

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



# PSYKOLOGI

Vol.53 nr.12 2016

## Verre å varsle

*Aktuelt*

## RUS OG PSYKISK HELSE

*Aktuelt, Fagessay, Fra praksis, Anmeldelser*

## Meta-kognisjoner og kroppsdysmorfisk lidelse

*Vitenskapelig artikkel*

ISSN 0332-6470

INTERPRESS 2008-12



9 770332 647006

RETURUKE 02 150 NOK

# PSY KOL OGI

Vol. 53 nr. 12 2016

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

**Fagredaktør** Ida K. Holth, [ida.holth@psykologtidsskriftet.no](mailto:ida.holth@psykologtidsskriftet.no), tlf. 930 23 429

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

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

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

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

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

**Markedskonsulent** Winnie Engevoid

**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** Åshild Irgens

**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.

# Ruset valg

**VED FORRIGE STORTINGSVALG** fikk omsider psykisk helse sin naturlige plass på den politiske dagsordenen, en posisjon feltet har beholdt i årene som har fulgt. Inn mot valget 2017 bør vi ha et berettiget håp om at også rusfeltet kan få en lignende posisjon i det politiske ordskiftet. For det ser ut til at de polariserte og fastlåste posisjonene i rusdebatten er i etterlengt bevegelse.

De fleste virker enige i å flytte ansvaret for oppfølging vekk fra justissektoren, slik helseminister Bent Høie foreslår: «Hjelp, ikke straff, skal være utgangspunktet for å følge opp dem som tas for bruk og besittelse av narkotika» (Dagbladet 5. oktober). Fagfeltet støtter dette: Den destruktive narkotikapolitikken i form av en krig mot narkomane og de svakeste må avsluttes, mener psykolog Jon Siverts (se side 984), mens redaktørene Fiona Godlee og Richard Hurley i tidsskriftet *BJM* ønsker avkriminalisering av narkotikabruk og vektlegging av behandling.

**Men rusbehandling** er ikke et medisinsk spørsmål alene. Like mye er det et psykologisk og ikke minst sosialpolitisk anliggende. Det er derfor grunn til å spørre seg om det er helsevesenet, og da ofte sykehusene, som skal ha dette ansvaret. Og hvem skal utøve ettervern, gi familiestøtte og jobboppfølging?

Når vi snakker om «psykisk helse og rus», oppleves det altfor ofte som om «rus»-begrepet blir

et kunstig etterslep med manglende innhold. Men ruslidelser og andre psykiske lidelser sameksisterer ofte, noe temaseksjonen om psykisk helse og rus i denne utgaven av *Psykologtidsskriftet* forteller. Det betyr at vi må konkretisere vår forståelse av ruslidelser: Er det en sykdom, en psykisk lidelse eller et atferdsproblem? Svarene vi gir, får følger for tiltakene samfunnet tilbyr.

**Rusens attraksjon** fortjener også sin plass. Når Sissel Gran i *Morgenbladet* (11. november) skriver om personer som søker rus fremfor å ta imot en hjelpende hånd, er dette en nøktern beskrivelse av hvilke krefter som er i spill når vi snakker om rus, behandling, hjelp, støtte og frie liv. Og kreftene som trekker oss mot rus, er også en korreks til liberalistenes «det må være lov å kose seg med et glass»: Vi åpner ikke vinflasken kun for smaken, men også for rusen. Tilgjengelighetsevangelistene ønsker sjelden å erkjenne at individuell frihet og glede fort har store kostnader på samfunnsnivå. Det bør de ikke slippe unna med.

**Leder i Fagrådet** – Rusfeltets hovedorganisasjon, Jan Gunnar Skoftedal, skrev nylig på sin blogg: «Skal vi slutte å lete etter *en* ruspolitisk sannhet? Forskning viser nettopp at det ikke finnes *en* sannhet i ruspolitikken.» I et felt der man så langt har vel så mange skivebom som treff, er det all mulig grunn til ydmykt å la ulike sannheter få sameksistere mens de politiske valgene utformes. ❖



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Vi åpner ikke vinflasken kun for smaken, men også for rusen

# 984/993/1049

ILLUSTRASJON: ASHILD IRGENS



## RUSEN OG HELSEN

Narkomane må få helsehjelp, ikke bøter og fengsel, mener Helse- og omsorgsminister Bent Høie, som får støtte fra psykologisk hold. Psykologtidsskriftet retter oppmerksomheten mot rusfeltet.

*Aktuelt, Fagessay, Fra praksis*

## AVHENGIGHETSGÅTEN

Pål Krafts bok om rusmiddelavhengighet viser hvor fantastisk fascinerende avhengighet er - og hvor lite vi faktisk vet, mener vår anmelder.

*Bokanmeldelser*

# 1022

*Frafall fra ph.d.-programmene er høyere enn fra videregående skole*

Fagessay ved Krumsvik & Øen Jones



## HUMANISTISKE LINJER

Foucault mente at den praktiske psykologien ikke hører hjemme i den medisinske disiplinen, skriver førsteamanuensis Line Joranger. Hun trekker linjene fra Foucault på 50-tallet til dagens debatt om en humanistisk vending i psykisk helse-feltet.

*Fagessay*

- 973 **Ruset valg**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 976 **Fiende av fattigdom**  
NÅ: Diana Kordon | Per Olav Solberg
- 978 **Varsleren mot strømmen**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 984 **- Ikke sett rusavhengige i bur**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 986 **Metakognisjoner og symptomer på kroppsdysmorfisk lidelse**  
Vitenskapelig artikkel | Stine Reiersen et al.
- 993 **TEMA: RUS OG PSYKISK HELSE**  
Fagessay: Mellom to stoler | Hanne Jacobsen Lillevold (s. 904)  
Fagessay: Å skille rus og psykopatologi | Eline Borger Rognli et al. (s. 1000)  
Fra praksis: En vei ut av kaos | Tina Gravdal & Hans Aleksander Bjerke (s. 1006)  
Fra praksis: Samspillsterapi på rusinstitusjon | Aniela Wisniewski Woldseth (s. 1012)
- 1018 **Terapi gir bedre søvn enn piller**  
Forskningsintervju: Håvard Kallestad | Nina Strand
- 1022 **«De beste blant oss» dropper ut**  
Fagessay | Rune Johan Krumsvik & Lise Øen Jones
- 1025 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: Tilhørighet på resept (s. 1026)  
Debatt: Varsling (s. 1030 og s. 1031), Profesjonsetikk (s. 1032), Selvmordsforskning (s. 1035), Omsorgsrett (s. 1036), Helsepolitikk (s. 1038)  
Perspektiv: Ikke i vårt navn | Saths Cooper (s. 1040)
- 1042 **INNTRYKK**  
Fagessay: Foucaults humanistiske psykologi | Line Joranger (s. 1043)  
Anmeldelser: Nyansert om avhengighet (s. 1049), Korrupsjon og konspirasjon (s. 1051)
- 1054 **Kurskalenderen**
- 1055 **Annonser**
- 1062 **Stillingsannonser**



**UTHOLDENDE** Diana Kordon har i 40 år jobbet for å bedre livet til ofre for menneskerettighetsbrudd i Argentina. Nå har Universitetet i Oslo hedret henne for innsatsen.

