrommet, at denne fornemmelsen får han til å tro at dette er i ferd med å skje, og at han holder seg fast i bilene og ser ned for å forhindre det. Denne forståelsen gir også grunnlag for å predikere hva han vil gjøre videre, nemlig å søke ly for «suget» ved å komme seg inn i kjøpesenteret.

Videre henvender han seg til en kraftig kar og spør om han kan støtte ham over plassen foran inngangen fordi han føler seg ustø. Han føres så fram til inngangen mens han holder et fast tak i hjelperens arm.

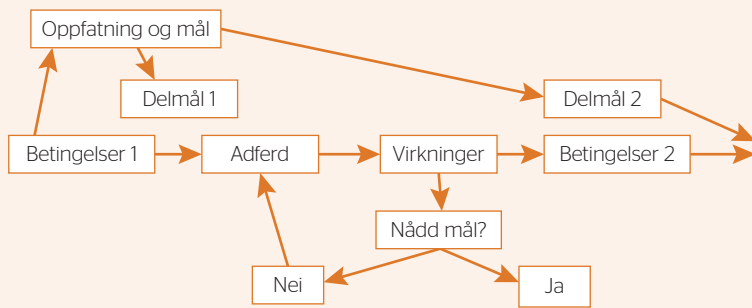
Forklaringen tilskueren får, er intensjonal ved at handlinger og emosjonelle reaksjoner forstås i lys av de mentale begrepene *ønske* og *oppfatning* (Dennett, 1987). Mannen *oppfatter* suget han kjenner som en trussel mot *målet* å holde seg trygt på jordoverflaten og overleve. Han reagerer derfor med emosjonen angst. Videre holder han seg fast i dørhåndtakene (handling) fordi han *ønsker* å forhindre at han blir sugd opp i rommet, og han *tror* at ved å gjøre dette vil han oppnå målet.

Dennett (1987) påpeker at intensjonale forklaringer gir en tilskuer oversikt og forutsigbarhet i komplekse situasjoner ved å angi et overordnet mønster i andres atferd. Dermed gir de grunnlag for kjede-prediksjoner. Når tilskueren kjenner mannens overordnede intensjon om ikke å bli sugd opp i verdensrommet, så kan han forutsi at mannen vil handle ut fra delmålene å komme seg over parkeringsplassen, å komme seg over plassen rett foran inngangen, og å komme seg hjem. Dennett hevder videre at for å skape oversikt og føre til presise prediksjoner må intensjonale forklaringer være nøytrale med hensyn til *midlene* som brukes for å nå delmålene. Forklaringene sier ikke noe om den konkrete atferden som iverksettes. Atferden bestemmes av de konkrete betingelsene som er knyttet til tid og sted for hendelsen(e), og kan følgelig ikke forutses. Eksempelvis ville mannen funnet noe annet å gjøre foran kjøpesenteret dersom det ikke hadde vært andre å henvende seg til, kanskje fylt opp en handlevogn med noe tungt og holdt seg fast i denne over plassen.

Å «lese» intensjoner og oppfatninger har således gestaltkarakter ved at en tilskuer ser helheter i mønstre av konkrete data. Intensjonen som tillegges, bestemmer hvilke konkrete trekk ved atferden som fokuseres, hva de karakteriseres som, og hvordan de blir kategorisert. Ut fra intensjonen å forhindre oppsuging blir eksempelvis mannens atferd å ta tak i dørhåndtakene bestemt som «å holde seg fast i bilene». Dersom tilskueren hadde tillagt ham den overordnede intensjonen å stjele en bil, ville den samme atferden bli forstått som «å finne ut om døra er låst» og «å forsøke å komme seg inn i bilen». Likeledes kategoriseres ulike atferds-episoder som samme handling: å komme seg fra bil til bil over parkeringsplassen og å bli hjulpet over plassen foran kjøpesenteret har samme



Den intensjonale forklaringen er et nødvendig første skritt for overhodet å gi mening til og å gjøre symptomene forståelige og for å avgrense hvilke symptomer som hører sammen



FIGUR 1 En generell modell for atferd

intensjon – å forhindre å bli sugd opp i rommet – og er i denne forstand identiske handlinger.

Denne resonneringen gir den generelle modellen for atferd skissert i figur 1. Her skiller det mellom et overordnet nivå bestående av stabile representasjoner (oppfatning av situasjonen, mål/delmål) og et underordnet nivå med atferdsepisoder bestående av en sekvens av konkrete betingelser, atferd og virkninger. Visse betingelser (åpent rom og følt sug) utløser en oppfatning (blir sugd opp) og et tilhørende mål (forhindre å bli sugd opp), oppfatningen og målet bestemmer delmålet under betingelsene (komme seg over parkeringsplassen), mens betingelsene og delmålet sammen bestemmer hvilke atferdsmidler som brukes. Hvert delmål definerer, avgrenser og er knyttet til en bestemt iverksettende atferdsepisode. Denne episoden forløper inntil delmålet blir oppfattet som nådd, som for anstrengende å oppnå, eller som umulig å oppnå. I tillegg til atferd inneholder en atferdsepisode en rekke ledsagende opplevelser og aktiviteter knyttet til forfølgelsen av målet, slik som oppmerksomhet, minner, fantasier, tenkning, følelser og emosjonelle uttrykk. Alle disse elementene er fenomener som kan observeres, enten ved atferdsobservasjon eller introspeksjon. Det vil si at de kan følges med oppmerksomheten når de begynner, varer ved og slutter, og at de kan identifiseres uavhengig av hverandre.

### FUNKSJONELLE FORKLARINGER

Gjennom den intensjonale forklaringen identifiseres de oppfatninger og intensjoner som gir mening til mannens atferd. Troen på å bli sugd opp i rommet synes for de fleste å være urealistisk, «de fleste» innbefatter kanskje mannen selv når han er ute av den skremmende situasjonen og ikke kjenner suget. Urealistiske oppfatninger korrigeres gjerne gjennom erfaring. En får dermed et behov for å forstå og forklare hva det er som hindrer at en slik korrigerende skjer hos mannen. Hva er det ved mannens reaksjoner som opprettholder frykten etter at synet av det åpne rom og suget har utløst den? Atferdsepisodene inneholder en rekke aktiviteter og opplevelser som bidrar til vedlikeholdelse. Suget fører til at han retter oppmerksomheten mot dette, noe som gjør at det kjennes sterkere og han får mer tro på tanken om å bli sugd opp. Troen på å bli sugd opp skaper intense angstreksjoner slik som «sommerfugler i magen» og hjer-teklapp, noe som forsterker følelsen av å miste kontrollen. Atferden å se ned beskytter ham mot synet av rommet, men gir rom for livlige fan-

tasier der han ser seg sveve hjelpeløst ut i det, noe som igjen forsterker suget. Denne atferden gjør også at han går glipp av erfaringen å se ut i rommet og merke at suget faktisk går ned etter hvert. Å holde seg fast i noe forhindrer avkref-telse av troen på at han faktisk vil bli sugd opp i rommet, han tenker heller at denne atferden redder ham fra katastrofen.

Denne forklaringen følger mønsteret til en funksjonell analyse. I en slik analyse forklares et fenomen med dets indre struktur, det vil si ved dets (a) funksjonelle bestanddeler (hendelser eller aktiviteter) og (b) måten disse er organisert på (Cummins, 2000). Det foregår en kausal innflytelse over hendelsene/aktivitetene, slik at variasjon i én fører til variasjon i en annen. En funksjonell forklaring avslører mekanismen i fenomenet, som består i ett sett av aktiviteter organisert slik at de foreviser fenomenet som skal forklares (Craver, 2007). En funksjonell forklaring er interessant i den grad de analyserende aktivitetene og hendelsene er (a) enklere enn og (b) ulik i type fra det analyserte fenomenet. Jo større sprang i kompleksitet og type mellom analyserte og analyserende fenomener, jo større kompleksitet kreves av det anvendte programmet for organisering.

Denne forklaringen av angstanfallet er funksjonell fordi anfallet analyseres i enklere aktiviteter slik som å innta et oppmerksomhetsfokus mot kroppslige fornemmelser og automatisk tolke disse fornemmelsene som tegn på en katastrofe. Videre angis flyten av kausal påvirkning, det vil si hvordan variasjon i én aktivitet bestemmer variasjonen i en annen. De analyserende bestanddelene er også av et annet slag enn den analyserte hendelsen. Mens panikk-anfallet framstår som en ukontrollerbar hendelse som personen mer eller mindre tilfeldig utsettes for, så er bestanddelene enten aktiviteter som personen i prinsippet kan styre eller indirekte regulere, eller utløsere og utfall av disse aktivitetene. I forklaringen organiseres bestanddelene slik at trekkene ved panikkan-fallet følger, for eksempel at anfallet utvikles raskt (en positiv tilbakevirkningssirkel mellom tro på katastrofetanke og intensitet av angst-fornemmelser) og at det lett kan oppleves som spontant uten noen utløsende hendelse (den raske utviklingen av anfallet gjør det vanskelig å skille de utløsende kroppslige stimuli fra de forsterkede kroppslige stimuli).



Ved hjelp av funksjonelle forklaringer blir det enklere for en kliniker å redegjøre nettopp for denne kausale dynamikken innenfor hver enkelt atferdsepisode

### SAMSPILLET MELLOM INTENSJONALE OG FUNKSJONELLE FORKLARINGER

Jeg har redegjort for et utbredt mentalt problem (symptom) – panikkanfall – forklart på en intensjonell og en funksjonell måte. Den intensjonale forklaringen gir en forståelse av det *felles meningsinnholdet* i anfallet og de andre symptomene (bekymringen for å få nye anfall, unnvikelse av visse aktiviteter) ved panikkklidelse. Symptomene er alle uttrykk for oppfatningen at følt kroppslig sug er tegn på at han blir sugd ut i verdensrommet og det derav følgende ønsket om å forhindre denne katastrofen. Utsagn om hensikter og oppfatninger har til hensikt å representere hva som er stabilt og forutsigbart ved en persons reaksjoner over tid, enten i en situasjon eller over situasjoner. Den intensjonale forklaringen er et nødvendig første skritt for overhodet å gi mening til og å gjøre symptomene forståelige (Smedslund, 2004) og for å avgrense hvilke symptomer som hører sammen.

For å nå et mål (unngå å bli sugd opp i verdensrommet) er det nødvendig å gjøre konkrete aktiviteter som kan ha den ønskede mentale, materielle eller sosiale virkningen, for eksempel å holde seg fast i dørhåndtak på biler og se ned. Imidlertid vil målrettede handlinger og ledsagende aktiviteter og opplevelser kunne ha en rekke uintenderte virkninger, som å forsterke et skremmende sug eller å gi rom for livlige fryktfantasier. Likeledes kan en tro at en handling har den intenderte virkningen uten at dette er tilfellet, slik at handlingen blir forsterket på et feilaktig grunnlag. Eksempelvis trodde mannen at å holde seg fast i bildører holdt han på jorda selv om denne handlingen neppe hadde en slik virkning. Ved hjelp av funksjonelle forklaringer blir det enklere for en kliniker å redegjøre nettopp for denne kausale dynamikken innenfor hver enkelt atferdsepisode/hvert enkelt symptom. Mer spesifikt forklares hvordan de aktivitetene og opplevelsene som anfallet består av, påvirker hverandre, hvordan denne dynamikken leder til trekkene ved symptomet, hvordan den forhindrer korrigerende erfaringer med hensyn til den sentrale oppfatningen knyttet til symptomet, og hvordan symptomet oppleves.

Funksjonelle forklaringer forutsetter intensjonale forklaringer. Gjenom de sistnevnte klarlegges oppfatningen som funksjonelle forklaringer skal forklare opprettholdelsen av. Videre tilfører intensjonale forklaringer de hensiktene med atferd som er nødvendige for å forstå den kausale dynamikken. Å forstå at mannen forsøker å holde seg fast på jordoverflaten gir grunnlag for å identifisere tanken at han ville bli sugd opp dersom han ikke hadde holdt seg fast. Denne tanken er med på å opprettholde den sentrale oppfatningen at det følte suget betyr at han faktisk vil bli sugd opp. Således vil en ikke være i stand til identifisere alle aktiviteter/opplevelser som inngår i en funksjonell forklaring uten en forståelse av intensjon.

### INTENSJONALE FORKLARINGER OG UTVIKLING AV EKSPERTISE

Som vist i innledningen dreier en artikulert modell av informasjonsbehandling og atferd seg om *samvariasjon*, det vil si om hvordan variasjon i stimuli fører til variasjon i informasjonsbehandling som igjen fører til variasjon i opplevelse og atferd. Når vi bruker intensjonale forklaringer, dreier det seg imidlertid om det motsatte, nemlig om å redegjøre for hva som er *konstant* i en atferdsepisode eller over atferdsepisoder, nemlig at aktivitetene og opplevelsene i disse alle avspeiler en og samme oppfat-

»

ning og er ment å bidra til å nå ett og samme mål. Mannen med romangsten sine aktiviteter er alle rettet mot eller relatert til målet om å forhindre å bli sugd opp i verdensrommet. Intensjonale forklaringer sier ikke noe om hvordan aktivitetene/opplevelsene påvirker hverandre. Dette kan illustreres ved måten terapeuten her forklarer klientens panikkanfall på i såkalt støttende–ekspressiv terapi (Leichsenring & Salzer, 2014):

«You regularly experience attacks of panic when you are in conflict with your mother. Maybe getting anxious is easier for you to stand than being in conflict with her» (s. 231).

Denne forklaringen sier at et mangfold av atferder – slik som å unnlate å snakke om konflikttemaet med mor, tilbaketrekningen fra henne, spenningen i kroppen, og angstanfallene – alle har et felles trekk, nemlig at de er uttrykk for oppfatningen at det er farlig å møte konflikten og for ønsket om å unngå denne. Videre hevder terapeuten her at dette ønsket er sterkere enn ønsket om å unngå panikkanfall. Men forklaringen sier ikke noe om hvilke aktiviteter/opplevelser som inngår i disse atferdene og emosjonene, eller hvordan aktivitetene/opplevelsene påvirker hverandre. Uten modeller som angir samvariasjon mellom aktiviteter/opplevelser, kan en ikke utlede betingede prediksjoner om sammenhengen mellom dem som i neste omgang kan avkrefte modellen.

Når en terapeut benytter seg av intensjonelle forklaringer, vil hans/hennes kjedeprediksjoner ganske enkelt dreie seg om at en intensjon (unngå konflikt med mor/unngå å bli sugd opp i rommet) vil fortsette inntil den utløsende situasjonen (for eksempel utsatthet for åpent rom) er over. Slike prediksjoner bygger på de intensjonene personen har vist og kommunisert til terapeuten så langt, og ikke på en modell for informasjonsbearbeiding og atferd. Avkrefte av en kjedeprediksjon, for eksempel av den at mannen med romangsten vil søke ly for det åpne rom, betyr at mannens oppfatning av situasjonen og derved hans intensjon har endret seg. Den betyr ikke at den intensjonale forklaringen av forutgående atferd har vært gal. Avkrefte av en kjedeprediksjon reiser ikke tvil om den intensjonale forklaringen som prediksjonen bygger på, og krever dermed

ikke noen justering av den opprinnelige forståelsen. Derved gir den heller ikke grunnlag for læring og utvikling av ekspertise.

Intensjonale forklaringer utgjør ikke en artikulert modell for informasjonsbearbeiding og atferd og gir dermed ikke grunnlag for betingede prediksjoner som kan føre til avkrefte av forklaringen. Dermed gir ikke disse forklaringene mulighet for terapeuters læring og utvikling av ekspertise gjennom en avkrefte strategi.

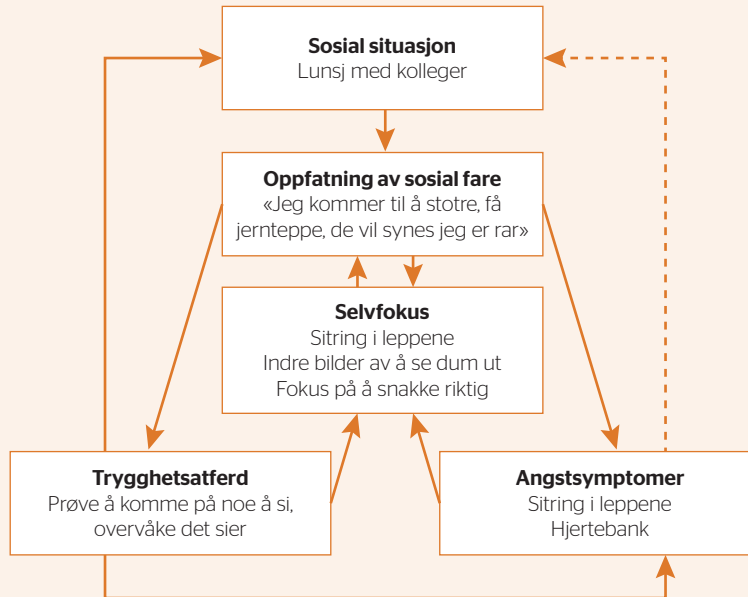
### FUNKSJONELLE FORKLARINGER OG UTVIKLING AV EKSPERTISE

Forklaringer i kognitiv terapi følger som regel mønsteret for intensjonell-funksjonell analyse (Clark, 2004). I den kognitive modellen for sosial angstlidelse (Clark & Wells, 1995) tar en utgangspunkt i at den sosialt engsteliges frykt for å gjøre noe pinlig og bli nedvurdert er overdreven i forhold til faren for nedvurdering som faktisk foreligger. I tråd med analysen foran spør en hvordan det dynamiske spillet mellom personens aktiviteter og opplevelser i sosiale situasjoner hindrer en korrigerende av oppfatningen av at han/hun vil gjøre noe pinlig og bli nedvurdert. En forståelse av hindringene for å «motta» korrigerende erfaringer gir grunnlag for å fjerne hindringene og dermed løse problemet. Den kognitive modellen er framstilt i figur 2 og fylt ut med pasienten «Karl» sine reaksjoner.

Modellen antar tre selvforsterkende sirkler:

1. Når sosial fare oppfattes, så utløses angstrelaterte følelser og kroppsfunnelser. Personen retter oppmerksomheten mot disse subjektive reaksjonene (for eksempel følt sitring i leppene) og bruker dem til å danne seg et inntrykk av hvordan hun/han framtrer for andre (for eksempel en forestilling om at vedkommende stotrer). Videre tar hun/han for gitt at dette forestillingsbildet avspeiler hvordan hun/han faktisk ser ut. Slike bilder viser seg imidlertid å ha lav pålitelighet som tegn på hvordan en faktisk framtrer, og bruken av dem bidrar dermed til en feilaktig og overdreven tro på den sentrale oppfatningen at hun/han opptrer på en pinlig måte og nedvurderes.
2. Når sosial fare oppfattes, engasjerer personen seg naturlig i trygghetsatferd. Hun/han søker å avverge eller begrense nedvurderin-





FIGUR 2 En kognitiv modell for sosial fobi (Clark & Wells, 1995)

gen ved å motvirke (prøve å komme på noe å si, overvåke det hun/han sier) det pinlige. Dette engasjementet gjør personen opptatt av om hun/han lykkes i det, og forsterker dermed et vaksomt selvfokus. Dette vaktssomme selvfokuset medfører en bekreftelsestendens til å «oppdage» feil og mangler ved egen framtrede, og troen på den sentrale oppfatningen forsterkes.

3. Utføring av trygghetsatferd (slik som å øve i hodet på hva en skal si mens andre prater) og den tilhørende selvopptattheten gjør at personen virker mindre vennlig og omgjengelig. Dette skaper en mindre vennlig holdning hos andre og dermed et reelt grunnlag for å oppfatte sosial fare.

Spørsmålet om opprettholdelse av den sentrale oppfatningen besvares altså ved å angi funksjonelle sammenhenger mellom opplevelser og indre og ytre aktiviteter knyttet til oppfatningen. En finner hvordan den kausale påvirkningen gjennom sekvensen av reaksjoner motvirker endring av oppfatningen. I forklaringen organiseres bestanddelene slik at de beskrivende trekkene ved den sosial angsten følger. Eksempelvis viser

modellen at personen tar inn lite sosial informasjon, og dette fører til symptomene beskrevet i *Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013): «eksponering fører nesten alltid til angst» og «angsten er overdreven».

Funksjonelle analyser gir modeller for informasjonsbearbeiding og atferd ved at de framstiller prosessen i hvordan stimuli produserer visse aktiviteter/opplevelser og hvordan disse igjen fører til andre aktiviteter/opplevelser. Eksempelvis framstiller modellen for sosial angst-lidelse hvordan variasjon i stimuli (for eksempel, være alene eller sammen med andre) påvirker variasjon i persepsjon (ikke-fare, kan bli nedvurdert), som igjen påvirker variasjon i oppmerksomhetsaktivitet (ytrefokus, indrefokus), osv. En modell som på denne måten angir sammenhenger mellom observerbare størrelser, gir grunnlag for å stille opp betingede prediksjoner når modellen anvendes i klinisk praksis. Siden disse prediksjonene avledes av modellen, så avkrefte også modellen/forklaringen når prediksjonen avkrefte. Avkrefte av prediksjonene medfører en avkrefte av modellen.

»



Det kliniske og opplæringsmessige potensialet ved å bruke funksjonelle forklaringer i kognitiv terapi kan sannsynligvis utnyttes i langt større grad

#### KLINISK EKSEMPEL PÅ LÆRING VED BRUK AV EN FUNKSJONELL MODELL

Jeg vil gjennom et klinisk eksempel vise hvordan prediksjoner avledet av en funksjonell modell kan brukes til å produsere tilbakemeldingsinformasjon og stimulere læring. I kognitiv terapi for sosial angstlidelse er en standard øvelse å variere selvfokus og trygghetsatferd (Clark & Wells, 1995). Formålet med denne øvelsen er både sosialisering – demonstrere sammenhenger i modellen ved egenerfaring – og motivasjon – få pasienten til å oppleve angstnedgang og dermed få tro på behandlingen.

Pasienten Karl gjorde denne øvelsen i en poliklinisk terapi. Den gikk ut på å småprate med en ukjent medhjelper, en sekretær ved poliklinikken. Han fryktet at det følgende ville skje: 1. At han ville få jernteppe, bli tom i hodet (dette oppga han å være 100 % sikker på). 2. At han ville begynne å stotre (han var 80 % sikker på at dette ville skje). I første fase av øvelsen skulle han forsterke selvfokus og de trygghetsatferdene han vanligvis bruker for å avverge disse katastrofene: overvåke hva han selv sier, øve på setninger i hodet mens den andre snakker, unngå øyekontakt. I andre fase skulle han gjøre motsatt: rette oppmerksomheten utad på medhjelperen hele tiden, si det som faller ham inn, lytte oppmerksomt på det den andre sier, og ha en naturlig veksling mellom øyekontakt og ikke. Han skulle registrere hvor mye angst han følte, og i hvilken grad katastrofen skjedde i hver fase på skalaer fra 0 til 100 prosent, og dermed gi entydig informasjon. Ut fra den funksjonelle modellen framstilt foran predikeres (i motsetning til hva pasienten forventer) at hans tro på at de sosiale katastrofene skjer og dermed angsten blir mindre den andre gangen. Dette er fordi modellen tilsier at variasjon i bruk av trygghetsatferd og selvfokus vil føre til variasjon i troen på at katastrofene skjer, og dermed i angsten. Dersom de predikerte endringene ikke inntreffer – til tross for at pasienten lykkes i å variere trygghetsatferd og selvfokus – så avkreftes også modellen. I så fall må en lete etter en alternativ funksjonell modell som er forenlig med erfaringene.

Hofmann (2014) påpeker at ulike funksjonelle modeller kan forklare symptomene ved sosial angstlidelse. Han beskriver pasienten Sally, som har kjerneoppfatningen «jeg er verdiløs og kan ikke bry andre». For henne blir for eksempel det å levere et klesplagg tilbake til forretningen en uoverstigelig oppgave fordi hun tenker at hun vil bli fordømt og skjelt ut. Hvis hun likevel må gjøre det, så reagerer hun med selvnedvurderende tanker, skamfølelse og atferder som å unngå øyekontakt, senke stemmen og rødme. Sallys hovedproblem er således negative tanker når hun skal belaste andre, og i mindre grad frykt for å vise dårlige sosiale ferdigheter eller se rar ut. Følgelig vil hun heller ikke benytte seg av trygghetsatferd for å skjule eller avverge dette. Hvis hun skulle gjøre øvelsen og prøve ut motsatte atferder – se medhjelperen i øynene, ha høyere stemme og snakke mer – ville hun lett oppfatte dette som mer belastende for medhjelperen og dermed få mer angst og skam. Reaksjonene hennes ville således ha avkreftet standardprediksjonene.

Hva kunne en terapeut som fra før kjenner den kognitive modellen til Clark og Wells (1995), lære av en slik avkreftende erfaring? Noen innsikter kunne være: at det fins flere funksjonelle forklaringer av sosial angstlidelse, at den forklaringen av sosial angst som gjelder for Sally, dreier seg om selvnedvurderende tanker, at øvelsen å variere trygghetsatferd og selvfokus ikke har den forventede nytte når denne forklaringen gjelder,

at det er forskjell mellom spontane emosjonelle handlingstendenser (se ned og senke stemmen ved skam) og strategisk trygghetsatferd som har spesifikke mål (øve på setninger i hodet for ikke å stotre).

