

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

# PSYKOL OGI

Vol.53 nr.3 2016

Hallvard Føllesdal:

## Emosjonell intelligens under lupen

*NÅ-intervjuet  
Vitenskapelig artikkel*

---

## PAKKE- PROSESSEN

*Aktuelt og Meninger*

---

## Psykose, vold og tilregnelighet

*Vitenskapelig artikkel  
ved Bjørkly & Grøndahl*

ISSN 0332-6470



9 770332 647006

03

# PSY KOL OGI

Vol. 53 **nr. 3** 2016

**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, Nidaros DPS

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.

# Er behandling svaret?

**LITE TYDER PÅ** at forekomsten av psykiske lidelser har økt de senere årene, sier Folkehelseinstituttet. Det er heller ingen grunn til å være bekymret når flere får behandling for psykiske helseplager. Dette forteller oss bare at flere endelig får nødvendig hjelp. Likevel hører vi at unge baler med sin mentale helse som aldri før, mens andre ser med bekymring på at psykiske helseplager støter folk ut av arbeidslivet – og det i langt yngre alder enn det som gjelder for andre helseproblemer.

**Kanskje det ikke** er de psykiske helseplagene alene som gjør at folk faller ut av skole og arbeid, men også de konsekvensene symptomene og vår tolkning av dem får i dagens samfunn. Skole og arbeidsliv krever selvstendige individer som leder og motiverer seg selv når det trengs, samtidig som de må kunne samarbeide i team og grupper. Dette stiller store krav til kognitiv, emosjonell og relasjonell fungering – nettopp sider av vår fungering som påvirkes av psykiske plager. Det er derfor ikke merkelig at samfunnet foreskriver mer psykologi når slike vansker skal håndteres.

**Men**, som Toril Hjort skriver i tidsskriftet *Manifest*, derfor kan vi heller ikke la det terapeutiske blikket stå alene når vi diskuterer psykiske lidelser. Vi må også ta tak i de samfunnsmessige forholdene som gjør at psykiske helseproblemer bidrar til at flere faller ut av skolen og blir stående utenfor arbeidslivet.

**Psykologien har av flere** blitt kritisert for ikke å tematisere slike forhold. Det betyr ikke at profesjonen er blind for forholdet mellom rammer og individ. Som Andreas Høstmælingen sier i denne utgaven (side 183), er det begrenset hva individuell behandling kan føre til, hvis man mobbes på skolen hver dag. På samme måte ønsker Heidi Tessand seg et pakkeforløp som «inkluderer systemene rundt barn og ungdom som strever, og ikke sementerer det individfokusert som fortsatt preger store deler av psykisk helsevern» (Morgenbladet, 4. desember, 2015). Også helseminister Bent Høie er opptatt av å utvide psykologers virkefelt. I denne utgaven (side 230) oppfordrer han oss til å bruke faget på områder som man ikke umiddelbart forbinder med psykologi, for eksempel innenfor «næring, kultur, skoler og barnehager».

**Individ og system**, det personlige og det politiske, er ikke separate størrelser. Når psykologer, faget og foreningen utfordres til å ta stilling til samfunnsutviklingen og hvordan den påvirker alles liv, er det en mulighet vi bør gripe. ✕



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Profesjonen er ikke blind for forholdet mellom rammer og individ

# 183



FOTO: HELSEDIREKTORATET

## TILSTANDSPAKKER

- Det er ikke sikkert alle pakkeforløpene skal være relatert til diagnoser. Kanskje de heller skal knyttes til beskrivelser av tilstander, mener Anne Hafstad, prosjektdirektør i Helsedirektoratet. Hun er en av fire kilder som i denne utgaven tenker høyt rundt utforming av pakkeforløp i psykisk helse.

*Aktuelt og meninger*

# 200

ILLUSTRASJON: BENDIK KALTENBORN



## LA UNGDOMMEN I FRED

Altfor nære og sårbare foreldre hemmer ungdoms muligheter for vekst, skriver Per Are Løkke. Kanskje vi nå bør rette søkelyset mot foreldrene til «generasjon flink»?

*Fagessay*

# 212

*Forskning viser at en rekke faktorer som ikke er psykosespesifikke, forklarer vold hos personer med psykoselidelse bedre enn psykosen gjør*

Bjørkly og Grøndahl

*Vitenskapelig artikkel*



FOTO: ERIK SUNDT

## KOM TIL KOMMUNEN!

- Bli med på noe nytt. Vær med der det skjer, oppfordrer Bent Høie. Han ønsker flere psykologer i kommunene. For i fremtidens helsetjeneste må vi treffe brukeren tidligere, raskere og nærmere, skriver han.

*Perspektiv*

# Innhold

- 177 **Er behandling svaret?**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 180 **Tviler på emosjonell intelligens**  
Nå: Hallvard Føllesdal | Øystein Helmikstøl
- 182 **- Jeg er feilsitert**  
Nå | Øystein Helmikstøl
- 183 **Mens vi venter på pakkeforløpet**  
Aktuelt | Per Olav Solberg og Nina Strand
- 192 **Er emosjonell intelligens viktig i arbeidslivet?**  
Vitenskapelig artikkel | Hallvard Føllesdal
- 200 **Å hakke seg ut av egget**  
Fagessay | Per Are Løkke
- 208 **«Hele meg forsvant»**  
Fra praksis | Kristin Alve Glad
- 213 **Psykose og vold: Forskning med relevans for utredning av tilregnelighet**  
Vitenskapelig artikkel | Stål Bjørkly & Pål Grøndahl
- 221 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: En gavepakke til rusfeltet? (s. 222)  
Debatt: Pakkeforløp (s. 226), Flyktninger (s. 228),  
Spesialistutdanningen (s. 229)  
Perspektiv: Invitasjon | Bent Høie (s. 230)
- 232 **INNTRYKK**  
Anmeldelser: Kjærlighet på formel (s. 232), Ensomhet er en betingelse ved livet (s. 235)
- 237 **Minneord**  
Tuire Tyldum | Bakken, Dahlin, Kårstad og Wormdal
- 238 **Kurskalenderen**
- 239 **Annonser**
- 249 **Stillingsannonser**

# Tviler på emosjonell intelligens

Hallvard Føllesdal er overbevist: EQ-forskere dysser ned viktig informasjon.



**TVILER** Førsteamanuensis i organisasjonspsykologi Hallvard Føllesdal tviler på at eksisterende EQ-tester måler noe annet enn generell intelligens og personlighet. Foto: BI

**TEKST** Øystein Helmikstøl

– Du har vært et år på Yale University i USA i laboratoriet til Peter Salovey, psykologen bak en av de mest kjente EQ-testene. Hva fant du ut?

– Jeg fant ut at skårene fra enkelte spørsmål i MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test, red.anm.) blir utelatt når testen blir skåret. Da jeg spurte om årsaken, var svaret at statistiske analyser hadde vist at de bør utelates. Da er det rart at spørsmålene er med i det hele tatt. Jeg brukte mye tid på å analysere og forstå hvorfor spørsmålene ikke fungerer. De ser ut til å være like relevante som alle de andre spørsmålene i testen. For en av de fire skalaene klarte jeg å finne ut hva som var galt.

– Hva var galt?

– I skalaen *persepsjon av emosjoner* fant jeg at man fjerner skårene fra de få spørsmålene som tilsynelatende måler det man ønsker å måle, det vil si evne til å oppfatte følelser som blir uttrykt i ansikter. Man sitter da igjen med skårer som måler evne til å oppfatte følelser som *ikke* er uttrykt i ansikter, altså det motsatte av hva man ønsker å måle. Forlaget utelater også skårer fra andre skalaer basert på tilsvarende statistiske analyser. Dette er tegn på at noe er galt. Men man bør skjønne hva som er galt, før man utelater skårene fra testen. Det at en rekke skårer blir utelatt, er informasjon som blir dysset ned. Du må lese litteraturen ganske grundig før du blir oppmerksom på det. Når jeg treffer forskere på konferanser i utlandet, er de ikke klar over dette. Åpenhet om det ville jo ha svekket testens troverdighet.

– **Er dette juks?**

– Det er svært uheldig når forskerne ikke er åpne om at skårene fra en del av spørsmålene i testen blir utelatt før resultatene beregnes. Det gjør det vanskelig for andre forskere å vurdere kvaliteten av testen. Og brukeren legger selv sagt ikke merke til dette.

– **Har du snakket med Peter Salovey selv om det?**

– Jeg har sendt ham kopi av artikler jeg har skrevet, men jeg har ikke diskutert resultatene mine inngående med ham, nei. Han er klar over funnene og at testen ikke er optimal.

– **Hva er problemet med MSCEIT?**

– Både reliabilitet og validitet. Mange av skålaene gir ikke reliable skårer, de er ikke pålitelige nok. Og i publiserte artikler brukes en metode som kalles parsellering, som gjør at de psykometriske kvalitetene ser flotte ut selv når de underliggende skårene ikke henger på greip. Og så kan man spørre om den fanger opp hva som faktisk er emosjonell intelligens. Det er ikke bare jeg som lurar på det, det er et helt forskningsfelt som nå er kritisk til om man kan måle emosjonell intelligens. Teorien om emosjonell intelligens er jo laget av Peter Salovey og John Mayer, og testen er den viktigste evidensen for teorien. Noen sier at testen er gullstandard for å måle emosjonell intelligens. Når testen ikke fungerer, kan man spørre hva som er det empiriske belegget for teorien. Da er dette alvorlig. Testen ser flott ut, men de som vil granske den nærmere, vil finne mye grums.

– **Emosjonell intelligens er avgjørende hos ledere, har jeg hørt. Tidligere politileder, nå forfatter Hanne Kristin Rohde holder foredrag om det.**

– Jeg kan forstå at hun sier det hun sier. Hvis vi leser litteratur om emosjonell intelligens, er det mange som sier at emosjonell intelligens er viktig i ledelse. Men hva mener Rohde med emosjonell intelligens? Det forskerne er uenige om, er om emosjonell intelligens er en type intelligens som er noe annet enn generell intelligens og personlighet.

– **Hvordan kan det ha seg at emosjonell intelligens-begrepet har blitt så populært, til tross for svak forskning?**

– Daniel Goleman, med doktorgrad i psykologi, har skrevet en av de mest solgte bøkene om dette. Han sier at for å lykkes i arbeidslivet er *emosjonell intelligens* fire ganger så viktig som *intelligens*. Da får jo mange lyst til å finne ut

mer om hva det er, og prøve å måle det. Han skriver om EI som om det er noe helt nytt, men det han sikter til, er gjerne egenskaper vi har visst om i mange tiår.

– **Hvorfor trenger vi ikke begrepet emosjonell intelligens?**

– Hvis vi skal beholde begrepet, må vi uttrykke mye mer presist hva vi legger i det. Ulike forskere legger per i dag helt ulike ting i EI.

– **Hvis begrepet ikke beskriver hvordan vi forstår, leser, håndterer eller mestrer følelser – hvilke begreper skal vi bruke i stedet?**

– De begrepene du brukte der, kanskje?

– **Hvordan har din forskning, som stiller spørsmål ved om emosjonell intelligens finnes, blitt mottatt?**

– Noen forskere har antydnet at resultatene skyldes kulturelle forskjeller, selv om jeg viser at det ikke er tilfellet. Andre har valgt ikke å forholde seg til funnene. Internasjonal forskning peker etter hvert i samme retning, og mange forskere stiller nå spørsmål til testen, slik jeg har gjort. Men hvis du finner at emosjonell intelligens ikke har betydning, så er det ikke så lett å få publisert det.

– **Er emosjonell intelligens først og fremst et eksempel på en psykologisk industri og ikke psykologisk forskning?**

– Det er et diffust, men populært begrep, og mange tjener gode penger på emosjonell intelligens. For eksempel ved å lage tester som skal måle det. Det er vel derfor det finnes så mange EI-tester. Men vi har jo i mange år hatt en mengde gode tester som måler disse egenskapene, uten at det blir kalt emosjonell intelligens.

– **Det er for lite sex i spaltene våre. Forskning viser ifølge VG Forbruker at kvinner som skårer høyt på emosjonell intelligens-tester, lettere får orgasme enn andre.**

– Hehe. Jeg er kritisk til konklusjonen. All forskning om emosjonell intelligens bør man forholde seg kritisk til, og om denne studien bør man spørre hva som legges i begrepet «emosjonell intelligens». Hva er det de har målt? Så kan man undersøke hvorfor denne sammenhengen er der. EQ er et ullent og upresist begrep. Noen mener at EQ-begrepet brukes om alle positive egenskaper som ikke er intelligens. Da kan det benyttes i nesten hvilken som helst sammenheng, også i forbindelse med orgasme hos kvinner. På EQ-feltet er det mye forskning som ikke er seriøs, godt utført eller presis.

## Hvorfor NÅ?

- Det er lite som tyder på at emosjonell intelligens er av stor betydning i arbeidslivet, skriver Hallvard Føllesdal i en fagartikkel på side 192.
- Føllesdal er førsteamanuensis i organisasjonspsykologi ved Handelshøyskolen BI.

Peter Salovey har ikke svart på Psykologtidsskriftets henvendelser.

Daniel Goleman svarer.

Se neste side

## - Jeg er feilsitert

Den amerikanske psykologen og forfatteren Daniel Goleman mener at den norske organisasjonspsykologen Hallvard Føllesdal siterer ham feil.

**TEKST** Øystein Helmikstøl

**- JEG ER SITERT** på å ha påstått at «emosjonell intelligens er fire ganger så viktig som intelligens», men det har jeg faktisk aldri sagt, og jeg tror heller ikke at det er sant.

Det opplyser Daniel Goleman til Psykologtidsskriftet. Han har lest utdrag av NÅ-intervjuet med førsteamanuensis på Handelshøyskolen BI Hallvard Føllesdal i denne utgaven (se sidene foran).

– Som jeg har skrevet, for eksempel i forordet til 10-årsjubileumsutgaven av *Emosjonell intelligens*, er IQ den beste prediktoren for hvilken jobb man kan ha, og dermed også hvor økonomisk vellykket man er, forklarer Goleman.

### - BEST PREDIKTOR

– På den annen side er det slik at når folk med høy IQ står likt og konkurrerer med hverandre, er emosjonell intelligens den beste prediktoren for hvem som vil oppnå fremragende resultater eller stå frem som ledere.

Den amerikanske psykologen mener at hvis man ser på studier som organisasjonene selv har gjennomført ved hjelp av kompetansemodelering, vil man se at de fleste evnene som skiller stjernene (topp ti) fra gjennomsnittet på de høyeste ledernivåene, er basert på emosjonell intelligens, ikke tekniske ferdigheter. Dette har vi ifølge Goleman intuitivt visst lenge før begrepet «emosjonell intelligens» ble tatt i bruk.

– Men nå som vi har begrepet, gjør det at vi kan utforme målemetoder som gjør det mulig å samle inn stadig bedre data, mener han.

Goleman er glad for at boken *Emosjonell intelligens* har inspirert til forskning på temaet – det var et av målene hans da han skrev om det.

– Mitt andre store mål var å skape interesse for evidensbaserte utdanningsprogrammer innenfor det som nå kalles «sosial/emosjonell læring», som er skoleprogrammer der barna lærer grunnleggende ferdigheter i livet, som selvbevissthet, selvregulering, empati og samarbeid.

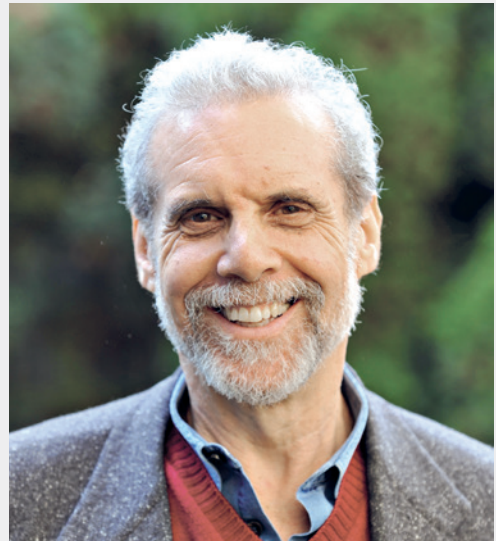
Begge disse målene er ifølge Goleman nådd – det finnes nå hundrevis av forskningsartikler om emosjonell intelligens.

Goleman er enig med Hallvard Føllesdal i at forskningen er av ujevn kvalitet.

– Noen undersøkelser er befyngt med feil, mens andre holder høy standard.

### - DEFINISJONER IKKE I SENTRUM

Hanne Kristin Rohde sier at i hun i sine foredrag holder seg til Daniel Golemans definisjoner av emosjonell intelligens.



**GLAD FOR FORSKNING** Psykolog Daniel Goleman er glad for at en bok om emosjonell intelligens har inspirert til forskning på temaet. Pressefoto: Golemans eget nettsted

Hva mener Rohde med emosjonell intelligens? spurte Hallvard Føllesdal i intervjuet. Psykologtidsskriftet sendte spørsmålet videre til tidligere polititopp, nå forfatter og foredragsholder Hanne Kristin Rohde.

Rohde svarer at hun i foredragene henviser til amerikanske forskere med Daniel Goleman i spissen, som i 2002 skal ha uttalt blant annet at emosjonell intelligens utgjør hovedforklaringen på godt lederskap.

– I enkelte foredrag viser jeg også til min bok *Kjemp for alt hva du har kjær*, der jeg viser til Goleman og sier litt mer om emosjonell intelligens.

Rohde sier at hun holder seg til Golemans definisjoner dersom noen ønsker litt kjøtt på beinet.

– Men i mine foredrag er relasjoner avgjørende, enten til andre mennesker eller til en selv. Da er ikke definisjoner i sentrum.

Rohde skriver i en e-post at hun aldri har holdt foredrag der emosjonell intelligens har vært vesentlig utredet.

Psykologtidsskriftet har påpekt overfor Rohde at i forhåndsinformasjonen til et foredrag hun skal ha på en lederkonferanse senere i år, er emosjonell intelligens framhevet som et hovedpunkt. Rohde har ikke kommentert dette overfor Psykologtidsskriftet. ✕



# MENS VI VENTER PÅ PAKKE- FORLØPET

I løpet av 2016 vil innholdet i pakkeforløpene i psykisk helse bli bestemt. Vi har møtt noen av dem som påvirker prosessen.

**TEKST** Per Olav Solberg og Nina Strand



**BEROLIGER** – Jeg ser ikke for meg at diagnoser gir rett til et eksakt antall timer behandling, slik tilfellet er i Danmark, sier Anne Hafstad i Helsedirektoratet.  
Foto: Helsedirektoratet



- **VISER FOR OSS** fleksible løp som ivaretar både pasient, pårørende og behandler.

Det sier Anne Hafstad, prosjektdirektør i divisjon for spesialisthelsetjenester i Helsedirektoratet. Hun har fått i oppgave å utarbeide en plan for innføring av pakkeforløp for psykisk helse og rus innen 1. april i år.

Etter at helse- og omsorgsminister Bent Høie lanserte pakkeforløp for psykisk helse og rus i august i fjor, har det pågått en kontinuerlig debatt i norsk offentlighet, der bekymringer knyttet til de negative konsekvensene av pakkeforløp i psykisk helsevern har stått i sentrum.

Nå er prosessen med pakkeforløpene i gang. Helsedirektoratet har satt ned tre rådgivende arbeidsgrupper som skal utrede pakkeforløp for psykisk helse og rus. En av gruppene jobber med pakkeforløp for rusfeltet, de to andre med psykisk helse for henholdsvis voksne og barn/ungdom. 1. april skal Helsedirektoratet levere de første anbefalingene til Helse- og omsorgsdepartementet om blant annet implemente-

ringstakten og hvilke pakkeforløp som skal prioriteres først. Innholdet i de enkelte pakkene skal utformes senere.

– Jeg hadde også ansvar for utvikling og implementering av Pakkeforløp for kreft. Da fikk vi et konkret mandat til å utforme og lage pakkeforløp for ulike krefttyper. Prosessen for psykisk helse og rus er annerledes. I oppdragsdokumentet står det at vi skal utvikle pakkeforløpene i samarbeid med fagmiljøer, brukerorganisasjoner, helseforetak og Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS), sier Hafstad.

Hun beskriver et intensivt arbeid der de blant annet skal utfordre de tre gruppene på hvilke pakkeforløp de anbefaler skal lages, og i hvilken rekkefølge. Men det overordnede temaet for gruppene er å definere hva pakkeforløp er – og like viktig – hva det ikke er, og hvilke utfordringer de skal løse. Et annet spørsmål er hvilke andre instanser som skal være en del av pakkeforløpet i tillegg til selve behand-

lingsapparatet. – Skal for eksempel barnevernet og skolehelsetjenesten være en del av et pakkeforløp for barn? spør prosjektdirektøren.

### MINDRE VEKT PÅ DIAGNOSER?

Ett av skrekks scenariene som kritikerne ofte løfter fram, er at pakkeforløpene vil føre til standardisert og ensrettet behandling ut fra strenge diagnosekriterier, uten å ta høyde for at pasientene er forskjellige og gjerne har sammensatte plager som ikke passer inn i diagnosesystemet. Konsekvensen vil være dårligere behandling, frykter mange. Hafstad forsikrer:

– Vi skal ta med oss de beste erfaringene fra kreftpakkeforløpene inn i arbeidet med psykisk helse og rus. Konkret handler dette om å gi pasienten forutsigbarhet. Det er imidlertid behov for mer individuell tilpasning gjennom hele pakkeforløpet i psykisk helse sammenlignet med kreft. Jeg ser ikke for meg at diagnoser gir rett til et eksakt antall timer behandling, slik tilfellet er i Danmark. Det er heller ikke sikkert alle pakkeforløpene skal være relatert til diagnoser, kanskje de heller skal knyttes til beskrivelser av tilstander.

– *Handler pakkeforløp først og fremst om logistikken og systemet rundt pasienten og mindre om selve behandlingen?*

– Helhetlige pasientforløp bør utformes på en måte som gir den enkelte behandleren nødvendig frihet til å vurdere pasientene individuelt og bruke sitt kliniske skjønn, samtidig som pakkeforløpene kan gi noen rammer som oppleves som et gode både for bruker, pårørende og behandler. Det kan for eksempel tenkes at man i noen tilfeller gir noen anbefalinger om hvor lenge en psykolog kan behandle en pasient som ikke opplever bedring, før et behandlingsteam drøfter eventuelle endringer i behandlingen, svarer Hafstad, som legger til at Helsedirektoratet også er opptatt av systemnivået og at et pakkeforløp skal bety bedre samhandling mellom dem som skal hjelpe pasienten. Det meste av pasientenes liv leves utenfor behandlingen, og bosituasjonen spiller for eksempel en viktig rolle for en persons psykiske helse, mener hun.

– *Hva tenker du om veien fra fastlege til behandling i et pakkeforløp? Hvem skal ha ansvaret for utredning og å sette diagnoser? I Danmark er det egne team som tar seg av dette.*

– Dette er et sentralt spørsmål som drøftes i de rådgivende arbeidsgruppene. Det blir viktig med gode utredningsforløp for å kartlegge hvor pasienten hører hjemme, og hvor

## Pakkeforløp i psykisk helse og rus

Helsetjenesten skal innføre pakkeforløp for psykisk helse og rus etter modell av pakkeforløp innenfor kreftbehandling som ble rullet ut i 2015.

### Helse- og omsorgsminister Bent Høie definerte pakkeforløp slik i Morgenbladet 18. september 2015:

«Et pakkeforløp er et helhetlig, kunnskapsbasert og standardisert pasientforløp – vi skal bidra til at alle pasienter får rett behandling til rett tid. I psykisk helse betyr dette at aktuelle pasienter kommer raskere til avklaring og undersøkelse, at utredning og behandling kommer raskere i gang, at vi oppnår mer likeartet utredning og behandling av visse psykiske lidelser.» (...)

Målet for pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus er foreløpig ikke definert eksakt, og er en del av utredningsarbeidet som nå pågår. Det er heller ikke bestemt hvilke psykiske lidelser som skal være med i pakkeforløpene.

### Sentrale datoer:

**12. januar 2016:** Helsedirektoratet arrangerte oppstartsmøte for pakkeforløp innenfor psykisk helse og rus, hvor blant andre fagmiljøer og brukerorganisasjoner, helseforetakene og KS var invitert.

Arbeidsgrupper ble nedsatt og de har hatt tre møter siden januar. (Se egen ramme for navn på gruppelemmene på side 188).

**1. april 2016:** Helsedirektoratet skal levere en prosess- og tidsplan for arbeidet til Helse- og omsorgsdepartementet, inkludert en implementeringsplan, basert på råd fra arbeidsgruppene.

Det er ikke bestemt når pakkeforløpene skal settes ut i livet, men utredningsarbeidet vil høyst sannsynlig ta lengre tid enn tilfellet var for pakkeforløp innenfor kreft. Da brukte man ca. et år fra planlegging til implementering.



**UTÅLMODIG** - Det går ofte både vinter og vår før barn og unge får utredning og hjelp. I mellomtiden fortsetter barnet og familien å ha det vanskelig, sier Tor Eikeland, spesialrådgiver i ADHD Norge.  
Foto: Fartein Rudjord

- Min drømmelinje er at det ikke skal gå mer enn et halvt år fra mistanken reises til utredningen er foretatt

*Tor Eikeland, ADHD Norge*

vedkommende skal henvises: til spesialisthelsetjenesten, eller til et lavterskeltilbud i kommunen. Det handler også om å fange folk opp på et så tidlig tidspunkt som mulig, sier Hafstad.

#### **SER MULIGHETENE**

Hva slags innspill kan Hafstad vente seg fra de rådgivende arbeidsgruppene? Hva ser deltakerne som særlig utfordrende ved pakkeforløp i psykisk helse? Hva er viktig for dem å få gjennomslag for? Psykologtidsskriftet har møtt tre representanter i Helsedirektoratets arbeidsgruppe for psykisk helse, barn og unge.

Tor Eikeland er spesialrådgiver og tidligere generalsekretær i ADHD Norge. Vi treffer ham i foreningens lokaler i Storgata. Eikeland har årelang erfaring med å fronte erfaringene til familier med store utfordringer i hverdagen. Nå skal han bidra til å ivareta brukerperspektivet i arbeidsgruppa for barn og unge, som til sammen har 13 medlemmer.

- Hvor mange brukerrepresentanter finner du på deltakerlista? spør han oss. Vi finner tre. Eikeland smiler litt resignert. Han er ikke så imponert, men ser likevel muligheten for å påvirke, og for at etableringen av pakkeforløp *kan* gi bedre tilbud for barn og unge som sliter. Hvilke muligheter?

- Jeg regner med at de forskjellige tjenestene får klart definerte oppgaver og ansvarsområder. I psykisk helsearbeid for barn og unge er

det avgjørende å bedre det tverrfaglige samarbeidet – særlig i førstelinjen – mellom helse, barnevern, PP-tjeneste og skole, og opp mot spesialisthelsetjenesten. Pakkeforløp innebærer muligheten til å definere et sømløst forløp mellom aktørene, svarer Eikeland.

Han legger også vekt på at BUP, i tillegg til utredning, må ta et mye større ansvar for den psykoedukative biten for barn med ADHD og familien deres. Det vil si snakke med dem om det som de sliter med. Hvis ikke, mener han at lærings- og mestringssentrene også må inn på banen.

– *Hva er de viktigste utfordringene for denne gruppa i dagens psykisk helsetjeneste?*

– Tidsforløpet og manglende tverrfaglighet er en stor utfordring i førstelinjen. Når man er i et behandlingsforløp, snakker vi egentlig om en verdiskapingskjede. Ved mistanke om ADHD i dag møtes vi ofte med «vent og se». Så skjer det ingenting. Ikke på skolen, ikke i klassen eller hjemme, sier Eikeland, som forteller at når det blir aktuelt med utredning, er det ikke uvanlig å måtte vente et halvt års tid før PP-tjenesten starter sitt arbeid. Deretter skal skolen gjøre sin del av jobben før ventingen på utredning starter, og selve utredningen kan ta flere måneder. Det går både vinter og vår, ifølge Eikeland, faktisk opp til 3–4 år, mens barnet fortsetter å leve i en situasjon det opplever som vanskelig. Det samme gjør foreldre, søsken og skolekamerater.

– Dette går ut over barnets selvbilde, poengterer han.

– Og jo lenger tid det går, desto større er risikoen for at barnet utvikler andre typer problemer. Tiltrettelegging i skolen er, dessverre, ofte avhengig av at det er stilt en diagnose.

Samtidig legger han vekt på at noen skoler er flinke. De trenger ingen diagnose, men tar utgangspunkt i barnets funksjonsevner der og da.

– Det er så forskjellig hvordan slike saker håndteres av ledelsen ved den enkelte skolen. Vi opplever også at dersom et barn utredes i BUP og barnevernet koples inn, trekker BUP seg ut i stedet for å gå inn i et samarbeid med barnevernet, sier Eikeland.

#### **VIL HA KORTERE VENTETID**

Noe av det viktigste å få til i pakkeforløpene er, ifølge Eikeland, at alle involverte fagfolk og faginstanser skal oppleve at de har et eier-

forhold og et ansvar for å sluse en sak igjennom så fort og så kvalitativt godt som mulig. Dette må på plass i alle helseforetak, understreker han.

– Redusert ventetid er vesentlig for oss. Da må vi ha en forløpskoordinator, slik de har i pakkeforløpene for kreft. Samarbeid, samordning og nedkorting av ventetid er en større utfordring i psykisk helse enn i kreftforløpene, fordi det handler om en videre samarbeidsarena.

Eikeland opplever at tjenestestedene ikke tror at de kan gjøre noe med forløpstiden. De vil ikke ha timetall på de enkelte leddene i en prosess.

– Min drømmelinje er at det fra mistanken reises til utredningen er foretatt og konkludert, ikke skal gå mer enn et halvt år.

Også arbeidsgruppekollega Gerd Andreassen fra KS synes det er flott hvis pakkeforløpene medfører kortere ventetid. Andreassen er seniorrådgiver, Interessepolitikk, Helse og velferd. Fra sin kontorplass i det mektige KS-bygget sentralt i Oslo har hun god oversikt over hvordan det jobbes med psykisk helse i kommunene landet over. Men hun stusser:

– Når vi ser på behandlingsforløpene, er det store variasjoner kommunene imellom. Vi undrer oss over hvorfor velfungerende samarbeidsmodeller ikke blir spredt til andre kommuner. Det kan godt være at en modell fra ei bygd i Nord-Norge ikke passer i Oslo. Men hvorfor lærer ikke kommuner og helseforetak som har felles utfordringer, oftere av hverandre? Det jobber KS med nå.

KS etablerer læringsnettverk rundt om i landet, som skal lage gode pasientforløp, og som skal bedre samhandlingen innad i kommunen og mellom kommunen og helseforetak, forteller Andreassen.

– Med pakkeforløp håper vi altså på en mer velbegrunnet variasjon i behandlingsforløpene, og ikke minst at brukermedvirkningen blir bedre ivaretatt, slik at barn og unge involveres mer.

#### **SKEPTISK TIL PAKKEFORLØP**

– KS er skeptisk til pakkeforløp fordi vi mener at psykisk helsehjelp ikke nødvendigvis egner seg for standardisering. Vi ser også at samarbeidet mellom første- og andrelinje kan bli vanskeligere med pakkeforløp, for det kommunene formidler til oss, er at de ønsker seg nettverk

»

## Ekstern arbeidsgruppe rus

Elin Wullum - Helse Nord, Unni Korshavn - Helse Midt-Norge, Odd Tore Berge - Helse Vest, Svanhild Mellingen - Helse Vest, Vidar Hårvik - Brukerorganisasjonen Marborg, Anders Skuterud - Norsk psykologforening, Marit Røssvåg - Fellesorganisasjonen (FO), Svein Roald Schømmer-Olsen - Norsk sykepleierforbund, Siv Løvland - proLAR, Øyvind Antonsen - Helse Sør-Øst RHF, Unni Aker - Helse Sør-Øst RHF, Rune Tore Strøm - Den norske legeforeningen, Anne Gamme - KS, Tore Ødegård - KS, Kari-Bente Skråstad - KS, Ingvild Gregersen - Norsk psykologforening, Eva Pay - Rusmismisbrukernes interesseorganisasjon (RIO), Marius Sjørmælingen - Barn av rusmismisbrukere (BAR)

## Ekstern arbeidsgruppe psykisk helse

Elin Ulleberg - Helse Midt-Norge RHF, Pål Sandvik - Helse Midt-Norge RHF, Magnus Hald - Helse Nord RHF, Siren Hoven - Helse Nord RHF, Kamilla Kvikstad Mathisen - Helse Nord RHF, Anne Aasen - Helse Sør-Øst RHF, Gro Sævil Haldorsen - Helse Sør-Øst RHF, Trond Aarre - Helse Vest RHF, Håkan Nordin - Helse Vest RHF, Anne-Grethe Terjesen - Landsforeningen for pårørende i psykisk helsevern, Tor Eikeland - ADHD Norge, Siri Bråtane - Mental helse, Ola Marstein - Den norske legeforeningen, Geir Dunseth - Den norske legeforeningen, Aina Fraas-Johansen - Norsk psykologforening, Andreas Høstmælingen - Norsk psykologforening, Espen Gade Rolland - Norsk Sykepleierforbund, Svein Roald Schømmer-Olsen - Norsk Sykepleierforbund, Brit Jørgensen - Fellesorganisasjonen (FO), Gerd Andreassen - KS, Egil Halleland - KS, Olav Elvemo - KS, Janne Melsom-Hansen - KS, Andreas Kikvik - Fellesorganisasjonen (FO), Jan Skandsen - Norsk forening for barn og unges psykiske helse (NBUP), Jan Steinar Urdshals - NBUP, Liv Kleve - NBUP, Ketil Klem - Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, Adrian Tollfesen - BrukerRoP, Jan Stenby - BrukerRoP, Hanne Elisabet Strømsvik - HelseDirektoratet, Torhild T. Hovdal - HelseDirektoratet

heller enn forløp, sier Andreassen. Med det mener hun at barn og unge trenger samtidige tjenester fra flere instanser.

- Jeg er opptatt av hvordan samhandlingen er når barnet får behandling i spesialisthelsetjenesten. Fortsetter kontakten med for eksempel helsesøsteren eller med psykologen i kommunen? Vi jakter på modeller som betyr å møte barnet der det er, og når vi snakker om pakkeforløp, synes jeg vi må slutte å tenke på det som en stafett. Det vil alltid glippe. Stafettmetaforen blir feil for oss. Nettverk og hjelp på egne premisser med et språk den det gjelder forstår - det er nøkkelord for oss.