# Fiende av fattigdom

30 prosent av Argentinas befolkning lever under fattigdomsgrensen.

– Å få flere ut av fattigdom vil i seg selv bedre den psykiske helsen radikalt, sier Diana Kordon.

**TEKST** Per Olav Solberg  
**FOTO** Ola Gamst Sæther

– Først må jeg få gratulere deg med UiOs menneskerettighetspris. Hva betyr den for deg?

– Det er en anerkjennelse av jobben vi har gjort for noen av de 30 000 menneskene som forsvant under militærdiktaturet på 70-tallet og deres pårørende. I tillegg oppleves det som en bekreftelse på kampen for rettferdighet som har vært ført i Argentina mot de ansvarlige for disse forbrytelsene mot menneskeheten. Rettsoppgjøret startet i 2006 og pågår fortsatt.

– Hvordan begynte ditt engasjement for torturofre og ofre for brudd på menneskerettighetene?

– Først var det personlig. Jeg hadde venner og bekjente som forsvant, og som jeg lette etter. Men jeg fant dem selvsagt ikke. Nesten

ingen av de som ble borte i konsentrasjonsleirer, kom tilbake. Mens jeg lette, ble jeg kjent med mødre som prøvde å finne barna sine, som også var blitt borte, og i takt med flere slike møter vokste engasjementet mitt. Også psykologer og psykiatere forsvant – 102 stykker til sammen. Presidenten i den argentinske psykologforeningen var en av dem. Psykologer ble sett på som intellektuelle med en ambisjon om å få mennesker til å tenke mest mulig fritt og selvstendig, og vi var derfor en fiende av diktaturet.

– **Hvordan er menneskerettighetssituasjonen i Argentina i dag?**

– 2004 var et svært viktig år. Da opphevet man lovene som ga straffrihet for de ansvarlige under militærdiktaturet slik at de endelig kunne stilles for retten. Disse rettssakene har vært en svært viktig del av reparasjonsprosessen etter diktaturet, både for ofre, deres pårørende og for hele det argentinske folket. Samtidig skjer det fortsatt menneskerettighetsbrudd. Et av de største problemene er kriminalisering av fattigdom, der politiet ofte skyter og dreper unge, fattige ungdommer kun ut fra «trynefaktor». Et annet stort problem er kriminaliseringen av sosial protest, der politiet slår hardt ned på fredelige demonstrasjoner.

– **Du jobber på organisasjonsnivå med menneskerettigheter, men også helt konkret med gruppeterapi. Hvilken metodikk bruker du her?**

– I starten kalte vi disse gruppene veiledningsgrupper, senere ble de til refleksjonsgrupper. Her møtes blant andre torturoverlevende, pårørende til torturofre og etterlatte til mennesker som forsvant under diktaturet. Gruppene har en støttefunksjon. I tillegg jobber vi oss gjennom traumer. Jeg ser på slike grupper som en slags kollasj eller et puslespill, der hver person bidrar med sin fortelling til helheten. Dette har en samlende og helende effekt. Oppsplitting, brudd og mangel på sammenheng er en fellesnevner for de som går i disse gruppene. At vi sammen skaper en mer helhetlig narrativ, virker å gi mening.

– **Du har også lang erfaring med å jobbe med torturoverlevende etter diktaturet. Er endring og bedring mulig å få til?**

– Pasienter som har en aktiv innstilling til traumene og forstår situasjonene de har vært gjennom, har langt større sjanse for å opprettholde den psykiske helsen enn de som har en

## Hvorfor NÅ?

- Diana Kordon er en argentinsk psykiater som nylig fikk UiOs menneskerettighetspris for sitt iherdige arbeid med å bedre den psykiske helsen til ofre for tortur og menneskerettighetsbrudd i Argentina.
- Siden 2006 har det pågått et rettsoppgjør i Argentina der de ansvarlige for de over 30 000 forsvinningene som fant sted under militærdiktaturet mot slutten av 70-tallet, har fått sin straff.

mer passiv innstilling. Samtidig er sårene så dype at man bærer dem med seg hele livet. Et annet aspekt er at disse sårene overføres til neste generasjon. Vi har sett mange eksempler på barn til foreldre som forsvant, der blant annet risikoatferd og læringsvansker er utbredt.

– **Jeg vil benytte anledningen til å berøre psykisk helsefeltet i Argentina mer generelt. Dette er landet i verden med høyest psykologtetthet. Hvorfor ble det slik?**

– Mange psykoanalytikere som var på flukt fra nazistene i Tyskland og Østerrike under andre verdenskrig, kom til Argentina. Det er nok en av årsakene til at psykoanalysen står så sterkt også i dag. En annen grunn er at den argentinske intellektuelle middelklassen hele tiden har sett mot Europa, og særlig mot Frankrike, for inspirasjon.

– **Hvordan er psykisk helsefeltet organisert i Argentina? Får alle som har behov for det hjelp, uavhengig av økonomi og sosial status?**

– Vi har et firedelt helsesystem: offentlige sykehus som er helt gratis, et fagforenings-system der arbeidsgiver og staten betaler for arbeidstakerne, et helseforsikringssystem og til slutt de helt private løsningene. Psykisk helsefeltet er til stede i alle disse systemene, og det er både enkelt og utbredt å få psykologisk behandling.

– **Å gå til psykolog er altså ikke bare forbeholdt den rike middelklassen?**

– Nei, absolutt ikke. Alle samfunnslag går til psykolog, men av ulike årsaker. Litt enkelt sagt kan man si at mennesker fra de lavere samfunnsklassene går til psykolog på grunn av alkoholproblemer, mens middelklassen kommer mer på grunn av depresjon og angst.

– **Hvordan er forholdet mellom psykoterapi og psykofarmaka i Argentina?**

– Psykoterapi står fortsatt sterkt, men den biologiske modellen og psykofarmakologien har vokst seg stor også her. De fleste psykologer har en pragmatisk tilnærming til psykofarmaka og forsøker å integrere medikamentell behandling med psykoterapi når det er hensiktsmessig. For pasienter med alvorlige psykoselidelser, som tidligere var dømt til å dø i ensomhet, har psykofarmaka gjort det mulig å leve tilnærmet normale liv ute i samfunnet. Det er uten tvil et framskritt. ❌

# VARSLEREN MOT STRØMMEN

Stadig flere varslere møter negative reaksjoner og søker hjelp. Lærer Håkon Hubred klarte seg uten piller og psykolog.