Funksjonelle forklaringer er artikulerte modeller for informasjonsbearbeiding og atferd hvorav betingede prediksjoner kan utledes. Dette gir mulighet for avkreftelse av modellen og dermed for læring og utvikling av ekspertise.

### OPPSUMMERING OG KONKLUSJON

Jeg har undersøkt to forklaringstyper i psykoterapi – intensjonale og funksjonelle forklaringer – med tanke på om de gir grunnlag for terapeuters læring og utvikling av ekspertise. Intensjonale forklaringer er nødvendige for å gi mening til mentale problemer, gjøre dem forståelige for pasient og terapeut, og avgrense hvilke problemer som hører sammen. Intensjonale forklaringer representerer imidlertid ikke artikulerte modeller for informasjonsbearbeiding og atferd som betingede prediksjoner kan avledes av. Dermed gir ikke disse forklaringene grunnlag for terapeuters læring og utvikling av ekspertise gjennom en avkreftende strategi. Avkref-telsen av de kjedeprediksjoner som følger av en intensjonal forklaring, fører ikke til avkreftelse av forklaringen. For en terapeut er det altså ikke

nok å kunne forklare problemer ut fra hvilken mening de har for individet.

Funksjonelle forklaringer representerer artikulerte modeller for informasjonsbearbeiding og atferd ved å angi samvariasjon mellom observerbare aktiviteter og opplevelser. Dermed kan betingede prediksjoner utledes av dem og gi grunnlag for modellavkreftelse, læring og utvikling av ekspertise. Til tross for at en i kognitiv terapi i stor grad anvender slike forklaringer, så kjenner jeg ikke til at prinsipi-pene om å framsette kliniske hypoteser *a priori* og vektlegge avkreftende like mye som bekref-tende informasjon blir formidlet i programmer for opplæring i kognitiv terapi. Det kliniske og opplæringsmessige potensialet ved å bruke funksjonelle forklaringer i kognitiv terapi kan sannsynligvis utnyttes i langt større grad. Den foreslåtte avkreftende strategien for ekspertise-utvikling må utsettes for empirisk testing. ✘

### REFERANSER

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Clark, D. M. (2004). Developing new treatments: on the interplay between theories, experimental science and clinical innovation. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1089–1104.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope, & F. Schneier (red.), *Social phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* (s. 69–93). New York: Guilford Press.
- Craver, C. (2007). *Explaining the brain: Mechanism and the mosaic unity of neuroscience*. Oxford: Oxford University Press.
- Cummins, R. (2000). 'How does it work?' versus 'What are the laws?': Two conceptions of psychological explanation. I F. Keil & R. Wilson (red.), *Explanation and cognition* (s. 117–144). Cambridge, MA: MIT Press.
- Dennett, D. (1987). *The intentional stance*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Eraut, M. (2000). Non-formal learning and tacit knowledge in professional work. *British Journal of Educational Psychology*, 70, 113–136.
- Hofmann, S. G. (2014). Toward a cognitive-behavioral classification system for mental disorders. *Behavior Therapy*, 45, 576–587.
- Kirkeboen, G. (1999). Skjønner, formler og klinisk praksis: Hvorfor vurderer erfarne klinikere så dårlig enda de vet så mye? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 36, 523–536.
- Leichsenring, F. & Salzer, S. (2014). A unified protocol for the transdiagnostic psychodynamic treatment of anxiety disorders: An evidence-based approach. *Psychotherapy*, 51, 224–245.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom?: A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Reisberg, D. (2006). *Cognition: Exploring the science of the mind* (3. utgave). New York: Norton.
- Shanteau, J. (1992). Competence in experts: The role of task characteristics. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 53, 252–266.
- Smedslund, J. (2004). *Dialogues about a new psychology*. Chagrin Falls: Taos Institute Publications.
- Tracey, T. J. G., Wampold, B. E., Lichtenberg, J. W., & Goodyear, R. K. (2014). Expertise in psychotherapy. An elusive goal? *American Psychologist*, 69, 218–229.



*Pondiki Kalbenborn*

# Tillit til kroppen

Psykoterapi har lenge hatt ordene i sentrum.  
Kan implisitt, kroppsbasert kommunikasjon gi en bedre  
tilgang til pasientens selvhelbredende ressurser?

**TEKST** Kine Jespersen

Psykolog, Senter for Psykisk Helse Midt-Troms,  
Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

**KONTAKT** [kine.jespersen@gmail.com](mailto:kine.jespersen@gmail.com)

**I**terapi forteller Mina om da hun ble overlatt til seg selv på sykehusrommet etter at hun hadde født sitt døde barn. Hun forteller lett og uten synlige følelsesuttrykk om hvordan barnet ligger på sengen; om hvordan hun så gjerne vil holde barnet, men ikke klarer å ta det inntil seg. Hun har fortalt om dette minnet mange ganger før. I en av timene vi snakker om dette, begynner jeg å legge merke til en liten bevegelse i Minas hender. Uten å tenke over det begynner jeg å gjøre den samme bevegelsen. Mina forteller at hun ikke klarte å holde barnet inntil seg, og samtidig begynner hun å bevege armene inn mot kroppen, som om hun er i ferd med å ta barnet inntil seg. Jeg merker at jeg gjør det samme. For første gang oppleves det som om Mina *er* i sin egen fortelling. Hun holder ikke lenger blikket mitt. Blikket er festet på barnet i armene hennes.

Denne opplevelsen ble et vendepunkt for meg som terapeut. Frem til dette punktet i terapien hadde vi jobbet med å sette ord på flere vanskelige hendelser i Minas liv, men som terapeut hadde jeg en opplevelse av aldri å nå inn til henne. Hendelsen gjorde det tydelig for meg hvor sentral kroppens rolle er i å skape følelsesmessig kontakt.

Psykoterapi har lenge hatt ordene i sentrum. Forskning har imidlertid vist at mye av vår mentale helse er relatert til kroppslige erfaringer, som vi ikke nødvendigvis har tilgang til via verbalt språk. Kunnskap om kroppslige erfaringer i intersubjektiv terapi kan gi en bedre forståelse av hvorfor øyeblikket som jeg her har beskrevet, ble så avgjørende.

### ET HELHETLIG SYN PÅ HELSE

I nevrovitenskapelig og klinisk forskning fokuseres det nå om dagen på kroppsbaserte emosjoner og psykobiologiske tilstander (Schore, 2012). Psykologien har vært igjennom et paradigmeskifte fra atferdsprosesser, via kognitive prosesser, til kroppslig baserte prosesser. Schore (2012) hevder at fokus mot relasjonelt-emosjonelle prosesser er avgjørende for å forstå endringsprosesser i psykoterapi. Han argumenterer for at implisitte, ubevisste overlevelseshjerner og høyre hjernehalvdel, og ikke de venstrelateraliserte språklige baserte funksjonene, er viktigst både i utvikling og i psykoterapi. Dumas (2011) argumenterer for at psykologien nå i større grad bør rette blikket mot kroppens rolle i psykologisk fungering, heller enn bare å fokusere på hva som skjer i hjernen.

Forskning tyder på at kroppen, som helhet, spiller en viktig rolle i hvordan vi erfarer og fortolker verden. Aktiviteten i hjernen påvirkes av hormonelle, viscerale, somatiske og immunbaserte systemer (Critchley & Harrison, 2013; Damasio & Carvalho, 2013), og er på denne måten i stor grad kroppslig. Damasio (2001) viser til at nevrologiske skader som medfører emosjonelle forstyrrelser, ofte involverer de delene av nervesystemet som formidler informasjon til hjernen om kroppens tilstand. Kroppslige systemer påvirkes av hendelser i livet, og påvirker hverandre på en intrikat måte. Dette gjør at vedvarende negativt stress, for eksempel omsorgssvikt og traumer tidlig i livet, får omfattende konsekvenser for menneskets psykiske og fysiske helse. Dette tenker man skjer gjennom kaskadevirkninger mellom de ulike kroppssystemene som er knyttet til stresshåndtering (Heim et al., 2000).

Forskning på konsekvenser av utviklingstraumer, det vil si tidlige og vedvarende traumatiserende opplevelser, viser at slike belastninger er assosiert med psykiske vansker på flere områder, blant annet når det gjelder regulering av oppmerksomhet, affekt, relasjoner og kroppslige

tilstander (Felitti et al., 1998). Forskere ser også en sammenheng mellom tidlig traumatisering og somatiske tilstander som kardiovaskulære lidelser, diabetes type to og kreft (Miller et al., 2011). Som konsekvens av utviklingstraumer ser man ofte at mennesker får redusert bevissthet om følelser og kroppslige tilstander, og manglende forståelse for sammenhengen mellom en selv og miljøet rundt. Felles for disse vanskene er at de består i en dysregulering av de samme funksjonene som trygge omsorgsprosesser normalt sett fremmer (Braarud & Nordanger, 2011).

I en omsorgssituasjon hvor den voksne hjelper barnet å regulere følelsene sine, er sensitiv til dets egen følelsesregulering, og oppmerksomt fortolker og benevner dets indre tilstander, vil barnet gradvis utvikle og internalisere denne evnen selv. Utviklingstraumer består som regel i et mønster av situasjoner der omsorgsgiveren grunnleggende sett, og over tid, ikke er inntonet mot barnets behov. Barnet må da trygge og trøste seg selv, og selv finne måter å regulere følelsene sine på. Over tid kan dette medføre dysregulering av disse funksjonene, samt svekket kontakt med, og manglende språk for, følelser og kroppslige tilstander (Cloitre et al., 2009).

Samtaleterapi bør søke å få tak i og styrke de selvhelbredende prosessene i mennesket. Min påstand er at disse prosessene er tett knyttet til regulering via tilstedeværelse i seg selv og til fellesskap med andre. Psykoterapi er endringsarbeid i en relasjon, der en viktig oppgave er å forstå seg selv og andre. Vi forstår andre mennesker, og det som skjer i livet vårt, gjennom følelsene, og av denne grunn er følelser sentrale i god psykisk helse. Det å kunne identifisere og regulere egne følelser, samt det å forstå andres følelser, danner et godt utgangspunkt for et godt liv.

### FØLELSER SOM KOMPASS

Mange pasienter har på grunn av sine livserfaringer tilegnet seg mestringsstrategier som handler om å ikke kjenne følelser. Slik var det også for Mina, som virket å ha vanskelig for å legge merke til og beskrive sine egne følelser. Hun holdt et høyt tempo som om hun ikke maket å være til stede i sin egen opplevelse lenge nok til å bli seg den bevisst. For henne var følelsene blitt en fiende, noe hun holdt på avstand. De var ikke lenger til hjelp for henne.

Følelser gir oss retning og gjør det tydelig for oss hva vi har behov for, og fungerer dermed som et livskompass. Det er gjennom kroppen vi kjenner følelsene, og alt vi opplever, blir tillagt emosjonell verdi ved hjelp av kroppstilstander (Damasio & Carvalho, 2013). Dermed blir vår oppfatning av verden, og våre handlinger, avhengige av den tolkning som gjøres på bakgrunn av kroppslige signaler. Det å veilede pasienten til å få tilgang på og stole på sine følelser, vil derfor øke pasientens opplevelse av å være til stede i og mestre sitt eget liv.

Det er terapeutisk viktig å få tak på og forsøke å hjelpe til å regulere også de ubevisste affektene. Økt evne til å identifisere og uttrykke følelser har vist seg å være avgjørende for å få til endring i livet (Greenberg, 2002). En voksende mengde forskningsresultater viser at følelsesmessig aktivering og dybde i opplevelse fremmer endring i terapi, forutsatt at relasjonen er trygg. Denne forskningen indikerer at det å ha fokus på det kroppslige aspektet og å legge til rette for at dette aspektet utdypes, er avgjørende for at terapi skal være virksom (Greenberg, 2002).

Mange ulike terapiformer legger vekt på nærhet til umiddelbar opplevelse. For eksempel antas en metode som oppmerksomt nærvær å virke gjennom å gi nærhet til opplevelse. Brown og Ryan (2003) argumenterer for at oppmerksomt nærvær bidrar til god helse nettopp gjennom å gjøre pågående erfaring mer levende. De hevder at nærmere sensorisk kontakt med livet i nåtid er det som gjør at oppmerksomt nærvær bidrar til endring. Fosha (2000) betoner på lignende vis viktigheten av kontakt med kjerneaffekter. Dette er affekter som oppleves uforbeholdent og kroppslig, og som er helende fordi de bidrar til økt vitalitet og mening. Kontakt med disse affektene gjør at behov blir tydeligere, og det gis rom for sunne handlingstendenser. Gjennom å kjenne etter på en opplevelse slik den arter seg i kroppen, og ved å gjøre mening ut av den, oppstår en kroppslig følt tillit til en selv (Danielsson et al., 2013). Fosha (2000) påpeker at det emosjonelle møtet mellom pasient og terapeut kan fremme økt opplevelse av slike utviklingsfremmende emosjoner. Det viktige blir å skape en trygg nok relasjon til at pasienten kan oppnå oppmerksom kontakt med sine kjerneaffekter.

Minas opplevelse av sin sorg og sitt tap ble forsterket og gjort tydelig gjennom at handlingene som lå latent i kroppen hennes, ble speilet. På denne måten ble følelsene hennes tydelige for henne, og det ble mulig for henne å være i dem lenge nok til at budskapet i dem ble klart for henne.

### ENDRING I RELASJONELLE MØNSTRE

Relasjonelle terapimodeller betoner viktigheten av å identifisere og bidra til endring i pasientens mellommenneskelige mønstre, da dette har vist seg å være vesentlig for bedring i terapi (Castonguay & Hill, 2012). Relasjonelle mønstre dannes tidlig i livet og opprettholdes i relasjoner her og nå, gjennom ens egne forventninger og gjennom atferd som frembringer bestemte responser fra andre. Endring i de relasjonelle mønstrene vil kunne bidra til at pasienten opplever større tilhørighet og tilknytning til andre, som igjen bidrar til økt vitalitet og livskvalitet.

Våre relasjonelle mønstre er i stor grad basert på implisitt viten om verden. Fra vi er født, og sannsynlig også før fødselen, består vår verden av implisitt viten. Først senere, omtrent ved atten måneder, begynner vi å danne eksplisitte minner (Siegel, 2008). Det implisitte aspektet av vår viten om verden består av følelser, persepsjoner og kroppslige handlinger.



Psykologien har vært igjennom et paradigmeskifte fra atferdsprosesser, via kognitive prosesser, til kroppslig baserte prosesser

ger, som inngår i mentale modeller av hvordan det er å være i verden og sammen med andre. Grunnlaget i våre relasjonelle mentale modeller er dermed i stor grad implisitt og ikke-verbaliserbart.

Stern (2004) har i sine arbeider forsøkt å beskrive hvordan endring i relasjonell kunnskap kan komme til i terapi. En terapi-time består ifølge ham av en rekke «present moments» som drives fremover av ønsket om intersubjektiv kontakt og av ønsket om å utvide det delte intersubjektive feltet. De nye erfaringene inngår etter hvert i personenes erfaringsbase, men er ikke nødvendigvis bevisste. Kunnskapen inngår i personenes implisitte viten. Av og til oppstår det Stern (2004) benevner «now moments» – øyeblikk som representerer en form for krise som krever en løsning. Løsningen oppstår som en annen form for «present moment» kalt «moment of meeting». Et vellykket «moment of meeting» består i en autentisk og veltilpasset respons til krisen. Et slikt avgjørende øyeblikk trenger imidlertid ikke å verbaliseres for å bidra til endring.

I terapien med Mina ble delingen av handlingen der hun viser hvordan hun tar barnet inntil seg, et slikt møteøyeblikk, som forandret relasjonen vår og terapiforløpet etterpå. Mina fortalte at for henne var det at hun ikke klarte å ta barnet inntil seg, knyttet til en underliggende følelse av å ikke være tålelig for andre. Dette var et gjennomgående tema for henne, en slags krise som stadig kom til uttrykk i relasjoner. I vårt møteøyeblikk fikk denne krisen en løsning gjennom at hennes uttrykk for dette behovet ble fanget opp, tålt og støttet frem.

#### FØLELSESEKONTEROLERING I RELASJON

Det er i relasjon til andre at vi kan dele det vi opplever, og bli forstått. Vi-følelsene regulerer følelsene våre gjennom kontakt med andre (Skårderud, 2007; Schore, 2012). Begrepet mentalisering er nyttig i forståelsen av affektregulering og intersubjektivitet, fordi det sier noe om vår evne til å forstå vår egen og andres følelsesmessige verden. Mentalisering er en prosess som foregår både eksplisitt og implisitt, og de to prosessene spiller sammen (Bateman & Fonagy, 2006). En annen måte å forstå møteøyeblikket mellom Mina og meg på, er gjennom begrepet «implisitt mentalisering». Implisitt mentalisering er automatisk og prosedural, og ligger der-

med utenfor vår bevissthet. Denne delen av vår evne til å forstå andre er knyttet til vår kroppslige tilstedeværelse i verden, og danner grunnlaget for interaktiv regulering.

Begrepet vitalitetsaffekter (Stern 1985; 2010) beskriver godt det implisitte aspektet ved intersubjektivitet. Begrepet refererer til aktiveringsaspektet ved alle våre opplevelser og erfaringer, og utgjør grunnlaget for vår opplevelse av å være i live. Vitalitetsaffekter er knyttet til erfaringens form og definerer opplevelsens intensitet, rytme, endring og varighet. Et eksempel på dette fra spedbarnsomsorg er barnet som gråter og trenger trøst for å bli rolig igjen. Måten mor holder barnet på, nynner/snakker til det eller vugger det vil overføre en rytme og intensitet til barnet, som vil være avgjørende for hvorvidt barnet selv greier å regulere egen aktivitet. Morens vitalitetsaffekt vil på denne måten kunne bidra til å endre barnets tilstand, samtidig som også morens tilstand endres av barnets aktivitet (Hansen, 2010).

Den implisitte kunnskapen jeg fikk gjennom Minas kroppslige signaler, gjorde meg i stand til å forholde meg på en måte som kunne romme og regulere følelsene hennes. Hun viste meg starten på en handling, som jeg så speilet med min kropp.

Vitalitetsaffekter er på denne måten utgangspunktet for inntoning til et annet menneskes subjektive opplevelse. De dynamiske, skiftende mønstrene i rytmer, form og aktivitet over tid gjør oss i stand til automatisk og uten at vi er oss det bevisst, å endre oss i takt med den andre. Denne tenkningen blir i dag underbygget fra forskningen på speilnevrons systemer, som illustrerer hvordan vi mennesker kan forstå og respondere empatisk og direkte til hverandres emosjonelle tilstander (Rizzolatti, Fabbri-Destri & Cattaneo, 2009). Aktiviteten i disse systemene kan forstås som kroppslig nedfelte simuleringer av andres atferd, og den representerer derfor en mer direkte forståelse av andres verden enn hva som kan formidles via ord (Gallese, 2005).

#### NY MENING

Det å dele sin opplevelse med en annen fører ofte til endring. I terapien med Mina skjedde denne delingen ikke bare gjennom ord, men også gjennom kroppslig tilstedeværelse og delt bevegelse. Mina erfarte at det var mulig å være til stede i følelsene sine og samtidig bli tålt av en annen. Kanskje førte dette til større inte-



grasjon av de ulike aspektene ved opplevelsen; mellom det implisitte og det eksplisitte; mellom kropp, følelse, tanker og handling, slik at ny mening kunne oppstå.

Mina og jeg forsøkte å sette ord på endringen, men ordene strakk aldri helt til. Likevel var det en klar opplevelse av at det hadde hendt noe viktig. Det var kommet til en ny type møte og mening mellom oss. Det ble et avgjørende møtepunkt, hvor noe nytt ble skapt gjennom

synkron og gjensidig tilpasset samhandling uten ord. I ettertid tenker jeg at dette bidro til at Mina fikk tak på viktige kroppsbaserte følelser i seg selv, som tok henne inn på en mer positiv utviklingssti. Tilgangen til de retningsgivende følelsene ble mulig gjennom deling av et implisitt intersubjektivt felt. Etter dette punktet i terapien ble Mina langt mer tydelig for seg selv og menneskene rundt henne, og gjorde store endringer i livet sitt. ✕

## REFERANSER

- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Braarud, H. C. & Nordanger, D. Ø. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 968–972.
- Brown, K.W. & Ryan, R.M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848.
- Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (2012). Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., et al. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 399–408.
- Critchley, H. D. & Harrison, N. A. (2013). Visceral influences on brain and behavior. *Neuron*, 77, 624–637.
- Damasio, A.R. (2001). Decartes' feiltakelse. Fornuft følelser og menneskehjernen. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Damasio, A. & Carvalho, G.B (2013). The nature of feelings: Evolutionary and neurobiological origins. *Nature Reviews Neuroscience*, 14, 143–152.
- Danielsson, L., Scherman, M. H. & Rosberg, S. (2013). To sense and make sense of anxiety: Physiotherapists' perceptions of their treatment for patients with generalized anxiety. *Physiotherapy Theory and Practice*, Early Online: 1–12.
- Dumas, G. (2011). Towards a two-body neuroscience. *Communicative and Integrative Biology*, 4, 349–352.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P. & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults – The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.
- Fosha, D. (2000). *The transformative power of affect*. New York: Basic Books.
- Gallese, V. (2005). Embodied simulations: From neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4, 23–48.
- Greenberg, L. (2002). Emotion-Focused Therapy. *Coaching Clients to Work Through Their Feelings*. Washington: American Psychological Association.
- Hansen, B.R. (2010). Affektive dialoger. Fra regulering til mentalisering. I V. Moe, K. Slinning & M. B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 116–136). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., et al. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*, 284, 592–597.
- Miller, G. E., Chen, E., Parker, K.J. (2011). Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanisms. *Psychological Bulletin*, 137, 959–997.
- Rizzolatti, G., Fabbri-Destri, M. & Cattaneo, L. (2009). Mirror neurons and their clinical relevance. *Nature Clinical Practice Neurology*, 5, 24–34.
- Schore, A. (2012). The science of the art of psychotherapy. New York: Norton.
- Siegel, D. J. (2008). The neurobiology of «we»: How relationships, the mind, and the brain interact to shape who we are. [Lydbok]. Boulder, CO: Sounds True.
- Skårderud, F. (2007). Eating One's Words: Part III. Mentalization-Based Psychotherapy for Anorexia Nervosa - An outline for a Treatment and Training Manual. *European Eating Disorders Review*, 15, 323–339.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. USA: Basic Books.
- Stern, D. N. (2004). The present moment in psychotherapy and everyday life. New York: Norton.
- Stern, D. N. (2010). Forms of vitality. Exploring Dynamic Experience in Psychology, the Arts, Psychotherapy, and Development. New York: Oxford University Press.

# Født til å løse

Vi mennesker er problemløsere. Det kan være et problem.

## TEKST

Jonas Leversen,  
Psykolog,  
Angstavdelingen,  
Modum Bad

## ILLUSTRASJON

Wellcome Images

**V**i setter oss ned. Som regel er du vendt mot vinduet, slik at du får utsikt. – *Jeg pleier å snakke litt først, sier jeg, men om du har noen spørsmål, er det bare å komme med dem.* Jeg forteller om rammer, om taushetsplikt og om meta-kognitiv terapi. Du nikker. Det blir stille. Jeg tar sats, prøver å finne en ny vri på spørsmålet jeg alltid stiller. Det opptrer ulikt hver gang: Hvorfor er du her? Hva var det som fikk deg til å søke hjelp? Hva er problemet?

Du starter, noen ganger som en foss, andre ganger som en avstengt kran med bare noen få drypp i løpet av timen.

Hva er problemet? Spørsmålet genererer nye spørsmål. *Grunnen* til at pasienten er her, er sjelden det samme som begrunnelsene som gis. Fastlegen mente at det var lurt, kjæresten mente at det var lurt, NAV mente at det var lurt. Alle mente at det var lurt. Så her sitter vi da, midt i eksistensen, og prøver å finne ut av det.

*Jag behöver ingenting förutom ett fall och en lösning*, skrikesynger Tomas Öberg i det svenske bandet bob hund. Slik er det, tenkte jeg da jeg hørte den første gang for mange år siden. Slik er det, tenker jeg nå når vi sitter her i terapirommet sammen. Å være i verden er å løse problemer, enten man er psykolog eller pasient.

Det de aller fleste pasienter har felles, er at de har havnet i en situasjon hvor de ikke greier å slutte å tenke på problemer. Uansett grunn eller begrunnelse for at de kommer, så tar tenkingen mye tid. Mange har brukt flere år på å prøve å finne en løsning. Men hva skjer når et problem ikke lar seg løse? Da blir tenkingen et ekstraproblem, og noen ganger hovedproblemet. Vi kan ikke endre på ting som har skjedd, men vi kan endre på hvordan vi forholder oss til dem.