En vil spare både tid og krefter ved å ta utgangspunkt i den enkeltes behov, mener KS. Her viser Andreassen til erfaringene fra de kommunale læringsnettverkene. De er tverrfaglig sammensatt, og samarbeider med HelseDirektoratet, kompetansemiljøer på barn og unge og med Norsk forening for barn og unges psykiske helse (Nbup). Over 100 kommuner har deltatt i å forbedre modeller for samarbeid.

- Vår visjon er at det første spørsmålet som stilles til den som trenger hjelp, er: «Hva er viktig for deg?» Altså at en tar utgangspunkt i det som betyr mest for den det gjelder. Mens pakkeforløpene slik det ser ut i dag, går i en helt annen retning, ved å basere seg på standardisert oppfølging og manualer på diagnoser.

### KOORDINATOR I KOMMUNEN

- Hva mener KS er viktig å få på plass i et pakkeforløp?

- Vi ser fra kreftpakkeløpene at koordinatorfunksjonen beskrives som en suksessfaktor. Men her ligger den i spesialisthelsetjenesten. I psykisk helse mener jeg den bør ligge i kommunen, slik at samhandling og brukermedvirkning ivaretas der brukeren bor og lever. Det er naturlig å foreslå helsesøster eller psykolog som koordinator, sier Andreassen.

Hun peker på at noen steder allerede har en slik funksjon. Helsesøster i Hamarøy kan ta en telefon til BUP når hun ser at det trengs hjelp fra spesialisthelsetjenesten. Så avtales det møte med barnet og familien og personer som er viktige for barnet - en onkel, en lærer, en lege og kanskje en fotballtrener - og sammen blir de enige om hva som trengs av tiltak. I Lindesnesregionen praktiserer de noe av det samme.

- Høie besøkte dem, og sa at dette vil vi ha mer av! Nå har KS tatt opp med HelseDirektoratet hvordan vi kan løfte disse modellene og spre dem. For denne tenkningen er noe vi trenger å ha med oss når vi skal planlegge fremtidens psykisk helsetjeneste, sier faglederen.

Jeg tenker at i HelseDirektoratets arbeidsgruppe er det lett å glemme at barn og unges problemer både møtes og forstås best i deres eget miljø, og at spesialisthelsetjenesten derfor må være der sammen med kommunen, sier Andreassen.

- Vi har kort tid på å komme med våre innspill til HelseDirektoratet, og da vil jeg gjerne være der og minne oss på denne forståelsen. Om jeg tenker at spesialisthelsetjenesten kommer til å bli kjernen i pakkeforløpene? Jeg vet ikke, men det kan se sånn ut.

### INDIVID OG SYSTEM

Andreas Høstmælingen, fagsjef i Norsk psykologforening, sitter også i HelseDirektoratets arbeidsgruppe for psykisk helse, barn og unge. Han mener hovedutfordringen i dagens helsetjeneste ligger i at profesjonens yrkesutøvelse foregår innenfor rammene av et byråkratisk styringssystem. Høstmælingen ser et spenningsforhold mellom byråkratiets vekt på



#### KOMMUNEN SAMORDNER

Gerd Andreassen i KS mener koordinatorkfunksjonen i pakkeforløpene bør ligge i kommunen, og at helsesøster eller psykolog er naturlige koordinatører.  
Foto: Fartein Rudjord

likhet og enhetlige systemer og fagfolkens utgangspunkt i det enkelte mennesket, den enkelte pasienten.

– Den byråkratiske måten å styre på er bygd på *likebehandlingsprinsippet*, med systemer som skal sikre at alle pasienter skal få oppfylt samme rettigheter. Samtidig har du en helseprofesjonell tankegang, som handler om at pasientene skal få den behandlingen de har bruk for. Behandleren skal ha ferdigheter i å klassifisere et problem og iverksette tiltak. Er det uklart hva som er riktig behandling, må behandleren kunne slutte seg til riktig fremgangsmåte basert på usikker informasjon. Dette er kjernen i profesjonell yrkesutøvelse, sier han.

Ifølge Høstmølingen har vi altså et byråkrati som regelstyret for å sikre rettferdighet, og helseprofesjoner som bruker generell kunnskap for å gi enkeltmennesker den behandlingen de trenger.

– Man kan ikke velge ett av prinsippene til fordel for det andre. Både likebehandlingsprinsippet og individualiseringsprinsippet må ivaretas. Der ligger utfordringen, tror jeg.

Men han mener det blir et problem når diagnosen blir omdreiningspunktet for styringen.

– Poenget i psykisk helsevern er nettopp det at pasienter med samme diagnose kan ha forskjellige behov. Slik brytes byråkratenes likebehandlingsprinsipp mot *individualiseringsprinsippet* som helseprofesjonene har. Til grunn for denne uenigheten ligger det enten uvitenhet eller en »

– Vår visjon er at det første spørsmålet som stilles den som trenger hjelp, er: «Hva er viktig for deg?»

*Gerd Andreassen, KS*

**FININNSTILLING** Behandleren må finne fremgangsmåten som passer til den enkelte pasienten. – Diagnosen i seg selv gir et for dårlig grunnlag, sier fagsjef i Psykologforeningen, Andreas Høstmælingen. Foto: Fartein Rudjord



uenighet om hva slags informasjon de psykiske diagnosene gir, sier Høstmælingen. Han peker på at det eksempelvis for depresjon i alle fall er 13 behandlingsmåter som har sterk eller moderat forskningsstøtte. Det finnes et spekter av metoder, for eksempel kognitiv atferdsterapi, dynamisk terapi og parterapi, som alle ser ut til å hjelpe. Dermed blir det feil å tenke at barn som er deprimert etter en langvarig overgrepshistorie, nødvendigvis skal ha samme behandling som et barn som har blitt mobbet på skolen.

– Den dårlige nyheten til helsemyndighetene er altså at det ikke er enighet om hvilken metode som er best for depresjon. Den gode nyheten er at det finnes *mange* metoder som hjelper for depresjon. I den grad pasientene har varierende behov, må behandleren finne fremgangsmåten som passer til akkurat den pasienten. Diagnosen i seg selv gir et for dårlig grunnlag for det, understreker fagsjefen.

– *Hva er den viktigste utfordringen ved å lage pakkeforløp?*

– Det er å lage et system for å styre en behandlingsprosess uten å detaljstyre innholdet på en måte som gjør det vanskelig å ivareta pasientens individuelle behov. Det gjelder altså å kvalitetssikre prosessen slik at den blir forutsigbar og etterrettelig – uten å forhåndsbestemme alt som skal skje. Hvis man basert på diagnosen stiller krav om at en pasient skal ha den eller den behandlingsmetoden, ivaretar man ikke individualiseringsprinsippet godt nok. Men hvis en behandler etter en utredning som gir et godt bilde av pasientens behov, begrunner valget av behandling basert på forskning, er det noe helt annet.

### **BEDRE RAMMEVILKÅR**

Hva er spesielt med gruppa barn og unge i sammenheng med pakkeforløp? For å svare på det må en forstå hva psykologisk behandling grunnleggende sett går ut på, betoner Høstmælingen. Pasienten må gjennom et endringsarbeid for å takle sine egne følelser, tanker eller atferd på en annen måte. Eller man må rigge til systemet rundt pasienten slik at man endrer rammevilkårene for å sikre bedre forutsetninger for utvikling.

– I det første tilfellet må man grovt forenklet lære å spille med de kortene livet delte ut, mens man i det andre tilfellet stokker om og deler ut bedre kort. Med barn som fortsatt er i utvikling, er den store utfordringen å finne balansegangen mellom gode individuelle behandlingsopplegg for psykiske lidelser og



tiltak som foreldre og andre systemer rundt barnet må stå for. Det er begrenset hva man kan forvente å få ut av individuell behandling hvis omsorgsbetingelsene er dårlige, eller hvis du blir mobbet på skolen hver dag, sier Høstmælingen. Samtidig ser han at kombinasjonen av behandling og utviklingsfremmende tiltak som krever samhandling og koordinert innsats mellom tjenestene, ofte er vanskelig å få til.

### VARIERENDE MÅL

På spørsmål om hva som skal være utfallsmål for pakkeforløpene, ser de tre gruppemedlemmene ut til å være ganske samstemte: Målene vil variere, avhengig av ønskene og behovene til den enkelte. Høstmælingen betoner at «pasientens helsetjeneste» må bety at evalueringssystemet skal være fleksibelt – og bestemt ut fra det pasienten selv synes er viktigst. Eikeland fra ADHD-foreningen legger vekt på at barnet skal ha fått vite mer om livet sitt:

– Barn skal slippe å gå unødvendig mange ganger på trynet, men oppleve mer mestring i skolen, få bedre sosiale ferdigheter og bli inkludert blant jevnaldrende, sier han.

Gerd Andreassen vil at en skal stille spørsmål direkte til barnet: Fikk du det bedre? Jobbet vi med det som var viktig? Lyttet vi og behandlet deg med respekt?

### DRØMMEPAKKA

I desember i fjor skrev psykolog Heidi Tessand en kronikk i Morgenbladet der hun lanserte sin drømmepakke for psykisk helse. Hun ønsket seg pakkeforløp med tiltak rettet mot systemene i tillegg til individet, med fokus på livskvalitet, ikke bare på diagnoser og symptomer.

Tessand får åpenbart støtte fra de tre arbeidsgruppemedlemmene. Høstmælingen ønsker seg et forutsigbart pasientforløp der man utreder ikke bare diagnose og problem, men også hjelpebehovet. At man kan tilby pasientene et spekter av forskningsbaserte fremgangsmåter avhengig av hvilke behov de har. Han vil også ha et system for monitorering eller tilbakemelding gjennom behandlingsforløpet som gjør at man som behandler kan fange opp om man når målene eller ikke, og justere etter det. Han fremhever at behandlerne må ha noen soner der de fatter valg og justerer, og begrunner det.

I Tor Eikelands drømmepakke er kompresjon nøkkelordet.

– Det skal skapes merverdi på løpende bånd til man har konklusjonen. Innen et halvt år bør diagnosen være stilt. Det er et enkelt mål. Mye dreier seg om tid. Og om tverrfaglighet.

– Ja, synergien de ansatte skaper sammen, ikke den enkelte profesjonen er avgjørende, poengterer Gerd Andreassen, som vil at terapeuter skal ha frihet til å finne løsninger, og at klientenes tilbakemeldinger brukes aktivt i forbedringsarbeidet.

Allerede om en måneds tid skal arbeidsgruppene gi sine anbefalinger til Helsedirektoratet. Når det gjelder arbeidet med å konkretisere pakkeforløpene, advarer Psykologforeningen: Det blir feil å begynne med dem som har enklere tilstander, og tro at det kan fungere som prosedyremal for alle pakkeforløpene.

– Vi bør begynne med å lage pakker for dem med mest omfattende behov. Pasienter med de mest alvorlige og langvarige lidelsene er de som har størst behov for samhandling, påpeker Høstmælingen.

– *Hvor stor innvirkning vil arbeidsgruppene ha på resultatet?*

– Det gjennår å se, sier Andreas Høstmælingen med et lite smil. ✘

– Det er begrenset hva du kan forvente å få ut av individuell behandling hvis du blir mobbet på skolen hver dag

*Andreas Høstmælingen, Norsk psykologforening*

## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 192-199 FAGFELLEVDERT

HALLVARD FØLLESDAL Handelshøyskolen BI

KONTAKT hallvard.follesdal@bi.no

# ER EMOSJONELL INTELLIGENS VIKTIG I ARBEIDSLIVET?

## ABSTRACT

### *Is emotional intelligence important in the workplace?*

Researchers have developed two kinds of models of emotional intelligence (EI): The *four-factor ability model*, which operationalizes EI as four mental abilities, and *mixed models of EI*, which also include personality traits and effective leadership behaviors. The Mayer, Salovey, and Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT, Mayer, Salovey, & Caruso, 2002) is the only performance test measuring the four-factor ability model. The scores, however, do not predict work-related criteria after controlling for general intelligence and the five-factor model (FFM) of personality. One may also question the validity of the scores and the evidence for the underlying theory of EI. Mixed models of EI seem to measure well-established psychological constructs (e.g., narrow personality traits) which may explain why the scores predict performance after controlling for general intelligence and FFM. In order to know whether EI is important in the workplace, one must first develop adequate measures of this intelligence, and then demonstrate that it is different from, and more important than, personality traits and general intelligence.

*Keywords: emotional intelligence, personality, job performance.*

Forskning gjennom 25 år har ikke kunnet overbevise om at emosjonell intelligens er en egen type intelligens. Personlighet og generell intelligens har større betydning i arbeidslivet enn de evnene emosjonell intelligens-testene måler.

For 25 år siden ble begrepet emosjonell intelligens (EI) for første gang definert i et psykologisk fagtidsskrift (Salovey & Mayer, 1990). Begrepet ble raskt populært, og enkelte har hevdet at EI er fire ganger så viktig som generell intelligens for å lykkes i karrieren, samt at EI er avgjørende for å være en god leder (Goleman, 1998a). Boken *Emotional Intelligence* (Goleman, 1995) ble en bestselger og er ifølge magasinet *Time* en av de 25 mest innflytelsesrike bøkene på ledelsesfeltet (Sachs, 2011). I dag forskes det mye på EI, og hvert år utgis det 200–300 vitenskapelige arbeider relatert til EI. Det har lenge vært en utbredt oppfatning at EI er viktig i arbeidslivet, og mye av forskningen foregår da også innenfor feltet arbeids- og organisasjonspsykologi (Caruso & Salovey, 2004; Côté, 2014; George, 2000; Goleman, 1998a, 1998b; Lopes, Côté, & Salovey, 2006).

Hva kan så 25 års forskning si oss om betydningen av EI? Har man klart å dokumentere at EI finnes? Og stemmer det at EI er så viktig i arbeidslivet som det er hevdet? Denne artikkelen vil forsøke å vise to ting: For det første er det lite støtte for at EI er en egen type intelligens som omhandler emosjoner. For det andre er det lite støtte for at det som måles med EI-tester, er av større betydning enn velkjente egenskaper som generell intelligens og personlighetstrekk.

## HVA ER EMOSJONELL INTELLIGENS?

EI er et forholdsvis nytt begrep. For 25 år siden formulerte de to amerikanske professorene Peter Salovey og John Mayer det som regnes som den

første definisjonen av EI i et fagpsykologisk tidsskrift (Salovey & Mayer, 1990). De lanserte EI som et rammeverk for å studere interaksjonen mellom emosjon og kognisjon. Deres modell kalles *evnemodellen* (eller *firefaktormodellen*) og beskriver fire mentale evner: evne til å oppfatte, bruke, forstå og håndtere emosjoner (Mayer & Salovey, 1997).

Evne til å *oppfatte* emosjoner handler blant annet om hvor dyktig man er til å oppfatte hvilke emosjoner en selv opplever og hvilke emosjoner andre opplever, og hvilke emosjoner som er uttrykt i kunst, språk og atferd. Denne evnen omfatter også hvor god man er til å uttrykke følelser.

Evne til å *bruke* emosjoner i tenkning viser både til kunnskap om hvordan emosjoner kan fremme kognitive prosesser, og til hvor dyktig man er til å fremkalle og dra nytte av emosjoner i problemløsning.

Evne til å *forstå* emosjoner handler om i hvilken grad man har innsikt i emosjoner, for eksempel vet hvilke emosjoner det vil være naturlig å oppleve i ulike situasjoner, og hvordan emosjoner forandrer seg over tid.

Evne til å *håndtere* emosjoner viser blant annet til det å være åpen for (ikke stenge av for) opplevelsen av både positive og negative følelser, samt å kunne påvirke hvilke emosjoner en selv og andre opplever.

Det antas at disse fire evnene er viktige i en rekke sammenhenger, blant annet i arbeidslivet: «these abilities are expected to influence people's capacity to interact well with others, communicate effectively, handle conflict, manage stress, perform under pressure, and create a positive work environment» (Lopes et al., 2006, s. 55).

### EMOSJONER KAN VÆRE VIKTIG I ARBEIDSLIVET

Det finnes en del forskning som tyder på at opplevelse av ulike emosjoner kan påvirke både prestasjoner og trivsel i arbeidslivet. For eksempel er det å oppleve positive og negative emosjoner assosiert med henholdsvis høyere og lavere jobbprestasjoner (Kaplan, Bradley, Luchman, & Haynes, 2009). Tilsvarende er det å oppleve positive fremfor negative emosjoner viktig for psykisk velvære (Daniels, 2000). Samtidig ser det ut til at både positive og negative emosjoner kan være adaptive og fremme prestasjoner avhengig av situasjon (George, 2011). Siden EI dreier seg om å oppfatte, bruke, forstå og håndtere emosjoner, bør mennesker med høy EI forventes både å prestere og å trives bedre enn andre. De bør også være bedre i stand til å påvirke andres prestasjoner og trivsel gjennom sin forståelse og bruk av emosjoner.

### HVORDAN MÅLE?

For å dokumentere betydningen av EI må man kunne måle EI. Det er utviklet minst 20 forskjellige tester eller spørreskjemaer som skal måle EI (for en oversikt, se Furnham, 2012; Péres, Petrides, & Furnham, 2005), men disse ser ut til å måle forskjellige ting. De ulike målene kan deles inn i to hovedtyper: Den første typen tester kalles *EI-evne* fordi de måler EI som en type intelligens ved hjelp av prestasjonstester med riktige og gale svar. Den andre typen tester kalles *blandede modeller*, fordi de måler en blanding av EI og andre egenskaper, som personlighetstrekk, ved hjelp av selvverdinger eller andres vurderinger.

### KOGNITIV EVNE

EI-evne viser til EI som en kognitiv evne. Denne evnen måles som regel med prestasjonsbaserte tester, for eksempel tester som måler evne til å gjenkjenne emosjoner i ansikter (se for eksempel Matsumoto et al., 2000;

Nowicki, 2005). Det finnes imidlertid kun én prestasjonsbasert test som måler hele firefaktormodellen til Salovey og Mayer: MSCEIT (uttales muski:t), et akronym for Mayer, Salovey, Caruso Emotional Intelligence Test (Mayer et al., 2002).

### MSCEIT

MSCEIT er den beste testen som hittil er laget for å måle EI (Schulze, Wilhelm, & Kyllonen, 2007, s. 199) og den eneste testen som måler hele firefaktormodellen. Dermed er MSCEIT også den viktigste kilden til empiri for modellen.

I MSCEIT måles EI ved at man skal løse oppgaver som representerer de fire evnene som beskrives i teorien om EI. For eksempel måles evne til å oppfatte emosjoner ved at man skal angi i hvilken grad ulike emosjoner er uttrykt i fotografier av ansikter, abstrakt kunst og natur. Hvert svar vektet med en verdi tilsvarende den andelen av en større gruppe mennesker som har valgt det samme svaret (konsensusmåling). Skårene i hver skala blir deretter summert og standardisert i forhold til en normgruppe.

Flere studier støtter begrepsvaliditeten til skårene fra MSCEIT (Mayer et al., 2002). For eksempel korrelerer skårene moderat positivt med intelligens og svakt med personlighetstrekk, slik som forventet dersom MSCEIT måler en annen type intelligens enn hva vanlige IQ-tester måler (Mayer et al., 2002). Skårene korrelerer også som forventet med en rekke andre teoretisk relaterte variabler, for eksempel selvrappertert empati, psykisk velvære og andres vurderinger av sosial kompetanse. Samtidig er en rekke inkonsistente funn rapportert (Mayer, Roberts, & Barsade, 2008).

### Man må påvise økningsvaliditet over intelligens og personlighet

For å kunne demonstrere at EI er viktig i arbeidslivet, er et av de viktigste kravene at man må påvise *økningsvaliditet* (incremental validity): Man må vise at man med mål på EI kan predikere viktige variabler for arbeidslivet etter at man har kontrollert statistisk for betydningen av velkjente egenskaper som generell intelligens og personlighet (Antonakis, Ashkanasy, & Dasborough, 2009). Det skal imidlertid mye til for at EI skal ha økningsvaliditet over generell intelligens og personlighet, siden disse egenskapene allerede er svært gode prediktorer for mange arbeidsrelaterte variabler.

Generell intelligens omhandler blant annet hvor flink man er til å resonnerer med abstrakte >>

begreper, løse problemer og lære. Metaanalyser har vist at generell intelligens er sterkt relatert til jobbprestasjoner vurdert av overordnede, med korrigerede korrelasjoner på 0,66 for middels komplekse jobber og 0,74 for mer komplekse jobber (Schmidt, 2009).

Når det gjelder personlighet, viser dette til ens karakteristiske måte å tenke, føle, oppføre og forholde seg til andre på (Widiger, Verheul, & van den Brink, 1999). De fleste personlighetstrekk kan sorteres inn under en eller flere av de fem brede faktorene i «The Big Five» eller Femfaktormodellen (FFM): Nevrotisme, Ekstraversjon, Åpenhet for nye erfaringer, Medmenneskelighet og Planmessighet (John & Srivastava, 1999). En rekke studier forteller at FFM er assosiert med blant annet jobbprestasjoner, trivsel og effektiv ledelse. For eksempel viste Ones, Dilchert, Viswesvaran og Judge (2007) ved hjelp av metaanalyser at FFM blant annet predikerer jobbprestasjoner ( $R = 0,27$ ), mellommenneskelig atferd knyttet til det å komme overens med andre mennesker ( $R = 0,33$ ) og teameffektivitet ( $R = 0,60$ ). De forskjellige faktorene i FFM har ulik betydning for jobbprestasjoner avhengig av hva jobben krever (Ones et al., 2007). Metaanalyser har videre vist at FFM kan forklare hele 16 % av variansen i jobbtilfredshet (Judge, Heller, & Mount, 2002) og ca. 25 % av variansen i ulike mål på ledelse (Judge, Bono, Ilies, & Gerhardt, 2002). Dette tyder på at personlighetstrekk er svært viktig i arbeidslivet.

#### MSCEIT predikerer verken jobbprestasjon eller ledelse

I hvilken grad kan MSCEIT predikere viktige variabler i arbeidslivet? En meta-analyse viste at skårene fra MSCEIT ikke kunne predikere jobbprestasjoner etter å ha kontrollert for FFM og generell intelligens (O'Boyle, Humphrey, Pollack, Hawver, & Story, 2011). EI virker heller ikke å være av stor betydning for ledelse. Flere har argumentert for at EI bør være viktig i transformasjonsledelse; en effektiv lederatferd som dreier seg om å være karismatisk, motiverende, intellektuelt stimulerende og å vise omtanke for den enkelte medarbeider (Ashkanasy & Tse, 2000; Bass, 2002; Bass & Riggio, 2006; George, 2000), mens andre igjen har vært kritiske til EIs betydning (Antonakis et al., 2009). En metaanalyse viste imidlertid at skårene fra MSCEIT ikke kunne predikere transformasjonsledelse vurdert av underordnede (Harms & Credé, 2010). Dette gjelder også når man kontrollerer for FFM og generell intelligens (Føllesdal & Hagtvvet, 2013). Det at MSCEIT verken predikerer jobbprestasjoner eller ledelse, tyder på at noe er galt: Enten er det noe galt med teorien om at EI er viktig for jobbprestasjoner og ledelse, eller så er det noe galt med validiteten til skårene fra MSCEIT.

#### Kritikk av MSCEIT

Det er flere grunner til å stille spørsmål ved validiteten til skårene fra MSCEIT (Føllesdal, 2008; Føllesdal & Hagtvvet, 2009). For det første kan man stille spørsmål ved metoden man bruker for å identifisere riktige svar – konsensusmåling. Denne metoden innebærer at for hvert spørsmål man besvarer korrekt, får man en høyere skår jo mer innlysende det korrekte svaret er. Man får en desto lavere skår om man skulle svare noe annet. En slik skåringsmetode vil trolig gjøre det lett å identifisere mennesker med lav EI, men vanskelig å identifisere de med høy EI. For det andre er det problemer knyttet til reliabiliteten til skårene fra enkelte av skalaene. I mange studier rapporteres kun reliabiliteten som er oppgitt i brukermanualen, i stedet for å estimere reliabiliteten i det faktiske utvalget som studeres. Når reliabiliteten estimeres for utvalget som studeres, er den



Det er utviklet minst 20 forskjellige tester som skal måle emosjonell intelligens, men disse ser ut til å måle forskjellige ting

ofte svært lav, og generaliserbarhetsanalyser viste at for enkelte skalaer var den uakseptabelt lav (Føllesdal & Hagtvet, 2009). For det tredje er det identifisert en rekke kilder til varians i skårene som ikke er spesifisert i teorien om EI (Føllesdal & Hagtvet, 2009). Blant annet blir skårene fra flere spørsmål systematisk utelatt av testleverandøren i forbindelse med skåring, fordi skårene korrelerer negativt med skårene fra andre spørsmål i samme skala. De utelatte skårene kommer overraskende nok fra de få spørsmålene som er sterkest relatert til det man ønsker å måle, konseptuelt sett (Føllesdal & Hagtvet, 2009). For det fjerde viser konfirmerende faktoranalyser at det ikke er samsvar mellom den underliggende modellen av EI og mønsteret i skårene (Føllesdal & Hagtvet, 2009; Rode et al., 2008; Rossen, Kranzler, & Algina, 2008). For det femte er det kun noen av skalaene fra MSCEIT som gir reliable og tolkbare skårer, og selv ikke disse kan predikere transformasjonsledelse vurdert av medarbeidere, når man kontrollerer for lederens personlighetstrekk og generelle intelligens (Føllesdal & Hagtvet, 2013). Det er etter hvert en rekke forskere som har stilt spørsmål ved validiteten til skårene fra MSCEIT (se for eksempel Keele & Bell, 2008; Maul, 2012; Palmer, Gignac, Manocha, & Stough, 2005). Stiller man spørsmål ved validiteten til skårene fra MSCEIT, bør man også stille spørsmål ved den empiriske støtten for teorien om EI, fordi det er MSCEIT som har frembrakt den viktigste evidensen for teorien.

Enkelte mener likevel at man ikke bør avskrive begrepet EI, til tross for problemer med firefaktormodellen som ligger til grunn for EI, og til tross for metaanalyser som viser at EI har liten betydning i arbeidslivet. For eksempel argumenterer Côté (2014) for at man bør se nærmere på betydningen av enkeltfaktorer i firefaktormodellen og mer spesifikke evner innenfor hver av de fire faktorene. Videre bør man i større grad vektlegge samspillseffekter når man studerer betydningen av EI. For eksempel kan EI ha større betydning i jobber som er emosjonelt krevende, for eksempel jobber der det kreves at man følger visse regler for hvilke følelser man får vise og ikke vise. Fremtidig forskning vil forhåpentlig gi svar på hvilke aspekter ved EI-evne som er viktige, og under hvilke betingelser, men per i dag er det lite som tyder på at EI-evne er av stor betydning i arbeidslivet.

### BLANDEDE MODELLER

Mange av påstandene om at EI er viktig, er imidlertid basert på helt andre modeller av EI enn den vi så langt har presentert. Disse andre modellene går gjerne under fellesbetegnelsen «blandede modeller». Disse modellene omfatter en blanding av EI, personlighetstrekk og andre ting. Tester basert på de blandede modellene måler EI ved hjelp av selv vurdering eller andres vurdering, hvor bedømmere tar stilling til i hvilken grad en rekke påstander beskriver enten en selv eller den personen de vurderer. Det er utviklet flere forskjellige tester som måler mange ulike egenskaper. Det ligger altså ingen felles modell til grunn, slik at de ulike testene måler hver sin modell.

En av de mest brukte testene i denne tradisjonen, BarOn EQ-i, måler 15 forskjellige egenskaper, slik som i hvilken grad man har et godt selvbilde, er selvhevdende, optimistisk, empatisk, fleksibel, glad og flink til å håndtere stress (Bar-On, 1997). En annen test, Emotional Competence Inventory (ECI, Boyatzis, Goleman, & Rhee, 2000), måler 18 forskjellige kompetanser, blant annet emosjonell selvinnsikt, selvsikkerhet, empati, samvittighetsfullhet, lederskap, konflikthåndtering og initiativ. En tredje mye brukt test er Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQ, Petrides & Furnham, 2003), som måler 15 personlighetstrekk som skal repre-

sentere hele EI-domenet. Disse 15 trekkene ble identifisert gjennom å innholdsanalysere hvordan andre fremtredende forskere i feltet hadde operasjonalisert EI (Petrides & Furnham, 2001). Testene som omtales som blandede modeller, måler altså ingen felles konseptuell modell av EI. I stedet måler hver test et sett ulike egenskaper som kalles EI. En metaanalyse rapporterte en korrelasjon på bare 0,26 mellom det som måles i blandede modeller av EI, og firefaktormodellen av EI (Joseph & Newman, 2010). Dette tyder på at det er helt forskjellige egenskaper som måles.

### Måler blandede modeller noe nytt og nyttig?

Måler tester basert på blandede modeller noe nytt (dvs. EI) som er av betydning i arbeidslivet? O'Boyle et al. (2011) viste ved hjelp av metaanalyse at skårene fra blandede modeller kunne forklare ytterligere 6,8 % av variasjonen i jobbprestasjoner etter å ha kontrollert for både FFM og generell intelligens (disse to forklarte til sammen hele 42,3 % av variasjonen). Forskerne tolket dette som:

«What we did find, however, are data which provided a contrasting perspective to the extant claims that EI is nothing more than cognitive ability and personality» (O'Boyle et al., 2011, s. 804).

Med andre ord antyder forskerne at EI (målt som en blandet modell) er noe annet og mer betydningsfullt enn personlighet og generell intelligens. Dette ser ut til å være en vanlig oppfatning i feltet: Hvis man kan vise at en EI-test har økningsvaliditet over FFM og generell intelligens, da har man målt noe nytt og nyttig. Det er imidlertid en rekke grunner til å stille spørsmål ved om blandede modeller av EI måler noe nytt.

### Blandede modeller

#### måler smale personlighetstrekk

En grunn til å tro at blandede modeller ikke måler noe nytt, er at de ser ut til å måle velkjente, smale personlighetstrekk. Slike trekk kan ofte være av større betydning i arbeidslivet enn de brede faktorene i FFM. Ser man for eksempel på spørsmålene i BarOn EQ-i, likner de på spørsmål fra vanlige personlighetstester<sup>1</sup>.

1. I Bar-Ons modell blir for øvrig EI definert som et sett ikke-kognitive evner, og ikke som kognitiv evne, slik EI er definert i Salovey og Mayers' modell. »



Meta-analyser har vist at generell intelligens er sterkt relatert til jobbprestasjoner vurdert av overordnede

Disse spørsmålene ser ut til å måle «smale» personlighetstrekk, dvs. personlighetstrekk som er smalere enn de brede faktorene i FFM, eller personlighetstrekk som representerer en kombinasjon av to eller flere av de brede faktorene i FFM. Selvsikker, energisk og optimistisk er eksempler på smalere personlighetstrekk som representerer en kombinasjon av høye skårer på ekstraversjon og lave skårer på nevrotisme (Hofstee, 1992). Liknende trekk måles også i BarOn EQ-i, og i tråd med dette ser man at totalskåren korrelerer positivt med ekstraversjon og negativt med nevrotisme (Petrides & Furnham, 2001). I BarOn EQ-i og andre blandede modeller kalles imidlertid disse egenskapene EI, i stedet for personlighetstrekk.

Det er ikke noe nytt at smale personlighetstrekk, og personlighetstrekk som utgjør en kombinasjon av to faktorer i FFM, kan vise økningsvaliditet over de brede personlighetsfaktorene i FFM. For eksempel viste Judge og Erez (2007) at en kombinasjon av høye skårer på ekstraversjon og lave skårer på nevrotisme kan predikere jobbprestasjoner, selv etter å ha kontrollert for ekstraversjon og nevrotisme. Og man har funnet at personlighetstrekkene positiv affekt og negativ affekt (smale trekk som inngår i faktorene ekstraversjon og nevrotisme) kan predikere jobbprestasjoner, selv når man kontrollerer for de brede faktorene ekstraversjon og nevrotisme (Kaplan et al., 2009). Selv om det finnes flere unntak (Judge & Bono, 2000; Salgado et al., 2014), viser altså en rekke studier at smale personlighetstrekk kan predikere jobbprestasjoner (Dudley, Orvis, Lebiecki, & Cortina, 2006; Judge, Rodell, Klinger, Simon, & Crawford, 2013) og ledelse (Bergner, Neubauer, & Kreuzthaler, 2010) når man kontrollerer for FFM. Det er derfor ikke overraskende at O'Boyle et al. (2011) kan vise til økningsvaliditet for EI, målt som blandede modeller, når modellene måler smalere personlighetstrekk enn FFM.

**Økningsvaliditet kan skyldes overlapp mellom prediktor og kriterium**  
En annen grunn til å tvile på at blandede modeller måler noe nytt og nyttig, er at i enkelte studier er det overlapp mellom prediktor og kriterium, noe som gir et feilaktig inntrykk av at EI er viktig. For eksempel har studier funnet at trekk-EI kan predikere

lykke (Furnham & Petrides, 2003) og fravær av depresjon (Petrides, Pérez-González, & Furnham, 2007), selv når man kontrollerer for FFM. Dette blir tolket som at EI er noe nytt og viktig. Gjør man imidlertid et Google-søk på spørreskjemaene som ble benyttet i studiene, ser man at mange av spørsmålene i TEIQ (som skal måle EI) er synonyme med spørsmålene i Oxford Happiness Inventory (som skal måle lykke). For eksempel måles EI med spørsmål som «On the whole, I'm pleased with my life», mens lykke måles med spørsmål som «I am well satisfied about everything in my life». Det er vanskelig å se hvordan disse to spørsmålene representerer to forskjellige domener, henholdsvis EI og lykke. Hvis spørsmålene måler samme domene, kan dette være grunnen til at lykke (i betydningen EI) kan predikere lykke (i betydningen psykisk helse), selv når man kontrollerer for FFM.

#### Blandede modeller måler velkjente variabler av betydning for prestasjon

Når blandede modeller predikerer jobbprestasjon, kan det også skyldes at de snarere måler en rekke velkjente variabler av betydning for prestasjon enn at de måler noe nytt. En nyere metaanalyse (Joseph, Jin, Newman, & O'Boyle, 2015) viste at blandede modeller måler velkjente psykologiske begreper fra følgende domener: planmessighet, ekstraversjon, emosjonell stabilitet, generell mestringstro, EI-evne, generell intelligens og selvurdert jobbprestasjon. Når forskerne kontrollerte statistisk for disse variablene, fant de at blandede modeller ikke predikerte jobbprestasjoner. Det betyr at det som måles i blandede modeller av EI, i liten grad forteller oss noe nytt av betydning for jobbprestasjon.

