

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKISKE FORENING

PSYK KOL OGI

Vol.53 nr.10 2016

**- Overdrevet
behandlings-
effekt**

NÅ-intervjuet

**ME OG
AFFEKT-
BEVISSTHET**

Fra praksis

**Økologisk
modell for
mindre tvang**

Vitenskapelig artikkel

ISSN 0332-6470

INTERPRESS 2008-10



9 770332 647006 10

RETURUKE 45 150 NOK

Bendik Kaltenborg.

PSY KOL OGI

Vol. 53 **nr. 10** 2016

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

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

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

Redaktører/journalister Øystein Helmikstøl,
oystein@psykologtidsskriftet.no, tlf. 464 66 978 og Nina Elisabeth Strand,
nina.strand@psykologtidsskriftet.no, tlf. 979 59 515

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

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

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

Markedskonsulent Winnie Engevold

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Marianne Hansen, Nasjonalt
kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Catharina E. A. Wang, Universitetet i Tromsø

Omslagsillustrasjon Bendik Kaltenborn / byHands

Form Laboremus Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

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

Medisinsk tillegg

PSYKOLOGERS EVIDENSBASERTE PRAKSIS bør også inkludere medikamentell behandling. I hvert fall for noen lidelser og noen befolkningsgrupper. Det virker å være en godt mulig følge av Pim Cuijpers forskning (se intervju side 788).

Den grunnleggende skepsisen til bruk av medisiner er likevel lett å forstå og forsvare. Legemiddelbransjen har ikke akkurat spilt sine kort redelig når de forteller om pillenes effekt, mens forfattere som Roger Whitaker og Peter Gøtzche dokumenterer at psykofarmaka er langt farligere – og langt mindre virksomme – enn hva vi ellers opplyses om. Her til lands lærte vi nylig at den kraftige økningen i bruken av antidepressiva hos unge det siste tiåret ikke kan knyttes til en tilsvarende vekst i antallet unge med klinisk depresjon, et klart signal om en liberal bruk av reseptblokka. Og mange brukere ønsker medisinfrie tilbud da de heller vil leve med sine plager enn med medisinenes bivirkninger.

På et overordnet nivå virker skepsisen enkel å forsvare. Samtidig bør debatten om medikamentell behandling nyanseres og spesifiseres. Slik Cuijpers gjør. Forskningen hans omhandler først og fremst voksne med depresjoner, og hvilken behandling som hjelper best for dette lidelsesbildet. Heller ikke han finner forskjell i effekt av medikamentell behandling og psykologisk behandling. Men han sier at det ser ut til at effektene virker uavhengig av hverandre. Det betyr at medisiner og psykoterapi sammen gir dobbel effekt når man skal behandle depresjon. Hvis Cuijpers funn står seg, er det kanskje et like stort problem om psykoterapi tilbys alene, som at piller tilbys alene? For da tilbyr vi bare én hjelpende hånd istedenfor to.

Hvis dette bildet er riktig, må psykologer ha oppdatert kunnskap også om medikamentell behandling, og det vil kreve kompetanseheving. Bør vi ha en egen psykofarmakaspalte i Psykologtidsskriftet? Må både grunnutdanningen og spesialiseringen skolere i medikamentell behandling? Skal lovgivningen åpne for at legemiddelkonsulenter skal få lov til å informere om (les gjerne selge) sine produkter til psykologer?

Når det samtidig ser ut til at publiseringsbias overdriver effekten av psykologisk behandling på samme vis som legemiddelforskningen har overdrevet effekten av medikamentell behandling, er det all mulig grunn for standen til å ta en åpen diskusjon om hvordan dette vil påvirke behandlingen vi tilbyr våre klienter i årene som kommer. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Debatten om medikamentell behandling bør nyanseres og spesifiseres

794



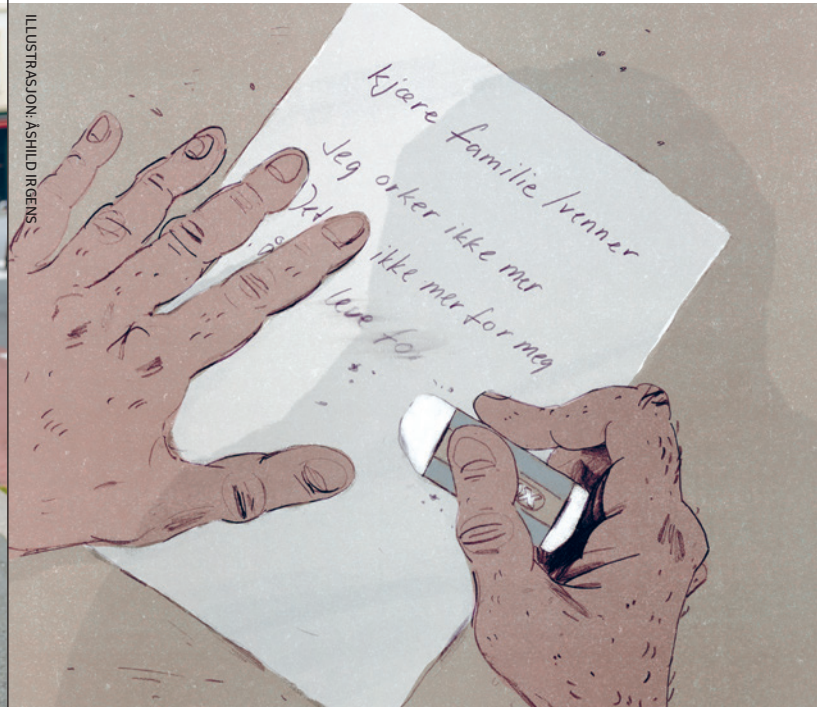
FOTO: FORTENRI

MINNEPRIS-VINNERE

Døve og hørselshemmede med tegnspråk som førstespråk får ikke tilpasset utredning, ifølge Ragna Erdal-Aase og Knut-Petter Sætre Langlo. Psykologene fikk pris for fjorårets beste vitenskapelige artikkel i Psykologtidsskriftet.

Aktuelt

830



ILLUSTRASJON: ASHILD IRGENS

UNØYAKTIG OM SELVMORD

Når Norsk psykologforening gjennom sine nettsider henvender seg til et stort publikum for å informere om psykiske lidelser, bør det som formidles være så korrekt som mulig.

Meninger

826

Asylmottaket har mange beboere, men bare en liten del av dem har deltatt i samtalegruppene. De som kanskje trenger det mest, er fortsatt inne på rommene sine.

Fra praksis-bidrag fra Dikemark asylmottak



FOTO: MARGARITA KABAKOVA

SVETLANAS METODE

I Nobelprisvinner Svetlana Aleksijevitsjs bøker skrives individets stemme inn i et kollektivt kor. Slik åpner forfatteren for en psykologi der individ og kultur kan utforskes samtidig.

Inntrykk

Innhold

- 785 **Medisinsk tillegg**
Leder | Bjørnar Olsen
- 788 **- Vi er ikke gode nok som terapeuter**
NÅ: Pim Cuijpers | Per Olav Solberg
- 790 **Den andre sida av spegelen**
Aktuelt | Ingrid How Indregard
- 794 **Vil ha likeverdige helsetjenester til døve**
Aktuelt | Nina Strand
- 798 **Kronisk utmattelsessyndrom og affektbevissthet hos ungdom**
Fra praksis | Linn Rødevand & Henrik Børsting Jacobsen
- 806 **Regulering av emosjoner og atferd hos personer med utviklingshemning**
Vitenskapelig artikkel | Leif Hugo Stubrud
- 814 **Norske afghanistanveteraner: Stigma, barrierer og helsehjelp**
Vitenskapelig artikkel | Grethe E. Johnsen & Hans Jakob Bøe
- 824 **Tigertanker**
Fri assosiasjon | Tonje Kennair
- 826 **Profesjonelle og frivillige**
Fra praksis | Kristin Buvik & Marianne Bang Hansen
- 829 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Utdatert om selvmord (s. 830)
Debatt: Behandlingsformer (s. 835), Nye rusmidler (s. 836), Radikalisering (s. 838)
Derfor: Brobygging (s. 841)
Perspektiv: Når skolen blir psykt vanskelig | Gerd Kristiansen (s. 842)
- 844 **INNTRYKK**
Bokessay: Sjelshistorier (s. 844)
Takketales: Psykolog på TV - da og nå (s. 852)
Anmeldelser: Menneskeerettigheter for helsepersonell (s. 854), Livet med sykdom (s. 856)
- 860 **Kurskalenderen**
- 861 **Annonser**
- 866 **Stillingsannonser**

- VIER IKKE GODE NOK SOM TERAPEUTER

Forskningsdataene levner ingen tvil: Effekten av psykoterapi på pasienter med depresjon er langt lavere enn psykologer liker å tro.

TEKST OG FOTO Per Olav Solberg

– Du og ditt forskerteam har analysert over 350 randomiserte behandlingsstudier knyttet til depresjon. Hva er det mest sentrale funnet?

– Det aller viktigste budskapet er at psykologer gjør en god behandlerjobb, men vi er dessverre ikke i nærheten av å være så gode som vi bør. Seks av ti pasienter blir bedre etter behandling, og det høres i seg selv ikke galt ut. Men når vi vet at mellom fire og fem pasienter oppnår bedring uansett, behandling eller ei, betyr det at effekten av terapi er relativt moderat.

– Er det noen behandlingsformer som skiller seg ut, positivt eller negativt?

– Nei. Metodevalg har ingen betydning for behandlingseffekt, i hvert fall ikke når vi snakker om anerkjente, evidensbaserte metoder som ofte brukes mot depresjon. Da kommer samtlige metoder relativt likt ut. I vårt materiale har vi blant annet sammenlignet kognitiv atferdsterapi (KAT) med alle andre terapiformer vi har data på, for å se om KAT kommer noe bedre ut enn andre metoder. Det gjør den ikke.

– I psykologiske fagmiljøer, og også i spaltene våre, er det jevnlig uenigheter om hvilke terapiformer som er best egnet til å behandle ulike typer psykiske lidelser. Er dette meningsløse diskusjoner etter din oppfatning?

Hvorfor NÅ?

- Pim Cuijpers er professor i klinisk psykologi ved Vrije Universiteit i Amsterdam, Nederland.
- Han var invitert til Psykologkongressen i Oslo i begynnelsen av september for å snakke om hva han tenker er den beste måten å drive depresjonsbehandling på.
- Cuijpers og hans forskerteam har blant annet gjort store metastudier på behandlingseffekt av depresjon.

– For depresjon, som er den lidelsen jeg kan uttale meg om, mener jeg slike debatter er nytteløse. Og de hjelper i hvert fall ikke pasientene. Det har blitt forsket svært mye på ulike behandlingsmetoder og hvilken effekt de har på pasienter som lider av depresjon. Vi trenger ikke forske mer på dette, vi vet nå at alle evidensbaserte metoder er omtrent like effektive.

– Hva sier forskningen din om medikamentell behandling av depresjon?

– Effekten sammenlignet med psykoterapi er relativt lik, men den varer kortere. Pasientene får altså vanligvis raskere tilbakefall når de slutter å bruke antidepressiva, sammenlignet med de som har sluttet i psykoterapi. Men forskningen vår er tydelig på at pasienter som får medikamentell behandling i tillegg til psykoterapi, har signifikant bedre behandlingsresultater enn de som kun får psykoterapi. Kombinert behandling ser dermed ut til å være det som fungerer aller best mot depresjon.

– I hvilken grad tar analysene deres høyde for «bias» i forskningen?

– Vi har sett grundig på dette. Psykologisk forskning har problemer på minst to felter: Kvaliteten på mange av behandlingsstudiene i fagfeltet er for dårlig. Konsekvensen er at behandlingseffekten i mange studier overdri- ves. Ser vi på behandlingsstudier av høy kva-



litet, og disse er det dessverre langt færre av, er behandlingseffekten lavere enn i de «dårlige» studiene. I tillegg vet vi at mange studier – rundt 20 prosent – aldri publiseres fordi de ikke inneholder signifikante funn. Tar vi høyde for denne typen «bias», reduseres behandlingseffekten betydelig.

– **Hvor betydelig da?**

– En psykolog må i gjennomsnitt behandle tre pasienter for at én skal ha positiv effekt av behandlingen. Når vi tar høyde for «bias», reduseres effekten radikalt: Psykologen må da behandle seks pasienter for at én skal bli bedre.

– **Er ikke dette alarmerende svake tall?**

– Det kommer an på øyet som ser. Jeg vil fortsatt hevde at psykologer generelt gjør en god jobb, og at psykologer gir god hjelp til et stort antall mennesker, men vi har nok altfor lenge overdrevet hvor bra terapi mot depresjon virker.

– **Håpefulle pasienter med depresjon kan vel miste motet av mindre. Hva er likevel dine beste råd til pasienter som sliter med depresjon?**

– Det er nok ikke pedagogisk lurt å presentere denne typen tall for en pasient i behandling, men for psykologstanden tenker jeg denne informasjonen er viktig. Den viser at vi både trenger mer kunnskap, og at vi har mye å strekke oss etter. Mitt råd til pasienter, basert

på min forskning, vil være å oppsøke hjelp raskt og å jobbe med høy intensitet. Vår metastudie viser at pasienter som går i terapi to ganger i uken, oppnår betydelig bedre behandlingseffekt enn de som går én gang i uken eller mindre. Sett fra et klinisk ståsted gir dette mening: Man mobiliserer pasientene på en mer intens måte og utsetter dem for et positivt press som «tvinger» dem til å jobbe hardt med seg selv for å få til en forandring.

– **Når du sier «opsøke hjelp raskt», mener du da rask hjelp hos en psykolog, eller tenker du også på andre behandlingsformer?**

– Jeg tenker fleksibelt. Pasienter er ulike, og mange evner selv å finne ut hva som passer best for dem. Å lese selvhjelpsbøker om depresjon kombinert med terapi på internett kan være utmerket for mange. Samfunnet er tjent med at det finnes behandlingstilbud som ikke koster for mye, og som det er enkelt og effektivt å ta i bruk.

– **Til slutt: Hva er ditt budskap til den norske helseministeren?**

– Depresjon er et stort helseproblem, med en enorm økonomisk dimensjon. I Nederland har man beregnet at bare depresjon koster samfunnet mellom 6 og 7 milliarder euro per år. Å investere flere offentlige kroner i psykisk helsefeltet vil være lønnsomt for samfunnet og hjelpe flere. ❖

HYPPIGHET AVGJØR

Behandlingseffekten av depresjon er temmelig uavhengig av hvilken psykologisk metode man bruker. Frekvens, derimot, spiller en stor rolle for behandlingseffekt, ifølge Pim Cuijpers.

Den andre sida av spegelen

I psykisk helsevern har brukaren fått status som ekspert på seg sjølv. Det har ikkje alltid vore slik, noe psykiatrisk sjukepleiar Åsta-Synnøve Myhre kan vitne om.

TEKST

Ingrid How Indregard, journalist og spesialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi

PASIENTMEDVERKING ER LOVPÅLAGT. Helseministeren prisar framgangen i brukarmedverking innan psykisk helse. Smerteavdelinga i Tromsø er ein norsk pioner på brukarsentrert tilnærming til pasientane. Åsta-Synnøve Myhre, som er psykiatrisk sjukepleiar, har leda og vært med på å utvikle denne tverrfaglege avdelinga dei tolv siste åra. Ho var også med på å skape det første akuttpsykiatriske teamet i Noreg.

Komplekse smerter treng ei brei tilnærming til fagfeltet. På smerteavdelinga arbeider psykologar, psykiatriske sjukepleiarar, smertesjukepleiarar, legar, fysioterapeutar og ein sekretær. Sentralt har vore tilrettelegging av ein *open dialog*, ei haldning og ein arbeidsmåte med vekt på refleksjonen saman med pasienten.

I 2016 blei Myhre pensjonist, og kan sjå tilbake på ei historisk utvikling, der tenkemåten med å inkludere brukaren i terapien er reformert. Leiaren for smerteavdelinga har vore

med på grensesprengande endringar med økt tverrfagleg jobbing og økt brukarmedverking både innanfor det somatiske og det psykiatriske fagfeltet.

Eg møter Myhre på Berg og Sattwa kunstterapeutiske institutt i Tromsø. 62-åringen skal snart meditere.

FRÅ SOMATIKK TIL PSYKIATRI

– Kor skal ein begynne? Nokre kapittel i yrkeslivet mitt har hatt stor tyding for korleis smerteavdelinga blei til.

Myhre hadde den medisinske akuttforståinga i botn, etter å ha jobba som intensivsjukepleiar i nokre år, då ho i 1986 fekk jobb på Åsgård psykiatriske sjukehus i Tromsø.

– Det var ein heilt ny måte å tenke og forstå på ved Åsgård. Eg møtte trivelege kollegaer som var opptekne av ein så open kommunikasjon som mogeleg, ikkje av tvang, og heller ikkje så mykje av medisinar.



BALANSE Åsta-Synnøve Myhre er ein pioner i brukarsentrert tilnærming til pasientane. - Det å meditere gjer at eg kan ta imot pasienten sine uttrykk og sjølv sagt også ta imot meg sjølv, fortel ho. Foto: Privat.

Myhre vidareutdanna seg i psykiatrisk sjukepleie. Ho blei avdelingsleiar på ei langtidsavdeling. Der skulle pasientane vere med på møta om dei. Dei var også med på å skrive rapportane om seg sjølve. Det var nybrottsarbeid og ikkje lett, pasientane hadde budd på institusjonen lenge. Tom Andersen, psykiater og overlege på avdelinga, introduserte Myhre for tanken om at pasientane skulle ha meir medverking på eiga behandling.

– Det var den fyrste gongen eg kom i kontakt med reflekterande team og reflekterande prosessar.

Tom Andersen var også professor i samfunnsmedisin i Tromsø. Han utvikla metoden *reflekterande team*. I kjellaren på Åsgård sat han og nokre kollegaer attom ein spegel og observerte ein familieterapisesjon. Då slo det han at kanskje familien på den andre sida av spegelen kunne vore interessert i å vite kva som blei sagt om dei i observasjonsrommet. Etter å ha diskutert med kollegaene slo Andersen av lyset i terapirommet og på i observasjonsrommet, slik at familien kunne sjå observatørane, mens familien sjølv blei usynleg. Terapeutane begynte å diskutere kva dei hadde observert, mens familien fekk sjå og høre alt. Andersen kjente seg naken når han blei observert av ein usynleg familie som kunne diskutere det han sa, utan at han kunne høre det. Reflekterande prosessar inneber at det skal gjevast rom i ein samtale for at ein skal veksle mel-

Open dialog

- Metoden Open dialog er utvikla av den finske psykolog Jaakko Seikkula som jobba med psykotiske pasientar. Klienten er ein viktig ressurs som må trekkast inn og aktivt ta del i eiga behandling.
- Smerteavdelinga på Universitetsjukehuset i Nord Norge kartlegg den einkilde pasient sine smerteproblem og kjem med forslag til behandlingstiltak. Alle fagpersonane sit saman med pasienten og deler vurderingar.
- Reflekterande team blei utvikla av psykiater Tom Andersen. Han var opptatt av å «snu» einvegspegelen og gje klientane innsyn i terapeutane sine prosessar og ein styrka posisjon i behandlingsrommet.

»



DIALOG Åsta-Synnøve Myhre og Tom Andersen var opptekne av å stille seg så opne som mogeleg i dialogen med pasientane. Foto: Privat.

– Det var om å gjere å få i gang samtalen som hadde stoppa opp

Åsta-Synnøve Myhre om møtet med Jaakko Seikkula

lom å lytte og å snakke, at alle er jamlike, at alle skal få lov til å snakke ferdig. Du må alltid snakke ut ifrå deg sjølv, slik at du ikkje kjem i skade for å definere den andre.

Andersen og Myhre var kollegaer og arbeidde saman så lenge han levde. Ho og andre terapeutar på psykiatrisk poliklinikk var med i det som vart kalla Nordkalottprosjektet. Dei var med Andersen ut i verda for å undervise og lære av andre terapeutar.

Myhre fortel at ho snakkar med Andersen framleis, sjølv om han er død. Ho minnest at han lytta, var på hogget, og var god til å halde seg til det essensielle.

– Det er alltid meir i ein samtale, om du berre lyttar godt nok. Det i seg sjølv er ei skaping. Den indre kjernen er ikkje interessant, sa han. Det er uttrykket og uttrykket si tyding, at uttrykket blir tatt imot. Det å legge bort all forforståing og vere til stades, å lytte etter kroppen, pusten og merke etter i deg sjølv.

NETTVERKSARBEID

Rammene på poliklinikken viste seg å passe dårleg for pasientane med store livsproblem og psykosar. Derfor laga dei eit oppsøkande psykoseteam, det som i dag blir kalla akutteam, akutt psykiatrisk ambulant team eller kriseteam.

– Me måtte ikkje tenke at folk skulle komme til poliklinikken. Me måtte bevege oss ut. Det var ein lang kamp for å få det til, for alle vil jo berre vere konsulentar på kontora sine, ikkje vere saman med pasientane.

Myhre og Andersen var dei første i Noreg som laga eit slikt team. Dei brukte reflekterande prosessar og nettverksarbeid som metodar. Pasienten og nettverket blei dregen inn i behandlingsprosessane. Tom Andersen og teamet fekk inspirasjon frå Finland og Jaakko Seikkula til korleis dei skulle organisere teamarbeidet.

Jaakko Asko Tapio Seikkula er finsk professor i psykoterapi. Han arbeider som professor og viserektor ved Psykologisk institutt ved Jyväskylä Universitetet i Finland.

Teamet med Åsta-Synnøve Myhre og Tom Andersen reiste til Seikkula i Finnland. Der var dei opptatt av ikkje berre å møte pasienten, men å møte heile nettverket i *open dialog* og følge alle involverte i ein akutfase ved psykoseproblematikk. Det skulle ikkje gå meir enn 24 timar før pasienten fekk hjelp. Dei hadde ikkje ein fastsett behandlingsplan, men det var om å gjere å få i gang samtalen som hadde stoppa opp. Saman med *reflekterande prosessar* passa *open dialog* som hand i hanske. Oppfølginga var ikkje slik som ekspertane ville, men som dei i møtet avgjorde, alltid i prosess. Den systemiske måten å tenke på dominerte.

Myhre følgde mange unge som ikkje klarte overgangen til vaksenlivet og blei psykotiske. Ho såg fortvilninga hos dei og hos familiane, blei sjølv sliten og trengte ei forandring. Ho opplevde å få smerter, kroppen sa stopp. Etter ei tid med sjukemelding valte ho smerteklinikken som neste steg på karrierevegen. Dermed fekk ho ført den psykologiske tenkinga inn i det somatiske fagfeltet.

FYSISK OG PSYKISK

I 2003 begynner Myhre på smerteklinikken. Legen som leia avdelinga, hadde jobba med smertepasientar i mange år. Sjukepleiarane var legen sine assistentar, og Myhre skulle sjå til at pasientane fylte ut skjema,

og så skulle dei sendast til doktoren, som var den eigentlege behandlarane. Det ville ikkje Myhre.

– Då sette eg meg heilt på bakbeina.

Legen skulle intervjuje pasienten, så skulle fagdiskusjonen gå føre seg i teamet utan pasienten til stades. Teamet fastsette medisinerer og behandling.

– Er det nokon det angår, så er det jo pasienten. Det hjelper ikkje om vi snakkar opp stolpar og ned veggjar om det ikkje passar den det gjeld. Gjerne skulle familien òg ha vore med der. Etter eit år slutta legen som leiar og eg blei beden om å halde fram å leie klinikken, og det har eg gjort sidan.

Dei som arbeidde på smerteklinikken, endra kulturen der. Frå at behandlarane var ekspertane på pasientane sitt liv, til å skape ein kultur der medverking og dialog kom i fokus.

– Det er himla mykje traume etter hel-searbeidarar som har konkludert, og som ikkje har sagt noko om kvifor dei resonnerer som dei gjer, og derfor blir pasientane ikkje i stand til å handtere eigen situasjon. Vi gjer dei jo hjelpelause!

Myhre har halde kontakten både med det psykiatriske og det somatiske fagfeltet i alle desse åra, også medan ho jobba på smerteklinikken, var ho rettleiar for ulike psykiatriske team.

– *Det psykiske og det fysiske, eit heile, både i psykiatrien og i somatikken?*

– Ja, ved langvarig smerte kan du ikkje skilje mellom det fysiske og det psykiske. Det blir jo heilt feil å berre ha eit perspektiv. Men korleis legge til rette for det som det nesten ikkje finst språk for?

Ho fortsetter:

– Ein veit at ein har vondt, men ein har ikkje språk, fordi det ikkje passar med ord som røntgen og blodprøver. Dei kan seie: «Det sit mellom kjøtet og beinet» og «Det er som om eg vil brenne opp innvendig». Det er metaforar, smerta må ein bruke andre ord for. Som terapeut må du omsette for dei, seie noko om det dei sjølve ikkje har grep om.

– Ein må snakke om eksistensielle tema, ha samtaler som i ytterkant av eksistensen. Det er jo ingen enkle liv. ❌

– Det hjelper ikkje om vi snakkar opp stolpar og ned veggjar om det ikkje passar den det gjeld

Åsta-Synnøve Myhre



Eva Reneé Kirkerud

Ingen trylleformel

På eit yogakurs møter eg Eva Reneé Kirkerud, som er pasient ved smerteavdelinga i Tromsø.

– *Korleis blei du møtt av terapeutane ved smerteavdelinga?*

– Mi oppleving var at menneska der hadde lest journalen min, og dei var opptatt av korleis eg hadde det, ikkje opptatt av at eg skulle fortelje om fortida. Eg kjende at eg

blei sett. Du var akseptert frå botnen av med ein gong, at du var der fordi du levde med smerta. Det var ikkje snakk om kvifor du hadde smerta, kva for type smerter, kva du har vore utsett for. Vi skal ikkje gjere deg bra, sa terapeutane. Det er ikkje derfor du er her. Eg er der for å akseptere, for å kunne leve eit liv med dei smertene eg har. Der møter eg ikkje det presset som eg møter overalt elles, at det berre er jobb som tel.

– *Kva gjorde det med deg, å bli møtt annleis?*

– Det motiverte, gjorde meg glad, eg gjekk inn i ein prosess kor eg stilte nye spørsmål: Kor skal eg stå i livet mitt med tanke på arbeid, forhold, fritid og helse? Det er ikkje terapeutane som fortel kva du skal gjere. Det kjem utifrå deg sjølv. Då eg kom dit, hadde eg på førehand vore til mange undersøkingar. Dei spurte om eg enno håpa på at det skulle finnast ei undersøking som kunne gje meg ein diagnose. Men eg trur ikkje lenger på nokon trylleformel. Eg må akseptere. Meininga for meg er at eg tar eit oppgjær med meg sjølv og sluttar å jage etter å bli frisk. Det å jage stel energi. Så no er jobben min å akseptere at eg skal leve med smertene. Fokus har endra seg. Ein ny prosess har starta. Korleis skal eg då leve livet mitt? Den prosessen er endeleg komen i gang. ❌



PRISVERDIGE Ragna Erdal-Aase og Knut-Petter Sætre Langlo fikk pris for fjorårets beste vitenskapelige artikkel i Psykologtidsskriftet.

VIL HA LIKEVERDIGE HELSETJENESTER TIL DØVE

Døve og hørselshemmede med tegnspråk som førstespråk får ikke tilpasset utredning. Det vil to psykologer gjøre noe med.

TEKST Nina Strand | **FOTO** Fartein Rudjord

Rundt 5000 personer i Norge har tegnspråk som førstespråk, og dette språket er anerkjent som et fullverdig språk. Men døves rett til å bli utredet med tilpassede instrumenter og metoder, har hittil vært neglisjert. Det er nemlig ikke tilstrekkelig å bruke døvetolk, slik man kanskje skulle tro, understreker psykologene Ragna Erdal-Aase og Knut-Petter Sætre Langlo. Nå tildeles de Bjørn Christiansens minnepris for fjorårets beste vitenskapelige artikkel i Tidsskrift for Norsk psykologforening. Artikkelen beskriver arbeidet med å tilpasse den velkjente hukommelsestesten California Verbal Learning Test II (CVLT-II) til tegnspråklige døve.

– Jeg er stolt over å motta prisen, og synes det er fint at arbeidet ble lagt merke til, sier Knut-Petter Langlo.

Erdal-Aase deler gleden

– Ja, veldig kjekt å få pris. Og fint at det rettes oppmerksomhet mot at alle skal ha tilgang på gode tjenester innenfor psykisk helsevern, sier hun.

FREMMER LIKEVERD OG RETTSIKKERHET

I sin begrunnelse for tildelingen fremhever juryen den samfunnsmessige betydningen av psykologenes innsats. Jurymedlem Joar Halvorsen sier det slik:

– Først og fremst er artikkelen et vesentlig bidrag til målet om å tilby likeverdige helse-tjenester til alle pasientgrupper – en grunnleggende verdi i det norske helsevesenet. I tillegg er artikkelen et skikkelig godt håndverk. Forfatterne har gjort et betydelig arbeid med å standardisere testen og å rekruttere deltakere til studien.

Halvorsen peker imidlertid på at undersøkelsen bare omfatter 75 personer. Et lavt tall, og artikkelens primære svakhet, mener han. På den annen side vektlegger han at artikkelen utmerker seg med sin klare og åpne diskusjon nettopp av svakhetene i studien.

– Jeg håper prisen kan stimulere til økt oppmerksomhet og forskning på standardisering og normering av andre sentrale nevropsykologiske tester for denne pasientgruppen, men ikke minst, at prisen bidrar til økt interesse for standardisering og normering av viktige nevropsykologiske tester også for andre minoritetsgrupper, sier han.

Beste vitenskapelige artikkel

- Knut-Petter Sætre Langlo og Ragna Erdal-Aase er tildelt Bjørn Christiansens minnepris for fjorårets beste vitenskapelige artikkel i Tidsskrift for Norsk psykologforening. Juryen legger særlig vekt på at artikkelen løfter frem behovet for likeverdige helsetjenester til personer med minoritetsbakgrunn.
- Knut-Petter Langlo er spesialist i nevropsykologi og voksenpsykologi og er ansatt ved Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse ved Oslo universitetssykehus HF.
- Ragna Erdal-Aase er spesialist i barne- og ungdomspsykologi, og underveis i spesialiteten nevropsykologi. Hun er ansatt ved BUP Søndre Nordstrand, Oslo universitetssykehus HF.

FANTES IKKE TESTER

Psykologtidsskriftet møter prisvinnerne på en støyete kafé i Oslo en fredagskveld i september. Prisutdelingen den 29. september derimot, skal foregå i mer staselige lokaler under lysekronene i Gamle Losjen. Her vil de to psykologene bli feiret med taler og musikk sammen med kolleger, venner og familie.

Ifølge Langlo var det en litt uvirkelig opplevelse å bli oppringt av Psykologforeningens president, Tor Levin Hofgaard, som gratulerte med prisen.

– Da Hofgaard presenterte seg i telefonen, lurte jeg på hva galt jeg hadde gjort nå, humrer han.

Det var som psykolog i nevroteamet ved NAV Senter for yrkesrettet atferd at Langlo erfarte utfordringene med testing av døve. I sammenheng med utredningsarbeid fikk han noen uvanlige resultater, og stusset over det. Da han senere fikk jobb ved Nasjonalt senter for hørsel og psykisk helse ved Oslo Universitetssykehus, fant han ut at det var gjort svært lite når det gjaldt utredningsverktøy for døve. Samtidig lot han seg inspirere av nestoren på feltet, Jude Nicholas, som hadde interessante perspektiver på fagfeltet.

»



JURYMEDLEM JOAR HALVORSEN

– Artikkelen er et vesentlig bidrag til målet om å tilby likeverdige helsetjenester til alle pasientgrupper. Foto: Frode Nikolaisen, St. Olavs Hospital

– Dermed startet jeg opp en gruppe med psykologer som jobbet spesielt med nevropsykologi og døve, der blant annet Ragna var med, forteller Langlo.

På den tiden jobbet Ragna Erdal-Aase ved Conrad Signo Svendsen senter i Oslo. Det er et helse-, omsorgs- og botilbud til døve, hørselshemmede og døvblinde fra hele landet. Og etter hvert kom Langlos psykologgruppe i kontakt med amerikanske forskere som jobbet med å bearbeide hukommelsestester for tegnspråklige.

– Vi tenkte at vi kunne gjøre det samme, og dermed var vi i gang, sier Langlo.

I vinnerartikkelen «Testing av tegnspråklige døve med California Verbal Learning Test-II» forklarer forfatterne at dövhet kan ha genetiske årsaker, men også kan skyldes eksempelvis komplikasjoner i sammenheng med fødselen, at barnet blir født for tidlig, eller har hatt hjernehinnebetennelse. Resultatet kan være både hørselshemming og kognitiv funksjonssvikt. Dermed kan det være aktuelt å gjøre en nevropsykologisk undersøkelse av kognitive funksjoner, men i dag finnes det altså ingen slike tester som er utviklet på norsk tegnspråk og normert for døve personer.

GALE RESULTATER

Hva er utfordringene med å bruke tolk i testing av døve?

Ragna Erdal-Aase som har mestret tegnspråk i et tiår siden hun som 20-årig psykologstudent jobbet med døve, forklarer:

– Tegnspråk er ikke norsk ord for ord. Det er et visuelt språk med en annen setningsoppbygging. Ordbruken er også annerledes, derfor er direkte oversettelse fra talespråk ofte umulig.

Tegnspråk er heller ikke et internasjonalt språk, slik mange later til å tro, ifølge Erdal-Aase. I den norske hukommelsestesten brukes ord på norsk som det ikke finnes tegn for, eller kategorier som ikke brukes i tegnspråk. Og når en språklig test presenteres visuelt via tolk, må man ikke gå ut fra at normalfordelingen vil bli den samme og at man kan bruke vanlige normering. Det å endre modalitet fra auditivt til visuelt, kan endre hva som er normal prestasjon på en test, skriver Erdal-Aase og Langlo i artikkelen.

– Og nettopp det fant vi ut i etter at vi hadde utviklet og prøvd ut en tilpasset versjon av testen, sier Erdal-Aase.

– Vi så at testpersonene gjorde det bedre enn forventet når de fikk testen på tegnspråk. Grunnen kan være at de, når de får testen presentert på et visuelt språk, kan bruke både verbal og visuell hukommelse når de skal huske – det vet vi ikke helt ennå. Men uansett blir testen litt for «lett», og dermed er det vanskeligere å plukke ut de som har faktiske hukommelsesvansker.

Prisvinnerne poengterer at det å administrere en verbal test på tegnspråk, innebærer en visuell presentasjon istedenfor en auditiv. Det kan endre vanskelighetsgraden til en oppgave. For eksempel er det vanskeligere å huske tall som presenteres via tegnspråk istedenfor i tale, forklarer de, og minner om det studenter lærer på grunnutdanningen i psykologi: Visuell hukommelse har kortere minnespenn enn auditiv. Vanligvis når man ser på en ting, kan man se på den en gang til; vi mennesker trenger ikke så langt visuelt minnespenn. Den kunnskapen er relevant her.

– *Er dette interessant kunnskap for psykologer generelt?*

– Vi mener det. Mange kommer borti hørselshemmede i sin kliniske praksis. Eller man utreder for eksempel fremmedspråklige. Da bør en ta hensyn til at tester ikke nødvendigvis kan oversettes direkte via tolk, fordi det innebærer at vi endrer testbetingelsene, svarer Langlo.

– Ja. Man fraviker faktisk testbetingelsene bare ved at en bruker tolk. Det skal man ha respekt for. Man bør bruke en test bare for dem den er ment for, supplerer Erdal-Aase.

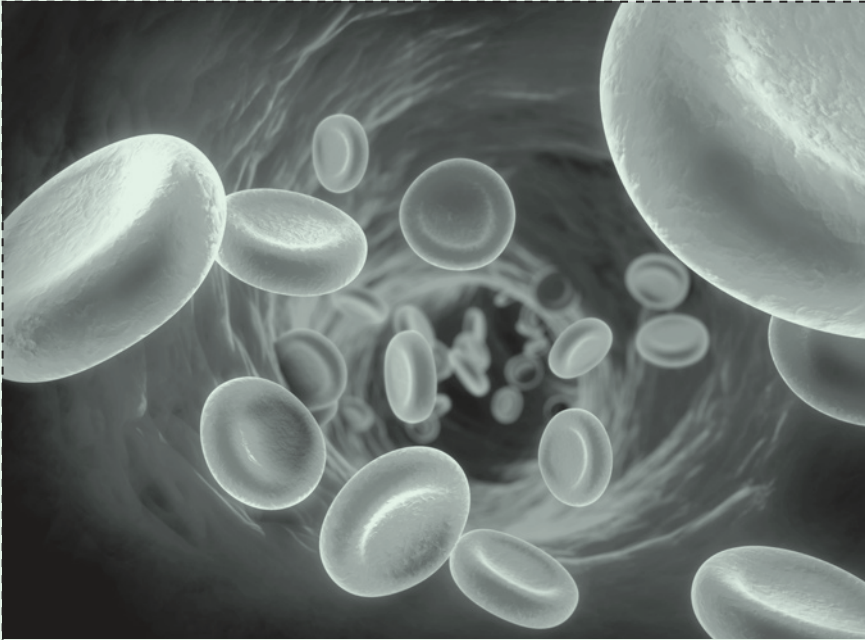
NYTTIG FORSKNING

– *Hva trengs å gjøres på dette feltet fremover?*

– Vi har oversatt den mest brukte hukommelsestesten. Men evnetester er viktige i utredningsarbeid. I dag er ikke verbal intelligens hos døve mulig å dokumentere. WAIS og WISC er svært aktuelle for oversettelse, mener Knut-Petter Langlo.

De to psykologene understreker verdien av at arbeidsplassen ga dem tid og rom for å drive med forskning.

– Det er jo ingen selvfølge. Men på den måten får man nyttig forskning. Vi ville svare på behov vi hadde som klinikere og vi manglet viktige verktøy i arbeidet vårt, avslutter Ragna Erdal-Aase. ✘



ME-pasienter har annerledes kjemisk blodmønster

Ny studie tyder på at ME-pasienter har en annerledes «kjemisk signatur» i blodet enn andre.

Personer med kronisk utmattelsessyndrom (ME) må gjerne vente i årevis før de får diagnosen, og det finnes i dag ingen enkel test for å finne ut om man har ME eller ikke. Nå har en ny studie oppdaget en slags «kjemisk signatur» for tilstanden, nærmere bestemt et sett av molekyler i blodet som er unikt for mennesker med ME.