## Å TENKE SEG UT AV TENKNING

Einstein skal ha sagt at du ikke kan løse et problem med det som er opphavet til problemet. Det er vanskelig å tenke seg ut av tenking. I artikkelen *The bright side of being blue* presenterer Thomson og Andrews ideen om at depresjon er en evolusjonær tilpasning til komplekse problemer. Når et menneske møter et komplekst problem, forflyttes all energi til hjernen og bort fra mer elementære behov som mat og sex. En slags tenkingens kriseplan iverksettes, og individet kan bruke all sin oppmerksomhet på å løse problemet.



Budskapet i artikkelen er at kriseplanen har vært nyttig for våre forfedre. Uten denne evnen til problemløsning hadde vi rett og slett ikke overlevd. Jeg ser for meg forhistoriske mennesker i en grotte, hvor noen er mette og fornøyde etter et godt måltid, mens andre legger merke til at det begynner å bli kaldt, og planlegger å hente ved. Umiddelbart vil man kanskje tenke at sistnevnte burde legge bort problemfokuset og ta seg en matbit, men nettopp dette problemfokuset økte sannsynligheten for å overleve.

Problemet oppstår når sammenhengene er mindre klare enn kulde og behovet for ved. Vi har for eksempel vanskelig for å forstå at ting som skjer nært i tid, ikke nødvendigvis er kausale. Noe skjer rett etter noe annet i tid, og vi lurar umiddelbart på hva sammenhengen er. Noen ganger finner vi ikke det ut, men det betyr ikke at vi slutter å tenke på det, det er jo ikke løst.

At vi som regel har fokus på det som ikke er løst, merket også Bluma Zeriganik når hun satt på café i 1927. Hun la merke til at servitørene bare husket de bestillingene som de ennå ikke hadde servert. Hun dro tilbake til universitetet og laget flere eksperimentelle studier som bekreftet observasjonen av at vi mennesker som regel husker ting vi ikke har løst, og

glemmer ting vi har løst. Spørsmål som *hvorfor vi har blitt som vi har blitt* eller *hva som kommer til å skje med oss*, er store eksistensielle spørsmål uten umiddelbare svar. De kan derfor forbli uløste, og kriseplanen stopper ikke.

#### FLERE FALL, ÉN LØSNING

- *Hvordan gikk det?* spør jeg. Vi har akkurat gjennomført noen tankeøvelser sammen, og timen går mot slutten. Vi har øvd på å la tankene være i fred, ikke gå inn i dem, ikke la kriseplanen styre. – *Det gikk sånn passe*, sier du, *tankene kom tilbake på nytt*. – *De gjør som regel det*, sier jeg, *men hva skjedde da i den lille tiden de ikke var til stede?* – *Da la jeg merke til hva som skjedde utenfor vinduet, menneskene som gikk forbi*.

Du får noen oppgaver til neste uke, og vi avtaler en ny time. Jeg spør deg om hva som var det viktigste for deg i denne timen. Du sier det var oppdagelsen av at man ikke nødvendigvis må tenke på alle tanker som dukker opp. Jeg følger deg ut, og skriver ned noen stikkord i et journalnotat. Tar en kaffe og puster. Går ut i venterommet. Du har vært her før. Du setter deg ned og ser ut av vinduet. Jeg tar sats. ✘

”

Einstein skal ha sagt at du ikke kan løse et problem med det som er opphavet til problemet

## Mindreårige flyktninger og posttraumatisk stress

Over 50 prosent av flyktninger under 15 år som kommer til Norge uten omsorgspersoner, skårer over klinisk grense for posttraumatisk stress (PTS).

TEKST Per Olav Solberg

NKVTS og Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo har samarbeidet om et forskningsprosjekt som blant annet har undersøkt hvordan mindreårige flyktninger (mellom 10 og 15 år) opplever sin situasjon i Norge, samt kartlagt deres psykiske helse og behandlingsbehov. Studien ble fulgt opp to år etterpå (2015) for å se hvordan det har gått med barnas psykiske helse over tid.

Noen av funnene:

54 % skårer over klinisk grense for PTS, mens 30 % ligger over klinisk grense for angst. I tillegg er 20 % over klinisk grense for depresjon. Barn med PTS-symptomer lider ofte også av angst og depresjon samtidig. Oppfølgingsstudien to år etterpå viser at svært mange av barna fortsatt har psykiske plager: Ca. 50 prosent var fortsatt over klinisk grense for PTS. 11 prosent av de rundt 70 barna i oppfølgingsstudien skåret også høyt på suicidalitet. Det er også sterk sammenheng mellom antall alvorlige livshendelser og symptomer.

Prosjektleder for studien, Tine K. Jensen, er opptatt av hvordan de mindreårige flyktningene blir møtt:

- Jeg er redd for at den vanlige, gode samtalen ikke ivaretas hverken ved flyktningmottak eller i omsorgsboliger. Barna sitter inne med mange tanker og følelser som de har behov for å snakke om. Vi må ikke profesjonalisere «den gode samtalen», slik at det til slutt bare er høyspesialiserte traumepsykologer som kan snakke med barn om vanskelige livshendelser og traumatiserende hendelser. Jeg tror ikke man skal være så redd for å snakke med barna om det som er vanskelig, det er jo det vi gjør ellers i vanlige mellommenneskelige kontekster. Dette er i prinsippet ikke veldig forskjellig, sier Jensen.

## Fra arkivet: 2004

### Samfunnspsykologien gir klinikere med bredde

Myndigheter og brukere ønsker sammenheng og helhet i behandlingssystemet. Det øker behovet for en bredere og mer fleksibel klinikerrolle. Spesialiteten i samfunnspsykologi er særlig innrettet på å gi kompetanse til å jobbe i offentlige systemer.

Ut fra egne erfaringer, både som spesialist i samfunnspsykologi og etter å ha hatt ansvar i veiledningsgrupper i utdanningsprogrammet for samfunnspsykologer, ser jeg at denne spesialiteten har gitt deltakerne faglig påfyll, holdninger, entusiasme og trygghet til å stå i offentlige stillinger.

De aller fleste samfunnspsykologer i offentlig virksomhet innehar stillinger som i hovedsak har direkte kliniske oppgaver. Psykologene i kommunale stillinger må forholde seg til brukerens familier, barnehager, skoler, sosialkontor, barnevern, trygdekontor, fastlege osv. Også innen spesialist-tjenestene er det et stadig økende press på å samarbeide og delta i oppgaver sammen med hjelpe-tjenester rundt brukerne i lokalmiljøet.

(...)

Mental Helse og andre brukerorganisasjoner er sterke pådrivere i en slik retning. En bredere og mer fleksibel klinikerrolle vil være bedre egnet til å fylle de krav og forventninger som stilles til psykologer i de offentlige systemer i framtida.

(...)

Spesialiteten i samfunnspsykologi er et godt alternativ for psykologer som har tenkt å jobbe i det kliniske feltet, men også for dem som har tenkt å jobbe mer indirekte med menneskers psykiske helseproblemer i et større perspektiv. Det mest sentrale vil være en formidling av en samfunnspsykologisk forståelse av psykiske helseproblemer. En samfunnspsykologisk ramme kan gi årsaksforståelse og løsningsperspektiver som innebærer flere valg og større muligheter, både for det kliniske arbeidet og for forebyggende virksomhet. (...)

Jan B. Moe i medlemsnytt, desember 2004



FOTO: PEZIBER/PIXABAY

## Barnevernsbarn i grenseland

Et helsevesen som avgrenser fremfor å samhandle står i fare for å ikke dekke barnas omsorgsbehov, skriver psykologstudent Anna Celine Røstbakken, som selv har erfaring med å være barnevernsbarn.

*Debatt, side 1084*



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.



# Hvordan forebygge tvang?

Bruk av tvang i psykisk helsetjenester har holdt seg stabil tross nasjonale handlingsplaner. Derfor må vi ha en åpen debatt om bruk av tvang, der også de som blir utsatt, får uttale seg.

**REDUKSJON AV TVANG** er et viktig statlig satsingsområde innenfor psykisk helsetjenester. Til tross for at vi nå har vært igjenom to handlingsplaner for å redusere bruk av tvang i Norge, ser vi samtidig knapt noen reduksjon på den offentlige helsestatistikken (Bremnes, Lilleeng, Pedersen, Hellevik, & Bergesen, 2014). Likestillings- og diskrimineringsombudet har nylig kritisert Norge for høy tvangsbruk i en rapport til FN's komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (LDO, 2015). Ombudet påpeker også manglende konkrete tiltak for å bekjempe tvangsbruk basert på fordommer og diskriminering av mennesker med psykiske funksjonshemninger. Det er nå planer om en ny nasjonal strategi for økt frivillighet samt retningslinjer for redusert og riktig bruk av tvang. Disse ulike initiativene aktualiserer spørsmålet om viktige tiltak for å redusere tvangsbruk i tiden fremover.

Personer med førstehåndserfaringer med tvang er en viktig kilde til kunnskap om hva som skal til for å lykkes med tvangsreduksjon. Vi vil derfor her løfte frem og diskutere forslag fra et brukerledet prosjekt ved *Nasjonalt senter*

*for erfaringskompetanse i psykisk helse* i samarbeid med *Senter for medisinsk etikk* ved Universitetet i Oslo (Bjørgen, Storvold, Norvoll, & Husum, 2014; Husum & Norvoll, 2014).

## HVILKE TILTAK FORESLO DELTAKERNE?

De 60 voksne brukerne med tvangserfaringer i prosjektet beskrev tvang gjennomgående som traumatisk, selv om det kan være behov for å bli ivaretatt i svært dårlige perioder, og at tvang noen ganger kan være livreddende. Tvang kan også virke re-traumatiserende. Den vekker til live gamle minner og aktiverer reaksjoner fra tidligere hendelser.

Brukerne mente at dersom man skal lykkes med tvangsreduksjon, er det behov for mer toleranse og respekt for annerledeshet og ulike forståelser av virkeligheten uten at man blir definert som «unormal» eller «syk». Ansatte må evne å se forbi diagnosen og møte mennesker i krise på en mer lyttende, anerkjennende og respektfull måte. Disse menneskene trenger tid, rom og trygghet ved at noen er til stede og formidler håp om bedring. Personalet bør rustes opp til å håndtere sterke følelser uten å ty til medisiner og tvang.

## TEKST

### DAGFINN BJØRGEN

Daglig leder ved Kompetansesenteret for Brukererfaring og Tjenesteutvikling i Midt-Norge og landsleder i Mental Helse.

### REIDUN NORVOLL

Post Doc/forsker ved Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.

### TONJE LOSSIUS

#### HUSUM

Psykologspesialist, med doktorgrad om bruk av tvang i psykisk helsevern

## ILLUSTRASJON

Åshild Irgens





Personer med førstehåndserfaringer med tvang er en viktig kilde til kunnskap om hva som skal til for å lykkes med tvangsreduksjon

De foreslo også styrking av personalets kunnskap om traume-forebygging og økt tilbud om ettersamtaler. Et annet forslag var kriseplaner som utarbeides i et samarbeid mellom brukeren selv og en person man har tillit til. Denne kriseplanen må ha gyldighet i senere møter med helsevesenet, og tillitspersonen må bli kontaktet om noe oppstår.

Brukerne mente også at det er viktig å lytte til personens erfaringer med varselsignaler og styrke tilgangen til rask frivillig hjelp. Støtten må vare over tid og være individuelt tilpasset. I en kritesituasjon bør legevakt eller andre som blir kontaktet, forsøke å dempe situasjonen og gjøre grundige vurderinger av frivillige alternativer. I mange tilfeller vil en tett oppfølging uten innleggelse være det beste alternativet, dersom noen man har tillit til holder tett kontakt gjennom den kritiske fasen. Dette kan gjøres ved å styrke fastlegenes kompetanse om krisehåndtering og øke bruken av hjemmebesøk og ambulante team. I tillegg trengs flere frivillige krisetilbud som brukerstyrte senger eller hvilesteder der personalet har kompetanse nok til å stå i en vanskelig situasjon til det har roet seg. Andre forslag var retreatsteder og medisinfrie tilbud.

Deltakerne i undersøkelsen foreslo videre at det innføres en hovedregel om å unngå bruk av uniformert politi og krav om (samtale-)kompetent personale i akutt-tjenestene. I sykehus er det avgjørende å vise omsorg ved ankomst og ikke sette personen alene på et rom. Det er behov for alternativ håndtering av sterke følelser, frustrasjon og sinne. I tillegg foreslås mindre husregel- og restriksjonsbruk og mer medvirkende kommunikasjonsformer. Man bør unngå overdreven medisinbruk eller medisinpress og bedre oppfølgingen av bivirkninger. I stedet for ensidig vekt på skjerming bør det tilbys mer aktive behandlingsformer som aktiviteter, sosial kontakt, støttesamtaler og samtalerterapi. Ansatte bør ha et mer langsiktig behandlingsperspektiv og sikre god oppfølging ute i kommunene før vedkommende skrives ut.

Brukerne fremhevet at tvang kan forebygges svært tidlig, og at den bør begynne allerede i kommunen. Det er nødvendig å utvikle flere tiltak som er rettet mot å styrke brukeren og livskvaliteten i hverdagen. Ensomhet, kaos på hjemmeplan med økonomi og uavklarte boforhold, kan føre til økt stress og en for-

verret helse som leder til tvang. Det er derfor viktig at brukeren får hjemmebesøk og hjelp til aktiviteter dersom man er vant til å isolere seg, eller har vært lenge under tvungent psykisk helsevern. Det bør etableres flere sosiale arenaer som motvirker ensomhet og isolasjon. Andre foreslåtte behandlingstilbud som kan bidra til å ta tilbake kontrollen over eget liv, er selvhjelpsgrupper, psykodramagrupper og kreative kurs.

I tillegg påpekte de generelt betydningen av åpen kommunikasjon og støttesamtaler i hverdagen. En fast tilgjengelig person å forholde seg til, som man stoler på, og som bruker god tid på samtalene, kan avverge en krise før den kommer. Brukeren må også være trygg på at man kan fortelle om vanskelige tanker og følelser uten at dette skal ende opp i en tvangsinnleggelse.

Deltakerne viste til slutt til behovet for å styrke rettssikkerheten rundt tvangstiltak. Det etterlyses en mer aktiv holdning fra kontrollkommisjonene for å kontrollere tvangsbruk og minimalisere bruken.

#### VEIEN VIDERE

Deltakernes erfaringer og forslag til tiltak samsvare i stor grad med nasjonal og internasjonal forskning om tvangsreduksjon (Husum & Norvoll, 2014). Mange støtter også Likestillingsombudets vekt på betydningen av samfunnsmessige forhold og diskriminering for tvangsbruk, selv om synet på tvang kan variere.

Funnene i prosjektet vårt kan tyde på at en mer vellykket innsats for tvangsreduksjon fordrer et sterkere fokus på de som utøver tvangen, og ikke bare de som erfarer den. Noen helt sentrale spørsmål er disse: Hva er det som gjør at ansatte velger å bruke tvang, og hvilke utfordringer møter de i arbeidet for tvangsreduksjon? Hva er de tvangsdrivende faktorene? Hvordan kan man stimulere ansatte til økt refleksivitet over egen tvangsbruk, mer mot til å si nei til unødig bruk av tvang og medisin, og til å åpne opp for mellommenneskelige møter som kan gi nytt håp i seg selv?

Prosjektet understøtter også nødvendigheten av å vurdere behovet for mer langvarige og målrettede satsinger på strukturelle og innholdsmessige endringer av tjenestene. Dette vil kunne ha langt større effekt på tvangsbruken enn avgrensede «småtiltak» i tiltaksplanene. Slike endringer kan være styrking av



tjenestenes tilgjengelighet og evne til å respondere raskere ved behov for hjelp, og en vridning av behandlingssystemets innretning og innhold ved å bygge ut flere frivillige hjelpe-tilbud.

Her kan det være nyttig å undersøke erfaringer med relevante tiltak fra andre land, eksempelvis Soteria-hus og nettverksmodeller. Soteria er krisehus basert på en psykososial behandlingstilnærming med minst mulig medisinbruk. Det benyttes ofte ikke-profesjonelle sammen med en håndplukket psykiater med ønskede verdier og holdninger, samt en bevisst praksis om «å sitte hos» veldig urolige og redde mennesker. Nettverkstilnærmingen er innrettet mot at den som sliter, og nettverket i størst mulig grad skal ta ansvar for beslutningene selv. Et oppsøkende team reiser hjem til den som er i en psykisk krise, helst innen 24 timer, og tilstreber at man sammen drøfter løsninger. Modellene er omdiskuterte, men evalueringene peker på interessante muligheter for alternative løsninger (Husum & Norvoll, 2014).

En annen sentral strategi vil være å bygge ut alternative institusjonstilbud på spesialisthelsetjenestenivå som understøtter en mer helhetlig, frivillig og aktiv behandling enn dagens tradisjonelle vekt på lukkede (akutt-)poster. Slike organisatoriske rammebetingelser er helt avgjørende for at ansatte overhodet har mulighet for å jobbe på alternative måter.

Tvangsforebygging må også i større grad inkludere helheten i brukernes livssituasjon og levekår. Dette fordrer at kommunene og velferdstjenestene kommer mer aktivt på banen, en bedre samordning av tjenestetil-

budet på tvers, samt kompetanseheving i de kommunale tjenestene. Det er også nødvendig å forhindre at den tradisjonelle sykehus-tvungen gradvis forplanter seg ut i de kommunale tjenestene og fortrenger frivillige løsninger gjennom bruk av tvang uten døgnopphold.

Deltakernes egne refleksjoner over hva som kunne ha overflødiggjort tvangen i deres tilfelle, er tiltak som understøttes av forskning. Dette aktualiserer, som Likestillingsombudet også påpeker, spørsmålet om tjenestene faktisk evner å forsøke frivillighet før tvang blir brukt, og om det er tilstrekkelig kontroll av praksis og lovmessig beskyttelse mot diskriminering på dette området. Kommunens ansvar og foretakets ansvar hver for seg og samlet, bør derfor ansvarliggjøres i større grad dersom frivillighet ikke er blitt tilstrekkelig prøvd. Dette utfordrer intensjonene med dagens lovverk og dens vektlegging av menneskets integritet i tråd med menneskerettighetene.

Sist, men ikke minst, det er også behov for å utvikle metoder som kan understøtte alternative frivillige behandlingsformer. Psykologene besitter mange kommunikasjons- og hjelpeverktøy som etterspørres av deltakerne i dette prosjektet. Det synes å være et ubrukt potensial i psykologenes kompetanse. Psykologene bør derfor engasjere seg i å styrke mulighetene for alternative tilnærminger og inngå i tverrfaglig samarbeid for å bidra til en helhetlig hjelp til brukeren og familien. Her kan de nye kommunepsykologene ha en viktig funksjon for å bidra til støtte og tilgjengelig hjelp. ❖

## REFERANSER

- Bjørgen, D., Storvold, A., Norvoll, R., & Husum, T. L. (2014). *Alternativer til tvang I: sett fra et bruker- og fagperspektiv : ressurshäfte* (Vol. 2014:2). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- Bremnes, R., Lilleeng, S. E., Pedersen, P. B., Hellevik, V., & Bergesen, F. (2014). *Bruk av tvang i psykisk helsevern for voksne i 2013*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Husum, T. L., & Norvoll, R. (2014). *Alternativer til tvang II: sett fra et fag- og forskningsperspektiv* (Vol. 2014:3). Skien: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse.
- LDO. (2015). CRPD 2015. Ombudets rapport til FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne- et supplement til Norges første periodiske rapport.

# Kan kunnskap bygge fred?

Jeg deltok på den europeiske konferansen for kognitiv atferdsterapi i Jerusalem, til tross for forhåndsoppfordringer til boikott. I ettertid lurer jeg på om jeg skulle blitt hjemme.



**KRISTER W.  
FJERMESTAD**

Psykologspesialist  
(PhD)

**BOIKOTT**



Dialog er vanskelig når den ene parten står fast i en sikkerhetsløse og ikke når frem til dialogbordet

**DEN 45. EUROPEISKE** konferansen for kognitiv atferdsterapi (EABCT) ble holdt i Jerusalem tidlig i høst. Den britiske foreningen for kognitiv atferdsterapi (BABCP) og UK Palestine Mental Health Network oppfordret på forhånd til boikott av konferansen da palestinske deltakere i praksis ville være ekskludert fra å delta. Norsk forening for kognitiv terapi kom ikke med en lignende oppfordring etter hva jeg kjenner til.

Jeg var ambivalent til å delta på konferansen. I mai sendte jeg epost til hovedarrangøren med henvisning til den britiske foreningens oppfordring til boikott, og etterspurte deres synspunkt. Jeg fikk som svar at *Most Palestinians who wish to attend the congress should be able to obtain a visa/permit to do so. We will also offer assistance with this and provide them with reduced rates to encourage their attendance.* På bakgrunn av dette bestemte jeg meg for å delta, men var det riktig?

Et av de såkalte «Clinical Roundtables» på konferansen hadde tittel «Building Peace through Knowledge», med annonserte talere fra Palestina og Israel. To talere fra Palestina uteble og vi ble informert om at disse ikke hadde kommet seg gjennom sikkerhetskontrollene på grensen til Jerusalem. Jeg har gjort gjentatte forsøk på å få klarhet i hva som skjedde, men mottar i hovedsak vage svar fra både hovedarrangør og leder for denne sesjonen. Det ser ut til at den ene deltakeren fikk forsinket innreise tillatelse, mens den andre snudde i køen på grensen. Jeg har ikke fått svar fra de to som ikke deltok på gjentatte henvendelser til epostadressene jeg fikk av arrangøren. I et av svarene jeg fikk når jeg ba dem dobbeltsjekke adressene, fikk jeg følgende svar: *You are clearly more inte-*

*rested in politics than in people.* Jeg har også spurt hovedarrangøren hvordan de har tenkt å følge opp saken med uteblivelsen, og får ikke noe eksplisitt svar utover at det er viktig å fortsette dialogen mellom ulike folkegrupper. Dialog er vanskelig når den ene parten står fast i en sikkerhetsløse og ikke når frem til dialogbordet.

Utover reiser til Betlehem ble ingen offisielle turer arrangert til de palestinske områdene. Når jeg spurte om hjelp til å arrangere en reise til Hebron og Ramallah, ble jeg relativt aggressivt avvist med spørsmål om hvorfor jeg ville dit. På turen jeg arrangerte selv var inntrykkene mange: Lange køer av palestinere i metallsluser med tak av piggråd ved grenseovergangen fra Ramallah; eldre menn på vei til moskéen og unge mødre med små barn på vei til sykehus; muren som bryter det vakre landskapet gjennom palestinske eiendommer, med utallige militærtårn og politikontroller langs veiene. Søppel og gjenstander kastet av jødiske settlere som bygger husene sine oppå palestinske hjem i Hebron. Fortellinger om tilfeldige arrestasjoner fra unge arabiske menn.

Disse fenomenene har ikke noe med kongressen eller dens organisatorer å gjøre. Jeg stiller likevel spørsmål ved den manglende viljen til også å arrangere turer til denne delen av landet i lys av konferansens budskap om å bygge fred gjennom kunnskap.

Den britiske foreningens oppfordring til boikott av konferansen understreket at deltakelse på konferansen vil kunne bli politisk brukt i legitimeringen av Israels fortsatte okkupasjon av palestinske områder. Jeg er bekymret for å ha bidratt til dette. ❌



## Elefanten i rommet

«Social class is the elephant in the room.» Dette utsagnet kom i et av de mange innleggene som hadde sosial klasse som tema på årets APA Convention i Toronto. I Norge får ikke sosial klasse være *det* engang.

**JEG MERKET MEG** redaktørens bekymring i oktoberutgaven av Psykologtidsskriftet etter gjennomgang av tidsskriftets faglige bidrag de siste årene: «I klinisk psykologi er ikke sosial klasse relevant i forståelsen av klientens liv», skriver Bjørnar Olsen.

Som representant for et kull psykologer som på 70-tallet fikk psykologutdannelse der materiell kontekst og sosial klasse var levende til stede, er dette en bekymring jeg har hatt lenge. Flere av oss som studerte da, kom fra andre sosiale lag og bakgrunner enn de som tradisjonelt hadde hatt tilgang til høyere utdanning, og psykologien på den tida ble i likhet med andre fag «politisert». Betydning av sosial klasse var dermed ganske selvfølgelig både i vår utdanning og selvforståelse.

Slik er det ikke lenger. Det var derfor oppmuntrende og interessant å oppleve hvordan mange amerikanske forskere og klinikere på årets kon-

feranse i regi av American Psychological Association hadde fokus på sosial klasse. Faktisk var det trykket et eget hefte med «Social Economic Status Highlights» med de delene av programmet som hadde særlig fokus på dette temaet.

Under konferansen ble det riktignok framholdt at ved å ta hensyn til andre sosiale kjennetegn som etnisitet og kjønn er det en tendens til at sosial klasse blir uteglemt som et aspekt ved mangfold. Det kan dermed late til at både «The American Dream» og vår tiltro til velferdsstatens evne til å fjerne klasseforskjeller, har bidratt til usynliggjøring av de kulturelle og psykologiske forskjellene som følger av ulikhet i økonomi.