#### Blandede modeller av EI måler velkjente trekk assosiert med effektiv ledelse

Heller ikke i lys av ledelsesforskningen ser det ut til at blandede modeller av EI måler noe vesentlig nytt. Forskere har i mange år vært opptatt av å identifisere betydningen av personlighetstrekk i effektiv ledelse. Man måler da gjerne personlighetstrekk og ser hvordan skårene varierer med ulike mål på effektiv ledelse. En oppsummering av studier av personlighetstrekk og ledelse fra perioden 1948–1999 viste at flere personlighetstrekk går igjen,

for eksempel selvsikkerhet, emosjonell modenhet, dominans og evne til stresshåndtering (Judge, Bono, et al., 2002). Slike personlighetstrekk måles også ofte i blandede modeller av EI, men der kalles de EI.

#### Blandede modeller av EI måler også effektiv lederatferd

Enkelte blandede modeller inkluderer også effektiv lederatferd som et aspekt ved EI. I ECI, et av spørreskjemaene som er utformet for å måle EI, er hele 40 prosent av spørsmålene hentet fra et eldre spørreskjema utformet for å måle lederatferd eller lederkompetanser (Boyatzis et al., 2000). Som nevnt måler ECI svært forskjellige ting, for eksempel ledelse, kommunikasjon, påvirkning, serviceorientering, konflikthåndtering, planmessighet og empati. Mye av dette er utvilsomt viktig for effektiv ledelse, men er det riktig å kalle alt dette EI?

Uavhengig av forskningen på EI har forskere gjennom flere tiår identifisert hva som er effektiv lederatferd. For eksempel har metaanalyser vist at både relasjonsorientert og oppgaveorientert ledelse er positivt assosiert med ulike mål på effektiv ledelse, for eksempel jobbprestasjoner og medarbeidernes trivsel og motivasjon (Judge, Piccolo, & Ilies, 2004). Relasjonsorientert ledelse dreier seg om å vise omtanke for medarbeidere, være opptatt av at de har det bra, samt uttrykke ros og støtte. Oppgaveorientert ledelse dreier seg om å klargjøre roller, være målorientert og sørge for god kommunikasjon. Metaanalyser har videre vist at transformasjonsledelse (dvs. karismatisk, inspirerende, motiverende og omtenksum lederatferd; Bass & Riggio, 2006) er sterkt positivt assosiert med lederprestasjoner og medarbeideres motivasjon og tilfredshet (Judge & Piccolo, 2004). Vi vet dermed en del om hva som kjennetegner effektiv lederatferd. Noen vil kanskje spørre om ikke noen av disse typene av lederatferd nettopp er EI, for eksempel det å være opptatt av hvordan den enkelte medarbeider har det, eller det å være flink til å rose og motivere andre.

EI er imidlertid noe annet enn lederatferd. I intelligensforskningen er det vanlig å skille mellom *intelligens* og intelligent *atferd* (Sternberg, 1997). Intelligens kan manifestere seg i ulike typer atferd, avhengig av oppgave, situasjon og kultur. En intelligent person trenger ikke alltid å fremvise intelligent atferd. Tilsvarende er det vanlig blant forskere å se på EI som en type intelligens, som sammen med andre individuelle forskjeller (som personlighetstrekk og generell intelligens) muligens kan bidra til å forklare hvorfor noen er bedre i stand til å fremvise visse typer atferd, for eksempel transformasjonsledelse (Ashkanasy & Tse, 2000; Bass & Riggio, 2006). I tråd med dette betrakter de fleste forskere lederatferd som et *resultat* av EI og ikke som et *aspekt ved* EI. Når det gjelder personlighet, har for eksempel metaanalyser vist at personlighetstrekk har betydning for hvilken type lederatferd man fremviser, og at lederatferd igjen påvirker ledereffektivitet (DeRue, Nahrgang, Wellman, & Humphrey, 2011). Spørsmålet er om EI kan forklare, utover personlighet og intelligens, at noen i større grad enn andre fremviser visse typer lederatferd. Men hvis man med EI også sikter til effektiv lederatferd, i tillegg til en type intelligens og ulike personlighetstrekk, blir det svært uklart hva man egentlig sikter til når man snakker om EI.

#### Personlighetstrekk basert på FFM viktigere i ledelse enn EI?

Når det gjelder ledelse, ser det ut til at personlighetstrekk som dekker hele FFM, kan være viktigere enn det som måles i blandede modeller av EI. Som nevnt har flere forskere argumentert for at EI er viktig i transfor-

masjonsledelse (Ashkanasy & Tse, 2000; Bass, 2002; Bass & Riggio, 2006; George, 2000). To metaanalyser kan imidlertid tyde på at egenskapene som måles i blandede modeller av EI, er av *mindre* betydning for transformasjonsledelse enn personlighetstrekk som representerer hele FFM. Harms og Credé (2010) viste at ledesers skårer på EI, målt med blandede modeller, kun var svakt assosiert ( $r = 0,09-0,20$ ) med transformasjonsledelse, vurdert av underordnede. En annen studie viste imidlertid at ledesers personlighetstrekk, organisert i forhold til FFM, var moderat assosiert (multipel korrelasjon på 0,31) med transformasjonsledelse vurdert av underordnede (Bono & Judge, 2004). Personlighetstrekk som representerer hele FFM, kan dermed se ut til å være bedre egnet til å predikere transformasjonsledelse enn det som måles i blandede modeller av EI.

#### BETYDNING I ARBEIDSLIVET?

EI er utvilsomt viktig hvis man med begrepet sikter til kjente personlighetstrekk og effektiv lederatferd. Betydningen vil trolig avhenge av hvilke personlighetstrekk man sikter til: om det for eksempel er optimisme, selvhøvdelse, empati, evne til å håndtere stress, planmessighet eller noe helt annet. Det er imidlertid forvirrende å bruke betegnelsen «emosjonell intelligens» om en rekke kjente personlighetstrekk og ulike typer effektiv lederatferd. Enkelte har følgelig argumentert for at det som måles med blandede modeller, ikke bør kalles EI (Côté, 2014), men at betegnelsen EI bør avgrenses til å gjelde én type intelligens. Men hvis man avgrenser EI til å gjelde en type intelligens, er det lite evidens for at EI har betydning i arbeidslivet etter å ha kontrollert for personlighetstrekk og generell intelligens.

Man kan i det hele tatt stille spørsmål ved om EI finnes, da evidensen er svak. Det skal ikke utelukkes at det finnes en type intelligens som angår emosjoner, for eksempel hvor flink man er til å resonnerer seg frem til hva ulike mennesker føler, eller vil føle, i ulike situasjoner. Men for å få mer kunnskap om en slik type intelligens må man formulere en teori som klart skisserer hvilke evner man sikter til, utvikle måleinstrumenter som måler disse evnene på en god måte, samt gjennomføre studier som dokumenterer begrepsvaliditeten til skårene. Dette bør være på plass før man utforsker betydningen av EI i arbeidslivet. ✖ »

## REFERANSER

- Antonakis, J., Ashkanasy, N. M., & Dasborough, M. T. (2009). Does leadership need emotional intelligence? *The Leadership Quarterly*, 20, 247–261. doi: 10.1016/j.leaqua.2009.01.006
- Ashkanasy, N. M., & Tse, B. (2000). Transformational leadership as management of emotion: A conceptual review. In N. M. Ashkanasy & C. E. Haertel (red.), *Emotions in the workplace: Research, theory, and practice*. Westport, CT: Quorum Books/Greenwood Publishing Group.
- Bar-On, R. (1997). BarOn Emotional Quotient Inventory (EQ-i): Technical manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Bass, B. M. (2002). Cognitive, social, and emotional intelligence of transformational leaders. I R. E. Riggio, S. E. Murphy & F. J. Pirozzolo (red.), *Multiple intelligences and leadership* (s. 105–118). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006). *Transformational leadership* (2. utg.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bergner, S., Neubauer, A. C., & Kreuzthaler, A. (2010). Broad and narrow personality traits for predicting managerial success. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 19, 177–199. doi: 10.1080/13594320902819728
- Bono, J. E., & Judge, T. A. (2004). Personality and transformational and transactional leadership: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 89, 901–910. doi: 10.1037/0021-9010.89.5.901
- Boyatzis, R. E., Goleman, D., & Rhee, K. S. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the Emotional Competence Inventory. I R. BarOn & J. D. A. Parker (red.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Caruso, D. R., & Salovey, P. (2004). *The emotionally intelligent manager*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Côté, S. (2014). Emotional Intelligence in Organizations. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 1, 459–488. doi: 10.1146/annurev-orgpsych-031413-091233
- Daniels, K. (2000). Measures of five aspects of affective well-being at work. *Human Relations*, 53, 275–294.
- DeRue, D. S., Nahrgang, J. D., Wellman, N., & Humphrey, S. E. (2011). Trait and behavioral theories of leadership: An integration and meta-analytic test of their relative validity. *Personnel Psychology*, 64, 7–52. doi: 10.1111/j.1744-6570.2010.01201.x
- Dudley, N. M., Orvis, K. A., Lebiecki, J. E., & Cortina, J. M. (2006). A meta-analytic investigation of conscientiousness in the prediction of job performance: Examining the intercorrelations and the incremental validity of narrow traits. *Journal of Applied Psychology*, 91, 40–57.
- Furnham, A. (2012). Emotional intelligence. I A. Di Fabio (red.), *Emotional intelligence. New perspectives and applications*. Lastet ned fra: <http://www.intechopen.com/books/emotional-intelligence-new-perspectives-and-applications/emotional-intelligence>. doi: 10.5772/31079
- Furnham, A., & Petrides, K. V. (2003). Trait emotional intelligence and happiness. *Social Behavior and Personality*, 31, 815–823.
- Føllesdal, H. (2008). Emotional Intelligence as Ability: Assessing the Construct Validity of Scores from the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). (ph.d.), Universitetet i Oslo, Oslo. Lastet ned fra <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-20892>
- Føllesdal, H., & Hagtvet, K. (2013). Does emotional intelligence as ability predict transformational leadership? A multilevel approach. *The Leadership Quarterly*, 24, 747–762. doi: 10.1016/j.leaqua.2013.07.004
- Føllesdal, H., & Hagtvet, K. A. (2009). Emotional intelligence: The MSCEIT from the perspective of generalizability theory. *Intelligence*, 37, 94–105. doi: 10.1016/j.intell.2008.08.005
- George, J. M. (2000). Emotions and leadership: The role of emotional intelligence. *Human Relations*, 53, 1027–1055.
- George, J. M. (2011). Dual tuning. *Organizational Psychology Review*, 1, 147–164. doi: 10.1177/2041386610390257
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York: Bantam Books.
- Goleman, D. (1998a). What makes a leader? *Harvard Business Review* (November–December), 92–102.
- Goleman, D. (1998b). *Working with emotional intelligence*. New York: Bantam.
- Harms, P. D., & Credé, M. (2010). Emotional intelligence and transformational and transactional leadership: A meta-analysis. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 17, 5–17. doi: 10.1177/1548051809350894
- Hofstee, W. K. (1992). Integration of the Big Five and circumplex approaches to trait structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 146–163.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. I L. A. Pervin & O. P. John (Red.), *Handbook of personality: Theory and research*. (2. utg.). New York: The Guilford Press.
- Joseph, D. L., Jin, J., Newman, D. A., & O’Boyle, E. H. (2015). Why does self-reported emotional intelligence predict job performance? A meta-analytic investigation of mixed EI. *Journal of Applied Psychology*, 100, 298–342. doi: 10.1037/a0037681
- Joseph, D. L., & Newman, D. A. (2010). Emotional intelligence: An integrative meta-analysis and cascading model. *Journal of Applied Psychology*, 95, 54–78. doi: 10.1037/a0017286
- Judge, T. A., & Bono, J. E. (2000). Five-factor model of personality and transformational leadership. *Journal of Applied Psychology*, 85, 751–765.
- Judge, T. A., Bono, J. E., Ilies, R., & Gerhardt, M. W. (2002). Personality and leadership: A qualitative and quantitative review. *Journal of Applied Psychology*, 87, 765–780.
- Judge, T. A., & Erez, A. (2007). Interaction and intersection: The constellation of emotional stability and extraversion in predicting performance. *Personnel Psychology*, 60, 573–596.
- Judge, T. A., Heller, D., & Mount, M. K. (2002). Five-factor model of personality and job satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 87, 530–541.
- Judge, T. A., & Piccolo, R. F. (2004). Transformational and transactional leadership: A meta-analytic test of their relative validity. *Journal of Applied Psychology*, 89, 755–768.
- Judge, T. A., Piccolo, R. F., & Ilies, R. (2004). The forgotten ones? The validity of consideration and initiating structure in leadership research. *Journal of Applied Psychology*, 89, 36–51.



- Judge, T. A., Rodell, J. B., Klinger, R. L., Simon, L. S., & Crawford, E. R. (2013). Hierarchical representations of the five-factor model of personality in predicting job performance: Integrating three organizing frameworks with two theoretical perspectives. *Journal of Applied Psychology*. doi: 10.1037/a0033901
- Kaplan, S., Bradley, J. C., Luchman, J. N., & Haynes, D. (2009). On the role of positive and negative affectivity in job performance: A meta-analytic investigation. *Journal of Applied Psychology*, 94, 162–176. doi: 10.1037/a0013115
- Keele, S. M., & Bell, R. C. (2008). The factorial validity of emotional intelligence: An unresolved issue. *Personality and Individual Differences*, 44, 487–500. doi: 10.1016/j.paid.2007.09.013
- Lopes, P. N., Côté, S., & Salovey, P. (2006). An ability model of emotional intelligence: Implications for assessment and training. I V. U. Druskat, F. Sala & G. Mount (red.), *Linking emotional intelligence and performance at work: Current research evidence with individuals and groups*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Matsumoto, D., LeRoux, J., Wilson-Cohn, C., Raroque, J., Kookan, K., Ekman, P., . . . Goh, A. (2000). A new test to measure emotion recognition ability: Matsumoto and Ekman's Japanese and Caucasian Brief Affect Recognition Test (JACBART). *Journal of Nonverbal Behavior*, 24, 179–209.
- Maul, A. (2012). The Validity of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) as a Measure of Emotional Intelligence. *Emotion Review*, 4, 394–402. doi: 10.1177/1754073912445811
- Mayer, J. D., Roberts, R. D., & Barsade, S. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59, 507–536. doi: 10.1146/annurev.psych.59.103006.093646
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? I P. Salovey & D. Sluyter (red.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*. New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2002). Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). User's manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Nowicki, S. (2005). Manual for the receptive tests of the Diagnostic Analysis of Nonverbal Accuracy 2. DANVA2. Lastet ned fra: <http://psychology.emory.edu/clinical/interpersonal/index.htm>
- O'Boyle, E. H., Humphrey, R. H., Pollack, J. M., Hawver, T. H., & Story, P. A. (2011). The relation between emotional intelligence and job performance: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 32, 788–818. doi: 10.1002/job.714
- Ones, D. S., Dilchert, S., Viswesvaran, C., & Judge, T. A. (2007). In support of personality assessment in organizational settings. *Personnel Psychology*, 60, 995–1027.
- Palmer, B. R., Gignac, G., Manocha, R., & Stough, C. (2005). A psychometric evaluation of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test Version 2.0. *Intelligence*, 33, 285–305. doi: 10.1016/j.intell.2004.11.003
- Péres, J. C., Petrides, K. V., & Furnham, A. (2005). Measuring trait emotional intelligence. I R. Schulze & R. D. Roberts (red.), *Emotional intelligence. An international handbook*. Göttingen, Germany: Hogrefe & Huber Publishers.
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 426–448.
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: Behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality*, 17, 39–57. doi: 10.1002/per.466
- Petrides, K. V., Pérez-González, J. C., & Furnham, A. (2007). On the criterion and incremental validity of trait emotional intelligence. *Cognition & Emotion*, 21, 26–55.
- Rode, J. C., Mooney, C. H., Arthaud-day, M. L., Near, J. P., Rubin, R. S., Baldwin, T. T., & Bommer, W. H. (2008). An examination of the structural, discriminant, nomological, and incremental predictive validity of the MSCEIT V2.0. *Intelligence*, 36, 289–382. doi: 10.1016/j.intell.2007.07.002
- Rossen, E., Kranzler, J. H., & Algina, J. (2008). Confirmatory factor analysis of the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test V 2.0 (MSCEIT). *Personality and Individual Differences*, 44, 1258–1269. doi: 10.1016/j.paid.2007.11.020
- Sachs, A. (2011). Emotional intelligence (1995), by Daniel Goleman. *Time*. [Bokomtale] Lastet ned fra [http://content.time.com/time/specials/packages/article/0,28804,2086680\\_2086683\\_2087663,00.html](http://content.time.com/time/specials/packages/article/0,28804,2086680_2086683_2087663,00.html)
- Salgado, J. F., Moscoso, S., Sanchez, J. I., Alonso, P., Choragwicka, B., & Berges, A. (2014). Validity of the five-factor model and their facets: The impact of performance measure and facet residualization on the bandwidth-fidelity dilemma. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 24, 325–349. doi: 10.1080/1359432X.2014.903241
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185–211.
- Schmidt, F. L. (2009). Select on intelligence. I E. A. Locke (red.), *Handbook of principles of organizational behavior* (2. utg., s. 3–17). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons.
- Schulze, R., Wilhelm, O., & Kyllonen, P. C. (2007). Approaches to the assessment of emotional intelligence. I G. Matthews, M. Zeidner & R. D. Roberts (red.), *The science of emotional intelligence* (s. 199–229). Oxford: Oxford University Press.
- Sternberg, R. J. (1997). The concept of intelligence and its role in lifelong learning and success. *American Psychologist*, 52, 1030–1037. doi: 10.1037/0003-066x.52.10.1030
- Widiger, T. A., Verheul, R., & van den Brink, W. (1999). Personality and psychopathology. I L. A. Pervin & O. P. John (red.), *Handbook of Personality* (2 utg.). New York, NY: Guilford.



Bendik Kaldenborn 2016

# Å hakke seg ut av egget

Altfor nære og sårbare foreldre hemmer ungdommers muligheter for vekst. Kanskje bør vi lytte til psykoanalytikerens Donald Winnicotts råd til foreldrene om å la de unge være i fred og finne sine egne svar.

**TEKST** Per Are Løkke  
Privatpraktiserende spesialist i klinisk  
barne- og ungdomspsykologi, Nesodden

**KONTAKT** [pe-arelo@online.no](mailto:pe-arelo@online.no)

**ILLUSTRASJON** Bendik Kaltenborn



«Jeg skulle ønske mamma var mer kald», sa en jente på 16 år i en terapitime. I morens tårefylte øyne så hun ikke bare sårbarhet og bekymring. Hun så også at moren engstelig gransket henne med «psykiatriens blikk»: «Lider du av angst, depresjon, selvskadning eller anoreksi? Holder du på å falle ut av skolen og bli en taper?» Mange ungdommer beskriver liknende opplevelser med sine foreldre: Foreldrene som selv er så sårbare at de ikke tåler ungdommens livsproblemer. Som en reaksjon på dette «psykiatriserer» de livsproblemer altfor raskt. Dagens ungdom har derfor ikke et behov for å opponere mot strenge og fraværende autoriteter, men for å frigjøre seg fra altfor sårbare, nærværende og hjelpsomme foreldre.

Det pågår mange diskusjoner om hva som kjennetegner dagens ungdom. Vi ser en generasjon som er flinke, lite opprørske og preget av psykiske lidelser (Sletten, 2015). Mye har vært skrevet om ungdommen, men hvem er deres foreldre? Jeg har i essayet *Nye oppdragelsesformer – nye patologier?* (Løkke, 2015) forsøkt å nærme meg dette spørsmålet. Ideen om å «være nær» er et nøkkelord i det nye foreldreskapet. Foreldre ønsker å oppheve den tradisjonelle rollebaserte avstanden til sine barn. Men, denne opphetede investeringen i barna har også uheldige bivirkninger. Foreldrene søker å skape en illusorisk nærhet til sine barn, med den konsekvens at evnen til å tåle livserfaringer knyttet til psykisk smerte, adskillelse og ensomhet nedbrytes.

I terapi med ungdom tenker jeg ofte på det den engelske psykoanalytiker Donald Winnicott skrev om betydningen av at foreldrene «overlever» sine barn. Det kreves en viss robusthet å være vitne til de unges strev i ungdomsfasen. Winnicott fremhevet, helt i strid med dagens tidsånd, nødvendigheten av at hverken foreldre eller samfunn griper for raskt inn for å hjelpe ungdommen i dens kamper med symptomene. I ungdomsfasens adskillelseskonflikter og psykiske drama ligger kimen til det stoffet som den nye generasjonen skal bygge sin fremtid med. Det er derfor viktig at ungdommen selv oppdager og skaper byggeklossene. Når foreldrene er for sårbare og samfunnet altfor raskt gir ungdommen svar i form av diagnoser og manualer, stenges veien mot individuering og kreativitet.

### **NORMALT GJØRES UNORMALT**

Den tiltagende vitenskapeliggjøringen og patologiseringen av mellommenneskelige livspro-

blemer bidrar til å svekke foreldrenes autoritet. Denne svekkelsen kan også knyttes til overgangen fra en liberalistisk til en nyliberalistisk styringsform. Liberalismens motto var minst mulig styring. Det betød selvsagt ikke at alle kunne gjøre som de ville. Det betød frihet under ansvar. Mennesket var sin egen vokter og styrte seg selv gjennom en moral. «Kroppen er frigjort fra lenkene fordi hjertet er lagt i lenker», skrev Marx. Og, Freud var den første som åpnet opp for å lytte til den subjektive utilpassheten som oppsto når «hjertet var lagt i altfor stramme lenker» under victoriatidens strenge moralske kodeks. Psykoanalysen var da også liberalismens foretrukne terapiform. Politi, fengsel, barnevern og fattigkasse grep inn overfor det objektive ubehag, mens psykoanalysen skapte et samfunnsmessig rom der «subjektiv sykdom» kunne komme til uttrykk. Ved å lytte til pasienten viste Freud at sykdommen (symptomet) var inngangen til et indre rom som huset drømmer, fantasier, seksualitet, sammensatte følelser, skjulte motiver og fremfor alt gjentakelser knyttet til ubearbeidede konflikter overfor foreldrefigurene. Det subjektive rommet som Freud åpnet opp for, ga pasientene muligheter til å oppdage seg selv, bearbeide skader og konflikter og artikulere en motkraft til foreldrefigurene og samfunnets maktstrukturer.

Kontrakten mellom staten, terapeutene og pasientene under liberalismen var basert på tillit, både til den enkelte terapeuts skjønn og til at pasientene ville finne veien og svarene selv når det ble lagt til rette for det. Nyliberalismens styringslogikk baserer seg derimot på et premiss av mistillit der profesjonenes frihet til å bruke skjønn innskrenkes. Nå skal det styres utenfra med evidensbasert kunnskap samtidig som kjøpmannskritikkens lønnsomhetskrav slår inn på alle livsområder. Menneskets målestokk blir bedriften (penger og prestasjoner), og det offentlige underlegges en permanent kritikk. Dette innebærer en voldsom vekst i administrasjon og byråkrati, både i apparatet som styrer, og i apparatet som måler og evaluerer styringen (Utaaker, 2005; Rasmussen, 2004). Det oppsto dermed et paradoks i overgangen fra liberalisme til nyliberalisme (fra 1970 til 1980). Nyliberalismens «libidinøse» økonomi lovet enda mer frihet til individet, samtidig som dens styringsformer begynte å gripe inn i stadig flere av menneskelivets sektorer.

Denne utviklingen har fått konsekvenser for foreldreautoriteten. Blant annet ved at famili-

ens mellommenneskelige relasjoner og den subjektive utilpasshet i tiltagende grad sykelligjøres ut fra biomedisinens diagnoseskjema. Og, når psykiatrien flytter inn i foreldrenes tenkemåter, har foreldrene allerede mistet deler av sin naturlige autoritet. Med innføringen av DSM 3 og symptompsykiatrien i 1981 så vi begynnelsen på en patologisering av menneskelige livsformer som savner sidestykke i historien. Psykiatrien skiftet fokus fra den detaljerte utforskningen av jegets indre som Freud åpnet opp for, til kartlegging og styring av observerbare symptomer. I den nye «Bibelen» (DSM) kan vi nå lete oss frem til et stadig større symptomkart over den moderne psyken. Det normale gjøres unormalt (Frances, 2013; Horowitz, 2002). På oppsiktsvekkende kort tid har psyko-vitenskapen (p)sykelliggjort store deler av befolkningen. Det har oppstått en nytt paradoks. Styringsformene som staten satte inn for å løse problemene med reliabilitet og kostnadseffektivitet i psykiatrien, har skapt et enda større problem, nemlig en patologisering av befolkningen som medfører et grenseløst kostnadssluk.

### EKSPERTVELDE

Det er ikke lenger foreldrenes tiltro til seg selv og slektens egne oppdragelsestradisjoner som gir svar på de tusen spørsmål og problemstillinger som foreldre står i overfor sine barn. Nå er det vitenskapens normative svar brakt til torgs av psyk-ekspertene som definerer retningslinjene for barneoppdragelsen. Dette gjenspeiler seg i en emosjonell offentlighet hvor eksperter bombarderer foreldre med råd om hva som er til det beste for barnet. Som igjen øker foreldrenes sensibilitet for barnas behov og dermed også for alt som kan gå galt. Foreldrene mister ikke bare sin autoritet, men også sin handlekraft. Et eksempel på dette er hvordan barn stadig tidligere blir utsatt for kartlegging, normative evalueringer og metoder for å lære språk eller empati. Foreldrene blir pålagt å bruke standardiserte verktøy eller blir tvunget til å være med på pedagogikk som de selv er motstandere av (Østrem, 2013).

Den kvantitative vitenskapen er garantist for de fakta, metoder og råd som serveres foreldrene. Men psyk-vitenskapen er ikke en pålitelig instans slik en Gud, en moral eller de tradisjonelle mor- og farsrollene kan være det. Svarene fra vitenskapen gir ofte færre holdepunkter enn det som blir lovet. For foreldrene møter et mangfold av eksperter hvor den ene motsier den andre, og det som er sant i dag, ikke trenger å være det i morgen. Ny evidens dukker stadig opp. Det som i utgangspunktet virker som «sikker grunn», kan i neste omgang vise seg å være kvikksand som foreldrene synker ned i.

Vi ser at den stadig mer detaljerte DSM-kartografien begynner å fungere som en markeds plass hvor psyk-ekspertene blir økonomiske aktører som reklamerer for sine produkter («best in test») tilpasset bestemte målgrupper. Solveig Østrem og Marit Pettersvold gir en skarp analyse av hvordan dette skjer innenfor førskolefeltet i dag, der fagpersoner som markedsfører viktigheten av tidlig kartlegging eller er oppnevnt til å evaluere effekten av pedagogiske programmer, samtidig er direkte involvert i utvikling og salg av de samme metodene (Pettersvold & Østrem, 2013). Det er ingen grunn til å tro at denne type «shrinkbusiness» (Aflao, 2015) ikke skjer innenfor vårt eget fagfelt (Falkum, Olavesen & Hytten, 2015).

### FORELDREAUTORITETENS SVEKKELSE

Det nye barnesentrerte foreldreskapet er bygd rundt det sosiologene Antony Giddens (1991) kaller «rene relasjoner» og Eva Illouz (2007) kaller

«affektiv individualisme». Barnas behov settes i sentrum av familielivet, og foreldre ønsker å «være nær» og «gjøre alt» for å understøtte barnets selvutvikling. Dette innebærer økt fokus på betydningen av nærhet, følelser og intimitet i barneoppdragelsen. Jeg har pekt på at det i dette prosjektet ligger en kollektiv utopi om å oppheve generasjonsforskjellen mellom foreldre og barn (Løkke, 2015).

Denne utviklingen understøttes av fokuset på konsum og lykkefiksering som er sentral i den kapitalistiske økonomien.

Vi ser at foreldre er satt under press fra mange kanter. Mange foreldre utvikler en mistillit til egne erfaringer, følelser og reaksjonsmåter. De slutter å tenke selv og blir redde for å skade barna med sin væremåte, slik noen kan si det i foreldresamtaler: «Det er nesten farlig å være foreldre i dag,» eller «Uansett hva jeg gjør eller sier, føles det galt.» Når foreldrene hver dag leser i avisene om de dramatiske konsekvensene av skolefravall og om den voldsomme utviklingen av psykiske lidelser blant barn og ungdom, svekkes tilliten til de unges vekstprosesser. Det psykiatriske blikket flytter inn i foreldrene, og naturlige variasjoner som «lite matlyst», «plutselig tristhet» eller perioder med angst, depresjon, sjenanse eller uro vekker automatisk tanker om diagnoser. Det blir umulig å skille mellom ungdomsfasens naturlige «storm und drang» og psykiatri.

Ungdommens beskrivelser samsvarer med foreldrenes: Ungdommen forteller om foreldre som gråter, øyne som lyser av bekymring, foreldre som sykemelder seg, foreldre som hele tiden spør «om det er noe», skyldtyngede foreldre som lur på hva de har gjort galt, sårede foreldre som ikke føler seg elsket av barna, hjelpeløse foreldre som gir og gir i alle himmelretninger, men aldri setter grenser. De forteller om foreldre som ikke lenger har distanse og tillit til at ungdommen på egen hånd kan klare å takle ungdomsfasens mange problemstillinger. Det fortelles ikke lenger så ofte om autoritære og fraværende foreldre, men om altfor nære og sårbare «vi gjør alt for deg»-foreldre. Disse foreldrene kan det være svært vanskelig å adskille seg fra.

Nettopp mangel på adskillelse og opprør, kombinert med egenskaper som lydighet, flinkhet og gode vennskapelige forhold til foreldrene, er typiske trekk ved dagens ungdom, viser Ungdata (Sletten, 2015). Dette er sosiolo- »

giske og historiske tendenser som selvsagt handler om mange forhold. På den ene siden kan det være fristende å tolke disse dataene som det nye foreldreskapets gevinst. Foreldrene har ønsket å komme nærmere barna sine og utvikle gode relasjoner. Foreldrene har bidratt svært aktivt for å stimulere barnas evner og egenskaper. De har klart begge deler. Ungdommen i dag er både greie og flinke. Men, denne historien kan også vise seg å inneholde et mer usynlig og komplisert bilde, som ikke bare er knyttet til den store forekomsten av «utmattelse og psykiske lidelser» blant de unge.

Jeg viser i essayet *Nye oppdragelsesformer – nye patologier* (Løkke, 2015) at dagens foreldre invaderer de unge med egne relasjonsbehov, med egen sårbarhet, med egne ambisjoner og med alt det riktige «ekspertstoffet» som de selv er invadert av. De unge blir i tillegg invadert av forventninger og press knyttet til idealer om kropp, prestasjoner og væremåte fra media og en stadig mer pågående målstyring i barnehage og skole. De blir også gjennom mediene uten stopp invadert av en skremmende, kaotisk og forvirrende verdenssituasjon (Bollas, 2015). Vi kan derfor også tenke at de unge for å tilpasse seg den invaderingen og ytre styringen de er utsatt for, har utviklet det den berømte barnepsykoanalytiker Donald Winnicott kalte et «falskt selv». Det falske selvets formel er å skjule og bedøve seg bak en «vellykket maske» for å bli det de andre ønsker. Dette er et selv som beroliger de voksne, og som derfor ofte blir satt stor pris på. La oss se nærmere på hva Winnicott skrev om ungdommen og deres foreldre.

### WINNICOTT OG UNGDOMSFASEN

Donald Winnicott var svært opptatt av ungdomsfasen, og foreldrenes og samfunnets oppgaver overfor ungdommen. Winnicott mente at ungdomsfasen først og fremst var preget av at ungdommen møter et helt nytt indre og ytre landskap, blant annet:

1. Sin egen biologiske modning gjennom kroppens seksuelle og aggressive impulser.
2. Forskjellige lyst- og destruksjonsfantasier knyttet til dette.
3. Perioder med depresjon, angst og selvdestruktivitet.
4. Lengre perioder med tomhet, apati, kjedsomhet og mangel på interesser.
5. Gamle traumer i nye former.
6. Gamle forsvarsmekanismer og handlingsmønstre som ikke lenger fungerer.
7. Gruppeprosesser preget av medlemmenes individuelle drama. Ungdommen lever som isolerte aggregater koplet sammen i grupper, hvor samholdet i gruppen skapes av «drama» (for eksempel: «hun som skader seg», «han som skulker skolen og hater foreldrene» osv.).
8. Trang til å være umodne, uansvarlige og antisosiale, det Winnicott kalte ungdommens «hellige elementer».
9. Behov for å gå imot foreldre, som selv bør stå støtt i landskapet.
10. Behov for ikke å bli forstått (Winnicott, 1990, 1990).

Winnicotts perspektiv på ungdomsfasen var preget av liberalismens tillitskontrakt. Hans primære råd til foreldrene var å la ungdommen være i fred, la dem uforstyrret foreta en oppdagelsesferd i det nye landskapet, la dem selv finne egne og nye svar på problemet med å eksistere og

problemet med identitet. Ungdomsfasen var først og fremst en turbulent periode og et eksperiment som skulle gjennomleves. Den eneste kuren for ungdommen var tiden, skrev Winnicott, og han mente det kunne være fatalt å bryte inn i denne naturlige prosessen. Dette betyr ikke at foreldrene skal slutte å være seg selv, uttrykke sine spontane reaksjoner, representere sine grenser eller forfekte sine verdier – tvert imot. Ungdommen trenger begge deler. Både tillit og tydelighet.

Når vi sammenlikner Winnicotts perspektiv med dagens reguleringspsykologi, gir dette et godt bilde på forskjellen mellom liberalismens tillitsmodeller (indrestyring) og nyliberalismens mistillitsmodeller (ytrestyring). Vi ser at Winnicotts råd, om å «vente», «ha tillit», «gi tid og rom» og «ikke bryte inn» er kastet på historiens skraphaug. I dag gjelder det tvert imot å gripe inn og styre raskest mulig. Fagekspertisen har forlatt gamle og mer kompliserte modeller som krevde en skjønnsmessig vurdering av om det er riktig å vente eller gripe inn i hver unike sak. I dag er det alltid best å intervensere så tidlig og så raskt som mulig. Vi ser også at fagmiljøene som «selger inn» nye forskningsfunn og «de beste metoder» for å gi hjelp til ungdom med angst, depresjon, selvskading og anoreksi, ofte unnlater å beskrive hva som er typiske kjennetegn ved ungdomsfasen. Dermed blir både ungdomsfasen og ungdommen sykeliggjort. Dagens hjelp basert på rask inngripen og utenfra-styring var den hjelpen Winnicott advarte aller mest imot, fordi den stimulerer frem det «falske selv» i de unge.