TEKST Øystein Helmikstøl

- **JEG LEVDE** i min egen lille verden og trodde at de fleste rundt meg hadde de samme grunnverdiene som meg selv. Så naiv var jeg, sier varslere Håkon Hubred (66) i dag.

## BREVET

Mandag 15. september 2003 sender lærer Håkon Hubred et brev til alle ansatte ved Sentrum videregående skole i Kongsvinger der han kritiserer skolens arbeidsmiljø. Han ga også beskjed til fylkesrevisjonen om hvordan skolen disponerte sine økonomiske midler. Fylkesdirektøren svarer med en advarsel, der Hubred blir beskyldt for å fremsette udokumenterte påstander, være illojal og ha manglende samarbeidsvilje. Et år etter at han varslet, blir han sagt opp. Begrunnelsen er blant annet manglende samarbeidsvilje og manglende lojalitet. Håkon Hubred har da vært ansatt i Hedmark fylkeskommune i nær 30 år. Det blir starten på lærerens ensomme kamp mot makten og systemet for å få jobb i fylkeskommunen igjen.

- Jeg må heldigvis ha blitt født med en sterk psyke, ser jeg i dag, etter alt jeg måtte igjennom, sier Hubred.

## - UROVEKKENDE UTVIKLING

Ifølge psykologspesialist Cecilie Thorsen har arbeidslivet hardnet enda mer til i de siste årene. Thorsen arbeider ved Jobbfast i Bergen, landets eneste behandlingssted for varslere. Der er pågangen nå så stor at de har måttet si nei til søkere fra andre helseregioner. Nå er det fire til fem måneders ventetid for søkere fra deres egen region.

- Trenden i arbeidslivet nå, som mange påpeker, er såkalt hard HR, sier Thorsen.

I slutten av september i år la forskningsstiftelsen Fafo fram en ny rapport i serien om varsling og ytring i norsk arbeidsliv. Rapporten «Varsling og ytringsfrihet i norsk arbeidsliv 2016» konkluderer med at en synkende andel arbeidstakere mener det hjelper å varsle om krittikkverdige forhold. Flere forteller at de opplever å bli møtt med sanksjoner. Utviklingen er urovekkende, fastslår Fafo.

Andelen som mottok negative reaksjoner etter at de varslet, er høyere enn Fafo noen gang tidligere har registrert: Nå sier 25 prosent at de ble møtt med bare negative eller overveiende





**VARSLER** Pensjonert lærer Håkon Hubred fikk full oppreisning etter å ha kritisert arbeidsmiljøet ved skolen. Han ønsker et varslersombud i Norge.  
Foto: Øystein Helmikstøl

negative reaksjoner. I tidligere undersøkelser har tallet ligget mellom åtte og 13 prosent.

En av fire er helt eller ganske enige i at de blir møtt med uvilje fra sjefen om de kommer med kritiske synspunkter på forhold på jobben. Denne andelen er signifikant høyere enn hva Fafo fant i 2014.

Fafo finner i år at arbeidstakere som har vært igjennom omorganiseringsprosesser, vurderer det interne og eksterne ytringsklimaet som dårligere enn andre. Offentlig ansatte betrakter det eksterne ytringsklimaet som dårligere enn det ansatte i privat sektor gjør.

22 prosent svarer at det er kultur for å skjule kritikkverdige forhold.

– En sak har alltid to sider. Vi får én side av saken, og tar utgangspunkt i opplevelsen til den vi møter, understreker psykologspesialist Cecilie Thorsen ved Jobbfast.

Thorsen understreker at de møter både ansatte og ledere som har opplevd varslings saker som svært krevende, og at varslingsbegrepet i noen tilfeller kan brukes for å ramme noen.

#### PSYKISKE HELSEPLAGER

Hovedsakelig viser funn fra norske arbeidsplasser at de fleste varslere ikke har blitt utsatt for negative reaksjoner alene eller mest, påpeker førsteamanuensis og psykolog Brita Bjørkelo ved Politihøgskolen.

– Men i tillegg viser preliminnære funn fra en langtidsstudie av varslere i Norge at varslings henger systematisk sammen med opplevelser av mobbing og vice versa. Det å bli utsatt for mobbing etter å ha varslet kan »

## Hubred-saken

- Verserte i Hedmark fra 2003 til 2007.
- Lærer Håkon Hubred kritiserte arbeidsmiljøet ved skolen.
- Hubred ble oppsagt i 2004.
- Et uavhengig granskingsutvalg ledet av Jan Fougner konkluderte i 2007 med at Hubred var en varslere.
- Læreren fikk erstatning og jobb i fylkeskommunen igjen.
- Hubred skrev i 2013 boken *Hubred-saken. Én mot alle – alle mot en* om varslersaken i Hedmark fylkeskommune.



**NØKKELEN** Ved Jobbfast i Bergen får pasientene sitt eget kontor med nøkkel de tre dagene de er til behandling. Foto: Helse Bergen

## Jobbfast og varsling

- Jobbfast ble fast etablert i 2012 og er landets eneste behandlingstilbud for varslere.
- Ligger under Yrkesmedisinsk avdeling ved Haukeland universitetssykehus i Bergen.
- Jobbfast tilbyr tre dagers utredning/behandling og en tilbakemeldingssamtale med pasient og henviser 4 uker seinere.
- På grunn av svært stor pågang er modellene nå under revidering.
- En betydelig andel av de som var sykemeldt da de var på Jobbfast, kom tilbake i arbeid innen ett år, mens det ikke gjaldt for dem som var på arbeidsavklaring.
- 87 prosent av pasientene rapporterer at Jobbfast har ført til positive endringer i deres psykiske helse.

*Kilde: Rapporten Jobbfast - Status og utfordringer etter 4 års drift, Helse Bergen sept. 2016*

igjen henge sammen med å utvikle psykiske helseplager, inkludert symptomer på posttraumatisk stress, sier Bjørkelo.

Hun understreker at funn kan komme an på hvem som utgjør utvalget i studien, og hvilke kritikkverdige forhold de ansatte har sagt fra om.

Ifølge advokat Kari Breirem, som har jobbet mye med varslerproblematikk, utsettes varsleren over tid for gjengjeldelse av subtil og til dels truende karakter.

– Min erfaring er at psykiske problemer oppstår i varierende grad, sier Breirem.

Forsker Johan Røed Steen i Fafo understreker at både norsk og internasjonal forskning har vist at det kan være belastende og ha helsemessige konsekvenser å være varsler.

Av de som ble møtt med sanksjoner, svarte 15 prosent i Fafo-undersøkelsen at de opplevde sanksjonene som så sterke at de ble sykemeldte, og 10 prosent svarte at de ble mobbet.