Vi psykologer vil ofte kunne ses som «privilegerte» av våre klienter som kan ha grunn til å lure på om vi virkelig kan forstå dem i deres mindre privilegerte posisjon. Hvor ofte reflekterer psykologen over dette? ❌



**TOVE BEATE PEDERSEN**

Psykolog og seniorrådgiver i Norsk psykologforening

**SOSIAL KLASSE**

# Det integrative perspektivet

Fellesfaktorene er ikke «alternativet», men et naturlig utgangspunkt for en åpnere diskusjon mellom de psykoterapeutiske hovedtradisjonene



**ERIK FALKUM,  
BENGT OLAVESEN,  
KARSTEN HYTEN**

Avdeling for forskning og fagutvikling, Klinikk for psykisk helse, Oslo Universitetssykehus, Aker

## FELLESFAKTORER



Også innenfor den psykoanalytiske tradisjonen er det behov for en åpnere, integrerende samtale

**I OKTOBERNUMMERET AV** Psykologtidsskriftet kommenterer Siri Gullestad vår artikkel om mangfoldet av psykoterapeutiske skoler. Tittelen «Er fellesfaktorer alternativet?» kan tyde på at hun tillegger oss dette standpunktet. Vårt utgangspunkt er imidlertid snarere at fellesfaktorene er et naturlig starttema i en åpnere diskusjon mellom de psykoterapeutiske hovedtradisjonene.

## FELLESFAKTORER OG RELASJONELL KOMPETANSE

Psykoterapiforskningen beskriver den terapeutiske alliansen, korrektiv emosjonell erfaring, orientering om behandlingsmetodens grunnlag og terapeutens oppmerksomhet, empati, anerkjennelse og støtte som sentrale faktorer i all samtalebehandling. Gullestad påpeker at det kan være vanskelig å skille disse fellesfaktorene fra spesifikke behandlingsfaktorer, og henviser til at en tolkende kommentar i gitte situasjoner kan være den mest empatiske intervensjonen i psykoanalytisk terapi. Vi er enige i dette. De fleste terapier inneholder spesifikke elementer, men det forblir et åpent spørsmål hvordan disse samvirker med ulike fellesfaktorer (Wampold, 2015). Forskningen på fellesfaktorene, som ikke kan manipuleres eksperimentelt, er komplisert, og problemer knyttet til teststyrken i prosjekter med relativt få deltakere har begrenset de analytiske mulighetene. Hypotesen om *interaksjon* mellom empati og spesifikke intervensjoner er rimelig og har også forskningsmessig støtte (Wampold, 2009, 2010, 2015; Nissen-Lie, 2013). En tilsvarende interaksjon kan tenkes å foreligge mellom terapeutens empati og klientens personlighet og symptomer. Wampold spør retorisk hvorvidt empati er noe terapeuten tilbyr eller noe klienten bringer fram i terapeuten. Det dreier seg mest sannsynlig om et både-og. Men siden empati har positiv effekt på tvers av skoleretningene, må vi

anta at terapeutens personlige egenskaper også har en *direkte* effekt på utfallet. Psykoterapiforskningen har inntil nylig hatt lite fokus på terapeutkjennetegn. Egenskaper som åpenhet, engasjert undring, autentisitet og varme fasiliterer trolig terapiprosessen. Det samme gjelder samsvaret mellom verbal og non-verbal kommunikasjon, et samsvar som mangler når en behandler for eksempel inntar en verbalt spørrende, ikke-vitende posisjon, samtidig som kroppsspråket signaliserer en autoritær ekspertholdning.

Når vi skiller mellom direkte og indirekte effekter av empati som et sentralt element i terapeutens relasjonelle kompetanse, gir det god mening å innlemme egenskapen blant fellesfaktorene.

Gullestad understreker betydningen av egenbehandling og veiledning, noe vi umiddelbart vil slutte oss til. Egenbehandling og løpende veiledning kan påvirke ikke bare evnen til å identifisere «undertekster» og til å «time» spesifikke intervensjoner, men også terapeutens generelle og subjektive framtoning i møtet med Den Andre.

## DET INTEGRATIVE PERSPEKTIVET

I Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI) diskuterer terapeuter og psykoterapiforskere hvordan teknikker og teorier om endring fra ulike tradisjoner kan integreres og videreutvikles, slik at begrensningene i hver enkelt tradisjon kan overskrides. Det er vanlig å inndele integrasjon i fire hovedorienteringer: fellesfaktorer, teknisk integrasjon, teoretisk integrasjon og assimilativ integrasjon (Norcross & Goldfried, 2005; Stricker, 2010; Cherkasskaya & Wachtel, 2013).

Også innenfor den psykoanalytiske tradisjonen finnes et mangfold av modeller og tekniske tilnærminger som for eksempel legger vekt på ulike sider ved den relasjonelle kompe-

tansen. Mens Gullestads hovedperspektiv er evnen til å identifisere og bearbeide indre relasjonsscenarioer, vil en interpersonlig orientert terapeut hevde at den viktigste relasjonskompetansen er terapeutens evne til å etablere og bevare en undrende/nysgjerrig holdning og en ikke-narcisistisk investering i behandlingen (Buechler, 2012). Etter vår oppfatning er det ikke nødvendigvis en motsetning mellom disse to perspektivene, men i enkelte sammenhenger kan det se sånn ut. Også innenfor den psykoanalytiske tradisjonen er det med andre ord behov for en åpnere, integrerende samtale.

Edgar Levenson (1988) hevder at gode terapeuter med ulik teoretisk orientering har det til felles at de *stiller gode spørsmål* – spørsmål som dekonstruerer pasientens fortelling, og som dermed skaper rom for ny mening. Spørsmålenes hensikt, karakter, plass, timing og effekt er interessante temaer i et integrativt perspektiv. Mens spørsmålet i psykoanalytisk terapi gjerne har utgangspunkt i terapeutens opplevelse (motoverføring) i terapirommet, formulerer den kognitive terapeuten sine sokratiske spørsmål med utgangspunkt i en teori om hvordan pasientens tenkning vedlikeholder lidelsen. I de tallrike disputtene mellom representanter for den psykodynamiske og den kognitive tradisjonen var oppmerksomheten tidligere nesten utelukkende rettet mot det som skiller dem fra hverandre teoretisk, mens det de har felles, sjelden ble omtalt. Dette er i ferd med å endres. På høy tid vil vi mene, spesielt ettersom nyere forskning fortsatt støtter Dodobird-effekten.

## KOGNITIV LUKNING

Gullestad påpeker hvordan den psykoanalytiske tradisjonen legger vekt på terapeutens evne til å tåle usikkerhet uten å innsnevre tolkningsrommet og undertrykke tvetydighet gjennom bekräftelsesbias, og refererer til begrepet *negative capability* hos Bion (1962). Parallelt drøfter Feldman *verdien i usikkerhet* (Feldman 2013). Begrepene beskriver terapeutens toleranse for den

smerten og forvirringen som regelmessig oppstår når klientens fortelling blir uklart eller emosjonelt utfordrende. *Negative capability* og *verdien i usikkerhet* er motsatsen til kognitiv lukning.

Gullestad bemerker at begrepsdannelsen i psykoterapifeltet ofte har et metaforisk preg, og typisk nok henter Bion begrepet *negative capability* hos den engelske poeten John Keats (1795–1821). Kahnemans studier av ulike typer bias og identifisering av de to «systemene» (en metafor) i vårt kognitive apparat er basert på enkle, kreative eksperimenter over et langt tidsrom. Hans begreper og funn utvider refleksjonsfeltet og gir rom for ny helhetsforståelse. Terapeutens tilflukt i System 1, som er «biased to believe», kan utløses av mange forskjellige forhold, av en forvirrende fortelling, av mengden informasjon, av utfordrende emosjonelle reaksjoner hos klienten samt av personlig usikkerhet og ulike «silent internal tasks» hos terapeuten (Fenichel 1946).

Spørsmålene er forskningens hovednæring. Fordi økt kunnskap øker grenseflaten mot alt vi ikke vet, blir *negative capability* dermed et helt nødvendig utgangspunkt. Et sentralt anliggende i vår artikkel er større åpenhet, gjensidig anerkjennelse og dialog mellom de psykoterapeutiske hovedretningene. Vi tror denne dialogen vil fremmes hvis kontaktflaten mellom klinikk og forskning øker (Castonguay, 2015).✘

## LITTERATUR

- Bion 1962. *Learning from experience*. London, Tavistock.
- Buechler, A. (2012). *Still Practicing*. New York: Routledge.
- Cherkasskaya, E, Wachtel, P.L. (2013). Integrativ psykoterapi – historie og nåværende status. I: Benum K, Axelsen E.D., Hartmann E. (red.). *God psykoterapi*. Oslo: Pax forlag: s. 50–81.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*.
- Feldman, M. (2013). The Value of Uncertainty. *The Psychoanalytic Quarterly*, 1, 51–61.
- Fenichel, O.(1946). The Psychoanalytic theory of neuroses. London.
- Levenson, E.A. (1988). The pursuit of the particular – on the psychoanalytic inquiry. *Contemporary Psychoanalysis*, 24:1–16.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ullberg, P. & Rønnestad, M. R. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 86–104.
- Nissen-Lie, H. A., Oddli, H. & Wampold, B. E. (2013). Fellesfaktordebatt på ville veier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(5), 489–491.
- Norcross, J. C., Goldfried, M. R. (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2<sup>nd</sup> edition). New York: Oxford University Press.
- Stricker, G. *Psychotherapy integration*. Washington, American Psychological Association, 2010.
- Wampold, B. (2009). *The Great Psychotherapy Debate*. New York: Basic Books.
- Wampold, B. (2010). *The Basics of Psychotherapy*. Washington DC, American Psychological Association.
- Wampold, B. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14, 270–277.

# Grenseland-barna

Barnevernsbarns behov for hjelp strekker seg på tvers av etater.



## ANNA CELINE RØSTBAKKEN

Psykologistudent og tidligere barnevernsbarn.

### BARNEVERN



I dag er det ikke lagt opp til at yrkesutøvere i systemet skal utføre noen form for primær-omsorg overfor den enkelte

**EN STOR ANDEL** av barn og unge som bor under offentlig omsorg, befinner seg i grenselandet mellom barnevern og psykisk helsevern. Tidligere i år la Regionalt kunnskapssenter for barn og unge frem en rapport som påpeker at svært få får behandling for sine psykiske lidelser, og hvorvidt hjelp blir tilbudt, synes ofte å bero på tilfeldige omstendigheter. Barneombudet slår nylig fast i sin rapport om tvangsbruk blant barn og unge at den samme gruppen er overrepresentert hva gjelder hyppig og omfattende bruk av tvang. Dette tegner et urovekkende bilde. Først og fremst fordi det trer klarere frem for oss at vi mangler fullstendig oversikt over et så betent og vesentlig område.

Problemet blir neppe løst av at barnevern og psykisk helsevern seg imellom foreslår løsninger og tiltak innenfor sine egne, avgrensede fagfelt, når den stykkevisse tenkningen i seg selv danner grunnlaget for problemstillingen. Bildet er uoversiktlig fordi rammene som skal utgjøre hverdagen til disse barna, ikke er sammenfattet nok. Alle er riktignok enige om at samhandling er veien å gå, men diskusjonen om hva samhandling skal være, har mer og mer dreid i retning av å handle om fordeling av ansvar. Ansvarliggjøringen skjer dermed på et nivå som avgrenser hjelpen på bakgrunn av virkeområder, og retter seg mot organisering av tjenester fremfor det enkeltes barn behov for hjelp. Således markeres grensene ytterligere, isteden for at vi forsøker å viske dem ut.

### MEDMENNESKELIG ANSVARLIGGJØRING

Å viske ut grenser vil innebære at hver instans utgjør en del av den helheten de faktisk skal representere i det enkelte barn liv. De som skal ivareta barnevernsbarna, må være i stand til å

ta hensyn til ulike faktorer på tvers av fagfelt, og deres behov må sees i forent sammenheng, som et liv. Det er mange ulike aspekter som må tas i betraktning, og fallgruvene er mange. Særlig fordi barnevern og psykisk helsevern skal virke som foreldreskap overfor en allerede sårbar gruppe med helt grunnleggende livsbehov på den ene siden, og behandle sammensatte og komplekse utfordringer på den andre. Tjenestene som skal ivareta disse behovene, er delt i to, uten at et slikt skille er hensiktsmessig for de som trenger hjelp.

Selv har jeg vært et barn i grenselandet mellom barnevern og psykisk helsevern. Det skulle imidlertid vise seg at min situasjon som et håpløst tilfelle ikke var så håpløst likevel. Vendepunktet inntraff da jeg møtte enkeltmennesker i systemet som valgte å gå langt utover sine stillingsbeskrivelser for å hjelpe meg, til tross for konsekvensene dette kunne medføre for dem. Jeg fikk et telefonnummer å ringe til, noen som ville møte meg for prat og kaffe, uten at dette ga vedkommende noen form for kompensasjon, annet enn at jeg var meg og at det var mer enn nok.

Opplevelsen av å være et menneske av betydning, som er verdt å elskes og bry seg om, er uvurderlig og livsviktig i en sunn utvikling av et barns liv og helse. Per i dag er det ikke lagt opp til at yrkesutøvere i systemet skal utføre noen form for primæromsorg overfor den enkelte, og det gis forholdsvis strenge restriksjoner for hvor langt de kan involvere seg. Barnevernsbarn må tvert imot ofte forholde seg til et stort antall personer, og mange opplever hyppige flyttinger og relasjonsbrudd. Dette gjør det vanskelig å begrense relasjonsskadene som mange har utviklet som følge av tidligere

omsorgssvikt. Det vanskelige spørsmålet blir da hvem som skal utfylle og ivareta behovene for genuin omsorg, nærhet og kjærlighet når verken barnevern, helsevesen eller opprinnelige omsorgsgivere er i stand til det.

Det bekymrer meg at diskusjonen på dette området til nå stort sett har vært fraværende. Samtidig vet vi at neglisjering av disse helt elementære omsorgsbehovene kan arte seg på ulikt vis hos barn, særlig med tanke på deres psykiske helse. Uten forståelse og kompetanse gis det grobunn for stadig større belastninger for den enkelte og en tilsvarende forlengelse av omsorgssvikten. Videre står vi i fare for å sykdomsforklare manifestasjoner av grunnleggende behov som ofte utelates i den nødvendige forståelsen av barnet. Dette resonnementet betyr ikke at disse barna ikke har reelle psykiske problemer eller lidelser. Mitt poeng er at dersom systemet ikke kan møte de grunnleggende behovene på en bedre måte, så kan vi heller ikke unnlate å trekke inn mulige konsekvenser i helhetsvurderingen.

### UHENSIKTSMESSIG BRUK AV TVANG

Det er bekymringsfullt at barnevernsbarn med psykiske vansker og lidelser blir utsatt for utstrakt bruk av fysisk tvang, ifølge den nevnte rapporten fra Barneombudet. Barna i dette grenselandet mellom barnevern og psykisk helsevern står midt oppe i et paradoks som vi ikke helt har kartlagt. På den ene siden står barnevernet. De skal dekke omsorgsbehovet og sørge for at barnet har et trygt og godt hjem. Innad i dette hjemmet vet vi imidlertid at de med ekstra utfordringer blir utsatt for mye tvang, på tross av at kunnskapen om psykiske lidelser er mangelfull. På den andre siden står psykisk helsevern. De har kompetansen, men holder seg som regel unna områder som ikke berører behandling. På samme tid overser begge instanser behovet for omsorg: barnevernet ved ikke i tilstrekkelig grad å møte behovene, psykisk helsevern som regner omsorg som barnevernets oppgave. I midten står barnet, i et hav av ulike instanser og tiltak, i fare for å oppleve neglisjering i alle ledd.

Dette må vi ta på alvor. Barna i dette grenselandet er en allerede utsatt gruppe, og sårbarheten har en tendens til å forplante seg videre i systemet uten å bli fanget opp. Problemet er ekstra viktig fordi barna står uten videre beskyttelse. Beskyttelsen er i dette tilfellet systemet, men også her avdekkes det stadig store hull. Blant annet ser man at informasjons-, klage- og tilsynssystemet er lite tilpasset og tilgjengelig for barn, noe som igjen truer deres allerede svake rettssikkerhet. Det er også bekymringsfullt at det ikke finnes noen samlet oversikt over hvor mange barn som utsettes for tvang. Barneombudet påpeker imidlertid at det finnes store variasjoner og ulik praksis ved ulike institusjoner. De som har en tendens til å bruke tvang, gjør det i stor grad. Dette vitner om at tvang ikke alltid brukes hensiktsmessig, men benyttes på grunnlag av tolkning av lov og kultur innenfor institusjonene. Er dette optimalt for barn med omfattende utfordringer, og med et stort behov for genuin omsorg og beskyttelse?

Svaret er selvsagt nei. Vi mangler diskusjon og redegjørelser om essensielle og grunnleggende spørsmål, vi mangler forent kunnskap på tvers av fagfelt, og vi mangler samhandling som faktisk er samhandling. Og sist, men ikke minst mangler vi brukerstemmen. Når fagfeltene forsøker å nærme seg problemet fra hver sin kant, blir det en nytteløs kompensasjon fordi det tar utgangspunkt i et liv uten helhet. Her trengs det imidlertid en medmenneskelig ansvarliggjøring. Både fordi det forutsetter den nødvendige samhandlingen, og fordi barn uten beskyttelse er helt avhengig av et system som ivaretar deres rettigheter, interesser og behov. ✕

## Debattert

# Pakkekritikk

**Pakkeforløp** Vår kritiker mener at ordet skurrer, selv om det er importert fra det danske helsevesenet. Han begrunner det med at «ingen liker å være en pakke». Det kan han ha rett i, men regelen for ordsammensetninger på norsk er at det siste leddet avgjør betydningen. Det medfører at et pakkeforløp er forløp, ikke en pakke, på samme måte som et hundehus er et hus, ikke en hund.

*Per Egil Hegge, Aftenposten 10. oktober*

**Ikke standard** Psykiske lidelser er komplekse størrelser, og hjelpen skjer i møtet mellom mennesker. Vi kan ikke systematisere oss bort fra det, og tro at kvalitet ligger i at alle får likt tilbud.

*Gøril Westborg Smiseth, Nordlys, 23. oktober*

**Trekk forslaget** Vi vil helst ikke tro at helseministeren ønsker å avskrive de siste tiårenes arbeid for brukermedvirkning og helhetsperspektiv i psykisk helse-tjenestene. Men da må han overbevise oss ved å trekke forslaget om pakkeforløp tilbake.

*Sigrd Ramdal i Dagens medisin 5. november*

**Vil ikke funke** Proffene kommer til å fortsette å jobbe for at alle barn og unge skal bli møtt av psykisk helsevern med verdiene medbestemmelse, ydmykhet, åpenhet og kjærlighet. Noe de tror kan bli vanskelig i pakkeforløp.

*Psykisk helseproffene, på Forandringsfabrikken.no, 5. november*

**REELT**  
Maktarrogansen  
i psykiatrien er  
dessverre altfor  
ofte reell, skriver  
psykologspesialist  
Liv Aalen.



FOTO: COUNSELLINGPIXABAY

## Å miste sitt barn til psykiatrien

Hva er psykologenes rolle i dagens psykiatri og hvor er deres stemme i denne viktige debatten?



**LIV AALEN**  
Psykologspesialist

PSYKIATRI

**TO FEDRE STO** i august og september frem i Aftenposten og formulerte sin dypt fortvilende erfaring med å se sine barn få «behandling» i psykiatrien. Den ene faren har mistet sitt barn til døden, den andre til psykiatrien. Psykiatere svarte – noen forsvarte seg, andre beklaget, noen var helt enige i den rammende kritikken av psykiatrien.

4. oktober sto et foreldrepar igjen fram i Aftenposten med nok en vond erfaring av å se sin sønn bli syk og møte et helsevesen som ikke hjelper dem. En ansatt i pårørende foreningen refererer i samme oppslag en forelder som sa: «det første sjokket var den psykiske lidelsen. Det andre sjokket var møtet med psykiatrien.» Einar Plyhn, som selv har stått fram med egen lignende erfaring, følger 11. oktober opp med et tragisk eksempel på en kvinnes møte med det samme behandlingsapparatet. Hun var innlagt i syv uker for så å

ta sitt liv. Hun hadde fått diagnoser og medisiner, men nesten ingen hadde snakket med henne, ingen kjente henne. Og jeg undrer: Hvor er psykologene? Hva er vår posisjon og vår stemme i dette? Hvem sitt ærend går vi?

Jeg sendte et innlegg til Aftenposten, men det kom ikke på trykk. Jeg så en liten sak i oktober i samme avis, skrevet av en psykolog som tok opp problemet med overmedisinering. Er det flere av oss som har prøvd det samme, og ikke blitt publisert, eller forblir vi i hovedsak tause – unnvikende?

### FRATATT LIVET

Disse fedrene setter ord på en smerte og erfaring som altfor mange kjenner seg igjen i. Disse stemmene er desverre toppen av et isfjell. Å miste et barn til psykiatrien kan være et enormt tap. Å være vitne til at ens barn har det vondt i åre-



vis, river i stykker hjertet og kan ødelegge historien man har hatt sammen, og selve gleden i livet omdannes til kronisk sorg, slik som disse fedrene og dette foreldreparet så hjerteskjærende beskriver i Aftenposten. Erfaringen hos mange er dessverre at psykiatrien bidrar til å forsterke smerten, mistenkeliggjøre omsorgen, undergrave håpet og kronifisere lidelsen. Barnet forsvinner mer og mer inn i et system hvor dets livsverden blir redusert til symptomer, diagnoser, patologi, antall medikamentdoser og bivirkninger. Foreldre mister det barnet de kjente. Som en far eller mor som elsker sitt barn, står de der, fratatt livet, men fortsatt i live. Det finnes ingen vei vekk, ingen lindring uten kanskje selvmordet, som mange i denne situasjonen har som en nødutgang i tanken. Samtidig som det er det siste de gjør mot sitt barn.

Som pårørende kom jeg selv i en i periode i berøring med den smerten disse foreldrene formidler. Solformørkelsen som den ene beskrirende kaller denne livsfølelsen, preget også mine dager. Som psykolog har jeg hørt utallige historier fra mennesker som har vært pasienter eller pårørende, og hvor historiene om de gode forløp dessverre fortsatt er relativt sjeldne.

### UNDERKOMMUNISERT FELT

Hvor alvorlig det er å miste et barn til psykiatrien, er sterkt underkommunisert både i fagmiljøer og i samfunnet for øvrig. Å bli fratatt verdighet og subjektivitet i det systemet som skal hjelpe en, gjør at livet blir uutholdelig. Svaret fra psykiatrien er at man mangler ressurser. Det er helt sikkert riktig. Men hovedproblemet er holdningen.

Maktarrogansen som den ene faren i Aftenposten forteller om, er dessverre altfor ofte reell. Det er som man mangler identifikasjon med det lidende mennesket, det være seg pasient eller pårørende. Det er som om denne identifikasjonen, som ligger dypt i vår menneskelighet, skyves bort. Er det for smertefullt å kjenne på? Blir fagfolk redde? Blir det for vanskelig å være faglig eller «nøytral»? Rører det opp i egen historie og smerte?

Det er ikke nye behandlingsmetoder som trengs. Man må lytte til den erfaring som pasienter og ikke minst pårørende har, og deretter møte psykisk nød og sårbarhet med identifikasjon og empati. Det er her hovedarbeidet må gjøres. Uten det er ekstra ressurser bortkastet.

Og jeg spør på ny: Hvor er psykologene i denne debatten? ✘



## Psykologforeningen velger utestengelse fremfor dialog

KAREN EIMOT og MADELEINE DALSKLEV

Fagpolitiske rådgivere i Psykologiforbundet

### MEDLEMSKRITERIER

**PRESIDENT** Tor Levin Hofgaard mener i novemberutgaven av Psykologtidsskriftet at Psykologiforbundet er selektive i sin lesing av EFPAs regelverk, og gir oss en leksjon i hvordan regelverket kan brukes til å rettferdiggjøre den snevre norske representasjonen i den europeiske psykologiplattformen. I sin iver etter å finne argumenter for at kun profesjonsutdannede bør inkluderes, glemmer Hofgaard imidlertid å nevne at EFPAs regelverk åpner for delt representasjon mellom Norsk Psykologforening og Psykologiforbundet. Dette fremkommer tydelig i artikkel 5.4.1, som sier:

In countries where more than one national association exists or where a national association that was previously admitted as member is no longer able to represent the maximum number of psychologists as required by article 5.1.2, the Federation will support the formation of a national federation (or network) to which the membership can be transferred.