Hvis denne kjemiske signaturen bekreftes av fremtidige studier, kan det bidra til å lette diagnosearbeidet for tilstanden. Videre studier av disse molekylene kan også være nyttig i behandlingsøymed, mener forskerne som har gjennomført studien. For eksempel kan man studere om nivået av visse molekyler i blodet øker eller minsker etter en behandling, noe som igjen kan indikere om behandlingen virker eller ikke.

«Funnet av en objektiv kjemisk signatur bidrar til å fjerne diagnostisk usikkerhet [og] vil hjelpe klinikere å overvåke individuell respons på behandling», skrev forskerne i en vitenskapelig artikkel i tidsskriftet *Proceedings of the National Academy of Sciences* (PNAS), som ble publisert i august.

I studien har forskerne analysert data fra 84 personer med ME og 39 personer uten tilstanden. De så på nivåene av mer enn 600 metabolitter i blodet, og forskerne fant mer enn 60 metabolitter som var forskjellige hos mennesker med ME sammenlignet med dem uten ME. Ofte var også metabolitt-nivået lavere hos ME-pasientene enn hos dem uten ME, ifølge studien. Dette tyder på at personer med ME hadde lavere nivå av metabolisme.

Studien ble gjort i California i USA. Større studier i andre geografiske områder er nødvendig for å bekrefte funnene, påpeker forskerne.

Kilde: http://www.huffingtonpost.com/entry/chronic-fatigue-syndrome-may-leave-a-chemical-signature-in-the-blood_us_57c84eb1e4b078581f117fd5

Ikke kronisk utmattelsessyndrom allikevel

Kun to av ti utredet for kronisk utmattelsessyndrom/ME hadde diagnosen, viser en norsk studie.

Tidligere i år gjennomførte forskere ved Haukeland Universitetssykehus en retrospektiv studie der de undersøkte data knyttet til 365 pasienter henvist for utredning av kronisk utmattelsessyndrom/ME ved Nevrologisk avdeling ved sykehuset.

Kun 13, 2 prosent av de henviste fikk diagnosen kronisk utmattelsessyndrom/ME. 4,9 prosent av pasientene fikk diagnosen postinfeksiøs utmattelse. Atter andre fikk diagnosen utbrenthet.

Nesten halvparten av de fikk diagnostisert en psykisk lidelse, som angst, depresjon, atferdsforstyrrelse eller personlighetsforstyrrelse. To av pasientene fikk stadfestet å ha en alvorlig somatisk sykdom.

– Er det noe vi ser, så er det at mange som henvises til utredning for ME har mye de sliter med, og hvor årsakene til fatigue er noe annet enn ME, uttaler professor og førsteforfatter Ole-Bjørn Tysnes til Dagens Medisin.

Tysnes ønsker ikke å gå inn i diskusjonen om ME er en fysisk eller psykisk lidelse, men understreker betydningen av at fastlegen gjør grundige undersøkelser av pasienten før vedkommende sendes videre til spesialisthelsetjenesten. Professoren trekker frem studiens positive budskap, nemlig at kun 20 prosent av den henviste fikk diagnosen kronisk utmattelsessyndrom.

Kilde: <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/03/21/snaut-to-av-ti-utredet-for-me-hadde-me/>



Kronisk utmattelsessyndrom og affektbevissthet hos ungdom

Stadig flere ungdommer rammes av kronisk utmattelsessyndrom. Forskning på stress og affektbevissthet kan utvide forståelsen av tilstanden.

TEKST

Linn Rødevand,

psykolog, Forskningsavdeling, Akershus universitetssykehus.

Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus, Ullevål og

Henrik Børsting

Jacobsen, psykolog og postdoktor,

Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus, Ullevål.

KONTAKT

linnrøde@gmail.com

Kronisk utmattelsessyndrom (CFS) eller myalgisk encefalopati (ME) er en omstridt betegnelse på langvarig og funksjonsnedsettende utmattelse (Clayton, 2015). Det diskuteres stadig om CFS/ME er en fysisk eller psykisk lidelse (Stubhaug, 2008), og denne diskusjonen gir ofte inntrykk av at fysiske og mentale prosesser er to atskilte størrelser. En slik dualistisk forståelse bestrides av forskning som viser hvor tett forbundet mentale og kroppslige prosesser er. Som eksempler nevnes viktigheten av forventning for opplevelsen av smerte (Beauregard, 2007) og at posttraumatisk stress øker betennelsesreaksjoner (Passos et al., 2015). Dette misforståtte skillet mellom kropp og psyke hindrer en god forståelse av CFS/ME (Marshall, 1999).

I tillegg til uklare årsaksforhold diskuteres det hvordan CFS/ME best kan diagnosti-

seres. Det finnes per nå ingen objektive funn som kan brukes til diagnostisering. Derfor stilles diagnosen på bakgrunn av symptomer, funksjonssvikt og utelukkelse av andre sykdommer (Norsk helseinformatikk, 2015). Det finnes flere ulike kriteriesett for å diagnostisere CFS/ME, men vi mangler et vitenskapelig grunnlag for å hevde at noen kriteriesett er mer presise enn andre (Brurberg, Fønhus, Larun, Flottorp, & Malterud, 2014; Institute of Medicine, 2015).

Hensikten med dette essayet er å diskutere CFS/ME hos ungdom med hovedvekt på betydningen av affektbevissthet. Vi har ikke gjennomført en systematisk litteraturgjennomgang, men valgt litteratur som er relevant for vårt fokus. Søkeordene vi har brukt, inkluderer: «chronic fatigue syndrome/myalgic encephalopathy», «affect consciousness», «affect integration», «alexithymia», «emotion regulation» og

«worry». Disse begrepene er relatert til hverandre teoretisk og empirisk, som det framgår av diskusjonen nedenfor.

Vi er spesielt opptatt av ungdom med CFS/ME, fordi ungdomstiden er en sårbar periode for utvikling av kognitive funksjoner, regulering av emosjoner og identitetsskaping (Berk, 2012). Graden av funksjonssvikt varierer hos ungdommene, men mange er fysisk inaktive og har høyt skolefravær (Sankey, Hill, Brown, Quinn, & Fletcher, 2006).

Da det ikke er enighet om diagnosekriterier, er det vanskelig å fastslå hvor mange som har CFS/ME. Forekomsten avhenger av hvilket kriteriesett som blir brukt. Hvis vi antar at forekomsten i Norge ligner den fra Canada og England (0,4 %; 0,2 %) (Jason et al., 1999; Nacul et al., 2011), kan vi anslå at mellom 9000 og 18 000 mennesker i Norge har CFS/ME (Wyller et al., 2006). Omtrent 600 av disse vil være under 18 år (Nijhof et al., 2011). Klinisk erfaring antyder at langt flere ungdommer har tilstanden, og at stadig flere rammes.

BIOPSYKOSOSIAL FORSTÅELSE

Selv om årsakene er uavklarte, forstår mange CFS/ME ut fra en biopsykososial modell (Berge & Dehli, 2009; Stubhaug, 2008; Wyller, 2007). Forståelsen speiles i ungdom der vi ser at tilstanden trigges av infeksjoner, men opprettholdes av ulike psykobiologiske variabler (Griffith & Zarrouf, 2008; Lievesley, Rimes, & Chalder, 2014; Wyller, Eriksen, & Malterud, 2009). Av dokumenterte opprettholdende og assosierte faktorer er økt sympatisk aktivering, immunologiske endringer, hypofunksjon i hypothalamus-hypofyse-binyrebark (HPA)-aksen, og svekket kognitiv fungering (White, 2004; Wyller, Saul, Amlie, & Thaulow, 2007). Grunnforskning fra flere felt antyder at alle disse endringene kan forklares av en vedvarende stressaktivering (Ursin, 2014; Wyller et al., 2009).

Kognitiv atferdsterapi (KAT) og gradert treningsterapi er per i dag de eneste formene for behandling som har vist effekt i randomiserte kontrollerte forsøk (Knoop, Stulemeijer, de Jong, Fiselier, & Bleijenbergh, 2008). Dessverre har disse behandlingsformene bare moderat effekt hos ungdom med CFS/ME (Knoop et al., 2008; Nijhof, Bleijenbergh, Uiterwaal, Kimpen, & van de Putte, 2012). Flere av de eksisterende modellene i KAT for CFS/ME bygger på en antakelse om en vedvarende stressaktivering (White et al., 2011).

KOGNITIV AKTIVERING OG STRESS

Den kognitive aktiveringsteorien om stress (Cognitive Activation Theory of Stress, CATS) gir et teoretisk rammeverk for forståelse av vedvarende stressaktivering (Ursin & Eriksen, 2010). Innen CATS defineres stress som en fysiologisk alarmrespons som oppstår når det er forskjell mellom det vi forventer, og det som faktisk skjer. Dette betyr at hjernen sammenligner nåværende sensorisk informasjon med forventninger basert på tidligere erfaring, og at dette danner grunnlaget for intensitet og varighet av stressresponsen. Forventninger om stressituasjoner og mestring blir derfor essensielle når kroppen skal regulere styrke og varighet av fysiologisk aktivering (Ursin & Eriksen, 2010).

CATS gir et teoretisk grunnlag for å hevde at forventninger er viktige opprettholdende mekanismer ved CFS/ME. Ny læring og en følelse av »



Det finnes flere ulike kriteriesett for å diagnostisere CFS/ME, men vi mangler et vitenskapelig grunnlag for å hevde at noen kriteriesett er mer presise enn andre



mestring er da også viktige deler av kognitiv atferdsterapi. Effekten er imidlertid beskjeden. For å oppnå bedre effekt av behandling og redusere varigheten av CFS/ME, er det foreslått å undersøke og påvirke regulering av emosjoner (Chalder & Hill, 2012).

STRESS, EMOSJONSREGULERING OG AFFEKTBEVISSTHET

Stressregulering og regulering av emosjoner henger tett sammen, både konseptuelt og i studier av hjerneaktivitet. De hjernestrukturene som er involvert i prosessering av både stress og emosjoner, inkluderer prefrontal korteks, anterior cingulate korteks, hippocampus og ikke minst amygdala og hypothalamus (Dalglish, 2004). Det er også konseptuelle likheter mellom stress og emosjoner. Både emosjoner og stress er definert som psykobiologiske responser som blir differensiert og nyansert gjennom læring og tidligere erfaringer (Barrett & Simons, 2015; Heim et al., 2000; Lindquist, Wager, Kober, Bliss-Moreau, & Barrett, 2012).

Et beslektet begrep til emosjonsregulering er affektintegrasjon, som viser til å forene emosjoner i kognisjon, motivasjon og atferd (Solbakken, Hansen, Havik & Monsen, 2012). Affektintegrasjon er blitt operasjonalisert gjennom begrepet affektbevissthet, som refererer til grader av oppmerksomhet (gjenkjenning), toleranse, emosjonelt og begrepsmessig uttrykk for følelser (Solbakken et al., 2012). Det finnes ingen studier av affektbevissthet ved CFS/ME, men studier av relaterte begreper peker i retning av lav affektbevissthet i denne pasientgruppen.

AFFEKTBEVISSTHET HOS UNGDOMMER MED CFS/ME

Et særskilt fokus på affektbevissthet hos den unge pasientgruppen er relevant fordi de befinner seg i en sensitiv periode for utvikling av hjerneområder knyttet til emosjonsregulering og affektbevissthet, slik som amygdala og prefrontal korteks (Casey, Getz, & Galvan, 2008). Å være syk i lang tid i ungdomstiden vil påvirke denne utviklingen. I tillegg vil arbeid med ungdom og deres affektbevissthet kunne forebygge alvorlige psykiske og fysiske plager

i voksen alder. Denne antakelsen om forebygging er basert på studier som viser en assosiasjon mellom lav affektbevissthet og psykiske forstyrrelser (Monsen, Odland, Faugli, Daae & Eilertsen, 1995; Solbakken, Hansen, Havik, & Monsen, 2011; Waller & Scheidt, 2004) og fysiske helseplager hos voksne (Byrne & Ditto, 2005; Jula, Salminen & Saarijarvi, 1999). I tillegg er økning i affektbevissthet vist å predikere bedring av psykisk helse og funksjon (Solbakken et al., 2011) og bedre prognose for personer med fysiske lidelser som hjerte- og karsykdom (Beresnevaite, 2000).

ALEKSITYMI

Det foreligger ikke forskning på affektbevissthet hos ungdommer med CFS/ME. Imidlertid er aleksitymi undersøkt i denne pasientgruppen. Begrepet er nært knyttet til affektbevissthet. Aleksitymi innebærer vanskeligheter med å identifisere, differensiere og beskrive følelser (van de Putte, Engelbert, Kuis, Kimpen, & Uiterwaal, 2007). Vi forstår derfor aleksitymi som et uttrykk for lav affektbevissthet.

Den eneste prevalensstudien på aleksitymi hos ungdom med CFS/ME har vist en 12:1 ratio sammenlignet med friske kontroller (van de Putte et al., 2007). Tre studier av voksne viser også høyere forekomst av aleksitymi hos pasienter med CFS/ME enn hos friske (Friedberg & Quick, 2007; Johnson, Lange, Tiersky, DeLuca, & Natelson, 2001; Sepede et al., 2011).

En svakhet ved alle disse undersøkelsene er at utvalgene er små. En annen begrensning er at metoden som ble brukt for å måle aleksitymi, har svakheter. Et selvrappoterings skjema med 20 spørsmål, Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) (Bagby, Parker, & Taylor, 1994), ble benyttet. Selv om TAS-20 er et validert instrument for aleksitymi, er det innvendt at det er paradoksalt å spørre personer med begrenset emosjonell bevissthet om selv å vurdere sitt forhold til følelser (Waller & Scheidt, 2004).

Forfatterne bak affektbevissthetsbegrepet mener at det bør utføres et grundig semistrukturert affektbevissthetsintervju når en skal kartlegge dette hos pasienter. Et slikt intervju måler de fire aspektene ved affektbevissthet i større detalj enn et kartleggingsskjema (Taavog, Solbakken, Grova, & Monsen, 2014). Disse to målene bør derfor valideres opp mot hver-

andre før vi kan si at TAS-20 måler affektbevissthet. Studiene av aleksymi hos personer med CFS/ME peker derfor i retning av en mangelfull affektbevissthet hos disse pasientene, uten at vi kan konkludere med at dette er tilfellet.

ULIK EMOSJONELL PROSESSERING

Andre studier underbygger også antagelsen om mangelfull affektbevissthet. Resultater fra vår forskningsgruppe indikerer at ungdom med CFS/ME bearbeider emosjonelle konflikter annerledes enn friske ungdommer (Wortinger et al., 2015). I denne studien ble deltakerne vist bilder av ansikter som uttrykker frykt eller glede. Et «sammenfallende» eller «annet» følelsesord (frykt eller glede) var skrevet over hvert bilde. Vanligvis er reaksjonstiden kortere når ansikt og ord uttrykker samme følelse, enn når ansikt og ord uttrykker forskjellige følelser. I motsetning til i friske kontroller reagerte ikke ungdommer med CFS/ME raskere når samme følelse ble formidlet gjennom ansikt og ord.

En mulig forklaring på dette funnet er at ungdom med CFS/ME reagerer uten å ta stilling til informasjonen eller meningen som følelsesordet formidler, noe som kan antyde svekket affektbevissthet. De differensierer ikke mellom følelsesinformasjon på samme måte som friske. En slik hypotese samsvarer med et annet funn i den samme studien, nemlig redusert aktivitet i Wernickes område, et område som er forbundet med prosessering av meningsinnholdet i ord vi leser og hører (Pulvermuller, 2013).

FMRI-data hos voksne CFS/ME-pasienter antyder også en ulik prosessering av følelser. CFS/ME-pasientene synes å ha vansker med å regulere ned emosjonelt ubehag knyttet til utmattelse. Samtidig ser pasientene ut til å undertrykke andre emosjonelle responser (Caseras et al., 2008). Dette støttes av spørreskjemadata der CFS/ME-pasienter sier at de har en tendens til å undertrykke emosjonelle responser (Creswell & Chalder, 2001).

AFFEKTBEVISSTHET OG BEKYMRING

Også teoretisk er det grunn til å undersøke affektbevissthet hos ungdommer med CFS/ME. CATS, en anerkjent modell for å forstå utvikling og opprettholdelse av utmattelse, bygger delvis på James-Langes teori om emosjoner (Ursin og Eriksen, 2010). Ifølge James-Lange representerer emosjoner viscerale og muskulære nervesignaler som fortolkes kognitivt for så å gi en emosjon (James, 1884). James-Lange-teorien har senere blitt utfordret og utviklet videre. Kanskje den viktigste endringen kom fra eksperimentene til Schachter og Singer som viste at vi må inkludere både kognitiv evaluering av situasjon og kognitiv evaluering av fysiologi i emosjonsopplevelsen (Schachter & Singer, 1962).

Silvan Tomkins introduserte på 1990-tallet en teori om at emosjoner kan organiseres i bestemte mønstre eller script. Begrepet script viser til den innarbeidede måten å fortolke og organisere følelser, opplevelser og atferd på (Tomkins & Demos, 1995). For eksempel kan tristhet fortolkes som uakseptabelt og forstyrrende, og vekke engstelse eller irritasjon. Deretter kan andre følelser raskt koble seg på, slik som frustrasjon, sinne og skyld over å ikke mestre den aktuelle situasjonen. Denne sammenkoblingen av »



Hvis vi antar at forekomsten i Norge ligner den fra Canada og England kan vi anslå at mellom 9000 og 18 000 mennesker i Norge har CFS/ME





Stress-
regulering
og
regulering av
emosjoner
henger tett
sammen,
både
konseptuelt
og i studier
av hjerne-
aktivitet

følelser kan virke overveldende og føre til oppgitthet og slitenhet. Pasienten sitter igjen med opplevelsen av å være sliten, også fordi følelser som raskt kobles sammen, er uklare og vanskelige å differensiere (Monsen & Solbakken, 2013).

Vår påstand er da at pasienten feilfortolker en emosjonell aktivering som slitenhet eller utmattelse heller enn som følelser, og dette fører til frykt og unngåelse av emosjonell aktivering. Denne unngåelsen kan ta mange former. Eksempler kan være isolasjon, distraksjon eller tankeflukt. Et eksempel på slik tankeflukt er overdreven bekymring rundt fremtiden, følelser og vonde tanker (Berge & Repål, 2013). Bekymring er innen kognitiv psykologi definert som en form for mental unngåelse. Dette tar ofte form av en indre dialog der man iherdig leter etter tiltak som kan hindre at det negative skjer. En slik håndtering kan gi en midlertidig lettelse eller reduksjon av emosjonell ubehag, uten at personen gjør proaktive handlinger (Berge & Repål, 2013; Wells, 2011). Høy grad av bekymring er dokumentert hos ungdom med CFS/ME (Garralda & Rangel, 2004), og denne måten å forholde seg til følelser på kan undergrave god affektbevissthet.

Bekymring er hovedprosessen bak sykdomsmodellen om repetitiv kognisjon (perseverative cognition hypothesis) (Brosschot, Gerin, & Thayer, 2006). Ifølge hypotesen driver overdreven bekymring en vedvarende kognitiv stressaktivering via sentralnervesystemet. Dette kan føre til sensitivisering av normale og nødvendige signaler fra kroppen (Woolf, 2011). Disse signalene kan vies så stor oppmerksomhet at selv normal somatisk feedback, inkludert de som er assosiert med negative emosjoner, blir oppfattet som overveldende somatiske plager (Brosschot et al., 2006). Hvis da emosjonell aktivering feiltolkes som somatiske plager, og igjen provoserer kognitiv unngåelse eller bekymring, vil det innebære at bevissthet rundt emosjoner er en viktig del av sykdomsbildet i CFS/ME.

Lav affektbevissthet i form av aleksitymi antas å øke risikoen for å feiltolke kroppslige opplevelser som fysisk sykdom (Taylor & Bagby, 2004). Det er også vist at CFS/ME-pasienter fortolker ubehag som fysisk sykdom heller enn som psykiske plager eller som forårsaket av ytre forhold (Chalder & Hill, 2012; Dendy, Cooper, & Sharpe, 2001). Visse former for ubehag gjen-

kjennes da muligens ikke som følelser, men oppfattes i stedet som et tegn på sykdom. For eksempel kan kroppslige fornemmelser knyttet til tristhet og engstelse, slik som matthet, sug i magen og hjertebank, blandes med symptomer på utmattelse og signaler om fare.

I våre møter med ungdom med CFS/ME har vi stadig hørt uttalelser som støtter hypotesen om manglende affektbevissthet. Flere av ungdommene beskriver slitenhet og hodepine som svar på spørsmål om hvordan de kjenner ulike negative følelser på kroppen. Disse kroppslige fornemmelsene regnes ikke som adekvate oppmerksomhetskriterier for følelser. De antyder at fokuseringen er uklar, og at evnen til å gjenkjenne følelser er mangelfull. Mange av ungdommene forteller også at de forsøker å unngå ubehagelige følelser ved å for eksempel legge seg eller aktivt fokusere på noe annet. Ofte vedvarer følelsene likevel, noe som setter i gang bekymring. Flere forteller dessuten at de sjelden viser negative følelser utad av frykt for å virke «svak» eller være en byrde for andre.

På grunn av disse rapportene startet vi høsten 2015 en studie der vi bruker både affektbevissthetsintervjuet og spørreskjemaet TAS-20 for å undersøke affektbevissthet hos ungdom med CFS/ME. Vi bruker en alderstilpasset versjon av intervjuet for barn og ungdom som har vist seg å ha tilfredsstillende reliabilitet og validitet (Taarvig et al., 2014). Vi ønsker å se om affektbevissthet er svekket hos ungdommene i forhold til tidligere definerte grenseverdier (Bagby et al., 1994; Taarvig et al., 2014). Ungdommene med CFS/ME besvarer også et validert spørreskjema om bekymring, Penn State Worry Questionnaire (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990).

BEHANDLING

I tillegg til forskning på affektbevissthet mener vi det kan være behov for økt fokus på affektbevissthet i behandling. Dette kan bidra til mer effektiv behandling av sykdommen og forebygge utvikling av psykiske plager, uavhengig av om affektbevissthet er en årsaksfaktor eller ikke.

Emosjonsregulering er da også inkludert i mange kognitive terapier, men disse har vist seg å ha begrenset effekt. Hvorfor?



En forklaring ligger kanskje i utøvelsen. Beckiansk kognitiv terapi (KAT) bygger på endring av repeterende maladaptive tankemønstre som gir emosjonelt ubehag, og i mindre grad den fysiologiske emosjonelle opplevelsen (Berge & Repål, 2004). KAT sikter seg inn på den kognitive forståelsen av aktivering, men er for eksempel ikke så spisset mot kontekst og emosjonsdifferensiering som henholdsvis aksept- og forpliktelses terapi eller emosjonsfokuset terapi.

Emosjonsfokuset terapi (Greenberg, 2004) og affektbevissthetsmodellen (ABT) fokuserer på alle aspekter av emosjonell opplevelse (Monsen & Solbakken, 2013). Ifølge affektbevissthetsteori om endring vil gjentatte erfaringer med å fokusere på og representere sine opplevelser av emosjoner på en ny måte føre til en implisitt prosesslæring eller prosedyrelæring. Dette innebærer at stadige erfaringer i terapi med å legge merke til hvordan han eller hun kjenner følelser, og danne begreper om disse, vil lære pasienten å forholde seg til sine opplevelser på tilsvarende måte både psykologisk og fysiologisk (Monsen & Solbakken, 2013). Hvis slike endringer skjer gjentatte ganger, vil de kunne bli varige.

Vi argumenterer for at behandling av CFS/ME i større grad bør inkludere elementer fra affektbevissthetsterapi. På den måten kan pasienten få hjelp til å øve på å gjenkjenne følelser som følelser og ikke som tegn på noe unormalt eller sykdom. I tillegg kan dette bidra til økt toleranse og kapasitet til å uttrykke følelser på en adekvat måte og til å benytte seg av de adaptive sidene ved følelser.

Et slikt fokus på emosjoner støttes av en studie på virkningsmekanismer i psykologisk behandling av CFS/ME (Godfrey, Chalder, Ridsdale, Seed, & Ogden, 2007). Den sterkeste prediktoren for godt utfall

var emosjonell prosessering, inkludert aksept, anerkjennelse og å uttrykke emosjoner (Godfrey et al., 2007).

AVSLUTNING

Vi tror at et fokus på affektbevissthet hos ungdommer med CFS/ME kan gi en bedre forståelse av opprettholdende og forverrende mekanismer. I tillegg kan et slikt fokus gi ny kunnskap om hvordan behandlingen kan gjøres mer effektiv. Vi håper derfor å ha argumentert for at emosjonelle prosesser, særlig affektbevissthet, kan gi ny kunnskap og hjelpe unge CFS/ME-pasienter. Vi har satt i gang en studie som undersøker om lav affektbevissthet er en risikofaktor for og/eller en opprettholdende mekanisme for CFS/ME hos ungdom. Det er behov for flere studier som undersøker sammenhengen mellom affektbevissthet og CFS/ME. Vi etterlyser også studier som undersøker om affektbevissthetsfokus kombinert med intervensjoner på repeterende kognisjoner kan redusere varighet og omfang av CFS/ME hos unge. ❌

REFERANSER

- Bagby, R.M., Parker, J.D., & Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research, 38*, 23–32.
- Barrett, L.F., & Simmons, W.K. (2015). Interoceptive predictions in the brain. *Nature Reviews Neuroscience, 16*, 419–429.
- Beauregard, M. (2007). Mind does really matter: evidence from neuroimaging studies of emotional self-regulation, psychotherapy, and placebo effect. *Progress in Neurobiology, 81*, 218–236.
- Beresnevaite M. (2000). Exploring the Benefits of Group Psychotherapy in Reducing Alexithymia in Coronary Heart Disease Patients: A Preliminary Study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 69*, 117–22.
- Berge, T. & Dehli, L. (2009). Kognitiv terapi ved kronisk utmattelsessyndrom/ME. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 9*, 828–83
- Berge, T., & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen: kognitiv terapi i praksis* [The inner dialogue: cognitive therapy in practice]. Oslo, Norway: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T., & Repål, A. (2013). *Lykketyvene. Hvordan overkomme depresjon*. Oslo, Norway: Aschehoug.
- Berk, L.E. (2012). *Child Development, 9*. utgave. Boston: Pearson.
- Brosschot, J.F., Gerin, W., & Thayer, J.F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of psychosomatic research, 60*, 113–124.
- Brurberg, K.G., Fønhus, M.S., Larun, L., Flottorp, S., & Malterud, K. (2014). Case definitions for chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME): a systematic review. *British Medical Journal Open, 4*, e003973.
- Byrne, N., & Ditto, B. (2005). Alexithymia, cardiovascular reactivity, and symptom reporting during blood donation. *Psychosomatic Medicine, 67*, 471–475.
- Caseras, X., Mataix-Cols, D., Rimes, K.A., Giampietro, V., Brammer, M., Zelaya, F., . . . Godfrey, E. (2008). The neural correlates of fatigue: an exploratory imaginal fatigue provocation study in chronic fatigue syndrome. *Psychological Medicine, 38*, 941–951.
- Casey, B.J., Getz, S., & Galvan, A. (2008). The adolescent brain. *Developmental Review, 28*, 62–77. »

- Chalder, T., & Hill, K. (2012). Emotional processing and chronic fatigue syndrome. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26, 141–155.
- Clayton, E.W. (2015). Beyond myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: an IOM report on redefining an illness. *Journal of the American Medical Association*, 313, 1101–1102.
- Creswell, C., & Chalder, T. (2001). Defensive coping styles in chronic fatigue syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 51, 607–610.
- Dalgleish, T. (2004). The emotional brain. *Nature Reviews Neuroscience*, 5(7), 583–589.
- Dendy, C., Cooper, M., & Sharpe, M. (2001). Interpretation of symptoms in chronic fatigue syndrome. *Behaviour research and therapy*, 39, 1369–1380.
- Friedberg, F., & Quick, J. (2007). Alexithymia in chronic fatigue syndrome: associations with momentary, recall, and retrospective measures of somatic complaints and emotions. *Psychosomatic medicine*, 69, 54–60.
- Garralda, E.M., & Rangel, L. (2004). Impairment and coping in children and adolescents with chronic fatigue syndrome: a comparative study with other paediatric disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 543–552.
- Godfrey, E., Chalder, T., Ridsdale, L., Seed, P., & Ogden, J. (2007). Investigating the active ingredients of cognitive behaviour therapy and counselling for patients with chronic fatigue in primary care: developing a new process measure to assess treatment fidelity and predict outcome. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 253–272.
- Greenberg, L.S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 3–16.
- Griffith, J.P., & Zarrouf, F.A. (2008). A systematic review of chronic fatigue syndrome: don't assume it's depression. *Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 10, 120–128.
- Heim, C., Newport, D.J., Heit, S., Graham, Y.P., Wilcox, M., Bonsall, R., . . . Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, 284, 592–597.
- IOM (Institute of Medicine). (2015). *Beyond myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: Redefining an illness*. Washington, DC: The National Academies Press.
- James, W. (1884). II.—What is an emotion? *Mind*, 9, 188–205.
- Jason, L.A., Richman, J.A., Rademaker, A.W., Jordan, K.M., Plioplys, A.V., Taylor, R.R., . . . Plioplys, S. (1999). A community-based study of chronic fatigue syndrome. *Archives of Internal Medicine*, 159, 2129–2137.
- Johnson, S.K., Lange, G., Tiersky, L., DeLuca, J., & Natelson, B.H. (2001). Health-related personality variables in chronic fatigue syndrome and multiple sclerosis. *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 8, 41–52.
- Jula, A., Salminen, J.K., & Saarijarvi, S. (1999). Alexithymia: A facet of essential hypertension. *Hypertension*, 33, 1057–1061.
- Knoop, H., Stulemeijer, M., de Jong, L.W., Fiselier, T.J., & Bleijenberg, G. (2008). Efficacy of cognitive behavioral therapy for adolescents with chronic fatigue syndrome: long-term follow-up of a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 121, e619–e625.
- Lievesley, K., Rimes, K.A., & Chalder, T. (2014). A review of the predisposing, precipitating and perpetuating factors in Chronic Fatigue Syndrome in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 34, 233–248.
- Lindquist, K.A., Wager, T.D., Kober, H., Bliss-Moreau, E., & Barrett, L.F. (2012). The brain basis of emotion: a meta-analytic review. *Behavioral and Brain Sciences*, 35, 121–143.
- Marshall, G.S. (1999). Report of a workshop on the epidemiology, natural history, and pathogenesis of chronic fatigue syndrome in adolescents. *Journal of Pediatrics*, 134, 395–405.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 1990, 487–495.
- Monsen, J.T., Odland, T., Faugli, A., Daae, E. & Eilertsen, D.E. (1995). Personality disorders: Changes and stability after intensive psychotherapy focusing on affect consciousness. *Psychotherapy Research*, 5, 33–48
- Monsen, J.T., & Solbakken, O.A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 741–751.
- Nacul, L.C., Lacerda, E.M., Pheby, D., Campion, P., Molokhia, M., Fayyaz, S., . . . Drachler, M.L. (2011). Prevalence of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome (ME/CFS) in three regions of England: a repeated cross-sectional study in primary care. *BMC Medicine*, 9, 91.
- Nijhof, S.L., Bleijenberg, G., Uiterwaal, C.S., Kimpen, J.L., & van de Putte, E.M. (2012). Effectiveness of internet-based cognitive behavioural treatment for adolescents with chronic fatigue syndrome (FITNET): a randomised controlled trial. *Lancet*, 379, 1412–1418.
- Nijhof, S.L., Maijer, K., Bleijenberg, G., Uiterwaal, C.S., Kimpen, J.L., & van de Putte, E.M. (2011). Adolescent chronic fatigue syndrome: prevalence, incidence, and morbidity. *Pediatrics*, 127, e1169–e1175.
- Norsk Helseinformatikk. (2015). *Kronisk utmattelsessyndrom*. Hentet fra: <http://nhi.no/pasienthandboka/sykdommer/hjerne-nervesystem/utmattelsessyndrom-kronisk-1759.html>
- Passos, I.C., Vasconcelos-Moreno, M.P., Costa, L.G., Kunz, M., Brietzke, E., Quevedo, J., . . . Kauer-Sant'Anna, M. (2015). Inflammatory markers in post-traumatic stress disorder: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Lancet Psychiatry*, 2, 1002–1012.
- Pulvermuller, F. (2013). How neurons make meaning: brain mechanisms for embodied and abstract-symbolic semantics. *Trends in Cognitive Sciences*, 17, 458–470.
- Rimes, K.A., Goodman, R., Hotopf, M., Wessely, S., Meltzer, H., & Chalder, T. (2007). Incidence, prognosis, and risk factors for fatigue and chronic fatigue syndrome in adolescents: a prospective community study. *Pediatrics*, 119, e603–e609.
- Sankey, A., Hill, C.M., Brown, J., Quinn, L., & Fletcher, A. (2006). A follow-up study of chronic fatigue syndrome in children and adolescents: symptom persistence and school absenteeism. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 11, 126–138.
- Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review*, 69, 379.
- Sepede, G., Racciatti, D., Gorgoretti, V., Nacci, M., Pizzigallo, E., Onofri, M., . . . Gambi, F. (2011). Psychophysical distress and alexithymic traits in chronic fatigue syndrome with and without comorbid depression. *International journal of immunopathology and pharmacology*, 24, 1017–1025.

- Solbakken, O.A., Hansen, R.S., Havik, O.E., & Monsen, J.T. (2011). Assessment of affect integration: Validation of the affect integration construct. *Journal of Personality Assessment*, 93, 257–265.
- Solbakken, O.A., Hansen, R.S., Havik, O.E., & Monsen, J.T. (2012). Affect integration as a predictor of change: Affect consciousness and treatment response in open-ended psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 22, 656–673
- Stubhaug, B. (2008). Chronic fatigue syndrome: Health and impairment, treatment and prognosis. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Bergen
- Taarvig, E., Solbakken, O.A., Grova, B., & Monsen, J.T. (2014). Affect Consciousness in children with internalizing problems: Assessment of affect integration. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20, 591–610.
- Taylor, G.J., & Bagby, R.M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 73, 68–77.
- Tomkins, S.S., & Demos, E.V. (1995). *Exploring affect: the selected writings of Silvan S Tomkins*. New York: Cambridge University Press.
- Ursin, H. (2014). Brain Sensitization to External and Internal Stimuli. *Psychoneuroendocrinology*, 42, 134–145
- Ursin, H., & Eriksen, H.R. (2010). Cognitive activation theory of stress (CATS). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 877–881.
- van de Putte, E.M., Engelbert, R.H., Kuis, W., Kimpfen, J.L., & Uiterwaal, C.S. (2007). Alexithymia in adolescents with chronic fatigue syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 63, 377–380.
- Waller, E., & Scheidt, C.E. (2004). Soma-toform disorders as disorders of affect regulation: a study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 239–247.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, NY: Guilford Press.
- White, P.D. (2004). What causes chronic fatigue syndrome?: Infections, physical inactivity, and enhanced interoception may all play a part. *British Medical Journal*, 329, 928–929.
- White, P.D., Goldsmith, K.A., Johnson, A.L., Potts, L., Walwyn R., DeCesare, J.C., ... Sharpe, M. (2011) Comparison of adaptive pacing therapy, cognitive behaviour therapy, graded exercise therapy, and specialist medical care for chronic fatigue syndrome (PACE): a randomised trial. *Lancet*, 377, 823–836.
- Woolf, C.J. (2011). Central sensitization: implications for the diagnosis and treatment of pain. *Pain*, 152, 2–15.
- Wortinger, L.A., Endestad, T., Melinder, A., Øie, M.G., Sulheim, D., Fagermoen, E., & VB., W. (2015). Absence of emotional conflict effect in adolescent chronic fatigue syndrome: an fMRI study. *Submitted*.
- Wyller, V.B. (2007). The chronic fatigue syndrome--an update. *Acta Neurologica Scandinavica*, 187, 7–14.
- Wyller, V.B., Bjørneklett, A., Brubakk, Q., Festvåg, L., Follestad, I., Malt, U., ... Larun, L. (2006). Diagnostisering og behandling av kronisk utmattelses-syndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME). *Rapport fra Kunnskapssenteret* nr. 09 – 2006.
- Wyller, V.B., Eriksen, H.R., & Malterud, K. (2009). Can sustained arousal explain the Chronic Fatigue Syndrome. *Behavioral and brain functions*, 5, 10.
- Wyller, V.B., Saul, J.P., Amlie, J.P., & Thaulow, E. (2007). Sympathetic predominance of cardiovascular regulation during mild orthostatic stress in adolescents with chronic fatigue. *Clinical Physiology and Functional Imaging*, 27, 231–238.

- Blir kvitt Asperger

En forskningsgruppe ved Sahlgrenska akademien i Göteborg har fulgt en gruppe gutter med Asperger syndrom i 20 år. I sommer kom resultatene fra langtidsstudien: En femdel vokste av seg de fleste symptomene.

- Resultatene går imot oppfatningen av diagnosen Asperger syndrom, understreker psykolog Adam Helles til forskning.no. Han er en av forskerne bak studien og sier at dette fortsatt blir regnet som en diagnose som man ikke kan «vokse av seg».

Adam Helles sier at han i arbeidet som klinisk psykolog har blitt mer ydmyk etter denne studien.

- Vi har vært veldig tilbøyelige til å si at man bare kan leve ett slags liv med Asperger. Min avhandling viser at livet kan gå i mange retninger.

Michael B. Lensing, seniorrådgiver ved Nasjonalt kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypersomnier (NevSom) ved Oslo universitetssykehus, mener studien er interessant, men påpeker overfor forskning.no også noen svakheter ved den:

- Da disse guttene fikk diagnosen Asperger syndrom, ble det brukt andre diagnosekriterier enn vi har i dag. Og dette materialet ble samlet inn i en tid da det fantes lite informasjon om Asperger, noe det også er farget av.

Det betyr, ifølge Lensing, at ikke alle i utvalget fylte kriteriene for Asperger syndrom etter dagens diagnosekriterier. Han mener at de heller burde brukt begrepet autismspekterdiagnoser.

Lensing påpeker også at studien ikke kan si noe om hvordan forløpet over tid er for jenter med Asperger syndrom, ettersom det bare er gutter som er studert.

Psykologtidsskriftet

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 806-813 FAGFELLEVDERT

LEIF HUGO STUBRUD, Sykehuset Østfold HF

KONTAKT leif.hugo.stubrud@so-hf.no

REGULERING AV EMOSJONER OG ATFERD HOS PERSONER MED UTVIKLINGSHEMNING

Bruk av tvang overfor personer med psykisk utviklingshemning skyldes ofte trekk ved omsorgsmiljøet. Artikkelen presenterer en økologisk modell for redusert bruk av tvang.