– De tallene er riktignok noe usikre da antallet som svarer det i undersøkelsen, ikke er så høyt at vi kan si at det ser akkurat slik ut i arbeidslivet som helhet, men det indikerer at det totalt gjelder ganske mange, sier Steen.

– Det mest krenkende var da spørsmålene og meningene mine ble latterliggjort

*Lærer Håkon Hubred*

### **KRENKENDE**

Pensjonert lærer Håkon Hubred forteller at han var langt nede da saken begynte å rulle i 2003.

– Det mest krenkende var da spørsmålene og meningene mine ble latterliggjort og stemplet som dumme og lite kloke, sier Hubred.

– Men jeg fikk aldri en psykisk knekk. Der var jeg heldig.

Ikke alle er like heldige. Nå behandler Jobbfast i Bergen 40 pasienter i året. Poliklinikken er for personer som har fått redusert helse etter konflikter, mobbing, trakassering og varsling. Halvparten av pasientene forteller at de har vært involvert i varslersaker.

Cecilie Thorsen mener Monika-saken, der etterforsker Robin Schaefer slo alarm i Bergenspolitiet, har ført til at ansatte og ledere de siste månedene har blitt mer bevisste på hva varslinger er.

Thorsen har arbeidet ved Jobbfast i to og et halvt år. Før det arbeidet hun poliklinisk, og hadde også konflikt- og mobbesaker. Og hun forteller at hun jobbet med varslersaker uten at hun forsto alvoret i dem. Hun har etter hvert fått klinisk erfaring med varslersproblematikk og sier at dette handler om både organisasjonspsykologi og klinisk psykologi.

– Det er viktig å ha interesse og forståelse for hvilke krefter som er i sving både i organisasjoner og mellommenneskelig, og hvordan makt kan utøves. Og vite om den enorme kraften varslersaker kan ha, sier Thorsen.

Hun peker på at varslere er i risikozonen for mobbing. Mobbing kan føre til depresjon, angst, søvnproblemer, muskel- og skjelettproblemer og symptomer på posttraumatisk stresslidelse.

– Varslere blir ofte desillusjonerte. Deres grunnleggende virkelighetsforståelse blir rokket ved. De blir mer i beredskap og på vakt.

### **TRENGER AKSEPT**

Klinikere som skal jobbe med varslersproblematikk, bør ifølge Cecilie Thorsen kjenne lovverket godt. I tillegg bør de vite om de psykologiske mekanismene i slike saker, mener hun.

– Mekanismene er viktigere enn diagnosene. Vi har historier med folk som går ut i bilen når de skal spise lunsjen sin. Utestengelsesmekanismen kjennes nesten livstruende.

En annen mekanisme hun påpeker, er når jobbidentiteten begynner å rakne.

– Dette tror jeg for min egen del at jeg undervurderte, før jeg møtte det på nært hold i Jobbfast. »

Den behandlingen som virker, er ifølge Thorsen at folk blir hørt.

– De trenger en bekreftelse på at det er i orden å reagere. De trenger å bli møtt på en respektfull og verdig måte. Det er dette de har savnet.

Jobbfast er inspirert av aksept- og forpliktelsesterapi (ACT), en såkalt tredjegerasjons atferdsorientert kognitiv psykoterapi, der man ifølge Thorsen legger vekt på hva som er viktige verdier i livet, og betydningen av dette for veien videre.

### OPPREISNINGEN

Idrettslærer Håkon Hubred forteller at han slapp å oppsøke psykolog de årene han måtte kjempe for rettferdighet. Han prioriterte den fysiske helsen.

– Jeg tok heller ikke en eneste pille. Fastlegen ringte og lurte på hvordan jeg hadde det. Det var viktig for meg. Og støtten fra familien var god, de visste om mine sterke og svake sider.

I tillegg fikk Hubred juridisk hjelp av høyesterettsadvokat Nils Storeng. Journalist Bjørn-Frode Løvlund i Hamar Arbeiderblad begynte å skrive om saken, som førte til at det gikk politikk i den. I mai 2007 vedtok fylkestinget, mot Arbeiderpartiets stemmer, at Gerd Liv Valla-gransker Jan Fougner skulle granske Hubred-saken.

Mandag 2. juli 2007, etter fire års kamp, kom oppreisningen for Håkon Hubred: Granskingsrapporten avslørte systemsvikt i fylkeskommunen. Fougner-utvalget konkluderte med at Hubred var en varsler.

– Da følte jeg en utrolig stolthet og glede over at jeg endelig fikk rett i at jeg hadde varslet lojalt og på en riktig måte, sier Hubred.

Daværende rektor ved Sentrum videregående skole, Egil Mangnes, ønsker ikke å kommentere Hubred-saken.

Fylkesdirektør Hanne Varhaug Søberg skriver i en e-post at Hedmark fylkeskommune behandlet saken for snevert som en personalsak og ikke som en varslersak.

– Det har vi beklaget (se innlegg side 1030).

Hubred fikk økonomisk erstatning og jobb i fylkeskommunen igjen. Nå er han pensjonist, men er engasjert i andre varslersaker.

### VARSLEROMBUD

– Som jeg og de fleste som har varslet har krevd i mange år nå, så må et varslerombud på plass. Et slikt ombud må selvfølgelig ha med seg et team av eksperter på blant annet arbeidsrett og psykisk helse, sier Hubred. Han får støtte fra psykologspesialist Cecilie Thorsen ved Jobbfast.

– Jeg er for varslerombud. Det er en del inhabilitet i vurderingen av varslersaker. Vi trenger en uavhengig instans som kan gi råd i konkrete saker. ✕

Se også innlegg om Hubred-saken på side 1030-1031.



**RETTSSIKKERHET** Et varslerombud kan bidra til å styrke varslernes rettssikkerhet, mener Erlend Wiborg (FrP). Foto: Stortinget/Terje Heiestad

## – Varslerombud kan være fornuftig

**ET VARSLEROMBUD KAN** bidra til å styrke varslernes rettssikkerhet, men også sørge for at varslingen foregår på korrekt måte, mener Erlend Wiborg (FrP), fraksjonsleder og første nestleder i arbeids- og sosialkomiteen på Stortinget.

Da Psykologtidsskriftet i slutten av oktober spurte regjeringspartiet Høyre om varslerombud, ble vi henvist til politisk ledelse i Arbeids- og sosialdepartementet. Der svarte statssekretær Christl Kvam (H) at regjeringen i løpet av høsten vil sette ned en ekspertgruppe / et utvalg som skal gjøre en helhetlig gjennomgang av dagens regelverk og komme med forslag til tiltak for hvordan varslervernet kan styrkes ytterligere.

– Det er naturlig at spørsmålet om det bør etableres et eget varslerombud, ses på i den sammenhengen, svarer Kvam.

### SKEPTISK

Medlem i arbeids- og sosialkomiteen Per Olaf Lundteigen (SP) er skeptisk.