### FORELDRENE OVERLEVELSE

Winnicott fremhever at foreldrenes evne til «å overleve» ungdomsfasen er det viktigste enkeltbidraget til ungdommens utvikling. Betydningen av foreldrenes overlevelse fremstår her som et grunnleggende behov for barnet og ungdommen, på samme nivå som med behovet for tilknytning eller behovet for å bli bekreftet. I begrepet «å overleve» legger han mange betydninger, som å «akseptere», «ikke gjengjelde», «ikke gripe inn for raskt» og «tåle». (Winnicott, 1990, 2005; Abram, 2007, 2013).

Hvorfor er foreldrenes evne til «å overleve» så sentral for Winnicotts tanker om ungdommen? Jeg ser for meg en kylling i et egg. Kyllingen må med sitt  *eget*  nebb hakke seg ut ifra

innsiden for å komme ut i verden. Den må destruere skallet for selv å bli levende og fri. Noen kyllinger klarer ikke dette og dør på innsiden. Det nytter heller ikke at noen hjelper til med å hakke hull i skallet. Det er selve hendelsen eller kraftanstrengelsen «å hakke hullet innenfra» som er garantien for å komme ut i verden. Dette kan være en enkel metafor for å nærme seg det Winnicott forsøker å beskrive.

Med Winnicotts egne begreper dreier det seg om det han kaller den viktigste og vanskeligste utfordringen i menneskets utvikling. Det er erfaringen av overgangen fra relasjonsformen «object-relating» (OR) til relasjonsformen «object-use» (OU). I OR opplever ungdommen verden som en projeksjonsskjerm for egne interesser, sympatier og antipatier. Kanskje slik en ungdom uttrykte det: «det som ikke passer meg, driter jeg i». Altså, verden eksisterer ikke utenfor ungdommens egne interesser. Når så foreldrene gjennom sin tydelighet gir dette egosentriske «verdensbilde» motstand, vekkes et voldsomt trykk av raseri, sårbarhet og destruktive fantasier i ungdommen. Det oppstår en trang til å destruere og frigjøre seg fra de mektige foreldrefigurene i den indre og ytre verden. «Foreldrenes overlevelse» betyr her å tåle og ha tillit til at ungdommens «destruksjon» har en viktig funksjon.

Denne destruksjonen, av mektige foreldrebilder og et egosentrisk verdensbilde, må gjennomleves (ungdommen må kakke seg ut fra innsiden) uten at noen griper inn (kakker hull fra yttersiden). Foreldrenes overlevelse (tillit og tydelighet) gir dermed ungdommen en erfaring i at raseri og sårbarhet kan uttrykkes uten å ødelegge sosiale bånd. De får en følelse av at de har en rett til å eksistere innenifra, markere egne grenser og klare å finne egne svar. Ødeleggelsen er slik en grunnleggende symbolsk handling som bidrar til å etablere et adskilt sted å se verden fra. Her knyttes destruksjon til noe positivt, til en kraft som kan skape noe nytt, og samtidig gi rom til en følelse av å «være levende» («alive») og «virkelig» («real»). De har gjennom destruksjonen frigjort seg fra mektige indre foreldrebilder og egen omnipotens (boble) og samtidig oppdaget at de ytre foreldrene eksisterer i en verden utenfor deres egne behov. Mark Twain beskrev overgangen fra OR til OU slik: «14 år gammel var jeg sjokkert over hvor idiotisk min far var. Da jeg var 21 år var jeg forbauset over hvor mye han hadde lært de siste 7 årene».

Men hva skjer når ungdommen opplever at foreldrene ikke overlever? Ungdommen får da følelsen av at de med sin spesifikke kraft; instinkter, lidelse, symptomer, raseri, tilbaketrekning, faktisk ødelegger foreldrene. De blir ikke tålt. Den symbolske distansen opphører, og det hele blir et konkret drama her og nå. En jente på 17 år beskrev hvordan hennes foreldre ble redde, klengete og smiskende («liker du oss ikke?») etter at hun hadde avfyrt et kraftig raseriutbrudd som ble avsluttet med «jeg hater dere». «Herregud, de oppfører seg jo som om det er virkelig», sa hun. Dette er en presis beskrivelse av Winnicotts poeng. Den klamme nærheten fører her til at ungdommens spontane følelser og egne grensemarkeringer blir stengt inne og skyldbelagt. De opplever seg som slemme, utakknemlige og en byrde overfor sine sårbare og snille foreldre. De blir tvunget til å tilpasse seg og utvikle et «falskt selv» før de har oppdaget, frisatt og satt navn på sin egen verden.

Winnicott mener at foreldre som overlever bidrar til å utvikle ungdommens sanne selv, mens foreldre som ikke overlever bidrar til å stenge de unge inne i et falskt selv. Det er her viktig å presisere at Winnicott med det sanne selvet ikke referer til en «gitt essens». «Det sanne selvet» betyr mer



Det blir umulig å skille mellom ungdomsfasens naturlige « Sturm und Drang » og psykiatri



å ha en tilgang og frihet til å uttrykke instinkter, følelser og spontanitet og også evnen til å hengi seg til den uforutsigbare livsstrømmen («going on being») som eksisterer der den indre og ytre verden møtes. «Det falske selvet» viser heller ikke til noe som er løgnaktig, men peker mer mot at den totale personligheten blir inne-sperret i «flinke, snille og tilpassede» deler. Det falske selvet blir et fengsel, slik som en ung gutt uttrykte det: «Jeg har hele mitt liv vært snill, tatt hensyn, satt meg selv til side og alle har likt meg for dette, men nå kjenner jeg noe skremmende og mørkt strømme frem fra innsiden og jeg føler at ingen bryr seg om meg lenger. Jeg er redd».

### ET PROFYLAKTISK HELVETE?

Den norske barnepsykiateren Marie Nævestads fremste råd til foreldrene etter et langt liv i psykoterapiens tjeneste var: «Vær tålmodig og oppøv kjærlighet for alle fasene og variasjonene i barnas liv, alt menneskelig er i alle» (Seminarotater, 1992). Hun uttalte også: «Foreldrenes utålmodighet og frykt floker det hele til og gir barna en følelse av at det er noe galt.» Den sagnomsuste barnepsykoanalytikerinnen Françoise Dolto (1990) fremmet også denne «romslighetens ånd». Hun hevdet at det største feiltrinnet i vår tids måte å behandle barn på er troen på at psykisk lidelse kan forebygges.

Til slutt ender vi opp med å forebygge livet selv og ender i et «profylaktisk helvete». For hva skjer? Det bygges ut et helt apparat av skrekkpropaganda og kartleggingsprosedyrer som barna eksponeres for. Dette er fornuft på avveie og et svik mot våre barn, skriver Dolto. Barna trenger en skole i kjærlighet og ikke i frykt.

Min intensjon med kritikken av styringspsykologien er ikke nostalgisk å fremheve at alt var bedre før. Winnicott ble blant annet kritisert for å ha for mye tillit til at ungdommen alene skulle klare å finne ut av sine symptomer (Perret-Catipovic & Ladame, 1998). Mange ungdommer trengte og trenger nettopp at noen griper inn, tar tak, gir svar og styrer dem inn i mindre destruktive farvann. Mitt poeng er å vise hvordan vi i styringspsykologiens navn holder på å miste forståelsen av ungdomsfasen, ungdommens subjektivitet, og betydningen av de sosiale bånd som foreldrene representerer. Derfor er tillitspsykologiens korreksjoner mer aktuelle enn noensinne. Kanskje trenger vi også å lytte til stemmer som går imot den «unisone enigheten» om at lavterskeltilbud og forebyggende tiltak entydig er av det gode?

Implisitt i Winnicotts berømte utsagn «there is no such thing as a child» ligger et budskap om at barna og ungdommen ikke kan forstås og behandles isolert fra foreldrene sine. Og, hvis foreldrenes «tillit» og «overlevelse» er blant de viktigste faktorene for de unges mulighet til å utvikle et «sant selv», må konsekvensen bli at arbeidet med foreldrene fortjener største prioritet. Men dagens utvikling går i helt motsatt retning. Ungdommens livsproblemer blir forstått og behandlet uavhengig av foreldrene i en biomedisinsk kontekst. Ungdommens symptomer blir ikke lenger forstått som en invitasjon til utvikling av språk, mening og individuasjon. I dag blir både foreldrene og ungdommen fortalt at symptomet er et meningsløst fremmed objekt eller en fiende som forsøker å lokke dem i sin felle. ✕

### REFERANSER

- Abram, J. (2013). *Donald Winnicott today*. New York: Routledge.
- Abram, J. (2007). *The Language of Winnicott: A Dictionary of Winnicott's use of words*. London: Karnac Books.
- Aflalo, A. (2015). *The Failed Assassination of Psychoanalysis. The RISE and FALL of COGNITIVISM*. London: Karnac Books.
- Allen, F. (2013). *Saving Normal*. New York: William Morrow.
- Dolto, F. (1990). *Håndbog for børn med vanskelige foreldre*. København: København Bogforlag.
- Dolto, F. (1990). *De unges sag*. København: Forlaget Fremad.
- Falkum, Olavesen & Hytten. (2015). Problemet med mangfoldet av psykoterapeutiske skoler. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* (4) 52, 314–320.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and Self-Identity*. Cambridge: Polity Press.
- Horowitz, A.V. (2002). *Creating Mental illness*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Løkke, P.A. (2015). Nye oppdragsformer – ny patologi? *Matrix*, 32, 28–43.
- Illouz, E. (2007). *Cold intimacies. The making of emotional Capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Illouz, E. (2008). *Saving the modern soul*. Berkeley: University of California Press.
- Perret-Catipovic, M & Ladame, F. (1998). *Adolescence and Psychoanalysis. The story and the history*. London: Karnac Books.
- Petersvold, M. & Østrem, S. (2012). *Mestrer – mestrer ikke*. Jakten på det normale barnet. Oslo: Res Public.
- Plastow, M. G. (2015). *What is a child?* London: Karnac Books.
- Rasmussen, R. (2004). *Kognition, – en liberalistisk ideologi*. København: Politisk Revy.
- Sletten, M. A. (2015). *Psykiske plager blant ungdom. I: Barn i Norge 2015: Ungdom og psykisk helse*. Organisasjonen voksne for barn.
- Utaaker, A. (2005). Michel Foucault om liberalisme og nyliberalisme. *Sosiologi i dag*, 35, 9–31.
- Winnicott, D.W. (2005). *Playing and Reality*. New York: Routledge.
- Winnicott, D.W. (1990). *Home is where we start from*. New York: Norton & Company.
- Winnicott, D.W. (1990). *Deprivation and Delinquency*. New York: Routledge.





## Flere unge bruker psykofarmaka

Flere unge bruker psykofarmaka enn for ti år siden. Særlig ses en økning i bruk av legemidler ved ADHD, sovemidler og antidepressiva. Det viser en nylig publisert studie gjennomført i regi av Folkehelseinstituttet i samarbeid med Høgskolen i Hedmark.

Forskerne har hentet data fra Reseptregisteret og undersøkt uttak av psykofarmaka til barn og unge under 18 år i tidsrommet 2004 til 2014. Forskerne fant blant annet at mens andelen 17-årige jenter som tok ut en resept på et legemiddel mot psykiske lidelser var 4-5 prosent i 2004, tok hele 7 prosent av denne gruppen ut en resept i 2014. Samtidig som eldre barn og unge tilskrives mer psykofarmaka, viser studien at bruken av psykofarmaka for de yngste barna, 1-2-åringene, er mer enn halvert i samme periode. Dette skyldes at færre småbarn får sovemedisiner som Vallergran.

Bruk av antidepressiva nådde et bunnivå i 2006 grunnet advarsler om økt selvmordsfare ved bruk av medikamentene. Siden 2006 og frem til 2014 er uttak av antidepressiva blant unge jenter fordoblet, og ligger nå på opp mot 3 prosent blant 17-årige jenter. – Den siste økningen i bruk av antidepressiva kan skyldes at det har vært et fokus på at ubehandlet alvorlig depresjon også kan gi økt selvmordsfare, uttaler førsteforfatter av studien, Ingeborg Hartz til Folkehelseinstituttet.

**Kilder** [www.fhi.no](http://www.fhi.no), Hartz, I., Skurtveit, S., Steffenak, A.K.M., Karlstad, Ø., & Handal, M. (2016). Psychotropic drug use among 0-17 year olds during 2004-2014: a nationwide prescription database study. *BMC psychiatry*, 16(1), 1.

## Mer psykiske plager ved lav inntekt

**Psykisk sykdom er vanlig blant svenske tenåringer som bor i familier med dårlig økonomi, viser studien «Skolebarns helsevaner».**

Selvrapporterte symptomer som hodepine, søvnløshet og depresjon er langt mer utbredt blant svenske tenåringer som sier de bor i familier med dårlig eller gjennomsnittlig økonomi, sammenlignet med tenåringer som sier de bor i familier med god økonomi. Det viser de nye resultatene fra studien «Skolebarns helsevaner», som ble offentliggjort i desember i fjor.

Studien er gjort av The Public Health Agency, som tidligere har påvist at andelen 13- og 15-åringer med selvrapporterte psykosomatiske lidelser har økt de siste tiårene. Nye resultater fra studien viser nå at denne typen lidelser er mest vanlig blant 13- og 15-åringer som oppgir at familien har en anstrengt eller dårlig økonomi.

I 2013/14 rapporterte 77 prosent av jentene i studien som sa de bodde i familier med dårlig økonomi, at de hadde hatt minst to psykosomatiske symptomer mer enn én gang i uken de siste seks månedene. For jenter som bodde i familier med god økonomi, var tallet 47 prosent. Blant menn er andelen 58 prosent (familier med dårlig økonomi) mot 26 prosent (familier med god økonomi).

– Resultatene viser også at ungdommens opplevelse av familiens økonomi har større innvirkning på hvordan de føler seg, enn familiens faktiske levestandard, sier Johanna Ahnquist, daglig leder i Public Health Agency.

**Kilde** [folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2015/december/psykisk-ohalsa-vanligare-bland-tonaringar-som-ser-familjens-ekonomi-som-dalig/](http://folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2015/december/psykisk-ohalsa-vanligare-bland-tonaringar-som-ser-familjens-ekonomi-som-dalig/)

## Ungdom drikker mindre

Andelen 15- og 16 åringer som drikker har avtatt kraftig de senere årene, viser tall fra Statens institutt for rusmiddel-forskning (SIRUS). Mens det i 2003 var 51 prosent av de spurte ungdommene som oppga at de hadde drukket alkohol siste 30 dager, var det tilsvarende tallet i 2015 bare 23 prosent. Det er en nedgang på over 50 prosent i løpet av 12 år. Tall for siste 12 måneder viser en liknende utvikling: I 2015 oppga 46 prosent av de spurte å ha drukket alkohol siste 12 måneder, mens det tilsvarende tallet i 2003 var 76 prosent. Også andelen som drikker relativt mye, har gått ned i denne aldersgruppen. Mens 12 prosent oppga å ha drukket mer enn 20 ganger siste 12 måneder i 2003, var det tilsvarende tallet kun 4 prosent i 2015.

**Kilde** [sirius.no/publikasjon/rusmidler-i-norge/2-alkohol/#toc18](http://sirius.no/publikasjon/rusmidler-i-norge/2-alkohol/#toc18)

# «Hele meg forsvant»

«Evig eies kun det tapte», sa Karl, som etter et ran opplevde å miste en trygghet han tidligere hadde tatt for gitt.

## TEKST

Kristin Alve Glad,  
Nasjonalt kunnskaps-  
senter om vold og  
traumatisk stress/  
privat praksis

## KONTAKT

kristin\_glad  
@hotmail.com

**K**arl, en mann i slutten av 30-årene, kom til meg etter at han hadde blitt ranet med kniv på en T-banestasjon i byen. Halvannet døgn etter ranet fikk Karl plutselig kraftige reaksjoner: Han ble svært redd, fikk problemer med å puste, og gråt og skalv intenst. I de påfølgende ukene og månedene opplevde han at han skvatt lett, var redd for å gå ute blant folk, og at det var vanskelig å følge med i samtaler. Hukommelses- og konsentrasjonsvansker skapte problemer for ham både på jobb og sosialt.

Karls historie illustrerer utfordringene mange mennesker som har opplevd noe traumatisk, møter i tiden etter. Kroppslig aktivering, unngåelse av det som minner om traumet, og skam over egne reaksjoner, gjør det vanskelig å komme seg igjen etter hendelsen. Karl beskriver de posttraumatiske reaksjonene sine på en klar og tydelig måte – som både klienter og klinikere vil kunne kjenne igjen. Samtidig gir historien hans et håp om bedring.

### «KROPPEN MIN TROR IKKE PÅ MEG»

Når Karl kommer til terapi, vet han at faren er over. Likevel er kroppen i konstant alarmberedskap:

Jeg prøver å si til meg selv at ting ikke er farlig, men jeg tror at jeg mangler en troverdighet overfor meg selv, for kroppen min tror ikke på meg i det hele tatt!



Jeg skjønner at min jobb blir å hjelpe Karl å forstå, ikke bare med fornuften, men også med kroppen, at han nå er trygg. Samtidig antar jeg at en del av ham ikke vil gi slipp på beskyttelsesatferden, som unngåelse og vaksomhet, fordi den gir ham en følelse av trygghet og kontroll. Karl bekrefter dette:

Jeg har så lyst til å kunne gå til jobb i stedet for å ta bussen, eller å sitte med ryggen til utgangsdøren når jeg er på restaurant, men så kommer tanken: «Det er jo sprøtt å sette seg selv i fare på den måten!».

Tanker om at verden er farlig, og at man alltid må være på vakt, gjør det vanskelig å redusere beskyttelsesatferden etter et traume. Mange bruker emosjonell resonnering, som: «Jeg er redd, derfor må dette være farlig». I tråd med dette sier Karl at det har vært vanskelig for ham etter ranet å skille mellom hva som er farlig og hva som er trygt. Han sier at han skjønner at det er sunt med en viss redsel, men: «Det

er *forferdelig* ubehagelig å være så redd som jeg er nå.»

#### «VERDENEN MIN RASTE SAMMEN»

Jeg spør Karl hva han synes var det verste øyeblikket under ranet, og han svarer at det som plager ham aller mest, er øyeblikket da raneren har trukket kniven og han er i ferd med å gi ham lommeboken og mobilen:

(...) *da* kommer han plutselig mot meg med kniven. Det er *der*, i det øyeblikket, at jeg føler at så mye av min verden raste sammen. Jeg føler at han stakk hull på en hinne som beskyttet meg – som en såpeboble som sprakk.

Vi bruker mye tid på denne delen av traumeopplevelsen. Etter hvert forstår vi grunnen til at denne situasjonen ble så vanskelig: Frem til nettopp dette øyeblikket hadde Karl sett på verden som kontrollerbar og forutsigbar – og seg selv som en person som kunne påvirke det som skjedde. Ransmannens atferd passet ikke med

#### FØLELSESTROMMEL

«Selv om det som skjedde med kroppen min, var veldig skummelt, så var det kanskje enda verre at alt forsvant fra hodet: Det bar bare rett inn i en trommel av følelser, og jeg måtte være med.», uttalte Karl, som opplevde sterke emosjonelle reaksjoner etter å ha blitt ranet med kniv. Foto: Daniel Karmy





Min jobb blir å hjelpe Karl til å forstå, ikke bare med fornuften, men også med kroppen, at han nå er trygg

dette bildet; til tross for Karls samarbeidsvilje angrep han ham med kniven. Dermed «sprakk boblen» av trygghet og forutsigbarhet. Han forteller:

Det er et sitat: «Evig eies kun det tapte»; at det er først når du har mistet noe, at du forstår hvor kjær det var. Og for meg er det noe med hvor glad jeg var i trygghet; i å vite at jeg kunne påvirke ting som skjedde. Kanskje litt naivt – men jeg savner det så *enormt*.

Beskrivelsen passer godt med arbeidet til traumeteoretikeren Janoff-Bulman (1989), som mener at vi mennesker har tre grunnleggende antagelser om oss selv og verden: *Verden er god, verden er meningsfull, og jeg er et verdig menneske*. Traumatiske opplevelser knuser disse grunnleggende antagelsene. Forankringen vår i verden og i oss selv kollapser, og vi blir sittende igjen med en opplevelse av fundamental utrygghet, slik Karl beskriver det.

#### «JEG SKAMMER MEG»

Karl ble svært overrasket over sine sterke reaksjoner i etterkant av ranet:

Jeg husker at jeg satt hjemme og ristet, jeg fikk ikke puste, jeg gråt, jeg forstod ikke hva som skjedde, og jeg tenkte bare: «*Hva gjør jeg nå?*».

Sterke psykiske og fysiske reaksjoner er både ubehagelig og skremmende. Når man i tillegg verken forstår hva som skjer, eller hvorfor disse reaksjonene kommer, er det ekstra foruroligende. Karl sier videre:

Selv om det som skjedde med kroppen min, var veldig skummelt, så var det kanskje *enda* verre at alt forsvant fra hodet; alt av motstandsapparat – jeg følte at *hele meg forsvant*. Det bar bare rett inn i en trommel av følelser, og jeg måtte være med.

Karl evner ikke lenger å ta ett skritt tilbake og observere det som skjer rundt ham. Med de posttraumatiske reaksjonene følger en opplevelse av hjelpeløshet og tap av kontroll.

Karl synes det er vanskelig å forstå og akseptere reaksjonene sine, og han er redd for andres oppfatninger av ham. Jeg får inntrykk av at han har en regle klar, med en forklaring på hvorfor han fikk så sterke reaksjoner og hvorfor han detter ut i samtaler og mangler fokus. En slik

regle kan være god å ha overfor andre, men jeg er i tvil om hvor mye den hjelper ham personlig. Karl bekrefter tvilen min: «Det er *meg* dette handler om, det er ikke en forestilling jeg skal lage.» Han sier at det er en stor forskjell på behovet for å rettferdiggjøre reaksjonene sine overfor andre, og at han føler at det faktisk er  *greit* at han fikk dem. For Karl blir de posttraumatiske reaksjonene på mange måter vanskeligere å håndtere enn selve ranet:

Én ting er ranet, det var veldig traumatisk, men jeg tror at jeg opplever *reaksjonene* som minst like traumatiske. Jeg unngår å snakke om dem. Jeg kan godt fortelle om ranet, men det er så vanskelig å skulle fortelle om reaksjonene, for *de* har jeg ikke lyst til at skal være der. Jeg føler at jeg må unnskylde deler av det.

Måten Karl ble møtt på av enkelte venner og bekjente, gjorde det vanskelig for ham å akseptere egne reaksjoner. Når andre fortalte at de hadde opplevd verre ting, men ikke fått problemer etterpå, kjente han seg skamfull: «Det har ikke vært noe positivt for meg at de fortalte det, snarere tvert imot, det har påført meg mer skam over reaksjonene mine. Jeg skammer meg.»

#### Å FORSTÅ EGNE REAKSJONER

Aksept for egne emosjonelle reaksjoner er en av de viktigste forutsetningene for å komme seg igjen etter et traume (Linehan, 1993). Etter at vi har jobbet mye med traumenarrativet hans (se Glad, 2012, 2013, for en beskrivelse av denne metoden), spør jeg Karl hva han tenker at reaksjonene forteller om ham som person. Han svarer: «Det er ikke svakhet dette handler om. Det jeg har vært igjennom, det krever sin styrke, så jeg føler meg ikke så fryktelig svak, snarere tvert imot». Jeg tenker at dette er en viktig endring for Karl: Fra å se på reaksjonene som et tegn på svakhet, ser han nå hvilken styrke det krevde av ham å komme seg igjen. Han sier videre: «Og om andre oppfatter meg som svak, så betyr ikke det så mye, for de har ikke vært der.» Karl kan nå avfeie også andres tolkninger av reaksjonene hans som «svakhet». Dette er nært knyttet til hans forståelse av egne reaksjoner:

Det var viktig for meg å forstå reaksjonene mine: Det at jeg opplevde ranet som så dramatisk, var grunnen til at det gikk så sterkt inn

på meg. Plutselig forstod jeg det, og det står jeg inne for, og det er så godt! Da betyr det ikke så mye hva andre måtte mene.

### FRA SKAM TIL SELVEMPATI

Mot slutten av terapiforløpet sier Karl at den fundamentale utryggheten han kjente etter ranet, har begynt å slippe taket. Han forteller at han har blitt kvitt en dødsangst han ikke visste var der: det å hele tiden frykte for sitt eget liv: «Jeg har nok bare prøvd å holde det på avstand og derfor ikke klart å kjenne det igjen. Jeg merket det først da det var borte: Jeg føler meg så fri og så mye tryggere!». Karl understreker at han ikke er *helt* bekymringsfri, men sier at han nå håndterer ting på en annen måte. For eksempel er det mye han har vært redd for før det i det hele tatt har skjedd (f.eks. å se ransmannen igjen), men nå kan han «ta det når og hvis det skjer», i stedet for å bekymre seg for det på forhånd.

Da vi skal avslutte terapien, forteller Karl at hans forhold til egne reaksjoner også har endret

seg, og at han kan snakke om dem på en annen måte: «Nå kaller jeg det noe ordentlig, uten at jeg skammer meg over det; jeg kaller det 'post-traumatiske reaksjoner'». Han sier at da han var midt oppi det, var det så ubehagelig med de sterke reaksjonene, og han prøvde å distansere seg fra dem, men: «Nå som jeg sitter på den andre siden, og kan se tilbake, så føler jeg en slags empati for meg selv: Å håndtere alt det der og alt det jeg gjorde for å føle meg trygg!». Mindre skam over reaksjonene fører også til at Karl opplever en stor endring i møte med andre:

Jeg var nettopp på jobbfest hvor en kollega fortalte meg at han hadde blitt utsatt for blind vold, men ikke fått noen reaksjoner etterpå. Jeg kjente at jeg var oppriktig glad på hans vegne. Tidligere ville jeg bare følt skam over at jeg hadde reagert og ikke han; jeg hadde tenkt: «Ah, han må være SÅ sterk», i motsetning til meg. Men nå var jeg bare kjempeglad for at han ikke har gått igjennom det jeg har gått igjennom, og det var så fint å se det på den måten! ✕

## REFERANSER

- Glad, K. A. (2012). «En ny mulighet» – å arbeide med klientens traumenarrativ. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, 870–875.
- Glad, K. A. (2013). «Det er vel ikke sånn at jeg kommer til å gå ut herfra som et åpent sår?» En kasusbeskrivelse av det terapeutiske arbeidet med traumenarrativet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50, 1171–1177.
- Janoff-Bulman R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, s. 113–136.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford.

## – «Verstingene» er luket ut

**Barnesakkyndig kommisjon (BSK) er evaluert for første gang.**

BSK har bidratt til økt rettssikkerhet i barnevernssaker, heter det i evalueringen fra konsultentselskapet Agenda Kaupang, som kom med sin rapport i november i fjor, på oppdrag fra barne- og sosialdepartementet Solveig Horne (FrP).

– Sakkyndigrapporter ser ut til å holde et relativt høyt nivå basert på BSKs vurderinger, og antall rapporter

som holder lavere kvalitet, er blitt færre. Det synes som om «verstingene» er luket ut, skriver konsultentselskapet.

Agenda Kaupang anbefaler at kommisjonen styrkes med flerkulturell kompetanse.

– I dag gir BSK begrenset tilbakemelding på de sakkyndiges vurderinger knyttet til flerkulturelle spørsmål,

samtidig er det relativt mange barn og familier som utredes, der dette kan være relevant å vurdere. Manglende flerkulturell kompetanse er trolig en utfordring for hele saksbehandlingsprosessen i barnevernet, står det i rapporten.

(Psykologtidsskriftet)



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 212-219 FAGFELLEVDERT

**STÅL BJØRKLY**, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri helse Sør-Øst, Oslo universitetssykehus HF, Avdeling for Helse- og sosialfag, Høgskolen i Molde, **PÅL GRØNDAHL**, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri helse Sør-Øst, Oslo universitetssykehus HF  
**KONTAKT** Stal.Bjorkly@hiMolde.no

# PSYKOSE OG VOLD: FORSKNING MED RELEVANS FOR UTREDNING AV TILREGNELIGHET

Sammenhengen mellom psykose og vold skyldes i hovedsak det emosjonelle ubehaget som følger av forfølgelsesforestillinger og kommanderende stemmer. Denne kunnskapen bør ha en sentral plass i vurderinger av tilregnelighet.

Galskap, sinnssykdom eller psykiske lidelser har i årtusener blitt presentert som en nærmest naturgitt forklaring på voldsatferd. Denne oppfatningen fører fortsatt til stigmatisering av mennesker med psykiske lidelser. De kulturelle, samfunnspolitiske og psykososiale mekanismene bak dette skal ikke behandles i denne artikkelen. Vårt mål er imidlertid å undersøke det empiriske grunnlaget for en sammenheng mellom psykisk lidelse, avgrenset til psykotiske tilstander, og vold. Begrunnelsen for dette er tredelt: (1) En slik oppdatering er nødvendig i folke-opplysningsøyemed for å motvirke stigmatisering av personer med psykoselidelser, (2) Å styrke klinisk kunnskap til bruk i risikovurderinger av vold med særlig vekt på dynamiske faktorerets betydning, (3) Å sammenfalle våre funn med påstanden fremsatt i NOU 2014:10, («Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern»), om at det ikke finnes holdbar empiri som kan påvise en sammenheng mellom psykotiske symptomer og straffbar handling. Eller som Tilregnelighetsutvalget skriver: «Utvalget mener at en strafferettslig utilregnelighetsregel basert på et medisinsk prinsipp klart er å foretrekke fremfor en

### ABSTRACT

*Psychosis and violence: Research findings relevant to forensic evaluation of accountability*

The scope of this article is to provide an update on the association between psychosis and violence. An update on evidence-based knowledge of the psychosis-violence relationship is presented. One main finding is that specific symptom subgroups, such as persecutory delusions and violent command hallucinations, increase risk of violence. The risk is significantly enhanced if these symptoms trigger severe emotional distress in the person with psychosis. Emotional distress appears to function as a catalyst for risk of violence. Finally, we discuss possible consequences for expert witness reports on accountability assessment of persons with psychosis who have committed violent crimes.

*Keywords: psychosis, delusions, hallucinations, accountability, violence, forensic psychiatry*



Det foreligger få undersøkelser av sammenhengen mellom hallusinasjoner, symptomutløst emosjonelt ubehag og vold

regel basert på et blandet prinsipp. Med en slik regel unngår man å ta stilling til problematiske og omstridte spørsmål om bakgrunnen for menneskelige handlinger» (s.94). Et spørsmål vi stiller i denne artikkelen, er om ny kunnskap om sammenhengen mellom psykose og vold bør påvirke valg av utilregnelighetsmodell.

Innledningsvis er det viktig å understreke at miljøfaktorer kan ha en direkte effekt på risiko i form av at personen blir utskrevet til det samme voldelige miljøet han vanket i tidligere. Det kan også ha en indirekte effekt gjennom f.eks. at personen begynner å ruse seg, og at det medfører forverring av psykotiske symptomer og svikt i selvregulering. Det er derfor ikke tilrådelig å gjøre en «kontekstuavhengig» vurdering av voldsrisiko. Vårt hovedfokus her er å presentere forskningsresultater avgrenset til dynamiske risikofaktorer for vold ved den psykotiske tilstanden. Disse er sentrale som grunnlag for å kunne utrede og utforme hvilke behandlingstiltak og håndteringsstrategier som er nødvendige for å redusere voldsrisiko. Det er viktig å understreke at vår framstilling av forskning på psykose som dynamisk risikofaktor representerer et utvalg av de viktigste funnene, ikke en uttømmende oversikt. I artikkelen bruker vi følgende definisjoner: *Vold* er atferd innrettet på å påføre andre personer alvorlig fysisk skade eller kroppslig krenkelse. I denne definisjonen inngår også verbale eller fysiske trusler som gir signal om at en vil påføre andre personer alvorlig fysisk skade eller kroppslig krenkelse. Vold er ikke ytterligere spesifisert i underkategorier (seksuell vold, partnervold, etc.). «*Psykoselidelser*» omfatter først og fremst lidelser innenfor schizofrenispekteret (dvs. ICD-10-kodene F20-F29), men også andre diagnostiske kategorier med forekomst av psykotisk symptomatologi (WHO, 1996).

#### HAR ANDRE RISIKOFAKTORER ENN DE PSYKOSESPESIFIKKE INNVIRKNING?

Resultater fra internasjonal forskning viser at mennesker med alvorlig psykisk lidelse har høyere voldsrisiko enn den såkalte normalbefolkningen (f.eks. Nederlof, Muris & Hovens, 2013). Det er viktig å framheve at det er metodiske svakheter ved mange av de studiene som har funnet en slik forskjell. Det betyr at en må tolke funnene med forsiktighet, og at selv i disse funnene er det en liten undergruppe av de med alvorlig psykisk lidelse som har utøvd vold. Kan en dermed fastslå at dette utelukkende skyldes den psykiske

lidelsen? Svaret er definitivt nei. Det foreligger omfattende dokumentasjon på at andre forhold enn psykisk lidelse bidrar til denne forskjellen. Psykose–vold-sammenhengen blir markant svekket hvis en kontrollerer for innvirkningen av rusmisbruk, antisosialitet, å ha vært offer for vold selv, og å leve i et voldsutsatt nabolag. Dette er dokumentert i et betydelig antall systematiske litteraturgjennomganger, epidemiologiske undersøkelser og prospektive case-control studier (f.eks. Hiday, 2006; Elbogen & Johnsen, 2009; Langeveld et al., 2014). I den senere tid er det også publisert prospektive studier av meget høy kvalitet som har vist at debut av kriminalitet før første episode av psykose har en direkte, uavhengig og markant sterkere effekt på økt voldsrisiko enn selve psykoselidelsen (f.eks. Skeem et al., 2013). Tilsvarende resultat er også funnet i epidemiologiske studier (f.eks. Lund et al., 2013) og i systematiske litteratur review (f.eks. Witt et al., 2013). Studiene påpeker at en sterkt kompliserende faktor er at mennesker med psykose har høyere sannsynlighet enn «normalpopulasjonen» for eksponering i forhold til ikke-psykotiske risikofaktorer. Den ferskeste dokumentasjonen kom fram i en studie av mennesker med schizofreni og gjentatte alvorlige voldshandlinger (Skeem, Kennealy, Monahan, Peterson, & Appelbaum, 2015). I denne prospektive forløpsstudien med gjentatte målinger av psykotiske symptomer og voldsforekomst fant en at bare 12 % av voldsepisodene ble utløst av psykotiske symptomer. En kunne også skille ut de som overhodet ikke hadde psykoseutløst vold (80 %) fra de som hadde det i noen voldsepisoder. Studien gir empirisk støtte til at en faktisk kan gjøre en rettspsykiatrisk vurdering av om det foreligger en sammenheng mellom å ha vært psykotisk og ha utført en straffbar handling (vold). Men er disse «andre» risikofaktorene så dominerende at de psykosespesifikke egentlig er ubetydelige? Svaret er nei.