Det registreres stadig mer bruk av tvang og makt overfor personer med utviklingshemning (Helsetilsynet, 2008; 2014). Bruk av tvang og makt er definert som «... tiltak som brukeren eller pasienten motsetter seg, eller som er så inngripende at de uansett motstand må regnes som tvang eller makt» (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 9–2). Å tilrettelegge for minst mulig bruk av tvang og makt gjennom andre løsninger er en lovfestet plikt for helsetjenestene (helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 9–1).

Hos personer med utviklingshemning som ble utsatt for tvang, hadde omtrent 70 % en eller flere psykiske lidelser. Omsorgsmotstand, selvskading og skade mot andre var de hyppigst forekommende atferdsformene som førte til bruk av tvang (Nøttestad & Revis, 2006; Stubrud, 2015a).

BAKGRUNN

Gjennom en tidligere studie (Stubrud, 2015a) og mange års klinisk erfaring har jeg i samarbeid med andre erfart et behov for en klargjøring av forhold i hjelpearbeidet som kan endres for å minimalisere behovet for bruk av tvang. Flere faktorer i omsorgsmiljøene påvirker og leder til atferd som utfordrer, og dårlig regulerte emosjoner. Dette underbygges av Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (NAKU), NAKU (2016). I figur 1 er dette satt opp i tre bokser, der vi ser at forhold ved bo- og omsorgsmiljøet leder til brukerens vansker med emosjonell regulering og atferd som utfordrer, som igjen fører til økt bruk av tvang.

ABSTRACT

A model for regulating emotions and behavior that challenge for individuals with intellectual disabilities

The current study elaborates on earlier findings (Stubrud, 2015a) that identified six ecological factors that are relevant in preventing and handling challenging behavior in persons with intellectual disabilities. These six factors are (1) stable social conditions, (2) individual adaptation of the structure of services, (3) adapted communication, (4) help to regulate of emotions and behavior, (5) social validation of the behavioral interventions, and (6) reflection on the use of coercion and restraint. These factors are discussed and given a theoretical basis. Together the factors constitute a model for decreasing the use of coercion and restraint in the delivery of services to persons with intellectual disabilities. Recommendations for empirical testing of the model and further refinement of its elements and processes are offered.

Keywords Intellectual disabilities, emotional regulation, behavior that challenge, ecological factors



Figur 1. Oversikt over det observerte forholdet mellom de økologiske faktorene, vansker med emosjonell regulering og atferd som utfordrer, og bruk av tvang.

BEHOV FOR EN MODELL

Hensikten med artikkelen er å klargjøre de faktorene i omgivelsene som kan føre til mindre bruk av tvang. Faktorene bygger på kjent og anerkjent kunnskap. De seks faktorene omhandler forhold ved økologien til brukeren, og ikke brukeren selv, og framstår samlet som en økologisk modell som systematiserer forhold ved omgivelsene. Modellen består av tre dimensjoner, der de to første faktorene omhandler sosialstrukturelle forhold. De to neste faktorene omhandler samspill mellom brukere og hjelpere. De to siste faktorene omhandler etiske forhold ved hjelpen som gis. Det sentrale er effekten faktorene har på personens muligheter for å regulere emosjoner og atferd. Forholdet mellom emosjonelle vansker, atferd som utfordrer, og psykiske lidelser er komplisert, sammensatt og individuelt (Holden, 2016). Begrepene er overlappende, men ikke identiske. Økologiske faktorer har imidlertid betydning for å forstå og påvirke alle forholdene (Emerson & Jahoda, 2013)

Utarbeidelsen er et tottrinnsarbeid: 1) En praktisk erfart empiri gjennom klinisk arbeid, og 2) en teoretisk bearbeidelse og begrunnelse for modellens innhold. Utarbeidelsen av modellen startet som et samarbeid mellom Sykehuset Østfold HF, seksjon voksenhabilitering og Nasjonal kompetanseenhet for autisme, tidligere Autismeenheten ved Oslo universitetssykehus i 2005, der hensikten med samarbeidet var å utvikle kompetanse på autisme og atferd som utfordrer. Samarbeidet har inkludert økonomisk støtte til prosjektet fra Autismeenheten. Videreutviklingen av modellen etter at samarbeidet med Autismeenheten ble avsluttet i 2005, er undertegnede ansvarlig for. Enkelte sider ved modellen har vært omtalt tidligere (Stubrud, 2005; 2015b).

The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists (2015) foreslo å erstatte begrepet utfordrende atferd med *atferd som utfor-*

drer. Begrunnelsen var å tydeliggjøre at utfordringene ligger i omgivelsene og ikke hos den enkelte bruker.

Faktorene er nærmere definert i tabell 1. Til høyre er det beskrevet hvilke miljømessige konsekvenser dette får.

To premisser er lagt til grunn: 1) For å forstå atferd og utvikling, og kunne påvirke utviklingen hos personer med utviklingshemning, er utviklingsalder (mental alder) lagt til grunn (Carr & O'Reilly, 2007; Hodapp, Burack, & Zigler, 1998). 2) Normal utviklingsteori og normale teorier om sosiale livsbetingelser og livskvalitet gjelder også for personer med utviklingshemning, selv om det må tas spesielle hensyn til biologisk betingede utviklingsvansker (Hodapp et al., 1998; Keith, 2007, King et al., 2002). Ved tilrettelegging av utviklingsbetingelser bør det tilstrebes samsvar mellom personens mentale utviklingsalder og vanskegraden av de utfordringer personen forventes å mestre (Nafstad, 1993).

EMOSJONER OG ATFERD

I arbeid med personer med utviklingshemning defineres atferd som utfordrer, som kulturelt avvikende atferd av en viss intensitet, frekvens eller varighet, og som truer den fysiske sikkerheten til personen selv eller andre, eller at atferden i betydelig grad begrenser eller hindrer tilgangen til vanlige tjenester (Emerson, 2001). De alvorligste formene for atferd som utfordrer, er selvskading, skading av andre og ødeleggelse av materielle ting.

All atferd som utfordrer, har et *emosjonelt innhold* som personen ikke klarer å håndtere (Tetzchner, 2003), og vil alltid være påvirket av tjenestetilbudene. Dårlig tilrettelagte boforhold og tjenester som uoversiktlige personalgrupper, inkonsistente regler, ignorering av personlige

Tabell 1. De økologiske faktorene og konsekvenser av lite tilpassede faktorer, slik det er observert gjennom klinisk arbeid.

De økologiske faktorene	Konsekvenser av lite tilpassede faktorer
Stabilitet og lite antall hjelpere	Hyppe skifter av hjelpere og et stort antall hjelpere
Individuell tilrettelegging	Betydelig innslag av kollektive rutiner og lite tilpassede og strukturerte aktiviteter
Tilpasset kommunikasjon	Kommunikasjonen er ikke tilpasset brukerens forståelse og bruk av begreper
Hjelp til regulering av emosjoner og atferd	Lite oppmerksomhet mot hvordan helperens egen atferd kan bidra til reguleringsvansker
Sosial validitet	Liten oppmerksomhet mot at atferdsregulerende metoder må være tilpasset samfunnets og personens normer
Handlingsrefleksjon	Liten oppmerksomhet mot at gjennomgang og refleksjon av anvendte tvangstiltak kan øke bevisstheten for å finne andre løsninger

behov og krav om å utføre bestemte handlinger, kan øke vanskene med nedsatt kommunikasjonsevne og kognitiv forståelse (Jacobsen, Bjerkan, & Sørli, 2009; The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists, 2015) og kan skape en negativ transaksjonsskjede med stadig dårligere omsorgsmiljø og mer atferd som utfordrer (Tetzchner, 2003). Flere studier, spesielt Chandey (1996), avdekket at atferd som utfordrer, hang sammen med svak emosjonell regulering ved opphisset tilstand. Det pågår kontinuerlig en interaksjon mellom kognitive og emosjonelle prosesser og eksekutive prosesser. Denne interaksjonen blir ofte forstyrret og annerledes hos personer med endret kognisjon (Jacobsen, 2011).

Tilnærminger for å løse vanskene kan enten være å bedre personens evne til å mestre situasjonen ved å hjelpe vedkommende med egnede strategier, eller tilrettelegging av omgivelsene for å redusere situasjoner som fører til ukontrollerte emosjonelle reaksjoner. Tilnærmingen her er tilrettelegging av omgivelsene gjennom de seks økologiske faktorene. I det følgende skal jeg omtale de økologiske faktorene.

STABILE SOSIALE RELASJONER

Sosiale strukturer er grunnleggende forutsetninger for utvikling og opprettholdelse av personlighet, identitet, psykisk helse og tilpasset atferd (Kassin, Fein, & Markus, 2008). Utviklingsprosesser avhenger av omgivelsenes organisering og innflytelse (Bronfenbrenner, 1979; Sameroff, 2009). Store og ustabile personalgrupper vanskeliggjør den stabiliteten som er nødvendig for emosjonell tilknytning (Bolwby, 1982; Whitman, O'Challaghan, & Sommer, 1997). Evnen til å danne emosjonelle relasjoner til andre grunnlegges tidlig i barndommen og varer livet ut. Over tid vil nye tilknytningspersoner komme til, mens andre blir borte. Tilknytning er grunnleggende for utvikling av mange emosjonelle, kognitive og sosiale funksjoner. Fravær av tilknytningsrelasjoner er forbundet med ensomhet, depresjon og manglende utviklingsstøtte. Studier tyder på at tilknytningsatferden er påvirket hos mennesker med alvorligere former for utviklingshemning (Tetzchner, 2003). Tilknytningsatferden kan anta former som er vanskelig å gjenkjenne, og framstå som atferd som utfordrer. For å forstå atferd som utfordrer, er emosjonell tilknytning, eller mangel på dette, sentralt.

INDIVIDUELL TILPASNING AV TJENESTER

Normaliseringsprinsipper (Nirje, 1994; 2003) innebærer at mennesker med utviklingshemning bør ha de samme normale livsbetingelser som andre i samfunnet. Individuell tilpasning innebærer vektlegging av indre motivasjon, ved at personen selv må ha rimelig god innflytelse på utformingen av sin egen hverdag, beslutninger som vedrører egen helse, egne økonomiske midler og materielle goder, forhold til naboer, familie og venner (Heal, Borthwick-Duffy, & Saunders, 1996; Lachapelle et al., 2005; McComb, 2003, Ryan & Deci, 2000). I de siste tiårene har hjelpetjenestene til personer med utviklingshemning endret seg fra institusjonsbaserte tjenester til mer individualiserte tjenester i deres eget hjem (Brady, Fong, Waninger, & Eidelman, 2009).

Mange av de nyere bofellesskapene bygget etter 2001 har institusjonspreg. De store enhetene kommer dårligere ut enn de små når det gjelder personalforhold, fagmiljø og organisering av individuelle tjenester (Kittelsaa & Tøssebro, 2011). Det er foreslått en øvre grense på seks beboere i enheter som skal regnes som normaliserte boformer (Felce & Emerson, 2005). Individuell tilpasning henger nær sammen med grad av selvbestemmelse og livskvalitet. Söderström & Tøssebro (2011) konkluderer med at det har vært et gjennomgående fall i selvbestemmelsen fra 2001 til 2010. Dette kan føre til økt fare for uro og emosjonelle reguleringsvansker (McDonnell, 2010). Det kan være behov for spesiell tilrettelegging ut ifra tilstandsspesifikke forhold (f.eks. autismespekteret). Spesiell tilrettelegging kan omfatte reguleringer i form av dags- eller ukeplaner eller andre strukturelle former for regulering.

TILPASSET KOMMUNIKASJON

Emosjonelle uttrykk hos personer med omfattende kognitive skader bør oppfattes som fullverdig kommunikasjon. Dette er på samme måte som hos små barn. Denne kommunikasjonen kan være vanskelig tolkbar, men like fullt viktig for den som uttrykker seg (Jacobsen, 2008, 2011). Hjelperes oppgave er å finne en felles forståelse av hva uttrykkene kan bety. Når voksne snakker med mindre (språkkompetente) barn, forenkler de språket og tilpasser det til barnets språknivå (mental alder). Dette gjøres ved å bruke 1) kortere setninger, 2) mer



For å forstå atferd som utfordrer, er emosjonell tilknytning, eller mangel på dette, sentralt

konkrete ord, 3) flere repetisjoner, 4) utvidet samtale der personen viser interesse, og 5) tydeligere intonasjon (Carr & O'Reilly, 2007). Jones & Kroese (2006) og Hawkins, Allen & Jenkins (2004) har påpekt at fysisk tvang kunne vært unngått med bedre og mer tilpasset kommunikasjon mellom hjelperne og brukerne.

REGULERING AV EMOSJONELLE UTTRYKK OG ATFERD

Samspillet mellom brukeren og hjelperne består av transaksjoner, og er avgjørende for utvikling av reguleringsfunksjoner hos alle, men er særlig framtredd hos barn og andre med reguleringsvansker. Reguleringen omhandler kognitive funksjoner, emosjonell og atferdsmessig tilpasning (Sameroff, 2009; Sameroff & Fiese, 1990; 2000).

Emosjonsregulering utvikler seg fra at personen trenger ytre hjelp til å regulere seg, til at personen gradvis overtar en stadig større del av reguleringen selv (Barrett, 2006, Sameroff & Fiese, 2000). En del personer med utviklingshemning vil være avhengig av hjelp til emosjonsregulering livet ut. I omtalen av Marte Meo-metoden (Aarts, 1990) vektla Øvreeide og Hafstad (1996) følgende elementer som reguleringshjelp for voksne hjelpere overfor brukere (barn): 1) Søk etter brukerens oppmerksomhetsfokus, 2) gi bekreftelse av oppmerksomhetsfokuset, 3) søk etter brukerens reaksjon på bekreftelsen, 4) gi benevnelse av det som skjer og skal skje, oppleves og skal oppleves, noe som skaper forutsigbarhet og øker forståelsen av verden, 5) gi anerkjennelse og bekreftelse av ønsket atferd, 6) gi åpning mot omverdenen gjennom å presentere personer, objekter og fenomener, og 7) ta ansvar for en tilpasset og gjensidig markering av avslutningen. Evnen til selvregulering er et resultat av personens egenskaper og omgivelsenes måter å møte og støtte personens egen regulering på. Dette innebærer også kunnskap om hvordan en kan dempe eller stoppe aggressiv atferd hos brukeren på en mest mulig skånsom og lavaffektiv måte (McDonnell, 2010). Lavaffektiv tilnærming innebærer blant annet å stille færre krav i krisesituasjoner, hjelperne bør unngå verbale og ikke-verbale triggerer som kan utløse aggresjon.

SOSIAL VALIDITET

For at metodene som anvendes overfor personer med emosjonelle reguleringsvansker og atferd som utfordrer, kan regnes som anerkjente og valide, bør de være utledet fra og begrunnet i etisk forståelse. Krav som må stilles til metodene, er at anvendelse ikke medfører fysiske skader eller psykiske krenkelser som nedvurdering, ignorering, trusler, frihetsberøvelser, ydmykelser og sosiale krenkelser (McClellan & Grey, 2007).

En sentral etisk norm som kan legges til grunn for hjelpearbeid og behandling, er at endringsmetodene må ha sosial validitet. Dette innebærer at praksisen må være avstemt mot vanlige samværsnormer i samfunnet, og forbindes med sosial fornuft og ansvarlighet (McClellan & Grey, 2007, McDonnell, 2010).

HANDLINGSREFLEKSJON

Hjelperens egen måte å opptre på kan utløse atferd som utfordrer. Omvendt kan hjelperens væremåte virke dempende på brukerens atferd (McDonnell, 2010). Ved systematisk gjennomgang sammen med andre hjelpere og brukeren økte bevisstheten og evnen til kritisk å forholde seg til egen sensitivitet og gjennomføring (Frueh, et al., 2005). Som hjelper kan en reflektere over sin egen praksis før, under og etter handlingen (Schön, 1983; 1987). Dette

kan gi en praksis som utvikler seg og genererer nye handlingsmuligheter. Refleksiv praksis kan føre til mindre bruk av tvang og repressive metoder og mer vektlegging av brukerens egne ønsker og deltagelse i å finne andre løsninger (Ellingsen, 2006). Berge (2011) vektla personens egen evne til å finne løsninger som ikke utløste bruk av tvang. Gjennomgang og analyse av situasjoner der det er brukt tvang, kan redusere videre bruk av tvang (Bak, Zoffmann, Sestoft, Almvik, & Brandt-Christensen, 2013). Som en betingelse for at en refleksiv praksis skal fungere, må dette være satt i system og være integrert i organisasjonen og være støttet i ledelsen.

KLINISK ERFARING

Gjennom klinisk arbeid i spesialisthelsetjenesten har vi erfart vanskeligheter med praktiseringen av modellens økologiske faktorer. Oppsummerende er erfaringene slik:

Det vanligste problemet knyttet til den første faktoren er mange ansatte hjelpere. I noen tilfeller må brukeren forholde seg til over 40 ulike hjelpere, og det er stor grad av ustabilitet på grunn av hyppige bytter av hjelpere og uenighet innad i gruppen av hjelpere. De vanligste vanskene knyttet til den andre faktoren er å overse den enkelte brukers større og mindre ønsker og behov. Dette omfatter alt fra mangel på tydelig struktur og organisering av aktiviteter, til brudd på mindre dagligdags behov som middagsønsker, turer, hviletider og lignende.

Den tredje faktoren omhandler vansker med kommunikasjon, der hjelperne bruker for vanskelige ord, for lange setninger, ikke retter oppmerksomheten mot den som er mottaker, ikke gir nok tid til prosessering, og der budskapet ikke gjentas nok til at det oppfattes. Det er også vansker med at hjelperne ikke oppfatter hva brukeren gir uttrykk for.

De vanligste vanskene ved den fjerde faktoren er for liten oppmerksomhet mot å tolke non-verbale uttrykk som emosjoner. Dette omhandler å kunne følge og respondere på personens emosjoner, turtaking, avstandsregulering og hvordan opptre uten å øke brukerens emosjonelle aktivisering.

De vanligste vanskene knyttet til den femte faktoren er manglende oppmerksomhet om hvilke metoder som er sosialt valide og akseptable, faglig og etisk. Enkelte metoder som anvendes, for eksempel «nedlegging», er metoder som har liten sosial validitet.

Tabell 2. Faktorene og angivelse av ønsket retning på endring

De økologiske faktorene	Ønsket retning på endringer
Stabilitet og antall av hjelpere	Liten og tilpasset gruppe av hjelpere som muliggjør emosjonell støtte og tilknytning
Individuell tilrettelegging	Godt tilpasset individuelle ønsker/behov om tjenester og aktiviteter
Tilpasset kommunikasjon	Kommunikasjonen er tilpasset brukerens språknivå, både forståelse og bruk av begreper
Hjelp til regulering av emosjoner og atferd	Godt tilpasset hjelp til å regulere emosjoner, og vekt på lav affektiv tilnærming
Sosial validitet	Høy grad av oppmerksomhet mot at metoder må være avstemt mot samfunnets og personens normer
Handlingsrefleksjon	Høy grad av oppmerksomhet mot gjennomgang og refleksjon over praksis

Den sjettede faktoren omhandler utilstrekkelig gjennomgang og refleksjon ved bruk av tvang. Dette omhandler å utvikle en bevissthet om hvordan hjelperens egen atferd påvirker emosjoner og atferd ved å unngå mistilpassede transaksjoner som kan medføre reguleringsvansker og atferd som utfordrer, noe som igjen kan føre til bruk av tvang.

Fra klinisk arbeid har vi erfart at arbeid med forbedring av disse seks faktorene leder til nedgang i emosjonelle reguleringsvansker og atferd som utfordrer (Stubrud, 2005). Ved nedgang i atferd som utfordrer, følger nedgang i bruk av tvang. Dette har positiv betydning for den psykiske helsen til brukerne.

BRUK OG IMPLIKASJONER

Bruk av modellen innebærer at hver enkelt faktor må vurderes kvalitativt. Kvalitative og naturalistiske vurderinger kan være godt egnet til å vurdere konkrete livsløp (Robson, 2011; Svartdal, 2015). De aktørene som er inne i bildet for å vurdere hver enkelt faktor i modellen, må tilstrebe konsensus etter gjennomgang og drøfting. Endringer følger av gjennomdrøftinger og analyser av konkrete forhold. I oversikten vises hvilken retning som tilstrebes gjennom endringsarbeid.

Den økologiske modellen må testes empirisk. Komplekse modeller kan være utfordrende å etterprøve med stringente metoder, og hele modellen kan ikke testes ut på en gang. Den kan testes skrittvis (Lerner, 2002). Dette vil være avgjørende for om modellen fungerer slik som antatt, eller vil måtte justeres i henhold til forskningsfunn.

Modellen er ikke en generell tjenestemodell for habilitering. Til det finnes andre modeller (f.eks. Coyle, 2007; King et al., 2002; King, Tucker, Baldwin, & LaPorta, 2006; King, 2009). Den

økologiske modellen antas å være egnet til forebygging og endringsorientering der det foreligger emosjonelle reguleringsvansker og atferd som utfordrer, og psykiske lidelser.

Tilstedeværelse i omsorgsmiljøene er en forutsetning for å kunne observere og analysere kvalitative sider ved omsorgsmiljøene. Observatøren må veksle mellom det nære fokuset ved å utføre hjelp til brukeren og det å distansere seg og innta den nødvendige avstand for å få det overblikket som analyser av omsorgsmiljøet krever.

Forhold som ikke er fokusert, er materielle sider knyttet til brukerne og økonomiske forhold ved tjenestene. Det er heller ikke rettet oppmerksomhet mot kvantitative sider ved tjenestene til brukerne. Rettighetsspørsmål knyttet til tjenestene blir heller ikke berørt direkte, men kan bli berørt indirekte gjennom nedsatt kvalitet i tjenestene. Organisatoriske forutsetninger for å ta i bruk modellen er ikke drøftet. Det er imidlertid nødvendig at hjelpevirksomheten må være godt organisert og ledet for at modellen skal kunne brukes. Organisatoriske vansker som uklare ledelse, uklare beslutningslinjer og uklare ansvarsforhold, kan overskygge modellens faktorer.

KONKLUSJON

Den økologiske modellen er et forsøk på å optimalisere samspillet mellom hjelpere og brukere med utviklingshemning og emosjonelle reguleringsvansker og atferd som utfordrer. Jeg håper at modellen klargjør samspillsfaktorer i tjenestene og kan fungere som en praktisk retningsviser for endring. Modellen bygger på klinisk erfaring og teoretiske begrunnelser. Framtidig forskning vil avgjøre om modellen fungerer etter hensikten. ✖ »



Emosjonelle uttrykk hos personer med omfattende kognitive skader bør oppfattes som fullverdig kommunikasjon

REFERANSER

- Aarts, M. (1990). Support by videoanalysis. Orion Hometraining and early intervention. I *The power to change lies within the families. Report from international seminar for innovative institutions*. Ministry for Welfare, Health and Culture, Netherland
- Bak, J., Zoffmann, V., Sestoft, D.M.M., Almvik, R. & Brandt-Christensen, M. (2013). Mechanical Restraint in Psychiatry: Preventive Factors in Theory and Practices. A Danish-Norwegian Association Study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 50, 155-166
- Berge, K. (2011). *Å gjøre noe annet enn å bruke tvang og makt – beskrivelser av hvordan en person med utviklingshemning, i relasjon til tjenestemiljøet, deltar i utformingen av andre løsninger slik det beskrives i sosialtjenestelovens kapittel 4A*. (Masteroppgave NTNU), NTNU, Trondheim
- Barret, L.F. (2006). Are emotion natural kinds? *Perspectives Science*, 1, 28–58
- Bolwby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 52, 664–678
- Brady, L.T., Fong, L., Waninger, K.N. & Eidelman, St. (2009). Perspective on leadership in organizations providing services to people with disabilities: A exploratory study. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47, 358–372
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press
- Carr, A. & O'Reilly, G. (2007). Lifespan development and the family lifecycle. I Alan Carr, Gary O'Reilly, Patricia Noonan Walsh & John McEvoy (red.). *The handbook of intellectual disability in clinical psychology practice*, 50–91, London: Routledge
- Chaney, R.H. (1996). Psychological stress in people with profound mental retardation. *Intellectual Disability Research*, 40, 305–310
- Coyle, K. (2007). Person-centered Planning. I Alan Carr, Gary O'Reilly, Patricia Noonan Walsh & John McEvoy (red.) *The handbook of intellectual disability in clinical psychology practice*, 231–252, London: Routledge
- Ellingsen, K.E. (2006). *Lovregulert tvang og refleksiv praksis (doktoravhandling)*. Luleå Tekniske Universitet, Luleå
- Emerson, E. (2001). *Challenging behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press
- Emerson, E. & Jahoda, A.J. (2013). Social and psychological factors as determinants of emotional and behavioral difficulties. I J.L. Taylor, W.R. Lindsay, R.P. Hastings & C. Hatton (red.) *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*. 15–30. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Felce, D. & Emerson, E. (2005). Community living: Costs, outcomes, and economies of scale: Findings from UK Research. I Roger J. Stancliffe & K. Charlie Lakin (red.) *Costs and Outcomes of Community Services for People with Intellectual Disabilities*. 45–82. Baltimore MD: Paul Brookes Publishing Co
- Frueh, B.C., Knapp, G., Cusack, K.J., Grubaugh, A.L., Sauvageot, J.A., Cousins, V., Yim, E., Robins, C.S., Monnier, J. & Hiers, T.G. (2005). Patients' Reports of Traumatic or Harmful Experiences Within the Psychiatric Setting. *Psychiatric Services*, 56, 1123–1133
- Hawkins, S., Allen, D. & Jenkins, R. (2004). The use of physical interventions with people with intellectual disabilities and challenging behavior – the experience of services users and staff members. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 19–34.
- Heal, Laird W., Borthwick-Duffy, S.A. & Saunders, R.R. (1996). Assessment of quality of life. I J.W. Jacobson & J.A. Mulick (ed.). *Manual of diagnosis and professional practices in mental retardation*, 199–209. Washington DC: American Psychological Association
- Helsetilsynet. (2008). *Ein gjennomgang av data hos fylkesmennene om bruk av tvang og makt overfor menneske med psykisk utviklingshemning for perioden 2000–2007. Nødvendig tvang? Rapport fra Helsetilsynet 7/2008*
- Helsetilsynet. (2014). *Tilsynsmelding 2013*. Statens helsetilsyn
- Helsetilsynet (2015). *Tilsynsmelding 2014*. Statens helsetilsyn
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
- Hodapp, R.M., Burack, J.A. & Zigler, E. (1998). Developmental approaches to mental retardation: A short introduction. I J.A. Burack, R.M. Hodapp & E. Zigler (red.). *Handbook of mental retardation and development*, 3–19, Cambridge: Cambridge University Press
- Hogg, M.A. & Vaughan, G. M. (2011). *Social psychology*. 7.ed. Harlow: Pearson Education
- Holden, B. (2016). *Utfordrende atferd og utviklingshemning. Atferdsanalytisk forståelse og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Jacobsen, K. (1998). Ny viten om relasjoner mellom kognitive og emosjonelle prosesser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 35, 530–536
- Jacobsen, K. (2011). Utviklingspsykologisk teoretisk ramme. I E. Lunde, B. Lerdal & L.H. Stubrud (red.) *Habilitering av barn og unge*, 49–62
- Jacobsen, K., Bjerkan, B. & Sørli, R. (2009). Challenging behaviour in an adult male with congenital deaf-blindness: analysis and intervention. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 11, 209–220
- Jones, P. & Kroese, B.S. (2006). Service users' views of physical restraint procedures in secure settings for people with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities*, 35, 50–54
- Kassin, S., Feier, S. & Markus, H.R. (2008). *Social psychology*. 8. ed. Wadsworth: Cengage Learning
- Keith, K.D. (2007). Quality of life. I Alan Carr, Gary O'Reilly, Patricia Noonan Walsh & John McEvoy (red.) *The handbook of intellectual disability in clinical psychology practice*, 143–168, London: Routledge
- King, G. (2009). A relational goal-oriented model of optimal service delivery to children and families. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 29, 384–408.
- King, G., Tucker, M.A., Baldwin, P., Lowry, K., LaPorta, J. & Martens, L. (2002). A life needs model of pediatric service delivery: Service to support community participation and quality of life for children and youth with disabilities. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 22, 53–77
- King, G.A., Tucker, M.A., Baldwin, P.J. & LaPorta, J.A. (2006). Bringing the life needs model to life: Implementing a service delivery model for pediatric rehabilitation. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 26, 43–70
- Kittelsaa, A. & Tøssebo, J. (2011). Store bofellesskap for personer med utviklingshemning. Rapport, NTNU, Samfunnsforskning
- Lachappelle, Y., Wehmeyer, M.L., Haelewycck, M.-C.G., Courbois, Y., Keith, K.D., Schalock, R.L., Verdugo, M.A. & Walsh, P.N. (2005). The relationship between quality of life and self-determination: An international study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49, 740–744

- Lerner, R. (2002). *Concepts and theories of human development*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates Inc. Publisher
- McClellan, B. & Grey, I. (2007). Modifying challenging behavior and planning positive support. I A. Carr, G. O'Reilly, P.N. Walsh & J. McEvoy (red.) *The handbook of intellectual disability and psychological practice*, 643–684. London: Routledge
- McComb, D. (2003). If not self-determination, then what? *Mental Retardation*, 41, 290–298
- McDonnell, A.A. (2010). *Managing aggressive behaviour in care settings. Understanding and applying low arousal approaches*. Chichester: John Wiley & Sons LTD
- Nafstad, A.V. (1993). Det utviklingspsykologiske perspektivet – et bidrag til diagnostikk og behandling. I B. Gjørsum (red.) *Kunnskap og ettertanke. Psykisk utviklingshemning som flerfaglig utfordring*, 184–199. Oslo: Kunnskapsforlaget
- Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemning (2016). *Forskning om bruk av tvang og makt*. Hentet fra <http://naku.no/kunnskapsbanken/tvang-og-makt-forskning>
- Nirje, B. (1994). The normalization principle and its human management. *The International Social Role Valorization Journal*, 1, 19–23
- Nirje, B. (2003). *Normaliseringsprincippet*. Lund: Studentlitteratur
- Nøttestad, J.Å. & Revis, E. (2006). Bruk av tvang og makt overfor mennesker med psykisk utviklingshemning: Atferdsproblemer og bruk av psykotrop medikasjon. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 10, 1029–1135
- Robson, C. (2011). *Real world research*. 3. ed. Oxford: Blackwell
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55, 68–78
- Sameroff, A. (2009). The transactional model. I Arnold Sameroff (red.) *The transactional model of development. How children and contexts shape each other*, 3–21. Washington, DC: American Psychological Association
- Sameroff, A.J. & Fiese, B.H. (1990). Transactional regulation and early intervention. I S. Meisels & J.P. Shonkoff (red.) *Handbook of early childhood intervention*, 119–149. Cambridge: Cambridge University Press
- Sameroff, A.J. & Fiese, B.H. (2000). Models of developmental risk. I C.H. Zeanah Jr. (red.) *Handbook of infant mental health*. Second edition, 3–19. London: Guilford Press
- Schön, D.A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic Books
- Schön, D.A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass
- Stubrud, L.H. (2005). *Økologisk bistandsmodell i arbeidet med mennesker med autisme, utviklingshemning og utfordrende atferd*. Rapport nr. 2. Oslo: Autismeenheten
- Stubrud, L.H. (2015a). Bruk av tvang overfor personer med utviklingshemning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52, 856–862
- Stubrud, L.H. (2015b). Sosiale fellesskap, tilpasning og grensesetting. I Sølvi Dahle & Thor Ivar Torgauten (red.) *Helt med! I samme fellesskap uavhengig av funksjonsevne*, 147–162. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Svartdal, F. (2015). *Psykologiens forskningsmetoder. En introduksjon*. 4. utgave. Bergen: Fagbokforlaget
- Söderström, S. & Tøssebro, J. (2011). *Innfridde mål eller brutte visjoner. Noen hovedlinjer i utviklingen av levekår og tjenester for utviklingshemmede*. Rapport. NTNU Samfunnsforskning
- Tetzchner, S. v. (2003). *Utfordrende atferd hos mennesker med lærehemning. Betydningen av kommunikasjon, boforhold og tjenester*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists (2015). *Challenging Behaviour and Learning Disabilities: Preventing and interventions for people with learning disabilities whose behavior challenges*. National Collaborating Centre for Mental Health.
- Whitman, T.L. O'Callaghan, M. & Sommer, K. (1997). Emotion and mental retardation. I William E. MacLean (red.) *Ellis' handbook of mental deficiency, psychological theory and research, Third edition*, 77–98. New Jersey: Lawrence Erlbaum
- Øvreide, H. & Hafstad, R. (1996). Marte Meo-metoden: Styrking av foreldres kompetanse. I S. Reichelt & H. Haavind (red.) *Aktiv psykoterapi. Perspektiv på psykologisk forståelse og behandling*, 213–244. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Se app for kriser

En læringsportal for psykososial beredskap ble nylig tilgjengelig på www.psykososialberedskap.no. I tillegg ble den første norske stressmestringsappen på mobil lansert. Både portalen og appen retter seg mot de som er eller har vært i en krise, eller som i arbeidet sitt møter mennesker rammet av kriser og katastrofer.

Det er Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS Øst) som står bak lanseringen av begge verktøyene for katastrofehåndtering.

Portalen gir kunnskap om hvordan militært og humanitært innsatspersonell kan forberede seg på og mestre jobb i katastrofeområder.

– Det handler om å forberede seg på det uforberedte, og gjøre ulike aktører bedre i stand til å håndtere kriser og katastrofer som måtte oppstå, enten det er i Norge eller i utlandet, sa seksjonsleder Nils Petter Reinholdt ved RVTS Øst i en pressemelding da verktøyene i slutten av september ble presentert på konferansen «Er vi klare nok?». Der deltok teamet som jobbet med rammede etter at Flight MH17 ble skutt ned over Ukraina i 2014, og også ansvarlige for terrorberedskapen under OL i London 2012.

Psykologtidsskriftet

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 814-822 FAGFELLEVDERT

GRETHE E. JOHNSEN^{1,2} og HANS JAKOB BØE^{1,3}¹ Institutt for militærpsykiatri og stressmestring, Forsvarets sanitet² Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse³ Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken, Kongsberg DPS

KONTAKT grethe.johnsen@uni.no

NORSKE AFGHANISTANVETERANER: STIGMA, BARRIERER OG HELSEHJELP

Norske afghanistanveteraner som har psykiske plager frykter konsekvensene av å søke helsehjelp. Helsepersonell trenger kunnskap om barrierene mot hjelpsøking.

Mer enn 40 000¹ nordmenn har erfaring fra internasjonale militære operasjoner. Det er en oppgave både for det militære og det sivile helsevesen å tilby disse FN- og NATO-veteranene helsetjenester for å avdekke og behandle psykiske plager etter oppdrag. Vi har imidlertid liten kjennskap til hvordan veteraner med psykiske helseplager benytter våre helsetjenester. Internasjonal forskning har vist at personer som har tjenestegjort i internasjonale operasjoner, eksponeres for en rekke alvorlige hendelser og belastninger, og at denne eksponerin-

ABSTRACT

Mental healthcare service use and barriers to care in Norwegian Afghanistan veterans

Background: This study examines mental healthcare service use and barriers to care in Norwegian Afghanistan veterans.

Method: All Norwegian personnel serving in Afghanistan in the period 2001-2011 were invited to participate. Data were gathered with survey questionnaires and mental health problems were measured with standardized self-administered screening instruments. The response rate was 57 % (N=4053).

Results: 6 % (n=246) of the veterans reported that they had received treatment for mental health disorders. Of those whose responses were positive for a mental disorder, two in three did not seek out mental health care. Veterans with mental disorders were more likely to report barriers, and barriers to care were related to a fear that it would harm career and future deployments, and a wish to deal with the problems themselves. Barriers to care did not appear to disappear after leaving the Armed Forces. The civilian veterans had barriers regarding not knowing where to get help and questioning if mental health care does help.

Conclusions: Mental health disorders are still associated with social stigma as well as avoidance in seeking mental health care among veterans. Health care personnel's knowledge and recognition of these barriers can be a central aspect of the veterans' experience with medical and mental health care.

Keywords: mental health problems, military, PTSD, stigma, veterans

1. Tall fra Forsvaret (FPVS, 26.11.2014) viser at det er bosatt 38 491 veteraner i norske kommuner. I tillegg kommer et ukjent antall veteraner som tjenestegjorde i Tysklandsbrigaden 1947-53 og i FN-misjoner 1947-78.

gen for noen er relatert til psykiske helseplager og behov for helsehjelp (Hoge, Auchterlonie, & Milliken, 2006). Risikoen for å utvikle psykiske lidelser henger sammen med hvilke stressbelastninger personellet opplever under tjeneste (*Forsvarets sanitet*, 2013; Hoge et al., 2006). Direkte kamphandlinger, belastningen ved å ta andres liv, vitneopplevelser og risiko for egen død og skade kan inngå i tjenesten. Traume-relaterte plager har imidlertid en sammensatt etiologi, og er forbundet med en rekke risikofaktorer. I en undersøkelse av norske afghanistanveteraner, som også er datagrunnlaget for denne artikkelen, fremsto minst 4,4 % av veteranene med sannsynlig én eller flere psykiske lidelser (*Forsvarets sanitet*, 2013). Det var således en relativt lav forekomst av psykiske plager.

Norges militære engasjement i Afghanistan har involvert et betydelig antall norsk personell, og regjeringens handlingsplan «I tjeneste for Norge» fra 2011 fokuserer på å styrke den medisinske ivaretagelsen etter internasjonal tjeneste (Handlingsplan, 2011). Personellet har fått lovfestet rett til oppfølging i Forsvaret ett år etter at tjenesten er avsluttet. Forsvaret har også programmer for stresshåndtering og ivaretagelse både før, under og etter tjeneste. For veteraner har også det sivile helsevesen en sentral rolle når det gjelder å oppdage psykiske lidelser, behandle, henvise og koordinere oppfølgingen.

Internasjonale studier har vist at kun mellom 23 og 40 % av de som har en psykisk lidelse etter å ha tjenestegjort i Irak og Afghanistan, har søkt helsehjelp (Hoge et al., 2006; Kim, Thomas, Wilk, Castro, & Hoge, 2010). Redsel for å bli stigmatisert har vært rapportert som en sentral faktor for ikke å oppsøke hjelp (Hoge et al., 2004). Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse for veteraner har vist at deres forbruk av helsetjenester er på nivå med resten av befolkningen (Normann, 2013).

Vi benyttet data fra en spørreundersøkelse blant afghanistanveteraner for å få nærmere kunnskap om følgende forhold: (1) hvor stor andel av veteranene som oppga at de hadde søkt hjelp for psykiske plager; (2) hvor de hadde søkt hjelp; (3) hvor mange av veteranene som hadde psykiske plager på undersøkelsestidspunktet, som ikke hadde søkt hjelp; (4) om det var forskjeller i rapporterte barrierer mellom veteraner med og uten plager og veteraner i og utenfor Forsvaret; (5) hvor de ønsket å motta helsehjelp.