Hofgaard argumenterer videre med at EFPA er en *psykologforening*. Problemet i Norge er at begrepet «psykolog» kun er forbeholdt de med en klinisk profesjonsutdannelse. EFPA er derimot tydelige på at «psykologer» ikke kun er spesialisert innenfor det kliniske, men også omfavner andre felter slik som organisasjonspsykologi og utdanningspsykologi. Det er også nevneverdig at EFPAs kvalitetssikring og sertifisering av psykologutdannelse (EuroPsy) er basert på et bachelor–master-løp i psykologi som i flere land leder til tittelen «psykolog».

EFPA skal jobbe for å fremme psykologifaglig mangfold og utvikling. Gjennom organisasjonens visjon og statutter er det åpenlyst at norske master- og doktorgradsutdannede i psykologi bør inkluderes. Problemet ligger altså ikke hos EFPA.

NPF hevder at foreningen skal være en pådriver for å opprettholde bredden i faget, samt fremme forskning og utvikling. I tråd med dette kunne ledelsen ha valgt å åpne for en dialog med Psykologiforbundet vedrørende en delt norsk representasjon i EFPA. Isteden velger foreningen dessverre å stenge døren for en stadig større gruppe profesjonelle norske psykologutøvere. Om Hofgaard ønsker en styrking av psykologien som fagfelt og profesjon, er ikke utestenging og mangel på dialog om løsningsforslag veien å gå. I stedet kreves en diskusjon om hvordan best få representert et mangfold av norske psykologutøvere internasjonalt. ✘



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

# Håpets tog

Kjære politikere og psykologkollegaer. Ta godt imot barna! Ta ekstra godt vare på barn og ungdom som har forlatt sine hjem, fareutsatte og uten ansvarlige omsorgspersoner.

**JEG ER I** Wien som Psykologforeningens representant i den europeiske psykologiføderasjonens (EFPA) menneskerettighetsutvalg. Utvalgets oppgave er å tydeliggjøre forholdet mellom psykologi og menneskerettigheter, og øke bevisstheten om hvordan psykologer kan fremme menneskerettigheter og forhindre, og lindre konsekvensene av, menneskerettighetsbrudd.

Vinterkulden er i ferd med å legge seg. Fra mitt hotellrom i 16. etasje har jeg utsyn over storbyen og Wiens nye sentralbanestasjon. Det er langt ned til gateplanet der reisende beveger seg i et landskap av stål, betong og asfalt. Et lite areal avgrenset av togstasjonen, en byggeplass og tett biltrafikk skiller seg ut. Her går folk mellom telt, campingvogner og containere. En flyktningleir i hjertet av Wien, plassert i og ved stasjonen som i fugleperspektiv ser ut som en hånd som samler et knippe av jernbaneskiner. Ankomst og avgang for reiser til hver krik og krok av Europa, også Norge.

Den midlertidige leiren kalles «Train of Hope». Det hele startet med en student og en Facebook-melding i slutten av august: «Jeg er her på stasjonen med noen venner. Jeg tror de trenger litt hjelp.» Når jeg nå går gjennom leiren 2½ måned senere, er det et mylder av flyktninger og frivillige. Studentene har fått selskap av hjelpeorganisasjoner og frivillige i alle aldre. Halvparten av leiren er utendørs, resten er i stasjonsbygningen, med de østerrikske jernbanemyndigheters velsignelse. Inne finnes matstasjoner, flere bord med sjakkspill. Under skiltet «Legal advice» sitter en ung jurist. Én selger kontantkort, andre tilbyr helsetjenester.

## **KJAPPESTE SYKEHUS I VERDEN**

«Jeg meldte meg like etter at leiren ble etablert. Er det bruk for en psykoterapeut?» spurte jeg, forteller terapeuten som hjelper dem som er på en usikker reise mellom tap, sorg, frykt og håp. «Ja, her er en pasient. Du bare roper etter en oversetter. Hvis du trenger en doktor, roper du igjen. Alt vil ordne seg», var svaret. «Og det gjorde det. Vi er det kjappeste sykehuset i verden.»

Innimellom bistår hun frivillige som er overveldet av inntrykkene. Hele flyktningleiren er kjapp, etablert på spontan medmenneskelighet

og frivillighet, godt hjulpet av et mer velvillig politisk klima enn det som finnes mange andre steder i Europa. Det er kummerlig materielt, men en aura av vennlighet og respekt hersker i leiren hvor folket, ikke regjeringer, har satt håpets tog i bevegelse.

I skarp morgenluft passerer jeg flyktningleiren på vei til dagens møte. Ett av punktene på agendaen er nettopp å lage et drøftingsnotat til EFPA angående flyktningssituasjonen i Europa. På det kalde fortauet skifter en mor bleier på barnet sitt. Hun er erfaren og effektiv i bevegelsene. Det knyter seg i magen. Jeg kan ikke unngå å tenke på min datter og hennes lille, og hvor ulike utgangspunkt de to ettåringene har for sine respektive livsreiser. Men, jeg får også med meg varheten i morens morgenstell, og hvordan ansiktet smelter i et smil når barnet pludrer. Barnet er i det minste sammen med sin mor. Det er verre med dem som er alene og ubeskyttet.

#### JEG VIL ROPE UT

Her kommer jeg til budskapet som jeg vil rope ut, helst over høytaleranlegget til Wien Hauptbahnhof med direkteoverføring til nasjonalforsamlingene i Europa, til EU-parlamentet og med en ekstra kobling rett inn i ørene på Erna Solberg, statssekretær Jøran Kallmyr og FRPs nestleder Per Sandberg: Ta godt imot barna! Ta vare på dem, og ta ekstra godt vare på barn og ungdom som har forlatt sine hjem, fareutsatte og uten ansvarlige omsorgspersoner. Gjør mot dem som du ville gjort mot dine egne barn. Et barn er et barn er et barn, roper jeg, et spontant tyveri fra Gertrude Steins dikt om hva en rose er. Dere må forstå at trygghet og god behandling er en vinn-vinn-situasjon! Det vi gir til et barn, gir barnet videre og tilbake.

Kanskje svarer Kallmyr som han gjorde i et TV-intervju i høst, at disse ungene har tatt seg fra Syria, Somalia eller Afghanistan, kommet seg gjennom Europa og over grensen til Norge. Da gjør det ikke noe om de må vente litt på mat og anstendig husvære. Underforstått, det er ikke noen vanlige unger vi snakker om her, det er tøffinger som er vant til litt av hvert. Da vil jeg først spørre hva han og likesinnede ville gjort hvis deres egne barn hadde vært utsatt for noe belastende, farlig og utmattende langt bortenfor forelderens omsorg. For barn på flukt og våre egne barn har samme grunnleggende

behov. Så vil jeg si at nettopp fordi det har vært farlig og strabasiøst, blir det desto viktigere å ta dem godt imot, med varme og omsorg. Jeg vil fortelle han at selv om barna dessverre har opplevd litt av hvert, betyr ikke det at deres kropp og sinn er som hos voksne. Barn er under utvikling og formes av sine erfaringer, gode som vonde. Å holde en tøff og restriktiv linje vil si at mottakslandet viderefører magre utviklingsbetingelser. Barna lærer at i en hard verden er det kamp og overlevelse som gjelder. Utvikling av medfølelse, samarbeid og læreevne får dårligere kår. De er barn, som når de blir voksne, vil gjøre som de voksne engang gjorde mot dem.

#### IDEALER SETTES PÅ PRØVE

Ikke alle enslige mindreårige kan, eller bør, få et varig hjem i Norge. For noen er det best å returnere til eget land og familie. Men det *må* være slik at mottakslandene følger sine juridiske og konvensjonsbestemte forpliktelser. Idealene settes på prøve først når det røyner på. Barnekonvensjonens Artikkel 20 sier at barn som er uten familiemiljø, har særlig rett til beskyttelse og omsorg. Artikkel 22 skal sikre at barn som søker flyktningstatus, eller som anses som flyktninger, får nødvendig vern og humanitær hjelp. Barnekonvensjonens sentrale prinsipp er at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn i beslutninger som angår barnet. Avgjørelser om hva som er barnets beste kan ikke overlates til utlendingsmyndighetene og jurister alene. Psykologers kunnskap har en naturlig og nødvendig plass i barnets beste-vurderinger.

Og hva med direktelinjen til Per Sandbergs øre? Jo, dit går mitt budskap om at medmenneskelighet og hjelpsomhet skal hylles, ikke hånes. Folkene som brettet opp ermene for å hjelpe flyktningene, mens politiske løsninger lot vente på seg her i Norge, er av samme støpning som hjelperne på togstasjonen i Wien. Dette er mennesker som handler ut fra en forståelse av at vi i bunn og grunn er like, kun født inn i ulike omstendigheter, som de to ettåringene jeg har skrevet om. Hver hjelpende hånd, hvert vennlige smil oljer hjulene på Håpets tog. ✕

*Kerstin Sæderström*



Hver  
hjelpende  
hånd, hvert  
vennlige  
smil oljer  
hjulene på  
Håpets tog

# Inntrykk



- Vi ser at en del sakkyndige  
gjør mye rart, sier psykolog  
og forfatter Pål Grøndahl

# - Sa ja til å undersøke massemorderen

24. juli ble Pål Grøndahl spurt om å gjøre en prejudisiell observasjon av Anders Behring Breivik, ifølge ny bok. Hvorfor ble det ikke slik?

**PSYKOLOG PÅL GRØNDAHL** og jurist Ulf Stridbeck er ansvarlige for læreboken «Rettspsykiatriske beretninger» som slippes i disse dager.

- Der var du igjen, denne gangen med bok. Onde tunger lurar på hva det er du har spisskompetanse på til å mene noe sterkt om denne gangen?

- Vel. Jeg takker nei til mange spørsmål fra journalister, det får neppe mange med seg, for eksempel spørsmål om isbilen er et stressmoment når den kommer plingende søndag morgen. Rettspsykiatri har jeg jobbet med fra jeg startet som psykolog, og jeg mener at jeg har en viss kunnskap om det, svarer Pål Grøndahl.

- Du skriver i denne nye boken om rettspsykiatri at du ble spurt om å gjøre en prejudisiell observasjon av Anders Behring Breivik to dager etter terroren 22. juli 2011. Hva skjedde?

- Jeg ble oppringt om dette og svarte selvsagt ja. Jeg sa også at ut fra den prejudisielle observasjonens formål kunne jeg ikke se at det var nødvendig. Formålet er formelt sett å avklare om det er behov for en fullstendig erklæring. I dette tilfellet var jeg ikke i tvil om at denne mannen måtte igjennom en fullstendig observasjon. Derfor så jeg ikke behovet for å anbefale noe annet enn at de gikk rett på en full observasjon så fort som overhodet mulig. Hadde påtalemyndigheten likevel ønsket en prejudisiell observasjon, hadde jeg selvfølgelig tatt oppdraget.

Noen mente det var en nasjonal skandale at det ikke ble gjort, skriver Grøndahl i boken.

- Hva gikk vi glipp av når ingen undersøkte Breivik på et så tidlig tidspunkt?

- Det får vi ikke vite. Man gikk glipp av en vurdering tidsmessig nærmere handlingen, »

## TEKST

Øystein Helmikstøl

## FOTO

Kristin Svorte



NY BOK Psykolog Pål Grøndahl og jurist Ulf Stridbeck kommer med bok om rettspsykiatri.

men nå var det veldig mange vurderinger i den saken, så jeg tviler på at nok en vurdering ville ha endret substansielt på hva som ble utfallet.

– Ønsker du flere prejudisielle observasjoner som «ferskvareundersøkelser»?

– Det er en mulighet vi absolutt bør drøfte. I Sverige bruker man tilsvarende undersøkelser oftere enn i Norge. Det er jo unektelig et poeng å komme tidligere til. Slik «miniobservasjon» krever ingen rettslig oppnevning av sakkyndige. Det krever mindre byråkrati og er en rask undersøkelse. Jeg har skrevet om det i doktoravhandlingen min. Det viser seg at ordningen fungerer etter hensikten. Men om det er «ferskvare» man er ute etter, må det være tydelig uttrykt at det er det som er ønsket.

Forfatterne siterer pioneren i norsk rettspsykiatri Paul Winge (1857–1920), som mente at dilemmaene mellom juss og rettspsykiatri blant annet er hvem som skal ta den faktiske avgjørelsen om eventuell utilregnelighet. Hva mener Grøndahl svaret er på det?

– Domstolene. Det har Tilregnelighetsutvalget presisert. Utvalget åpner for et system hvor de sakkyndige skal besvare en del spørsmål som ikke er helt de samme som domstolene skal svare på. I en del tilfeller kan det ha virket som at rådgiverne nærmest besluttet dette for retten. Etter 22. juli-saken har vi fått en økt bevisstgjøring av sakkyndigrollen. Vi er rådgivere for retten. Vi gir veiledning. Likevel ser jeg jo i en del erklæringer at den sakkyndige mener å vite «svaret».

– Det hender at rettspsykiatri blir diskutert heftig. Du skriver at det debatteres med repeterende argumentasjon. Hvilke nye argumenter har du?

– Min kjerneidé for rettspsykiatri i dette landet er i alle fall å få det inn i mer akademiske rammer. Det har vært en mangel.

– Rettspsykiatri er «knappt en akademisk faggren», står det i boken. Hva er problemet med det?

– Det er et fagfelt som jeg vil påstå har store konsekvenser for dem det gjelder: observandene. Det finnes et professorat for rettspsyko-

logi i Trondheim. Men for øvrig har ingen av universitetene noe profesorat verken for rettspsykiatri eller rettspsykologi. Økt akademisering, økt kunnskap, vil redusere feilslutninger og folklore som måtte oppstå blant sakkyndige. Ikke fordi folk er udyktige. Men fordi vi kanskje ikke har et oppegående forskningsmiljø som kan fortelle hva som faktisk gjelder. Vitnepsykologifeltet kom med full kraft da det kom en lærebok om emnet, skrevet av Svein Magnussen. Boken blir brukt, og jeg vil påstå at den reduserer feilslutninger. Vi ser at en del sakkyndige gjør mye rart. De fleste er samvittighetsfulle og ambisiøse. Men de baserer seg i en del tilfeller på mangelfull kunnskap, og på feil kunnskap. Veldig mye innenfor dette lille, men viktige fagfeltet er basert på tradisjon og ikke nødvendigvis på oppdatert empirisk kunnskap. Rettspsykiatri har lenge vært dominert av et lite antall sterkt meningsytrende mennesker.

**– Hvorfor tar eksperter feil?**

– Mennesker er dynamiske. Det er vanskelig å forutse hvilken atferd de vil ha. Det er så mange variabler som kan bestemme det. Det er ikke som med meteorologi, som baserer seg på statistiske modeller, som er forutsigbare. Mennesker er ikke så forutsigbare. Ergo kan eksperter ta feil. Særlig galt kan det gå når vi blir skråsikre, og når vi ikke drøfter usikkerhetsmomenter i vurderingen vår. Hvis vi åpner for å drøfte også usikkerhet i erklæringer, så gjør vi en bedre jobb for beslutningstakerne.

**– Dere skriver om Vidkun Quisling. Hva var svakhetene med den prejudisielle observasjonen av ham?**

– Det er ikke sikkert at det var noen svakhet ved selve observasjonen. Svakheten var at premissene ikke ble levert til oppdragsgiveren. De skriver bare kort at de ikke finner at Quisling, i datidens terminologi, var sinnssyk. Men hvor ble premissene av? Hvor mange timer hadde man undersøkt vedkommende? Hvilke temaer hadde man drøftet? Hva var det som gjorde at man fant at vedkommende ikke led av noen form for realitetsbrist? Nå hang alt på de sakkyndiges troverdighet. «Fordi vi har snakket med ham, så kan vi konkludere med en eller to setninger at han var ikke psykotisk. Punktum.» Det er helt umulig for andre å etterprøve det.

**– Så Quisling burde kanskje ikke blitt henrettet. Tror dere at han var utilregnelig?**

– Da leder du meg til en annen kjepphest: Fjerndiagnostisering. Jeg har aldri snakket med Quisling. Jeg konstaterer at tre professorer i psykiatri har en oppfatning om hans tilregnelighet. Jeg har hele tiden nektet å uttale meg om Breiviks tilregnelighet. Det samme gjelder for Quisling.

**– Du skriver om Quisling og Anders Behring Breivik i samme kapittel og avslutter kapittelet med refleksjoner om Quisling og tidsånden. Hva vil du egentlig si?**

– At vi ikke skal kimse av uttrykket «tidsånd». Vi er påvirket av kulturelle strømninger. Det gjelder også sakkyndige. Vi er ikke laget av plattikk. Vi må være bevisste på at vi er påvirkbare for den tiden vi er i. Vi har en tendens til å løpe i flokk. Ikke minst har jeg sett at journalister løper i flokk i en del saker. Dette kan også gjelde sakkyndige i en opphetet sak.

**– Folk som får to eksemplarer av boka deres til jul, hva bør de bytte den med?**

– Boka om Birgitte Tengs-saken, som nylig er kommet ut. Eller Dan Josefssons bok om Sture Bergwall, selv om jeg ikke liker tittelen *Mannen som sluttede ljuger*. Jeg er usikker på om mannen har sluttet med akkurat det. ❌

## Ferskvare



### Relanserer tidsskrift for nevro-psykologer

«Nevropsykologi» er navnet på nivå1-tidsskriftet som tok en pause i 2014, men som nå har oppstått

i ny drakt. Ansvarlig redaktør er Kjell Tore Hovik og tidsskriftet utgis av Norsk Nevropsykologisk Forening, som teller 365 medlemmer.

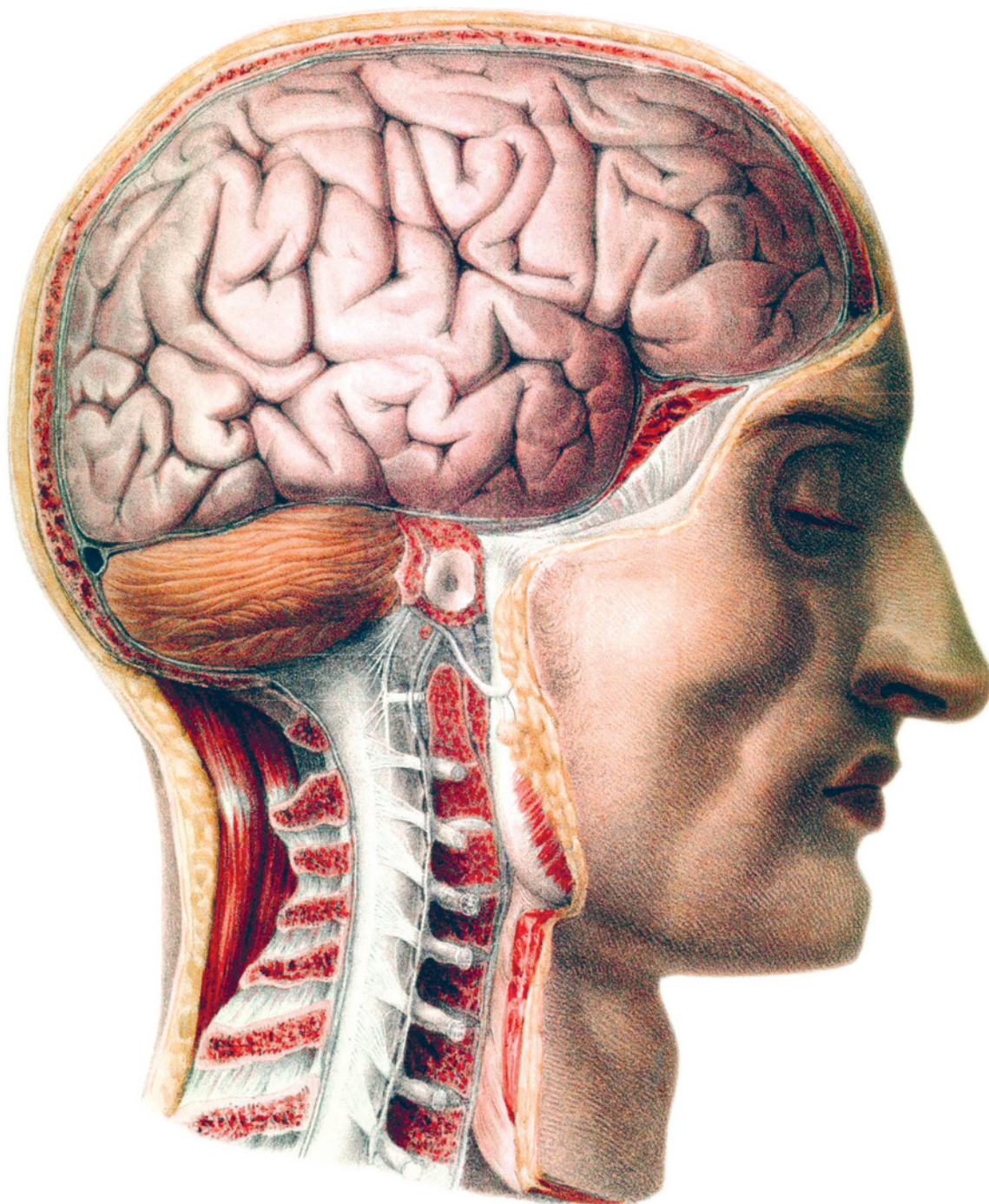
I årets første utgave kan man blant annet lese vitenskapelige artikler om visuell oppmerksomhet sett fra et matematisk og genetisk perspektiv og utvikling av nevrokognitive vansker hos førskolebarn som ble eksponert for metadon i svangerskapet. Jens Egeland er vitenskapelig redaktør i tidsskriftet.



### P for psykologi

I Danmark har psykologene fått et nytt månedlig fagmagasin med ny profil. Tidsskriftet heter ganske enkelt «P» og utgis av Dansk

Psykolog Forening. Tidligere het tidsskriftet «Psykolog Nytt» og kom ut hver fjortende dag. I statuttene heter det: «Vi er et journalistisk båret magasin med et unikt stofområde, der sætter fokus på, leverer viden om, perspektiverer og bidrager til en nuanceret debat om psykologiens betydning i alle dele af samfundet og for samfundslivet.» Det har kommet ut fire utgaver siden omleggingen og opplaget er på rundt 9000 eksemplarer. I det nyeste magasinet kan man blant annet lese et langt intervju med den norske psykologen Cecilie Skule som er avdelingssjef ved voksenpsykiatrisk avdeling (Vinderen) ved Diakonhjemmet sykehus. Utgaven tar også opp problemer knyttet til brukeres datasikkerhet hvis psykologer eksempelvis bruker Dropbox eller andre skytjenester til å lagre taushetsbelagte journalnotater.



**VITENSKAPENS DRIVKRAFT** Frank pretenderer å være nysgjerrig, men lengselen etter endelige Svar overdøver fascinasjonen for problemene som er vitenskapens drivkraft, skriver Markus Lindholm i dette bokessayet. Illustrasjonen av hjernen er hentet fra Jean-Baptiste Marc Bourgerys atlas over den menneskelige anatomi, *Traité complet de l'anatomie de l'homme comprenant la médecine opératoire* (1832-1854), og er utført av Nicolas-Henri Jacob.



# Revolusjonen er avblåst

Med boken *Den Femte Revolusjon* oppsøker Lone Frank hele knipper av sentrale menneskelige spørsmål, og besvarer dem alle i lys av moderne nevrovitenskap. Men mye tyder på at boken ble gitt ut for tidlig og kommer ut for sent på norsk.

**TEKST** Markus Lindholm

**H**va skjer med menneskesinnet når det oppnår en fullstendig forståelse av seg selv? Les den setningen en gang til. Kan du forestille deg en tilværelse der det ikke lenger finnes noe å undres over? Et liv uten tvil eller nye spørsmål, der man vet alt som i det hele tatt kan vites? Lone Frank ser ut til å klare det, og lar setningen flagge boken *Den Femte Revolusjon – Mennesket i hjerneforskningens tidsalder*, som nå foreligger på norsk. Frank har opparbeidet seg et renommé som vitenskapsjournalist både i Danmark og i andre land, og boken fikk sjenerøs omtale da den kom i 2007.

Boktittelen knytter an til de vitenskapelige revolusjonene som særlig Kopernikus og Darwin assosieres med. Og skal vi tro Frank, er nå en femte her: erkjennelsen at alle bevissthetstrytninger er effekter av aktiviteten i nevralt nettverk, og at vi bør betrakte «alle våre menneskelige evner og særtrekk som rene prosesser i hjernen», som det heter på omslaget. Frank lar nøkkelbegreper som «jeg», «empati», «gud», «lykke», «handel», «løgn» og «frihet» gi retning til de ulike kapitlene, og søker å vise hvordan alt dette nå kan gis tilfredsstillende forklaringer innenfor en nevrofysiologisk rammeforståelse. Ifølge Frank er «hjernen sakte, men sikkert i ferd med å bli (...) endestasjon for alle spørsmålene vi stiller om menneskets natur og eksistens» (s. 17).