– Et varslerombud vil bli en lynavleder for den makteliten som har skapt en organisasjon, kultur og ledelse i offentlig sektor som gjør folk mer og mer redde for å si fra internt og offentlig, slik at kursen kan korrigeres ut fra et faglig standpunkt.

SP-politikeren mener derfor det trengs en offentlig diskusjon om alternativer til New Public Management i offentlig virksomhet.

# RÅD TIL PSYKOLOGER SOM VIL VARSLE

- 1 Du har rett og plikt til å varsle. Følg lovverket, psykologers etiske retningslinjer og samvittigheten din.
- 2 Du må varsle etter de interne retningslinjene i bedriften eller organisasjonen din.
- 3 Varsling er en risikosport. Tenk deg nøye om.
- 4 Ikke kjør saken i media.
- 5 Prøv å løse saken på lavest mulig nivå, internt i organisasjonen.
- 6 Vær nøye på å varsle i linje.
- 7 Ikke gå alene i møter.
- 8 Sørg for at alt er skriftlig: innkallinger til møter, møteagenda og referater som alle har godkjent.
- 9 Ikke opptre konflikteskalerende.
- 10 Søk støtte hos kollegaer du stoler på.

Psykologer kan også ha rollen som **utøver** av kritikkverdige forhold, rollen som **passiv kollega**, rollen som **mottaker** av et varsel og rollen som **hjelper** i varslingsaker. Alle disse rollene deler lovverk som omhandler helsepersonell og arbeidsmiljø.

*Kilde: Matthiesen, S.B., & Bjørkelo, B. (2008). Sladrebank skal selv ha bank. Om «whistleblowing» i norsk arbeidsliv. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 45(3), 318-328.*



**GIR RÅD** Rådene er samlet fra psykologspesialist Cecilie Thorsen, psykolog og førsteamanuensis Brita Bjørkelo og advokat Kari Breirem. Foto: Helse Bergen/Politihøgskolen/Advokat Hallgren

# - IKKE SETT RUSAVHENGIGE I BUR

Fagfolk i rusfeltet støtter at rusavhengige skal få helsehjelp, ikke straff. Psykologspesialist Jon Siverts vil avkriminalisere tyngre narkotiske stoffer.

TEKST Øystein Helmikstøl

## Bakgrunn

- Rundt 260 personer dør av overdose hvert år i Norge.
- I 2015 ble det registrert 289 narkotikautløste dødsfall blant bosatte i Norge.
- Norge har de siste årene hatt blant de høyest registrerte forekomstene av narkotikautløste dødsfall per innbygger i Europa.
- Fire av fem dødsfall skyldes inntak av rusmidler med sprøyte.
- Overdosedødsfall vurderes som et alvorlig folkehelseproblem.

Kilde: Helsedirektoratet

- **DET ER** på høy tid at vi endrer vår destruktive narkotikapolitikk.

Det sier psykolog Jon Siverts til *Psykologtidsskriftet*. Han er spesialist med fordypningsområde *rus- og avhengighetspsykologi* og har jobbet poliklinisk med ungdom og unge voksne med rusmiddelrelaterte problemer og psykiske lidelser i over 20 år.

– Krigen mot narkotika, annonsert av Nixon i 1969 og fulgt opp av Norge og andre land i den vestlige verden, har først og fremst vært en krig mot narkomane og de svakeste i samfunnet. Omkostningene har vært formidable, sier Siverts.

### VIL HA NY POLITIKK

FNs narkotikakonvensjon fra 1961, som forplikter de undertegnende landene til å forby bestemte narkotiske stoffer, har fått stadig økende kritikk fra medlemsland og uavhengige organisasjoner de siste årene.

Det er på tide å skrote tradisjonell narkotikapolitikk, mener redaktørene Fiona Godlee og Richard Hurley i det medisinske tidsskriftet *TheBMJ* (tidligere kjent som *British Medical Journal*), et av verdens mest innflytelsesrike vitenskapelige tidsskrifter. Innlegget ble plukket opp av forskning.no i Norge.

I samme utgave av *TheBMJ* skriver også to medlemmer av Global Commission on Drug Policy – et panel av tidligere statsledere og andre innflytelsesrike folk. Det er godt dokumentert at forbudsstrategien har feilet, skriver Ruth Dreifuss, tidligere statsoverhode i Sveits, og Pavel Bém, tidligere borgermester i Praha.

Helse- og omsorgsminister Bent Høie (H) la 5. oktober fram et nytt forslag til Høyres programkomité, der han vil at narkomane skal få helsehjelp i stedet for bøter og fengsel. Han ønsker at ansvaret for narkotikabrukere ligger i helsetjenesten, ikke justissektoren. Helseministeren er inspirert av erfaringene fra Portugal. Der har helse- og sosialsektoren det juridiske ansvaret for de som tas for bruk og besittelse av narkotika.

### FÅR STØTTE

– Jeg kan ikke se at noen er tjent med at brukerne kriminaliseres.

Det sier psykologspesialist Halvor Kjølstad, som har jobbet med rus og/eller psykisk helsevern i 40 år. Han har blant annet vært direktør i AKAN



**VIL HA NY RUSPOLITIKK** Det er på tide å hjelpe de heroinavhengige over fra intravenøs bruk til heroinrøyking i lovlige offentlige røykerom, og vi må slutte å sette rusmiddelavhengige i bur, mener psykologspesialist Jon Siverts. Foto: Bærum DPS



**KRITISERER** Psykologspesialist Halvor Kjølstad er kritisk til at regjeringen velger å videreføre rusfeltet som en særomsorg der døgnbehandling fortsatt i stor grad skal foregå langt borte fra der hvor folk hører hjemme. Foto: Arkiv

(initialord for *Arbeidslivets komité mot alkoholisme og narkomani*) og ved Blå Kors senter i Oslo, og vært fagsjef for voksenpsykiatrien i Telemark.

– Regjeringen har et skjevt og uheldig fokus når det gjelder rusproblematikk, mener Kjølstad.

Psykologspesialist Jon Siverts påpeker at flertallet i Straffelovkomisjonen på begynnelsen av 2000-tallet gikk inn for avkriminalisering av kjøp, bruk og besittelse av narkotika til eget bruk. Det ble hevdet at strafferettslige tiltak er dårlig egnet til å oppnå helsepolitiske og sosialpolitiske mål.

– De hadde helt rett. Men politikerne turte ikke å høre på dem. Ikke før nå, for nå forandrer verden seg raskt rundt oss, sier Siverts, som viser til at de ivrigste talsmenn for en endring av narkotikapolitikken kommer fra høyreliberal hold.

– Da er det ikke så underlig at konservative Norge omsider gjør små endringer i narkotikapolitikken.