MATERIALE OG METODE

Data ble hentet fra Forsvarets helseregister (FHR). Data som ble benyttet i studien, er en del av Afghanistanundersøkelsen, gjennomført i regi av Institutt for militærpsykiatri og stressmestring, Forsvarets sanitet i 2012. Formålet med undersøkelsen var å kartlegge psykisk helse hos norske veteraner som hadde tjenestegjort i Afghanistan. Spørreskjemaet besto av 19 sider med spørsmål inklusive en samtykkeklæring.

Prosedyre

Alle som hadde tjenestegjort i Afghanistan i perioden 2001–2011, fikk tilsendt spørreskjema med invitasjon til å delta i undersøkelsen. Lister over personell som hadde tjenestegjort, ble innhentet fra Vernepliktsverket. Det endelige utvalget besto av 7155 personer, hvorav 4053 besvarte undersøkelsen. Dette gir en svarprosent på 56,7 %. Invitasjonen inneholdt informasjon om undersøkelsen, forhold knyttet til personvern og konfidensialitet, og om Forsvarets psykososiale støtteapparat. Det ble loddet ut tre pulsklokker blant deltakerne. Spørreskjemaene ble sendt ut februar 2012, og det ble gjort to postale purringer. Den praktiske gjennomføringen ble gjort i samarbeid med TNS Gallup. Deltakerne kunne svare både via post og web.

Spørreskjema

Bruk av helsetjenester ble kartlagt med spørsmål om de hadde søkt helsehjelp for psykiske plager, samt hvor de hadde mottatt hjelp. Deltakere som ikke hadde søkt hjelp, ble bedt om å oppgi årsakene til dette ved å sette kryss ved ett eller flere av ni utsagn som målte potensielle barrierer og stigma.

Kartlegging av psykiske plager ble gjort med selvrapporтерingsinstrumenter. Angst- og depresjonssymptomer ble målt med Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). Instrumentet består av 14 spørsmål, der angst (7 ledd) og depresjon (7 ledd) skåres fra 0 til 21. Skåre på 11 eller mer ble brukt som klinisk grenseverdi på både angst- og depresjonsskalaen. Posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) ble målt med Posttraumatic Check List, versjon 17, militær utgave (PCL-M) (Weathers, Litz, Herman, Huska, & Keane, 1993). Instrumentet skåres 17–84, skåre på 44 eller mer ble brukt som klinisk grenseverdi (Forvarskademi, 2010). Alcohol Use Disorder Iden-

tification Test (AUDIT) ble brukt for å måle alkoholproblemer (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001). Instrumentet inneholder 10 spørsmål om alkoholbruk og skåres 0–40. Skåre på 16 eller mer ble brukt som klinisk grenseverdi (Fear et al., 2007). Insomnia Severity Index (ISI) ble brukt for å måle søvnproblemer (Morin, 1993). Instrumentet skåres 0–28, grenseverdi for søvnforstyrrelse var 22 (alvorlig insomni). Stressplager ble målt med Posttraumatic stress scale (PTSS-10) (Holen, 1990). Instrumentet består av 10 utsagn. Alvorlige stressplager ble definert som 6 symptomer eller mer med skåre 4 eller mer på en Likert-skala fra 1 til 7. Deltakerne ble spurt om å svare på PTSS-10 retrospektivt, slik de husket å ha hatt det den første måneden etter hjemkomst. Totalt antall respondenter med psykisk lidelse ble beregnet ut fra antallet som skåret over klinisk grenseverdi på minst én av fem følgende symptomskalaer: HADS angst, HADS depresjon, PCL-M-17, AUDIT eller ISI.

Etikk

Deltakelse var frivillig og krevde informert samtykke til datalagring i FHR. Forskerne ble levert aidentifiserte uttrekk av data fra FHR. Studien og spørreskjemaet er forankret i Forskrift om innsamling og behandling av opplysninger i Forsvarets helseregister (FOR-2005-09-02-1010), der Forsvaret har rett og plikt til å «føre tilsyn med helsen og helseutviklingen til personell i Forsvaret for å kartlegge helserisiko knyttet til ulike tjenester». Forut for studien var det gjort en vurdering av om studien og spørreskjemaet skulle fremlegges for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Bestemmelsene som var vurdert, var § 1–1 etablering av Forsvarets helseregister og § 1–4 om registerets formål, punkt a-d, som omhandler blant annet tilsyn og forskning samt tiltak for å forbedre den militære helsetjeneste. Videre var § 1–8 om samtykke til opplysninger gitt i spørreskjema, vurdert (Lovdata). Konferering med REK sør-øst bekreftet at studien ikke var søknadspliktig, fordi den var gjort i regi av FHR.

Statistikk

Vi benyttet deskriptiv statistikk, hovedsakelig krysstabeller. Gruppeforskjeller ble testet med Chi-kvadrat test. Odds ratios med 95 % konfidensintervall ble benyttet. Alle analyser ble gjort ved hjelp av SPSS, versjon 21.

RESULTATER

Utvalget

Utvalget besto av 91,7 % (n=3716) menn og 8,3 % (337) kvinner. Ved undersøkelsestidspunktet arbeidet 54,5 % (2202) i Forsvaret og 45,5 % (1841) sivilt. 52,1 % (2106) hadde tjenestegjort i Afghanistan inntil 6 måneder, 33 % (1335) i 7 til 12 måneder og 14,9 % (600) i mer enn 12 måneder. Det var 39,5 % (1596) som hadde internasjonal tjeneste utenom Afghanistan.

Hjelpsøking

Blant deltakerne var det 6 % (243) som rapporterte at de hadde søkt hjelp for psykiske plager. Av disse oppga 41,1 % (100) å ha mottatt hjelp av fastlege, 30,5 % (74) av Forsvarets stressmestringsteam, 29,2 % (71) hos privatpraktiserende psykolog/psykiater, 16,9 % (41) av militærlege, 16,6 % (40) ved psykiatrisk poliklinikk, og 11,5 % (28) hos andre. 9,1 % (22) oppga å ha fått sjelesorg hos prest. Det var 5,9 % (14) som oppga at de ikke har fått hjelp selv om de hadde søkt om dette. Flere oppga å ha mottatt hjelp flere steder, blant annet hos både fastlege og i spesialisthelsetjenesten. »



Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse for veteraner har vist at deres forbruk av helsetjenester er på nivå med resten av befolkningen

Tabell 1. Psykiske plager blant afghanistanveteraner som har søkt helsehjelp for psykiske plager (n=243)

Psykiske plager	%	n	Total n
Stressplager etter hjemkomst (PTSS-10)	36,2	87	240
Psykiske plager totalt (aktuelle)	28,0	68	243
Depresjon	9,2	21	229
Angst	14,3	32	224
PTSD	9,2	21	229
Alkoholproblemer	8,3	20	242
Søvnproblemer (insomni)	14,2	34	239

Tabell 2. Andel afghanistanveteraner som ikke har søkt helsehjelp tross psykiske plager (n=246)

Psykiske plager	%	n	Total n
Psykiske plager totalt (aktuelle)	72,4	178	246
Depresjon	51,2	22	43
Angst	53,6	37	69
PTSD	56,3	27	48
Alkoholproblemer	80,3	82	102
Søvnproblemer (insomni)	64,6	62	96

Psykiske plager hos veteraner som har søkt helsehjelp

Blant de som hadde søkt hjelp for psykiske plager, rapporterte 36,2 % (87) at de hadde alvorlige stressplager etter hjemkomst. Totalt 29 % (68) av de som hadde søkt hjelp, rapporterte psykiske plager på undersøkelsestidspunktet. Av disse hadde 9,2 % (21) symptomer på depressiv lidelse, 14,3 % (32) hadde symptomer på angstlidelse, og 9,2 % (21) rapporterte symptomer forenelig med PTSD. 8,3 % (20) rapporterte alkoholproblemer og 14,2 % (34) søvnproblemer. Resultatene er presentert i tabell 1.

Søker veteraner med psykisk lidelse helsehjelp?

Med utgangspunkt i respondenter som møtte kriteriene til en psykisk lidelse (n=246), så vi på andelen som ikke hadde søkt helsehjelp. Totalt var det 72,4 % (178) av de som regnes som psykisk syke, som ikke hadde tatt kontakt med hjelpeapparatet. Fordelingen på de ulike typer lidelser var 51,2 % (22) med depresjon, 53,6 % (37) med angst og 56,3 % (27) med PTSD som ikke hadde oppsøkt hjelp. Tallene for alkoholproblemer og søvnproblemer var henholdsvis 80,3 (82) og 64,6 % (62). Resultatene er vist i tabell 2.

Barrierer mot å søke helsehjelp

Veteraner som skåret innenfor kriteriene for psykiske plager, oppga i større grad enn de uten plager å ha barrierer mot å søke hjelp. Blant disse var det ønske om å håndtere vanskene selv og konsekvenser for karriere og senere utenlandstjeneste som hyppigst ble oppgitt som barrierer for ikke å oppsøke helsehjelp (se tabell 3).

Ulikheter mellom de som har sluttet og de som til daglig er ansatt i Forsvaret, ble undersøkt på samme måte. Sivile veteraner hadde høyere andel psykisk sykdom, 7,7 %, mens de forsvarsansatte hadde 4,8 %, ($X^2 = 14,765$, $p < 0,001$).

Bekymring for karrieremessige konsekvenser (OR = 0,69, $p = 0,040$) og at de ikke hadde følt behov for hjelp (OR = 0,80, $p = 0,023$), ble hyppigere rapportert av ansatte i Forsvaret enn av sivile veteraner. Sivile veteraner rapporterte hyppigere at hjelp var vanskelig tilgjengelig (OR = 2,17, $p = 0,003$), liten tro på at behandling virker (OR = 1,91, $p = 0,002$) og ønske om å håndtere problemene selv (OR = 1,71, $p < 0,001$). Resultatene er fremstilt i tabell 4.

Tabell 3. Barrierer mot å søke helsehjelp blant afghanistanveteraner med og uten psykiske plager (n=3756)

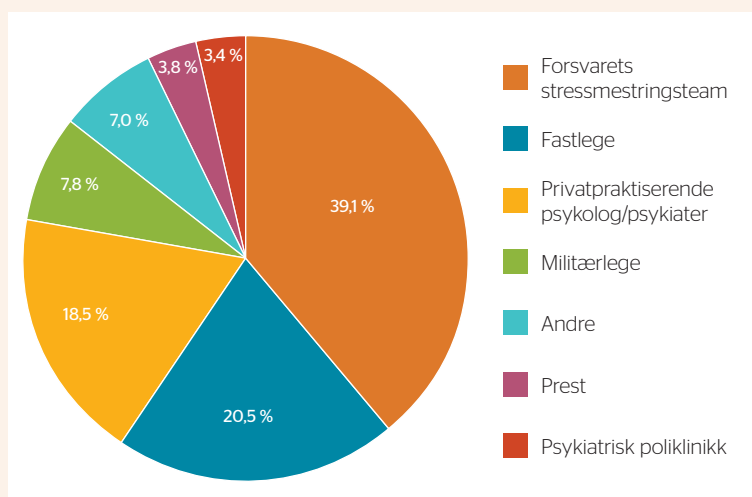
Opplevd barriere	Veteraner med psykiske plager (n=178)		Veteraner som ikke tilfredsstillende kriterier for psykiske plager (n=3578)		OR	95 % CI
	%	n	%	n		
Det vil ødelegge karrieren min	20,8	(37)	2,7	(96)	9,54**	6,29–14,41
Redd for konsekvenser for senere utenlandstjeneste	19,7	(35)	2,9	(103)	8,28**	5,44–12,55
Vet ikke hvor jeg skal søke hjelp / vanskelig tilgjengelig	11,2	(20)	1,1	(40)	11,23**	6,40–19,60
Kolleger vil få svekket tillit til meg	9,6	(17)	0,7	(24)	15,68**	8,24–29,69
Mine sjefer vil komme til å behandle meg annerledes	9,6	(17)	1,0	(35)	10,72**	5,86–19,49
Jeg tror ikke slik hjelp ville ha hjulpet meg	12,9	(23)	2,1	(74)	7,04**	4,28–11,52
Jeg ønsker å håndtere mine vansker selv	31,5	(56)	7,0	(252)	6,08**	4,31–8,52
Jeg har ikke hatt psykiske problemer / plagene mine har ikke vært av en slik karakter at det har vært nødvendig å søke hjelp	66,3	(118)	89,0	(3194)	0,24**	0,17–0,33
Andre årsaker	6,7	(12)	3,6	(129)	1,94*	1,05–3,56

Forkortelser: OR: odds ratio; CI: konfidensintervall; *P<0,05; **P<0,01

Tabell 4. Barrierer mot å søke helsehjelp blant afghanistanveteraner ansatt i Forsvaret, og sivile veteraner

Opplevd barriere	Veteraner i Forsvaret (n=2065)		Veteraner i det sivile (n=1707)		OR	95 % CI
	%	n	%	n		
Det vil ødelegge karrieren min	4,1	(85)	2,9	(49)	0,69*	0,48–0,98
Redd for konsekvenser for senere utenlandstjeneste	3,7	(77)	3,6	(61)	0,96	0,68–1,35
Vet ikke hvor jeg skal søke hjelp / vanskelig tilgjengelig	1,1	(22)	2,3	(39)	2,17**	1,28–3,68
Kolleger vil få svekket tillit til meg	1,2	(25)	0,9	(16)	0,77	0,41–1,45
Mine sjefer vil komme til å behandle meg annerledes	1,6	(34)	1,1	(18)	0,64	0,36–1,13
Jeg tror ikke slik hjelp ville ha hjulpet meg	1,8	(38)	3,5	(59)	1,91**	1,26–2,89
Jeg ønsker å håndtere mine vansker selv	6,4	(132)	10,4	(178)	1,71**	1,35–2,16
Jeg har ikke hatt psykiske problemer / plagene mine har ikke vært av en slik karakter at det har vært nødvendig å søke hjelp	89,0	(1838)	86,6	(1478)	0,80*	0,66–0,97
Andre årsaker	3,8	(79)	3,6	(61)	0,932	0,66–1,31

Forkortelser: OR: odds ratio; CI: konfidensintervall; *P<0,05; **P<0,01



Figur 1. Afghanistanveteraners preferanse av hjelpeinstanser for fremtidig helsehjelp mot psykiske plager

Preferanser med hensyn til helsehjelp

Figur 1 viser at 39,1 % (1487) av veteranene ønsket å få hjelp av Forsvarets stressmestringsteam, og 20,5 % (779) ønsket å få hjelp av fastlege ved fremtidige psykiske helseplager. 18,5 % (703) ønsket hjelp hos privatpraktiserende psykolog/psykiater, mens 3,4 % (131) ønsket hjelp ved psykiatrisk poliklinikk/DPS.

DISKUSJON

Studien viser at 6 % av afghanistanveteranene oppgir å ha søkt helsehjelp for psykiske plager i etterkant av tjenesten. De som hadde søkt hjelp, rapporterte hyppigst angst- og søvnplager, og flertallet oppga å ha mottatt hjelp hos sin fastlege. To av tre veteraner som gjennom spørreskjemaet ble identifisert med enten angst, depresjon, posttraumatisk stress, søvnvaner eller alkoholproblemer, hadde ikke oppsøkt helsehjelp. De viktigste barrierene mot å søke hjelp blant de med alvorlige plager var ønske om å håndtere plagene selv og bekymring for konsekvenser for videre internasjonal tjeneste og karriere i Forsvaret. Sivile veteraner hadde noe høyere forekomst av psykiske lidelser enn de som fortsatt var ansatt i Forsvaret. De sivile veteranene rapporterer i større grad manglende tilgjengelighet, ønske om å håndtere sine plager selv og liten tro på at behandling virker, som aktuelle barrierer mot å søke hjelp. Studien viser at veteraner mottar og ønsker fremtidig helsehjelp for psykiske plager både sivilt og militært.

Hvor mottas helsehjelpen?

Størst andel oppga å ha mottatt hjelp hos fastlegen (41,1 %). Dette er i samsvar med britiske studier, som også har funnet at hovedandelen av veteraner har fått behandling i primærhelsetjenesten (Iversen et al., 2011). Bakgrunnen for at de fleste mottar hjelp hos fastlegen, må ses i sammenheng med at det er det sivile helsevesen som tradisjonelt har gitt militært personell behandling for både psykiske og fysiske plager. Fastlegen har også som oftest rollen som henviser til videre behandling. En stor andel oppga å ha søkt hjelp hos Forsvarets stressmestringsteam og privatpraktiserende psykolog/psykiater. Fastleger og privatpraktiserende psykolog/psykiater kan oppleves som et tryggere alternativ dersom veteranen er

bekymret for at deres psykiske plager skal få betydning for seleksjon til videre utenlandstjeneste. Veteraner gir imidlertid uttrykk for at de ønsker å motta helsehjelp hos helsepersonell som har kunnskap om og ekspertise på militære forhold, noe som samsvarer med tidligere forskning (Warner, Appenzeller, Mullen, Warner, & Grieger, 2008). Veteraner har fått en lovfestet rett til oppfølging fra Forsvaret. Forsvaret har seks regionale stressmestringsteam, der militært helsepersonell (psykologer og psykiatere) med spesialkompetanse på stressrelaterede tilstander tilbyr behandling. På denne måten er det lagt til rette for at spesialistkompetanse skal være raskt tilgjengelig for veteraner. Dette er imidlertid kun et supplement til det sivile helsevesen.

Villighet til å søke hjelp

Studien viser at 72,4 % av de som tilfredsstilte kriteriene for alvorlige plager, ikke hadde søkt hjelp. Det er altså kun 27,6 % som har søkt hjelp. Det totale antallet er lavt, men samsvarer godt med tilsvarende internasjonale studier, der det er rapportert at 23–40 % søker hjelp (Hoge et al., 2006; Kim et al., 2010). Likevel er tallet på de som hadde oppsøkt helsehjelp, 6 %, omtrent like mange som ble definert som syke i denne studien. Det betyr at mange som har søkt hjelp, ikke tilfredsstiller kriteriene til en psykisk lidelse i dag. Dette kan skyldes at de har fått virksom behandling, at de har et sub-klinisk symptomtrykk, eller at de instrumentene som er brukt i studien, ikke har fanget opp vanskene deres. Av de ulike psykiske plagene som ble målt, var det alkoholproblemer som i størst grad var forbundet med lav villighet til å søke hjelp. Dette bekrefter at et høyt alkoholforbruk er forbundet med stigma også blant veteraner. Alkoholavhengighet er funnet å være den hyppigste komorbide tilstanden ved posttraumatisk stressforstyrrelse blant menn (Jacobsen, Southwick, & Kosten, 2001).

Barrierer mot å søke hjelp

I tråd med tidligere internasjonale studier finner vi at barrierer mot å søke hjelp oppgis hyppigere hos de som rapporterer alvorlige psykiske plager enn de uten (Hoge et al., 2004). Veteraner som ikke har plager, vil kanskje i mindre grad aktivt vurdere konsekvensene av å søke hjelp siden det ikke er relevant for dem, og derfor rapportere færre barrierer. De som har plager, vil

kunne gjøre mer negative vurderinger av det å søke hjelp og være mer pessimistiske med hensyn til konsekvensene. Redsel for konsekvenser for videre karriere og senere utenlandstjeneste ble oppgitt som sentrale barrierer. Dette kan tyde på at det er en skepsis til Forsvaret, og en redsel for at åpenhet om plager og behov for hjelp vil gi negative utfall for videre karriere og arbeidsrelasjoner. Når veteraner søker behandling hos Forsvarets helsepersonell, vil det være en risiko for at det kan avdekkes mentale helseplager som ikke er forenelig med de helsekrav som stilles til internasjonal tjeneste. I noen grad vil disse barrierene derfor representere realistiske antakelser. En restriktiv linje fra Forsvarets side vil imidlertid kunne medføre at psykiske helseproblemer skjules. Resultatene tyder på at Forsvaret må arbeide med å fremme hensiktsmessig hjelpsøkingssatferd. Det bør formidles at ved å motta dokumentert virksom behandling for stressutløste plager vil mange kunne ha mulighet til å nå sitt normale funksjonsnivå og tilfredsstille de helsekrav som kreves for internasjonal tjeneste.

I overensstemmelse med tidligere studier rapporterte sivile veteraner i større grad enn forsvarsansatte veteraner praktiske vansker med tilgjengelighet av helsehjelp og liten tiltro til at behandling virker (Iversen et al., 2011). Forskning har vist at sivile veteraner har flere problemer med tilpasning etter oppdrag enn veteraner som fortsatt jobber i Forsvaret. Sivile veteraner rapporterer at kameratskapet opphører, og dermed også den sosiale støtten og oppfordringen til å søke hjelp (Browne et al., 2007).

En stor andel av de med identifiserte plager rapporterte i barriere-modulen at de ikke har plager, eller at plagene ikke er av en slik karakter at de har sett det som nødvendig å søke hjelp. Vansker med å gjenkjenne og erkjenne plager kan være sentrale barrierer mot å oppsøke hjelp, og pasienters egen vurdering av om plagene har en psykisk årsak, er funnet å være den viktigste prediktoren for å søke helsehjelp (Verhaak et al., 2009). Studier har vist at menn sammenliknet med kvinner overser symptomer, og i mindre grad søker hjelp for psykiske og fysiske helseproblemer (Addis & Mahalik, 2003; Galdas, Cheater, & Marshall, 2005). Når mange oppgir at de ønsker å håndtere vanskene sine selv, kan dette knyttes til menns sosialisering til selvstendighet, fysisk hardførhet og følelsesmessig kontroll. Denne sosialiseringen kan ha betyd-

ning for hjelpsøking (Addis & Mahalik, 2003). Disse egenskapene er spesielt fremtredende i militære utvalg (Hystad, Eid, Laberg, & Bartone, 2011) og er nyttige under oppdrag, men kan virke hemmende på å oppsøke hjelp ved stressrelaterte plager. Resultatene kan imidlertid også være påvirket av at grenseverdiene for sykkelighet er satt for lavt, noe som medfører at sub-kliniske tilstander inkluderes. Veteranenes opplevelse av at deres plager ikke er alvorlige nok til å søke hjelp, kan for disse være en adekvat forklaring.

Styrker og begrensninger med studien

Studien er en retrospektiv tverrsnittsstudie der alle data er basert på selvrapportering. Analysene kan være påvirket av rapporteringsfeil, vansker med å huske detaljer fra tjenesten og potensielle skjvheter i utvalget. Studier har imidlertid vist at selvrapporert er en relativt nøyaktig metode for å innhente data om bruk av helsetjenester (Beebe, McRae, & Barnes, 2006). Tverrsnittsdesignet avklarer ikke årsaksforholdene til de psykiske vanskene som er rapportert. Det begrenser også muligheten til å beskrive den hjelpesøkende populasjonen (tabell 1), da en kun kan si noe om deres status i dag, og ikke hva den var da de søkte hjelp. For å fange opp ulike psykiske vansker ble det brukt fem standardiserte instrumenter for å avgjøre diagnostisk status. Flere instrumenter øker sannsynligheten for falske positive resultater, altså overdiagnostikk. Disse instrumentene kartlegger selvrapporerte plager og er avhengige av at deltakerne rapporterer sine reaksjoner på en sannferdig (valid) og konsistent (reliable) måte.

Vårt mål på barrierer og stigma er ikke uttømmende, og fanger ikke opp om det å søke hjelp oppleves som tabu- eller skambelagt, eller om deltakerne har liten tiltro til helsepersonell. Når det ikke er en stor andel som har svart i kategorien «annet», kan det tyde på at variabelen har fanget opp vesentlige barrierer for utvalget. Deltakerne ble gitt muligheten til å krysse av for at de ikke hadde følt behov for hjelp, til slutt i barriere-modulen i spørreskjemaet. Det kan ha ført til at mange friske har krysset av for det uten å vurdere andre barrierer nøye. Dette kan ha forsterket forskjellen mellom friske og syke med hensyn til barrierer. På grunn av det lave antallet kvinnelige deltakere har vi ikke analysert våre data med hensyn til kjønnsforskjeller.



Sivile veteraner hadde høyere andel psykisk sykkelighet, 7,7 %, mens de forsvarsansatte hadde 4,8 %

Kliniske implikasjoner

Våre resultater viser at mange veteraner søker helsehjelp i det sivile helsevesen. Kunnskap om veteraners helseplager blant sivilt helsepersonell er avgjørende for å kunne tilby målrettet behandling for denne pasientgruppen. Resultatene viser også at det i Forsvaret må arbeides med å fremme hensiktsmessig hjelpsøking. Man må arbeide med holdningsskapende arbeid overfor ledere og soldater og deres familier om at stressutløste plager ikke er tegn på svakhet. Det er vist at den mest effektive måten å overkomme barrierer på er at familie og venner oppfordrer og motiverer veteranen til å søke hjelp (Warner et al., 2008). Dette tyder på at sosial oppmuntring kan være vel så viktig som symptomnivå for å søke hjelp. Kunnskap om at det finnes effektiv behandling, kan være avgjørende for

hjelpsøking hos de som rammes av posttraumatisk stress og stressrelaterte lidelser.

Konklusjon

Undersøkelsen viser at en stor andel av afghanistanveteranene som rapporterer om psykiske plager, ikke har oppsøkt helsehjelp, og de tilkjenner barrierer som kan hindre dem i å søke bistand. Våre funn belyser behovet for kontinuerlig arbeid med å avstigmatisere behandling for psykiske plager blant veteraner samt å tilrettelegge for helsehjelp for denne gruppen. ✖

REFERANSER

- Addis, M.E., & Mahalik, J.R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *The American psychologist, 58*, 5–14.
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001). *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Test*. Geneva. Department of mental health and substance dependence. World Health Organization.
- Beebe, T.J., McRae, J.A., Jr., & Barnes, S.A. (2006). A comparison of self-reported use of behavioral health services with Medicaid agency records in Minnesota. *Psychiatric Services, 57*, 1652–1654. doi: 10.1176/appi.ps.57.11.1652
- Browne, T., Hull, L., Horn O., Jones, M., Murphy, D., Fear, N.T., ... Wessely, S. (2007). Explanations for the increase in mental health problems in UK reserve forces who have served in Iraq. *The British Journal of Psychiatry, 190*, 484–489.
- Fear, N., Iversen, A., Meltzer, H., Workman, L., Hull, L., Greenberg, N., ... Wessely, S. (2007). Patterns of drinking in the UK Armed Forces. *Addiction, 102*, 1749–1759.
- Forsvarets sanitet. (2013). Afghanistanundersøkelsen 2012. Kontor for psykiatri og stressmestring.
- Forsvarsakademiet. (2010). Undersøgelse af psykiske efterreaktioner hos soldater udsendt til Afghanistan i perioden februar–august 2009. Institutt for Militærpsykologi.
- Galdas, P.M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advanced Nursing, 49*, 616–623. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03331.x
- Handlingsplan. (2011). *I tjeneste for Norge. Regjeringens handlingsplan for ivaretagelse av personell før, under og etter utenlandstjeneste*. Departementene.
- Hoge, C.W., Auchterlonie, J.L., & Milliken, C.S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *JAMA, 295*, 1023–1032. doi: 10.1001/jama.295.9.1023
- Hoge, C.W., Castro, C.A., Messer, S.C., McGurk, D., Cotting, D.I., & Koffman, R.L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *The New England Journal of Medicine, 351*, 13–22. doi: 10.1056/NEJMoa040603
- Holen, A. (1990). *A Long-Term Outcome Study of Disaster Survivors: The Alexander L Kielland Disaster in Perspective*. Oslo (Norway): Doctoral Dissertation Monography Thesis, University of Oslo.
- Hystad, S.W., Eid, J., Laberg, J.C., & Bartone, P.T. (2011). Psychological hardiness predicts admission into military officers schools. *Military Psychology, 23*, 381–389.
- Iversen, A.C., van Staden, L., Hughes, J.H., Greenberg, N., Hotopf, M., Rona, R.J., ... Fear, N.T. (2011). The stigma of mental health problems and other barriers to care in the UK Armed Forces. *BMC Health Services Research, 11*, 1–10.
- Jacobsen, L.K., Southwick, S.M., & Kosten, T.R. (2001). Substance use disorders in patients with posttraumatic stress disorder: a review of the literature. *Am J Psychiatry, 158*, 1184–1190.
- Kim, P. Y., Thomas, J.L., Wilk, J.E., Castro, C.A., & Hoge, C.W. (2010). Stigma, barriers to care, and use of mental health services among active duty and National Guard soldiers after combat. *Psychiatric Services, 61*, 582–588. doi: 10.1176/appi.ps.61.6.582
- Lovdata. Forskrift om innsamling og behandling av opplysninger i Forsvarets helseregister (FOR-2005-09-02-1010). <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-09-02-1010>.
- Morin, C.M. (1993). *Insomnia. Psychological assessment and management*. New York: The Guildford Press. Til norsk ved Ståle Pallesen.
- Normann, T.M. (2013). *Veteraners levekår. Forsvars- og politipersonell som har deltatt i internasjonale operasjoner*. Rapport 38/2013. Statistisk sentralbyrå.
- Verhaak, P.F., Prins, M.A., Spreeuwenberg, P., Draisma, S., van Balkom, T.J., Bensing, J.M., ... Penninx, B.W. (2009). Receiving treatment for common mental disorders. *General Hospital Psychiatry, 31*, 46–55. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2008.09.011
- Warner, C.H., Appenzeller, G.N., Mullen, K., Warner, C.M., & Grieger, T. (2008). Soldier attitudes toward mental health screening and seeking care upon return from combat. *Military Medicine, 173*, 563–569.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Herman, D.S., Huska, J.A., & Keane, T.M. (1993). *The PTSD Checklist (PLC): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Paper presented at the 9th Annual Conference of the ISTSS, San Antonio TX.
- Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361–370.

Fra arkivet: 2004

Arbeidslivets dilemmaer

Vi lever i en tid der sykefraværet er høyere enn noen gang og mennesker uføretrygdes som aldri før. Grunnlaget for denne bekymringsfulle utviklingen er i stor grad psykiske plager. Derfor er det et paradoks at arbeids- og organisasjonspsykologi har en så lite fremtredende plass i vår forening.

(...)

Psykologutdannelsen gir et godt grunnlag for å arbeide innen dette feltet. Stikkord er utviklingspsykologisk kunnskap, en faglig orientering mot samspill og endring, klinisk kompetanse og sosialpsykologisk forståelse. Dette er kunnskap som er sårt tiltrengt i et omskiftelig arbeidsliv.

En av våre pionerer på feltet, Einar Thorsrud, var en forkjemper for reformer som har bidratt til at det norske arbeidslivet har blitt så vellykket som det har vært – med arbeidsmiljøloven som kronen på verket. (...) I dag har vi et annerledes arbeidsliv. De tunge fysiske løftene utføres ikke lenger av menn i industrien, men av kvinner i omsorgsyrkene. Langt flere har høyere utdanning, og de har ofte en type jobb som det går an å ta med seg hjem. Mange ønsker fleksible arbeidsordninger for å få livet til å gå opp. Det fører igjen til svekkede skillelinjer mellom jobb, fritid og privatliv. Stadige hurtigere omstillingsprosesser i privat og offentlig sektor fører til større usikkerhet og flere problemer for den enkelte. Vi trenger forskning og kunnskap om utviklingen av arbeidslivet. (...) Derfor er det så beklagelig at altfor få psykologer arbeider i fagfeltet.

Det er i ferd med å bygges opp en ny utdanning i psykologi – mastergraden. (...) Dette kan kanskje bedre situasjonen – det blir mer psykologi i feltet og det kan bli mer forskning. Psykologer med dette som spesial(ist)felt og masterutannede i organisasjonspsykologi kan sammen få til en styrket innsats.

Tradisjonelle medisinske og sykdomsorienterte tiltak vil ikke løse problemene vi står overfor, siden det i hovedsak dreier seg om psykososiale forhold. Området helse, miljø og sikkerhet (HMS) supplerer i stadig større grad den tradisjonelle bedriftshelse-tjenesten. Også her er det stor etterspørsel etter psykologer.

Norsk Psykologforening har en viktig oppgave her. Vi vil styrke vår innsats for å stimulere interessen for denne type psykologtjenester. Det innebærer blant annet gode utdanningstilbud til de som velger dette arbeidsfeltet.

An-Magritt Aanonsen, Fra presidenten, april 2004

Peder Kjøs fikk Åsa Grude Skard-prisen

Ikke uventet var det «Jeg mot meg»-psykologen Peder Kjøs som fikk den høythengende prisen under Psykologikongressen i Oslo i september.

– Få har det siste året bidratt mer til å normalisere livets strev og hva det vil si å gå i terapi og jobbe med egen utvikling, sa president i Psykologforeningen, Tor-Levin Hofgaard, da han delte ut Åsa Grude Skard-prisen til Kjøs.

I prisens statutter heter det blant annet:

«Prisen tildeles årlig for arbeid som er i Åse Gruda Skards ånd, og som bruker nye måter og virkemidler for å spre psykologisk kunnskap og innsikt. Prisen skal oppmuntre og inspirere psykologer til å anstrenge seg for å nå ut til alle grupper i folket med psykologisk kunnskap.»

I et intervju på nettsidene til Norsk psykologforening svarer Kjøs på hvorfor han tror NRK-serien appellerte til så mange seere:

– Deltakerne i serien viste at det går an å bevege seg framover i sitt eget liv, noe vi alle drømmer om. Dette prosessuelle elementet er nok en viktig bestanddel i magien som traff mange seere. Det var ikke stillstand vi var vitne til, sier han.

Under takketalen la Kjøs blant annet vekt på sin temmelig tilbaketrukkne rolle som terapeut i «Jeg mot meg»:

Komiteen må ha hatt sans for en form for formidling som ikke går ut på å være ekspert eller å forklare folk hva som skjer og hva de burde gjøre, men hvor subjektet, den enkelte deltakeren og dennes livsverden, kommer fram og blir forståelig for oss gjennom at personen selv forteller og får respons av andre som også har det vanskelig. Kraften i en gruppeterapi består i at man bryter tausheten og får respons. Taushet og hemmeligheter skaper avstand og stengsler. Man får ikke et bedre liv ved å lære seg psykologiske teknikker og «bli den best mulige versjonen av seg selv», men ved å vise seg fram for andre sånn man er, og selv ta imot andre sånn de faktisk er.

Hele takketalen, i bearbejdet form, kan du lese på side 856 i denne utgaven av Psykologtidsskriftet.

Psykologtidsskriftet

Tigertanker

Sykdomsangsten var problemløserens uløselige problem.

TEKST

Tonje Kennair,
psykologspesialist
i privatpraksis

ILLUSTRASJON

Psykologtidsskriftet

Anne var en ressurssterk kvinne, som hadde lidd i stillhet i 14 år. Kun hennes mann og hennes far kjente til vanskene hennes. Hun hadde ikke oppsøkt psykolog tidligere, for hun mente hun burde fikse problemene selv. Nå var hun imidlertid lei av å være redd, ha vondt i magen og kjenne seg anspent og urolig. Helt siden hennes mor døde av kreft for 14 år siden, hadde hun vært redd for at hun selv eller noen hun er glad i, skulle bli alvorlig syke og dø. De siste årene hadde det bare blitt verre.

Ved terapiens start var hun i konstant beredskap og la merke til alt som minte om sykdom og død: fysiske tegn som ujevnheter i huden og en skjevhet i kragebeinet, eller sykdomstemaer på TV, radio og internett. Når hun la merke til noe, søkte hun på nettet etter mer informasjon. En bekymring ledet til en annen. Noen ganger kunne det gi en midlertidig lettelse, men ofte ble det en utmattende prosess som endte med at hun kjente seg håpløs. Hun måtte trekke seg tilbake for at barna ikke skulle se henne gråte.

Hun var en problemløser, med mellomlederstilling i et mannsdominert firma og med utdanning innen realfag. Hun trivdes med utfordringer, men nå hadde hun fått et problem hun ikke kunne løse. Hun syntes det var dumt å konstant bekymre seg slik hun gjorde, egentlig flaut. Blank i øynene medga hun at det ikke hjalp å sjekke alt det hun uroet seg for på internett. Kunne hun stoppe disse tankene og følelsene?

VURDERINGER

Alle kan bli bevisst hva de føler og tenker. Overgangen fra å ha en følelse eller en tanke til å være klar over at man har den – er liten, faktisk under sekundet. Bevisstheten gjør oss i stand til å vurdere det som skjer i oss.

Anne ble bevisst at hun hadde tolket følgende: «Jeg er redd – da har jeg ansvar for å finne ut om noe farlig er i ferd med å skje.» Eller: «Jeg er redd – men det er tilsynelatende ingen god grunn – noe må være galt med meg.» Hun kunne også tenke: «Frykten og tankene tar helt overhånd!.»

Vi fant ut at da hun for 14 år siden merket seg sin varhet for sykdom og død, tolket hun sine følelser og tanker som noe «feil», noe hun måtte ordne opp i. Siden hadde hun forsøkt å stoppe dem ved å utfordre tankeinnholdet: google, snakke imot tankene, søke bekrefteelse fra sin far. Hun hadde også prøvd å distrahere seg fra dem, eller undertrykke dem, ved å prøve å tenke på noe annet, eller gjøre aktiviteter som tok mye av oppmerksomheten hennes.

Hun engasjerte seg i bekymringene. Hun var en svært pliktoppfyllende person, det falt henne naturlig å ta ansvar. Men var det egentlig ansvarlig å engasjere seg i bekymringene? Ved å utforske situasjoner der hun bekymret seg, kunne vi se at bekymringene ikke hjalp henne å løse problemer. I stedet tok bekymringene oppmerksomheten bort fra de men-



neskene hun brydde seg om. Hun kunne se at hun som person var ansvarlig nok, og at hun i hele sitt liv spontant hadde tatt ansvar og ordnet opp dersom hun kunne. Frykten var altså ikke et signal om at hun burde følge bedre med.

Vi snakket om når det hele begynte. Hun merket seg at følelsene hun hadde da moren døde, var helt like dem hun kjente når hun bekymret seg som verst. Hun opplevde det som en stor lettelse når vi snakket om hvordan assosiasjoner og minner læres, og hvordan minner fra så viktige hendelser i livet aldri forsvinner. «Jeg kan leve fint med at det er assosiasjoner!» utbrøt hun. «Det var en nøkkel for meg at følelsene er de samme som da det første gang var grunn til å ha dem.»

Vi snakket om hvordan hun hadde forholdt seg til følelsene sine i alle disse årene, som om de ikke burde være der, og at hun hadde fortatt å oppføre seg som om noe var farlig. Hun hadde konsekvent prøvd å få følelsene vekk. Slik hadde hun forsterket dem.