## NÅR HJERNER LAGER GUDER

Det er de nye skanning metodene (MR, EEG og PET) som har hovedæren for det gjennombruddet Frank skriver om. Og hun gir en rekke frapperende eksempler på hvordan følelser og sinnstemninger påvirkes av hormonelle kretsløp. Blant annet tar hun frem studiene til Paul Zak og Ernst Fehr, som oppdaget de mentale virkningene av oksytocin (s. 181–184). Graden av tillit i et samfunn ser faktisk til en viss grad ut til å være korrelert med nivåene av østrogenlignende stoffer i miljøet og i kostholdet, som stimulerer dannelsen av oksytocin-reseptorer i hjernen. I MRI-overvåkede spillforsøk, der investering av kapital versus graden av tillit til motspilleren sto sentralt, ble et spesifikt område i hjernen (*nucleus caudatus*) aktivert hos begge deltakerne når tilliten var høy. Det samme området aktiveres når man har en eller annen form for belønning i utsikt, og Frank slutter av dette at også sosiale egenskaper som tillit i virkeligheten beror på hjernens forventning om belønning, som reguleres i et samspill mellom *nucleus caudatus* og oksytocin. Hun skriver underholdende om «gudehjernen» som Michael Persinger konstruerte for å vise at religiøse følelser er assosiert med tinninglappen (*lobus temporalis*). Anelseløse forsøkspersoner ble overrumplet av mystiske åpenbaringer når disse områdene ble stimu-



### LONE FRANK

*Den Femte Revolusjon. Mennesket i hjerneforskningens tidsalder.*  
Spartacus Forlag  
2015, 284 sider



lert, og Frank spør seg om enkelte former for epilepsi kan ha vært drivere for skikkelser som Mohammed, Paulus eller Buddha. Kanskje blir også enkelte av samtidens profeter lettere å forstå i et slikt perspektiv. Gjennom slike og andre eksempler søker Frank å vise at det vi erfarer som bevissthetens ytringer, beror på aktivitetssendringer i hjernens ulike nervesentre, og at «rasjonalitet og logisk beregning er en tynn ferniss som blir smurt utenpå en rekke automatiserte reaksjoner» (s. 178).

### EN FEMTE REVOLUSJON?

Nå er ikke oppfatningen av at hjernen selv «produserer» personligheten og sinnet, noen ny tanke. Allerede Charles Darwin spekulerte på om hjernen var en kjertel som skilte ut tanker slik nyrene skiller ut urin, og gjennom det 20. århundre ble det utgitt flere bøker som beskrev bevissthetens ytringer som nevro-hormonelle responser. Frem mot årtusenskiftet, da Francis Crick skrev at *you're nothing but a bag of neurons*, ble særlig genomet ansett som den ultimate kilden til bevissthet og sinnets ytringer. Så når Frank hevder at Gud sitter i tinninglappene, lykke i venstre prefrontale (s.118), rasefordommer fyres i amygdala (s. 144) og nysgjerrighet skyldes hippocampus (s. 186), så er det egentlig ingen revolusjon, men en spesifisering av et vel etablert synssett.

Åtte år går likevel fort på et forskningsfelt som er så hett at fjorårets publikasjoner allerede er forbi toppen av siteringskurven. Mye tyder på at boken ble skrevet for tidlig og kom ut for sent på norsk. Fallhøyden kan bli stor for den som varsler en revolusjon. Og Franks tiltro til nevrovitenskapens forklaringskraft er absolutt – det er derfor hun spør seg om hvordan tilværelsen kommer til å arte seg når de siste spørsmål er besvart. Men det har hun egentlig hatt god tid til å øve seg på, for ifølge boken er hun «Danmarks mest troende ateist» (s.30), og det er neppe noe egnet jordsmonn for gravende spørsmål. *Den Femte Revolusjon* er slik sett en variant av John Horgans «The End of Science» fra 1996, som mot et bakteppe av absolutt scientisme hevdet at tiden for de store spørsmål var forbi.

Nå fikk jo for øvrig den litt utslitte ånd/materie-diskursen som Frank innretter teksten etter, faktisk en viss forløsning de selvsamme årene hun antageligvis gikk svanger med det aktuelle bokprosjektet. For i 2004 publiserte forsker-

gruppen til Michael Meaney ved McGill University de første studiene om hvordan maternal omsorg induserer nevralt epigenetiske endringer som påvirker atferden til avkommet senere i livet – publikasjoner som for lengst har flere tusen siteringer, og som slår bærekraftige bruer mellom sjelens rike og nevrovitenskapen, uten å måtte redusere det ene som en effekt av det andre. Frank fikk riktignok med seg de første studiene, men uten å øyne rekkevidden. Den er trolig mer synlig i dag, da atferds-epigenetikk har vokst seg til et vitalt og produktivt fagfelt, og det er synd at hun ikke benyttet anledningen til å oppdatere boken i anledning av den norske utgivelsen.

### ENKLE SVAR PÅ KOMPLISERTE SPØRSMÅL

*Den Femte Revolusjon* illustrerer først og fremst hvilke problemer som oppstår når man bruker vitenskapelige funn i ideologiske stillingskriger. For Lone Frank oppsøker gjennom hele boken eksempler som underbygger den underliggende oppfatningen hennes. Enten spørsmålet gjelder etikk eller penger, Gud, lykke eller frihet, så handler svarene om aktivitetsnivået i synapser og nervesentre, der ateismen hennes blir en litt irriterende hemske for leserens egen tankeflukt. For i likhet med andre totalforklaringer ønsker også ateisten enkle svar, i en verden der ting stemmer.

Men en slik verden er ikke ubetinget vitenskapens verden. Mange tror nok at motsetningen mellom vitenskap og religion handler om gudsproblemet. Men motsetningen handler egentlig om skepsis. Det troende sinn misliker skepsis. For den troende er fargene tydelige, følelsene distinkte og begrepene entydige. Vitenskap er motsatt. Vitenskap er skepsis satt i system – en tvil om hvorvidt forrige setning var helt dekkende. Derfor unngår den troende både vitenskap og filosofi og har motvilje overfor begrepens mulige tvetydighet. I denne forstand er *Den Femte Revolusjon* en religiøs bok, som unngår kompleksitet og paradokser. Samtidig øker risikoen for å forveksle korrelasjon med årsak. Når både tettheten av stork og antallet fødsler endrer seg, er det fristende å lese inn en kausal sammenheng som ikke finnes. Riktignok viser Frank også eksempler som sannsynliggjør årsaksforhold, men langt de fleste forblir i det uvisse, og Frank overselger dermed mange av de i og for seg fascinerende studiene hun bygger teksten på.

Og dette gjør Frank til en dårligere formidler. For med en så eksplisitt pseudoreligiøs ramme låser eksemplene hennes mer enn de åpner. I stedet for å vekke nye spørsmål lukker hun verden og gjør at leseren etter boken er mindre nysgjerrig enn han var. Det har muligens også uroet henne selv. Men hennes løsning har vært å sprite opp teksten ved å småprate med ledende hjerneforskere, som «snerrer irritert» eller svarer «slepene», mens det slurpes cola, ristes på fyldige hårmanker og gestikuleres ivrig – i margen krydret med Franks intimiserende metabetroelser. Og når hun så kler opp teksten med lettbenete henvisninger til alt fra orakelet i Delfi, Platon og Aristoteles til den hellige gral, Kant og Dostojevskij, oppleves lesingen tidvis som en nesten tre hundre siders Det Nye-artikkel av typen man fikler med på tannlegens venteværelse.

Det manglende blikket for tvetydighet viser seg også i det ovennevnte oksytocin-eksempelet. Frank skriver at oksytocin gjør folk mer «tillitsfulle», basert særlig på Paul Zak, som fant en slik effekt ved å spraye oksytocin inn i nesene på forsøkspersonene. Zak er imidlertid en ganske kontroversiell fyr, som har lansert en del aparte bio-totalitære teorier om en sivilisasjon der verdensfreden skal sikres ved store mengder nesenspray – en fremtid Frank for øvrig slett ikke er fremmed for. Men en rekke studier har nyansert betydningen av oksytocin og vist kompleksiteten også i dette tilfellet (se for eksempel studiene av James Goodson, Sina Radke, Patricia Churchland og Piotr Winkielman). Virkningen er åpenbart mer kontekstavhengig enn først antatt, og kan også være det motsatte av hva Frank skriver. Blant annet kan oksytocin øke aggressiviteten, svekke rettferdighetssansen og bidra til konflikt mellom inn- og utgrupper. Og akkurat som oksytocin er mangetydig, er selvfølgelig også begrepet tillit det. Å gi en dekkende analyse av et slikt begrep er i realiteten knapt mulig. Men igjen styrer Frank unna slike interessante dilemmaer. Hun flagger aldri tvil om hva det betyr, spør ikke om det overalt er ett og samme sak, om det har ulike valører, eller om spilltekniske regler på Ludo-nivå (slik det ble brukt i Zaks forsøk) i det hele tatt er egnet til å forstå det – eller om tillit for den saks skyld overhode kan kvantifiseres.

### SELVREFERANSE-PROBLEMET

Det finnes imidlertid også andre problemer knyttet til Franks prosjekt. Et av dem er at hun lukker øynene for selve grunndilemmaet knyttet til fenomenet bevissthet. Bevissthet skiller seg fra alle andre fenomener ved at det ikke kan forestilles når det skal undersøkes, simpelthen fordi det er forutsetningen for forestillingen. Bevissthet er ikke et fenomen blant fenomener, men tvert om det som gjør fenomener til erfaringer og begreper; det er ikke en følelse blant følelser, men den erfaringsdimensjonen som gir rom for at følelser overhodet kan ha være. På sett og vis kan man derfor bare indirekte bli oppmerksom på bevissthet, ved å vise til alt det *ikke* er. En av bevissthetsforskerne ved UiO, Sebastian Watzl, har poengtert at bevissthetsproblemet kanskje blir lettere å se om man kompletterer ordet med *oppmerksomhet*: Bevissthet er oppmerksomheten som gjør at noe i det hele tatt *blir* et spørsmål, et svar, et begrep eller en opplevelse. Og dette gjør all erfaring til et førstepersons-problem. Det er derfor filosofer som Espen Hammer kan skrive at mennesket er «dømt til friheten». Lone Frank overser denne formidable vanskeligheten, selv om hun her og der illuderer kjennskap til buddhisme, hvor nettopp dette bevissthetsparadoks er et sentralt motiv. Om man glemmer førstepersons-perspektivet, kan man analysere all verdens hjerner, kanskje



Frank går, i likhet med en del andre med overaktive *lobus temporalis*, med begge bena i selvreferansefella





Lone Franks bok ender i en fremtidsvisjon der alle takket være medikamenter er pseudolykkelige uten å uroes over noe som helst

til og med som kausale forløp, og tro seg tilfreds med slutningene. Men i så fall blir Lone Frank og alle hennes tanker og ideer også en slik kausal hendelse. Hun skriver det hennes hjerne byr henne å skrive, ut fra de fysiologiske forutsetningene som var til stede der og da. Og da finnes det ikke lenger noe rasjonelt grunnlag for å vurdere slutningenes troverdighet. Frank går, i likhet med en del andre med overaktive *lobus temporalis*, med begge bena i selvreferanse-fella.

Frank tangerer riktignok problemet, som når hun skriver om «biologiens hittil snedigste påfunn, nemlig en frigjøring fra biologiens egne begrensninger» (s. 145), når hun skriver at «du lyver kanskje, men hjernen din lyver ikke» (s. 232), eller når hun foreslår å erstatte forestillingen om fri vilje (som hun ikke uventet vender tommelen ned for) med selvkontroll. Slik avslører hun at førstepersons-problemet ubemerket sitter på ryggen av teksten som nissen på lasset hele tiden. For selvkontroll er en kontant erfaring av bevissthetens paradoks, i kraft av å være oppmerksomhetens intervensjon overfor sinnets umiddelbare ytringer. Men Frank overser hvor ødeleggende dette meta-perspektivet er for det enkle universet hun selv prøver å selge inn, der alt er konsistent og det ikke er rom for flertydighet.

#### HVA ER GOD FAGFORMIDLING?

Fagformidling og popularisering blir stadig viktigere, og Franks bok tydeliggjør et par premisser. Det viktigste er at formidleren interesserer seg like mye for fagets spørsmål som for fagets svar. For det ligger i vitenskapens egenart at alle svar i en viss forstand er foreløpige. Og det er her Frank svikter – hun pretenderer å være nysgjerrig, men lengselen etter endelige Svar overdøver den fascinasjonen for problemene som er vitenskapens drivkraft. Og siden hun bruker Charles Darwin som sannhetsvitne, kan det være på sin plass å fremheve at hans revolusjon i realiteten befinner seg i et helt annet idelandskap. For evolusjon er ikke et «nytt paradigme» som kan sidestilles som alternativ til en gud. Evolusjon er tvert om *overskridelsen* av endelige verdensbilder, de være seg religiøse eller a-religiøse. Evolusjon er oppbruddet mot en livsforståelse der hele biosfæren sees som en vedvarende og uavsluttet skapelse, og som sådan er det også en vitenskapelig bekreftelse på den enkeltes evne til vekst og utvidelse. Etter Charles Darwin er det faktisk ikke lenger mulig å opprettholde noe fasttømret bilde av verden, for han viste at den levende verden, inkludert subjektet selv, er i permanent endring.

#### FRI OSS FRA DEN FEMTE REVOLUSJON

*Den Femte Revolusjon* kulminerer i et kort siste kapittel som innledes med en nokså uventet melding om at boken er oversolgt. Vi får ikke vite hva som vil skje når menneskesinnet oppnår en fullstendig forståelse av seg selv likevel, simpelthen fordi Frank på s. 274 innser at hjernen, når alt kommer til alt, likevel er for komplisert til å kunne analyseres til bunns av en hjerne. Hun blir på sett og vis metafysiker, ved at hun innser at spørsmålet er for komplekst, for stort og for dypt til at man noensinne vil komme til bunns i det. Vi får «ta det med en klype salt», som hun skriver – et uventet retningsskifte, ettersom nettopp dét var bokens grunnpremiss. Og straks troen på den totale forklaring slipper taket, kommer det også riktig fine refleksjoner om hva selvet kan tenkes å være, og hvordan nevrovitenskap kan bidra til å bygge nye utvik-

#### 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.

lingsveier. Bare noen sider tidligere avskaffet hun friheten, men nå løfter hun frem en vakker visjon om den femte revolusjon som «et frihetsbudskap», om kunnskap som befrir. Og bevissthet er likevel noe annet enn svette fra nevronene: et autonomt metaplan, som kan løfte vår væren ut av det umiddelbare, og som gjør hjernefysiologiens ytringer «til signaler vi ikke nødvendigvis skal la oss styre av». Dette selvet er altså likevel latent herre i eget hus, og nevrovitenskapen kan bidra til det, mener hun nå, ved at den hjelper oss til å innse når vi blir lurt av biologien og hjernen: «Din biologi er ikke et fengsel, men en klump med modellvoks som du selv kan være med og forme» (s. 279). Sannelig et friskt pust etter 270 sider med trangbodd biologisme. Over noen korte sider setter Frank nå de nye kunnskapene inn i den allmenne streben etter selv erkjennelse som både kunst, psykologi og «... årtusener med fortellerkunst, teater og litteratur i det hele tatt beskjeftiger seg med», der sinnets livslange modning gjennom ny innsikt og kunnskap står i sentrum. Vakkert.

Men så faller hun tilbake i troens forvirrete mørke igjen. For det Frank vil bidra til å frigjøre, var likevel ingenting: I fremtiden vil selvet være forstått som noe «flytende og foranderlig» – en forståelse som imidlertid også åpner for nye muligheter:

... fremtidens nevroteknologi representere[r] midler til å forvandle og forme det fysiske selvet. Enten det er snakk om diverse kognitive teknikker, målrettede medikamenter eller elektroniske implantater. Og disse mulighetene vil vi benytte som redskaper i våre private prosjekter uten frykt og beven, fordi vårt individuelle jeg kommer til å stå som et bredt spekter av *mulige jeg'er*» (s. 279).

Frank tar her opp igjen et motiv hun slo an allerede i begynnelsen av boken, om nevrovitenskapens potensielle nytte: «En dypere forståelse av hele denne kolossale dynamikken, og særlig en forståelse av hvordan den står i forbindelse med vårt indre liv og vår ytre atferd, åpner selvfølgelig også for å modulere hjernens prosesser, og dermed i siste instans å forme selvet eller den kjernen som for hver enkelt av oss er *meg*» (s. 23). Hva hun tidlig i boken egentlig mente med å modulere hjernen, og hva det har med medikamenter og elektroniske implanta-

ter å gjøre, kommer for dagen uten omsvøp på bokens aller siste side, der hun oppsummerer livet etter Den Femte Revolusjon:

Vi må *ikke* gi etter for følelsen av at alt det nye som kommer, nødvendigvis er verre enn det gamle som har vært. I stedet for å legge oss flat på magen og skru av intellektet til fordel for følelser og fornemmelser, bør vi for en gangs skyld bruke intellektet og møte de nye mulighetene med nysgjerrighet. På den måten kan det hende at vi får en fruktbar diskusjon om hvordan kunnskap om hjernen og hjerneteknologi kan brukes *offensivt* for å få det gode livet vi ønsker. (...) All denne dypt fascinerende hjerneforskningen [er] faktisk ikke bare der for å pirre en akademisk interesse. *Den kan og bør også være en vei til å forbedre både det enkelte mennesket og samfunnet som helhet.*» (s. 282; den siste uth. er min.)

Her kommer konsekvensene av Franks enkle univers helt til syne i all sin potensielle gru. For det er dyp konsistens mellom det retoriske spørsmålet boken innledes med, og forestillingen om en sivilisasjon der medikamenter og elektroniske implantater skal anvendes «offensivt» til å forbedre både den enkelte og fellesskapet. Lone Franks bok ender faktisk i en fremtidsvisjon som dekker seg med Aldous Huxleys *Brave New World*, der alle takket være medikamenter er pseudolykkelige uten å uroes over noe som helst. Det spørrende og tvilende mennesket, som mistror forrige setning og stadig formulerer nye spørsmål, er slik sett både garantisten for en sivilisasjon basert på vitenskap og en demonstrasjon av bevissthetens drift mot autonomi. Avskaffes tvilen, er i siste instans manipulasjon et legitimt virkemiddel. Elektroniske implantater og medikamenter ligger ganske riktig i forlengelsen av det pseudoreligiøse universet Lone Frank har orientert teksten etter, der de siste spørsmål er endelig besvart og verken vitenskap eller tvil lenger har legitimitet.

Lobotomi ble ikke forbudt fordi det var gri-sete håndverk, men fordi det var en utilbørlig intervensjon overfor individets selvråderett. Denne selvrådetten avhenger faktisk av at samfunnet opprettholder et skoleverk som fremmer selvstendighet, og en autonom vitenskap der skepsis fortsatt er helligholdt. Bare slik vil fremtidens sivilisasjon kunne beskytte seg mot det Matrix-marerittet som Lone Frank har latt seg forføre av i *Den Femte Revolusjon*. ❌

# Ferskvare



## Stemmer fra krigen

Nobelprisvinner i litteratur 2015, Svetlana Aleksijevitsj fra Hvite-rusland, utgir i år dokumentarboka *Kister av sink*.

*Sovjetiske stemmer fra krigen i Afghanistan*, på Kagge forlag. Sovjetunionens ti år lange krig i Afghanistan har blitt kalt den sovjetiske Vietnamkrigen. Over en halv million unge russere tjenestegjorde i krigen som har formet det russiske samfunnet frem til våre dager. Her kommer de til orde – soldatene, sykesøstrene, kjærestene og mødrene. Ifølge forlaget er *Kister av sink* en dokumentar om krigens meningsløshet, om en fortpant generasjon unge soldater og om Sovjetunionens begynnende oppløsning.

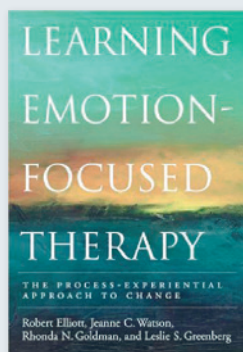


## Flukten mot friheten

I dokumentarromanen *Ikke si at du er redd* (2015), skrevet av den italienske forfatteren og journalisten Giuseppe Catozzella

og utgitt på Pax forlag, får vi historien om Samia Yusuf Omar, den somaliske jenta som kjempet for frihet og retten til å kunne løpe. Men når al-Shabaab tar over makten, blir selv det å trene nesten umulig. Hun oppnådde likevel å få delta i Olympiaden i Beijing, for så å miste livet som båtflyktning mellom Afrika og Italia før OL i London i 2012. Dette er samtidig historien om hvordan drømmen om et liv i frihet og verdighet driver hundretusener av mennesker til å risikere livet på flukt til Europa hvert år.

## KLASSIKEREN



## Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, *Learning Emotion Focused Therapy* (2003)

Emosjonsfokuserert terapi har vitalisert meg som terapeut. Det føles godt!

Jeg trodde lenge at jeg jobbet aktivt med følelser i terapirommet. Det følte likevel som et terapeutisk gjennombrudd da jeg deltok på Les Greenbergs workshop i 2009 og leste «Learning Emotion-Focused Therapy» (EFT). EFT vektlegger følelser som grunnleggende motivasjonssystem. Følelser aktiverer oss, forteller om våre behov, gir retning for handling, skaper mening og fremmer konstruktiv selvorganisering. Men følelser kan også skape smerte og lidelse når vi ikke klarer å kjenne på, regulere eller forstå dem. Endring i EFT skjer ved at maladaptive følelser *aktiveres* gjennom intervensjoner, og *forandres* ved å få tilgang til grunnleggende emosjonelle behov som trygghet og aksept. Man endrer følelser med følelser. Mitt terapeutiske vendepunkt ble erkjennelsen av at jeg hadde snakket *om* følelser og regulert dem *ned*, fremfor å aktivere og *forandre*. Kanskje var *jeg* affektfobisk? Gjennom utdanning ved Norsk Institutt for Emosjonsfokuseret Terapi har jeg fått en dypere forståelse av at emosjonell smerte ikke er farlig. I stedet *gjør* det godt om man får hjelp til å tåle smerten.

*Vanja Hjelmseth utfordrer Christian Moltu til å ta stafettpinnen videre*

# Gode leseropplevelser

Forfatteren skaper interessante sammenhenger mellom faglige perspektiver, og byr på kloke refleksjoner.

**JON SLETVOLD GIR** i denne boka en historisk fremstilling av «the embodied analysis» som starter med Freud, følges av Reich og følger videre inn mot samtidens relasjonelle analyse, da særlig influert av spedbarnsforskning. Ved å integrere «eldre» med «nyere» relasjonelle tradisjoner ønsker forfatteren at boka skal bidra til et nytt klinisk perspektiv mer preget av form og prosess enn av innhold og struktur. Sletvolds perspektiv fokuserer på bevegelse, emosjonell interaksjon og terapeutens egne kroppslige fornemmelse i det analytiske møtet.

Boka er delt inn i tre seksjoner; 1) historien til «embodied psychoanalysis»; 2) det konseptuelle rammeverket og kliniske retningslinjer; 3) «embodied» trening og veiledning. Sletvold er tydelig med henhold til målet med boka; «the purpose of this text is not to suggest a new school or method of embodied psychoanalysis/psychotherapy. The overall purpose (...) is to expand and sensitize clinical attention to embodied experience and expression in psychoanalysis and psychotherapy» (xix).

## HVA KJENNER JEG?

For å være ærlig så var det med miksede følelser og tanker jeg satte meg ned for å lese boka. Det hadde nok mye med tittelen å gjøre. Selv har jeg liten psykoanalytisk trening, men har lengre erfaring med affektfokusert psykodynamisk arbeid. Men jeg fikk jobbet meg igjennom motstanden, åpnet opp og mottok en rekke gode leseropplevelser underveis.

Hvis du er en terapeut som leter etter ny modell som skal gi deg konkrete knagger å henge informasjon på, så vil denne boka skuffe deg. Her er ingen bokser, bokstaver, trekanter eller sirkler. Det presenteres ingen enkle intervensjoner som forteller om sekvens eller tydelige mål. For noen lesere kan det gjøre boka noe utilgjengelig, men for en del lesere vil det kan-

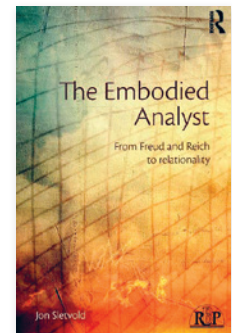
skje kjønes befriende. Boka kan være av interesse for enhver terapeut uavhengig av retning og modell. Forenklet handler det om «hva kjenner jeg i møte med deg? Hva kjenner du? Og hva skjer mellom oss?». Spørsmålene åpner for viktig informasjon som vil påvirke terapeutens bruk av verbale eller non-verbale intervensjoner, som igjen påvirker pasientens og terapeutens opplevelse av situasjonen.

## IKKE ORD ALENE

Ut over psykoanalytisk teori refererer boka til affektforskning, tilknytningsteori og kognitiv nevroforskning, samt empati og mentalisering for å nevne noe. Hovedbegrepene som benyttes innen Sletvolds presenterte rammeverk, er «embodied subjectivity – self», «embodied intersubjectivity – you in mind», samt «embodied reflexivity – we in mind». Sletvold presenterer også noen intervensjoner for å fremme «the embodied process» – gjøre ubevisste opplevelser og følelser mer bevisste.