#### PSYKOSESPESIFIKKE RISIKOFAKTORER

Det viktigste kjennetegnet på kunnskapsutviklingen innenfor dette forskningsområdet er bevegelsen fra overordnede diagnostiske avgrensninger som f.eks. alvorlig psykisk lidelse og psykose til spesifisering av undergrupper av psykotiske symptomer. Her følger en kort oppsummering av forskningsstatus for vrangforestillinger, hallusinasjoner og symptomutløst emosjonelt ubehag (SEU) og vold.



### Vrangforestillinger

I en av de mest omfattende meta analysene av psykose–vold-sammenhengen ble 204 studier analysert (Douglas, Guy, & Hart, 2009). Analysene genererte 885 effektstørrelser i form av odds- ratioer som mål på hvor sterk sammenhengen mellom henholdsvis en psykosediagnose eller psykotiske symptomer og voldsatferd var. Hovedfunnet var at psykose utgjør en 50–70 % økning av risiko for å utøve vold mot andre, og at kombinasjonen psykose og rus øker risikoen for voldsutøvelse ytterligere. Schizofreni medførte økt voldsatferd, mens affektiv og blandet/uspesifisert psykose ikke gjorde det. Det er viktig å påpeke at få av de analyserte studiene kontrollerte for andre faktorer innvirkning på voldsrisikoen, som f.eks. å leve i et voldsutsatt nabolag, tidlig debut av kriminell atferd, etc. Et viktig funn var at målinger av helt spesifikke symptomer (nivå) var nødvendig for å kunne avdekke psykose–vold-assosiasjonen. Analyser av 16 studier viste at paranoide symptomer generelt sett ikke viste en signifikant sammenheng med vold, men at en symptomkonstellasjon kalt «Perceived threat and control override» (TCO, Link og Stueve, 1994), nesten fordoblet voldsrisikoen. Denne typen forfølgelsesvrangforestillinger har to komponenter: (1) Personen er overbevist om at noen vil skade/tilintetgjøre han/henne, og (2) at noen har tatt kontroll over tankene og følelsene hans/hennes. I denne delen av metaanalysen ble data fra 18 TCO-studier brukt. En rekke undersøkelser i ettertid har med få unntak vist at TCO- symptomer øker voldsrisikoen (f.eks. Hodgins & Riaz, 2011; Nederlof, Muris, & Hovens, 2011).

Det foreligger omfattende dokumentasjon for en tilsvarende sammenheng for andre typer forfølgelsesvrangforestillinger også. Et interessant eksempel på dette er en nylig publisert prospektiv studie fra England som sammenlignet mennesker med schizofreni og personer uten psykose etter løslatelse fra soning (Keers, Ullrich, DeStavola, & Coid, 2014). Funnene viste at schizofreni var assosiert med vold, men dette gjaldt utelukkende for de personene som ikke hadde hatt behandling i oppfølgingstiden. Disse personene hadde også en sterkt forhøyet forekomst av forfølgelsesvrangforestillinger, som i sin tur ga en nesten firedoblet forekomst av vold sammenlignet med de andre personene med schizofrenidiagnose. Selv om schizofrenidiagnose i mange studier ser ut til å innebære høyere voldsrisiko, så er det altså først og fremst de med forfølgelsesvrangforestillinger som har økt risiko. I avsnittet om symptomutløst emosjonelt ubehag utdypes viktige katalysatorer som ser ut til å måtte være til stede for at forfølgelses-vrangforestillinger skal resultere i vold.

### Hallusinasjoner

Den første systematiske reviewen om sammenhengen mellom hallusinasjoner og vold ble publisert like etter millenniumskiftet (Bjørkly, 2002). Hovedfunnene var at hallusinasjoner generelt sett *ikke* økte sannsynlighet for vold, men at 5 av 7 undersøkelser viste at voldsbefalende stemmer medførte økt voldsatferd. I en systematisk review fant imidlertid Cornaggia og medarbeidere dokumentasjon for at truende stemmer av typen: «hvis du ikke angriper han, så blir du drept i kveld» hadde en direkte innvirkning på voldsatferd (Cornaggia, Beghi, Pavone, & Barale, 2011). En foreløpig konklusjon er at det ikke finnes forskningsempiri som tyder på at hallusinasjoner generelt sett er en risikofaktor for vold, men at det er økende dokumentasjon for at voldsbefalende stemmer kan fremme vold.

### Symptomutløst emosjonelt ubehag

Dette handler om en fenomenologisk tilnærming til psykotiske symptomer. Det finnes flere kartleggingsredskaper for å danne seg et bilde av f.eks. type, varighet, og overbevisning om vrangforestillinger og hallusinasjoner. Ledd for måling av den subjektive opplevelsen som symptomene utløser, er imidlertid stort sett fraværende i disse redskapene. I løpet av de siste fem årene har det imidlertid kommet en rekke artikler som har undersøkt sammenhengen mellom negativ affekt, psykotiske symptomer og vold. To aspekter ved forholdet mellom regulering av emosjoner og vold framheves. Underregulering, som innebærer at personen ikke er i stand til å dempe negative følelser, kan føre til økt voldsrisiko gjennom at noen pasienter forsøker å reparere, avslutte eller fjerne ubehaget ved å utøve vold. I motsatt ende har det vist seg at overregulering eller undertrykking av negative følelser kan medføre økt negativ affekt, redusert aggresjonskontroll og svekket beslutnings- og problemløsningsevne (f.eks. Robertson, Daffern, & Bucks, 2012). En metaanalyse av innvirkningen av symptomutløst emosjonelt ubehag (SEU) hos personer med schizofreni viste en konsistent, sterk og signifikant assosiasjon mellom sinne og vold (Reagu, Jones, Kumari, & Taylor, 2013). Mennesker med schizofreni og SEU i form av signifikant høyere sinneskår hadde altså en markant høyere voldsforekomst enn personer med samme symptomer, men med lav sinneskår. Ulrich og medforfattere re-analyserte data fra en prospektiv studie av akuttpsykiatriske pasienter der en tidligere ikke hadde funnet en sammenheng mellom vrangforestillinger og vold (Ullrich, Keers, & Coid, 2013). De nye funnene var entydig signifikante for forfølgelsesvrangforestillinger med SEU: Å være overvåket (62 % forhøyet sannsynlighet for vold), å være forfulgt (90 %), å være utsatt for en sammensvergelse (70 %), å være kontrollert av en person eller andre (92 %), å være utsatt for tankeinnplantning (63 %). Forfatterne konkluderer med at SEU i form av sinne er nøkkelfaktoren i forbindelsen mellom psykose og vold.

En populasjonsbasert epidemiologisk undersøkelse fulgte personer med førstegangspsykose over en toårs periode (Coid et al., 2013). Hensikten med studien var å identifisere spesifikke vrangforestillinger som var forbundet med voldsrisiko, og måle om SEU styrket denne >>

sammenhengen. Forfølgelsesvrangforestillinger av typen å være forfulgt, å være overvåket eller å være utsatt for komplott var sterke prediktorer av alvorlig vold, men kun i kombinasjon med SEU i form av sinne. Uten sinne var disse vrangforestillingene signifikante risikofaktorer for mildere former for vold. En fant ingen sammenheng for oppstemthet, frykt eller angst. Nedstemthet hadde en beskyttende effekt mot voldsatferd. Annen forskning har funnet at også et bredere spekter av SEU som f.eks. stress, angst og fortvilelse kan mediere vold i forbindelse med vrangforestillinger (f.eks. van Dongen, Buck, & van Marle, 2012).

Det foreligger få undersøkelser av sammenhengen mellom hallusinasjoner, SEU og vold. I Bucci og medarbeideres studie fant en at voldsbefalende stemmer som utløste emosjonelt ubehag i form av sinne, økte risikoen for vold (Bucci et al., 2013). Dette var særlig framtrædende hos de som hadde vansker med regulering av sinne. Disse resultatene er replikasjoner av funn fra tidligere undersøkelser (Barrowcliff & Haddock, 2010; Doyle & Dolan, 2006). Det er det få undersøkelser og til dels små utvalg på dette området. Derfor kan disse funnene kun tolkes som foreløpige indikasjoner på at SEU kan mediere vold ved voldsbefalende stemmer.

#### MULIGE KONSEKVENSER FOR RETTSPSYKIATRISK UTREDNING AV TILREGNELIGHET

Det er (ny) straffelov § 20 som regulerer hvilke tilstander som kan gi straffrihet på grunn av utilregnelighet. Norsk straffelov legger tre tilstander til grunn for utilregnelighet (ut over at gjerningspersonen må være over 15 år): psykotisk, psykisk utviklingshemning i høy grad og sterk bevissthetsforstyrrelse. Ulike land har ulik lovgivning og forskjellige tilstander som de anser som straffritakende på grunn av utilregnelighet. Men felles for de aller fleste lovverk på dette området er at personer med aktiv psykoselidelse ikke anses som tilregnelige. Hvordan utilregneligheten nærmere skal bedømmes, er uttrykt gjennom ulike modeller eller prinsipper. De to hovedprinsippene det opereres med, er det blandede prinsipp og det medisinske prinsipp.

##### De ulike prinsippene

Det medisinske prinsipp i den rettspsykiatriske tilregnelighetsvurderingen gjør at det ikke er relevant å besvare *hvorfor* observanden (person som er under en gitt type, f.eks. rettslig, observasjon) begikk en gitt voldshandling. Det som er av betydning, er om vedkommende var dokumenterbart alvorlig psykisk syk (psykotisk) på handlingstiden. Sagt på en annen måte: Ved anvendelsen av det medisinske prinsipp er det avgjørende at gjerningspersonen var psykotisk *mens* han eller hun foretok handlingen. Bernt Gran formulerer konsekvensen av det medisinske prinsipp slik: «Er man psykotisk, er man ikke skyldig, selv om man har begått butiktyveri, tagging, terror eller massedrap. Er man utilregnelig, har man per se ikke straffeskyld» (Gran 2014, s. 228).

Ved et blandet prinsipp er det avgjørende momentet for vurdering av tilregneligheten at vedkommende begikk voldshandlingen *fordi* vedkommende var psykotisk.

Norge har operert med det medisinske prinsipp siden 1929, og er alene i verden om den rendyrkede anvendelsen av det prinsippet. Hovedbegrunnelsen til slik juridisk alenegang er antakeligvis at dette prinsippet ansees å være: 1) mest treffsikkert, 2) enklere å praktisere, 3) mer forutsigbart når det gjelder hva som skal vurderes, 4) begrensende for de

sakkyndiges innflytelse i den juridiske prosessen, og 5) enklere å anvende i juridisk bevisføring. Med andre ord, en viktig begrunnelse for at Norge har beholdt det medisinske prinsipp er antakeligvis at det er enklere for de sakkyndige å konstatere eller avkrefte en tilstand, og at det er tilsvarende lettere for retten å ta stilling til de sakkyndiges konklusjoner. Spørsmålet er om inngående kunnskap om forbindelsen mellom psykose og vold kan gi konsekvenser for rettspsykiatriske utredninger og for hvilken utilregnelighetsregel vi skal ha.

#### Konsekvenser for rettspsykiatrisk vurdering og metode

Den økende kunnskapen om sammenhengen mellom spesifikke psykosesyntomer og vold kan gi to konsekvenser for rettspsykiatrisk utredning av tilregnelighet i voldssaker: 1) Det er viktig at sakkyndige tilegner seg kunnskap om risikofaktorer for vold som ikke bare er psykose-spesifikke, men også miljø/kontekstavhengige, og at slike faktorer inngår som en del av utredningen. Det er ingen automatikk i at en person med en psykosediagnose alltid utøver psykoseutløst vold eller annen kriminalitet, 2) En slik tilnærming vil kreve en detaljert datainnhenting og gjennomgang i forhold til hendelsesforløp. Det vil innebære enda grundigere undersøkelser enn de som vanligvis gjøres i dag. Hvordan kan dette gjøres? I gjennomgangen av kunnskapsstatus viste vi at verken tilstedeværelse av hallusinasjoner eller vrangforestillinger i seg selv er risikofaktorer for vold. I dette ligger det en erkjennelse av at en person kan ha en psykotisk tilstand der hun hører stemmer og har vrangforestillinger, uten at det trenger å ha noen som helst sammenheng med den straffbare (volds)handlingen. En person med psykoselidelse kan begå et væpnet ran, gjøre en jobb som pengeinnkrever, eller begå et sjalusidrap, uten at årsaken til dette ligger i psykoselidelsen. Utfordringen er å sannsynliggjøre den spesifikke effekten av lidelsen. Det er rimelig å anta at psykotiske tilstander er forbundet med kognitiv og emosjonell destabilisering. Dette innebærer imidlertid ikke at destabiliseringen er konstant og like sterkt til stede også på gjerningstidspunktet. Derfor vil det ha høy metodisk relevans å ikke bare utrede personens tanker og følelser før, under og etter handlingen, men å gjøre det med hovedfokus på en fenomenologisk utredning av de psykotiske symp-

tomenes *effekt* på motiv og intensjon. Både når det gjelder vrangforestillinger og hallusinasjoner, er dette viktige aspekter som bør utforskes for å få et tydeligere bilde av symptomenes innvirkning på handlingen. Denne oppdateringen har vist at forfølgelsesvrangforestillinger kombinert med SEU i form av sinne øker voldsrisikoen. Når det gjelder vrangforestillingene, er dette eksempler på relevante utredningsspørsmål:

**Tabell 1** Forfølgelsesvrangforestillinger

| Utredning av forfølgelsesvrangforestillinger   |
|--|
| <p><b>Forestillingens tydelighet:</b></p> <p>Mente personen at han/hun kunne «bevise» at vrangforestillingen var sann?</p> <p>Mener personen <i>fortsatt</i> at han/hun kan «bevise» at vrangforestillingen er sann?</p> <p>Søkte personen aktivt «bevis» eller stadfestelse for at vrangforestillingen var sann?</p> <p>Søker personen fortsatt aktivt «bevis» eller stadfestelse for at vrangforestillingen er sann?</p> |
| <p><b>Følelsesmessige konsekvenser og opplevelser:</b></p> <p>Hvilke følelsesmessige konsekvenser utløste vrangforestillingen?</p> <p>Hvilke følelsesmessige konsekvenser utløses av vrangforestillingen eventuelt nå?</p> <p>Var volden opplevd som eneste utvei for å redusere den subjektive og opplevde trusselen?</p>   |

I tilknytning til det siste punktet vil det også være relevant å finne ut om personen gjorde noe annet for å kontrollere eller dempe ubehaget knyttet til vrangforestillingen (Trygghetssøkende atferd; Freeman, 2007).

Når det gjelder voldsbefalende stemmer, så kan dette være relevante utredningsspørsmål (Barrowcliff & Haddock, 2010; Hacker, et al., 2008; Mawson, Cohen & Berry, 2010; Reynolds & Scragg, 2010):

**Tabell 2** Voldsbefalende stemmer

| Utredning av voldsbefalende stemmer  |
|--|
| <p>Hadde stemmen/stemmene høyt opplevd lydnivå?</p> <p>Hadde stemmen/stemmene stor opplevd invaderingskraft?</p> <p>Var det kjente personers stemmer?</p> <p>Var de omnipotente og autoritære?</p> <p>Hadde de høyere status eller sosial posisjon?</p> <p>Var stemmen/stemmene avvisende og nedsettende?</p> <p>Var de ute av kontroll (mestringsvikt)?</p> |

Den metodiske forutsetningen er at sakkyndige forholder seg til stemmene som en del av den subjektive realiteten observanden levde i, og at en ut fra det gjør en analyse av relasjonen hun/han hadde til stemmene på gjerningstidspunktet.

Uansett hvilken metodikk de sakkyndige anvender og hvilke prinsipper for utilregnelighet vi velger, vil det i mange saker være komplisert å enes om en felles og riktig vurdering. En studie fra USA analyserte 483 rettspsykiatriske erklæringer knyttet til 165 observander med inntil tre rettspsykiatriske sakkyndige i hver sak (Gowensmith, Murrie, & Boccac-



Norge har operert med det medisinske prinsipp siden 1929, og er alene i verden om den rendyrkede anvendelsen av det prinsippet



En person med psykose-lidelse kan begå et væpnet ran eller et sjalusidrap, uten at årsaken til dette ligger i psykose-lidelsen

cini, 2013). I kun 55 % av sakene oppnådde de sakkyndige full enighet. Studien viser at det ikke er så lett å oppnå høy reliabilitet i rettspsykiatriske vurderinger. Det indikerer behov for kontinuerlig trening i å løse sakkyndige oppdrag og krav om oppdatering av en stadig voksende kunnskap om diagnostikk, psykose-symptomer og tilstander som kan medføre utilregnelighet.

#### Konsekvenser for valg av utilregnelighetsprinsipp

Ved dagens utilregnelighetsprinsipp er det som nevnt ikke av betydning å identifisere årsaker til at en person med psykose foretar en voldshandling. Tilregnelighetsutvalget skriver at de ikke har klart å finne empiri som tilsier at det er mulig å etablere noen sikker sammenheng mellom psykose og en straffbar handling (NOU 2014. 10, s. 88). Funn framlagt i denne artikkelen indikerer at det er mulig å identifisere slike sammenhenger hvis den sakkyndige utredningen metodisk sett er innrettet på dette. Men i Norge vil det altså kreve en endring av utilregnelighetskriteriene.

En nylig publisert undersøkelse av et utvalg norske rettspsykiatriske erklæringer viste at en årsakssammenheng mellom psykose og kriminell handling kunne spores hos 85 % av personer med psykosed diagnose (n=48) (Skeie & Rasmussen, 2015). Når det gjelder voldshandlinger i hele utvalget (n=75), ga 82 % av tiltaleforholdene et slikt utfall. Forfatterne diskuterer om det overhodet er mulig å utelukke en årsakssammenheng mellom psykose og kriminell handling. De gransket dommer basert på det rendyrkede medisinske prinsipp og hvor det i utgangspunktet ikke var satt noe krav til å finne årsakssammenheng. Hva ville vært annerledes hvis de samme dommene hadde vært avsagt med et utilregnelighetsprinsipp med spesifikt krav om utredning på symptomnivå? Det er rimelig å anta at en høyere andel erklæringer ville ha sannsynliggjort en sammenheng mellom spesifikke psykosesymptomer, emosjonelt ubehag og den straffbare handlingen. Slik vi ser det, vil dette tilføre en forskningsbasert og presis tilnærming som alternativ til dagens generelle «psykose-forklaring».

#### OPPSUMMERING OG BEGRENSNINGER

Forskningsresultatene vi har gjennomgått, gir et bilde av voldsrisiko på *gruppenivå* og vil

derfor ikke nødvendigvis gjelde for alle enkeltpersoner med psykoselidelser. Mennesker med slike lidelser er ingen homogen gruppe, ei heller når det gjelder voldsrisiko. Å skulle rekonstruere hendelser basert på selvrapportering fra gjerningspersonen og andres observasjoner av han/henne nærmest mulig opp til gjerningstidspunktet er komplisert. Å si at det er umulig er direkte feil. At tilstedeværelse av en psykoselidelse automatisk gir utilregnelighet i forhold til voldsatferd, kan lett medføre at en overser andre faktorerers innvirkning. Forskning viser at en rekke faktorer som ikke er psykosespesifikke, forklarer vold hos personer med psykoselidelse bedre enn psykosen gjør. Det er også dokumentert at psykosevold-assosiasjonen i overveiende grad skyldes effekten av spesifikke undergrupper av psykotiske symptomer. Forfølgelsesvrangforestillinger er en av disse, men er ikke i seg selv en tilstrekkelig forutsetning for voldsatferd. Hvis de utløser et sterkt emosjonelt ubehag, så øker derimot sannsynligheten for at personen handler i samsvar med disse, og med det voldsrisikoen. Hørselshallusinasjoner er ikke voldsfremmende per se, men stemmer som pålegger en å gjøre voldshandlinger, kan øke voldsrisikoen hos noen personer. Også her ser det ut til at opplevd sterkt emosjonelt ubehag utløst av de voldsbefalende stemmene er en katalysator for å handle i tråd med stemmenes pålegg. *Symptomets kvalitet, styrke og det ubehaget det avstedkommer* like før og under voldshandlingen, fremmer voldsrisiko. Det er dette som må være hovedfokus i utredning av psykosens innvirkning på handlingen. Det hele handler altså om å gå fra en generell diagnostisk forankring til en spesifikk utredning av undergrupper av psykotiske symptomers betydning på gjerningstidspunktet. Denne kunnskapen bør ha en sentral plass i sakkyndig vurdering av tilregnelighet ved volds-kriminalitet utført av personer med psykoselidelse. I mange tilfeller vil det kreve mer tid, ressurser og bedre rammevilkår enn tilfellet er i dag for å utrede sammenheng mellom psykose og straffbar handling. Slik vi ser det, handler ikke veivalg i utredning av tilregnelighet om selve benevnelsen på et prinsipp som skal følges. Det dreier seg først og fremst om valg av utredningsmetode. Det valget bør være forankret i oppdatert medisinsk og psykologisk kunnskap. ✘

## REFERANSER

- Barrowcliff, A.L., & Haddock, G. (2010). Factors affecting compliance and resistance to auditory command hallucinations: perceptions of a clinical population. *Journal of Mental Health, 19*, 542–552. doi:10.3109/09638237.2010.520365
- Bjørkly, S. (2002). Psychotic symptoms and violence toward others – A literature review of some preliminary findings. Part 2: Hallucinations. *Aggression and Violent Behavior, 7*, 617–631.
- Bucci, S., Birchwood, M., Twist, L., Tarrrier, N., Emsley, R., & Haddock, G. (2013). Predicting compliance with command hallucinations: anger, impulsivity and appraisals of voices' power and intent. *Schizophrenia Research, 147*, 163–168. doi: 10.1016/j.schres.2013.02.03710.1192/bjp.bp.114.144485
- Coid, J. W., Ullrich, S., Kallis, C., Keers, R., Barker, D., Cowden, F. et al. (2013). The relationship between delusions and violence: findings from the East London first episode psychosis study. *JAMA Psychiatry, 70*, 465–471. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.12
- Cornaggia, C.M., Beghi, M., Pavone, F., & Barale, F. (2011). Aggression in psychiatry wards: A systematic review. *Psychiatry Research, 189*, 10–20.
- Douglas, K.S., Guy, L.S., & Hart, S.D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 135*, 679–706.
- Doyle, M., & Dolan, M. (2006). Evaluating the validity of anger regulation problems, interpersonal style, and disturbed mental state for predicting inpatient violence. *Behavioral Sciences & the Law, 24*, 783–798.
- Elbogen, E.B., & Johnsen, S.C. (2009). The intricate link between violence and mental disorder. Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry, 66*, 152–161.
- Freeman, D. (2007). Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review, 27*, 425–457.
- Gowensmith, W. N., Murrin, D. C., & Boccaccini, M. T. (2013). How reliable are forensic evaluations of legal sanity? *Law and Human Behavior, 37*(2), 98–106. doi:10.1037/lhb0000001
- Gran, B. (2014). *Hundreår med hodebry. Utilregnelighetens historie*. Oslo: Cappelen Damm.
- Hacker, D., Birchwood, M., Tudway, J., Meaden, A., & Amphlett, C. (2008). Acting on voices: Omnipotence, sources of threat, and safety-seeking behaviours. *British Journal of Clinical Psychology, 47* (2), 201–213. doi: 10.1348/014466507X249093
- Hiday, V. A. (2006). Putting community risk in perspective: A look at correlations, causes and controls. *International Journal of Law and Psychiatry, 29*, 316–331.
- Hodgins, S., & Riaz, M. (2011). Violence and phase of illness: Differential risk and predictors. *European Psychiatry, 26*, 518–524.
- Keers, R., Ullrich, S., DeStavola, B.L., & Coid, J.W. (2014). Association of violence with emergence of persecutory delusions in untreated schizophrenia. *American Journal of Psychiatry, 171*(3), 332–339. http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13010134
- Langeveld, J., Bjørkly, S., Auestad, B., Barder, H., Evensen, J., tenVelden Hegelstad, W., Joa, I., et al., (2014). Treatment and violent behavior in persons with first episode psychosis during a 10-year prospective follow-up study. *Schizophrenia Research, 156*, 272–276.
- Link, B., & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. I. J. Monahan & H. Steadman (red.), *Violence and mental disorder* (s. 137–159). Chicago: University of Chicago Press
- Lund, C., Hofvander, B., Forsman, A., Anckarsæter, H., & Nilsson, T. (2013). Violent criminal recidivism in mentally disordered offenders: A follow-up study of 13–20 years through different sanctions. *International Journal of Law and Psychiatry, 36*, 250–257.
- Mawson, M., Cohen, K., & Berry, K. (2010). Reviewing evidence for the cognitive model of auditory hallucinations: The relationship between cognitive voice appraisals and distress during psychosis. *Clinical Psychology Review, 30*, 248–258.
- Nederlof, A.F., Muris, P., & Hovens, J.E (2011). Threat/Control-Override symptoms and emotional reactions to positive symptoms as correlates of aggressive behavior in psychotic patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 199*, 342–347.
- Nederlof, A.F., Muris, P., & Hovens, J.E (2013). The epidemiology of violent behavior in patients with a psychotic disorder: A systematic review of studies since 1980. *Aggression and Violent Behavior, 18*, 183–189.
- NOU 2014:10 Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern
- Reagu, S., Jones, R., Kumari, V., & Taylor, P. J. (2013). Angry affect and violence in the context of a psychotic illness: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Schizophrenia Research, 146*, 46–52. doi: 10.1016/j.schres.2013.01.024
- Reynolds, N., & Scragg, P. (2010). Compliance with command hallucinations: The role of power in relation to the voice, and social rank in relation to the voice and others. *The Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 21*(1), 121–138.
- Robertson, T., Daffern, M., & Bucks, R.S. (2012). Emotion regulation and aggression. *Aggression and Violent Behavior, 17*, 72–82.
- Skeem, J., Winter, E., Kennealy, Louden, J.E., Tatar II, J.R. (2013, December 30). Offenders with mental illness have criminogenic needs too: Toward recidivism reduction. *Law and Human Behavior*, Advance online publication. doi: 10.1037/lhb0000054
- Skeem, J., Kennealy, P., Monahan, J., Peterson, J., & Appelbaum, P. (2015). Psychosis uncommonly and inconsistently precedes violence among high-risk individuals. *Clinical Psychological Science*, April 24 2015, doi:10.1177/2167702615575879
- Skeie, C.A., & Rasmussen, K. (2015). Vurdering av årsakssammenhenger mellom sykdom og kriminell handling hos utilregnelige. *Tidsskrift for Norsk Legeforening, 135* (4), 327–330.
- Ullrich, S., Keers, R., & Coid, J.W. (2013). Delusions, anger, and serious violence: New findings from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *Schizophrenia Bulletin, 40*(5), 1174–1181. doi: 10.1093/schbul/sbt126
- van Dongen, J., Buck, N., & Van Marle, H. (2014). Unravelling offending in schizophrenia: Factors characterising subgroups of offenders. *Criminal Behavior and Mental Health*. doi: 10.1002/cbm.1910
- Winge, P. (1915). Den norske sindssygeret historisk fremstillet Kristiania: Dybwad.
- Witt, K., van Dorn, R., & Fazel, S. (2013). Risk factors for violence in psychosis: Systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS ONE, 8*(2): e55492. doi:10.1371/journal.pone.0055942
- World Health Organisation. (1996). *International Classification of Diseases (10<sup>th</sup> utg.)*. Geneva, Switzerland: Author.

## Tankens kraft

– Ein dogmatisk naturvitskapleg psykologi er ein vitenskap om mennesket utanfrå, ein «tredjepersons-psykologi». Når eg har brukt ordet «andrepersonspsykologi» er det i refleksjon over grunnlagsproblem i humanistisk orientert psykologisk forskning. Eit heilt vesentleg aspekt ved slik forskning er *ein subjekt-subjekt-relasjon mellom forskar og informant*. Samtala dei imellom er ein dialog mellom eit «eg» og ei «du», og kunnskap basert på slik samtale har som føresetnad at dei to talar same språk. Det er kunnskap «innanfrå» i den forstand at forskaren si eiga intuitive meistring av språket og subjektivt forankra innsikt i det menneskeleg meiningsfylte er ein naudsynleg ressurs, ja sjølve innfallsporten til – og fundamentet for – humanistisk-psykologisk kunnskap.

– I så måte deler eg langt på veg Jan Smedslunds syn på relasjonen mellom «common sense»-psykologisk terminologi og humanistisk-psykologisk fagspråk. Folkelege ord som «glede», «sinne», «tiltru» kan og må tena som innfallsportar til kunnskap om informanten som eit «du». Men humanistisk-psykologisk teori er noko anna og meir enn tolking og stringent logisk kartlegging av visdomen innebygd i vår intuitive meistring av eit felles språk. Han er basert på, men innsikta mot overskriding av vår subjektivt forankra innsikt i det menneskeleg meiningsfylte.

– *Er ikkje dette eit etisk perspektiv, som handlar om likeverd og dialog?*

– **Jo, kanskje det.** I og med at forskaren møter informanten som eit «du» blir informanten på eit vis medforfattar av humanistisk-psykologisk teori. Og fordi teorien har ei forankring i lekmannsspråk om psykologiske fenomen, kan han i prinsippet formidlast til lekfolk i eit språk dei kan forstå. Dette er i sin tur ein føresetnad for emansipatorisk verknad: At formidling av humanistiskpsykologisk teori kan føra til større sjølvinnsikt og auka kontroll over eige liv. Men eg har lita tru på formidling av psykologisk innsikt «ovanfrå og ned». Den beste popularisator av psykologisk fagkunnskap er den som kan få lesaren til å engasjera seg og ta del i forskaran si undring.

Ragnar Rommetveit intervjuet i februar 2004



FOTO: IDA K. HOLTH

## Haavind slått til ridder

**Professor Hanne Haavind ble 17. februar slått til ridder av St. Olavs orden (1. klasse) for sin innsats innenfor kjønnsforskning.**

Ordenen, som ble innstiftet av kong Oscar I i 1847, tildeles som «belønning for utmerkede fortjenester av fedrelandet og menneskeheten.»

– *Hvordan oppleves det å få denne utmerkelsen?*

– Først ble jeg rett og slett overrasket og litt forvirret. Men så er det bare å bestemme seg og si: Jeg er glad og stolt, og veldig takknemlig, sier Hanne Haavind.

Haavind er en profilert psykolog i norsk etterkrigstid. Hun er en pioner innen kjønnsforskning, og har gitt banebrytende bidrag til forståelsen av likestillings- og velferdssamfunnet Norge. Hun har også vært en pådriver i utviklingen av nye forståelsesmåter gjennom empiriske undersøkelser av folks hverdagsliv.

– Forståelsen av hverdagslivet som ramme for personers sosiale deltakelse og utvikling mener jeg er mitt viktigste bidrag til psykologifaget, sier den nyutnevnte ridderen.

– *Er det noen perspektiver du savner i dagens psykologi?*

– Kjønnspektivet. Men det er ikke nok å se etter generelle kjønnsforskjeller, eller for den saks skyld å holde seg til kjønnsnøytrale betegnelser. Kjønn er en underliggende kode for de løpende tolkningene av meningsinnholdet i utveksling og samspill mellom personer. Og menneskers fornemmelser for kjønn burde vekke en form for nysgjerrighet og ettertanke både hos psykologiens forskere og hos praktiskere, mener Hanne Haavind.

(Psykologtidsskriftet)

# Meninger



FOTO: SHADQUARTERS/PIYABAY



## Kompleks ruspakke

Hvordan ser et vellykket pakkeforløp innen rusfeltet ut? Tidsskriftet har utfordret Espen Ajo Arnevik, psykolog og leder for Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, til å svare.

*Les hovedinnlegget på de neste sidene*

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.





# En gavepakke til rusfeltet?

De fleste av oss reagerer umiddelbart negativt på å møte mennesker med livsproblemer med en standardisert og mekanisk levert «pakke». Står en slik odiøs betegnelse i veien for substansen i helseministerens forslag?

**HELSE- OG OMSORGSMINISTER** Bent Høie har et sterkt fokus på rus- og avhengighetsbehandling. Han ønsker å prioritere dette helsefeltet når helsekronene skal fordeles. Han vil sikre at behandlingen av pasienter med rus- og psykisk helseproblemer er likeverdig med den som pasienter i somatikken får, og han vil gjøre pasienttilbudene like gode i hele landet. Initiativet til å lansere «pakkeforløp» er ett av flere virkemidler for å nå slike mål. Et sentralt spørsmål er imidlertid om substansen i forslaget er egnet til å nå målet, og eventuelt hvilke betingelser som må til for å kunne nå dette målet.

## FORLØPSUTFORDRINGER

Hvilket innhold bør «pakkeforløp» ha for å bidra til å øke kvaliteten i behandlingen? For å svare på det må vi vite hvilke utfordringer pasientene hos oss i TSB møter på vei inn, underveis i behandlingen og etter behandlingsslutt.