VALG

Vi brukte ulike metaforer og øvelser for å demonstrere at man kan se på tankene og følelsene som hendelser i sinnet, som man kan velge om man vil engasjere seg i. Målet med øvelsene var å erfare at man kan la tanker og følelser som kommer, få være der, og velge om man vil engasjere seg i dem.

I timen ba jeg henne se for seg en tiger. Den skulle få gjøre det den ville, hun skulle ikke forsøke å kontrollere den eller påvirke den på noen måte. Tigreren illustrerte hvordan hun også kunne forholde seg til bekymringstanker og medfølgende følelser: Når de dukket opp i hodet, skulle hun ikke forsøke å påvirke dem eller skyve dem vekk, de skulle få være der. Hver gang en bekymringstanke dukket opp, så hun den for seg inne i hodet, minte seg på tigreren, og lot tankene få være i hodet – uten å engasjere seg aktivt i dem. Dette ble enklere og enklere etter som hun gjorde det mange ganger. Hun hadde også nytte av øvelser der jeg leste opp ord og hun skulle observere hvilke assosiasjoner i form av tanker eller bilder som dukket opp i hodet – uten å gjøre noe med dem. Vi startet med nøytrale ord, etter hvert nevnte jeg også ord som hadde med sykdom og død å gjøre. Hun merket seg at når hun lot tankene og følelsene komme og gå, endret assosiasjonene seg raskt når nye ord ble sagt.

Å slippe kontrollen er å få valg. Anne måtte først lære, og erfare, at hun ikke kunne eller burde stoppe tanker eller følelser fra å komme. Ingen tanker eller følelser er gale eller farlige i seg selv. Sykdomstankene og sykdomsfrykten behøvde ikke å bety noe viktig. De definerte ikke henne som person. Hun kunne velge å ikke kjempe imot. ✕

”

Hun engasjerte seg i bekymringene

Profesjonelle og frivillige

På Dikemark statlige asylmottak vil beboerne ut, mens psykologene vil inn.

TEKST

Kristin Buvik, sosiolog og forsker/ph.d., Folkehelseinstituttet¹
Marianne Bang Hansen, psykolog/postdoktor Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress²

KONTAKT

kristin.buvik@fhi.no

FOTO

Peter John Acklam / Wikimedia Commons

1. Buvik forsker på implementeringen av prosjektet med profesjonelle frivillige på Dikemark sykehus.
2. Bang Hansen er tilknyttet prosjektet som profesjonell frivillig.

Dikemark asylmottak er et trøsteløst sted. Murbygningene fra 1905 er iskalde og falleferdige. I den ene bygningen bor enslige menn. Den andre bygningen huser familier og kvinner. Asylmottaket har omtrent 130 beboere. Noen har vært i Norge i mange år, andre kom i forrige uke. Noen venter på å få søknaden om opphold behandlet av UDI. Andre har fått oppholdstillatelse, men venter på tildeling av personnummer og bostedskommune. På mottaket bor det også folk som har fått endelig avslag.

Beboerne mangler alt. De mangler håp, vintersko og fyr på peisen. De mangler søvn, informasjon og forutsigbarhet. Mottaket skal gi dem et nøkternt, men forsvarlig tilbud. Beboerne venter på et liv.

Her er det behov for hjelp. Psykologer kommer inn med tomme hender og hodet fullt av ideer. De er profesjonelle frivillige. De vil hjelpe, gjøre en forskjell. Ved hjelp av gruppesamtaler vil de bidra til at beboerne finner mening i en meningsløs tilværelse. Dette er ikke terapi i tradisjonell forstand. Det er heller ikke miljø-

arbeid. Det er samtaler i grupper. Det handler om å skape tillit og håp.

OM Å SNAKKE

Beboerne er skeptiske. *Hva skal vi snakke om? Dette er ikke noe for dem. Psykologer? Men vi er ikke gale!* Tolken er forvirret. Det finnes ikke et somalisk begrep for «psykolog». En av kvinnene sier at å snakke sammen er ensbetydende med å spise ord. Noe mer unyttig kan hun ikke tenke seg.

«Vi lever i et fengsel. Vaskemaskinen er ødelagt, vi har ikke TV, vi har ikke råd til en bussbillett for å komme oss vekk fra dette forferdelige stedet. Dere kan ikke hjelpe oss med det vi virkelig trenger» (beboer).

En beboer forteller at hun har bodd i Norge i 13 år. Hun har lært språket, fått seg jobb, betalt skatt. Nå har hun fått endelig avslag på asylsøknaden.

«Jeg har gitt opp. Jeg har gitt opp. Jeg venter bare på å dø.»

Psykologene vil inn på asylmottaket. De vil bidra og lære, vise medmenneskelighet. De har



manualer og øvelser som kan hjelpe mot søvnløshet, angst og traumer. Psykologene kommer inn med sine idealer. Men kart og terreng passer ikke sammen.

Beboerne vil ut. Ut av asylmottaket. Ut for å gjøre noe normalt, noe hyggelig. Få norske venner, gå på kino, gå en tur. Bli bosatt. Bli integrert i det norske samfunnet. Gi noe tilbake.

«Dere nordmenn er jo så glade i hunder, men hvis man ikke går på tur med hunden, blir den gal» (beboer).

De ansatte på mottaket legger til rette så godt de kan. Banker på dører, minner beboerne på tid og sted for neste gruppe. Handler inn kjeks og frukt. Beboernes skepsis mot psykologene er åpenbar. De første samtaler blir ikke samtaler, men monologer fra beboerne. De øser ut innestengt frustrasjon. De har ikke skoleplass, mangler helsetilbud, de kan ikke språket, de føler seg isolert, de savner familien. Og ikke minst er ventetiden på svaret fra UDI endeløs. De sier at de trenger hjelp til å løse disse problemene. Det hjelper ikke å snakke.

«Det går ikke an å snakke om å mestre. Det går ikke an når alt er så håpløst» (beboer).

Det blir viktig å avklare hva psykologene kan bidra med, og hva beboerne *tror* psykologene kan bidra med. Psykologene representerer ikke myndighetene, de har ikke innvirkning på søknaden om oppholdstillatelse. Selv om de har et skilt på brystet der det står Røde Kors, kan de ikke gi helsehjelp. Men de kan være der, lytte, vise empati og bidra til å skape nye rom for dem som bor på mottaket.

«Vi har ikke ressurser til å bearbeide traumer, men vi kan hjelpe dem med å tåle livet her og nå» (frivillig psykolog).

En mannlig beboer forteller hvordan han var full av forventning og optimisme da han kom til Norge. Han ville jobbe, lære språket, gå på kurs. Men etter flere skuffelser er det vanskelig å beholde håpet. Hverdagen har lite struktur, og han mangler aktiviteter. Og kanskje er det noe av grunnen til at han og de andre beboerne etter hvert blir nysgjerrige på tilbudet om samtalegruppene. Da er det tross alt noe som skjer. *Men samtaler? Om hva da?*

EKSIL De som kanskje har mest behov for samtalegrupper, er fortsatt inne på rommene sine på Dikemark asylmottak. Men ryktet begynner å spre seg. Illustrasjonsfoto: Hans/Pixabay.com





Beboerne mangler alt. De mangler håp, vinter-
sko og fyr på peisen. De
mangler søvn, informasjon
og forutsigbarhet

EN STRIME AV HÅP

En onsdag kveld på Dikemark. En gruppe beboere rundt bordet. En kvinne sier at det er godt å få tømt seg, det er godt at noen lytter. Det er første gang noen hører på henne. Det er første gang noen bryr seg om hverdagen hennes på asylmottaket.

«Det er aldri noen som har spurt meg om hvordan jeg har det» (beboer).

Noen går for å be. Telefoner ringer. Det er vanskelig å strukturere gruppene. Samtalene kan gå uante veier. Noen deltakere kommer og andre går. For enkelte blir det for tøft å sitte rundt et bord og skulle dele sine erfaringer. En dame bryter sammen og forlater rommet gråtende. Enkelte beboere får individuell oppfølging. Psykologene tilpasser seg. Strekker seg lenger enn de er vant til. Beboere inviterer på te og vannpipe på rommet. En psykolog inviterer til *walk and talk* utenfor mottaket. En hørselshemmet beboer settes i kontakt med en frivillig døvetolk. En gravid beboer får hjelp til å komme seg til legen.

Og langsomt begynner det å skje noe. Spor av endring, spor av nysgjerrighet. Beboerne kommer tilbake til neste samling. I noen av gruppene avtar frustrasjonen gradvis. De vil ikke snakke mer om ødelagte vaskemaskiner eller dyre bussbilletter. Plutselig lytter de oppmerksomt når psykologene snakker om teknikker for å holde haka over vannet, teknikker for å tåle livet her og nå. Psykologenes rolle endres fra å være søppelbøtte til å være fagperson. Eller frivillig. Eller bare en venn. Det oppleves meningsfylt.

«Det er utrolig godt å endelig være i gang, og det er først nå jeg innser hvor betydningsfullt det vi har gått i gang med er. Dette kan vi alle vokse så utrolig mye på, både faglig og personlig» (frivillig psykolog).

Diskusjonen rundt bordet handler om forskjellen mellom sorg og depresjon. Beboerne har meninger, de deler erfaringer med hverandre. Det har åpnet seg et rom for å snakke om følelser. Noen går inn i det rommet. De gjennomgår øvelser for å stoppe tankekjøret, finne et fredelig og et trygt rom de kan oppsøke når livet herjer med dem. *This is a very good mental exercise.*

«Det er så utrolig mye disse menneskene strever med, og jeg er glad vi kan bidra. Det kjentes både riktig og viktig» (frivillig psykolog).

De er godt å se en endring hos noen av gruppedeltakerne. Det er rørende å se gjensynsgleden hver onsdag, klemmene som gis. En mannlig beboer forteller at da han begynte i gruppene, var han deprimert: «Kona var syk. Det brant inni meg. Men etter at jeg har snakket med dere ... jeg er mye roligere nå.»

For noen har det skapt en positiv endring. Noen sover bedre og er mindre stressa. Det hadde ikke fungert uten de ansattes gjennomgående arbeid for å rekruttere gruppedeltakere. Men det er fortsatt mange stengte dører. Asylmottaket har mange beboere, men bare en liten del av dem har deltatt i samtalegruppene. De som kanskje trenger det mest, er fortsatt inne på rommene sine. Antagelig er det de mest ressurssterke som blir med. Mottaket har få felles møteplasser, det er mange ulike språk og kulturer. Beboerne har ulike døgnrytmer og behov. Ulike historier og svært forskjellig bagasje. Det er krevende å formidle informasjon i denne konteksten. Men ryktet begynner å spre seg. Det ser ut til at frivilligheten og medmenneskeligheten kan utgjøre en forskjell. En positiv erfaring spres videre.

En onsdag kveld på Dikemark.*



* Prosjektet med frivillige psykologer på Dikemark sykehus er støttet av ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering.



«Artikkelen om selvmord og selvmordsforsøk på Psykologforeningens nettsider er tidvis både utdatert og unøyaktig»

Linda Katrine Tveit i hovedinnlegget, side 834

– Lovforbud har hindret pasienter i å være åpne om sin rusbruk

Debatt om rusmidler som legemidler, side 840

Tore Bjørge er misvisende i sin kritikk om radikaliseringsmeninger, mener psykolog Cathrine Moestue i dette tilsvaret.

Debatt, side 842

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

DELTA I DEBATTEN

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

KRONIKK

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

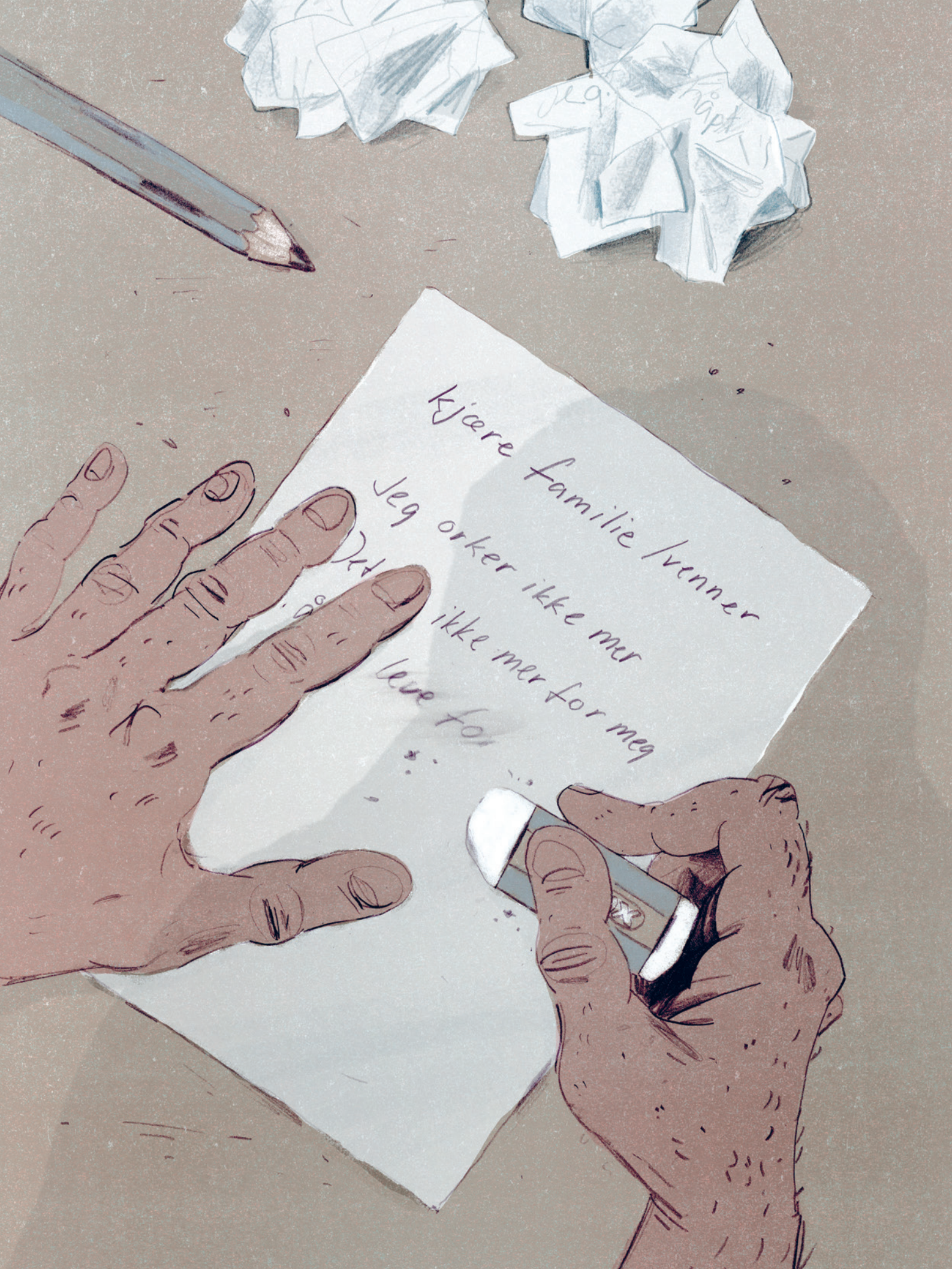
DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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



Kjære familie / venner

Jeg orker ikke mer

Det er ikke mer for meg

leve for...

Utdatert om selvmord

Artikkelen om selvmord og selvmordsforsøk på nettsidene til Norsk psykologforening er tidvis både utdatert og unøyaktig.

SELMORDSATFERD OG SELVMORD er noe av det mest utfordrende man kommer ut for som klinikere. For å beskrive og forstå fenomenene er det derfor ekstra viktig å ha et oppdatert begrepsapparat, og en forståelse av de psykologiske mekanismene som er forankret i eksisterende evidens. Norsk psykologforening (NPF) postet en artikkel av Gudrun Dieserud på sine hjemmesider 18. mai om hva selvmord og selvmordsforsøk er. Det er berømmelsesverdig at NPF setter fokus på og sprer kunnskap om et så viktig tema. Artikkelen favner bredt, og omfatter mye interessant og nyttig stoff. Dessverre inneholder den også påstander som er utdaterte, både teoretisk og empirisk. Med et så alvorlig tema er ikke dette trivielt.

HVA ER SELVMORDSFORSØK?

I artikkelen definerer Dieserud begrepet selvmordsforsøk som «[...] en handling som ikke ender med døden, men der en person med vilje tar en overdose medikamenter eller skader seg på annen måte». Selve begrepet *selvmordsforsøk* impliserer at hensikten med atferden er å ta livet sitt. Vi vet imidlertid fra norske og internasjonale studier at det ligger mange intensjoner bak selvmordsforsøk (Hjelmeland & Hawton, 2004; Hjelmeland et al., 2002). Dieserud vektlegger videre at «selvmordsforsøk er ofte et rop om hjelp». Forståelsen av selvmordsforsøk som a «cry for help» ble lansert av Erwin Stengel tidlig på 60-tallet, og ble raskt tolket som at selvmordsforsøk

TEKST

Linda Katrine Tveit, 5-års profesjonsstudent. Nylig avsluttet studieopphold ved University of Oxford, Department of Psychiatry

ILLUSTRASJON

Åshild Irgens



primært handler om å appellere til omgivelsene. Professor Mark Williams ved University of Oxford går i sin bok *Cry of pain* i rette med denne myten. Han skriver: «[...] the cry for help idea [...] has outlived its usefulness» (s. xv). Selv om suicidale handlinger kan føre til at omgivelsene endrer hvordan de forholder seg til vedkommende som har skadet seg, betyr ikke dette at *det* er hensikten med handlingen. Som Williams poengterer: «those who work closely with people who feel suicidal and sometimes act on such feelings know that such behavior is never 'merely' anything» (s. xv). Det er ikke dermed sagt at det å uttrykke et ønske om hjelp ikke kan være en *konsekvens* av atferden, men det er som oftest ikke den som i utgangspunktet leder mennesker i krise til å skade seg.

Det er flere grunner til at Dieseruds videreføring av «rop om hjelp»-myten er farlig. Denne omtalen av suicidale handlinger har, som Williams (2014) påpeker, fått en klart nedlatende konnotasjon og har derfor sammenheng med hvordan vi som klinikere møter denne pasientgruppen. En metaanalyse fant at helsepersonell var betydelig mindre sympatiske i møte med det de oppfattet som «rop om hjelp» enn med «virkelige selvmordsforsøk» (Hawton, Taylor, Saunders, & Mahadevan, 2011). En viktig grunn til at «rop om hjelp» er en livsfarlig myte, er at den bagatelliserer suicidal atferd som på kort sikt kan virke ufarlig, men som på lang sikt innebærer betydelig risiko. I en omfattende britisk studie så man for eksempel at pasienter som kuttet seg overflatisk, hadde større risiko for selvmord på lang sikt enn pasienter som forgiftet seg (Hawton et al., 2012). Dieseruds artikkel er for det første unyansert på at det som for klinikere og ambulanspersonell kan oppfattes som selvmordsforsøk, ikke nødvendigvis er det, for eksempel medisinsk alvorlig selvforgiftning. Dette er noe vi trenger å vite og være nysgjerrige på når vi snakker med disse pasientene. For det andre er den unyansert på at *handlinger som fremstår tilsynelatende ufarlige, medfører en betydelig selvmordsrisiko på lang sikt*, eksempelvis overflatisk kutting. Dieserud kommenterer ikke de siste årenes innsikt i at det ikke nødvendigvis er noen sammenheng mellom medisinsk alvorlighetsgrad (hvor potensielt dødelig handlingen er) og hvor sterkt den som skader seg,

ønsker å dø. Mennesker som skader seg selv alvorlig, ønsker ikke nødvendigvis å dø, og de som har et sterkt ønske om å dø, benytter seg ikke nødvendigvis av livstruende metoder (Gjelsvik, Heyerdahl, Holmes, Lunn, & Hawton, (i trykk); Sapyta et al., 2012). Slike data minner oss om at plausible sammenhenger (jo mer alvorlig selvskading, jo sterkere dødsønske) ikke nødvendigvis er tilfelle når man studerer denne populasjonen nærmere. Dieseruds endimensjonale beskrivelse av selvmordsforsøk bygger opp under en ensidig prioritering av medisinsk alvorlige over mindre medisinsk alvorlige handlinger. Dette er noe av bakgrunnen for at europeisk terminologi er *villet egenskade* (med varierende grad av medisinsk alvorlighetsgrad og suicidal intensjon) heller enn å skille mellom selvmordsforsøk og ikke-suicidal selvskading (Kapur, Cooper, O'Connor, & Hawton, 2013). Å ha et oppdatert begrepsapparat når man skriver om disse fenomenene, er altså ikke kun semantikk. Hvordan vi forstår selvskading og selvmordsatferd, har direkte sammenheng med hva vi gjenkjenner som farlig, og hvordan man som kliniker velger å agere.

SIMPLISTISK FORSTÅELSE AV PREDIKSJON

Dieserud skriver: «Selvmord er som oftest ingen tilfeldig handling, men er knyttet til summen av et menneskes sårbarhet og opplevde problemer, selv om handlingen kan fremstå som impulsiv.» Det Dieserud er unyansert på, er at det er mange som har en stor sum av ekstreme belastninger, som aldri vil være i selvmordsfare. Hvordan vil Dieserud forklare at summen av en gitt rekke belastninger for noen er håndterbart, mens det for andre utløser en suicidal krise? Dette er selve gåten klinikere står ovenfor i møte med selvmordstruede pasienter. Siste tiårs forskning har vært opptatt av å identifisere nettopp under hvilke omstendigheter belastninger for et lite mindretall blir for mye. Dieseruds beskrivelse av en lineær modell der summen av belastninger øker og til slutt blir for mye, er simplistisk og sterkt kritisert av toneangivende suicidologer (f.eks. Klonsky & May, 2014; Nock et al., 2008; O'Connor & Nock, 2014). Et slikt perspektiv forholder seg ikke til dilemmaet rundt at så mange synes å være i risiko, samtidig som så få faktisk ender med å skade seg selv eller ta sitt eget liv. Dette henger

sammen med et tredje og veldig problematisk poeng i Dieseruds artikkel. Dieserud påpeker at en persons kognitive stil kan fungere som en individuell markør for risiko, for eksempel ved å se på hvordan en person vanligvis løser problemer:

Når vi skal prøve å forstå selvmordsfare, kan det være til hjelp å vurdere en persons vanlige måter å løse problemer på. Som oftest er det mulig å se et relativt fast mønster i menneskers mestringsstrategier gjennom livet. Det er ikke slik at vi endrer oss dramatisk i ulike livsfaser eller krisesituasjoner.

Dette stemmer ikke. Antakelsen om treklignende sårbarhetsfaktorer har vært svært toneangivende, særlig med Beck og kollegers modell for tilbakevinnende depresjon (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Man antok at dysfunksjonelle holdninger ble betraktet som udetonerte bomber som dersom de sammenfalt med eksterne livshendelser, kunne resultere i depressivt tilbakefall (f.eks. når den dysfunksjonelle antakelsen om at man kun har verdi når man er i et forhold, sammenfaller med et samlivsbrudd). Forskning på prediktorer for depressivt tilbakefall viser imidlertid at denne modellen mangler støtte. Segal og kolleger skriver: «there has been very few occasions in clinical psychology research in which such strong prediction has been rejected in such a clear-cut way» (Segal, Williams, & Teasdale, 2013). I stedet forstås sårbarhet for depressive og suicidale tilbakefall i økende grad i form av individuelle forskjeller i hvor raskt maladaptiv kognitiv prosesseringsstil (f.eks. ruminativ, abstrakt, svekket evne til problemløsning) re-etableres ved dysforisk stemningsleie (Williams, Crane, Barnhofer, Van der Does, & Segal, 2006; Williams, 2014). Dette betyr at svingninger i stemningsleiet for enkelte svært raskt kan utløse dramatiske endringer i både tanke- og følelsesinnhold og dysfunksjonelle måter å prosessere tanker på, som ikke er målbart når stemningsleiet er normalt, og som kan eskalere en suicidal krise. Williams, Barnhofer, Crane og Beck (2005) demonstrerte dette i en eksperimentell studie med tre grupper: en gruppe med tidligere suicidal depresjon, en gruppe tidligere deprimerte, men uten en historie med suicidalitet, og en gruppe som aldri hadde vært deprimerte. Det var ingen forskjell i hvordan disse tre gruppene løste interpersonlige problemer forut for en eksperimentell intervensjon som senket stemningsleiet. Det var først når de ble gjort triste, at en kognitiv sårbarhet ble synlig: Mens alle ble litt nedstemte, utløste det midlertidig lave stemningsleiet for gruppen med en suicidal historikk en kollaps i problemløsningsevnen som ikke var synlig i fravær av dysforisk stemningsleie. Dette betyr at noen svært raskt kan gå fra å ha en helt upåfallende måte å fungere på til å være ute av stand til å løse enkle praktiske, og ikke minst komplekse relasjonelle, problemer. Dette kan vi som klinikere gjenkjenne i pasienters fortellinger om at de uten forvarsel plutselig kan føle seg mye verre.

UTFORDRENDE Å PREDIKERE SUICIDRISIKO I KLINISK PRAKSIS

Hvorfor er dette essensiell kunnskap i vurdering av selvmordsrisiko? En klar melding fra denne og lignende studier er at prediksjon av selvmordsfare er ytterst problematisk. Konklusjonen fra systematiske studier som har undersøkt om vi med noenlunde sikkerhet kan predikere fremtidig suicidalrisiko, er et utvetydig nei (O'Connor, Platt, & Gordon, 2011). Redaktøren av British Medical Journal har beskrevet forsøkene på



Dieseruds beskrivelse av en lineær modell der summen av belastninger øker og til slutt blir for mye, er simplistisk og sterkt kritisert av toneangivende suicidologer



å vurdere fremtidig suicidal atferd og selvmord som «ganske enkelt ikke evidensbasert praksis». At faresignalene først blir synlige (og mål-bare) i kontekst av korte blaff av lavt stemningsleie, reiser særlige utfordringer for klinikere. At det for mer enn halvparten av de som skader seg selv (med varierende grad av suicidal intensjon), tar mindre enn 10 minutter fra de har tanken til de faktisk skader seg, illustrerer dette ytterligere (Deisenhammer et al., 2009). Dieseruds påstand om trekkliknende sårbarhetsfaktorer er altså ikke bare uten empirisk støtte – den gir et feilaktig og misvisende bilde

av hvilke utfordringer vi står overfor i vurdering av selvmordsrisiko.

At NPF løfter frem temaet selvmord og selvmordsatferd, er bra og viktig. Som en av de viktigste aktørene i Norge for å formidle kunnskap om psykiske helseplager både til fagfolk og et mer generelt publikum er det dog svært viktig at det som blir formidlet, er evidensbasert kunnskap. Selvmord er den mest fatale følgen av psykisk smerte både for individet selv og for pårørende, og noe av det verste man som kliniker kan oppleve. Da er det ekstra viktig å ha et oppdatert og evidensbasert kart å navigere etter. ✕

REFERANSER

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy and depression*.: Guilford Press.
- Deisenhammer, E.A., ing, C.-M., Strauss, R., Kemmler, G., Hinterhuber, H., & Weiss, E. (2009). The Duration of Suicidal Process: How Much Time Is Left for Intervention Between Consideration and Accomplishment of a Suicide Attempt? *The Journal of clinical psychiatry*, 70(1), 19–24.
- Gjelsvik, B., Heyerdahl, F., Holmes, J., Lunn, D., & Hawton, K. (I trykk). Is there a relationship between suicidal intent and lethality in deliberate self-poisoning? *IN PRESS*.
- Hawton, K., Bergen, H., Kapur, N., Cooper, J., Steeg, S., Ness, J., & Waters, K. (2012). Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(12), 1212–1219.
- Hawton, K., Taylor, T.L., Saunders, K.E.A., & Mahadevan, S. (2011). Clinical care of deliberate self-harm patients: an evidence-based approach. I R.C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (red.), *International Handbook of Suicide Prevention*: John Wiley & Sons
- Hjelmeland, H., & Hawton, K. (2004). Intentional Aspects of Non-Fatal Suicidal Behaviour. I D.D. Leo, U. Bille-Brahe, A. Kerkhof, & A. Schmidtke (red.), *Suicidal Behaviour, Theories and Research Findings*: Hogrefe and Huber.
- Hjelmeland, H., Hawton, K., Nordvik, H., Bille-Brahe, U., Leo, D.D., Fekete, S., ... Wasserman, D. (2002). Why people engage in parasuicide: a cross-cultural study of intentions. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(4), 380–393.
- Kapur, N., Cooper, J., O'Connor, R.C., & Hawton, K. (2013). Non-suicidal self-injury v. attempted suicide: new diagnosis or false dichotomy? *The British Journal of Psychiatry*, 202, 326–328. doi: 10.1192/bjp.bp.112.116111
- Klonsky, E.D., & May, A. (2014). Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators: A critical Frontier for Suicidology Research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 1–5.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133–154.
- O'Connor, R.C., & Nock, M.K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry* 2014, 1, 73–85.
- O'Connor, R.C., Platt, S., & Gordon, J. (2011). Achievements and challenges in suicidology: Conclusions and future predictions. I R.C. O'Connor, S. Platt & J. Gordon (red.), *International handbook of suicide prevention* (pp. 625–642): Wiley-Blackwell.
- Sapyta, J., Goldston, D.B., Erkanli, A., Daniel, S.S., Heilbron, N., Mayfield, A., & Treadway, S.L. (2012). Evaluating the Predictive Validity of Suicidal Intent and Medical Lethality in Youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 222–231.
- Williams, J.M.G., Crane, C., Barnhofer, T., Van der Does, A.J.W., & Segal, Z.V. (2006). Recurrence of suicidal ideation across depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, 91(2–3), 189–194.
- Williams, M.G. (2014). Cry of pain, understanding suicide and the suicidal mind: Piatkus.
- Williams, M.G., Barnhofer, T., Crane, C., & Beck, A.T. (2005). Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *Journal of abnormal psychology*, 114(3), 421–431.



Gruppeterapi gir større muligheter for endring

Gruppeterapi er svært effektivt og bør prioriteres mer ved profesjonsstudiet i psykologi.

Rolf Løvvang, psykologspesialist

BEHANDLINGSFORMER

JEG HAR DREVET gruppeterapi i privat praksis i nesten 50 år, for det meste sammen med kollega John Ivar Johansson. Fagessayet «Den varme stolen» i juliutgaven av Psykologtidsskriftet stimulerte til ettertanke hos meg vedrørende min egen erfaring med gruppeterapi. Vi har begge som terapeuter vært aktive i gruppene, og vi har i løpet av disse årene hatt varierende typer av grupper. Noen har hatt et mer psykoedukativt preg, mens andre har vært mer dynamiske i sitt innhold. Vedrørende gestaltbasert gruppepraksis med varm stol påpeker Dyrkorn økte valgmuligheter for intervensjoner som sammen med gruppedynamikken skaper større muligheter for endringer hos deltakerne enn hva som vanligvis er tilfelle individuelt. Dette er også vår erfaring fra alle de årene vi har drevet både gruppeterapi og individuell terapi.

Vi har også sett en stor fordel ved å være to aktive terapeuter i grupper. Kanskje vi har gjort den varme stolen enda varmere ved at vi har hatt den stående mellom oss. Fordelen ved dette er at når vi begge kjenner klienten, kan vi spille ut ulike sider i ham eller henne i samtale mellom oss. Vi har på denne måten kunnet påskynde klientens utviklingsprosess. Den ene av oss har tatt det emosjonelle perspektivet, den andre det kognitive. Vi har erfart at integrering og splitting på denne måten har vært nyttig. Vi har sett at vi raskere har kunnet bringe fram bevisstgjøring hos klienten ved at den ene av oss har spilt ut klientens bevisste sider, mens den andre har silt ut ubevisste tema.

Som Dyrkorn hevder, er gruppedynamikkens påvirkning av en endringsprosess sterk. En del av denne dynamikken synes jeg det er særlig interessant å understreke. Vi ser at en persons endringshistorie ofte virker som sterke terapeutiske metaforer for andre deltakere i gruppen. Dyrkorn etterlyser mer undervisning i gruppeterapi i profesjonsstudiet. Det gjør jeg også, spesielt ut fra erfaringene fra terapiformens effektivitet i endringsprosesser. ✕

Debattert

Generasjon lykkepille

Økt bruk Fra 2005 til 2014 har det vært en sterk økning i antall personer i aldersgruppen 15 til 19 år som bruker antidepressiva, ifølge tall fra Reseptregisteret. Det har vært en økning på 28 prosent blant guttene og hele 37 prosent blant jentene.

Ingunn E. Ulfsten diskuterer i Indre Akershus Blad 9. september

Med lykkepille i munnen – Bare å stikke tablett i munnen på unge etter en 15 minutters konsultasjon hos legen, er helt uakseptabel behandling av depresjon hos unge mennesker.

Ulrik Malt til VG 11. september

Normal reaksjon, direkte medisiner

- Barn og unge med psykiske tilstander har gjerne normale reaksjoner på unormale livssituasjoner. Det er utrolig viktig å finne årsaker til at symptomer på depresjon oppstår og ikke gå direkte på medisiner.

Bent Høie til VG 11. september

Angrip årsaken Den beste måten å gjøre noe med økningen i antall ungdom som går på antidepressiva er å angripe årsaken bak symptomene. Hva nå enn det måtte være.

Fra leder i Stjørdalens blad 13. september

Depresjonsdemper Når trening og rødvin ikke er nok til å holde mørket på avstand, tar Lone også gjerne noen piller for å avhjelpe det. – De demper depresjonen, akkurat som andre piller demper feber. Og da er det så mye lettere å ta en lykkepille enn å gjøre alt mulig annet.

Lone Frank intervjuet i Henne 19. september

Mindre medisin Det er flere jenter som medisineres enn de som har en klinisk depresjon. De burde derfor ikke medisineres mer, men mindre.

Heidi Tessand debatterer i VG 19. september

Rusmidler som legemidler

Rusmidler kan brukes som legemidler og ha positive behandlingseffekter, men kravene til disse midlernes effekt må være like høye som til legemidler for øvrig.



ANNE KRISTINE BERGEM Spesialist i psykiatri, Leder i Norsk psykiatrisk forening

JØRGEN G. BRAMNESS Professor, dr.med., Forskningsdirektør SERAF

NYE RUSMIDLER

DET HEVDES AV enkelte at nyere syntetiske rusmidler er mindre farlige og har færre bivirkninger enn de tradisjonelle. Det blir argumentert med mulige positive behandlingseffekter. Begge disse tingene er brukt som argumenter for legalisering. Vi er usikre på holdbarheten av denne argumentasjonen. Men ettersom mange unge og voksne bruker slike rusmidler til tross for at det er ulovlig, må helsepersonell forholde seg til dem for å kunne yte god helsehjelp.

At rusmidler blir mindre og mindre farlig, er et utsagn vi mener ikke medfører riktighet. Det finnes sikkert eksempler på at nyere rusmidler er mindre farlige enn eldre, men denne påstanden savner ellers dokumentasjon. For eksempel har cannabis økt i styrke over tid. Brukere får i seg mer og mer av cannabisplantens psykoaktive virkestoff tetrahydrocannabinol THC (1), og dette fører til økte problemer. Videre kommer det stadig til nye syntetiske cannabinoider som er langt mer potente som rusmidler enn cannabis. Vi har allerede sett det første dødsfallet i Norge etter bruk av syntetiske cannabinoider. Vi kan også gjøre slike beskrivelser for felter som sentralstimulerende midler og opioider. På den annen side må vi erkjenne at vi tidligere har overdrevet de negative effektene av mange rusmidler. Det er ikke vanskelig å innrømme at treffsikkerheten i nivået av advarsler har vært for dårlig. Det gjelder nok enda mer for samfunnet/helsemyndighetene generelt enn for psykiatere spesielt.

EFFEKT OG BIVIRKNINGSPROFIL

Ja, rusmidler kan brukes som legemidler og ha positive behandlingseffekter. Både barbiturater, benzodiazepiner, opioider, GHB og cannabinoi-

der er midler med ruspotensial som i dag benyttes som legemidler. Også i Norge er det anerkjent at cannabis kan ha effekt ved tilstander som for eksempel smerter (3). Men kravene til disse midlernes effekt må være like høye som til legemidler for øvrig. Midlene må ha dokumentert effekt på lidelsen, og det på spesifikke indikasjoner. I tillegg må midler som skal brukes som legemidler, ha en akseptabel bivirkningsprofil. Innunder bivirkninger regnes også misbruksrisiko. Legemidler forskrives i dag av leger. Det er slik vi har valgt å organisere distribusjon av helsebringende kjemiske stoffer. Vi må altså trekke et skille mellom rusmidler brukt som legemidler, og rusmidler brukt som nettopp det – rusmidler. På et slikt grunnlag er ikke de positive medisinske effektene noe argument i en legaliseringsdebatt.

Det finnes forkjempere for bruk av nye kjemiske rusmidler som mener at disse potensielle legemidlene er utsatt for diskriminering. Vår påstand er at dette ikke er tilfelle, men at LSD, MDMA, cannabis og andre midler som har vært brukt som rusmidler, har vist langt mindre effekt i seriøse studier på medisinske effekter enn det som har vært hevdet. At enkeltpersoner har hatt positiv effekt av rusmidlene, gir ikke tilstrekkelig grunnlag for å registrere et rusmiddel som legemiddel. Det er grunn til å sette spørsmålstegn ved kvaliteten ved den forskningen som hevder det motsatte (2).

PASIENTERFARINGER

Som behandlere innenfor feltene psykisk helsevern og rusbehandling møter vi pasienter som har meninger og oppfatninger som kan avvike fra våre egne meninger, både personlig og faglig. Å møte pasienter med respekt, uavhengig av

meningsmotsetninger, er en del av det å være en god behandler. Som psykiater hører derfor ikke fordømmelse av bruk av rusmidler med i kontakten med pasienter. Fra klinisk virksomhet er erfaringen at personer med psykiske helseplager i høyere grad enn andre benytter rusmidler. For de aller fleste er erfaringen at rusmiddelbruk kan forverre deres daglige fungering, også på grunn av økt sårbarhet for negative bivirkninger. Denne sårbarheten overfor rusmidlers negative effekter støttes av forskning (3).