Ord alene vurderes ikke å være det mest hensiktsmessige verktøyet. I stedet oppfordres det til bruk av rollespill (med egen pasient) og fysisk imitasjon som særlig sentrale metoder. Noen av øvingsteknikkene som nevnes i tredje del av boka, blir benyttet i karakteranalytisk utdanning, og virker noe fremmede for meg, og kanskje også for flere som ikke tilhører utdanningsretningen. Jeg ønsker ikke å gi en vurdering av gyldigheten eller viktigheten til disse intervensjonene, men leser dem som mulige råd for hvordan man kan øve på å øke egen evne til å hente ut informasjon knyttet til «the embodied process».

Oppsummert: Jon Sletvold skaper interessante sammenhenger mellom ulike perspektiver ved hjelp av filosofiske og kloke refleksjoner, ispedd flere kasushistorier som fremmer gode leseropplevelser. ❌



## JON SLETVOLD

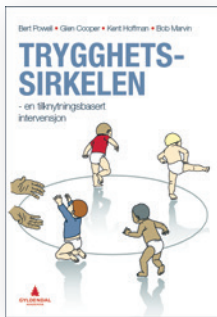
*The Embodied Analyst*  
– From Freud and Reich to relationality,  
Routledge, 2014.  
208 sider

## ANMELDT AV

Lene Berggraf  
Psykolog, PhD i klinisk  
psykologi

# Veikart for voksne

Forfatternes beskrivelse av hvordan trygge relasjoner med barn kan utvikles, gjør dette til en viktig bok for både foreldre og fagfolk.



**BERT POWELL,  
GLEN COOPER,  
KENT HOFFMAN,  
BOB MARVIN**

*Trygghetssirkelen*  
– en tilknytningsbasert  
intervensjon,  
Gyldendal Norsk  
Forlag AS, 2015

**BOKEN SETTER BARNET** i sentrum og fremhever barns rett til trivsel. Forfatterne fremholder trygghet som en forutsetning for trivsel hos barn, og de knytter trygghet til kvaliteten på relasjonen mellom barnet og dets omsorgspersoner. En omsorgsperson som er emosjonelt tilgjengelig og som sensitivt kan tilpasse seg sitt barns behov er, ifølge forfatterne, en person som vil kunne skape trygghet hos det. Et sentralt poeng i boken er at det å være menneske er å være i relasjon med andre. Forfatterne viser til teoretikere som står for et slikt syn. De nevner Bowlby, den opprinnelige tilknytningsteoretikeren, og teoretikere innenfor objektrelasjonpsykologi og selvets psykologi som Winnicott, Kohut, Stern, Beebe, med flere. I denne rekken av interpersonlig orienterte teoretikere savner jeg neo-Freudianer Harry Stack Sullivan (1953), en sentral og nytenkende teoretiker som i sin interpersonlige teori vektla de sosiale aspektene av utvikling.

## KJÆRLIG TILKNYTNING

Å lese denne boken ga meg en god opplevelse, som nok først og fremst henger sammen med det menneskesynet forfatterne formidler. De kritiserer behavioristiske tilnæringsmåter til en sunn psykologisk utvikling, og poengterer at vi mennesker er mer enn summen av vår atferd. Forankret i tilknytningsteori forfekter forfatterne et syn som går ut på at vi er skapninger med en iboende forbindelse til hverandre, og gjennom den føler vi oss opplevd og forstått. Helt fra fødselsøyeblikket er vi avhengige av en kjærlig tilknytning, og hvis vi mangler en nær relasjon, kan vi vanskelig utvikle oss og trives.

Forfatternes syn brakte tankene mine over på en sentral formulering i Winnicotts teori: «Et spedbarn kan gis næring uten kjærlighet, men kjærlighetsløs eller upersonlig håndtering kan ikke lykkes i å frembringe et nytt autonomt menneskebarn» (1971a, s.108, min oversettelse).

Winnicotts syn harmonerer med mitt eget. I mitt arbeid som barnepsykolog erfarte jeg at barn som hadde manglet sensitiv og omsorgsfull oppmerksomhet fra viktige andre, var barn som hadde stanset opp i sin psykologiske utvikling, og de var barn uten lekeglede.

## HJELPE FORELDRE

Boken gir i del 1 en grundig innføring i tilknytningsteori, som er en av de beste jeg har lest. I del 2 presenteres en tilknytningsbasert intervensjonsmetode, som forfatterne kaller Trygghetssirkelen. Intervensjonen er godt forankret i Bowlbys begrepsapparat og Ainsworths metode. Del 3 presenterer detaljerte kasuseksempler.

Trygghetssirkelen presenteres som en intervensjon, som kan hjelpe foreldre med å skape et sunt miljø for barnas sosiale, emosjonelle, fysiske og kognitive utvikling – og, i siste instans, fremme deres selvstendighet som voksne. Terapeutens første og viktigste oppgave er, ifølge forfatterne, å få foreldre til å betrakte atferd som relasjonell og vise at det er en sammenheng mellom deres egen måte å relatere seg på, og barnets problemer. Forfatterne uttrykker stor tro på at omsorgspersoner har et nærmest universelt ønske om å gjøre det beste for sine barn, men påpeker at måten de faktisk samhandler med barna sine på, delvis er basert på de ubevisste representasjonene, overbevisningene og strategiene som de utviklet gjennom *sine egne* omsorgsopplevelser som barn. Tilnærmingen med Trygghetssirkelen tar sikte på å hjelpe omsorgspersoner med å endre sine problematiske samhandlingsmønstre ved at de blir klar over og reflekterer over de indre prosessene som styrer samhandlingen.

Forfatterne får godt frem hvor vanskelig det kan være for foreldre å handle på tvers av godt befestede livreddende strategier, og anbefaler terapeuter å utvise stor respekt for deres for-

**ANMELDT AV**  
Eldfrid Amlund  
Psykolog



svar. Skal terapeuter lokke frem en endring i tilknytningsrelatert omsorgsferd, må de ifølge forfatterne hjelpe foreldre med å oppdage at stengslene deres ble satt opp for å beskytte dem mot reelle og virkelig smertefulle hendelser i fortiden, og at mange av dem ikke lenger er relevante for deres nåværende liv.

Nødvendighet av å skape et «holdende miljø» i terapi er et viktig poeng i boken. Forfatterne anbefaler terapeuten, når trygghet og tillit er etablert, å gå inn til selve kjernen i metodikken, som er å hjelpe foreldrene til å følge sin egen prosess ved å styrke sin refleksjonsevne. I tråd med Fonagy og Bateman understreker forfatterne viktigheten av at terapeuten legger til rette for refleksjon; de ser slik tilretteleggelse som et viktig aspekt ved endringsprosessen, og noe som ofte er mer effektivt enn normative råd.

### ET VEIKART

Boken gir god innsikt i hvordan Trygghetssirkelen kan brukes som et veikart. Den øverste delen av sirkelen representerer et barns behov når det utforsker: «Pass på meg», «Gled deg over meg», «Hjelp meg» og «Gled deg sammen med meg». Den nederste delen representerer et barns behov når tilknytningsatferden er aktivert: «Beskytt meg», «Trøst meg», «Gled deg over meg» og «Organiser følelsene mine». Ved å bruke illustrasjonen av Trygghetssirkelen som en veiledning og ved gjennomgang av videoklipp og reflekterende dialog med foreldre, får forfatterne godt frem hvordan trygge relasjoner kan utvikles.

Den vekten boken legger på trygghet som betingelse for en sunn psykologisk utvikling hos barn, og dens beskrivelse av hvordan trygge relasjoner kan utvikles, gjør den til en viktig bok. Jeg finner lite å være kritisk til. Skulle jeg nevne noe, måtte det være forfatternes bruk av symbolske uttrykk. I stedet for uttrykk som for eksempel «haimusikk», selv om det er redegjort for, ville jeg foretrukket et direkte språk. Stoffet er godt organisert, og de mange foreldre–barnrelasjonene og kaseksempelene som presenteres gjennom boken, gjør den levende. Oversetteren fortjener ros for sitt arbeid. Hun har lyktes med å finne gode norske betegnelser, og formidler stoffet på en lettfattelig måte. Dette er en svært god bok med et viktig budskap og stor anvendelsesverdi. Jeg tror spesielt personer i det psykiske helsevernet og i barnevernet vil ha stort utbytte av å lese den. ❌

### ANBEFALT



### Stimuli for de små grå

Tidlig i universitetstida ble jeg introdusert for nettstedet LessWrong – og jeg har vært reformert siden. Jeg fant det ikke bare til hjelp i noen av fagene i psykologi, men i livets fullskala også.

Det jeg omtaler som en nærmest guddommelig kilde av transcenderende kunnskap og visdom, er faktisk bare en blogg. LessWrong er med sine egne ord «A community blog devoted to refining the art of human rationality» og bruker hardnakket kognitiv vitenskap for å inspirere og skjerpe hvordan mennesker tenker.

På et relativt høyt nivå diskuterer fagpersoner, studenter eller bare sterkt interesserte mennesker om temaer som rasjonalitet, kunstig intelligens og spillteori med et sofistikert og litt *geeky* språk. Det kan oppleves tungt og uforståelig i begynnelsen, men hold ut. Når man har blitt kjent med sjargongen, er det uten tvil verdt det.

Når LessWrong har gjort deg rasjonell, er det ingen vei tilbake til høytflygende, alternativ tenkning.

Jeg kan anbefale LessWrong til deg som ønsker å spille monopol med noe mer enn bare magefølelsen. Ikke misforstå, LessWrong har langt større pragmatisk virkeområde enn bare brettspill.

I en *nuclear standoff* ville jeg ha brukt tid på å skrive ut relevante innlegg fra denne bloggen, for hele greia munner ut i dette: for å ta en god avgjørelse må du være velinformert. Men veien til en god avgjørelse er brolagt med alskens bias og kognitive fallgruver.

Disse lærer LessWrong deg å unngå.

Anbefalt av Harald Lauvås Korsåsen  
Redaktør i Psykologisk Tidsskrift ved NTNU



# Kurskalenderen

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

Pris eks. mva. for innrykk i tillegg til annonse i Psykolog-tidsskriftet:

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

Ønsker du mer informasjon eller bestille annonse på kurskalenderen kontakt oss på [tidsskrift@psykolog-tidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykolog-tidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.

## DESEMBER 2015

---

### Kurs i EMDR

Oslo, 9.–11. desember 2015  
Påmelding og nærmere informasjon  
[www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

## JANUAR 2016

---

### Kurs i EMDR

Oslo, 11.–13. januar 2016  
[www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

## FEBRUAR 2016

---

### Toårig sertifiseringsprogram i skjemat terapi

Starter opp i februar 2016  
For program og påmelding: [www.kognitiv.no/](http://www.kognitiv.no/)  
Utdanningsprogram/Fagnettverk eller  
[www.psykologbehandling.no](http://www.psykologbehandling.no)

## APRIL 2016

---

### Kurs i EMDR

Trondheim, 4.–6. april  
Påmelding og nærmere informasjon  
[www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

### Kurs i EMDR

Bergen, 25.–27. april  
Påmelding og nærmere informasjon  
[www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

## AUGUST 2016

---

### The art of EMDR

Røros, 30. august–2. september  
Workshop med Roger Solomon  
Påmelding og nærmere informasjon  
[www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

# Møter du mennesker som har det vanskelig?

# Din kunnskap om selvhjelp kan være til nytte!

Selvhjelpsgrupper virker. Det er et sted der mennesker møtes for å jobbe med problemene sine, dele erfaringer og utforske muligheter. Det handler ikke alltid om å bli kvitt problemene, men om å finne nye måter å håndtere dem på. Menneskers erfaringer er den viktigste kunnskapen i dette arbeidet. Selvhjelp er gratis.

Selvorganisert selvhjelp tar utgangspunkt i mennesker som på egen hånd ønsker å gjøre noe med problemer de sliter med. For noen er selvorganiserte selvhjelpsgrupper et selvstendig alternativ, for andre et supplement til nødvendig behandling. Eller det kan være en del av en forebyggende eller rehabiliterende aktivitet for bedre å sette seg i stand til å håndtere livet.

Helsedirektoratet har satt selvhjelp på dagsorden gjennom Nasjonal plan for selvhjelp (IS-2168). Visjonen er at alle mennesker skal vite hva selvorganisert selvhjelp er, og hvordan de kan ta dette verktøyet i bruk når livsproblemer oppstår. Selvhjelp Norge – Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp, arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet og har viktige oppgaver i realiseringen av planen.

Møter du mennesker i jobben din som kan ha nytte av å snakke med andre i liknende situasjon? Da kan din kunnskap om mulighetene i selvorganisert selvhjelp bidra til at de finner mot til å ta kunnskapen i bruk.

**Kontakt oss! [www.selvhjelp.no](http://www.selvhjelp.no) eller ring 23 33 19 00**

Vårt kunnskap er kostnadsfri. Bestill materiell på våre nettsider.



**LEDIG LOKALE – STAVANGER.** Ønsker du å starte din egen praksis, og samtidig være en del av et spennende tverrfaglig miljø med 11 andre helsebedrifter? Ledig lydisolert behandlingsrom på 16m<sup>2</sup> i nye, flotte lokaler på Tasta Helseloft øverst på Tasta Senter, 4km fra Stavanger sentrum. Mulighet for deltidsleie. Les mer om oss på [www.tastahelseloft.no](http://www.tastahelseloft.no). For mer informasjon, ring **981 00 500**, eller e-post [bjornar@tastahelseloft.no](mailto:bjornar@tastahelseloft.no)

**LEDIGE KONTORER I OSLO.** Kontorer, sentralt beliggende på Frogner til leie, heltid og deltid i et faglig sammensatt kontorfellesskap med psykiatere og psykologer. Ukentlig fagseminar og et trivelig og stimulerende arbeidsmiljø. Felles kontorfasiliteter. Kontakt Kim på [mail@psykoterapi.org](mailto:mail@psykoterapi.org) for visning eller spørsmål.

**OSLO.** Stort og hyggelig kontor i psykologfellesskap sentralt i Oslo vest ledig. Gode kollektive forbindelser. Leies ut på deltid eller heltid – leien er relativt lav for dette området. Kontoret er møblert men kan innrettes etter behov. Kjøkken er disponibelt. Ta kontakt på **tlf. 907 64 659** for ytterligere informasjon.

**LEDIGE KONTORER I ASKER.** Lyse, romslige og trivelige kontorer til leie fra januar 2016 2 d./uke hos privatpraktiserende psykolog kr 3 000 pr. mnd. Kontakt e-post [cathrine.lindbom@gmail.com](mailto:cathrine.lindbom@gmail.com) / tlf. **951 34 557**.

**PSYKOLOGFELLESKAP I LILLESTRØM.** Møblert, romslig kontor er ledig mandager og torsdager fra 1.1. Kontakt: [elisabeth.myrstad@romerikspsykologene.no](mailto:elisabeth.myrstad@romerikspsykologene.no) / tlf. **918 20 772**.



## Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

**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

### The Art of EMDR

**Røros, 30. august–2. september 2016**

Workshop med Roger Solomon,  
EMDR Institute Senior Trainer

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

## Introduksjonskurs: FORSTÅELSE, KARTLEGGING OG BEHANDLING AV KRONISK TRAUMATISERING

Bergen, 18.– 22. april 2016

**Psykologspesialistene  
Arne Blindheim og Marianne Straume**

Pris: kr 6 800,–  
Påmelding og nærmere informasjon:  
[www.krisepsyk.no](http://www.krisepsyk.no)

### Ønsker du å abonnere på PSYKOLOGI?

**PSYKOLOGI – Tidsskrift for Norsk psykologforening** utgis 12 ganger per år. For privatabonnenter koster et årsabonnement kr 1 445, og for bedrifts-/institusjonsabonnement er prisen kr 2 250 per år.

For bestilling se

[www.psykologtidsskriftet.no/abonnement-og-loessalg](http://www.psykologtidsskriftet.no/abonnement-og-loessalg)

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



Nancy McWilliams

## Individuality & Psychotherapy

Psykoterapiseminar på Grand hotel i Oslo 26 & 27 mai 2016

- Foredragsholder i verdensklasse
- Glimrende pedagog med omfattende akademisk og klinisk erfaring
- Æresmedlem av den Amerikanske Psykoanalytiske Forening
- Redaktør og forfatter av bøker som er oversatt til over 20 språk
- McWilliams er en av hovedtalerne under APA sin konferanse i Toronto i 2015

Fokus vil være på individuelle forskjeller og psykoterapi gjennom 10 ulike vinklinger; temperament, tilknytning, klinisk type, forsvarsmønster, affektmonster, narrativ organisering, utviklingsnivå etc. Det vil bli presentert kliniske vignetter i filmformat for å berike presentasjonen.

Seminaret søkes godkjent av Den Norske Legeforening som videre- og etterutdanningskurs og i Norsk Psykologforening som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet.



**Les mer om Nancy McWilliams:**  
nancymcwilliams.com

**Påmelding og ytterligere informasjon:**  
hoopla.no >"Arrangementer" >søk på "Nancy"

**Arrangør:** Psykologberge  
**Epost:** kontakt@psykologberge.no



### PROFESSIONEL FAGUTDANNELSE MINDFULNESSINSTRUKTØR

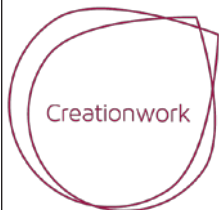
Ønsker du å utvide din kompetanse som  
mindfulnessinstruktør ?

1-årig fagutdanning med fokus på fordypning og  
formidling av mindfulness.

START 28. JANUAR 2016  
8 samlinger x 4 dager

Søknad: [www.creationwork.org](http://www.creationwork.org)

Vi tilbyr også 8-ukers MBSR-kurs  
Start 26. oktober 2015 kl. 18.30-21.00



Kontakt:  
info@creationwork  
tel. 910 01 921  
[www.creationwork.org](http://www.creationwork.org)



### Utdanning i Mentaliseringsbasert Terapi (MBT)

#### Nye kurs i 2016:

- MBT miljøterapi, dagskonferanse, 11. januar
  - MBT introkurs, 28.-30. januar
  - MBT individualterapi, oppstart 22. januar
  - MBT gruppeterapi, oppstart 5. februar
  - MBT miljøterapi, oppstart 2.-3. mars
  - MBT familierapi, Toscana, 11.-13. mai
- Lokale kurs etter avtale.

#### Lærerstab:

Sigmund Karterud, Finn Skårderud,  
Bente Sommerfeldt, Nina Arefjord,  
Kari Lossius, Eia Asen.

#### Arrangør: Institutt for Mentalisering

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

**NORSK FORENING FOR KLINISK  
EVIDENSBASERT HYPNOSE (NFKEH),  
lager nytt kurs**

**Klinisk bruk av hypnose**

Oslo 28.–29. januar 2016

Nytt grunnkurs for deg som trenger en innføring, eller oppdatering av metoden.

Basert på vitenskap og forskning får du lære mer om:

- Hypnose som behandlingsmetode – teori og praktisk bruk
- Behandling og mestring av stress og smerter
- Bruk av hypnose innenfor odontologi og medisin prosedyrer for behandling og undersøkelse. Hypnose integrert psykoterapi
- Indikasjoner og kontra indikasjoner for hypnose

Vi har samarbeid med Den norske legeforening, Den norske tannlegeforening og Norsk psykologforening. Kurset er godkjent som spesialistkurs og er egnet for leger, tannleger og psykologer. Vi blir flere dyktige forelesere som underviser og veileder.

Dr. Gunnar Rosén er kursansvarlig og koordinator, e-post [Gunnar@hypnoseforeningen.no](mailto:Gunnar@hypnoseforeningen.no), tlf. 900 39 441.

For mer informasjon, program og påmelding se [www.hypnoseforeningen.no](http://www.hypnoseforeningen.no)



**Stempel med medlemslogo  
for psykologer**

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

Stempel kan kjøpes hos Aksess & Daylight as for kr 345. Dersom du ønsker egne opplysninger i tillegg til logoen er prisen kr 975.

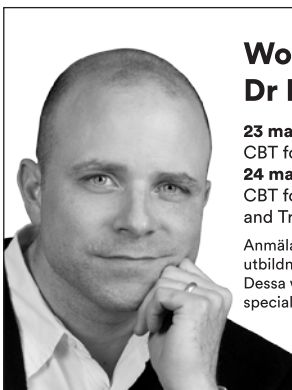


De oppgitte priser er inkl. mva og porto.



For bestilling av standard stempel med kun logo – send «Stempel med medlemslogo Norsk psykologforening» til [firmapost@adprofil.no](mailto:firmapost@adprofil.no)

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



**Workshops med  
Dr David Tolin**

**23 maj 2016:**  
CBT for Hoarding Disorder

**24 maj 2016:**  
CBT for Dermatillomania  
and Trichotillomania

Anmälan görs på [www.kbt.nu](http://www.kbt.nu) under Aktuella utbildningar. **Rabatt vid anmälan innan årsskiftet!** Dessa workshops ingår i KBT-Psykologernas specialistkurs KBT för tvångsrelaterade störningar.

**KBT**Psykologerna  
Evidensbaserad psykologisk behandling

**Følg Tidsskrift for  
Norsk psykologforening på**

**facebook**

**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)



# Klinisk helsepsykologi

## Psykologens verktøykasse ved somatisk sykdom

*Norsk psykologforening har gleden av å invitere til den andre nasjonale konferansen i klinisk helsepsykologi.*

**Dato:** 14.-15. april 2016

**Sted:** Oslo

Målgruppen for konferansen er psykologer og andre som har interesse for den kliniske utøvelsen av psykologfaget ved somatisk sykdom og plager.

Hovedforedrag ved to av Europas ledende helsepsykologer:

**Professor Andrew Steptoe:** Psychosocial risk factors for heart disease

**Professor Lance McCracken:** Acceptance and Commitment Therapy and chronic pain

**Andre medvirkende foredragsholdere:**

Arnstein Finset, Borrik Schjødt, Knut Hestad, Tora Garbo, Christel Wootton, Margrethe Vika, Anita Kjeverud, Torkil Berge, Trude Reinfjell, Silje Endresen Reme, Børge Sivertsen, Hanne C. Lie, Simon Øverland og mange flere.

**Aktuelle tema:**

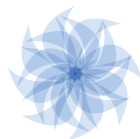
Klinisk helsepsykologisk arbeid ved smerter, hjertesykdom, betennelsesmekanismers betydning for depresjon ved somatisk sykdom, mage-/tarmplager, overvekt, utmattelse, palliasjon, psykologens bidrag når barn blir alvorlig syke, oppfølging av unge kreftoverlevende, bruk av ACT, kreft hos barn, søvnproblemer, tannbehandlingsangst, kommunikasjonstrening av helsepersonell ved langvarige smerter, psykososial oppfølging etter hjerneslag, arbeidslivets betydning for pasienter med langvarig sykdom med mer.

Med forehold om justeringer i programmet.

Psykologforeningens fagutvalg i klinisk helsepsykologi er faglig ansvarlig for konferansen.

Konferansen søkes godkjent som vedlikeholdkurs til spesialistutdanningen for psykologer.

Mer detaljert informasjon om innhold og pris vil bli lagt ut på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen

Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92



**Lovisenberg Diakonale Sykehus**

*Pionér i kompetanse og omsorg*

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS er lokalsykehus for ca. 180.000 innbyggere i flere sentrumsbydeler i Oslo innen indremedisin og psykisk helsevern. Sykehuset har en omfattende planlagt kirurgi samt særskilte funksjoner som Hospice og det nasjonale oralmedisinske kompetansesenteret TAKO. Sykehuset eies av de diakonale stiftelsene Diakonova og Diakonissehuset Lovisenberg, og har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Sykehuset er basert på et diakonalt verdigrunnlag med ikke-kommersielt formål.  
Se [www.LDS.no](http://www.LDS.no)

## Lovisenberg DPS - Akutteam Psykologspesialist

Lovisenberg DPS har bydelene Grünerløkka, Gamle Oslo og St.Hanshaugen som hovedopptaksområde med ca. 135.000 innbyggere. Lovisenberg har bred kompetanse på storbyproblematikk med fokus på samarbeid med pasienter, pårørende og sykehusets avdelinger.

### Lovisenberg DPS - Akutteam har ledig fast 100 % stilling som Psykologspesialist fra 01.02.2016

Stillingen er p.t. lagt til Akutteamet. Akutteamet vektlegger spesialist i første kontakt med pasienten.

Behandlingen er individuelt tilpasset den enkelte og består blant annet i:

- Ambulante tjenester
- Vurdering, utredning og undersøkelse av psykisk helsetilstand
- Oppfølging ved krise
- Oppfølging av medikamentell behandling
- Samarbeid med fastlege og primærhelsetjenesten i bydel om tilrettelegging og oppfølging av pasienten
- Samarbeid med øvrig spesialisthelsetjeneste
- Kontakt og samarbeid med pårørende og nettverk
- Støtte og veiledning av 1. linjetjenesten og samarbeidspartnere
- Veiledning av ikke-spesialister/andre faggrupper
- Arbeide i team basert på nært og fortløpende samarbeid. Kan til tider være travelt hvor beslutninger må fattes raskt. Behandlingsoppfølging inntil 4 konsultasjoner.