### AVKRIMINALISERING

Psykologspesialisten viser til at flere land har endret sin narkotikapolitikk de siste årene. Uruguay er det første landet i verden som har legalisert ikke-medisinsk bruk av cannabis. Sveits har tillatt heroin i behandlingen av de tyngste heroinmisbrukerne, og stadig flere amerikanske stater legaliserer cannabisbruk.

– Vi blir nødt til å legalisere rusmidler som åpenbart er langt mindre farlige enn det legale rusmiddelet alkohol. Vi bør ha en strengt regulert omsetning. De tyngre stoffene bør avkriminaliseres. Makten må fjernes fra narkotikakartellene, sier Siverts, som også er for røykerom for heroin.

Så langt vil ikke helseministeren gå. Heller ikke Halvor Kjølstad er for legalisering.

– Vi har nok legale rusmidler som det er, sier Kjølstad, som vil at diskusjonen i mye større grad skal rettes mot det legale rusmiddelet alkohol.

– Det er stadig alkohol som brukes av flest, skader og dreper flest. Man bør i mye større grad rette oppmerksomheten mot skadevirkninger forbundet med alkoholbruk, ikke minst blant folk som ikke er definert som alkoholikere eller langtkomne misbrukere, sier Kjølstad.

### KONSEKVENSER

Hovedargumentet mot avkriminalisering av narkotika er risikoen for økt forbruk av rusmidler.

– Internasjonale studier viser at den frykten er betydelig overdrevet. I Portugal har forbruket faktisk gått ned, sier Jon Siverts.

– Jeg ser ingen negative konsekvenser ved å endre narkotikapolitikken i en mer human retning, slik Høie annonserer.

Det finnes ingen offisielle tall på hvor mye bekjempelse av narkotikakriminalitet koster i Norge. Rådgiverne Eirik Løkke og Torstein Ulsrød i tankesmien Civita har laget et løst estimat på mellom 3 og 5 milliarder i året. Hvis bare en mindre del av et slikt beløp ble satt inn på helsetiltak, ville gevinsten bli betydelig, ifølge Siverts.

– Vi som jobber i hjelpeapparatet får kanskje mer å gjøre? Samfunnet må kanskje forplikte seg til i større grad å gi god behandling, poliklinisk og på døgninstitusjoner og, ikke minst, gi et langt bedre ettervernstilbud enn det vi har i dag.

Ifølge Halvor Kjølstad er den kliniske virkeligheten at det psykiske helsevernet er fullt av rusproblematikk, mens rusfeltet er befolket av brukere med til dels store psykiske plager.

– Mange brukere blir kasteballer mellom fagfeltene. ✘

Se også temaseksjonen om rus og psykisk helse på side 993.





## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2016 S. 986-992 FAGFELLEVDERT

STINE REIERSEN<sup>a</sup>, STIAN SOLEM<sup>a,b</sup>, ROGER HAGEN<sup>a</sup> og PETER FISHER<sup>b,c</sup><sup>a</sup> NTNU, <sup>b</sup> St. Olavs, Trondheim, Norway, <sup>c</sup> University of Liverpool

KONTAKT stine.reiersen.89@gmail.com

# METAKOGNISJONER OG SYMPTOMER PÅ KROPPSDYSMORFISK LIDELSE

Metakognisjoner kan være en viktig opprettholdende faktor i psykiske lidelser. Denne studien tyder på at metakognisjoner, unngåelse og sikringsatferd er sentralt ved kroppsdysmorfisk lidelse.

Kroppsdysmorfisk lidelse (BDD) er en psykisk lidelse karakterisert ved en overdreven opptatthet og overdrivelse av en ikke-eksisterende, eventuelt minimal fysisk defekt ved eget utseende. I DSM-5 (APA, 2013) er det fire diagnostiske kriterier for BDD: 1) Personen er overopptatt med en eller flere opplevde defekter/feil i fysisk utseendet som ikke er fremtredende, eller som virker ubetydelig for andre. 2) At personen har utført repeterende atferd i respons til tankene om utseendet. Dette kan være sjekking i speil, overdreven sminking/stell, hudplukking og at man søker beroligelse fra andre. Det kan også være mentale handlinger som at man sammenligner eget utseendet med andres. 3) Fokuset på utseende skaper tydelig ubehag og forstyrrelser. 4) Lidelsen er ikke bedre forklart av bekymringer rundt vekt eller spiseforstyrrelser. Videre spesifiserer DSM-5 hvorvidt lidelsen er preget av muskeldysmorf (fokus på at man ikke har store nok muskler), og hvor god innsikt man har.

Personer med BDD er ofte opphengt i hudens utseende (f.eks. arr og kviser) eller kroppsdeler (f.eks. lår, mage, nese, bryster). Lidelsen er mest vanlig hos personer mellom 15 og 30 år. BDD har ofte blitt framstilt som mer vanlig hos kvinner enn menn, men dette er uklart. Fysisk og psykisk mishandling i barndommen, seksuelle traumer og familiemedlemmer med tvangslidelse (OCD) kan være mulige risikofaktorer for utvikling av BDD (APA, 2013). Flere med BDD oppsøker plastiske kirurger, tannpleiere

## ABSTRACT

### *Metacognitions and body dysmorphic disorder symptoms*

It is important to investigate whether metacognition is related to body dysmorphic disorder (BDD) as this has been found in related disorders such as obsessive-compulsive disorder. Our study tested whether metacognition along with unhelpful coping behaviors and avoidance explained significant variance in BDD symptoms after controlling for age, gender, and symptoms of anxiety and depression. The sample consisted of 222 Norwegian participants recruited through social media. A regression analysis found metacognitions, unhelpful coping, and avoidance behavior to be significant predictors of BDD symptoms. The results support a metacognitive understanding of BDD. Future research should further develop a metacognitive model of BDD and systematically evaluate the effect of metacognitive therapy for BDD.

*Keywords: body image, BDD, metacognition, coping, avoidance*

og dermatologer i håp om å kurere problemet sitt. Prevalenstall på lidelsen har vist seg å være mellom 1 og 2,5 % (Koran, Abujaoude, Large, & Serpe, 2008; Rief, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen, & Brähler, 2006; Veale, & Neziroglu, 2010). Det kan også være visse kulturelle variasjoner ved BDD både med tanke på prevalens og hvilke aspekter av utseendet som det fokuseres på (f.eks. øyelokkoperasjoner i asiatiske land).