Men det er en naturlig del av en behandler-pasientrelasjon å redegjøre for skadevirkninger og problemer ved rusmiddelbruk på en balansert måte. Dette står ikke i motsetning til også å snakke om positive virkninger for pasienten. Poenget ved å tematisere rusmiddelbruk i terapi vil være å lytte til pasientens erfaringer og ha en åpen dialog med pasienten omkring virkninger og bivirkninger. At vi per i dag ikke har dokumentert positive effekter av disse midlene, bør således ikke lede til fordømmelse. På den annen side vil nok ikke psykiatere heller anbefale bruk av rusmidler, de negative effektene tatt i betraktning. Med et økende kunnskapsnivå blant psykiatere vil vi trolig se en profesjon som i høyere grad kan gi kvalifiserte råd til pasienter. På samme måte som man til pasienter som selvskader, kan gi råd om å bruke rene barberblader framfor skitne glasskår for å hindre infeksjon, kan det være medisinsk riktig å rådgi pasienter om hvordan rusmidler gjør minst skade.

Mange vil kanskje synes det er kontroversielt å sitere den britiske professoren i psykiatri David Nutt, som blant annet har påstått at det ikke er mer risikabelt å ta ecstasy enn å ta en ridetur. Likevel kan hans pragmatiske skade-

reduksjonsråd være nyttige (4). Fritt oversatt lyder de slik: a) husk at alkohol og tobakk er avhengighetsskapende og rusgivende, b) alle rusmidler kan gi skade i tillegg til de gledene man får, c) snakk med barna dine om rusmidler fra tidlig alder, men vær forberedt på å måtte diskutere ditt eget forbruk også, d) ikke injiser rusmidler, e) ikke sniff løsemidler, f) ikke bland forskjellige rusmidler, g) et kriminelt rulleblad kan ødelegge for deg, h) finn gode informasjonskilder, i) hvis du bestemmer deg for å bruke rusmidler (også alkohol og tobakk), så vær klar over de grunnene du har til å gjøre det, j) får du problemer med rusmidler, så skaff deg hjelp raskt, og k) bruker du rusmidler, så ikke la det gå ut over skolearbeidet. Disse rådene vil i noen grad være overensstemmende med hva som er god behandler-pasientkommunikasjon.

LOVFORBUD OG BEHANDLINGSALLIANSE

Er det slik at lovforbud mot illegale rusmidler ikke virker, og at kriminalisering av bruk bidrar til å forverre menneskers situasjon? Det vil være svært delte meninger om en slik påstand (5). Det er tvilsomt at *ingen* har blitt hindret i bruk ved lovforbud. Det er også svært usannsynlig at lovforbudet har ført til *økt bruk*, selv om noen hevder det. De som fremfører slike argumenter, bør underbygge dem med empiri. Slik empiri finnes ikke i dag. Det som kan være riktig, er at man ikke helt har oppnådd det ønskede resultat gjennom et lovforbud, og at lovforbudet dermed ikke har tilstrekkelig effekt i å hindre spredning av rusmidler med negative effekter. Vår største bekymring er imidlertid at et lovforbud har hindret pasienter i å være åpne om sin rusbruk. En ikke-fordømmende holdning kombinert med



Vår største bekymring er imidlertid at et lovforbud har hindret pasienter i å være åpne om sin rusbruk



taushetsplikt har tidligere gjort en god og åpen kommunikasjon rundt rusmiddelbruk mulig. Vi er bekymret for at for eksempel den økende kontrollfunksjonen som leger får, blant annet gjennom førerkortforskriften, kan være til hinder for en slik god og åpen kommunikasjon.

Å være lege betyr at man skal yte helsehjelp. Å være en god lege betyr at man skal møte pasienter med respekt, og at man skal yte god behandling. Å være en god lege betyr også at man skal imøtekomme pasientens ønsker og behov så langt dette lar seg gjøre, men det betyr ikke at man alltid kan eller skal tilby den behandling pasienten på eget initiativ har kommet fram til at han eller hun ønsker seg. Leger må tilby hjelp det finnes tilstrekkelig kunnskap om, og gi alternativer blant disse til sine pasienter.

Pasienter med psykiske helseplager vil selvsagt daglig foreta mange valg i den hensikt å lindre en smerte, og noen vil oppleve at rusmiddelbruk er selvmedisinering. Det er vår oppgave som behandlere å forholde oss rasjonelt til dette ut fra hensynet til pasienten, hensynet til hva vi har av kunnskap, hva som er etisk forsvarlig, og også hva som er loven. Men her, som ellers, kommer liv og helse før de andre hensynene. ✕

REFERANSER

1. Vindenes, V., Strand, D.H., Krstoffersen, L., Boix, F., Mørland, J. Has the intake of THC by cannabis users changed over the last decade? Evidence of increased exposure by analysis of blood THC concentrations in impaired drivers. *Forensic Science International*. 2013 Mar 10;226(1-3):197-201. doi: 10.1016/j.forsciint.2013.01.017. Epub 2013 Feb 13.
2. Bramness, J. Cannabis som medisin. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2015; 135: 252-3
3. Nesvåg, R., Bramness, J.G., Ystrøm, E. The link between use of psychedelic drugs and mental health problems. *Journal of Psychopharmacology*. 2015 Sep; 29(9):1035-6. doi: 10.1177/0269881115596156.
4. Nutt, D. *Drugs – Without the hot air: Minimising the Harms of Legal and Illegal Drug*. UiT, Cambridge 2012.
5. Bramness, J. En lett antenkelig cannabisdebatt. *Idunn.no, Nytt Norsk Tidsskrift*. 03/2015 (volum 3): 267-273



Misvisende kritikk om radikaliseringsprosess

Sosialpsykologi er et nødvendig – men ikke tilstrekkelig – bidrag for å forstå hvordan flere unge mennesker har blitt rekruttert og manipulert inn i en radikaliseringsprosess.

Cathrine Moestue, psykolog

RADIKALISERING

JEG TAKKER TORE Bjørge for innspill i septemberutgaven av *Psykologtidsskriftet* til min artikkel «Hva er radikaliseringsprosess?». Jeg har tydeliggjort at det er mange veier inn, og teksten har blitt bedre som et resultat av dette. Både video og tekst er ment som folkeopplysning og ikke som et innlegg i en fagdebatt. La meg først påpeke de mange punkter der jeg deler Bjørgos synspunkter:

Vi er enige om at venner spiller en viktig rolle i radikaliseringsprosessen, og at gruppepsykologi er selve fundamentet for radikaliseringsprosessen. Konformitetsstudier viser hvordan nærvær av andre kan endre virkelighetsoppfatning selv om mennesker ikke er enige i det som blir sagt. Ofte også kalt «prinsippet om sosiale bevis» i sosialpsykologisk teori. (Kenrick et al., 2015).

Jeg er også enig i at passiv hjernevask ikke eksisterer, og enig i at ingen seriøse fagfolk ville hevde dette. Snarere tvert imot forsøker min video og tekst å normalisere mekanismene som kan være involvert i en slik prosess. Den forsøker også å normalisere likhetene mellom innganger til en militant islamistgruppe og andre ekstreme grupper, og bruker derfor PSTs definisjon av radikaliseringsprosess. Jeg er også glad for at Bjørge anerkjenner at radikaliseringsprosess kan forekomme på den måten teksten beskriver, og vi er også enige om at det er mange veier inn.

AKTIV OG DYNAMISK MODELL

Teksten er bygget på forskning om sosial innflytelse og hvordan slike mekanismer kan brukes i manipulasjon og konvertering. Det står i vår tekst at manipulasjonen «... på folkemunne ofte blir kalt for hjernevask». Det står ikke noe sted at dette er en passiv prosess, slik Bjørge feilaktig har tolket inn i teksten. På dette punktet blir kritikken også misvisende. De psykologiske mekanismene som beskrives, er aktive prosesser. For at teknikken med «foten i døra» skal fungere optimalt, må det være tilrettelagt for aktive, frivillige og offentlige valg (Cial-



dini, 2011). Og hvis en person er så uheldig å bli utsatt for «grooming», er resultatet ofte en indre motivasjon til å gi enda mer tilbake til svindleren.

Diskusjonen er basert i beslutningspsykologi og hjernens begrensninger. Vi diskuterer de grunnleggende svakheter mennesker har, når vi skal ta beslutninger om å si ja eller nei til noe. De forklarer at vår atferd er styrt av enten system 1, som er et raskt og intuitivt system, eller av system 2, som er assosiert med selvhevdelse, bevisste valg og konsentrasjon. Mennesker er ikke så smarte eller rasjonelle som vi liker å tro. Vi er alle sårbare for å bli lurt gjennom vår automatiske system 1-tenkning (Kahneman, 2013). Den sårbareheten øker når vi er usikre og søkende, slik ungdommer ofte er.

Professor Robert Cialdini har kategorisert 70 år med sosialpsykologisk forskning i seks universelle menneskelige prinsipper for sosial innflytelse (Cialdini, 2011).

Teksten er bygget på en manipulasjonsmodell av grunnleggende menneskelige behov:

1. Behovet for å ta et godt valg. Noe som kan manipuleres gjennom mekanismene i autoritetsprinsippet og sosiale bevis (venner).
2. Behovet for å føle tilhørighet. Noe som kan manipuleres gjennom prinsippene om å like andre og gjensidighet.

3. Behovet for å ha en god selvfølelse. Noe som kan manipuleres gjennom prinsippet om indre konsistens og knapphet (Kenrick, Neuberg & Cialdini, 2015).

Hvordan disse mekanismene igjen fungerer for å isolere mennesker inn i en destruktiv gruppedynamikk, blir beskrevet av den spanske psykologen Rodríguez-Carballeira (2015). Vi er altså enige om at det er sosiale årsaker og behov som ligger til grunn for en radikaliseringsprosess, men det kan virke som vi er uenige om hvorvidt det eksisterer en rekruttering eller ikke, og i hvilken grad dette påvirker push- og pull-faktorer hos den enkelte.

Bjørge referer til Sageman, som hevder at det ikke finnes rekruttering til radikaliseringsprosess, men det er en pågående debatt innenfor terrorforskningen som Bjørge unnlater å vise til. Terrorforsker Borum (2011) påpeker denne debatten og hevder at det er bedre for forskere å definere radikaliseringsprosess bredere og ikke ekskludere rekruttering fra radikaliseringsbegrepet. Han hevder også at kunnskap om hvordan «predisponerende faktorer» og «situasjonelle faktorer» samspiller i en dynamisk og kompleks prosess, vil hjelpe terrorforskningen å overkomme sitt nåværende dualistiske syn, med tanke på om rekruttering skal inkluderes i definisjonen av radikaliseringsprosess eller ikke. Videre sier han at forskningen har mye

IKKE ALLTID VALG

«Endringen av personlige vaner og identitet som vi kan observere hos radikalisererte, kan også være en dissosiativ lidelse og er ikke alltid et resultat av frivillig valg», skriver Cathrine Moestue i dette innlegget.





Det kan virke som vi er uenige om hvorvidt det eksisterer en rekruttering eller ikke, og i hvilken grad dette påvirker push- og pull-faktorer hos den enkelte

å hente fra sosialpsykologi og konverteringsteori. Vi lever i en tid med mye polarisering, og jeg ser det også som viktig at forskere er åpne og nysgjerrige på ulike perspektiver slik at vi bedre kan forstå hvordan egenskaper ved person og situasjon påvirker hverandre gjennom hele radikaliseringsforløpet.

Terrorforskerne Warius og Fishman ved «Combatting Terrorism Center at West Point» har analysert rekrutteringsmanualen «A jihadist's course in the Art of recruitment». Den beskriver i detalj hvordan man bruker følelsesmessig manipulering for å endre atferd hos sårbare ungdommer.

NORDMENN ER REKRUTTERT

Senest 19. september i år ble Ubadullah Hussain siktet for rekruttering av flere av de unge norske konvertittene. Retten beskriver Hussain som en person med sterke manipulative evner. Ifølge tiltalen har han rekruttert Thom Alexander Karlsen og en annen mannlig konvertitt. Karlsen reiste til Syria i september 2014. Noen måneder etter ble han drept. Det er ikke kontroversielt å hevde at rekruttering skjer. Det som er mer komplisert å forstå, er hvordan indoktrinering og konvertering skjer med de ulike profilene. Vi er vitne til at det er minst tre målgrupper som kan bli medlem av en terroristgruppe. Noen er unge idealister, andre er kriminelle eller svært sårbare mennesker. Derfor er ikke teksten min fokusert på *hva* de tror, men *hvordan* de kom til å tro det de tror. Sosialpsykologi alene kan ikke forklare alle menneskers vei inn til en ekstrem holdningsendring, men den forklarer noe av den moralske avkoblingen fra tidligere selvforståelse, verdier, familie og venner (Bandura, 2004).

Bjørge nevner også en annen polariserende diskusjon i sosiologi mellom anti-cult og cult-protagonister, men unnlater å nevne at forskere som Benjamin Zablocki, Janja Lalich og Stephen Kent har tilbakevist denne kritikken (Zablocki & Robbins, 2001). Det er også en misvisende del ved Bjørgos kritikk fordi han hevder at han representerer seriøse forskere, men unnlater å nevne andre seriøse forskeres motsvar til denne kritikken. Lalich beskriver helt eksplisitt at indoktrinering i sekter er en prosess mellom to personer, og at det er en lettelse for sektmedlemmet å underkaste seg prosessen og å finne «sannheten» (Lalich, 2004).

IDENTITETSOVERGREP

Den endringen av personlige vaner og identitet som vi kan observere hos radikalisererte, kan også være en dissosiativ lidelse og er ikke alltid et resultat av frivillig valg. Diagnosesystemet i DSM 5 gjorde det klart under paragraf 300.15 punkt 2 (2013):

Identity disturbance due to prolonged and intense coercive persuasion: Individuals who have been subjected to intense coercive persuasion (e.g., brainwashing, thought reform, indoctrination while captive, torture, long-term political imprisonment, recruitment by sects/cults or by terror organizations) may present with prolonged changes in, or conscious questions of, their identity.

Jeg tror også at vår sosialpsykologiske kunnskapsbase ville vært en god modell for å hjelpe to unge radikalisererte gutter som NRK Brennpunkt refererer til i dokumentarfilmene «Terroristen fra Larvik» og «Min sønn fremmedkrigeren», og som på tragisk vis måtte bøte med livet. Jeg anser at vi som samfunn sviktet disse guttene og andre radikalisererte fordi vi ikke hadde god nok kunnskap om indoktrinering og forebygging. ❌

REFERANSER

- Abu 'Amr al-Qa'idi; Abu Mujahid & Abu Klialid (Trans.). (2010). *A course in the art of recruiting*. Hentet fra https://archive.org/stream/ACourseInTheArtOfRecruiting-RevisedJuly2010/A_Course_in_the_Art_of_Recruiting_-_Revised_July2010_djvu.txt
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (2004). The role of selective moral disengagement in terrorism and counterterrorism. I F.M. Moghaddam & A.J. Marsella (Eds). *Understanding terrorism: Psychological roots, consequences and interventions* (s. 121–150). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Borum, R. (2011). «Radicalization into Violent Extremism I: A Review of Social Science Theories.» *Journal of Strategic Security* 4, no. 4 (2011): 7–36.
- Kenrick, D.T., Neuberg, S.L., & Cialdini, R.B. (2015). *Social psychology: Goals in interaction* (6th Ed). Boston, MA: Pearson Education.
- Cialdini, R. (2011). *Påvirkning: Teori og praksis*. 2011. Abstrakt forlag.
- Kahneman, D. (2013). *Tenke raskt og langsomt*. Pax forlag.
- Lalich, J. (2004). *Bounded Choice: true believers and charismatic cults*. University of California Press, Ltd.
- Rodríguez-Carballeira, Á. et al. (2015). Group psychological abuse: Taxonomy and severity of its components. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, (7)1, 31–39. Hentet fra <http://ejpalc.elsevier.es/en/group-psychological-abuse-taxonomy-severity/articulo/S1889186114000171/#.VINJ3Vc9bHg>
- Zablocki, B. & Robbins, T. (2001). *Misunderstanding Cults: Searching for objectivity in a controversial field*. University of Toronto Press Incorporated.
- Warius, A., & Fishman, B. (2009, februar). A jihadist's course in the Art of recruitment. *Combatting Terrorism Center at West Point*. Hentet fra <https://www.ctc.usma.edu/posts/a-jihadist's-course-in-the-art-of-recruitment>

DERFOR

Redaksjonen begrunner sine valg

Brobygging

Når forskning og klinikk skal gå hånd i hånd, trengs mange og tydelige sjangre.

PSYKOLOGTIDSSKRIFTET HAR EN todelt ambisjon som faglig formidlingskanal. Vi skal publisere originale forskningsartikler, og bidra til å knytte forskning og praksis sammen. Siden oppstarten i 1964 har tidsskriftet kontinuerlig tilpasset seg nye forventninger. Psykologtidsskriftet tok et viktig skritt i 1998, da vi begynte å fagfelleverdure vitenskapelige artikler. Siden 90-tallet har akademia gjennomgått en profesjonalisering og internasjonalisering, der kun fagfellevurderte, originale bidrag til kunnskapsfeltet gir uttelling for forskningsinstitusjonene og for forskeren selv. Psykologtidsskriftet ønsker å være med i denne utviklingen, men uten å miste av syne den andre ambisjonen vår: å bidra til faglig oppdatering for praktikere, som ofte har mest glede av sammenfatninger av og refleksjoner om forskningen.

I løpet av de siste to årene har redaksjonen arbeidet med å gjøre skillet mellom originalbidrag og andre typer fagartikler tydeligere. Vi har gått gjennom og endret sjangerbeskrivelser på nettsidene våre, slik at skribenter lettere kan velge den sjangeren som passer stoffet best. Vi har presisert at originale vitenskapelige bidrag skal bringe ny kunnskap til sitt felt, for eksempel gjennom analyse av egne data, eller ved at forfatteren utvikler nye hypoteser eller begreper. Kunnskapen må være etterprøvbart. Premisser, metode og funn må komme klart frem. Fagfellevurderingen bidrar til å sikre at disse kravene er oppfylt. Faglige oppdateringer i sjangre som «fra praksis» og «fagessay» fagfellevurderes ikke, men går gjerne flere runder mellom forfatterne og redaksjonen, og av og til eksterne fagkonsulenter. For å gjøre forskjellen på vitenskapelige bidrag og annen fagformidling tydeligere for leseren, presenteres sjangrene med et noe ulikt design. Vitenskapelige artikler trykkes på en rosa bakgrunnsfarge og med informasjonen «fagfellevurdert» øverst på siden.

I mange tidsskrifter handler publisering nå mer om merittering enn fagformidling. Ikke slik i Psykologtidsskriftet, som velger den brede vei inn i faglige diskusjoner. Tekster skal være evidensbaserte, hypoteseutviklende, debatterende, kritiske, og gjerne også underholdende. Selv om kun originalbidragene er meritterende for forskningsinstitusjoner og forskere, har mange ulike typer faglige bidrag verdi i utviklingen av faget. Det er verdifullt å bringe nye resultater inn i den akademiske diskusjonen, men forskningen har liten nytteverdi hvis ingen trekker implikasjonene for praksis. Akademia, og klinikerne, trenger tekster som oversetter og vurderer kunnskap, og setter den inn i en bredere samfunnskontekst.

Psykologtidsskriftet ønsker å bygge ut broen mellom praktikerne og forskerne. Vi er i dialog med fagfeltet gjennom forfatterne, fagfellesystemet og redaksjonsrådet og ønsker at både forskere og klinikerne fortsetter å engasjere seg i fagformidlingen vår.

Ida K. Holth, Peder Kjøs & Bjørnar Olsen



GERD KRISTIANSEN er leder i Landsorganisasjonen i Norge (LO). Sammen med Bent Høie, Kerstin Söderström og Tor Levin Hofgaard er hun fast kronikør.

Når skolen blir psykt vanskelig

Økt utenforskap og mindre tillit mellom folk blir resultatet dersom vi ikke lykkes med å kvalifisere ungdom til det norske arbeidslivet.

FOR MANGE ELEVER er skolen et fint sted å være. Vi er mange som husker tilbake på skoleårene med sentimental glede over små og store utfordringer som har vært med på å forme oss til de vi er i dag. Men slik var det ikke for alle, og vi vet at slik er det heller ikke i dag.

Til tross for positiv oppmerksomhet omkring temaer ingen torde snakke om da jeg vokste opp, står fortsatt mye ugjort. Vi har for eksempel ikke klart å bli kvitt mobbingen eller selvskadingen og selvmedisineringen blant unge som sliter. Da snur vi oss ofte mot skolen, og tenker at her må skolen ordne opp!

Vi vet etter hvert ganske mye om årsakene til at en del barn og unge ikke finner ro og lærelyst i skolen. Mange av disse årsakene befinner seg utenfor skolens rekkevidde å gjøre noe med – eksempelvis familiens økonomi, sosiokulturelle bakgrunn, nasjonalitet, bosted eller utdanningsbakgrunn. I sin bok *De frafalne* drøfter forfatterne Kaja Reegård og Jon Rogstad om lik rett til utdanning kanskje ikke er så lik? Tilfellet er knyttet opp til barnevernsbarnas vilkår for å lykkes i utdanningssystemet. Jeg kunne nevne mange andre undersøkelser om utdanning og klasse, utdanning og tilknytning til arbeidslivet og om onde sirkler som fører til reproduisering av samme utfordringer og problemer for neste generasjon.

HELHETLIG OPPFØLGING

I LO har vi flere forbund med medlemmer som jobber tett på barn og ungdom. Forbundene har ropt på politikere og forvaltning om tiltak gjennom mange år. Vi har fått gjennomslag i enkelte saker, men helheten uteblir, og det er den som teller.

Derfor har flere av forbundene, blant annet Skolenes Landsforbund, Fagforbundet og Fellesorganisasjonen satt seg sammen for å se hva skolen kan gjøre og ikke gjøre. Alle enes om at å forebygge er mye enklere enn å behandle. Det innebærer for mange barn, unge og unge voksne en helhetlig oppfølging gjennom livsløpet til det punktet at man faktisk står støtt i seg selv.

Derfor er jeg opptatt av tidlig innsats og at vi får mer helse- og sosialfaglig kompetanse inn i grunnskolen for å forebygge. Vi trenger å supplere det pedagogiske personalet med annen og tverrfaglig kompetanse,

og voksne som har tid til å se barna og snakke både om dagligdagse og vanskelige temaer. Det kan blant annet dreie seg om satsing på skolefritidsordningen, at helsetjenesten er til stede på skolen og tilgjengelig for elevene, at ansatte med miljø- og sosialfaglig kompetanse kan bistå familier som trenger oppfølging av ulik type. Lærerne må få holde fokus på det pedagogiske arbeidet, slik at elevene får oppleve mestring og lærelyst. Alt dette koster penger. Kvalitet *koster* penger.

UTENFORSKAPETS PRIS

Det refereres ofte til OECD-tall om at Norge bruker altfor mye ressurser på skole og utdanning som det er. Ja, vi må alltid lete etter det som gir god kvalitet i offentlige og private tjenester. Men hva koster det å reparere et ødelagt selvbilde?

I ekstreme tilfeller har vi sett at det koster mer enn hva som betales i penger. Uroen som nå sprer seg i mange land, er utslag av en villet, men også feilaktig politikk og nye, uforutsette utfordringer. I den globale landsbyen lever vi mindre skjermet enn tidligere. Det gjelder for nordmenn som for andre. Også NHO deler vår bekymring for at økt utenforskap og mindre tillit mellom folk blir resultatet dersom vi ikke lykkes med å kvalifisere ungdom til det norske arbeidslivet. Det er altså et formidabelt oppdrag som venter skolen, og den kan ikke stå alene om denne jobben.

Under Arendals-uka tidligere i høst inviterte Skolenes Landsforbund til frokostmøte med tema «Hva når skolen blir PSYKT vanske-

lig?» Her utfordret Skolenes Landsforbund Apnestleder Trond Giske og helsesøster Brit Ottersland til felles innsats. I tillegg til faktorer som har med familie og oppvekstmiljø å gjøre, viser undersøkelser at mobbing og manglende mestring i skolen er blant de mest alvorlige risikofaktorene for ungdoms psykiske helse.

SAVNER STØTTE

Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) har kartlagt skolens holdninger til og kunnskap om psykisk helse. Her fremgår det at lærere og skoleledere har fokus på systematisk forebyggende og helsefremmende arbeid. Undersøkelsen viser også at lærerne gjør en aktiv innsats for å tilrettelegge både i og utenfor undervisningen for elever med psykiske vansker, men at de savner et relevant støtteapparat som er lett tilgjengelig (NIFU-rapport 9/2014).

Jeg støtter forbundsleder i Skolenes Landsforbund Anne Finboruds oppfordring til en tverrpolitisk allianse: Det er avgjørende med samarbeid på tvers av profesjoner, på tvers av partier og på tvers av organisasjoner. Psykisk helse er en felles utfordring i samfunnet. Sterkere fokus på barn og unges psykiske helse er helt nødvendig, ikke bare for den enkelte, men også for norsk samfunns- og arbeidsliv. Jeg vet at mange av LOs forbund vil ønske å bidra fra sitt ståsted. Det gjelder oss alle. ✕

Gerd Kristiansen



Sterkere fokus på barn og unges psykiske helse er helt nødvendig, ikke bare for den enkelte, men også for norsk samfunns- og arbeidsliv



BOKESSAY

Sjælshistorier

Nobelprisvinner Svetlana Aleksijevitsj åpner for én psykologi der individ og kultur kan utforskes samtidig. Hennes bøker bør derfor inspirere til metodeutvikling i psykologien.

Det er et hverdagspsykologisk, dypt humanistisk forfatterskap og livsprosjekt nobelprisvinner i litteratur Svetlana Aleksijevitsj tilbyr oss. Som hun sier det i boka *Bønn for Tsjernobyl* (1997)¹:

Jeg skriver og samler inn hverdagslige følelser, tanker og ord. Jeg prøver å fange inn sjelens dagligliv. Vanlige menneskers liv en vanlig dag.

Etter å ha leste hennes fem bøker i det som samlet omtales som *Utopiens stemmer*, er min konklusjon at hun har lyktes i sitt prosjekt. Her finnes setning på setning formulert av vanlige mennesker som kunne glidd inn i grusomvake poesibøker. Et knippe utsagn fra *Krigen har intet*

kvinnelig ansikt (1985) – historien til kvinnelige frontkjemper i Den røde armé – gir en pekepinn:

I løpet av en natt sydde [jeg] meg en bryllupskjole av bandasjer. / Til og med blod brenner. / Når skal jeg bli lang som dette geværet? / Jeg begraver ikke min mann, jeg begraver kjærligheten. / Hvordan skulle man kunne føde? Omgitt av tårer ...

Men ikke bare gir *Utopiens stemmer* leseren atskillig kunnskap om *homo sovieticus*' lidelser og stolthet, om barbari og omsorg, om svik og støtte, om livet og døden. Etter lesningen sitter jeg også igjen med et nytt blikk på hvordan individets fortellinger kan veves sammen til en kollektiv innsikt som angår oss alle. Aleksijevitsj' litterære metode åpner for å forstå det jeg i mangel av et bedre begrep vil kalle en kollektiv subjektivitet, der kulturen og individet favnes samtidig. De fem bøkene kan derfor også spore til metodeutvikling i psykologien.

TEKST

Bjørnar Olsen,
sjefredaktør i
Tidsskrift for Norsk
psykologforening

1. Årstellene viser til når boka utkom opprinnelig. De norske utgavene er alle som én utgitt siden 2014.



NOBELMETODEN

I utgangspunktet skiller ikke Aleksijevitsj' metode seg stort fra den vi møter i terapirommet og den kvalitative forskningen: Hun møter folk og snakker med dem. Eller mer presist: Hun lytter til mennesker – lenge. Likevel skiller hennes sakprosa seg fra den kliniske nedtegnelsen og den kvalitative forskningen ved at individets stemme skrives inn i et kollektivt kor. Slik orkestreres de mange enkeltstemmene inn et mangestemmig verk som står som et monument over lidelse og mot i vår tid, for å låne fra Nobelpriskomiteens begrunnelse.

Det er i debutboken *Krigen har intet kvinnelig ansikt* (1985) at Aleksijevitsj' metode formuleres tydeligst. Her skriver hun om hva hun søker å oppnå med sin fremstilling; om forholdet mellom fortelling og sannhet, følelser og fakta, forteller og lytter; om hvordan hun vil at det lille mennesket selv skal fortelle, med sitt språk, med sine ord.

Aleksijevitsj utpeker landsmannen Ales Adamovitsj som sin inspirator og lærer. Han skrev dokumentariske romaner om annen verdenskrig, satt sammen av stemmer fra barndommen, fra kafeen, bussen, gaten, ja, livet. Selv brukte han begreper som fellesromaner, oratorieromaner og vitnesbyrdromaner, og disse begrepene peker mot Aleksijevitsj sitt litterære prosjekt: For det er muntligheten, vitnesbyrdet og det kollektive som bærer fremstillingen.

SMERTEFULL SANNHET Selv om minner kan være konstruerte, tror Aleksijevitsj på at det er mulig å gjengi sannheten: «(...) smerten smelter og tilintetgjør enhver forfalskning», skriver hun i *Krigen har intet kvinnelig ansikt*. Fotografiet viser sovjetiske flyktninger i 1943. FOTO: AKG-images





Svetlana Aleksijevitsj

- Født i 1948 i Ukraina. Hun flyttet med familien til farens Hviterussland i ung alder, og vokste opp der.
- Utdannet journalist fra universitetet i Minsk.
- Mottok Nobelprisen i litteratur i 2015 «för hennes mångstämmiga verk, ett monument över lidande och mod i vår tid». Ikke siden Winston Churchill i 1953 har en sakprosaforfatter mottatt prisen.
- Hennes kritikk av de hjemlige styresmaktene har ført til at hun i perioder har bodd i blant annet Italia, Sverige, Tyskland og Frankrike. I 2011 flyttet hun tilbake til Minsk.

RENE ORD

Selv om minner er skapende virksomhet, ja, endog forfalskende virksomhet, tror Aleksijevitsj like fullt på at det er mulig å fange en sannhet. Som det heter i *Krigen har intet menneskelig ansikt*:

Samtidig merker jeg hvordan smerten smelter og tilintetgjør enhver forfalskning. Det er en altfor høy temperatur!

Og sannheten finnes i de ordene vanlige mennesker bruker for å fortelle om sitt liv: «Jeg skjønner ... Jeg skal ikke fortelle Dem om krigen, men om mennesket», sier en menig geværmann i *Kister av sink* (1991). Mens den velutdannede henter sine ord fra aviser og bøker, har vanlige mennesker sine egne ord i behold. Ved å gi stemme til hverdagsmenneskene beveger hennes bøker seg vekk fra mytene, vekk fra annenhånds kunnskap, inn i det oppriktige. Slik fortelles det om krig, ulykker og samfunnsomveltninger i bokstavelig talt rene ord. «Jeg forsøker å forminske den store historien ned til mennesket, for å forstå noe. For å finne ord», skriver hun i *Krigen har intet kvinnelig ansikt*.

Men det er heller ikke snakk om en mengde løsrevne vitnesbyrd. De mange stemmene er samtidig koblet på den store fortellingen, enten den handler om Fedrelandskrigen, krigen i Afghanistan, Tsjernobyl eller det fortelles om det sovjetiske menneskets fall og turbokapitalismens inntog. På dette viset samles de mange små fortellingene, endog fortellingsfragmentene, til en større, kollektiv utforskning av historien. Som når 101 tidsvitner forteller om sin krigsbarndom i *De siste vitnene* (1985). Når 70 stemmer slipper til om Afghanistan-krigen i *Kister av sink*. Eller når hun tidvis vever de mange stemmene sammen til det hun kaller kor, som i *Bønn for Tsjernobyl*. Denne flerstemmigheten vever det individuelle og det kollektive sammen til en kraftig, flerstemt fremstilling, med melodier, motmelodier, dissonans, harmoni – men helhetlig takket være det bakteppet den felles fortellingen utgjør.

Det minner om Mikhail Bakhtins syn på den polyfone roman, der en rekke stemmer står i et dialogisk forhold til hverandre og kaster lys over hendelsene, men ikke for å gå opp i en større syntese som i dialektismen. I stedet er det stemmer som både er enige og uenige med

hverandre (og seg selv), og der rekkefølgen på fortellingene ikke alltid er like viktig. Derfor finner vi parallelt både systemkritikk og fortellinger om kjærlighet til de samme systemene som falt med perestrojkaen:

Vi var så letturte. Men likevel ... Likevel! Jeg kan ikke glemme det! Kan ikke glemme hvordan hele tiendeklassen vår dro av sted for å dyrke ny jord. (...) 'Dette er helter', tenkte jeg. Mange av dem var syke når de kom hjem: De kom aldri til noe nybrottsland, men måtte bygge jernbane i taigaen etsteds (...) De åt råtnete poteter, alle fikk skjorbuk. Men de fantes, disse guttene! Og det fantes en liten jente som begeistret tok avskjed med dem. Det var jeg. Mine minner ... Det skal ikke noen ta fra meg, hverken kommunister, demokrater eller børsmeklere.

Sitatet fra *Slutten for det røde mennesket* klinger samstemt opp mot et utsagn fra hennes debutbok nær tretti år tidligere: «Og jeg blir også et vitne. Vitne til det folk minnes, og hvordan de minnes det.»

KAN ØYEBLIKKET FANGES AV ANDRE?

Aleksijevitsj' metode er tidkrevende. Hundrevis, ja, tusenvis er intervjuet. I timevis, dagevis, årevis snakker hun med kvinnene, soldatene, de overlevende, de som var unge under krigen, og som nå er gamle, de som ikke har fått fortalt før, men som nå kommer til orde. Og Aleksijevitsj lytter, noterer, tar opp på bånd:

Og da ... Etter en viss tid – man får aldri vite når eller hvorfor – inntreffer plutselig det etterlengtede øyeblikk da et menneske går bort fra kanon (...) og går tilbake i seg selv. Inn i seg selv (*Krigen har intet kvinnelig ansikt*).

Det er dette øyeblikket hun vil fange. Etter en lang dag med tårer, fakta, ord, er det kanskje bare en setning som står igjen. Men setningen er verdt det, en setning som: «Jeg var så liten da jeg dro til fronten at jeg faktiske vokste i løpet av krigen.» Den setningen lar hun stå, selv om hun har fire-fem kassetter med samtaleopptak, forteller hun i *Krigen har intet kvinnelig ansikt*.

Her ligger det også en metodisk utfordring. Den er jo ikke vitenskapelig, for det redegjøres ikke nærmere for hvorfor akkurat denne setningen, disse utsagnene og fortellingene tas inn. Handler ikke dette utvalget mer om hennes journalistiske teft enn om akademisk etterprøvbarehet? Jeg har ofte sett journalister intervju, og slås av hvor *lite* de noterer. Der man som forsker transkriberer hele intervjuer ord for ord, lytter journalisten på et vis mer klinisk: Man følger interessert den andres tale, for så å merke seg enkeltutsagn som brukes videre. Enhver som har opplevd seg feilsitert, vil peke på faren for at det er journalistens og ikke informantens fortelling som ender på trykk. Aleksijevitsj sier ikke stort om hvordan hun velger ut ordene, men forteller at hun gjør som mange journalister: Hun gir alle informantene sitatsjekk før publisering. Og hun oppgir navnet på alle sine intervjuobjekter (med unntak av de som av ulike grunner ber om anonymitet). Hadde hun sagt mer om hvordan materialet samles inn og formes av henne, ville det vært enklere å ta stilling til fremstillingens troverdighet. Hennes ofte roste litterære grep er derimot å skrive seg nærmest helt ut av fremstillingen. Og da får vi vite fint lite om hvordan journalistens

Bokserien *Utopiens stemmer*



Krigen har intet kvinnelig ansikt (2014). Kagge forlag. Opprinnelig utgitt 1985.



De siste vitnene: Solo for barnestemme (2016). Kagge forlag. Opprinnelig utgitt 1985.



Bønn for Tsjernobyl: En fremtidskrønike. *Utopiens stemmer* (2014). Solum forlag. Opprinnelig utgitt 1997.

Kister av sink: Sovjetiske stemmer fra krigen i Afghanistan (2015). Kagge forlag. Opprinnelig utgitt 1990.



Slutten for det røde mennesket: Tiden second hand (2015). Kagge forlag. Opprinnelig utgitt 2013.



Flere av bøkene fremstår som løpende prosjekter, slik at nye utgaver kan skille seg fra førsteutgaven. I *De siste vitnene* står det i den norske utgaven at prosjektet strekker seg fra 1978 til 2004, altså nær 20 år etter førsteutgaven. Mens den norske utgaven av *Krigen har intet kvinnelig ansikt* inneholder partier som ble strøket av sensuren, utdrag fra samtalen med sensor og partier hun den gang strøk selv.

Kilder: Wikipedia, Store norske leksikon, Nobelprize.org

UT AV

FORTELLINGEN Ved å gi informantene nær alt rom skiller Aleksijevitsj fortellergrep seg fra den rådende trenden innen sakprosa, hvor forfatteren selv tar stadig større plass. «Kvinnens militærtrenings» heter dette fotografiet fra 1941. Foto: The Russian State Film and Photo Archive, Krasnogorsk

nærvær, hypoteser og spørsmål har samskapt informantenes ord, og vi vet heller ikke hvordan råmaterialet er bearbeidet av henne før trykk.

Likevel mener jeg at bøkene er best i de partiene der personene får råde grunnen alene, uten at fortellingene rammes inn av analyser eller forfatterens forståelse. Her fremstår teksten nærmest uangrikelig, ja, endog sann, selv om fortellinger bedre vurderes langs et troverdighetskriterium enn et sannhetskriterium. I de delene der Aleksijevitsj selv trer frem som forteller og fortolker, bryter hun også med sin litterære metode, som handler om å få det virkelige livet ned på papiret. Her møter vi ikke personer som selv gir form til egne erfaringer. I stedet blir opplevelsen filtrert gjennom forfatterens penn.

Det gir også et interessant blikk på psykologens og forskerens rolle: Hvor mye vekt skal legges på analysen når klientens og informantens fortelling har større kraft? Når vanlige folks vitnesbyrd satt sammen til en mosaikk av minner og erfaringer utsier mer om verden enn forfatterens analyse, bør ikke en slik tilnærming også få mer plass i psykologien? Da jeg studerte folkloristikk, og ikke minst da jeg som forlagsredaktør parallelt med psykologibøker publiserte noen fagbøker i folkloristikk, slo det meg hvor-

dan faget vårt sjelden lar informantenes egne ord bære fremstillingen. I stedet for å overlate beskrivelsen av virkeligheten til informantene søker man sannheten gjennom analyser. Så annerledes da med bøker der verden best fanges av menneskenes egne ord om hverdagen. Menneskestemmer som snakker for seg selv, som Aleksijevitsj selv har sagt det.