Slik jeg ser det, dukker forløpsutfordringer opp i nesten alle faser av pasientforløpet i TSB:

- **På vei inn i pasientforløpet:** Ikke sjelden kommer ruspasienten for sent i kontakt med helsetjenester som kan «gjøre en forskjell». Det er her parallellene mellom en rus- og en kreftpasient er på sitt minst fruktbare. En kreftpasient er på sitt minst fruktbare. En kreftpasient og hans eller hennes lege er enige om at tidlighetsprinsippet må gjelde. Diagnostisering må skje raskest mulig, og behandlingen igangsettes så snart resultatet foreligger. Alkoholbruk bidrar til mer enn 60 psykiske og somatiske sykdommer. Rusbruk har å gjøre med mellom 15 og 20 prosent av alle sykehusinnleggelser i norske sykehus. Et fåtall sykehusinnlagte med leverskader eller andre rusrelaterte lidelser sier ja til å koples til tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Motivasjon for behandling er en del av selve behandlingen i TSB. Kan det være en del av et pakkeforløp? »

## TEKST

Espen Ajo Arnevik  
Psykolog og ph.d.  
Leder for Nasjonal kompetansetjeneste for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

## ILLUSTRASJON

Åshild Irgens

- **Underveis i behandling:** Når pasientene kommer inn i behandling, mottar bare en liten del av ruspasientene en utredning av en kvalitet som er selvsagt for pasienter som får somatisk helsehjelp. Uten innsikt i den enkelte brukers særegne situasjon og hjelpebehov kan valget av behandlingsplass bli for tilfeldig og styrt av hvilke tilbud som gis – ikke pasientens behov. Kan pakkeforløp gi støtet til en utredningspraksis der vi klarer å matche pasientbehov og behandlingstilbud bedre enn i dag?
- **Inn i og ut av behandling:** En betydelig andel rusavhengige i behandling faller fra før behandlingen er planlagt avsluttet (drop-out). Halvparten av pasientene som avslutter døgnbehandling i TSB, blir gjeninnlagt samme år. Sjansen for å komme «back on track» henger i mange tilfeller sammen med pasientens mulighet for å gi feedback på behandlingen underveis, og endre kursen som følge av den. Kan det å ha monitorerings- og feedback-system på faste stoppesteder underveis i behandlingen bli en del av et «pakkeforløp»?
- **Overgangen behandling–andre tjenester:** Brudd og svikt i overganger mellom tjenestene gjør at gevinster som pasienter oppnår i TSB, ikke vedlikeholdes i kontakten med kommunale tjenester. Kan kravet til fungerende «ettervern» eller andre beskrevne løsninger på samhandlingsutfordringer bli en del av et «pakkeforløp»?

Vi som driver rus- og avhengighetsbehandling, trenger å forberede gode forløp for pasientene. Dersom vi ser «pakkeforløp» som en ramme for å lage godt forberedte forløp, må vi samtidig være tydelige på hva som skal til for at dette skal bli en suksess for pasientene. Som fagpersoner må vi kunne si noe om hvilke faglige grep som bør tas, hva vi allerede har av god kunnskap og praksis, og hvilke dilemmaer som må løses.

### FOKUS PÅ VARIASJON

Mens en kreftsvulst er nokså lik fra pasient til pasient, vil svarene på forløpsutfordringene i TSB variere fra pasient til pasient. Pasienten med langvarig heroinmisbruk og samtidig psykiske lidelser trenger noe annet enn 17-åringen som bruker anabole androgene steroider, eller bedriftslederen som drikker for mye. Våre pasienter vil også ha ulike målsettinger. Med kreftbehandling er målet enkelt: Jeg vil bli frisk. Med rusbruk er det noe mer komplisert. Noen ønsker å slutte helt. Andre ønsker å oppleve mer kontroll. Atter andre har som mål å kunne bruke rus til rekreasjonsformål. Hva er egentlig det å bli frisk eller å være ferdigbehandlet? Betyr det at jeg har færre symptomer, er tilbake i jobb, har fått leilighet, eller at jeg selv mener at livskvaliteten er bedret?

### AMBIVALENS OG PAKKEFORLØP

Et forløp kan starte med at pasienten som legges inn i sykehusavdeling for en somatisk eller psykisk lidelse, ønsker å gripe fatt i et underliggende rusmisbruk. I andre tilfeller starter forløpet i kontakt med et sosialkontor, skole, barnevern, foreldre eller politi. Pakkeforløpstenkningen utfordres av at ambivalens er en innebygd del av endringsprosessen mot å slutte å ruse seg. Hvilken vekt skal behandleren legge på å avklare diagnose og problematikk, og hvilken vekt skal hun legge på motiverende samtale og relasjon? Dette diskuteres jevnlig i fagmiljøene. Hvordan vi håndterer ambivalens i motivasjon, brudd i behandling og tilbakefall



Pakkeforløpstenkningen utfordres av at ambivalens er en innebygd del av endringsprosessen mot å slutte å ruse seg

til rusbruk, har en sentral plass i tenkningen rundt gode pasientforløp og god behandling. Kvalitet på behandling i TSB handler mye om å sikre at rammene om behandlingen ivaretar pasienten best mulig. Dette er utfordringer vi må arbeide videre med dersom pakkeforløp skal få helhjertet oppslutning fra pasienter og behandlerne.

### UTREDNING - EN MISSING LINK

La oss gå ett skritt videre. La oss si at pasienten er motivert for behandling, målsettingen er klar, og en innledende utredning er gjort hos fastlege som ledd i henvisning til TSB. For kreft og de andre lidelsene det er blitt innført pakkeforløp for, vil neste fase i forløpet være diagnostisering. I praksis betyr det at utredningen kan utføres i et regionalt diagnostisk senter. I TSB er praksis i liknende enheter svært ulik, tilgangen på spesialister ulik, og gode valide utredningsverktøy en mangelvare. En styrking og satsing på tilsvarende sentre i TSB vil oppleves som en heving av kompetansen i feltet. Dette krever en villet dreining av de regionale helseforetakene med sikret finansiering.

Videre, gitt at man er enige om målsetting for behandlingen, utredningen er gjort og motivasjonen fortsatt er overveiende positiv, så kommer spørsmålet om hvordan pakkeforløpene skal kategoriseres. Både alder, type rusmiddel, kjønn og foretrukket rusmiddel kan ha betydning for hvilke utfall en kan oppnå av ulike typer av behandling. Data fra helseregistre vil kunne bidra med akkumulert erfaring, som vi kan bruke til å utvikle ulike tilstandsbilder eller prototyper i behandling. Dette kan danne grunnlag for anbefalinger om hva ulike pasientgruppen trenger i ulike faser i behandlingen. Slike casebaserte «pakkeforløp» vil kunne beskrive hva som kan forebygges et sannsynlig tilbakefall hos ulike pasienter. Å bygge muligheter for slike variasjoner inn i behandlingen er etter mitt syn det motsatte av standardisering.

«Pakkeforløp» kan bli kraftfulle virkemidler dersom de bygges rundt forskjellige typer *forløp* og ikke ut fra *personkarakteristika*. Hvordan vi forbereder oss på utfordringene i forløpet til den spesifikke pasient, må bygges på liknende erfaringer med liknende pasienter slik det fremgår av store datasett. På den måten vil pakkeforløpene ta opp i seg forståelsen av at mange pasienter vil måtte ha *ulike typer tilbud*, ofte over svært lang tid.

### BREDT DEFINERT FORLØP

Utallige lovende behandlingsepisoder ender med knall og fall når pasienten er tilbake i sitt vante miljø, med de livsutfordringer som venter ham der. For å unngå en fragmentering av behandlingen, der hvert ledd gjennomfører sin pakke og sender pasienten videre, er det viktig at forløp defineres bredt – ikke bare til å gjelde løpet gjennom spesialisthelsetjenesten, men også i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Pasienten ser sjelden forskjellene mellom nivåene. «Pakkeforløp» må ha med det helhetlige forløpsperspektivet.

Rusreformen ga pasientene rett til Individuell plan (IP) og – der det er sammensatte problemer – rett til ansvarsgruppe med koordinator. Å virkeliggjøre slik koordinering har også vært en del av helse- og omsorgstjenesteloven og samhandlingsreformen. Likevel har bare rundt 20 prosent av ruspasientene en IP. Fra pakkeforløpene i kreftbehandling fremheves *koordinatoren med myndighet* som en suksessfaktor: en helsefaglig ansatt som følger pasienten gjennom løpet, så de klarer å nyttiggjøre seg de tilbudene som finnes. Det er gjort gode erfaringer med forsøk på å anvende koordinatorrollen på rusfeltet. I den såkalte tillitspersonordningen ble mennesker med behov for sammensatte tjenester koplet med for eksempel en likemann som fulgte overganger mellom tjenestenivåene, og som ifølge evalueringen bidro til å øke nytteverdien av episodiske tilbud gjennom lengre forløp. «Pakkeforløp» kan anspore til å hente frem de positive erfaringene herfra.

### BRUK MULIGHETEN!

Et vellykket pakkeforløp er altså en godt forberedt og gjennomført behandling som – ut fra de sosiale, psykologiske og medisinske behov pasienten har på de enkelte tidspunktene – inneholder

- en felles oppfattet målsetning,
- en god utredning,
- en godt forberedt og gjennomført behandling, og
- stabile, fulgte overganger mellom tjenestenivåene.

Før dette innholdet kan sies å være på plass hos oss i TSB, må vi etablere gode utredningsenheter og ha tilgang på gode utredningsmetoder. Vi må enes om å kategorisere pakkeforløp ut fra forskning på forløp. Vi må utvikle gode kvalitetsindikatorer for evaluering av behandlingen. Vi må opprette koordinatører som kan jobbe på tvers av tjenestenivåer og fagfelt. Og vi må bygge inn at ambivalens i motivasjon og tilbakefall er en del av behandlingen, samt at målsettingen ikke alltid er rusfrihet.

Vi skal ta på alvor statsrådets intensjon om å realisere god, likeverdig behandling for pasienter med rus og avhengighetsproblemer, med pakkeforløp som et anerkjent organisatorisk rammeverk for helsetjenester. Vi må benytte muligheten vi har frem til 2020, og invitere til en nasjonal faglig dugnad der problemstillinger og dilemmaer som har ligget i fagfeltet i årevis, løftes opp i lyset og arbeides med. Der klinikere, brukere og forskere går sammen om å diskutere sentrale problemstillinger og bringer den kompetansen som ligger i feltet, inn i klinikken til pasientenes beste. Og der det samtidig synliggjøres hvor det mangler kunnskap, slik at vi kan prioritere forsknings- og kompetansehevingressursene dit de trengs mest. ✕

# Snakkeforløp for barn og unge

Det kan ligge mange gode visjoner bak idéen om pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge, men hvilke kvaliteter kan denne kvalitetssikringen tenkes å gå på bekostning av?



## LARS RAVN ØHLCKERS

Psykologspesialist/  
sjefpsykolog

## KRISTER WESTLYE JERMESTAD

Psykologspesialist/  
førstemanuensis UiO

## KIRSTI M. JØRGENSEN

Psykologspesialist/  
avdelingspsykolog

## FREDRIK CAPPELEN

Psykologspesialist

## LINDA GRANDAL

Psykologspesialist

## THOMAS LITLERÉ

Psykologspesialist

## KRISTOFFER HØILAND

Psykologspesialist

(alle medlemmer av  
spesialistutvalget  
for klinisk barne- og  
ungdomspsykologi  
i Norsk  
Psykologforening)

## PAKKEFORLØP

**REGJERINGEN ØNSKER Å** innføre såkalte *pakkeforløp* i psykisk helsevern. Helse- og omsorgsminister Bent Høie skriver i Morgenbladet 18. september 2015 at pakkeforløp sørger for at «aktuelle pasienter kommer raskere inn til avklaring og undersøkelse, at utredning og behandlingen kommer raskere i gang, at vi oppnår mer likeartet utredning og behandling av visse psykiske lidelser».

Vi sitter i utvalget som regulerer spesialistutdanningen for psykologer i psykisk helsevern for barn og unge. Utvalget består av psykologer med spesialitet i klinisk barne- og ungdomspsykologi, med ulik bakgrunn – klinikere, ledere og forskere – og med bred erfaring fra kommune, universitet og spesialisthelsetjenesten.

I intensjonen om pakkeforløp, som vi foreløpig ikke vet hva konkret vil inneholde, ligger det gode vyer. Våre pasienter må erfare at de blir møtt med klare intensjoner om å skape en framdrift mot utvikling, i prosesser preget av transparens og faglighet. Det er også nyttig å standardisere deler av prosessen som våre pasienter skal gjennom. Vi må undersøke kompleksiteten i deres liv og psykologi på en måte som drar veksler på all den kunnskap som eksisterer i fagfeltet. Dette er spesielt hensiktsmessig når vi skal kartlegge og vurdere pasientens vansker og ressurser, og dette er deler av prosessen som forvaltningen kan påvirke og kontrollere i stor grad. Vår bekymring er at regjeringen i forslaget om pakkeforløp trår inn i et komplekst fagområde med planleggingssaker og gode intensjoner, uten at de tar inn over seg de praktiske bivirkninger av implementeringen av en slik reform. Vil pakkeforløp svekke vår mulighet til å være kloke mot våre pasienter?

## PLASS TIL KLOKSKAP?

Vi som arbeider i dette fagfeltet, kan gjøre en enkel mental øvelse: Vi kan spørre oss selv hvilke egenskaper vi ønsker hos en behandler hvis våre egne barn skulle trenge hjelp fra de systemene vi representerer. Svaret vi gir, er klokskap. Med klokskap mener vi oppdatert faglig kunnskap integrert med sunn fornuft, varme, ydmykhet og tålmodighet.

Rammevilkårene for klokskap i vårt felles psykiske helsevern er blandede. På den ene siden har vi høyt utdannede medarbeidere med høy integritet og et sterkt engasjement for sitt fag og sine pasienter. Motivasjonen på arbeidsplasser som dette er i liten grad styrt av ytre økonomiske incentiver, det er snarere indre faktorer som ansvarsfølelse, integritet og faglig interesse. Vi har også et levende globalt fagfelt som vibrerer med nyvinning og diskusjon.

På den andre siden arbeider disse medarbeiderne i et system preget av forvaltningens behov. Dette behovet innebærer en systematisk glidning mot forenkling av menneskers livsvansker for å dekke administrative behov og rapporteringssystemer, i kvalitetssikringsøyemed. Det er også vedvarende krav om pasientgjennomstrømning og effektivitet. Målet for forvaltningen er at flest mulig skal få best mulig behandling til en billigst mulig pris.

Disse rammevilkårene gjør blant annet at behandlerens autonomi stadig stilles spørsmål ved. Kan man fra forvaltningens side stole på at en behandler i psykisk helsevern i utgangspunktet på egen hånd skal kunne vurdere hva som er riktig, god og nok behandling? Og hvordan kan forvaltningen skille mellom ønsket og uønsket variasjon i vår praksis? Vi er ikke motstandere av kvalitetssikring, men vi tror det er viktig å sette kvalitetsmål i sin rette kliniske kontekst. Når for-

valtningens kvalitetsmål brukes som sannheter om klinisk praksis som trumfer fornuften i det kliniske møtet, skaper man problemer for alle involverte. Når er det vi krysser den grensen?

### INDIVID OG SYSTEM

Våre pasienter er komplekse skapninger, slik vi alle er. Pasientene er alle unike i sine erfaringer og sin psykologi, og i psykisk helsevern for barn og unge har vi seks diagnostiske akser, med et trettitalls variabler på en del av aksene. Mange av pasientene våre kvalifiserer til mer enn én kategori på hver akse. Disse aksene representerer et forsøk på forenkling av det menneskelige, men selv denne forenklingen har et utall kombinasjonsmuligheter.

Inngangsbilletten til våre systemer er at man vurderes å ha en psykisk lidelse på den første aksene, og forvaltningen sier at det er denne som skal behandles. Men tenk på deg selv eller noen du kjenner; hvor lett er det å isolere det som er psykisk vanskelig og smertefullt fra individets kompleksitet? Her skiller psykiske vansker seg ofte radikalt fra somatiske sykdommer; sykdommen er en del av vårt vesen, vår situasjon og historie, og tilfriskning handler ofte mer om utvikling enn om kur.

Vi bidrar til best utvikling for pasientene ved å ha best mulige rammer for arbeidet. Fleksibilitet, tillit mellom oss og pasienter, tid, samarbeid og sunn fornuft er gode rettesnorer for det vi gjør. Det er også veldig godt å ha oppdatert og nøktern kunnskap om fagfeltet som man kan forvalte med skjønn, og med bakgrunn i erfaringskompetanse fra både behandler og pasient.

Det finnes allerede en del strukturerte behandlingsopplegg i psykisk helsevern for barn og unge, med veldokumenterte effekter. Disse anvendes i stor grad *når* det er vurdert hensikts-

messig. Utvikling og endring avhenger likevel av individuelle faktorer hos barnet, i familien, blant venner og i systemene rundt barnet. Tilfeldighetene spiller også en rolle. Da blir det viktig i planleggingen av psykisk helsevern å huske på at barnet, familien, vennene, storsystemet og tilfeldighetene ikke er underlagt forvaltningens kontroll. En må planlegge med vissheten om at full kontroll er umulig, og at klinisk autonomi og fleksibilitet er en viktig ressurs.

I arbeidet med pakkeforløp forteller forvaltningen at de snakker med folk fra fagfeltet, slik at de kan implementere en god, praksisnær og fleksibel reform. Vår frykt er at de snakker mest med andre forvaltere; ledere, byråkrater, administratorer og forskere utenfor klinisk hverdag. Klinikere og pasienter vil kunne gi et litt annet perspektiv. Klinikere forteller at de til tider opplever at de må beskytte pasientene sine mot forvaltningen. De forteller at det er vanskelig å være klok i et psykisk helsevern preget av instrumentelle rammer og en illusjon om planmessighet. I klinikker er terrenget alltid viktigere enn kartet, og kartet har misvisende forenklinger og feil. Kartet blir til i prosesser som i høyeste grad er preget av menneskene som tegner det.

I prosessen med pakkeforløp er det viktig at de berørtes stemme blir hørt. Det er klinikere og pasientene som vet hvordan det ser ut når kart og terreng møtes. Klinikere har lært seg å bruke kartet med skjønn for ikke å skade pasientene. I ideen om pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge finnes det en risiko for at man plasserer forvaltningen i sentrum, ikke pasienten. Spør du pasientene, ønsker de *snakkeforløp*, der de blir møtt av et medmenneske med forståelse, tid, fornuft, faglighet og nysgjerrighet. Det er også dette vi klinikere ønsker å tilby. ❖



Det er klinikere og pasientene som vet hvordan det ser ut når kart og terreng møtes

## SKAPER FREMMEDEFRYKT

Retorikken til Sylvi Listhaug tingliggjør mennesker og skaper fremmedfrykt, skriver Åsne Tveito. Fotoet viser syriske flyktninger på Budapest Keleti jernbarnestasjon 4. september 2015. Foto: Mstyslav Chernov / Wikimedia Commons



# Vi må reise oss

Nå er det på tide at psykologene markerer seg, og roper *høyt* om de innstrammingene som rammer flyktninger.



## ÅSNE TVEITO

Sosionom og psykolog

## FLYKTNINGER

**DETSOM HAR** skjedd i det siste, er hjerterått og umenneskelig. Og det strider mot loven. Mange jurister påpeker brudd både på flyktningkonvensjonen og den europeiske menneskerettighetserklæringen. Selv reagerer jeg med mismot og maktesløshet, men også med et behov for å handle.

Vi kan neppe forestille oss de alvorlige traumene mange av de politiske flykningene har opplevd før de kom til Norge. Det handler om en rekke, sannsynligvis gjensidig forsterkende, traumatiske opplevelser: om å overleve mishandling, ulykker, vold, voldtekt, tortur, sult, krenkelser, se sine nærmeste dø, bli drept, kanskje selv bli tvunget til å drepe.

For mange flyktninger er det snakk om multiple traumatiske hendelser. I Norge har flyktninger nå blitt behandlet som kriminelle. Er det ikke slike opplevelser vi psykologer omtaler som retraumatisering? Og hva innebærer dette for integrerings- og rehabiliteringsmulighetene videre i livet?

Sylvi Listhaug smiler, og beklager at ikke flere blir uttransportert nå. Professor Sigmund Asmervik uttaler (Klassekampen 3.2.) at Sylvi

Listhaugs retorikk er «folkelig og farlig». Mennesker blir tingliggjort til antall og kategorier som kan omsettes til økonomiske termer og kalkulasjon. Og retorikken skaper fremmedfrykt. Et av de siste politiske forslagene er at flyktninger skal å gi fra seg eiendeler til en verdi av over 10 000 kroner, en politikk som er vedtatt i Danmark. Utviklingen begynner å minne om det som skjedde i Europa på 1930-tallet. Skal Norge gå i spissen for en ny «mellomkrigstid»? Det er en faretruende utvikling vi ser.

Nå må vi psykologer reise oss og gjøre det vi kan for å stanse denne utviklinga. Ikke bare behandle og jobbe med enkeltsaker, men også arbeide som fagforening samlet for å bidra til å hindre at flyktninger får større psykiske skader enn de hadde i utgangspunktet. Tenk at det bare var SV som parti som foreslo stans/pause i uttransporteringen ved Storskog. Nå har heldigvis denne saken begynt å ta en annen retning. La oss bidra til å danne en aksjonsorganisasjon, en pressgruppe som aksjonerer, informerer og eventuelt bruker sivil ulydighet for å kjempe imot de innstrammingene vi er vitne til. ✕



## Visepresidenten misforstår

Visepresidenten i Psykologforeningen fordreier våre vurderinger til det ugjenkjennelige.

**HARALD BÆKKELUND, ERIK BRENNÅ, BJARNE HANSEN, KIRSTI SUNDE HANSEN, ELISABET ROMØREN, YVONNE SEVERINSEN og HARALD AAASEN**

Tidligere medlemmer av spesialistutvalget i klinisk voksenpsykologi i Norsk psykologforening

### SPESIALISTUTDANNINGEN

**DET FOR LENGST** avgåtte utvalget i voksenpsykologi viser til kommentar i Psykologtidsskriftet nr. 2/16, «Praksiskrav i voksenpsykologi», signert visepresident Birgit Aanderaa. Vi har igjen merket oss en feilaktig fremstilling av det avgåtte utvalgets vurderinger av praksiskravene til spesialiteten voksenpsykologi. Dette er ikke første gang, men at det skjer igjen, illustrerer på en utmerket måte hvordan det nå avgåtte utvalget opplevde samarbeidet med Aanderaa underveis. Aanderaa har fra utvalgets side blitt oppfattet som lite mottagelig for innspill og faglige refleksjoner.

Som vi redegjør for i novemberutgaven av Psykologtidsskriftet, vurderte det avgåtte voksenutvalget at praksis fra døgnavdelinger i fagområdet TSB kan godkjennes som praksis i spesialistutdanningen voksenpsykologi, men ikke som fordypningspraksis. Aanderaas påstander om at «det avgåtte voksenutvalget argumenterer for at slike tjenestesteder ikke under noen omstendigheter bør kunne godkjennes», er derfor feil. Det er underlig å se at visepresidenten på denne måten gjentar sin uvilje til å ta imot saklig informasjon, og videre at hun fordreier våre vurderinger til det ugjenkjennelige. ✕

## Sosial angst mer arvelig enn antatt

En stor studie om sosial angst og unnvikende personlighetsforstyrrelse fra Folkehelseinstituttet, konkluderer med at miljøet betyr mest på kort sikt, mens genene spiller en avgjørende rolle på lang sikt, ifølge nettsidene til instituttet.

- Resultatet viser en overraskende høy arvelighet av langtidsrisiko for å utvikle sosial angst, sier Fartein Ask Torvik, forsker ved avdeling for genetik, miljø og psykisk helse ved Folkehelseinstituttet.

Det er tvillingstudier som ligger til grunn for forskningsfunnene. Forskere har over en tiårsperiode fulgt rundt 3000 norske tvillinger for å finne ut mer om hvordan psykiske lidelser utvikler seg over tid.

(Psykologtidsskriftet)

### Debattert

## Pakkeforløp

**Flere pakker** Helseministeren lover nå et pakkeforløp for behandling av spiseforstyrrelser. - Jeg er klar over at mange av dem som er syke og deres pårørende opplever at den hjelpen de får ikke hjelper nok. Vi vil etablere et eget pakkeforløp etter modell av forløpene som allerede er etablert på kreftområdet, sa helseminister Bent Høie (H) til p4-nyhetene.

*Fra Finnmark Dagblad 9. februar*

**Ressurskrevende lokomotiv** I sin årsrapport for 2015 skriver pasientombudene at pakkeforløpsordningen for kreft «har blitt et lokomotiv for en type pasienter, men på bekostning av andre». Ombudene peker på at kreftpasienter får høy prioritert på grunn av tidsfrister og rapporteringskrav, og etterlyser en risikovurdering av hva dette betyr for de øvrige pasientene.

*Dagens medisin, 11. februar*

**Ikke overførbart til rus** - Pakkeforløp for kreft er standardiserte retningslinjer for hvordan pasienten skal utredes etter mistanke om kreft, sa Nesvåg, og pekte på at det kanskje ikke er helt overførbart fra somatikk til rusbehandling, som sjelden rommer et avgrenset problemområde som kan diagnostiseres, utredes og behandles.

*Sverre Nesvåg til Rus & samfunn 12. februar*

**Går ikke an** - I dag er mange opptatt av at terapi må være evidensbasert. Standardiserte såkalte «pakkeforløp» skal ruller ut også i psykisk helsevern. Hva tenker du om den utviklingen? - Jeg tror ikke det går an. De tar feil. Jeg har praktisert som kliniker i over tretti år, og jeg har aldri støttet meg til noen evidens eller noen innsamlede data fra forskning. Det tror jeg ikke mine kolleger, som jeg snakker mye med, heller gjør.

*Jan Smedslund intervjuet i Morgenbladet 12. februar*



**BENT HØIE** er helse- og omsorgsminister. Sammen med Kerstin Söderström, Tor Levin Hofgaard og Gerd Kristiansen er han fast kronikør.

# Invitasjon

**Til:** Psykologen.

I anledning byggingen av pasientens helsetjeneste inviteres du til å bli med på noe nytt.

**Oppmøte:** I kommunen.

**SU:** Så fort som mulig, til en kommune som søker deg.

**Hjertelig velkommen!**

**KJÆRE PSYKOLOG. DU** har lenge hatt en sentral rolle i det psykiske helsevernet her i landet. Det vil si, du har jo fylt mange forskjellige roller. Du har vært selvstendig behandler og faglig ansvarlig. Du har vært leder og veileder. Alt dette skal du selvsagt fortsette med. Men vi trenger deg flere steder!

I dag jobber rundt 2300 psykologer i spesialisthelsetjenesten og rundt 350 i kommunene. Det er en ubalanse vi er nødt til å gjøre noe med. Jeg er glad for at Psykologforeningen er enig i dette. Men verken foreningen eller jeg har makt til å forandre det. Vi kan legge til rette. Vi kan oppmuntre. Vi kan peke på at det er viktig. Men det er du som må velge kommunen som arbeidssted. Derfor skriver jeg denne invitasjonen til deg som er psykolog.

## TIDLIGERE, RASKERE, NÆRMERE

Det er en invitasjon til å bli med på noe nytt. Det er en invitasjon til å være der det skjer. I fremtidens helsetjeneste må vi treffe brukeren tidligere, raskere og nærmere. I fremtidens helsetjeneste må vi forebygge mer, samarbeide bedre og arbeide smartere.

I fremtidens helsetjeneste trenger vi ikke bare psykologer på kontor, poliklinikken, sengeposten og i behandlingsteamet. Vi trenger dere ikke bare der folk får behandling. Vi trenger dere også der folk lever. Vi trenger dere for å forebygge sykdommer og lidelser.

Derfor lovfester regjeringen krav om psykologkompetanse i kommunene. Det er etter mitt syn like naturlig og like selvfølgelig som at det kreves psykologer i psykisk helsevern.

## PSYKOLOGER SOM TENKER NYTT

Å bli psykolog i kommunen er en spennende utfordring. På samme måte som psykologen fant sin rolle i psykisk helsevern på åtti- og nittitallet, må du finne din rolle i de kommunale tjenestene.

Det kommer du til å gjøre i samarbeid med engasjerte og kunnskapsrike fagfolk som leger, helsesøstre, sykepleiere, økonomer, helsefagarbeidere, sosionomer, plan- og bygningsingeniører, ergoterapeuter, lærere, førskolelærere, politikere og mange andre.

Det er ikke så mange psykologer der fra før, men det er vi i ferd med å gjøre noe med. På årets statsbudsjett har vi nemlig satt av 145 millioner



kroner til å rekruttere psykologer til kommunene. Det innebærer omtrent 150 nye stillinger.

Samfunnet vårt trenger psykologer som tenker nytt og annerledes. Som vil dele kunnskap og kompetanse og være med på å gjøre psykisk helse til en integrert del av alt vi gjør i kommunene. Vi trenger psykologenes kompetanse på områder som vi kanskje ikke umiddelbart forbinder med psykologi.

Noen må legge planer for det psykososiale oppvekstmiljøet når kommunene legger arealplaner. Noen må tenke folkehelse på lang sikt når andre ser etter steder å kutte på kort sikt.

Det er her jeg er overbevist om at du som psykolog kan bidra. Utdanningen gir deg kunnskap som ikke bare er viktig i helsetjenesten, men også innenfor næring, kultur, skoler og barnehager.

Vi vil sidestille psykisk helse med fysisk helse i folkehelsepolitikken. For å få til det trenger vi deg. Jeg håper at kommunene vil bruke kunnskapen din til å satse på psykisk folkehelsearbeid og bygge mer helsefremmende lokalsamfunn.

### RASK HJELP FUNGERER

Kanskje har både du og jeg hørt ordet «lavterskel» så mange ganger at det føles som det har begynt å miste litt av innholdet. Det er synd, for vi ser at slike lavterskeltilbud fungerer. Erfaringene med utprøving av Rask psykisk helsehjelp er gode. Folk med psykiske helseplager får hjelp til å mestre angst og lettere psykiske problemer slik at de kommer raskt tilbake på jobb. Eller de får hjelp så raskt at det ikke blir aktuelt med sykmelding i det hele tatt. Så

langt har vi bare prøvd ut dette for voksne, men jeg kjenner til flere kommuner som har laget egne opplegg rettet mot barn og unge. Felles for mange av dem er at en av dine psykologkolleger har vært med på å ta initiativet. Slikt vil vi ha mer av!

Mitt største prosjekt er å bygge pasientens helsetjeneste. Det er en helsetjeneste som er opptatt av hva som er viktig for enkeltmennesket, og som tør å ta pasienten på alvor. Det er en helsetjeneste som ikke bare ser symptomene og sykdommen hos en pasient, men også ressursene.

Her ser jeg på deg som psykolog som en viktig alliert. For det er jo akkurat det å aktivere pasientens egne ressurser som er kjernen i din kompetanse. Vi ser nå erfaringer fra jobbmes-trende oppfølging som viser at mennesker med alvorlig psykisk sykdom kan lykkes i vanlige A4-jobber.

Å se pasienten som en person med ressurser må være utgangspunktet for alt vi gjør, både i og utenfor helsetjenesten.

Som du forstår, kjære psykolog, trenger vi deg til å bygge opp noe nytt. Professor i psykologi Steven Hayes sier det slik: «Hvis du alltid gjør det du alltid har gjort, vil du alltid få det du alltid har fått.»

Kommunene vil ha deg, og tilskuddsmidlene er utlyst. Jeg håper du takker ja til invitasjonen! ✕



Utdanningen som psykolog gir deg kunnskap som ikke bare er viktig i helsetjenesten, men også innenfor næring, kultur, skoler og barnehager

*Beate Lore*

# Inntrykk

---



# Kjærlighet på formel

John Mordechai Gottman, berømt forsker på parrelasjoner, lover intet mindre enn «The New Science of Love» i sin siste bok.

**SIDEN 1986** har Gottman studert parkommunikasjon via sin Love Lab i Washington. I dag er han 73 år, professor emeritus ved University of Washington og kanskje verdens mest berømte parforsker og parterapeut. Han får i noen grad konkurranse av dr. Susan M. Johnson, som lenge nå har hatt stor innflytelse på parterapifeltet gjennom sin emotionally focused couples therapy (EFT), der voksne parforhold ses og behandles ut fra tilknytningsteori. De to forskerne og terapiutviklerne står ikke i noe motsetningsforhold til hverandre. Teknikkene kan meget vel brukes sammen.

Det som særlig har gjort Gottman kjent, er at han har forsket så lenge og inngående på så mange par, og også at han ut fra sin forskning påberoper seg å kunne forutsi med stor grad av sikkerhet hvilke par som vil greie seg bra, og hvilke som vil bryte opp eller iallfall ha en dårlig relasjon. Hans kanskje mest sympatiske og uvanlige forskning er studier av par som lever godt sammen i svært mange år – hva som er typisk for dem, parforholdet deres og samspillet deres. Påstått vitenskapelig holdbare «oppskrifter for å lykkes / bli lykkelig» er ikke daglig kost for søkende klinikere.

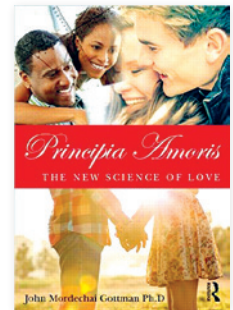
*Principia Amoris* lover en sammenfatning av Gottmans parforskning gjennom disse tiårene. I tillegg er boken en slags vitenskapelig selvbiografi om hans forskningsreise fra den ene viktige oppdagelsen til den andre. Via inngående og mangefasetterte studier av parkommunikasjon over tid har han kommet frem til både urovekkende tegn og tegn som peker mot resiliens og reparasjon i langvarige pars vei mot lykke eller ulykke, brudd eller samhold.

Boken ender med teoretiske «oppskrifter» – «love equations» – på langvarig god parfungering, og aller sist med et vedlegg med helt konkrete oppgaver for par som vil fungere bedre. Det hele er tuftet på Gottmans forskning.

Like viktig som oppskriftene på god kommunikasjon er hans systematisering og forenkling av viktige elementer ved kommunikasjonen i konflikt- og konfliktløsnings-situasjoner som peker i negativ retning og bør unngås. Siden konflikter i parforhold er så å si uunngåelige, vil gode konfliktløsnings- og forsoningsstrategier ifølge Gottman være pars beste midler for langvarighet og trivsel.