I DSM-5 kategoriseres BDD som en lidelse relatert til OCD, da det er betydelig overlappende symptomer mellom disse. Overdreven opptatthet av eget utseende og dets opplevde defekter samt den tilhørende sikringsstrategien i BDD bærer stor likhet med tvangstanker og tvangshandlinger. Tvangsmessige kognisjoner som perfektjonisme og overdreven ansvarsfølelse har blitt foreslått som viktige i utviklingen og opprettholdelsen av OCD (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2005). Siden BDD og OCD er nært relatert til hverandre med tanke på symptomer, er det rimelig å forvente lignende bidragende variabler ved BDD som sett ved OCD. En studie har også funnet at tvangsmessige kognisjoner korrelerer med BDD-symptomer (Lavell, Farrell, Zimmer-Gembeck, 2014). Mer spesifikt fant studien at opplevd viktighet av tanker og behov for å kontrollere tanker (metakognitive begreper) sammen med sosial angst, kjønn og innsikt, var assosiert med BDD-symptomer. Personer med lav innsikt og kvinner rapporterte mer symptomer på BDD enn menn. Perfektjonisme og overdreven ansvarsfølelse var imidlertid ikke assosiert med BDD-symptomer. Dette funnet passer overens med OCD-forskning som antyder at metakognisjoner (tanker om tanker) forklarer en større andel av variasjonen i OCD-symptomer enn vanlige kognisjoner som perfektjonisme og overdreven ansvarsfølelse (Solem, Myers, Fisher, Vogel, & Wells, 2010).

Den metakognitive modellen for psykiske lidelser anskueliggjør hvordan et kognitivt oppmerksomhetssyndrom (KOS) kan linkes til angst og depresjon (Wells, 2009). KOS rommer flere maladaptive strategier: 1) bekymring/grubling, 2) trusselmonitorering og 3) forsøk på å kontrollere uønskede tanker med unngåelse og sikringsstrategier. Sikringsstrategier er atferd som benyttes når man befinner seg i en angstprovoserende situasjon i håp om å regulere ned ubehaget. Unngåelse er en stra-

tegi for å slippe unna slike angstprovoserende situasjoner.

KOS drives av to typer metakognisjoner: (1) positive metakognisjoner knyttet til nytteverdien av grubling og bekymring (f.eks. grubling/bekymring vil hjelpe meg med å mestre fremtidige problemer) og (2) negative metakognisjoner om at tanker er ukontrollerbare og har en ødeleggende effekt på individet (f.eks. at jeg klarer ikke å kontrollere mine bekymringer/jeg blir gal hvis jeg ikke klarer å stoppe mine bekymringer). Om man har både positive og negative metakognisjoner, vil dette kunne oppleves som en konflikt, som typisk medfører videre bekymring. Unngåelse vil være uheldig for personen med BDD da det kan medføre at man hele tiden må tenke på hva man gjør, og opplevde farer. På denne måten kan unngåelse medføre at man er i konstant alarmberedskap. På lignende måte vil også sikringsstrategier være uheldig og opprettholde symptomene. Om man for eksempel bruker alkohol for å slippe unna de vanskelige tankene, lærer man ikke en hensiktsmessig måte å forholde seg til disse tankene på. Samtidig vil slike sikringsstrategier kunne medføre nye problemer. Det kan blant annet medføre at troen på at man ikke kan utøve kontroll over sine tankeprosesser, forsterkes. Det foreligger flere ulike empiriske undersøkelser av metakognitiv teori (Wells, 2009) og metakognitiv terapi (Normann, van Emmerick, & Morina, 2014).

Ulike konstrukturer fra metakognitiv teori som selvfokusert oppmerksomhet og grubling har blitt foreslått som viktige i å forstå hvorfor BDD utvikles og opprettholdes (Veale, 2004). Sammen med tvangsmessig sikringsstrategi og unnvikelsesatferd kan dette være prosesser som opprettholder BDD. I tråd med dette fant Cooper og Osman (2007) at personer med BDD rapporterer forsøk på å kontrollere egne tanker. Videre beskrev de forsøk på å kontrollere tanker med distraksjon samt at de prøvde å få tak i tidligere positive minner for å bekjempe negative tanker. Disse sikringsstrategiene så ut til å øke deres selvbevissthet og minske deres selvtillit, noe som i sin tur så ut til å forverre BDD-symptomene. Intervjuene avdekket også at grubling var vanlig blant disse personene.

Det er viktig å undersøke hvorvidt metakognisjoner og relatert atferd kan forklare BDD-symptomer da dette har blitt funnet ved OCD (Solem et al., 2010). Om metakognisjoner er vik-

tige også for BDD, vil dette ha implikasjoner for hvordan vi forstår og behandler lidelsen. Basert på den metakognitive modellen for psykiske lidelser fremsatte vi hypotesen om at metakognisjoner sammen med sikringsstrategier og unnvikelse ville forklare signifikant varians i BDD-symptomer. Samtidig ønsket vi å kontrollere for andre relevante variabler som kjønn, alder og symptomer på angst og depresjon. Dette er den første studien som undersøker hvorvidt metakognisjoner, som definert av Wells (2009), er relatert til symptomer på BDD.

## METODE

### Deltakere og prosedyre

Utvalget bestod av 222 deltakere i alderen 18 til 69 med en gjennomsnittsalder på 32,0 ( $SD = 9,4$ ). Utvalget bestod av 46 (20,7 %) menn og 176 (79,3 %) kvinner. Totalt var 61,7 % arbeidstakere, 36,5 % var studenter, og 1,9 % var pensjonerte eller mottok bidrag fra NAV. 28,4 % var enslige, og 71,6 % var i et forhold. Enkelte hadde opplevd psykiske vansker som sosial angst (13,5 %), spiseforstyrrelser (12,6 %) og OCD (0,9 %). Dataene ble innhentet anonymt via sosiale medier. Det var ingen spesifiserte kriterier for inklusjon eller eksklusjon. Alle interesserte var velkommen til å delta i spørreundersøkelsen. Surveyprogrammet tillot ikke manglende responser på spørreleddene.

### Måleinstrumenter

The Body Image Disturbance Questionnaire (BIDQ; Cash, Phillips, Santos, & Hrabosky, 2004) ble utviklet ved å endre formatet og ordlyden på The Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (Dufresne et al., 2001; Phillips, 1996), som har blitt brukt til klinisk screening av BDD. Målet består av syv ledd som vurderes på en skala fra 1 til 5: 1) bekymring for del(er) av kroppen som oppleves som uattraktiv(e), 2) overopptatthet av disse «defektene», 3) at det gir emosjonelle plager, 4) at det gir forstyrrelser sosialt, jobbmessig eller ved andre viktige livsområder, 5) forstyrrelser for sosialt liv, 6) forstyrrelser ved skole og jobb, og 7) unnvikelse. Gjennomsnittskåren for disse syv leddene summeres til en totalskåre fra 1 til 5. Måleinstrumentet har blitt dokumentert som valid og reliabelt (Cash et al., 2004). BDD ligger ved den ekstreme enden av denne skalaen. De åpne spørsmålene i BIDQ ble ikke inkludert i vår undersøkelse. Cronbachs alpha for BIDQ var 0,90.