MENINGSSKAPENDE AKTIVITET

I mine øyne er det i *En bønn for Tsjernobyl* (1997) at hennes metode er mest formfullendt, eller mer riktig: Det er her metoden hennes kommer mest til sin rett. For ulykkens konsekvens – en drepende stråling som ikke kan observeres – er så ubegripelig for informantene. Få skjønner hva som traff dem denne vårdagen i 1986. Her er ingen front, ingen fiende å drepe, intet håndgripelig å (an)gripe. I stedet er det en usynlig trussel som dreper, ødelegger, ja, legger øde. For all del, også denne boka har mer enn nok av dramatiske øyeblikk og hjerteskjærende bilder, som når en mor forteller at barnet hun gikk gravid med, absorberer strålingen og dør, slik at moren derfor overlever. Følgene av strålingen er også konkrete nok: Barna får kreft



eller fødes med store misdannelser, maten er radioaktiv, familier dør fra hverandre, jordsmonnet graves opp og fjernes, livsgrunnlaget forsvinner. Men den fortvilende trusselen disse menneskene møter, ligner mer på klimakrisen enn på trusselen fra fremmede tropper. Hvordan møter man en usynlig trussel? En av informantene forteller slik om den forvirrede jakten på mening:

Det er ingen bøker som har hjulpet meg eller kunnet forklare noe. Ikke teater eller film heller. Jeg må finne ut av det uten den slags hjelp. På egen hånd. Vi må gjennomleve alt selv, og vi vet ikke hva vi skal gjøre med det. Jeg kan ikke forstå det med intellektet.

Mens vi har nok av fortellinger om krig, var ikke strålingsdøden en del av den sovjetiske litterære kanon på midten av 80-tallet. Og uten hjelp fra kulturen ser vi den subjektivt meningsskapende prosessen klarere i denne boka.

Her trer også de mye omtalte korene tydeligere frem enn i hennes andre bøker. Individet er i enkelte kapitler skrevet helt ut, i stedet er det den ene stemmen etter den andre som flettes inn i hverandre. I enkelte kapitler bare ramses navnene opp i innledningen, mens de ikke nødvendigvis er identifiserbare i de mange utsagnene som følger i den løpende teksten. Kraften i disse korene er slående, slik bruddstykkene fra et 17-menneskersterkt folkekor – bestående av menn og kvinner, leger og mødre, journalister og radiologer – viser:

Det er lenge siden jeg har sett lykkelige gravide kvinner. / De første dagene ble barna fraktet ut om natta for at ikke så mange skulle se dem. Nøden ble skjult, gjemt. / Vi ventet vårt første barn. Mannen min ville ha gutt, jeg jente. Legen prøvde å snakke meg bort fra det. / Gamle damer fikk melk i brystene som barselkvinner. / «Mamma, ta meg med hjem fra sykehuset. Jeg kommer til å dø her. Alle her dør.» Hvor skal jeg gråte? På do? Men der er det kø ... Alle er i samme situasjon som meg... / Hva leker de? De løper etter hverandre gjennom sykestuene og roper: «Jeg er stråling! Jeg er stråling!» Jeg synes de ser så forundret ut når de dør ... / Småjentene leker med dokker på sykestuene. De lukker øynene på dem ... Det er sånn dukker dør...

Akkurat disse korene, der stemmene følger tett på hverandre, kanskje bare i form av en setning eller tre, er slående nok først og fremst til stede i denne boka og i *Slutten for det røde mennesket*. Det er som om menneskene ikke har funnet en fortelling å hekte egne opplevelser på, men står i det forvirrede kaoset, og roper ut setninger som kan gi form til det diffuse. I så fall gir disse ustemte korene et innblikk i menneskets felles meningsskaping.

I disse korene ligger det metodisk gull for den som vil binde våre mange unike erfaringer sammen til et kollektivt hele, slik at det som ser ut som en rekke fragmentariske opplevelser, kan inngå i en mosaikk som oppleves som allmenn. Ta brukerstemmer, der det ikke sjelden stilles spørsmål ved hvem den enkelte brukeren representerer utover seg selv. Og naturlig nok: Brukerstemmen bygger gjerne på $n=1$, med et stort personlig engasjement til denne ene fortellingen. Det gir en fortelling uten distanse, fortalt fra en vinkel. Alene er det lett å lukke ørene for denne fortellingen – igjen og igjen og igjen. Men som kor som representerer et mangfold av

Ved å gi stemme til hverdagsmenneskene beveger hennes bøker seg vekk fra mytene, vekk fra annenhånds kunnskap, inn i det oppriktige





FULLENDT METODE

I *En bønn for Tsjernobyl* (1997) kommer Aleksijevitsjs metode mest til sin rett, skriver Bjørnar Olsen. Foto fra Tsjernobyl i dag. Foto: Amort1939/ Pixabay.com

erfaringer, vil stemmene få en kraft som gjør det vanskelig å ikke lytte. Som Aleksijevitsj skriver i *Krigen har intet kvinnelig ansikt*:

Jeg tror at det finnes en liten bit historie i hver og en av oss. Én har en knapp halvside, en annen to-tre sider. Sammen skriver vi tidens bok. Hver især roper ut sin sannhet. Et mareritt av nyanser.

LYTTEPOSIJONEN

I selve fremstillingen er forfatteren ofte nærmest fraværende, men hennes nærvær trer fram av og til. Som når den pensjonerte sigøynerkvinnen i *De siste vitnene* sier: «Kjære søte deg, hvorfor stiller du så mange spørsmål? Jeg skal fortelle selv ...» Eller det trer frem et sinne mot journalisten: «Altså, hold deg unna! Dette er vårt! Hva skal du med det?» (*Kister av sink*). Eller informanten forundret forteller om Aleksijevitsj' reaksjon i intervjusituasjonen: «Det frykteligste for meg i krigen – var å gå i herrebukser. (...) Hvorfor ler du ikke? Du gråter ... Men hvorfor det?» (*Krigen har intet kvinnelig ansikt*).

Sluttresultatet er likevel bøker hvor mennesker forteller selv, med egne ord. Slik skiller hun seg fra rådende trender i vår tids sakprosa og journalistikk, hvor forfatteren selv tar stadig større plass. Aleksijevitsj beveger seg nærmest i diametralt motsatt retning til tidsåndens tydelige forteller-jeg, der hun gir sine informanter nær alt rom. Og det i økende grad. Mens *Krigen har intet kvinnelig ansikt* inneholder avsnitt som forteller om hennes metode, er dette nærmest fraværende i senere bøker. Med unntak av *Kister av sink*, hvor hun faktisk er til stede i Afghanistan for å snakke med troppene, noe som i enkelte partier gir boka et mer reportasjepreg. Men hun er der for å lytte til menneskene som er i striden, slik at hun kan formidle deres ord, ikke for å fortelle om sine egne erfaringer og vurderinger.

Det er all grunn til å beundre mennesket som forteller, i hvert fall med utgangspunkt i disse nedtegnelsene. I bøkene er det setning på setning man får lyst til å drysse utover anmeldelsen. Det er så godt sagt! Det er så fortvilende godt sagt! Igjen et knippe sitater for å illustrere, denne gangen fra *De siste vitnene*:

Jeg teller bombene. De falt én, to ... syv ... Sånn lærte jeg å telle ... / Jeg har fortalt deg om noen få dager. Men det var hele ni hundre. Ni hundre slike dager ... / Jeg husker ikke når ideen om at man kunne spise katten sin eller hunden sin, ble normal. / Hva jeg har lært av krigen? Jeg forstår ikke hva fremmed mennesker er, fordi min bror og jeg vokste opp blant fremmede mennesker. Vi ble reddet av fremmede mennesker.

Jeg sitter også igjen med en nysgjerrighet på om det sovjetiske mennesket kanskje forteller bedre enn de fleste. Nylig avdøde Jerome Bruner mente at skjønnlitterære forfattere gjør oss alle til bedre fortellere. Og informantene i *Utopiens stemmer* har lest sin Tolstoj, Dostojevski, Bulgakov og mer til. De levde i et samfunn hvor man ikke fikk eie bil, men ble oppfordret til å eie bøker. Det gjør noe med fortellerstemmen. Dessuten, i bofellesskapene var kjøkkenet samlingspunktet, og der ble det fortalt. Kveld etter kveld. Også det gjør noe med fortellerevnen.

INNLEVELSE KOSTER

Den innlevende, lyttende metoden har også sin pris. «Jeg ble det ondes fange», skrev Svetlana Aleksijevitsj alt i sin debutbok, og i dag er hennes forsvarssystemer oppbrukt: Hun klarer ikke lenger å la være å gråte under intervjuene, forteller hun i A-magasinet 12. mai i år. For klinikerne er dette lett gjenkjennbart, og psykolog Per Isdal sier: «Psykologer skal ikke ha følelser for sin egen smerte, bare andres. Vi skal tåle alt, men det går jo ikke i lengden uten at vi risikerer å bli preget, og i ytterste forstand syke, av jobbene våre» (hentet fra et intervju med Isdal på Psykologforeningens hjemmesider).

Aleksijevitsj har sagt at hun en gang håpet på en bedre verden, men at hun nå bare er fortvilet over at alt gjentar seg. Ikke ulikt fortellingen til gardekorporal Tamara Stepanovna Umjagina, som avslutter *Krigen har intet kvinnelig ansikt*:

Vet De hva alle vi som var med i krigen, drømte om? Vi tenkte: 'Bare vi lever til krigen er slutt ... Så lykkelige folk kommer til å bli etter krigen! For et lykkelig, for et vakkert liv som da skal begynne. Mennesker som har gjennomlevd så mye, de kommer til å ta vare på hverandre. Elske hverandre. De kommer til å bli andre mennesker.' Vi tvilte ikke på dette. Ikke det grann. Gulljenta mi ... Menneskene hater hverandre som før. De dreper på nytt. Det er det som er vanskeligst for meg å forstå ... Og hvem er det som gjør det? Vi ... Det er oss ...

At hun som sitt neste prosjekt har valgt kjærlighet, er ikke vanskelig å forstå etter å ha lest *Utopiens stemmer*. Men hun vet at akkurat som lidelsen inneholder menneskelighet, består kjærligheten av mer enn skjønnhet og godhet. Det er trolig derfor det koster å gjengi verden sannferdig, enten det er som journalist, psykolog eller forsker. Eller som et helt vanlig menneske. ❌

Sluttresultatet er bøker hvor mennesker forteller selv, med egne ord

Psykolog på TV - da og nå

Å vise fram det som er, uten autoriteter som forteller hva som er «sant», var noe av drivkraften bak «Jeg mot meg».



TEKST

Peder Kjøs, Psykolog

Teksten er et bearbejdet foredrag holdt i forbindelse med utdelingen av Åse Gruda Skards pris, 1. september 2016.

DA REALITY-TV KOM til Norge på slutten av 90-tallet, var skepsisen stor. Ville deltakerne tåle å bli eksponert for all verden på TV? Visste de egentlig hva de gikk til? Og hva ville det gjøre med publikum å se andre eksponere seg på den måten? Ville alle grenser mellom privat og offentlig bli brutt ned?

Skeptikerne fikk rett med én gang. Da Expedition Robinson hadde verdenspremiere i Sverige i 1997, tok en av deltakerne livet sitt like før første sending. Han var den første som ble stemt ut, og ifølge kona hans var han redd for at produsentene bare ville vise de dårligste sidene hans på TV.

Reality-bølgen lot seg ikke stoppe av hendelsen, men produsentene ble mer opptatt av sikkerhet. Da «Big Brother» kom i 1999, var psykologer med på å velge ut deltakerne.

Siden har sjekk hos psykologen vært en fast post når deltakerne i reality-serier skal velges ut. Men bruken av fagfolk har vært kontroversiell hele veien. Kritikere mener at psykologene blir brukt som et alibi som skal frita produsentene for et etisk ansvar. Enkelte går lenger og mistenker at psykologene bevisst setter sammen gruppen av deltakere slik at det skal oppstå TV-vennlige konflikter. En slik manipulerende bruk av faget kan være i strid med psykologenes fagetikk.

BEHANDLING PÅ TV

I den sterkt kritiske boken om reality-TV, *Shooting people*, beskriver to journalister hvordan enkelte reality-produsenter har begynt å tilby deltakerne psykologisk behandling dersom de tar skade av å være med (Brenton & Cohen, 2003). Den logiske følgen, mener de, vil være at også denne psykologiske behandlingen blir filmet og gjort til TV-serie. På denne måten vil

TV-stasjonene kunne tilby «scars to stars»-historier der folk må by på sitt aller mest sårbare for å få gratis terapi, og i samme slengen blir de kjendiser, en slags reklame for angst, depresjoner og det som verre er.

Denne mørke dystopien, kritikernes aller verste mareritt, har nå blitt virkelighet. Og det er jeg som har gjort det.

Å vise seg fram på TV slik deltakerne i «Jeg mot meg» gjør, kan oppfattes som en foreløpig seier i konkurransen om å være mest sårbar offentlig. Vi får se de unge gråte over sin egen ensomhet, ha angstanfall på bussen, gi etter for suget etter hasj, krangle med foreldrene og ta altfor mange smertestillende tabletter. Intimgrensene presses og flyttes. NRK, produksjonsselskapet ANTI TV og jeg som psykolog bidrar til dette. Vi må nødvendigvis spørre oss: Er dette greit? Skal det ikke finnes noen intimgrense?

ETTER LEGGETID

Nei, synes jeg. Og for å begrunne det må jeg spole litt tilbake. For det er ikke helt sant at reality-TV kom til Norge med «Expedition Robinson» i 1997.

Nordmenn fikk faktisk virkeligheten på TV – med psykolog – allerede i 1975. Da gikk serien «Mathis», et dokudrama som ble spilt inn hjemme hos produsent Kalle Fürst, med sønnen Mathis Fürst i hovedrollen. Episode-titler som «Mathis er redd» og «Vrang dag for Mathis» får minnene på glid for min generasjon.

Programmet ble ledsaget av «Etter leggetid», der psykologene Åse Gruda Skard og Magne Raundalen snakket om de problemene og emnene som ble tatt opp i «Mathis». Jeg husker at de voksne diskuterte disse programmene, til dels ganske høylytt.

Åse Gruda Skard og Magne Raundalen prøvde å komplisere og utvide de enkle rettfram-autoritære tilnærmingene til barneoppdragelse, og motstanden mot denne utvidelsen var stor. Det ble latterliggjort og sett på som sentimentalt. Vitsene om hvor ille barn ble når de fikk «fri barneoppdragelse», stammer fra disse diskusjonene, selv om Skard aldri brukte begrepet «fri barneoppdragelse».

Det var ikke nytt for Skard å være kontroversiell.

Allerede i 1940 hadde hun skrevet boken *Barn i dagliglivet*. Bokens brennende agenda var å utbre forståelsen av barndommens betydning for utviklingen av et voksent menneske. Bruken av juling i oppdragelsen førte til engstelige, ufrie voksne, mente Skard. Dette budskapet ble møtt med bekymringer for at foreldre ville miste sin myndighet over barna, og at ungene ville bli uoppdragne, bortskjemte og egoistiske.

I vår tid har det blitt selvfølgelig, det som den gangen ble latterliggjort eller sett på som farlig og undergravende. Nå er det mye mer akseptert å komplisere og utvide perspektivet; å prøve å forstå i stedet for å si at man burde ta seg sammen.

DEN SUBJEKTIVE VENDING

Interessen for å forstå henger sammen med en generell økt interesse for det subjektive og individuelle, det som er typisk for den enkelte, framfor det som lar seg oppsummere som objektive fakta om mennesker generelt. Denne dreiningen er tydelig på mange områder, ikke minst i media, men også i psykologifaget. Åse Gruda Skards formidlingsprosjekt var en del av denne dreiningen. I boka fra 1940 er Skard en autoritet som forteller om psykologiske utviklingsprinsipper og teknikker. I «Mathis» fra 70-tallet får vi innblikk i en enkelt familie og deres indre liv, som psykologene så tolker og kommenterer. Det neste skrittet kan da være å bare vise fram folk, prøve å få fram deres livsverden eller subjektivitet innenfra, uten noen kommenterende og fortolkende ekspert. Det er noe sånt vi gjør i serien «Jeg mot meg». Den er ikke et dokudrama, men et innblikk i virkelig levd liv, delvis filmet av deltakerne selv, og et innblikk i en terapiprosess som ikke blir forklart og heller ikke demonstrerer noen spesiell metode.

Men blir det da fagformidling? Komiteen som deler ut Åse Gruda Skards pris, mener

tydeligvis det. Komiteen må ha hatt sans for en form for formidling som ikke går ut på å være ekspert eller å forklare folk hva som skjer, og hva de burde gjøre, men der subjektet, den enkelte deltakeren og dennes livsverden, kommer fram og blir forståelig for oss gjennom at personen selv forteller og får respons av andre som også har det vanskelig. Kraften i en gruppeterapi består i at man bryter tausheten og får respons. Taushet og hemmeligheter skaper avstand og stengsler. Man får ikke et bedre liv ved å lære seg psykologiske teknikker og «bli den best mulige versjonen av seg selv», men ved å vise seg fram for andre sånn man er, og selv ta imot andre sånn de faktisk er. Det du skammer deg over og ikke kan si, skaper en ensomhetskapsel, fordi du må passe på å ikke gi spor som kan lede til sannheten. Karsten i serien føler seg utenfor i gruppa helt til han klarer å fortelle at han har blitt voldtatt. Men han er fortsatt ensom hjemme, for han har ikke klart å fortelle foreldrene at han har utviklet et rusmisbruk. Når han har vært åpen i gruppa, kan han også være åpen overfor foreldrene sine. Det er først når han forteller foreldrene sine om dette, han føler seg virkelig fri. Endelig kan han være den han er, en ærlig og dermed forståelig person, heller enn en gåte.

Jeg er veldig stolt av «Jeg mot meg». Jeg synes vi har klart å gjøre terapi til reality-TV helt uten grafsing eller skadelig eksponering. Akkurat som deltakerne åpnet livet sitt og avmystifiserte problemene sine, har jeg åpnet terapirummet og kanskje avmystifisert litt hvordan åpenhet kan gjøre det lettere å komme videre.

De tilbakemeldingene vi har fått, tyder på at den åpenheten deltakerne viser, har bidratt til at mange har blitt enda mer interessert i den subjektive erfaringen til folk rundt seg. Mange seere har fått lyst til å dele mer selv også. Jeg tror vi har klart å bidra til enda litt mer åpenhet og interesse for andres tanker, følelser og opplevelser.

Tusen takk til priskomiteen som synes at dette er fagformidling, og at jeg passer inn i den mektige flokken som mottakerne av Åse Gruda Skards pris er. Aller mest vil jeg takke dere alle sammen, hele psykologstanden, som har tatt imot «Jeg mot meg» og det jeg skriver i Klassekampen og VG, med raus velvilje. Jeg har sluppet å være kontroversiell, og det er jeg glad for. Alle dere psykologer bidrar til å gjøre min tilværelse som psykolog i media mye lettere enn den var for Åse Gruda Skard. ✘



Skal det ikke finnes noen intimgrense? Nei, synes jeg

Menneskerettigheter for helsepersonell

Aktuell og oversiktig, men svikter i formidlingen.



**ELISABETH
GORDING STANG
& NORA SVEAAS**

Hva skal vi med menneskerettigheter? Betydningen av menneskerettigheter i helse- og sosialfaglig arbeid. Gyldendal Akademisk, 2016. 208 sider

ANMELDT AV

Tommy Sotkajærvi, psykolog ved Modum Bad og Forebyggende psykisk helsetjeneste, Lørenskog Kommune

I *Hva skal vi med menneskerettigheter* forsøker forfatterne Stang og Sveaas å gi profesjonsutøvere i helse- og sosialfag noen svar på hvordan vi skal forholde oss til og implementere menneskerettigheter i vårt daglige arbeid. Forfatterne vil inspirere og engasjere leserne til å skape en menneskerettighetsvennlig profesjonspraksis gjennom å aktualisere menneskerettigheter fra noe abstrakt og vagt til noe konkret og praktisk.

Boken er delt inn i to hoveddeler: Første del av boken gir innføring i hva menneskerettigheter er, og hvordan de er implementert i norsk lovgivning samt i diverse overvåkningsorganer og deres ansvarsområder. I et eget kapittel argumenterer forfatterne for hvorfor utdanningsinstitusjonene i Norge har et særegent ansvar for å bidra til at menneskerettighetene blir respektert i helse- og sosialfaglig praksis.

Andre del av boken er delt inn i temakapitler. Samtlige kapitler innledes med tenkte eksempelsaker som skal aktualisere menneskerettigheter i praksis, og avsluttes med drøfting og refleksjonsspørsmål.

AKTUELL OG INFORMATIV

Ifølge forfatterne er dette et «tverrvitenskapelig» verk der både psykologi, juss og sosialfag legger grunnlaget for rammeverket. Hovedtyngden er tydelig på juss, noe som ikke er overraskende eller unaturlig gitt bokens tema.

Boken har flere klare styrker. En ligger i dens aktualitet. Hvert av temaene vil til enhver tid ha mange potensielle interessekonflikter og etiske dilemmaer knyttet til forholdet mellom et samfunn i kontinuerlig endring og individene vi som profesjonsutøvere søker å hjelpe. Bokens andre styrke er en imponerende oversikt over og kunnskap om menneskerettighetsfeltet sett i lys av norsk og internasjonal lovgivning og organisering.

SVAK FORMIDLING

Mens bokens styrke ligger i aktualitet og innhold, ligger dens svakhet i formidling og evne til å engasjere. Bokens første del oppleves i stor grad som å vandre i en ørken av forkortelser, paragrafer, konvensjoner og protokoller. Dette fremmedgjør potensielt den jevne helse- og sosialfagarbeider. Kanskje med unntak av de spesielt interesserte. Små oaser dukker opp her og der hvor forfatterne egne meninger skinner gjennom, eller hvor forfatterne krydrer teksten med konkrete eksempler. Dessverre er det ofte langt mellom disse, språket er for det meste formelt og akademisk. Lange setninger, lange avsnitt.

Bokens andre del lover å gjøre abstrakt og fjernt til praksisnært og konkret. Den starter hvert kapittel med eksempelsaker, hvor flere er inspirert av virkelige hendelser. Enkelte av sakene er svært lett gjenkjennelige fra media.

Jeg opplever det som mindre autentisk og engasjerende når jeg gjenkjenner saker, samtidig som de er endret på for å passe bedre til problemstillingene forfatterne vil eksemplifisere.

Jeg ble dessverre ikke videre engasjert i eksempelsakenes drøftinger og refleksjonsspørsmål. Drøftingene gir i svært varierende grad svar på hva som i praksis gjør menneskerettigheter nyttig eller relevant for å hjelpe enkeltmennesker. Refleksjonsspørsmålene avslører tydelig at boken i hovedsak er myntet på helse- og sosialfagstudenter, selv om den også promoterer til praktiserende fagpersoner. Spesielt merkelig blir det når forfatteren ber meg om å «drøfte denne problemstillingen» i refleksjonsspørsmål. Jeg leser boken alene, hvem skal jeg drøfte med?

POTENSIELT OPPSLAGSVERK

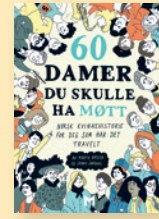
Oppsummert vil jeg omtale boken som et verk av betydelig aktuell substans, men dessverre svært tung å fordøye. Boken kan potensielt brukes som oppslagsverk, og jeg har en følelse av at den vil dukke opp som anbefalt litteratur i et eller annet fag. Personlig vil jeg neppe ta den opp, verken for inspirasjon eller engasjement. ❌

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.

Ferskvare



60 kvinner

Åtte av ti biografier som kommer ut i Norge i dag, handler om menn. 87 prosent av alle omtalte personer i de vanligste svenske lærebøkene

er menn, ifølge forlaget Manifest, som i disse dager utgir boka *60 damer du skulle ha møtt. Norsk kvinnehistorie for deg som har de travelt*. Marta Breen (forfatter) og Jenny Jordahl (illustratør) synes det var deprimerende å innse at historiene om mennesket i så stor grad blir fortalt med kvinner i biroller. Derfor lagde de sin egen historiebok – i tegneserieform.



Sjalusi

Ifølge Freud belyses menneskesinnet aller best av dikterne, som ikke skal kurere den «skinsyke», men som gir oss desto bedre innblikk i den

menneskelige psyken. Det skriver Pax forlag i presentasjonen av Per Buviks bok *Sjalusi uten grenser. Litterære dybdeboringer fra Evripides til Vigdis Hjorth*. Gjennom åtte analyser av ekstrem sjalusi der han også tar i bruk psykologiske teorier og begreper, belyser litteraturforskeren Buvik den voldsomme makten sjalusien kan få over sinnet.



Sjelen

Ole Martin Høystad har skrevet *Sjelen betydning. En kulturhistorie*, utgitt på Aschehoug forlag. Gjennom menneskehetens historie har

sjelen vært et prisme mennesket og menneskelivet er blitt sett og forstått gjennom. Høystad spør om det egentlig er en billedlig talemåte for personlige egenskaper, eller om ordet sjel referer til noe virkelig og viktig, en egen dimensjon i mennesket på linje med fornuft og følelser.

Livet med sykdom

I selvhjelpsboken til Berge og Fjerstad finnes gode råd i fleng om hvordan leve godt med sykdom.



**TORKIL BERGE OG
ELIN FJERSTAD**

Lev godt med sykdom
Gyldendal Akademisk,
2016. 208 sider

ANMELDT AV

Jon Haug,
spesialist i klinisk
psykologi, dr.philos.,
Psykosomatisk
institutt, Oslo og Oslo
Diabetes Forsknings-
senter

VILLE JEG ANBEFALT denne boken til mine klienter? Som kliniker stilte jeg meg selv dette spørsmålet før jeg tok fatt på den. Gjennom mange års arbeid med mennesker som lever med kroniske somatiske sykdommer, har jeg ofte brukt skriftlig materiale som et hjelpende verktøy. Mange av mine klienter har hatt nytte av henvisninger til bøker, og da har jeg på et faglig grunnlag kunnet stå inne for anbefalingene. Derfor leste jeg denne boken både med nysgjerrighet og et kritisk utgangspunkt.

TREFFER BLINK

Jeg tar konklusjonen med en gang – forfatterne har truffet blink. De sier selv at boken skal være en faglig forankret selvhjelpsbok om de mentale belastningene ved å leve med sykdom, og at denne boken skal dekke noe som har manglet.

Kroppslige sykdommer som ikke forsvinner, har frem til for ganske få år siden omtrent vært et ikke-tema i psykologien. Angst, depresjon og redusert livskvalitet som konsekvenser har det vært forsket og skrevet om. Men hvordan somatisk sykdom kan påvirke selv-

forståelse og selvpoppfatning, har i liten grad blitt beskrevet og diskutert på en grundig måte. Denne boken fyller store deler av dette tomrommet, og den kan derfor bli et viktig hjelpemiddel for mange.

Etter min erfaring må en selvhjelpsbok oppfylle fire krav. Den må ha en god faglig forankring. Den må skape gjenkjenning hos leseren. Den må være skrevet i et forståelig språk, og den må gi konkrete anvisninger og råd som leseren kan gjennomføre. La meg kommentere disse punktene etter tur.

SOLID FORANKRING

Det er ingen tvil om at forfatterne kan det de skriver om. De bygger på prinsipper fra klinisk helsepsykologi og kognitiv terapi, og har også med seg illustrerende kliniske vignetter og egne erfaringer med sykdom.

Diamanten, kjent som edelstenen i kognitiv terapi, danner rammen rundt bokens innhold, og organiseringen i 14 kapitler under de seks hoveddelene gir boken en spennvidde og en fremdrift som er både nyttig og utvidende. Hovedbudskapet som går gjennom hele boken, er at man ikke kan tenke seg frisk fra sykdom-



men som man har, men med riktige tanker kan man bevare styrken og verdigheten som skal til for å leve et godt liv.

Det er lærerikt å se hvordan denne kognitive tilnærmingen kan brukes når nødvendige støttetanker skal utformes, når håpet skal bli en ressurs og et hjelpemiddel, når selvfølelsen skal ivaretas, når kroppen som er syk, trenger omsorg og pleie fra den som selv eier sykdommen, og når gode sider ved livet skal ivaretas til tross for smerter og kronisk utmattelse. Forfatterne viser også hvordan vanskelige følelser og tanker om fremtiden, som det er lett å få når man lever i en potensielt handlingslammende helsetilstand, både kan aksepteres og endres, når dette er nødvendig.

Det enkle budskapet om at man skal ha en vennlig og ivaretagende holdning til seg selv, kunne lett blitt en enerverende gjentakelse i boken, men forfatterne unngår å havne i denne fella. Selv om de gjennom hele boken holder fast i den samme tilnærmingen til det meste av det som er vanskelig, så klarer de å bruke denne forståelsen på en interessant måte når temaene skifter. De har tatt et faglig standpunkt og holder fast ved at denne måten å se sam-

menhengen mellom tanke, kropp, følelse og handling på er nyttig.

Psykodynamiske, kroppsorienterte og psykosomatiske perspektiver ville det vært nærliggende å drøfte hvis dette skulle vært en fagbok for helsepersonell. Men, som et hjelpemiddel for de som lever med kroniske sykdommer, ville det antakelig bare vært forvirrende.

GJENKJENNELIG

«Det sjofle med sykdom er at andre ser deg når du er på ditt beste. De ser deg ikke når du ligger i sengen tappet for krefter.» Dette utsagnet er et av svært mange gjenkjennbare erfaringer. Boken er full av treffende spissformuleringer av typen:

- den store oppgaven er å få dekket grunnleggende psykologiske behov til tross for sykdom
- jo svakere kroppen er, desto mer befaler den; jo sterkere den er, desto mer adlyder den
- problemet med langvarige smerter er at de er langvarige
- sykdom kan ramme oss på områder i livet vi har knyttet sterke verdier til

KOGNITV

TILNÆRMING Det enkle budskapet om at man skal ha en vennlig og ivaretagende holdning til seg selv, kunne lett blitt en enerverende gjentakelse i boken, men forfatterne unngår å havne i denne fella, mener Jon Haug. Foto: Unsplash/Pixabay.com





Psykologspråket er der gjennom hele boken, men det brukes verken tilslørende eller autoritært

Kanskje tydeligst av alle utsagn som de fleste som har opplevd sykdom, kan bekrefte riktigheten av:

- sykdom kan spenne bein på det livet du ønsker å leve

Når det gjelder tankene, følelsene og erfaringene som følger med kronisk sykdom, er boken tydelig forankret i menneskers personlige opplevelser. Dette vil gjøre boken lesverdig for mange selv om sykdommene de sliter med, kan være svært forskjellige.

Jeg savner nok refleksjoner og ideer som tydeligere kan illustrere ulikhetene mellom forskjellige diagnoser. Det er viktige og særegne utfordringer knyttet til den daglige behandlingen av ulike sykdommer. Disse forskjellene skaper også ulike mestringsarenaer hvor det nettopp er det særegne som karakteriserer det som skal håndteres. Det generelle perspektivet kan føre til at mange kjenner seg igjen, men det kan også oppfattes som at «dette gjelder ikke meg».

PRESIST OG KLART

Når boken skal leses av «folk flest», så må ordene som velges, passe til dagligtalen. Akademiske formuleringer som kan være både presise og dekkende, egner seg dårlig hvis man må slå opp i Wikipedia for å forstå innholdet. Denne faren er ikke til stede, da formuleringene i boken gjennomgående er treffende, metaforiske og lettforståelige.

Vignettene og klientutsagnene er klare og tydelige, og er holdt i en tone som klinger godt. Psykologspråket er der gjennom hele boken, men det brukes verken tilslørende eller autoritært.

GODE RÅD ER DYRE

I boken får vi gode råd og anvisninger i fleng. Det kan til tider bli for mye av det gode. Jeg er ganske sikker på at det kan føre til forstoppelse hvis alt skal fordøyes i samme slengen. Nyttige anbefalinger og konkrete øvelser kommer fortløpende gjennom hele boken, og selv hvor gode de er, så bør de i praksis antakelig porsjoneres ut.

Jeg ser for meg at rådene kan brukes stykkevis og delt i en terapeutisk prosess hvor klient og terapeut forbereder seg til konsultasjonene ved å lese de samme avsnittene fra boken før de møtes. Da vil rådene kunne tilpasses til den terapeutiske prosessen, og bli nyttige verktøy i det endringsarbeidet som skal gjøres.

Imidlertid ser jeg ikke for meg at «hvermannen» leser boken fra perm til perm på egen hånd. Noen kan kanskje ha utbytte og glede av det, men uten veiledning og samarbeid vil det for svært mange være for krevende å praktisere, for eksempel ABC-modellen, alene.

Dette vil nok først og fremst bli en nyttig selvhjelpsbok når den brukes i et samspill med andre. De andre behøver ikke å være fagpersoner, men behovet for å drøfte nye erkjennelser er åpenbart til stede når tanker og følelseslivet legges under lupen.

Når sykdom kan beskrives som den tredje parten i en relasjon, så betyr ikke dette først og fremst at tre i et parforhold kan være en for mye, men at forståelsen som vi skal ha av oss selv, skapes i samspillet med andre mennesker. ❌

MINNEORD

LASSE ERIKSEN

1949–2016

LASSE ERIKSEN døde 6.7.2016 etter lengre tids sykdom. Lasse var medlem av psykologgruppa «Torsdagsgruppa», som vi kalte oss på grunn av faste møtedager, fra starten i 1978. Vi har hele denne tiden vært seks faste medlemmer som har møttes ca. to ganger i måneden. Nå som den ene etter den andre blir pensjonist, velger vi å opprettholde gruppa og vil savne Lasse som et kjært medlem. Gjennomgangstemaer på møtene våre har særlig vært litteraturgjennomgang og kollegial veiledning. Vi har vært opptatt av ulike emner innen temaet rolle og profesjon, og spesielt i «tøffe tider» psykologfaglig sett har gruppa vært av stor betydning for oss alle.

Lasse kom til Trondheim i 1978 og hadde sin første jobb på Psykiatrisk institutt. Han har senere hatt sitt hovedvirke i psykisk helsevern, og har også vært tilknyttet flere institutt ved NTNU. Dette bidro til at Lasse ble en pådriver når det gjaldt det vitenskapelige fokuset i gruppa. Han inspirerte oss til å skrive artikler og holde kurs og bidro gjerne med faglitteratur knyttet til arbeidet i gruppa. Som oss andre drev også Lasse privatpraksis gjennom mange år.

Lasse var ikke den som framhevet seg selv. Her kan nevnes at han for mange år siden meldte avbud til et gruppemøte dagen før uten nærmere begrunnelse, og det viste seg da at han skulle disputere dagen etter. Lasse var en raus bidragsyter både overfor oss i gruppa og andre fagpersoner, og han var markant til stede i gruppa som god kollega og venn. Han var også gruppas bindeledd til psykisk helsevern, og holdt oss oppdatert på «tendenser og trender» i feltet.

Det var det forskningsmessige aspektet ved psykologers arbeidsfelt som særlig var i fokus for Lasses faglige interesse. Hans doktorgrad omhandlet rusfeltet. Senere ble spiseforstyrrelser et sentralt interesseområde for han, både hva angår klinisk arbeid og fagutvikling. Jobben betydde mye for Lasse. Helt til han ble for syk, holdt han kontakten med de han hadde veiledningsansvar overfor, og han ville gjerne «snakke fag» også i sykdomsperioden. Lasse utfoldet seg nok best i faglige drøftinger, heller enn i sosialt småprat rundt bordet.

Etter hvert som tiden gikk, fikk gruppa vår et utvidet perspektiv. Privatlivet fikk stadig større plass. Vi fulgte med i hverandres liv; både barn og barnebarn var «til stede» på møtene. Gruppa reiste sammen på konferanser og delte opplevelser av faglig og personlig karakter.

Lasse hadde helseplager gjennom mange år, og særlig det siste året ble han stadig dårligere. Han var likevel en del av gruppa med sitt engasjement, og vi holdt kontakten til det siste. Vi i «Torsdagsgruppa» vil savne Lasse, både faglig og personlig. Vi vil ikke minst savne hans underfundige humor og småironiske kommentarer; alt med et glimt i øyet. Det samme gjelder Lasses hjelpsomhet og faglige grundighet, som gruppa nøt godt av.

Takk, Lasse, for 40 års samvær.

*Torsdagsgruppa
Knut Skjærvold
Ragnhild Onsøien
Per-Halvard Hanssen
Liv Bye Hansen
Knut Kvam*





Kurskalenderen

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

Pris eks. mva. for innrykk i tillegg til annonse i Psykologtidsskriftet:

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

Ønsker du mer informasjon eller bestille annonse på kurskalenderen kontakt oss på tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.

OKTOBER 2016

NEPSY-II

20.–21. oktober

For mer informasjon og påmelding

www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

NOVEMBER 2016

MMPI-II

3.–4. november

For mer informasjon og påmelding

www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Psykologen som sakkyndig i ulike rettsinstanser, sivil og strafferett

7.–8. november

For mer informasjon og påmelding

www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Undersøkelse av oppmerksomhet med vekt på BRIEF og Conners' CPT

17.–18. november

For mer informasjon og påmelding

www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

DESEMBER 2016

Psykbase - Kurs i Oslo

Innføringskurs: Torsdag 1. des. kl. 09–16

Kurs for viderekomne: Fredag 2. des. kl. 09–16

Informasjon om kurs og påmelding finner du på <http://www.psykbase.no/kurs/>

JANUAR 2017

Modum Bad tilbyr spesialistkurs i psykoterapi

Toårig program med fem samlinger per år med oppstart januar 2017

For mer informasjon og påmelding se

www.kildehuset.no

Se annonse i Psykologtidsskriftets september-utgave s. 767

Ønsker DU moderne lokaler i fellesskap med lege og andre som jobber med helse?

Vi utvider lokalene for helserelatert virksomhet i Åros i Røyken og har ledig nye behandlingsrom og kontorer fra 10–150 m² fra og med våren 2017.

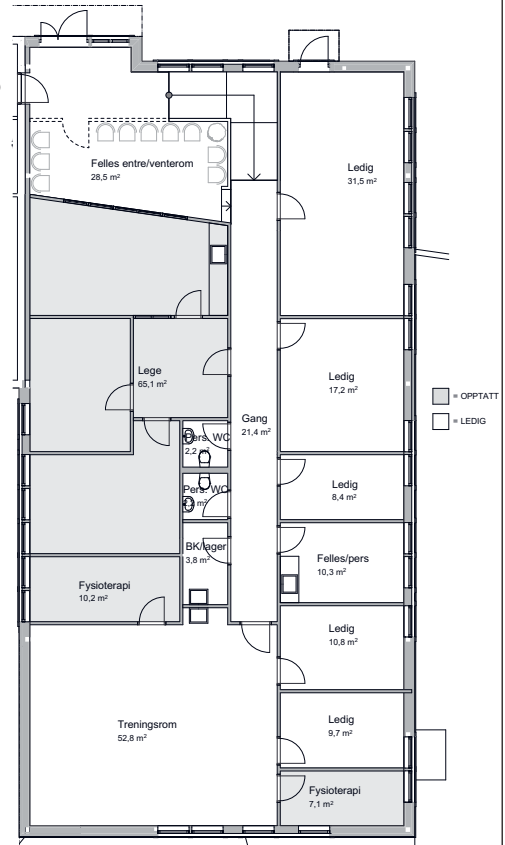
Vi søker psykolog, coach, flere fysioterapeuter, kiropraktor og andre helseaktører som ønsker å starte eget kontor eller utvide sin virksomhet.