Seksjon ambulant virksomhet har et tett samarbeid med sykehusets øvrige avdelinger og innenfor Lovisenberg DPS med spesielt ansvar for pasienter underlagt tvunget psykisk helsevern herunder dømt til behandling.

Vi tilbyr et hyggelig arbeidsmiljø, og et aktivt, mangfoldig og tverrfaglig fagmiljø som er i en spennende utvikling.

Personlig egnethet og gode samarbeidsevner blir vektlagt.

For nærmere informasjon, kontakt: Seksjonsleder Per Reidar Andersen tlf 22043676/40726768, Overlege Martin Åm tlf 24074456/99726573, eller Psykologfaglig rådgiver Kirsti Sunde Hansen tlf 24074510/41472304

### Søk via [www.LDS.no](http://www.LDS.no) innen 07.12.2015

**Referansenummer:** 2015-112

Det forventes at alle ansatte bidrar til at vi lever opp til våre kjerneverdier kvalitet og nestekjærlighet. Sykehuset har sosiale ordninger tilsvarende statlige helseforetak. Sykehuset foretrekker elektronisk søknad, men den kan eventuelt sendes pr. post til Lovisenberg Diakonale Sykehus, Postboks 4970 Nydalen, 0440 Oslo. Innsendte papirer og attester returneres ikke.



## Stilling som kommunepsykolog

saksnr 2014000185

### Det er ledig fast 100 % stilling som kommunepsykolog i Giske kommune frå 04.01.16.

Det er også høve til å søkje på deler av stillinga. Kommunepsykologen skal bidra til å styrke det samla kommunale arbeidet innafor psykisk helse og rusfeltet. I dette ligg førebygging, tidleg intervensjon og korttidsbehandling av psykiske helseproblem og/eller rus.

Kommunen har fått prosjektmidlar til å opprette eit psykisk helseteam for barn og unge. Målet er å kome tidleg inn og styrke det tverrfaglege samarbeidet. Psykologstillinga er organisert i eining barn, familie og helse og inngår i helseteamet for barn og unge. I tillegg til teamleiar og psykologstillinga er det 100 % stilling som fagkonsulent for barn og unge samt 50 % stilling som miljøterapeut i teamet.

#### Arbeids- og ansvarsområde:

- Utredning og korttidsbehandling med fokus på lavterskeltilbod retta mot barn og unge
- Tett samarbeid med spesialisthelsetenesta og andre kommunale tenester som barnevernstenesta, helsestasjonen, psykisk helsearbeid, PPT, skule og barnehagar
- Oppfølging av barn, foreldre og nettverk
- Rettleiing til anna personell
- Tverrfaglege samarbeid

#### Vi ønskjer ein medarbeidar som:

- er autorisert psykolog
- er ein kreativ og engasjert fagperson som tek initiativ og ansvar
- er effektivt og målretta, og kan arbeide både sjølvstendig og i team
- er god på kommunikasjon og samarbeid
- har god digital kompetanse

I tillegg til formell utdanning og praksis, blir det lagt vekt på personlege eigenskapar og at ein er skikka for stillinga. Det vert sett fram krav om politiattest. Framandspråklege søkjarar må kunne godt norsk, både skriftleg og munnleg.

Løn og tilsetjing på vanlege kommunale vilkår. Det vil bli gitt permisjon med løn og stipend mot bindingstid i samband med vidareutdanning. Den som bli tilsett må ha førarkort og kunne disponere eigen bil i tenesta.

For nærmare opplysingar om stillinga, ta kontakt med einingsleiar Hildegunn Nesse Roald, tlf. 70 18 80 50 eller teamleiar Gretha Giske, tlf. 905 14 203 / 70 18 80 00.

Søknad skal sendast elektronisk via vårt digitale søknadssenter på Giske kommune si heimeside: <https://www.giske.kommune.no>.

**Søknadsfrist:** 17.12.2015





*Haugaland A-senter er et behandlings- og utredningscenter for rusmiddel-, livsstil- og avhengighetsproblemer. Institusjonen arbeider på oppdrag fra Helse Vest HF og inngår som integrert del av spesialisthelsetjenesten. Haugaland A-senter eies av Blå Kors Norge. Vi er i vekst og har økt kapasiteten på både døgnbaserte, polikliniske og ambulante tjenester; – herunder en helt ny familieavdeling, et utvidet døgnbasert tilbud til gravide og dagklinikk.*

## Psykologspesialist – Avdelingsleder for behandlerteam

Vi søker etter psykologspesialist til lederstilling for vårt behandlerteam og institusjonens polikliniske funksjonsområde. Stillingen gir også mulighet for klinisk arbeid.

De kliniske tjenestene hos oss er organisert i tre hovedfunksjonsområder: Poliklinisk seksjon med ambulante tjenester, døgnseksjoner og dagklinikk. Det er i tillegg et eget poliklinisk tilbud til spilleavhengige.

Døgntilbudet består av 33 døgnplasser fordelt på stabilisering, utredning, døgnklinikk og familieenhet. Døgnområdet har et stort tverrfaglig team med sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, barnevernspedagoger og lege. Funksjonsområdet har egen avdelingsleder.

Til stillingen som avdelingsleder inngår lederansvar for et behandlerteam som både ivaretar det polikliniske funksjonsområdet og døgnbaserte behandlingssekvenser. Teamet består i dag av 6 psykologspesialister, 3 psykologer, 2 psykiatere og 3 fagkonsulenter. Hensynet til kontinuitet gjør at behandlere fra dette teamet følger den enkelte pasient i hele behandlingsforløpet ved institusjonen; – dvs. både i polikliniske og døgnbaserte sekvenser.

Lederfunksjonene til avdelingsleder er knyttet til daglig drift og kvalitetssikring av den kliniske virksomheten i behandlerteamet og det polikliniske funksjonsområdet. I dette ligger også tilrettelegging av gode samarbeidsmodeller både i teamet og i forhold til øvrige enheter/funksjonsområder; – samt bidrag til faglig og organisatorisk utviklingsarbeid både internt og eksternt.

Leder for behandlerteamet samarbeider med og rapporterer til klinikkssjef.

### Kvalifikasjoner og personlige egenskaper

- Psykolog med klinisk spesialitet
- Erfaring fra TSB eller tilgrensende fagfelt
- Evne til tverrfaglig samarbeid og formidling av kunnskap
- Arbeide strukturert og selvstendig
- Engasjement og fleksibilitet
- Gode lederegenskaper
- Må kunne godt skriftlig og muntlig norsk

Lønn etter avtale.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til klinikkssjef Geir Henrik Iversen eller direktør Kari B. Gunnarshaug, **tf. 52 73 30 00**.

### Søknaden sendes til:

Haugaland A-senter, Haraldsgt. 16, 5528 Haugesund,  
eller [post.haugaland.a-senter@bk-vest.no](mailto:post.haugaland.a-senter@bk-vest.no)

**Søknadsfrist:** 20.12.2015

Helse Nord RHF (regionalt helseforetak) har ansvar for spesialisthelsetjenesten til befolkningen i Nord-Norge. Vår visjon er «Helse i Nord der vi bor». Vi skal utvikle en helsetjeneste basert på verdiene kvalitet, trygghet og respekt, som er tilpasset vår landsdel. Hovedoppgaven er å planlegge og utvikle spesialisthelsetjenesten i regionen. Helse Nord RHF har ca. 93 avtaler med private spesialister med driftsavtale. Avtalene utgjør om lag 75 årsverk. Praktiserende spesialister som har driftsavtale med Helse Nord RHF skal delta i faglig utvikling og samarbeid med øvrig spesialisthelsetjeneste i regionen, rapportere og administrere sin praksis i tråd med gjeldende avtaler, prioritere i samsvar med helsepolitisk prioriterte områder.

## Alta

- 100 % driftsavtale for spesialist i hud og veneriske sykdommer
- 20 % driftsavtale for spesialist i lungemedisin
- 100 % driftsavtale for psykologspesialist

## Tromsø

- 100 % driftsavtale for psykologspesialist
- 100 % driftsavtale for spesialist i øyesykdommer

## Svolvær

- 100 % driftsavtale for spesialist i hud og veneriske sykdommer

Kontaktinfo: Linn Hege Larsen, rådgiver, tlf. 75 51 29 84 eller Frode Eilertsen, seksjonsleder analyse, oppfølging og kjøp av helsetjenester, tlf. 75 51 29 00.

**Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema finner dere på: [www.helse-nord.no](http://www.helse-nord.no), velg Jobbsøk - ledige stillinger**

**Søknadsfrist: 20. desember 2015**

frantz.no



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

## HELGELANDSSYKEHUSET BRØNNØYSUND

### Psykologspesialister/psykologer

#### VOKSENPSYKIATRISK POLIKLINIKK

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

Kontaktpersoner:

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

**Søknadsfrist 3. januar 2016**

Fullstendig utlysningstekst og lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på [helgelandssykehuset.no/jobb](http://helgelandssykehuset.no/jobb)

frantz.no



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

## Ålesund sjukehus

BUP poliklinikken Ålesund - Klinik for barn og unge

### Psykologspesialist/psykolog

St.nr. 2015/4822

**Lyst å jobbe saman med oss for ein betre kvardag for barn og unge?**

Vi har no ledig ei fast stilling for psykologspesialist/psykolog ved poliklinikken i Ålesund Startdato snarast - etter avtale med avdelingsleinga.

**Kontaktinformasjon:** Inger Ann Berge, seksjonsleiar, tlf. 70 16 72 00.

**Søknadsfrist: 13. desember 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 ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.*

frantz.no



### - Trygghet når du trenger det mest

Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse, og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker, og underviser pasienter og pårørende.

## Kristiansand

### Psykologspesialist/psykolog - Psykiatrisk poliklinikk

Vi har ledig en 100 % fast stilling for psykologspesialist/psykolog ved Poliklinisk oppfølgingsteam. Tiltredelse etter avtale.

Psykiatrisk poliklinikk ved DPS Strømme i Kristiansand består i dag av 3 team. Disse er et allmennpsykiatrisk team, et gruppeterapiteam og et poliklinisk oppfølgingsteam.

Opplysninger: Enhetsleder Karen E. Bjørnstad Havåg, tlf. 38 07 63 00

**Søknadsfrist: 13. desember 2015**

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

**Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselgere.**

frantz.no





Strand er den største kommunen i Ryfylke med ca. 12.500 innbyggere. Folketall og næringsliv er i god vekst. Om noen år blir det tunellforbindelse via Ryfast til nabokommunen Stavanger. Jørpeland er kommune- og regionsenter.

## STRAND KOMMUNE

# Kommunepsykolog

Strand kommune ønsker å utvide det psykologiske helsetilbudet til kommunens innbyggere ved å opprette en 100 % stilling som kommunepsykolog. Stillingen vil organisatorisk legges til helseenheten i kommunen.

Kommunen ønsker at hovedarbeidsfeltet for kommunepsykologen skal være forebyggende psykisk helsearbeid hovedsakelig rettet mot barn, unge, og familier. Klinisk arbeid og veiledning vil utgjøre ca. 70 % av arbeidsoppgavene, mens plan- og systemarbeid vil utgjøre resten.

### Arbeidsoppgaver vil blant annet innebære:

- Lavterskel korttidsoppfølging, og -behandling av barn, ungdom og familier, med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblem
- Utredning av psykiske lidelser og vurdering av behov for henvisning til spesialisthelsetjenesten
- Utvikling og gjennomføring av kurs- og gruppetilbud
- Foreldreveiledning
- Veiledning av andre faggrupper i kommunen
- Tett samarbeid med andre kommunale tjenester

### Kvalifikasjoner

Søker må være autorisert psykolog. Vi ønsker fortrinnsvis spesialist i klinisk samfunnspsykologi eller barne- og ungdomspsykologi.

Erfaring fra spesialist- og/eller kommunehelsetjenesten er en fordel. Søker må ha gode muntlige og skriftlige norskkunnskaper.

### Andre krav

Det stilles krav til politiattest før tiltredelse.

### Søknad

Strand kommune bruker elektronisk søknadsprosess. Det er viktig for den videre behandling av din søknad at du legger inn alle relevante data. Det er ikke mulig å legge ved vitnemål og attester. Disse må du ta med til et eventuelt intervju. Opplysninger om søkeren kan bli offentliggjort selv om søkeren ber om konfidensiell behandling.

**Søknadsfrist:** 14.12.2015      **Utlyst dato:** 01.12.2015      **Vår. ref.:** 127

### Kontaktpersoner

Grete Strømsmo, virksomhetsleder, tlf. 51 74 30 60 / 915 20 811,  
e-post [grete.stromsmo@strand.kommune.no](mailto:grete.stromsmo@strand.kommune.no)  
Tom Jakob Bru, kommunalleder, tlf. 51 74 30 92 / 918 55 708,  
e-post [tom.jakob.bru@strand.kommune.no](mailto:tom.jakob.bru@strand.kommune.no)



**Kvinnherad kommune** har  
13.100 innbyggjarar. Kommunen  
ligg i Sunnhordland, mellom Bergen,  
Haugesund og Odda.

Ved Tiltak og tenester for barn og unge  
er det ledig

## Psykolog 100 % fast stilling, PPT – 2. gongs utlysning

For meir utfyllande informasjon om stillinga,  
gå inn på **www.kvinnherad.kommune.no**

eller ta kontakt med verksemdsleiar  
Monika H. Haugland

tlf. 53 46 16 98/478 44 074 /

e-post [monika.haugland@kvinnherad.kommune.no](mailto:monika.haugland@kvinnherad.kommune.no)

**Søknadsfrist: 03.01.16**



Austrheim kommune



Fedje kommune

## Vi søker kommunepsykolog

Austrheim og Fedje kommunar har ledig nyoppretta  
interkommunal stilling som kommunepsykolog  
med Austrheim som vertskommune. Stillinga ligg i  
helseavdelinga med kommuneoverlegen som næraste  
overordna.

Vedkomande som vert tilsett vil få stort ansvar i å utforma  
stillingssinnhaldet sjølv, arbeid inn mot barn vert prioritert.

Tilsetjingsvilkår: 100% stilling fast.

Søknadsfrist: **16.12.2015**

Du kan lese heile annonsen på heimesidene til Austrheim  
eller Fedje kommune.

**www.austrheim.kommune.no**

eller **www.fedje.kommune.no**



Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Øst

## Borg barne- og familiesenter søker Psykolog/ psykolog- spesialist (fast 100 %)

Borg barne- og familiesenter ligger i  
Fredrikstad. Stillingen vil inngå i  
behandlingstilbudet som gis til  
senterets målgruppe. Barne- og  
familiesentrene i Bufetat, region øst har  
til sammen seks psykologstillinger. Det  
er opprettet et eget nettverk for  
samarbeid mellom psykologene på tvers  
av sentrene. Senteret jobber  
systematisk med fagutvikling, og  
psykologene er viktige bidragsytere i  
denne utviklingen.

Søknadsfrist: 15.12.2015

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

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



Bufetat

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

## Ledig fast 100 % stilling som Psykolog/ kartlegger

Nasjonalt inntaksteam (NIT) er en enhet  
med nasjonale oppgaver i Bufetat, og  
inngår som del av ny organisering av  
inntak til Bufetats tjenester. NIT har  
som hovedoppgave å kartlegge og  
innstille på tiltaksvalg for institusjon  
ihht barnevernlovens § 4-24 og 4-26, og  
sørge for resultatmålinger ved  
avslutning av institusjonsoppholdet.  
NIT har medarbeidere i alle landets  
regioner. Medarbeidere skal ha  
arbeidssted på lokal Bufetat-enhet, men  
må være innstilt på noe reiseaktivitet.

Søknadsfrist: 10.01.2016

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

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

Avdeling for rusmedisin (AFR) tar imot og behandler alle tilvisingar til rus- og avhengigheitsbehandling, også kalla tverrfagleg spesialisert rusbehandling, i Helse Bergens opptaksområde. I tillegg til egne behandlingstilbod, bruker vi offentlege og private behandlingsplassar i og utanfor Helse Vest.



## Haukeland universitetssjukehus søker;

### Avdelingsdirektør ved avdeling for rusmedisin

#### Kontakt

Tove Huse Bjerkevoll, mobil 480 73 834  
Søknadsfrist er 20. desember  
Referansenummer for stillinga er 2825668806

#### Søknadsinformasjon

For utfyllande informasjon om stillinga sjå vår heimeside: [www.helse-bergen.no/jobb](http://www.helse-bergen.no/jobb)



[www.helse-bergen.no](http://www.helse-bergen.no)

  
Bufetat

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

Til FFT (Funksjonell familierapi) Trøndelag sør i Trondheim søker vi

## Psykolog/ psykologspesialist

evt. familierapeut, til årsvikariat i 100 % stilling.  
Stillingen innebærer en unik mulighet for grundig opplæring i en integrativ familierapeutisk behandlingsmodell som har vist gode resultater for familier og ungdom med atferdsvansker. FFT bygger på en bredde av teoretiske retninger innen psykoterapi og familierapi, og utgjør en faglig spennende utviklingsmulighet. Alle FFT-terapeuter får grundig opplæring.  
Søknadsfrist: 2.1.2016

*Se fullstendig utlysning og søk på [bufdir.no](http://bufdir.no)*

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

  
Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Vest

MST Bergen har ledig fast stilling som



## MST-terapeut

Barne-, ungdoms og familieetaten har egne enheter som driver med multisystemisk terapi (MST), som er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Terapeutene jobber i hjem, nærmiljø og skole med foreldre og ungdom, der ungdommen står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet. MST er en evidensbasert metode utviklet i USA, og implementeringen i Norge ledes av Atferdssenteret, Universitetet i Oslo.

Søknadsfrist: 15.12.2015

*Se fullstendig utlysning og søk på [bufdir.no](http://bufdir.no)*

[www.bufdir.no](http://www.bufdir.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.

## DPS Øvre Romerike Psykologspesialist


Ved vår Almennpoliklinikk har vi ledig en 100 % fast stilling for psykologspesialist.

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Biliana Mikova, psykolog, tlf. 63 94 12 00 eller Tom Ellingsen, DPS leder, tlf. 63 94 12 00.

Referansenr: 2819858423

**Søknadsfrist: 20. desember 2015**

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

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

frantiz.no



HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

## LEDIG STILLING SOM FØRSTEAMANUENSIS I PSYKOLOGI

Ved Institutt for sosialfag er det en ledig stilling som førsteamanuensis i psykologi. Stillingsannonseren finner du på:  
<http://www.hioa.no/Om-HiOA/Ledige-stillinger>

**Søknadsfrist 8. desember.**

Har du spørsmål om stillingen kan studieleder Lise Kleppe kontaktes på telefon 932 21 294.

frantiz.no

 **POLITIET**  
AGDER POLITIDISTRIKT  **STATENS BARNEHUS**  
Et tverrfaglig kompetansesentrum **Kristiansand**

## Seniorrådgiver

**Statens barnehus Kristiansand**  
**Fast stilling som Seniorrådgiver (sko 1364)**

Vi søker etter en erfaren psykolog/-spesialist, klinisk sosionom, klinisk barnevernpedagog eller med annen relevant fagbakgrunn.

**Søknadsfrist: 10.12.2015**

Fullstendig annonse og elektronisk søknad:  
<http://www.politijobb.no>,  
[www.nav.no](http://www.nav.no) og [finnjobb.no](http://finnjobb.no).

frantiz.no

*Finmarkssykehuset 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**

## Psykologspesialist

**100 % fast stilling som Psykologspesialist**



Voksenpsykiatrisk poliklinikk Tana er en del av DPS Øst-Finnmark. VPP Tana yter primært tjenester til kommunene Tana, Nesseby, Båtsfjord, og Berlevåg og til dels 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. VPP Tana har ft. 7 fagstillinger, 2 kontorfaglige stillinger og 3 fagstillinger i ambulant akutt team.

Kontaktinfo: Bjørg Guttorm, Avdelingsleder, tlf. 78 92 74 16

**Søknadsfrist: 13. desember 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.  
Finmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.

 **FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMARKKUBUOHCEVISSU 

frantiz.no



Sykkylven ligg sentralt i hjartet av Sunnmørsalpane og har ca. 7 700 innbyggjarar. Sykkylven har eit godt utbygd barnehage- og utdanningstilbod med vidaregåande skule, eit breitt og aktivt idretts- og kulturliv og eit framgangsrikt næringsliv. Bygda og kommuneorganisasjonen set fokus på å vere opne, innovative og venlege i all framferd og planlegging, med ei solid forankring i bygda si rike historie og gode tradisjonar.

## PSYKOLOG

100 % fast stilling som psykolog ledig frå 01.01.2016.

Fullstendig kunngjering sjå [www.sykkylven.kommune.no](http://www.sykkylven.kommune.no)

**Søknadsfrist** 31.12.2015

Sykkylven kommune Rådhuset 6230 Sykkylven Tlf: 70 24 65 00



Oslo kommune  
Bydel Gamle Oslo

Enhet psykisk helsearbeid

## PSYKOLOGSPESIALIST – LIKER DU PIONERARBEID OG ER FAGLIG STERK?

Vi søker etter spesialist i voksenpsykologi til et to års engasjement i det første FACT-teamet i Norge; FACT Gamle Oslo. Dette er et pionerprosjekt som varer ut 2018 og skal over i vanlig drift hvis det er en suksess. FACT – Flexible assertive community treatment kan oversettes til fleksibel aktiv oppsøkende behandling og er en nederlandsk videreutvikling av den amerikanske evidensbaserte ACT-modellen.

FACT Gamle Oslo er samhandlingsprosjekt mellom Bydel Gamle Oslo og Lovisenberg Diakonale Sykehus. FACT Gamle Oslo er organisert i Lovisenberg DPS og består av ti ansatte med tverrfaglig kompetanse.

Mer informasjon finner du på [www.factgo.no](http://www.factgo.no)

**Søknadsfrist:** 15. desember 2015.

Elektronisk søknad finner du på

<http://www.bydel-gamle-oslo.oslo.kommune.no/>

Spørsmål kan rettes til

prosjektleder **Tor Helge Tjelta**, tlf. 481 69 849.



Bydel Gamle Oslo  
Enhet psykisk helsearbeid

[www.oslo.kommune.no/stillinger](http://www.oslo.kommune.no/stillinger)

## PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER

### SPESIALPLASSERING:

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

### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 23 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 645, samme format i farger kr 3 968.

### 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 5 850. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 450 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) under «Konferanser og kurs».

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.

*Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på [www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser)*

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
1	15.12	04.01
2	18.01	01.02
3	16.02	01.03
4	11.03	01.04

### ANNONSEFORMATER

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

### Priser stillingsannonser/profilannonser:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	16 550	15 250
1/2 side	12 250	11 250
1/4 side	10 850	9 850

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.

## NORSK PSYKOLOGFORENING

---

### SENTRALSTYRET

#### President

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

#### Visepresidenter

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

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

#### Medlemmer

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

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

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

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

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

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

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

#### Studentrepresentanter

**Tuva Emilie Haugdahl  
Røskar**  
tuva.roskar@gmail.com  
416 61 585

**Rikke Pauline Sandvik**  
rikkepsandvik@gmail.com  
905 74 666

#### Varamedlemmer

**Nina Dalen**  
nina.dalen@  
nevropsykolog.no  
909 41 650

**Joar Øveraas Halvorsen**  
joar.halvorsen@svt.ntnu.no  
922 56 656

**Ragnhild Klingenberg  
Stokke**  
ragnhildkstocke@gmail.com  
414 21 366

**Anne Kulseng Berg**  
akulseng@online.no  
928 60 119

#### LOKALAVDELINGER

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

**Aust-Agder**  
**Else Håvås**  
elsehav@hotmail.com  
920 44 329

**Buskerud**  
**Elisabeth Pettersson**  
elisp2@online.no  
950 68 460

**Finnmark**  
**Kristine Knappskog**  
kristineknappskog@gmail.  
com  
977 93 644

**Hedmark**  
**Ingvild Knutssen Moen**  
ingvildkm@me.com  
936 50 674

**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**  
**Adriana Ochoa**  
psykolog.adriana.ochoa@  
gmail.com  
482 40 790

**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 rfrøey@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**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*

**Linda T. Grønås**,  
administrasjonssjef,  
e-post linda@  
psykologforeningen.no  
**Toril Dyrhøvd**,  
nestleder, e-post 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 post@  
psykologforeningen.no  
Hjemmeside  
www.psykologforeningen.no

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

## TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

### FAGLIGE MEDARBEIDERE I PSYKOLOGTIDSSKRIFTET

**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](mailto: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](http://psykologtidsskriftet.no), se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal inneholde 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 spesialistoppgave.

**Abonnement:** Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1445 per år, bedriftsabonnement kr 2250, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 150 + porto/eksp.gebyr.

**Annonser:** Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no), se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

**Frist for innlevering av annonser:**  
 15.12, 18.01, 16.02, 11.03, 18.04, 18.05, 16.06,  
 18.07, 18.08, 19.09, 18.10, 18.11