## DET FINNES INGEN FASIT

Kanskje er «oppskriftene» det mest nyttige i boken, i tillegg til at den gir en bred oversikt over funn i Gottmans mangeårige, omfattende arbeid. Det vil derimot forundre meg om Gottmans eget hjertebrann i boken, «the love equations» – eller «kjærlighetsformlene» – i særlig grad vil treffe klinikere hjemme. Om han hadde holdt seg til å beskrive det systematiske arbeidet i ord, ville nok boken vært nyttigere og mer lettfordøyelig. Men jeg ser jo for meg hvor fristende det må være på slutten av et langt forskerliv å kunne komme til en vakker vitenskapelig konklusjon. Og det på et så mangslungent, nesten uregjerlig område som parterapifeltet, hvor en hærskere av faktorer i komplekse innbyrdes relasjoner til enhver tid kan være vesentlige for det vi studerer og prøver å endre. Tenk om det var så enkelt at Gottman og Love Lab nå endelig hadde ryddet i villniset og funnet de vesentlige faktorene!



**JOHN MORDECHAI GOTTMAN**  
*Principia Amoris: The New Science of Love.*  
Routledge 2015,  
300 sider.

◀ **FORSONING** Par trenger gode forsoningsstrategier, skriver Gottman. I disse dager sidestiller Munchmuseet i Oslo verker av Edvard Munch og Robert Mapplethorpe. Foto: Robert Mapplethorpe: Embrace, 1982 © The Robert Mapplethorpe Foundation. Used by permission.

» **ANMELDT AV**  
Eva Tryti



Parterapeuter som har fulgt med i feltet noen tiår, kan nok bli lei av forenklede svar og svingende moter

Parterapifeltet har i flere tiår vært et utpreget klinikerfelt, med lite systematisk kunnskapssamling, lave ambisjoner når det kommer til forskning, og desto større rom for alt fra terapi-guruer og terapi-motebølger til praksisnær, anekdotepreget utveksling mellom terapeuter. I dette landskapet er selvsagt Gottman satt pris på av mange som ønsker å kunne vise til litt forskningsmessig belegg for egen kliniske praksis. Nå har særlig Gottmans prediksjoner om skilsmisser fått atskillig kritikk på metodologisk grunnlag. Men for den enkelte kliniker fremstår Gottman og Love Lab uansett som et interessant forskningsmiljø, der systematisering av parkunnskap har vært viktig.

I boken prøver Gottman seg også på en partypologi ut fra kommunikasjonsstil. Igjen kan man innvende at han trekker vidtrekkende konklusjoner av materialet sitt. Og igjen kan man si at sett som en av mange mulige vinkler man kan analysere og arbeide med par fra, er det hele riktig interessant.

#### KOMPLEKSE TERAPIER

Parterapeuter som har fulgt med i dette tverrfaglige feltet gjennom noen tiår, og som også besitter psykologens forståelse for både individualpsykologiske og sosiologiske sider ved parfungering, kan vel iblant bli lei av forenklede svar og svingende moter. Feltet har vært hjemsoekt av serier av «nyheter» – fra kommunikasjonsperspektiv via atferdsterapeutisk tenkning, til såkalt systemisk terapi, terapiformer som flørtet med postmodernisme, tilbake til kommunikasjonsteorier og så endelig til dagens utbredte og populære emosjonsfokuserte parterapi, som trekker veksler både på psykodynamisk terapi og altså tilknytningsteori. Alle har de interessante ideer, noen gode terapeutiske grep, et knippe innsikter å komme med – hadde de bare ikke insistert på å innta scenen alene.

Sannheten er vel at parterapier er komplekse, og i tillegg ofte kortvarige, og enda mer enn andre typer terapi krever at vi har en rikholdig verktøykasse og foretar komplekse analyser, uansett på hvilke måter vi prøver å systematisere det vi møter. Selv undrer jeg meg ofte over mangelen på teori og kommunikasjon rundt noen etter mitt syn åpenbare faktorer og temaer som ofte er til stede når par sliter: seksualitet, kjønnsroller og kjønnskamp, som har endret kjønnes situasjon ubegripelig mye, strukturelle faktorer som økonomi, arbeidsliv og arbeidsdeling, som vi jo vet har betydning for samlivsbrudd – og ikke minst de større lokale sammenhengene par står i, som vennenettverk, slekt og nærmiljøer. Måtte snart også disse områdene av pars liv treffes av en terapeutisk motebølge eller to!

Inntil videre anbefaler jeg gjerne Gottmans bok. Men mitt svar på spørsmålet i overskriften er selvfølgelig nei. Vi kan gjerne prøve å gripe noen sider ved parkjærlighet ved å systematisere erfaring, men det gjør seg best uten formuler. ✘

---

#### 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.

# Ensomhet er en betingelse ved livet

Referanser fra Kierkegaard til Knøttene, Kahneman og Statistisk sentralbyrå gir god bredde og refleksjon om det å være menneske.

**ENSOMHET ER ET** allmennmenneskelig fenomen. Det er en betingelse ved livet. Filosofen Lars Fr. H. Svendsen er en filosof som både henter forståelse fra idehistorien, fra dagens samfunnsfag og fra relevant empirisk forskning. Han har skrevet en bok om et tema med klar relevans for psykologifaget.

## OVERSKRIDER FAGGRENSER

En fordel med filosofien er at den så lett kan overskride faggrensene. Når filosofen også plasserer seg i en filosofitradisjon som inkluderer empirisk forskning, kan referansene strekke seg fra Kierkegaard til Knøttene og fra Kahneman til Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser. Perspektivene befukter hverandre og gjør oss klokere. Boken gir bredde og refleksjon, og vi kan forstå litt mer av det å være menneske.

Mange perspektiver trekkes inn, og kompliserte begrepsavklaringer blir gjennomført, men dette er likevel en lettlest bok. Samtidig er det mer enn nok å reflektere over gjennom lesningen. Eksempelvis empiriske funn som forteller at en finner mer ensomhet i middelhavslandene enn i de nordiske land. Eller referat av forskning som viser at: «Et overraskende funn i flere studier er at ensomheten øker når man har langt flere venner enn hva man oppfatter som ideelt.»

## IKKE MER ENSOMHET

Vi leser at det både finnes god og vond, akutt og vedvarende ensomhet, og at ensomhet og det å være alene er både logisk og empirisk uavhengig av hverandre. Svendsen finner ingen holdpunkter for å mene at det er mer ensomhet i dag enn det har vært tidligere. Og han gjør det tydelig at vi kan føle oss ensomme når vi er alene så vel som midt blant mange mennesker.

Når vi snakker om ensomhet, er det gjerne den vonde ensomheten vi tenker på. Den er forbundet med skam i vårt samfunn. Det er vanskelig å vedkjenne seg den offentlig; da er ikke ens sosiale liv tilfredsstillende.

Det er viktig å bli minnet på at man i den dårlige ensomheten er alene med seg selv. Gjerne med et savn av en annen. I den gode ensomheten er man sammen med seg selv. I den kan man utvikle et rikt indre liv. Denne gode ensomheten er viktig for utvikling av kreativitet. Det er fascinerende å lese tidligere filosofers hyllest til ensomheten som den viktigste kilden til deres filosofering. I vår tid ville vi hatt godt av å trene mer på å finne den gode ensomheten.

I drøftingene av ensomhet blir tilknytnings-teori viktig. Behov for tilknytning er utilfredsstillt i vår (vonde) ensomhet. Svendsen sier at ensomhet ofte er et resultat av urealistiske forventninger til tilknytningen. Dermed ser han ensomheten ofte som et resultat av personlighetstrekk mer enn av ytre betingelser. Jeg ville ønsket meg noe mer drøfting av hvorledes samfunnsmessige forhold, som for eksempel fatigdom, virker inn på ensomhet i samfunnet.

## TILLIT MOTVIRKER ENSOMHET

Svendsen er tydelig på at tillit er en viktig faktor for å unngå uheldig ensomhet i et samfunn. En hypotese i denne boken er at tilliten i samfunnet er en avgjørende forskjell når det gjelder lite eller mye ensomhet. Tillit gjør nordmenn mindre ensomme enn spanjoler. Spennende drøfting. Hvis vi skal minske uønsket ensomhet, bør vi altså skape institusjoner som bidrar til tillit mellom mennesker i samfunnet.

Avslutningsvis sier han: «Dessuten må du lære deg å leve med at ethvert menneskeliv i større eller mindre utstrekning vil inneholde ensomhet, og derfor er det så avgjørende å lære seg å tåle ensomheten.[...] Det er en ensomhet du må ta ansvar for. For det er tross alt *din* ensomhet».[...] Men du kan slippe noen inn i din ensomhet, og da er den ensomheten ikke lenger en ensomhet, men et fellesskap.»

For meg var det en god leseropplevelse som jeg også vil anbefale andre. ✕



**LARS FR. H. SVENDSEN**

*Ensomhetens filosofi*  
Universitetsforlaget,  
2015. 192 sider

## ANMELDT AV

Anders Skuterud  
Seniorrådgiver i Norsk  
psykologforening

# Ferskware



## Sett, hørt og forstått?

Reidun Føllesø, Cecilie Høj Anvik og Catrine Torbjørnsen Halås (red.) forteller om profesjonelle møter med

unge i sårbare livssituasjoner. Boka tematiserer hvordan skole, helsevesen, NAV og barnevern møter unge som trenger bistand og støtte. Ungdommene formidler fire nøkkelbudskap: Se meg, hør meg, gjør noe og skap vendepunkt. (Universitetsforlaget)



## Det går for sakte...

... i arbeid med psykisk helse og rus, er tittelen på en essaysamling redigert av Bengt Karlsson. «Essayformen er valgt for

å gi rom og muligheter for tvil, undring, skråsikkerhet og tydelighet.» skriver forlaget. Karlsson har invitert forfattere med forskjellig bakgrunn og erfaring til å skrive om endring og om hva som kan gjøre psykisk helse- og rustjenester bedre og mer humane enn de er i dag. (Gyldendal akademisk)



## Psykose

Hva gir mening og mestring ved psykoselidelser? Frank Oterholt og Gunnar Brox Haugen (red.) ønsker med boka *Mening og mestring ved*

*psykoselidelser* å bidra til økt forståelse for hvordan mennesker med psykose og deres nærmeste opplever og lever med dette. Boka diskuterer også perspektiver som kan gi ny innsikt i psykose. (Universitetsforlaget)

## ANBEFALT



## Psykologisk sykehusdrama

I TV-dramaet «The Knick», som utspiller seg ved The Knickerbocker Hospital i New York ved starten av 1900-tallet, er det naturlig nok få psykologer å se. Det er likevel mer enn nok psykopatologi og relasjonsproblematikk til å være en severdig opplevelse for de av oss som ikke får nok av faget etter arbeidssdagens slutt. I hovedrollen møter vi den genierklærte sjefkirurgen John Thackery, spilt av en Clive Owen i storform, og på mange vis en svært plaget mann. Allerede i første episode får vi et frampek på hvilken skjebne som venter ham. Foruten Thack, som han kalles, møter vi et velspilt galleri av karakterer som på forskjellig vis tøyler både lovverk og moral. Store samfunnsspørsmål fra samtiden er det også plass til. Særlig interessant er historien til sykehusets første svarte lege, Dr. Algernon Edwards, som avreagerer rasehatet med å fremprovosere slåsskamper i Harlem.

Vi får være flue på veggen når de aller mest grusomme behandlingene fra psykiatriens historie prøves ut. Det er en desperat jakt etter å forstå, og etter å hjelpe. På asylene trekkes tenner, og i operasjonssalen forsøker Dr. Thackery å kurere rusavhengighet med hjernekirurgi. Det er interessant å legge merke til hvordan psykiske sykdommer pirrer de velrenommerte kirurgenes interesse. Akkompagnert av et intenst elektronikasoundtrack og skarpe kulisser er det en veldig stilsikker serie regissør Steven Soderbergh har laget. Den har allerede pågått i to sesonger og er tilgjengelig via strømmetjenesten HBO Nordic.

Anbefalt av Jørgen A. Flor, psykologistudent, NTNU Trondheim, og spaltist i *Psykologisk Tidsskrift*

## MINNEORD

## TUIRE TYLDUM

1950–2015

Da Lea Tuire Elise Valavuo Tyldum døde 27. november 2015, kom det ikke som noen overraskelse på alle oss som kjente henne som en god venn og kollega, for vi visste at hun hadde kjempet mot kreftsykdommen i noen år. Det var likevel et tungt tap både for oss og for det fagområdet hun brant for: De små barna.

Tuire var født i Imatra i Finland i 1950. Hun ble tidlig interessert i språk, og de gode språkkunnskapene åpnet mange muligheter til utdanning i utlandet. Hun valgte å studere psykologi ved Universitetet i Innsbruck. Diplomoppgaven skrev hun om trafikksikkerhetsarbeid i samarbeid med Kuratorium für Verkehrssicherheit i Innsbruck etter å ha flyttet til Trondheim i 1977.

Da Tuire ble ansatt i BUP-klinikk Sør-Trøndelag for 18 år siden, hadde hun med seg en bred erfaring fra helsestasjon, fra Bufetat, PPT, undervisning og voksenpsykiatri. Hun hadde tidlig ulike lederstillinger og har også i andre roller alltid tatt ansvar for faglig framgang og utvikling på flere områder. De siste ti årene jobbet hun, med et kort avbrudd i BUP-poliklinikken, på Barneklubben på St. Olavs Hospital. Der bidro hennes engasjement for sårbare sped- og småbarn – ja, også de ufødte – til å forme poliklinikkens profil.

Engasjementet hennes for de små barna og foreldrene deres startet allerede tidlig på 90-tallet. Sammen med en gruppe kolleger utdannet hun seg som terapeut og veileder i Marte Meo-metoden og bidro med dette til at Trondheim kommune tidlig kom i gang med en omlegging av tilbudet til familier og en sterkere satsing på tidlig hjelp til små barn og foreldrene deres. Da hun begynte i BUP-klinikk, tok hun med seg dette fokuset og disse kunnskapene, og hun ble på mange måter en pioner på dette feltet, ikke bare i vår klinikk, men hun påvirket utviklingen gjennom et stort faglig engasjement, og hun etablerte et stort kontaktnett både i Norge og Norden.

I 2004 ble hun kjent med behandlingsmetoden Theraplay, og særlig ble hun interessert i MIM (Marschak Interaction Method) som et redskap til å observere og analysere samspill mellom foreldre og barn. Tuire etablerte et godt samarbeid med kolleger i Theraplay-miljøet i Finland som hadde videreutviklet MIM-metoden. Det ble raskt klart både for henne og etter hvert også mange i det voksende fagmiljøet for sped- og småbarn i Norge, at denne metoden var nyttig og dekket et behov for systematisk observasjon av samspill mellom barn og foreldre. Etter en utprøvsperiode gikk hun i gang med å oversette den finske håndboken til norsk, og den var ferdig i 2011. Tuire ble en engasjert og verdsatt kursholder og veileder i metoden i hele Norge.

Høyt verdsatt var hun også som veileder for unge psykologer. Hun ble sett på og opplevd som en «ordentlig» psykolog, sånn som psykologer «skal være». Hun bevarte til det siste en genuin interesse for selv å lære og utvikle seg, gjennom fordypning i nye metoder, men også i møtet med dem hun veiledet og møtte på sin vei.

Tuire var visjonær og en pioner i spedbarns- og småbarnsfeltet også gjennom å være en sterk fremsnakker av andre helseprofesjoner, for tverrfaglig samarbeid, og for å gjøre barnepsykiatrien mer tilgjengelig – ved å «gå ut av våre kontorer» og møte barn og foreldre på andre arenaer, som helsestasjoner og barnehager.

Engasjementet i barn og verdsettingen av en god familie tok hun også med seg inn i sin egen familie, med barn og etter hvert også barnebarn som hun betydde svært mye for. Som kollega var hun mentalt til stede, engasjert, lyttende, åpen for det nye, varm og raus på andres vegne. Vi savner henne inderlig.

*Anne Karen Bakken*

*Hanne Dahlin*

*Silja Kårstad*

*Anne Kristine Wormdal*





# Kurskalenderen

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

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

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

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

## APRIL 2016

---

### Klinisk helsepsykologi

Oslo, 14.–15. april  
Påmelding via [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

### Introduksjonskurs: Forståelse, kartlegging og behandling av kronisk traumatisering

Bergen, 18.–22. april  
Påmelding og mer informasjon [www.krisepsyk.no](http://www.krisepsyk.no)

### Dagskurs i takstbruk for avtalespesialister

26. april kl. 10–17  
Påmelding innen 18. mars til [forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no](mailto:forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no)

## MAI 2016

---

### Psykoterapi: Store endringer skjer i små øyeblikk. Fokus for terapeutisk intervensjon i affektbevissthetsmodellen

Festspillkurs i Bergen, 26.–27. mai  
For mer informasjon og påmelding [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

### Demenssykdommer: utredning, diagnostikk og behandling

Festspillkurs i Bergen, 26.–27. mai  
For mer informasjon og påmelding [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

### Integrating Sexual Interventions into Individual and Couple Therapy

Festspillkurs i Bergen, 26.–27. mai  
For mer informasjon og påmelding [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

### Destruktiv lederadferd og mulige mottiltak

Festspillkurs i Bergen, 26.–27. mai  
For mer informasjon og påmelding [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

### Praktiske arbeidsverktøy ved tap og traumer

Festspillkurs i Bergen, 26.–27. mai  
For mer informasjon og påmelding [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

## JUNI 2016

---

### Metakognitiv terapi

Oslo, 2.–3. juni  
For mer informasjon og påmelding [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning



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

**OSLO. LEDIG KONTOR I MAJORSTUEHUSET**  
Stort og hyggelig kontor leies ut en dag og to kvelder pr. uke fra 1.3.2016. Henvendelse til **post@annjensen.no** eller tlf. **918 22 974**.



## Treårig utdanningsprogram i GRUPPEPSYKOTERAPI

Institutt for Gruppeanalyse og gruppepsykoterapi (IGA) tilbyr **utdanning i gruppepsykoterapi** med et ettårig grunnleggende og et toårig videregående trinn. Utdanningsprogrammets målsetting er å sette kandidatene i stand til å kunne arbeide selvstendig og systematisk med gruppepsykoterapi i forskjellige kliniske sammenhenger. Programmene vektlegger integrering av gruppeanalytisk/-dynamisk **teori, veiledning** på egen praksis og **egenerfaring** i smågrupper og storgruppe.

I tillegg til treårig grunnutdanning er det mulighet for parallell fordykning i **mentaliseringsbasert gruppepsykoterapi**, gruppepsykoterapi ved rus-/avhengighet og veiledning i gruppeterapeutisk kunst-/billedterapi samt toårig påbygging i **gruppeanalyse** (diplom).

IGA starter høsten 2016 **nytt ettårig grunnleggende trinn** på Voksenåsen kultur- og konferansehotell. Her gis basale kunnskaper om gruppepsykoterapeutisk teori og forståelse for prosesser i grupper. Etter fullført grunnleggende trinn kan det søkes opptak på videregående trinn. Utdanningen består av fem delkurs à tre dager pr. år. Mellom delkursene møtes kandidatene i kollegiale veiledningsgrupper lokalt.

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

**Søknadsfrist 15. april 2016.**

**Institutt for Gruppeanalyse og gruppepsykoterapi**  
Fr. Nansens vei 2, 0369 Oslo  
tlf. 466 11 330, e-post iga@iga.no



## IBUP arrangerer utdanning for leger og psykologer i PSYKOANALYTISK PSYKOTERAPI MED BARN OG UNGDOM.

Utdanningen er 5-årig og består av innføringsseminar, videregående seminar og spedbarnsobservasjonsseminar. Innføringsseminaret er godkjent av DNLF som del av spesialiteten i barne- og ungdomspsykiatri. Fullført 5-årig utdanning er godkjent av Norsk psykologforening som spesialitet i klinisk psykologi med psykoterapi. Som ledd i utdanningen kreves at kandidaten i hele seminarperioden arbeider med psykoterapi med barn og ungdom under kvalifisert veiledning.

**HØSTEN 2016 IGANGSETTES FØLGENDE SEMINARER** i Oslo (spedbarnsobservasjonsseminar igangsettes i tillegg i Stavanger):

- 2-årig **INNFØRINGSEMINAR**
- 2-årig **VIDEREGÅENDE SEMINAR**
- 1-årig **SPEDBARNSOBSERVASJONSSEMINAR**

### Innføringsseminar:

**Generell innføring i grunnleggende sider ved psykodynamisk/psykoanalytisk forståelse og terapi**  
Påmeldingsfrist 23. sept. | Oppstart 21. okt.  
Seminarleder: Barne- og ungdomspsykiater Kjersti Brønne

### Videregående seminar:

**Videregående seminar bygger på innføringsseminaret og gir en fordykning i psykoanalytisk psykoterapi med barn og ungdom**  
Påmeldingsfrist 23. sept. | Oppstart 12. okt.  
Seminarleder: Psykologspesialist Turid Nicolaisen

### Spedbarnsobservasjonsseminar:

**Seminar deltakeren følger et spedbarn fra fødselen og i minimum ett år, der man en time en gang i uken observerer spedbarnet hjemme i relasjon til sine nærmeste omsorgsgivere**

### Spedbarnsobservasjon i Oslo:

Påmeldingsfrist 15. nov. | Oppstart 14. des.  
Seminarleder: Psykologspesialist Lise Radøy

### Spedbarnsobservasjonsseminar i Stavanger:

Påmeldingsfrist 15. apr. | Oppstart 10. mai  
Seminarledere: Psykologspesialist Grete Tangen Andersen og førsteamanuensis Ellen Ramvi

### Semesteravgift:

Innføring- og videregående seminar kr 8 000.  
Spedbarnsobservasjonsseminar kr 6 000.  
Det forutsettes medlemskap i IBUP kr 500 pr. år.  
For nærmere informasjon: **www.IBUP.no**  
Påmelding til e-post **seminar@ibup.no**

## 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 var en av hovedtalerne under APA sin konferanse i Toronto i 2015



Les mer om Nancy McWilliams:

[nancymcwilliams.com](http://nancymcwilliams.com)

Påmelding og ytterligere informasjon:

[hoopla.no](http://hoopla.no) >"Arrangementer" >søk på "Nancy"

Arrangør: Psykologberge

Epost: [kontakt@psykologberge.no](mailto:kontakt@psykologberge.no)



## Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization  
and Reprocessing

|                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| Trinn 1 Trondheim | 4. – 6. april 2016       |
| Trinn 2 Bergen    | 25. – 27. april 2016     |
| Trinn 1 Oslo      | 13. – 15. september 2016 |
| Trinn 2 Oslo      | 5. – 7. desember 2016    |
| Trinn 1 Oslo      | 11. – 13. januar 2017    |

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)

## Spesialistkurs i klinisk suicidologi

Fra selvmordsrisikovurdering til  
behandling av kronisk suicidalitet

**Tid/sted:** 17.–19. oktober 2016,  
Thon Hotel Opera i Oslo

**Pris:** kr 5 400,- inkl. lunsj, kaffe/te

**Påmeldingsfrist:** 1. september 2016

For mer informasjon:

<http://selvmord.no/utdanning>

**NSSF** Nasjonalt senter for  
selvmordsforskning  
og -forebygging



UiO : Universitetet i Oslo

Psykologtidsskriftets  
april-utgave har **tidligere  
annonsebestillingsfrist enn  
normalt** på grunn av påske.

Fristen er allerede

**fredag 11. februar**

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



## TSCC & TSCYC

– Vurdering av posttraumatiske symptomer hos barn og ungdom

### **Trauma Symptom Checklist for Children** (10 til 17 år)

*Norsk versjon: Annika Melinder*

Trauma Symptom Checklist for Children, TSCC, er et selvrapporteringskjema som måler post-traumatisk stress og relaterte symptomer. Instrumentet er ment for bruk på barn og ungdom som har opplevd traumatiske hendelser, som fysiske eller seksuelle overgrep, dødsfall blant nærstående personer, naturkatastrofer eller som har vært vitne til trusler og vold.

### **Trauma Symptom Checklist for Young Children** (3 til 11 år)

*Norsk versjon: Annika Melinder*

Trauma Symptom Checklist for Young Children, TSCYC, er et spørreskjema som anvendes for å måle et bredt spekter av akutte eller kroniske posttraumatiske symptomer hos barn som har opplevd traumatiske hendelser som overgrep eller mishandling, eller som har vært vitne til vold i hjemmet eller i sitt nærmiljø.

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

 **hogrefe**

## INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI

### For psykologer og leger igangsettes det høsten 2016:

- 2-årig INNFØRINGSSEMINAR I:** OSLO – seminarleder Eystein Våpenstad  
KRISTIANSAND – seminarleder Tone Skjerven
- 2-årig VIDEREGÅENDE SEMINAR I:** OSLO – seminarleder Rune Johansen  
STAVANGER – seminar starter høsten 2016 eller våren 2017  
avhengig av interesse. Seminarleder foreløpig ikke bestemt

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

**Videregående seminar** bygger på innføringsseminaret, og gir en teoretisk fordypning med større vekt på det kliniske arbeid. I tillegg til kravet om å ha pasienter i intensiv terapi under veiledning, som på innføringsseminar, skal kandidaten på videregående seminar gå i ikke trygdefinansiert lærebehandling.

- Innføringsseminarene består av 10 enkeltdager pr. år, med 8 undervisningstimer pr. gang, på fast ukedag, totalt 160 timer.
- Videregående seminar består av 11 enkeltdager pr. år, på fast ukedag, totalt 180 timer.
- I tillegg består seminarene av to fordypningsseminarer à 10 timer hver, på henholdsvis innførings- og videregående seminar. Disse seminarene er lagt til fredag kveld/lørdag formiddag.

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

Vi oppfordrer søkere til å sette seg godt inn i utdanningens rammebetingelser. Fullstendig informasjon om utdanningens innhold finnes på Instituttets hjemmeside [www.instpsyk.no](http://www.instpsyk.no)  
Der finnes også søknadsskjema.

Søkere på videregående seminar i Stavanger, bes oppgi i søknaden om de ønsker å begynne høsten 2016 eller våren 2017.

#### Seminaravgift:

innføringsseminar kr 10 000,- pr. semester og videregående seminar kr 10 500,- pr. semester.

#### Søknadsfrist: 15. mars 2016.

Søknad sendes via hjemmesiden [www.instpsyk.no](http://www.instpsyk.no)

#### For nærmere informasjon:

telefon 22 58 17 70 eller

e-post: [sekr@instpsyk.no](mailto:sekr@instpsyk.no) / [und-leder@instpsyk.no](mailto:und-leder@instpsyk.no)



## Behov for en god kollegasamtale?

Å være psykolog kan være vanskelig og arbeidet byr på spesielle påkjenninger. Psykologforeningen har oppnevnt psykologer i de ulike fylkene med funksjon som kollegastøtter. Disse har erfaring med å gi råd og støtte i ulike situasjoner som:

- Overbelastning/utbrenthet
- Personlige kriser
- Misbruksproblemer
- Klagesaker mot psykologer
- Negativ medieomtale

Kollegastøtter kan kontaktes av psykologer med slike problemer. Hvis du ser kolleger som har det vanskelig, kan du også oppfordre disse til å bruke ordningen. Nærmere opplysninger om ordningen finner du på psykologforeningens hjemmesider, og navn og telefonnummer til kollegastøttene i ditt fylke finner du på hjemmesiden til din lokalavdeling av foreningen. (De fleste lokalavdelinger har etablert ordningen). Se lenken til Retningslinjer for kollegastøtter i psykologforeningen [http://www.psykologforeningen.no/Medlem/Kollegastotte/\(language\)/nor-NO](http://www.psykologforeningen.no/Medlem/Kollegastotte/(language)/nor-NO)

Hvis du har spørsmål om ordningen, kan du kontakte seniorrådgiver Tove Beate Pedersen på tlf. 23 10 31 30.

# Den lille i den store



IBUP fyller 25 år og inviterer til jubileumskonferanse. Vi ønsker å belyse hvordan tidlige erfaringer virker inn i forhold til tilknytning, utvikling og overgangsfaser. Hvordan kan spedbarnet og foreldrene få hjelp til å knytte seg til hverandre? Hvordan kan barnet uttrykke og få hjelp med sine vansker gjennom lek og tegninger? Hvordan opplever barnet overgangen til ungdomsalderen og de nye kreftene som melder seg? Hvordan løser de store ungdommene overgangen til voksentilværelsen? Gjennom 11 foredrag med erfarne klinikere fra Norge og Sverige vil temaet belyses ut fra moderne teorianvendelse og nyere forskning.

## Hovedforedrag ved:

**Bjørn Salomonsson**

Leg lekare, psykoanalytiker

**Anne Kristin Rustad**

Psykiater, psykoanalytiker

**Britt Bonnevie**

Psykologspesialist, psykoanalytiker

**Turid Nicolaisen**

Psykologspesialist

**Rune Johansen**

Barne- og ungdomspsykiater

**Lena Necander-Redell**

Leg psykolog, psykoanalytiker

## Parallele sesjoner ved:

**Anne Okstad**

Psykologspesialist

**Frøydis Opseth**

Klinisk sosionom

**Lars Ravn Øhlckers**

Psykologspesialist

**Petter Kolrud**

Klinisk pedagog

**Lise Radøy**

Psykologspesialist

**Per Are Løkke**

Psykologspesialist

**Susanne Wroldsen**

Psykologspesialist

Konferansen søkes godkjent hos Norsk Psykologforening og Den Norske Legeforening.

Sted og dato: Voksenkollen kultur og konferansesenter, 16.-17.september 2016

Påmeldingsfrist: 1.juli

Pris: 3500.- inkl. middag // Studentpris: 3000.- inkl. middag

Påmelding via [www.ibup.no](http://www.ibup.no)

## 2.5 Day Training Workshop for Therapists

### “A COUPLE OF INDIVIDUALS”

**Individual and Couples Gestalt Therapy**  
From a *Fusion* model to a *Connection* Model

**Rita Resnick, Ph.D. Robert Resnick, Ph.D.**  
International Therapy Trainers

- Theory
- Live demonstrations
- Supervised Practice (optional)
- Comments, questions & comparisons

**Where:** Oslo

**When:** 2016: April 15 (18:00 – 21:00) April 16  
(9:30 – 17:00), April 17 (9:30 – 16:00)

**Tuition:** 3.500NOK + lunch

**Contact:** Erling Thorkildsen  
[erlingmt@gmail.com](mailto:erlingmt@gmail.com)



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

**Sandvika 9. og 10. mai 2016**

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

**Sted:** Spesialsykehuset for epilepsi – SSE,  
G.F. Henriksensvei 29, Sandvika

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

**Pris:** kr 2 500,-

**Bindende påmelding innen 1. mai**

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

For mer informasjon, tilsendelse av program og påmelding:

telefon 67 50 13 27 / 67 50 11 77,

e-post [undervisningAKE@ous-hf.no](mailto:undervisningAKE@ous-hf.no)

Programmet ligger også på:

[www.oslo-universitetssykehus.no/sse](http://www.oslo-universitetssykehus.no/sse) og

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

## BEHANDLING AV KRONISK/KOMPLEKS TRAUMATISERING

Ålesund 20. og 21. juni 2016

**Ellert Nijenhuis, PhD og**

**Psykologspesialist Arne Blindheim**

Pris: kr 4 500,-

Påmelding og nærmere informasjon:

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



Følg Tidsskrift for  
Norsk psykologforening på

facebook

# Praktiske arbeidsverktøy ved tap og traumer

**Festspillkurs 101-16, Bergen 26.–27. mai 2016**

## Målgruppe

Psykologer som ønsker kompetanseheving i traumepsykologi.

## Mål for kurset

Gi en kunnskapsoppdatering på forskning relevant for arbeid med tap og traumer og hvilke konsekvenser dette har for tidlig intervensjon og traumebehandling.

En del av kurset vil fokusere på arbeid med mindreårige flyktninger, samt erfaringer med og metode for veiledning til flyktningeforeldre.

Kurset gir kunnskap om diverse metoder i traumebehandling, mellom annet metoder for å:

- Dempe påtrengende minnesmateriale
- Håndtere minnepåminnere
- Dempe kroppslig uro
- Bedre søvn og dempe mareritt

## Om kurslederne

Psykolog, dr. philos. Atle Dyregrov er faglig leder ved Senter for Krisepsykologi i Bergen og professor II ved Institutt for klinisk psykologi, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen. Han har i hele sin karriere arbeidet med barn og familier som har opplevd dødsfall og ulike traume- og krisesituasjoner.

Psykologspesialist Åshild Berle Fuglestad har fra 2015 jobbet som kommunepsykolog ved Introduksjonssenteret for flyktninger, Bergen kommune. Arbeidet består av undervisning og oppfølging av flyktninger individuelt og i gruppe, samt undervisning og veiledning av ansatte.

Kurset starter 26. mai kl. 9 og avsluttes 27. mai kl. 17. Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

**MEDLEMSPRIS: kr 6 700**

**PÅMELDING OG AVMELDINGSFRIST: 21. april 2016**



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

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

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



## Medlemsmøte for privatpraktiserende psykologer med driftstilskudd og refusjonsrett

Oslo Kongressenter  
tirsdag 26. april 2016 kl. 18.00–21.00

Psykologforeningen inviterer til medlemsmøte for avtalespesialister og privatpraktiserende med refusjonsrett på Oslo Kongressenter 26. april. Møtet er hovedsakelig tenkt for privatpraktiserende i Helse Sør Øst. I løpet av året vil vi gjennomføre tilsvarende møter i de andre helseregionene.

Agenda for møtet er blant annet informasjon om pågående planer og endringer i avtalespesialistordningen, innhold i ny rammeavtale som trådte i kraft i januar 2016, takstbruk og takstendringer de seneste årene og andre aktuelle saker.

Enkel servering med kaffe/te og frukt.  
**Ingen påmelding.**

Tidligere samme dag er det et eget kurs i takstbruk og avtalepraksis for nye avtalespesialister på Grand Hotel i Oslo. Dette kurset inneholder en mer omfattende gjennomgang av takster og takstbruk. For informasjon og påmelding til heldagskurset 26. april – se egen annonse.



Norsk psykologforening  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

FORHANDLINGS-AVDELINGEN



## Dagskurs i takstbruk for avtalespesialister

Tirsdag 26. april 2016 kl. 10–17.00

Kurset er primært rettet mot nye avtalespesialister som har lite erfaring med bruk av takstsystemet i avtalepraksis. Mer etablerte avtalespesialister som ønsker en gjennomgang av avtaleverk og takstsystem er også velkomne til å delta.

Riktig takstbruk er viktig for økonomisk inntjening i en avtalepraksis, og kan forhindre unødvendige henvendelser og sanksjoner fra myndighetene på grunn av uriktig takstbruk. Kurset vil i tillegg til informasjon om takster og takstbruk, også blant annet inneholde en gjennomgang av ny rammeavtale, mal for internkontroll og beregning av normtall/aktivitetsdata.