Vi tilbyr fleksible løsninger tilpasset leietakers behov knyttet til størrelse og fellesfunksjoner.

Av andre etablerte leietakere i samme forretningsgård kan nevnes Rema 1000, lege, café, tannlege, frisør, fotpleie og kontorvirksomhet av ulik type.

Sentrumsgården er et attraktivt lokalt nærsenter i Åros i Røyken, ca. 20 minutter fra Drammen og Asker. Åros er et tettsted i sterk vekst som har behov for flere aktører innenfor bl.a. helse. Gode parkerings- og bussforbindelser.

Er du interessert? Ta kontakt med **Stake Eiendom, v/Gro Stake, tlf. 926 67 156, gro.stake@gmail.com**



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

ERFAREN GRUPPETERAPEUT/ PSYKOLOGSPESIALIST SØKER LOKALE tirsdager kl. 16.30–19.00 for nystartet analytisk gruppe i Oslo og omegn. Kontakt Beate Braanen, tlf. 412 35 622.

ØNSKER DU VEILEDNING? Innehar spesialiteten i klinisk nevropsykologi og klinisk barn og unge. Har bred og lang erfaring innen det psykologiske feltet. Holder til i Oslo. Kontakt Trine Nebell, tlf. 901 51 704 eller e-post trinenebell@me.com

Bestillingsfrist for annonser til november-utgaven er:

18. oktober



Nordisk konferens om LUGNA RUMMET i psykiatrisk helsevern

Den 18 november anordnes for første gangen en Nordisk konferens om Lugna Rummet. Lugna Rummet är ett sinnesstimulerande avslappningsrom för patienter inom den psykiatriska helseverden med syfte att öka patientens välbefinnande och minska tvångsåtgärder. Dagen innehåller en beskrivning av Lugna Rummet och hur det används, resultat för patienter och medarbetare och praktiska tips och erfarenheter. Den senaste forskningen presenteras samt hur hjärnan påverkas av sinnesstimulering i rummet.

Välkommen till Münchenbryggeriet i Stockholm, Sverige
18 november 2016

Anmälan: Information om programmet samt anmälan finns här: <http://www.conferencemanager.se/lugnarummet>

Kostnad: 2 000 kr (exkl. moms). För dig som arbetar i Stockholm eller Gotland och har avtal med Stockholms Läns Landsting är kostnaden 1 000 kr (exkl. moms).

Kontakt: Katarina Andersson, katarina.andersson@kentor.se, +4670 8964034
Annika Dahlback, annika.dahlback@sl.se, +4670 0011442


 Norsk Karakteranalytisk Institutt
 utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

To-årig grunnseminar i psykoterapi oppstart januar 2017 i Oslo

Innføring i en relasjonell kroppsbasert psykoterapi

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

Gjennom utdanningen søker vi å utvikle terapeutens kompetanse og oppmerksomhet på den kroppslige, implisitte, dialogen som foregår i møtet med klienter.

Grunnseminaret inngår i den Karakteranalytiske utdanningen som er godkjent som fordypningsprogram i spesialiteten i psykoterapi (NPF). Grunnseminaret er også godkjent som fordypningsprogram i klinisk voksenpsykologi (gammel ordning).

Søknadsskjema sendes **Norsk Karakteranalytisk Institutt, Gjerdrums vei 19, 0484 Oslo**,
eller til e-post: **kontor@karakteranalyse.no**
(søknadsskjema finner du på **www.karakteranalyse.no**)

PTSD workshop med Professor Edna Foa i Oslo

Professor Edna Foa er en verdensberømt autoritet indenfor behandling af PTSD. Behandlingen Prolonged Exposure er evidensbasert, og den kan behandle kompleks PTSD på 10–15 sessioner. Dette er en unik chance for at lære, hvordan man behandler PTSD hos klienter, som har været offer for incest, voldtægt, vold eller krigstraumer.

Sted: Oslo

Dato: 18.–21. april 2017

Pris: 10.000 DKK plus moms

Deadline 1.2.2017

Information: www.casper-aaen.com



Stempel med medlemslogo for psykologer

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

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



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

Ved bestilling av individuelle stempler – kontakt: aage@adprofil.no



Møter du
mennesker
som har det
vanskelig?

Da kan din
kunnskap om
selvhjelp være
til stor nytte.

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

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

Helsedirektoratet har satt selvhjelp på dagsorden gjennom Nasjonal plan for selvhjelp (IS-2168). Planens visjon er at alle mennesker skal vite hva selvorganisert selvhjelp er, og hvordan vi kan ta dette verktøyet i bruk når livsproblemer oppstår. Selvhjelp Norge er et nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp som arbeider på oppdrag fra Helsedirektoratet.

Møter du mennesker i jobben din som kan ha nytte av å snakke med andre i en liknende situasjon som dem? Kontakt oss for mer informasjon eller besøk eller bestill materiell på våre nettsider. Vår kunnskap og bistand er kostnadsfri.

Finn selvorganiserte selvhjelpsgrupper i Norge her:
selvhjelp.no/grupper





Pilke-Clinic (www.pilkeklinikka.fi)

Nurture and Play – mentalizing based parent-child interaction intervention

Nurture and Play – parent-child intervention is a short-term intervention based on Theraplay-therapy and mentalizing theory. Through active, playful interaction sessions utilizing embodied mentalizing, e.g., reciprocal activities focusing on synchronicity and mirroring, and explicit mentalizing through reflective videofeedback with the parents.

Nurture and Play can be delivered to one parent-child dyad, family setting (Nurture and Play- Family) or in a group, starting already in pregnancy (Nurture and Play- Group). It is designed as an easily delivered preventive intervention applicable to be used in various settings (home visits, clinical settings).

In Nurture and Play there are ca. 6 meetings with the family. The age group is between 0–7.

This 2-day training will prepare the participants to be able to conduct intervention in their clinical settings.

Dates: 6–7.02.2017

Venue: Oslo, Norway

Cost: 700 euro

Trainers:

Saara Salo, PhD, clinical psychologist, licenced psychotherapist, Theraplay-Trainer/Supervisor
Hanna Lampi, OT, licenced family therapist, Theraplay-Trainer/Supervisor

For mer informasjon og påmelding:

www.theraplay.no

KRONISK TRAUMATISERING OG STRUKTURELL DISSOSIASJON AV PERSONLIGHETEN

8-dagers kursrekke med

Ellert Nijenhuis, Ph.D

Bergen, april 2017 – april 2018

For påmelding og mer informasjon:

Senter for Krisepsykologi

www.krisepsyk.no



NFFT - Norsk forening for familierterapi
inviterer til det 19. førjulsseminaret i Gamle Logen i Oslo
8. og 9. desember 2016.

"En verden i forandring Kunnskap og erkjennelse"

HOVEDFORELESERE:

Nora Bateson

Filmskaper, redaktør og skribent.
Leder av IBI (International Bateson Institute).

Arild Aambø

Lege og seniorrådgiver ved NAKMI
(Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse
ved Oslo universitetssykehus).

Fra innholdet:

*Migrasjon, integrering og epistemologisk forståelse.
Terapeutiske utfordringer og muligheter.
Overganger, diskurs og identitet.*

Innledninger ved: Safia Abdi Haase

Sykepleier, master i internasjonal sosial velferd og helsepolitikk.

Abid Q. Raja Advokat og politiker.

Seminaret godkjennes normalt som meritterende av
Psykologforeningen og Den norske Legeforening.

For mer info om tider, priser og påmelding se www.nfft.no



Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no



Sensorimotorisk Psykoterapi Videreutdanning Nivå 1

**Oppstart i Trondheim
6.- 8. Desember
2016**

Påmeldingsfrist: 25. Oktober

For mer informasjon: www.rvtsmidt.no



Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization
and Reprocessing

Trinn 1 Oslo **11. – 13. januar 2017**
Trinn 1 Bergen **2. – 4. mai 2017**
Trinn 2 Oslo **5. – 7. desember 2016**
Trinn 2 Trondheim **9. – 11. mai 2017**

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

**Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no**

Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på

facebook



Introduksjonskurs i mentalisering og mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Hva er mentalisering? Hvorfor og hvordan bruke en mentaliseringsbasert tilnærming i klinisk arbeid?

Kurset gir en innføring i teorien som ligger til grunn for mentaliseringsbegrepet, grunnleggende kunnskap om mentaliseringsbasert terapi (MBT), og praktisk trening i å kunne forstå klienter i henhold til en mentaliserende tilnærming og forståelsesramme.

19.-21. januar 2017, Grand hotel

VIDEREGÅENDE KURS I MENTALISERINGSBASERT MILJØTERAPI

Kurset vil fremme deltagerens kompetanse i hvordan mentaliseringsmodellen kan implementeres i miljøterapeutiske sammenhenger. Det innebærer å mestre miljøsituasjoner preget av mentaliseringsvikt, både hos klienter og personalgruppen, samt evne til å stimulere emosjoenll toleranse og refleksiv funksjon.

Kurset er fordelt over 8 samlinger, med oppstart 13. januar.

Avholdes på Villa Sult, Krusesgate 8.

VIDEREGÅENDE KURS I MENTALISERINGSBASERT INDIVIDUALTERAPI

Mentaliseringsbasert individualterapi er i hovedsak et teknisk terapeutisk kurs. Deltageren vil erverve ferdigheter i MBT individualterapi, med henblikk på teknikk, anvendelse av MBT vurderingsskala, psykodynamikk m.m.

Kurset er fordelt over 8 samlinger, med oppstart 10. februar.

Avholdes på Hotel Bristol

VIDEREGÅENDE KURS I MENTALISERINGSBASERT TERAPI FOR UNGDOM

Kurset vil øke deltagerens kompetanse, forståelse og terapeutiske ferdigheter i møte med ungdom. En mentaliseringsbasert tilnærming kan benyttes i forskjellige formater - i miljøterapi, individualterapi, familierapi m.m. Det blir undervist i alle disse formatene og hvordan de kan kombineres og forsterke hverandre.

Kurset er fordelt over 8 samlinger, med oppstart 23. august. Avholdes på Villa Sult, Krusesgate 8.

KURS I MENTALISERINGS- BASERT FAMILIETERAPI

Gjennom en tredagers workshop i Toscana vil deltagerne få en introduksjon i teorien som ligger til grunn for mentalisering, samt tilnærminger og teknikker knyttet til mentaliseringsbasert familierapi.

Kurset vil bli holdt på det tradisjonsrike og sjarmerende spahotellet Albergo Le Terme i hjertet av Toscana.

23.-25. mai, Toscana

Påmelding og informasjon: mentalisering.no

Besøk vår hjemmeside
www.mentalisering.no
Kontakt oss
post@mentalisering.no

IM INSTITUTT FOR
MENTALISERING



Fylkesnemndene for
barnevern og sosiale saker

**Vi trenger psykologer som kan
ta oppdrag som fagkyndige
medlemmer**

OPPDRAG SOM fagkyndig nemndsmedlem
i fylkesnemnda er et biverv som kan
innehas ved siden av annet
ordinært arbeid.

FYLKESNEMNDENE ER domstolsliknende
og uavhengige statlige organ, som avgjør
tvangssaker etter barnevernloven,
helse- og omsorgstjenesteloven,
og smittevernloven.

Ønsker du å bidra til barnets beste?

Les mer her:

www.fylkesnemndene.no

og se **fagkyndige medlemmer** for
kriterier for oppnevning, søknads-
skjema, samt mer informasjon.

**Søknadsfristen er
15. november 2016.**



Psykolog/ psykologspesialist

Me har ledig ein fast stilling. Sentrale arbeids-
oppgåver er bl.a. samtale, utgreiing og rettleiing av
brukarar som er tilvist frå NAV-kontor, kartlegging av
til dømes kognitive funksjonar, personlege
eigenskapar, samt ev. screening av psykiske symptom.

Arbeidssted: NAV Arbeidsrådgjeving Rogaland

Ref.nr: 1196-2016-02

Søknadsfrist: 15. oktober 2016

Fullstendig utlysning: www.nav.no/navstillinger

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



AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS



UIO : Universitetet i Oslo

Akershus universitetssykehus er Norges største akuttsykehus, og
lokal- og områdesykehus for nær 10 % av Norges befolkning. Vi har
et raskt voksende forskningsmiljø innen medisin og helsefag.

"Menneskelig nær – faglig sterk" er vår ledestjerne.

Implementering av psykosebehandling Postdoktor

Det er ledig 100 % stilling som Postdoktor i
forskningsprosjektet Implementering av nasjonale
retningslinjer i psykosebehandling - FOU psykisk
helsevern.

Referansenr: 3197361300

Spørsmål vedrørende stillingene kan rettes til:

Torleif Ruud, prosjektleder, tlf. 975 46 760,
Lars Tanum, seksjonssjef, tlf. 67 96 88 69 eller
Kristin S Heiervang, forsker, tlf. 901 50 138.

Søknadsfrist: 24. oktober 2016

For å søke på stillingen, gå inn på www.ahus.no/jobb

www.ahus.no

HELSE SØR-ØST



EIDSKOG
KOMMUNE

Eidskog kommune ligger like ved grensen til Sverige, Charlottenberg (15 km). Det er kort avstand til større byer og sentra. Kongsvinger (23 km), Gardermoen (90 km) Oslo (110 km). Eidskog har ca 6250 innbyggere, sysselsetter ca 460 årsverk. Eidskog kommune er mest kjent for Magnor glassverk, Hans Børli, Sootkanalen og Morokulien. Vi har flott natur med gode muligheter til friluftsliv.

To ledige stillinger som kommunepsykolog

Eidskog kommune ønsker et lavterskeltilbud for alle. Vi søker etter to psykologer i 100 % stillinger:

En psykolog som skal jobbe med voksne innen psykisk helse og rus, og en psykolog som skal jobbe med barn, unge og deres familier.

De viktigste samarbeidspartene for psykologen som skal jobbe med de voksne blir: psykisk helsetjeneste, ruskonsulent/miljøarbeidere, spesialisthelsetjenesten, fastleger, arbeidsplasser og Nav.

De viktigste samarbeidspartnere som skal jobbe med barn er psykisk helsetjeneste, helsestasjon, skolehelsetjenesten, PPT, fastleger og BUP.

Organisatorisk er stillingen lagt til helse sammen med psykisk helsetjeneste.

Arbeidsoppgaver:

- Individuelle konsultasjoner og behandling
- Undervisning / veiledning av brukere, pårørende og ansatte
- Tverrfaglig samarbeid
- Systemarbeid og forebyggende helsearbeid

Kvalifikasjoner:

- Autorisert psykolog / psykologspesialist
- Erfaring med klinisk arbeid med voksne og rus / og eller klinisk arbeid med barn og unge
- Erfaring med veiledning av og samarbeid med andre faggrupper
- Erfaring med forebyggende helsearbeid en fordel
- Søker må ha sertifikat å benytte egen bil
Det vil bli gitt kjøregodtgjørelse etter gjeldene satser

Personlig egenskaper:

- Interesse for arbeid innenfor psykisk helse og rus / barn og unge
- Selvstendig og trygg på utøvelse av faget
- Gode kommunikasjons- og samarbeidsevner
- En god veileder for brukere og ansatte
- Du er nytenkende og ser muligheter
- Beherske norsk skriftlig og muntlig godt
- Fleksibel i forhold til arbeidsoppgaver
- Personlig egnethet vektlegges
- God etisk praksis i forhold til arbeidskollegaer og brukere

Vi tilbyr:

- 100 % fast stilling
- Varierte arbeidsoppgaver
- Delta på nettverkssamlinger i regi av NAPHA
- Lønn etter avtale
- Mulighet for å være med på å utvikle tjenesten

Tiltredelse for stillingene: Etter avtale

Psykolog 100 % fast barn og unge. Saks-id.: 16/3980

Psykolog 100 % fast voksne og rus. Saks-id.: 16/3982

Den som skal jobbe med barn må legge frem gyldig politiattest ved ansettelse.

Søknadsfrist: 16.10.16

Spørsmål vedrørende stillingene kan rettes til fagleder psykisk helsetjeneste:

Sidsel Trovåg, tlf. 404 36 844/62 83 38 74.

Kommunen tar imot elektroniske søknader via kommunens selvbetjeningsløsning. Husk å påføre saks-id. Søkere som ønsker å være unntatt offentligheten må begrunne dette særskilt. Begrunnelsen vil bli vurdert i forhold til offentligloven. Hvis det, etter kommunens vurderinger, ikke foreligger en særskilt grunn, vil søkerlisten bli offentliggjort. Søker vil i et slikt tilfelle bli kontaktet på forhånd.

...her skulle du ha bodd

Ønsker du å bryte med hverdagsliv og rutiner? Kjenne at de fire årstidene kiler deg litt på kroppen? Om du bare har noen timer, eller resten av livet, kan du få smake på den kreative galskapen vår lille verden kan by på av natur og næring, kunst og kultur, håp og harmoni. Men bli først med på en liten rusletur i bygda med mangfold og muligheter, da vel...?

www.eidskog.no



Blå Kors Divisjon Behandling er landestørste ideelle aktør innenfor tverrfaglig spesialisert behandling, TSB. Blå Kors Øst er en del av Divisjon Behandling og har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Selskapet består av døgningstusjonene Blå Kors Behandlingscenter Eina og Blå Kors Behandlingscenter Slemdal samt Blå Kors Poliklinikk Oslo. Institusjonene har et bredt sammensatt fagmiljø. Blå Kors Øst eies av Blå Kors Norge, som er en felleskristen diakonal organisasjon med 56 virksomheter i 16 fylker.

Ved Blå Kors Behandlingscenter Eina søkes:

+ PSYKOLOG

1 års vikariat med mulighet for fast stilling

Vi kan tilby 100 % stilling i et godt arbeidsmiljø hvor arbeidsoppgavene varierer mellom:

- Kartlegging, utredning og diagnostisering
- Behandlingsansvar for enkeltpasienter
- Individuell terapi og gruppebehandling
- Pårørende- og familiearbeid
- Målrettet samarbeid både internt og med våre eksterne samarbeidspartnere
- Bidra faglig gjennom veiledning, undervisning og teamarbeid

For nærmere opplysninger kan du kontakte:

Klinikksjef Bent Olav Engesveen, telefon: 936 00 603, epost: Bent.Engesveen@blakors.no
 Enhetsleder Kim Åge Stenseth, telefon 941 64 946, epost: Kim.Stenseth@blakors.no

Søknadsfrist: 13.10.2016

For mer informasjon og elektronisk søknadsskjema se:

www.blakors.no eller
www.jobbdirekte.no/blakors

Søknader som sendes utenfor søknadsskjema, vil ikke bli vurdert.



Helse Fonna HF omfatter sjukehusa Haugesund, Stord, Odda og Valen og fire distriktspsykiatriske senter (DPS). Vi er over 3200 medarbeidere som gir tenestetilbud til rundt 180.000 innbyggjarar. Bli kjent betre kjent med oss på www.facebook.com/helsefonna

Psykologspesialist og psykolog

Folgefonna DPS har ledig to faste stillingar ved dei allmennpsykiatriske poliklinikkane i Odda og Valen.

Stillingane inneber utgreiing, diagnostisering og behandling av allmennpsykiatriske lidningar. Rettleiing av samarbeidande personell i kommunehelsetenesta. Behandlingstilbud ved poliklinikken: Gruppebehandling, ruspoliklinikk, ADHD-team, ambulerande team.

Vi tilbyr gode moglegheiter for spesialisering, vidareutdanning og deltaking i forskingsprosjekt.

Folgefonna DPS har ansvar for allmennpsykiatrisk spesialisthelseteneste i kommunane Kvinnherad, Odda, Jondal, Ullensvang og Etne, med 22 000 vaksne innbyggjarar. Folgefonna DPS har i tillegg til poliklinikk på Valen og i Odda også døgnpostar og ambulerande team (FACT). Poliklinikkane har tverrfaglege team med psykologspesialist, psykiater, spesialsjukepleiar, sosionom og ruskonsulent.

Kontakt: Hege Lægred Røssland, seksjonsleiar. Tlf: 53 46 64 53.

Sjå www.helse-fonna.no/jobb for fullstendig annonse. Her kan du også sende oss ein søknad. Søknadsfrist er 23.10.2016.



Blå Kors Lade Behandlingscenter Trondheim (LBS) driver tverrfaglig spesialisert behandling av mennesker med rusrelaterte problemer. LBS eies av Blå Kors og har driftsavtale med Helse Midt-Norge RHF. LBS har totalt 58 plasser og 8000 polikliniske konsultasjoner fordelt på avrusning, utredning, skjerming, klinikk, familiebehandling og poliklinikk. Virksomheten har et bredt sammensatt og høyt kompetent fagmiljø med ca. 170 ansatte.

Avdeling for gravide og småbarnsfamilier søker

Avdelingsleder

100 % fast stilling (st.nr 20/16)

For nærmere informasjon kontakt direktør Kristin Wall, tlf. 472 47 972.

Fullstendig utlysningstekst og nærmere informasjon om Blå Kors Lade Behandlingscenter finner du på jobbnorge.no samt www.ladebs.no.

Vi ønsker elektronisk søknad via www.jobbnorge.no. Søknadsfrist: 16.10.16.

Vi ønsker ikke å bli kontaktet av annonseselgere.

jobbnorge.no

Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge. Disse eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og skal sørge for at befolkningen får tilgang på spesialiserte helsetjenester med god kvalitet. Helse Midt-Norge RHF har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Virksomheten er organisert gjennom 4 helseforetak som eies av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg er Helse Midt-Norge IT direkte underlagt RHF som egen selvstendig enhet. Den samlede virksomheten omfatter ca 20 000 medarbeidere og et årlig budsjett på vel 20 milliarder kroner. Se ytterligere informasjon på www.helse-midt.no.

Helse Midt-Norge RHF - Stjørdal

100 % avtalehjemmel i klinisk psykologi

Arbeidsoppgaver bl.a.

- Avtalespesialisten skal bidra til å oppfylle "sørge for" ansvaret til Helse Midt-Norge. Dette innebærer bl.a. at avtalespesialisten følger gjeldende lovgiving, rammeavtalen og regionale handlingsplaner, samt foretar undersøkelser, diagnostikk og behandling i henhold til nasjonale mål og prioriteringer.

Kontaktinfo: Karin Bostad, rådgiver (+47) 412 14 382
 Arnt Egil Hasfjord, rådgiver (+47) 413 22 145

Søknadsfrist: 28. oktober 2016

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-midt.no der du også finner fullstendig utlysningstekst.

frantz.no





Norsk psykologforening er en profesjonsforening for alle autoriserte psykologer i Norge, som ivaretar de 9000 medlemmenes faglige og økonomiske interesser, og bidrar til å forbedre menneskers livsvilkår og livskvalitet. Foreningen driver en utstrakt videre- og etterutdanning og eier det redaksjonelt uavhengige organet Tidsskrift for Norsk psykologforening. Psykologforeningen er tilsluttet Akademikerne. Sekretariatet har rundt 50 ansatte.

For snarlig tiltredelse søker vi:

RÅDGIVER/SPELIALRÅDGIVER

Godt psykologarbeid spenner mye bredere enn kun individuell behandling. Få steder er dette sannere enn i norske kommuner.

Hvordan kan man sikre at ulike fagfolk og tjenester jobber godt sammen? Hvordan kan kommuner utnytte psykologressursene sine på en best mulig måte for å nå målet om bedre folkehelse, forebyggende tjenester og rett hjelp til rett tid?

Psykologforeningen ønsker å være en enda bedre partner for arbeidsgivere, politikere og medlemmer i arbeidet med å skape fremtidens primærhelsetjeneste.

Ønsker du å bruke din kompetanse til å bidra i utviklingen av godt psykologarbeid i de kommunale tjenestene?

Da bør du søke stilling som rådgiver/ spesialrådgiver i Norsk psykologforening!
Vi topper laget med en engasjert psykolog.

Du kan jobbe systematisk og overordnet med faglige spørsmål, og evner å se muligheter for å overføre faglig kunnskap til konkret tjenesteutvikling.

Du kan jobbe selvstendig med delegerte ansvarsoppgaver og har gode kommunikasjonsferdigheter da du skal jobbe tett med både medlemmer, brukere, politikere og fagfolk med forskjellig bakgrunn.

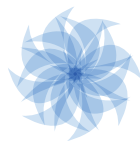
Stillingen er et halvt års engasjement med mulighet til forlengelse i fast stilling.

Vi tilbyr konkurransedyktig lønn og arbeidsvilkår, god takhøyde og gode kolleger som jobber tett i team. Norsk psykologforening er opptatt av godt arbeidsmiljø.

Stillingen er tilknyttet Fagpolitisk avdeling.

For spørsmål om stillingen, ta kontakt med fagsjef Andreas Høstmælingen. Vi ser frem til din søknad.

Oppstart: Snarest
Søknadsfrist: 24. oktober 2016
Kontaktmail: andreas@psykologforeningen.no
Kontakttelefon: 23 10 31 30
Søknad sendes: linda@psykologforeningen.no



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92
E-post npfpost@psykologforeningen.no

Speare AS er et bemanningsselskap med over 100 psykologer i løpende oppdrag. Selskapet er hovedleverandør til SOS International, har rammeavtale med Vest politidistrikt og Trondheim kommune, og er prekvalisert til å levere psykologer til offentlig psykisk helsevern.



Vil du jobbe litt ekstra eller er du interessert i godt betalte oppdrag rundt omkring i Norge?

Vi tilbyr klienter til deg som har praksis og oppdrag til deg som er åpen for noe nytt.

Du har privat praksis, eller er i ferd med å starte opp dette, og ønsker klienter fra en aktør som dekker klientenes kostnad.

Du er psykologspesialist eller erfaren psykolog og kan tenke deg innleieoppdrag i offentlig psykisk helsevern en eller flere dager i uken.

Send e-post med CV til speare@speare.no

www.speare.no

MODUMBAD 
- en kilde til liv



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

Fagkoordinator

Avdeling for familiebehandling

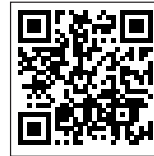
Erfaren kliniker/terapeut søkes til spennende fagstilling ved Avdeling for familiebehandling.

Dette er en 100 % fast stilling med tiltredelse 2. januar 2017.

Kontakt:

Avd. leder Bente Barstad, tlf. 32 74 97 00

Søk elektronisk via
www.modum-bad.no



Her finner du også fullstendig utlysningstekst.

Søknadsfrist: 14. oktober 2016

www.modum-bad.no

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. Hovedtyngden av virksomheten er lokalisert i Trondheim der vi har et av Europas mest moderne sykehusanlegg. Sykehuset er bygd integrert med Det medisinske fakultet ved NTNU, og her arbeider klinikere, forskere og studenter side om side. St. Olavs Hospital har ca. 10 000 ansatte og et brutto budsjett på 10 milliarder kroner. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

Orkdal DPS

Orkdal Døgnseksjon

Psykologspesialist

100 % vikariat.

Ledig vikariat fra 1. desember 2016 til 31. desember 2017.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til seksjonsleder Svein Olav Johnsen, tlf. 72 82 98 00.

Søknadsfrist: 31. oktober 2016

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!

frantz.no

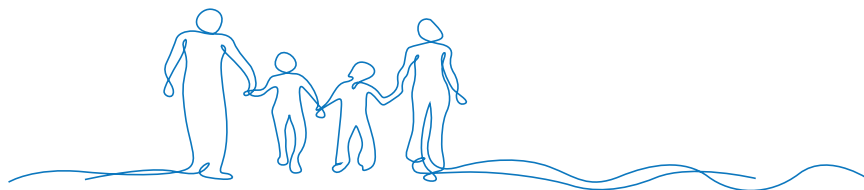
 **ST. OLAVS HOSPITAL**

**PSY
KOL
OGI**

SØKER DU JOBB?

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

Send e-post til tidsskrift@psykologtidsskriftet.no og meld din interesse.



Ønsker du å jobbe med rusbehandling?

Borgestadklinikken søker Psykologspesialist/Psykolog

100 % fast stilling ved Behandlingsenheten, avdeling Skien.

Vi søker deg som er offentlig godkjent psykolog/psykologspesialist, ønskelig med erfaring innen fagfeltet rus og psykiatri. Arbeidet omfatter utredning, individualterapi, gruppeterapi, parsamtaler, familiesamtaler, og samarbeid med kommunen og øvrig spesialisthelsetjeneste.

For flere opplysninger kontakt: Enhetsleder Vegard Moen, telefon 35 90 47 00, e-post: vegard.moen@borgestadklinikken.no
Seksjonsleder Hilde Marianne Kristoffersen, telefon 91 80 65 49, e-post: hilde.marianne.kristoffersen@borgestadklinikken.no

Kontaktpersoners mail er kun for spørsmål vedrørende stillingen.

Søknadsfrist: 16.10.2016

For fullstendig utlysning og elektronisk søknadsmottak:
www.jobbdirekte.no/borgestadklinikken eller
www.borgestadklinikken.no/stilling-ledig



Psykolog - Poliklinikk

Ved Jæren DPS Poliklinikk er det ledig vikariat for psykolog i perioden november 2016 – desember 2017.

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

Hovedvekten i poliklinikken er på individualterapi, men vi har også et bredt utvalg av ulike gruppebehandlinger; både psykodynamisk orienterte, kognitivt orienterte og kunst- og uttrykksorienterte 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. Ved bruk av Jucan kan du søke etter "Jæren DPS" eller søke med ref.nr. "3198532209". CV må inneholde bekreftelse på norsk autorisasjon.

Søknadsfrist: 16.10.2016

Henvendelser til: enhetsleder ved Poliklinikk tlf. 51 77 69 50
e-post: post.jdps@ihelse.net
www.jdps.no



Jæren dps

N.K.S. Jæren distriktpsikiatriske senter AS

- Trygghet når du trenger det mest

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

Kristiansand

Psykologspesialist/psykolog - Psykiatrisk sykehusavdeling

- Sikkerhetsenheten (enhet 4.2) søker etter psykologspesialist i fast 100 % stilling.
- Enhet for førstegangpsykose (enhet 2.1) søker etter psykologspesialist i fast 100 % stilling.

Arbeidsoppgaver:

- Utredning, diagnostikk og behandling.
- Veiledning ovenfor andre ansatte, primærhelsetjenesten og kommunalt tiltaksapparat.

Kontaktinfo: Hilde Thomassen, rådgiver - adm., 909 67 092
Tarjei Sanden, seksjonsleder, 37 01 44 00

Søknadsfrist: 30. oktober 2016

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobb

frantz.no

**SØRLANDET SYKEHUS****- 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.

Farsund

Psykologspesialist/psykolog - DPS Lister, poliklinikk Farsund

- 100 % fast stilling.

Arbeidsoppgaver:

- Utredning, diagnostisering og behandling av pasienter innen psykisk helsevern for voksne.
- Bidra faglig gjennom veiledning i det daglige teamarbeid.
- Delta i faglig utviklingsarbeid og planlegging.
- Oppbygging av et godt psykologfaglig miljø i klinikken er høyt prioritert.

Kvalifikasjoner:

- Norsk autorisasjon som psykolog/psykologspesialist.

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

Søknadsfrist: 20. oktober 2016

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobb

frantz.no

**SØRLANDET SYKEHUS****- Trygghet når du trenger det mest**

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

Kristiansand

Psykologspesialist/nevropsykolog - ARA, Enhet for rus og psykiatri

- 100% fast stilling

Arbeidsoppgaver bl.a.

- Oppgavene består av nevropsykologisk utredning og diagnostisering av ulike tilstander forårsaket av kronisk rusmiddelavhengighet, samt tidlige medfødte og ervervede tilstander som det finnes en overhyppighet av i denne pasientpopulasjonen.

Kontaktinfo: Pål Ribu, enhetsleder, 957 28 352,
Arne Torbjørn Bie, avdelingsleder, 958 19 827 eller
Stephane Vildalen, nevropsykolog, 38 13 27 16

Søknadsfrist: 31. oktober 2016

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no/jobb

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselere.

frantz.no

**SØRLANDET SYKEHUS**

Finmarkssykehuset har sykehus i Kirkenes og Hammerfest, og behandling innen psykisk helsevern og rus, inkludert samisk nasjonalt kompetansesenter. Vi søker de tøffe og fleksible fagfolkene. Du vil jobbe på en liten avdeling, som betyr at du får mer ansvar og mer varierte arbeidsoppgaver. Her betyr du mer!

Nasjonalt kompetansesenter - Akutteam - Lakselv

Psykologspesialist / psykolog

- Stillingsbrøk: 100% fast

Arbeidsoppgaver bl.a.

- Utredning og behandling
- Tverrfaglig samarbeid både internt og eksternt
- Bidra i forhold til fagutvikling og undervisning
- Gi veiledning både internt og eksternt

Kontaktinfo: Gunn Kristin Heatta, avd. leder, 411 20 546
Gordana Ignjatovic Jovanovic, enhetsleder, 78 46 45 50

Søknadsfrist: 16. oktober 2016

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside www.finnmarkssykehuset.no

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju.

Finmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.

frantz.no


FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKUBUOHCEVIESSU


Til deg som vil jobbe i et spennende og givende arbeidsfelt med rusavhengige, ValdresKlinikken søker nye medarbeidere



VI HAR BEHOV FOR:

Klinikkleder i 100 % stilling **Psykolog/psykologspesialist i 100 % stilling**

Du finner informasjon om klinikken og fullstendig utlysningstekst på www.valdresklinikken.no

ValdresKlinikken tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling som korttids døgnbehandling med 21 plasser. Vi benytter som hovedverktøy strukturert gruppeterapeutisk metode integrert med 12-trinnsprogrammet. De 12-trinn benyttes til å bevisstgjøre pasienten om sin rusavhengighet. Vi har også et tilbud til den rusavhengige sin familie som en del av pasientens rusbehandling. Klinikken har et tverrfaglig behandlingsteam. Vi er en del av spesialisttjenestetilbudet gjennom avtaler med Helse Sør-Øst RHF (11 plasser) og Helse Vest RHF (10 plasser). ValdresKlinikken er lokalisert 13 km sør for «Bygdebyen» Fagernes langs E16 mot Oslo, og kjører du ca. en time mot nord er du i Jotunheimen.

For informasjon om stillingene kontakt:

Klinikkleder **Liss Bhadra Dahl** på telefon **916 21 066**.

Søknadsfrist: 24. oktober 2016

Skriftlig søknad og CV sendes elektronisk til: liss.bhadra.dahl@valdresklinikken.no



SOGN REGIONRÅD



**HØGSKULEN I
SOGN OG FJORDANE**

Ledig psykologstilling

I samarbeid med Høgskulen i Sogn og Fjordane tilset dei ni kommunane i Sogn regionråd psykolog. Psykologen vil arbeide med det kommunale folkehelsearbeidet. Arbeidsoppgåver er blant anna:

- utvikling av kompetansehevingstiltak for tilsette ved barnehagar og skular
- rettleiing og undervisning av personale i helse, barnevern, barnehagar, skular og PPT
- undervisning, forskning og utviklingsarbeid ved dei ulike profesjonane ved høgskulen
- noko klientarbeid med barn og unge

Stillinga er 100% med fast tilsetjing. Sogndal kommune er arbeidsgjevar.

Arbeidsplass vert på høgskulen eller kommunal kontorstad i Sogndal etter avtale.

Sjå heile utlysinga på www.sogndal.kommune.no.

SØKNADSRIST: 23.10.2016

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**
ragnhildkrokke@gmail.com
414 21 366

Anne Kulseng Berg
akulseng@online.no
928 60 119

LOKALAVDELINGER

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

Aust-Agder
Maria Dreier Ludiaros
klu045@gmail.com
977 16 288

Buskerud
Aksel Lindstad
aksel.lindstad@gmail.com
984 17 100

Finnmark
Andrew Sak
Andrew.Sak@
tana.kommune.no
464 00 369

Hedmark
Ingvild Rattsø Fasting
ingvildrf@icloud.com
936 50 674

Hordaland
Bjarte Bruntveit
bjarte.bruntveit@helse-
bergen.no
909 98 052

Møre og Romsdal
Magne Storvik
magne.storvik@helse-mr.no
482 82 553

Nord-Trøndelag
Stein Aage Henriksen
stein.aage.henriksen@nav.no
472 37 900

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

Oppland
Marthe Ø. Nordberg
marthe.nordberg@
sykehuset-innlandet.no
61 14 50 51

Oslo
Inge-Arne Teigset
psykolog.teigset@gmail.com
22 02 92 44

Rogaland
Klara Øverland
klara.overland@uis.no
406 08 818

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

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

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

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

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

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

Østfold
Harald Sandnes
har-sa@online.no
930 94 209

FAGETISK RÅD

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

ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

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

LØNNS- OG ARBEIDS- MARKEDSUTVALGET

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

FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

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

SPEKIALITETSRADET

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

Barne- og ungdomspsykologi

Krister Westlye Fjermestad, leder,
e-post kjf@frambu.no,
tlf. 942 01 947

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

Eldrepsykologi

Minna Hynninen, leder,
e-post minna.hynninen@psyk.uib.no, tlf. 404 53 564

Psykoterapi

Roar Olsen, leder,
e-post roar9@online.no,
tlf. 920 95 894

Voksenpsykologi

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

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

Arbeidspsykologi

Marit Hannisdal, leder,
e-post marit.hannisdal@diakonsyk.no, tlf. 950 65 234

Samfunn- og allmennpsykologi

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

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder,
e-post borrik.schjodt@helse-bergen.no, tlf. 990 27 309

GODKJENNINGS-UTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISAKER

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

Rikke Pauline Sandvik, UiT, leder, e-post rikkepsandvik@gmail.com, tlf. 905 74 666

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 Sognæs, 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 Dyrhovd, 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

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 Ogdén, Atferdssenteret – Unirand
Ståle Pallesen, Universitetet i Bergen
Magne Raundalen, Senter for krisepsykologi
Sissel Reichelt, Universitetet i Oslo
Ivar Reinvang, Universitetet i Oslo
Astrid M. Richardsen, Handelshøyskolen BI

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

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: bjornar@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppagave.

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 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 eller www.psykologtidsskriftet.no, se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

Frist for innlevering av annonser:
 18.10, 18.11, 15.12, 17.01, 15.02, 20.03, 18.04,
 16.05, 19.06, 17.07, 18.08, 18.09, 18.10, 17.11