**Sted:** Grand Hotel Oslo, 26. april 2016  
**Kursledere:** Heidi Roald og Julius Okkenhaug

**Påmelding innen:** fredag 18. mars til  
forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no

**Kursavgift:** kr 2 850,- inkludert lunsj.  
Kursavgiften er fradragsberettiget i regnskapet for din privatpraksis.



Norsk psykologforening  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

FORHANDLINGS-AVDELINGEN

### 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-lossalg](http://www.psykologtidsskriftet.no/abonnement-og-lossalg)

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







# Metakognitiv terapi

## Målgruppe

Psykologer, psykologspesialister og psykiatere.

## Målsetting

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

## Innhold

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

## Om kursleder

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

Kurset er godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

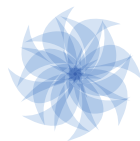
Sted og dato: Oslo, 2.-3. juni 2016

Påmeldingsfrist: 28. april 2016

Medlemspris: kr 6 700

Kursnr.: 106-16

Påmelding via [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

## Psykisk Helse som kulturell prosess – og Psykoterapi som dynamisk samspill

USA – CUBA – NORGE

Havanna, Cuba 23.–27. januar 2017

USA og Cuba har endret sine diplomatiske forbindelser. Vi er derfor glade for å kunne presentere: Det første møtet mellom psykologer og psykiatere fra USA, Cuba og Norge etter initiativ fra en norsk organisasjon.

Man tar sikte på 25 deltakere fra USA, 25 fra Norge og 30 fra Cuba. Kvoteene for USA og Cuba er allerede fylt opp og påmeldingene fra Norge har startet. Dette blir et historisk seminar.

### Foredragsholdere:

**Cuba:** *Dr. Ana Sarracent* (MD), psykiater og *Dr. Alexis Alonso* (MD), psykiater

**USA:** *Dr. Jessica Broitman* (Ph.D.), psykoanalytiker (IPA), psykolog og *Dr. Ginger Rhodes*, (Ph.D.), director of clinical services for San Francisco Psychotherapy Research Group (SFPRG), psykolog

**Norge:** Professor *dr. Siri E. Gullestad* (dr. philos.), psykoanalytiker (IPA), psykolog; professor *dr. Per-Einar Binder* (dr. psychol.), psykolog; *Jon Sletvold*, karakteranalytiker (NKI), psykolog; *Hans Peter Broch*, psykoanalytiker (IPA), psykolog og *Tor Sletten*, Bodydynamic Analytiker (BDI), psykolog

Foredragene holdes på engelsk og spansk med simultan oversettelse.

### Sosialt:

Studiegrupper. Det er i tillegg inkludert felles lunsj-piknik hver dag, felles sightseeing, besøk i den nyrestaurerte operaen og avslutningsfest i jazz-café.

Etter seminaret er det tilbud om å delta i en uformell ekskursjon til det ukjente Cuba i Orienten. Denne ekskursjonen kommer utenom, og man må betale utgiftene i fellesskap.

### Påmelding:

Påmelding til Almagroforeningen, boks 1977, 5817 Bergen ved betaling av kursavgift **NOK 5 000,-** til konto **5082 06 97348**.

Påmeldingen meldes også til e-post **almagroforeningen@gmail.com**. Skriv: «Cuba-seminaret 2017».

Reise til Havanna og opphold, besøker man selv. Det anbefales følgende hoteller (i nærheten av kursstedet Asociación Cubana de las Naciones Unidas, i Vedado): Habana Libre (luksus), Vedado eller Colina. Hotellrom reserveres enkelt over internett. Hvis ønskelig, er vi behjelpelig med å skaffe privat innkvartering (som er meget fordelaktig sosialt, prismessig og kvalitetsmessig).

### Faglig støtte:

Seminaret støttes faglig og vitenskapelig av Asociación Cubana de Psiquiatría; Institutt for klinisk psykologi ved Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen og San Francisco Psychotherapy Research Group (SFPRG).

### Godkjenning:

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

### Ytterligere informasjon:

Internett: <http://www.almagroforeningen.no>

– e-post: [almagroforeningen@gmail.com](mailto:almagroforeningen@gmail.com)

– telefon: Tor Sletten, 0034 635157267

og Hans Peter Broch, 0047 934 31 153.

**Arrangør:** Almagroforeningen – Spania/Cuba/Norge

## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?

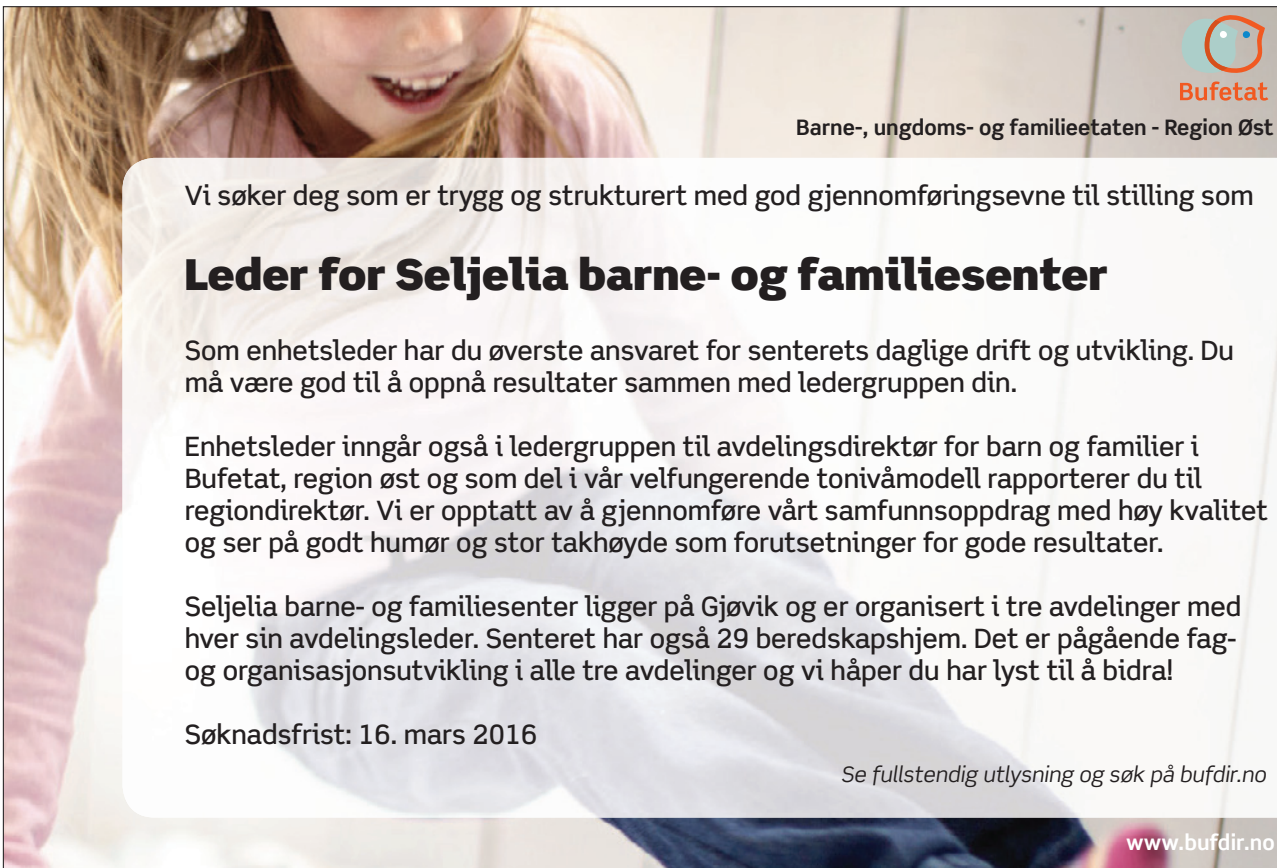
Registrer ny adresse på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)


**Min medlemside**

eller send e-post til

**[medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)**







Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Øst

Vi søker deg som er trygg og strukturert med god gjennomføringsevne til stilling som

## Leder for Seljelia barne- og familiesenter

Som enhetsleder har du øverste ansvaret for senterets daglige drift og utvikling. Du må være god til å oppnå resultater sammen med ledergruppen din.

Enhetsleder inngår også i ledergruppen til avdelingsdirektør for barn og familier i Bufetat, region øst og som del i vår velfungerende tonivåmodell rapporterer du til regiondirektør. Vi er opptatt av å gjennomføre vårt samfunnsoppdrag med høy kvalitet og ser på godt humør og stor takhøyde som forutsetninger for gode resultater.

Seljelia barne- og familiesenter ligger på Gjøvik og er organisert i tre avdelinger med hver sin avdelingsleder. Senteret har også 29 beredskapshjem. Det er pågående fag- og organisasjonsutvikling i alle tre avdelinger og vi håper du har lyst til å bidra!

Søknadsfrist: 16. mars 2016

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

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

N.K.S. Jæren distriktpsikiatriske senter AS er en privat ideell institusjon som eies og drives av Norske Kvinners Sanitetsforening, Rogaland, har driftsavtale med Helse Vest og pensjonsordning i KLP. Senteret har ca. 150 årsverk og ligger sentralt på Bryne med gåavstand til jernbane og bussholdeplass.

Jæren DPS består av tre differensierte sengeposter, ambulant akutt-team, ACT-team, allmennpsykiatrisk poliklinikk, gruppepoliklinikk, psykosepoliklinikk og forsknings- og undervisningsenhet. Senteret er både psykiatrisk sykehus og DPS for jærkommunene Klepp, Time, Hå og Gjesdal. Videre er senteret psykiatrisk sykehus for dalanekommunene Egersund, Sokndal, Bjerkreim og Lund. Les mer om oss på [www.jdps.no](http://www.jdps.no)

**N.K.S. Jæren distriktpsikiatriske senter søker:**

## Psykolog - Poliklinikk

Ved Jæren DPS er det ved Poliklinikken ledig et 1-års vikariat for psykolog. Tiltredelse etter avtale.

Poliklinikken består av ni psykologer (fem spesialister), fem leger (tre spesialister), seks psykiatriske sykepleiere, ergoterapeut, prest, kunst- og uttrykksterapeut, fysioterapeut og kontoransatte. Vårt arbeidsmiljø er preget av humor, åpne dører og kreativitet.

Hovedvekten i poliklinikken er på individuaterapi, men vi har også et bredt utvalg av ulike gruppebehandlinger; både psykodynamisk orienterte, kognitivt orienterte og kunst- og uttrykkorienterte grupper. Vi er også organisert med egen Gruppepoliklinikk. Tilnærmingen der baserer seg på mentaliseringsbasert terapi (MBT), og med utgangspunkt i denne tilnærmingen tilbyr vi både psykoedukativ, kunst - og uttrykksterapi, kroppsbevissthetsgruppe, og terapeutisk samtalegruppe, samt individualbehandling.

Arbeidsoppgaver: Utredning og kartlegging/diagnostiske vurderinger, individual/gruppebehandling, veiledning/konsultasjon og undervisning eksternt og internt. Kvalifikasjoner: Erfaring innen psykisk helsevern for voksne, norsk autorisasjon, og må beherske norsk skriftlig og muntlig.

Du kan søke på stillingen via vår hjemmeside eller via [www.jucan.no](http://www.jucan.no). Ved bruk av Jucan kan du søke etter "Jæren DPS" eller søke med ref.nr. "2915641554". CV må inneholde bekreftelse på norsk autorisasjon.

**Søknadsfrist: 15.03.2016**

Henvendelser til: enhetsleder Kirsti Hansen,

tlf. 51 77 69 34 /416 76 734,

e-post: [kirsti.hansen@ihelse.net](mailto:kirsti.hansen@ihelse.net)

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



**Jæren dps**

**N.K.S. Jæren distriktpsikiatriske senter AS**



**Kriminalomsorgen region øst**  
Ila fengsel og forvaringsanstalt

## Vikariat som PSYKOLOG (RÅDGIVER)

Ila fengsel og forvaringsanstalt har ledig et vikariat som psykolog (rådgiver) fram til 01.02.17, med tiltredelse så snart som mulig.

Vi søker primært psykolog med klinisk erfaring fra det psykiske helsevern, men yngre psykologer med interesse for klinisk diagnostikk og rettspsykiatriske problemstillinger kan også komme i betraktning.

Stillingen innebærer stor grad av tverrfaglighet.

Mer om stillingen kan leses [www.jobbnorge.no](http://www.jobbnorge.no)  
Søknader må også skrives og sendes gjennom [www.jobbnorge.no](http://www.jobbnorge.no)



**Bufetat**

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Vest

Bergen og omland familiekontor søker

## Psykologspesialist

Stillinga er fast og i 100 %.

Psykologspesialisten sine oppgaver er m.a.:

- Rådgjeving og behandling til par, enkeltpersonar og familiar.
- Mekling etter Lov om ekteskap og Lov om barn og foreldre.
- Tilsynsoppgåver.
- Utadretta arbeid.
- Deltaking i intern fagutvikling.

Bergen og omland familiekontor er lokalisert i Bergen sentrum.

Søknadsfrist: 20.03.2016

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

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

 SYKEHUSET ØSTFOLD



Vi søker:

## Psykologspesialist/psykolog

Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri og barnehabilitering  
Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Askim

Kontaktinfo: Inger Synøve Østeby, seksjonsleder,  
69 86 51 02 eller Ole-Petter Bjørkquist, psykologspesialist,  
69 86 51 00.

Søknadsfrist: 13. mars 2016

Fullstendig utlysningstekst og mer informasjon finner du på [www.sykehuset-ostfold.no/jobb](http://www.sykehuset-ostfold.no/jobb)

Ref.nr. 2937471961



## Leder og psykologspesialist

Til nyopprettet stilling søker vi en samfunnsengasjert og samfunnsorientert leder med ønske om å inkludere flere i arbeidslivet.

Du vil ha fag- og personalansvar for et team med spesialpsykologer og spesialpedagoger, samt ta del i det faglige arbeidet med enkeltbrukere.

Arbeidssted: NAV Buskerud/ Drammen

Søknadsfrist: 28. mars 2016 Ref.nr: 0696-2016-01

Fullstendig utlysning: [www.nav.no/navstillinger](http://www.nav.no/navstillinger)

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



SØNDRE LAND KOMMUNE  
Hovsbakken 1  
2860 Hov  
Tlf. 61 12 64 00

Søndre Land tilhører Gjøvikregionen og er en perle med 30 minutter til byen vår Gjøvik, én time til snaufjell og halvannen time til Gardermoen og til hovedstaden. Sentralt, men unna byens larm, svevestøv, trafikkork, kassakøer og manglende parkeringsplass. Vi har stillhet, full barnehagedekning, frisk luft, godt oppvekstmiljø, rikt kulturliv og flotte muligheter for friluftsliv på åsene og Randsfjorden.

## PSYKOLOGSPESIALIST/ PSYKOLOG

Søndre Land kommune har fått tilskudd fra Helsedirektoratet til å rekruttere psykolog for å styrke arbeidet innen rus/psykiatri. Det er opprettet en 100 % fast stilling plassert i kommunalområde Helse, omsorg og velferd. I følge lov om kommunale helse- og omsorgstjenester har kommunene ansvar for utredning, diagnostisering og behandling av lettere og moderate psykiske lidelser.

Helsedirektoratet krever at stillingen utformes slik at psykologens oppgaver omfatter både individrettet og befolkningsrettet arbeid. Tilbudet skal være lett tilgjengelig, gratis og uten henvisning. Tverrfaglig samarbeid, veiledning og gjensidig kompetanseutvikling skal stå sentralt i psykologens arbeid. Helsedirektoratet legger til rette for nettverkssamlinger for kommunepsykologer i 2016.

### **100 % fast stilling (4 g. utl.)**

Vi søker etter en psykolog som bidrar til å styrke det samlede kommunale arbeidet innen psykisk helse/rusfeltet, og som bidrar i helsefremmende og forebyggende arbeid.

#### **Kvalifikasjoner:**

Psykolog med embetseksamen

#### **Kontaktpersoner:**

Kommunalsjef helse, omsorg og velferd  
Randi Marta Berg, tlf. 61 12 65 54  
Avdelingsleder Renathe C. Nordh tlf. 61 12 65 85  
Fullstendig annonsetekst, samt elektronisk søknad finner du via Ledig stilling på [www.sondre-land.kommune.no](http://www.sondre-land.kommune.no) under stilling ledig.

Haugaland A-senter er et behandlings- og utredningssenter 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/psykolog

**Vi søker etter psykologspesialist/psykolog til vårt behandlersteam.**

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

Den utlyste stillingen inngår i et behandlersteam som består av 6 psykologspesialister, 3 psykologer, 2 psykiatere og 3 fagkonsulenter. Teamet ivaretar samtlige polikliniske behandlingsoppgaver. I tillegg gjør hensynet til kontinuitet i behandlingsrelasjoner at behandlerne i behandlerteamet også følger den enkelte pasient i hele behandlingsforløpet ved institusjonen; - dvs. både i polikliniske og døgnbaserte sekvenser.

Døgnseksjonen består av 33 døgnplasser fordelt på stabilisering, utredning, døgnklinikk og familieenhet. Av disse er to brukerstyrte senger og 3 plasser utformet som et spesialisert tilbud til gravide og sårbare familier med små barn. Døgnseksjonen har tverrfaglige behandlerteam med sykepleiere, vernepleiere, sosionomer, barneverns-pedagoger; samt lege. Dagklinikken har 5 plasser.

De kliniske problemstillingene er varierte og dekker et bredt spekter av behandlingsmessige utfordringer, tilnærminger og metodevalg. Institusjonen har derfor et omfattende og bredspektrert program for videre- og etterutdanning. Dette omfatter for tiden bla. et internt, meritterende videreutdanningsprogram i mentaliseringsbasert behandling og et systematisert opplegg i traumebehandling.

Vi har også et utstrakt samarbeid med det lokale helseforetaket. Dette omfatter felles behandlings- og tiltakskjeder, så vel som fortløpende gjensidig kompetanseutveksling.

Haugaland A-senter kan tilby et stabilt og godt tverrfaglig arbeidsmiljø.

Personlig egnethet og evne til samarbeid tillegges betydelig vekt.

Lønn etter avtale.



#### **For nærmere opplysninger kan du kontakte:**

klinikkjef Geir Henrik Iversen, telefon 52 73 30 00.

**Søknadsfrist: 13. mars 2016**

For mer informasjon og elektronisk søknadsskjema se: [www.haugaland-asenter.no](http://www.haugaland-asenter.no) eller [www.jobbdirekte.no/haugaland-asenter](http://www.jobbdirekte.no/haugaland-asenter)



 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS  UIO : Universitetet i Oslo

Akershus universitetssykehus er Norges største akuttssykehus, 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.

**Divisjon psykisk helsevern  
- Voksenhabilitering  
Psykolog**


Avdelingen har to ledige vikariater for psykolog. Avdeling voksenhabilitering er organisert i Divisjon psykisk helsevern. Vi har i dag 9 psykologer med spesialisering i klinisk nevropsykologi, psykologisk rehabilitering og klinisk voksen, eller som er under spesialisering.



Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Jan Erik Østvik, Teamleder, 67 96 84 50.

Referansenr: 2932329114

**Søknadsfrist: 16. mars 2016**

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

[www.ahus.no](http://www.ahus.no) HELSE  SØR-ØST

 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS  UIO : Universitetet i Oslo

Akershus universitetssykehus er Norges største akuttssykehus, 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.

**Divisjon psykisk helsevern  
Lege i spesialisering - ABUP**


Divisjon psykisk helsevern, avdeling barn og unges psykiske helsevern (BUP) har ledig 2 vikariater for Lege i spesialisering.

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Kirsten Yset, seksjonsleder, tlf. 63 89 42 12 eller Heidi Lisbeth Ebbestad, seksjonssjef BUP Øvre Romerike, tlf. 63 94 16 00.

Referansenr: 2937227360

**Søknadsfrist: 22. mars 2016**

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

[www.ahus.no](http://www.ahus.no) HELSE  SØR-ØST

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

**Psykologspesialister/  
psykologer**

**Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk Sandnessjøen  
Døgnavdeling for barn og ungdom Mosjøen**

Helgelandssykehuset har ledige stillinger for psykologer som skal jobbe med barn og unge ved våre psykiatriske sentere i Mosjøen og Sandnessjøen

Psykologspesialister i barne- og ungdomspsykologi eller psykolog med ønske om fordypning i barne- og ungdomspsykologi er velkommen til å søke

**Kontaktperson BUP Sandnessjøen:**  
Avdelingsleder Gunnar Holmvik, tlf. 476 20 801.

**Kontaktperson Døgnavdeling barn og unge Mosjøen:**  
Bodil Slind, tlf. 991 04 187.

**Søknadsfrist 13. mars 2016**

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

 HELGELANDSSYKEHUSET  
HELGELAANTEN SKIEMTJE-GAETIE 

**- 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, forskere, og underviser pasienter og pårørende.

**Farsund**

**Psykologspesialist/psykolog  
- DPS Lister poliklinikk**

Vi har ledig 2 x 100 % stilling som psykolog/psykologspesialist ved DPS Lister poliklinikk Farsund - den ene stillingen er fast og den andre er en 2-årig midlertidig stilling.


Tiltredelse etter avtale for begge stillingene.

Opplysninger: Magne Vegge, enhetsleder, 930 47 891 / 38 19 65 30.

**Søknadsfrist: 10. mars 2016**

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.**

 SØR-ØST SYKEHUS



DET KONGELIGE BARNE-, LIKESTILLINGS-  
OG INKLUDERINGSDEPARTEMENT

## Barnesakkyndig kommisjon – ny leder og nye kommisjonsmedlemmer

Barnesakkyndig kommisjon har som oppgave å kvalitetssikre sakkyndige rapporter bestilt av barneverntjenesten, fylkesnemnda, domstolene eller private parter, knyttet til barnevernssaker.

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet skal oppnevne ny leder og nye kommisjonsmedlemmer fra **1. september 2016**.

For fullstendig utlysningstekst, se [www.jobb.dep.no/bld](http://www.jobb.dep.no/bld)  
Søknadsfrist: **23. mars 2016**

### - 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, forskere, og underviser pasienter og pårørende.

#### Kristiansand

### Psykologspesialist/psykolog - DPS Solvang

- 1 x 100 % fast stilling for psykologspesialist/psykolog tilknyttet døgnposten
- 1 x 100 % vikariat inntil 3 år for psykologspesialist tilknyttet allmenteamet.
- 2 x 100 % fast stilling for psykologspesialist/psykolog tilknyttet FACT/TANDEM

Opplysninger: Per Egeland, avdelingsleder, 905 74 999, Marianne Rønberg, enhetsleder, poliklinikk, 38 17 48 22 eller Gunnlaug Moseid, enhetsleder, døgnpost, 38 17 48 01.

**Søknadsfrist: 21. mars 2016**

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

### - 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

### Nevropsykolog - DPS Strømme, poliklinikken

Vi har ledig 100 % fast stilling som nevropsykolog.  
Tiltredelse snarest.

DPS Strømme består av psykiatrisk poliklinikk i Kristiansand og Mandal, døgnenhet, samt Ambulant akutteam (AAT). Nevropsykologen vil være lokalisert ved poliklinikken i Kristiansand, men serve alle enheter i avdelingen.


**Opplysninger:** Karen E. Bjørnstad Havåg, enhetsleder, tlf. 38 07 63 00 eller Linda Esperaas, enhetsleder AAT/psykologspesialist, tlf. 38 12 53 93

**Søknadsfrist: 26. februar 2016**

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



**Sykehuset i Vestfold**

Klinikk psykisk helse og rusbehandling -  
Psykiatrisk fylkesavdeling - Poliklinikk Rus og psykiske lidelser

## Psykologspesialist / Psykolog

100 % fast stilling - med interesse for rus- og psykiatrifeltet og erfaring fra tverrfaglig teamarbeid.

**Startdato: 01.04.2016**

Vi ønsker deg inn i teamet og ditt bidrag i å utvikle teamet og tilbudet til målgruppen. Du vil møte et tverrfaglig team med høy grad av spesialistkompetanse, tilgjengelighet, fleksibilitet og trygghet i sitt arbeid.

**Kontaktinfo:** Lone G. Ziegemann, prosjektleder, tlf. 33 37 50 00, e-post: lone.ziegemann@siv.no eller Anders Kristian Wivestad, seksjonsleder, tlf. 33 34 18 51, e-post: anders.wivestad@siv.no

**Søknadsfrist: 22. mars 2016**

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

HELSE SØR-ØST

frantz.no

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

PHR Lofoten DPS, Ambulant Akutt Team

## Psykologspesialist / psykolog

- 100 % fast stilling.

Som psykologt/psykologspesialist ved Lofoten DPS, Ambulant Akutt Team, vil du få varierte arbeidsoppgaver i en tverrfaglig sammensatt poliklinikk. Dine kollegaer har ulik fagbakgrunn og lang erfaring. Vi samarbeider godt internt og eksternt, samt jobber strukturert med pasientbehandling.

### Arbeidsoppgaver

- Klinisk arbeid; utredning, diagnostiske og behandling
- Ambulante akutte oppdrag
- CL tilsyn
- Behandling av pasienter i psyk. sengepost
- Intern og eksternt veiledning og undervisning

For nærmere opplysninger kontakt konst. avdelingsleder Desiree Høgmo, tlf. 907 55 909, Desiree.Iselin.Hogmo@nordlandssykehuset.no

**Søknadsfrist: 14. mars 2016**

**Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:**  
[www.nlsh.no](http://www.nlsh.no)



**NORDLANDSSYKEHUSET**  
NORDLANDA SKIPPIVIESSO



frantz.no

### PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2016

#### 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 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 |
|----|----------------|-----------|
| 4  | 11.03          | 01.04     |
| 5  | 18.04          | 02.05     |
| 6  | 18.05          | 01.06     |
| 7  | 16.06          | 01.07     |

#### ANNONSEFORMATER

| 1/1 side           | 1/2 side            |                     | 1/4 side            |
|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Stående<br>170x234 | Stående<br>82,5x234 | Liggende<br>170x115 | Stående<br>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**  
rfroey@online.no  
450 30 522

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

**Medlemmer**

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

**Geir Skauli**  
geir.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 Overland**  
klara.overland@uis.no  
406 08 818

**Sogn og Fjordane**  
**Karen-Merete Bruland**  
karen-merete.bruland@  
bufetat.no  
991 08 520

**Sør-Trøndelag**  
**Morten Thorsen**  
morten.thorsen@nav.no  
73 43 81 80

**Telemark**  
**Birgitte Lindøe**  
birgitte.lindoe@  
borgestadklinikken.no  
473 83 123

**Troms**  
**Elisabeth Growen Borch**  
elisabeth@njaal.net  
988 75 422

**Vest-Agder**  
**Ann Birgithe S. Eikhom**  
abseikhom@gmail.com  
971 29 052

**Vestfold**  
**Anne-Kristin Imenes**  
anne.kristin.imenes@  
gmail.com  
907 55 410

**Østfold**  
**Harald Sandnes**  
hasandne@online.no  
930 94 209

**FAGETISK RÅD**

**Gisken Holst**, leder  
Rådgivningstelefon  
480 58 723, onsdager  
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG  
FOR FAGETISKE  
KLAGESAKER**

**Knut Dalen**, leder, e-post  
knut.dalen@nevropsykolog.  
no, tlf. 958 06 868

**LØNNS- OG ARBEIDS-  
MARKEDSUTVALGET**

**Rune Frøyland**, leder,  
tlf. 450 30 522  
**Birgit Aanderaa**, nestleder,  
tlf. 917 12 983  
**Bjarte Bønes Bruntveit**,  
Spekter-helse, tlf. 909 98 052  
**Ingvild Gregersen**, Spekter-  
helse, tlf. 957 27 801  
**Lone Løvschall**, KS,  
tlf. 952 28 184  
**Marianne Sand**, Stat,  
tlf. 930 56 103  
**Helene Kindle-Skau**, Virke/  
HUK, tlf. 924 28 703  
**Knut Follesø**, Privatpraksis,  
tlf. 920 37 744  
**Erik Holand**, Helse Nord,  
tlf. 958 28 018  
**Mats Larssen**, Helse Sør-Øst,  
tlf. 952 80 577

**FORHANDLINGS-  
UTVALG FOR PRIVAT  
PRAKSIS**

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

**SPELIALITETSRÅDET**

**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

**FAGUTVALGENE****Felleselementene**

**Per-Einar Binder**, leder,  
e-post per.binder@psykp.uib.  
no, tlf. 995 00 313

**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**

**Else-Marie Molund**,  
leder, e-post else-marie.  
molund@psykologene.no,  
tlf. 481 33 860

**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@  
diakonsyk.no, tlf. 950 65 234

**Klinisk samfunnspsykologi**

**Kjersti Hildonen**, leder,  
e-post kj\_hildonen@hotmail.  
com, tlf. 907 85 288

**Organisasjonspsykologi**

**Rudi Myrvang**, leder, e-post  
rudi.myrvang@cut-e.no,  
tlf. 906 03 555

**GODKJENNINGS-UTVALGET**

**Odd Arne Tjersland**,  
leder, e-post o.a.tjersland@  
psykologi.uio.no,  
tlf. 977 37 785

**ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER**

**Kim Larsen**, leder, e-post  
kim.larsen@so-hf.no,  
tlf. 69 32 62 24

**FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET**

**Kirsten Rasmussen**, leder,  
e-post kirsten.rasmussen@  
svt.ntnu.no, tlf. 73 59 78 33

**STUDENTPOLITISK UTVALG**

**Tuva Emilie Haugdahl**  
**Roskar**, 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  
**Aina Fraas Johansen**,  
nestleder, e-post aina.f.j@  
psykologforeningen.no

**Utdanningsavdeling**

**Bjørnhild Stokvik**,  
utdanningsjef,  
e-post bjornhild@  
psykologforeningen.no  
**Eva Danielsen**,  
nestleder, e-post eva@  
psykologforeningen.no  
Kontakt kurs@  
psykologforeningen.no

**NORSK PSYKOLOGFORENING**

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo  
Besøksadresse: Kirkegata 2  
Tlf. 23 10 31 30  
Faks 22 42 42 92  
E-post post@  
psykologforeningen.no  
Hjemmeside  
www.psykologforeningen.no

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

## TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo  
Besøksadresse:  
Grev Wedels plass 4

### FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

**Trine Anstorp**, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging  
**Kjersti Arefjord**, Universitetet i Bergen  
**Eva Dalsgaard Axelsen**, Universitetet i Oslo  
**Henning Bang**, Universitetet i Oslo  
**Per-Einar Binder**, Universitetet i Bergen  
**Anne Inger Helmen Borge**, Universitetet i Oslo  
**Tim Brennen**, Universitetet i Oslo  
**William Brochs-Haukedal**, Norges handelshøyskole  
**Nikolai Czajkowski**, Universitetet i Oslo  
**Knut Dalen**, Universitetet i Bergen  
**Gudrun Dieserud**, Nasjonalt folkehelseinstitutt  
**Fanny Duckert**, Universitetet i Oslo  
**Atle Dyregrov**, Senter for krisepsykologi

**Tor-Johan Ekeland**, Høgskulen i Volda  
**Ståle Einarsen**, Universitetet i Bergen  
**Hege R. Eriksen**, Universitetsforskning Bergen  
**Anders Martin Fjell**, Universitetet i Oslo  
**Magne Arve Flaten**, Universitetet i Tromsø  
**Rolf W. Gråwe**, St. Olavs hospital  
**Siri Erika Gullestad**, Universitetet i Oslo  
**Roger Hagen**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Odd E. Havik**, Universitetet i Bergen  
**Anthony Hawke**, Familievernkontoret i Stavanger  
**Asle Hoffart**, Modum Bad  
**Arne Holte**, Nasjonalt folkehelseinstitutt  
**Hanne Haavind**, Universitetet i Oslo  
**Reidun Ingebretsen**, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring  
**Tine K. Jensen**, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress  
**Leif Edward Ottesen Kennair**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Stein Knardahl**, Statens arbeidsmiljøinstitutt  
**Gerd Kvale**, Universitetet i Bergen

**Øyvind Kvello**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Kim Larsen**, Sykehuset Østfold  
**Arild Lian**, Bredtvet kompetansesenter  
**Gro Therese Lie**, Universitetet i Bergen  
**Astri J. Lundervold**, Universitetet i Bergen  
**June Ullevoldsæter Lystad**, Oslo Universitetssykehus  
**Svein Magnussen**, Universitetet i Oslo  
**Øyvind Lund Martinsen**, Handelshøyskolen BI  
**Willy-Tore Mørch**, Universitetet i Tromsø  
**Simon-Peter Neumer**, RBUP Øst og Sør, Oslo  
**Geir Høstmark Nielsen**, Universitetet i Bergen  
**Hans Nordahl**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Inger Hilde Nordhus**, Universitetet i Bergen  
**Terje Ogden**, Atferdssenteret – Unirand  
**Ståle Pallesen**, Universitetet i Bergen  
**Magne Raundalen**, Senter for krisepsykologi  
**Sissel Reichelt**, Universitetet i Oslo  
**Ivar Reinvang**, Universitetet i Oslo  
**Astrid M. Richardsen**, Handelshøyskolen BI

**Jan H. Rosenvinge**, Universitetet i Tromsø  
**Bjørn Rishovd Rund**, Universitetet i Oslo  
**Frida Gullestad Rø**, Universitetet i Oslo  
**Michael Helge Rønnestad**, Universitetet i Oslo  
**Gro Mjeldheim Sandal**, Universitetet i Bergen  
**Per Øystein Saksvik**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Borrik Schjødt**, Haukeland universitetssykehus  
**Jan Skjerve**, Universitetet i Bergen  
**Ingunn Skre**, Universitetet i Tromsø  
**Arvid Skutle**, Stiftelsen Bergensklinikkene  
**Lars Smith**, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse  
**Håkan Sundberg**, Universitetet i Bergen  
**Frode Svartdal**, Universitetet i Tromsø  
**Nora Sveaass**, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo  
**Stephen von Tetzchner**, Universitetet i Oslo  
**Odd Arne Tjersland**, Universitetet i Oslo  
**Bente Træen**, Universitetet i Oslo  
**Merete Øie**, Sykehuset Innlandet HF  
**Simon Øverland**, Universitetet i Bergen

**Til bidragsyterne:** Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: [bjornar@psykologtidsskriftet.no](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 innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppagve.

**Abonnement:** Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 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:**  
11.03, 18.04, 18.05, 16.06, 18.07, 18.08, 19.09,  
18.10, 18.11