The Generalized Anxiety Disorder-2 Scale (Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, Löwe, 2007) ble brukt for å måle angst og bekymring. To ledd måler følelsen av å være nervøs og engstelig samt at man ikke klarer å stoppe eller kontrollere bekymring. En skala fra 0 til 3 brukes for å vurdere frekvensen av slike symptomer. De to leddene har blitt funnet å ha høy sensitivitet og spesifisitet for generalisert angstlidelse (Kroenke et al., 2007). Cronbachs alpha for GAD-2 var 0,79.

The Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2; Kroenke, Spitzer, & Williams, 2003) bruker de to første leddene av PHQ-9. En skala fra 0 til 3 brukes for å vurdere frekvensen av depressive symptomer. Begrepsvaliditet og kriterievaliditet har blitt dokumentert for PHQ-2, og målet kan brukes for screening av depresjon (Kroenke, Spitzer, & Williams, 2003). Cronbachs alpha for PHQ-2 var 0,86.

Vi utviklet vårt eget spørreskjema for metakognisjoner, sikringsstrategier og unnvikelse. Det eksisterer ulike validerte spørreskjemaer for metakognisjoner, for eksempel Metacognition Questionnaire (MCQ). MCQ »



Vi fremsatte hypotesen om at metakognisjoner sammen med sikringsstrategier og unnvikelse ville forklare signifikant varians i BDD-symptomer



Om man opplever å ikke kunne kontrollere bekymringen sin samt er bekymret for uheldige konsekvenser av å bekymre seg, så er dette assosiert med mer BDD-symptomer

måler imidlertid generiske metakognisjoner som tenkes å være viktig på tvers av ulike problematikker. Vi ønsket derimot å se på metakognisjoner som kan være mer spisset mot BDD. Et spørreskjema ble derfor utviklet med utgangspunkt i kliniske spørreskjemaer som OCD-S og GAD-S (brukes i metakognitiv terapi for tvangslidelse og generalisert angstlidelse) samt basert på klinisk erfaring med pasientgruppen. Spørreskjemaet benytter hovedsakelig de samme spørsmålene som i disse eksisterende skalaene, men inkluderer også spesifikke utsagn om utseendet. Skjemaet består av fem ulike aspekter. Det første spørsmålsleddet spør om hvor mye forstyrrelser BDD-tanker gir. Det andre leddet måler bruk av tid til analysing av slike tanker. Det tredje leddet måler 26 ulike sikringsstrategier brukt for å mestre disse tankene (f.eks. å stirre i speilet eller påføre sminke). Cronbachs alpha for sikringsstrategiene var 0,93. Vi valgte å inkludere så mange forskjellige varianter av sikringsstrategier for å kunne undersøke hvilke som var mest brukt. Utvelgelsen av disse leddene var basert på klinisk arbeid med pasientgruppen. Det fjerde leddet måler unnvikelsesatferd i åtte ulike situasjoner (f.eks. jobb, sosiale situasjoner og skole) som kan unngås grunnet BDD-tanker. Cronbachs alpha for unnvikelsesatferd var 0,88. Det femte leddet måler ni ulike metakognisjoner: 1) Jeg har ikke kontroll over min bekymring/grubling, 2) dersom jeg tenker at jeg er stygg/defekt, så betyr det at det er sant, 3) det er viktig å tenke at jeg er pen, 4) hvis jeg tenker/grubler for mye, kan jeg miste kontroll, 5) hvis jeg analyserer tankene/følelsene mine om utseende finner jeg svar, 6) bekymring/grubling hjelper meg å løse problemene mine, 7) bekymring hjelper meg å mestre og være mer forberedt, 8) bekymring om utseende stresser kroppen min, 9) bekymring om utseende ødelegger livet mitt. Spørsmålsledd 3, 5, 6 og 7 representerer positive metakognisjoner, mens de øvrige er negative metakognisjoner. Høye skårer på disse metakognisjonene (både positive og negative) vil indikere mer dysfunksjonelle metakognisjoner, mens lave skårer vil tyde på adaptive metakognisjoner. Cronbachs alpha for metakognisjonene var 0,82.

## RESULTATER

Snittskåren for BIDQ i utvalget var 1,79 ( $SD = 0,70$ ), og 5,4 % hadde en snittskåre på 3,0 eller mer, noe som kan indikere at personene kvalifiserer for en BDD-diagnose. De vanligste fokusområdene for selvrapporterte bekymringer var midje ( $n = 43$ ), figur ( $n = 33$ ), hud ( $n = 28$ ), hofte/rumpe ( $n = 28$ ), lår ( $n = 27$ ), ansiktstrekk ( $n = 25$ ) og bryster ( $n = 20$ ). De mest vanlige sikringsstrategiene var å: sjekke seg i speilet, stelle/pynte seg, sminke seg, skifte klær, skjule noe, sammenligne seg med andre, berøre kroppsdelen, prøve å ikke tenke på tankene, posisjonere seg og fikse håret. De vanligste unngåelsesstrategiene var at man unngikk sosiale situasjoner og fotografering.

Snittskåren på PHQ-2-skåre var 1,00 ( $SD = 1,31$ ) og for GAD-2 1,16 ( $SD = 1,26$ ). Begge disse symptommålene viste signifikant korrelasjon med BIDQ ( $r = 0,38$  og  $0,33$ ). BIDQ viste også signifikante korrelasjoner med opplevd ubehag av BDD-tanker ( $r = 0,78$ ), dveling ved BDD-tanker ( $r = 0,68$ ), sikringsstrategier ( $r = 0,51$ ), unnvikelse ( $r = 0,44$ ) og metakognisjoner ( $r = 0,48$ ).

Multiple regresjonsanalyser ble utført for å undersøke faktorer som forklarte varians i BIDQ. Alle variabler (kjønn, alder, angstsymptomer, depresjonssymptomer, metakognisjoner, sikringsstrategier og unngåelse) ble lagt inn i samme steg. Justert R square for modellen var 0,38. Signifi-

kante unike prediktorer var kjønn (kvinner), høyere alder, angst/bekymring, dysfunksjonelle metakognisjoner, sikringsstrategier og unngivelse. Symptomer på depresjon var den eneste ikke-signifikante prediktoren. En oppsummering av regresjonsanalysen vises i tabell 1.

Regresjonsanalysen ble repetert, men denne gangen la man inn hver enkelt metakognisjon i stedet for totalskåren, for å undersøke hvilke metakognisjoner som var mest unike i å forklare BDD-symptomer. Opplevelse av ukontrollerbar grubling og bekymring viste seg som den viktigste metakognitive faktoren for å forklare symptomer på BIDQ ( $p < 0,001$ ).

### DISKUSJON

En tidligere studie har vist at opplevd viktighet av tanker og behov for å kontrollere tanker (metakognisjoner) kan være betydningsfullt for personer med BDD-symptomer (Lavell et al., 2014). Vår studie antyder videre at metakognisjoner om ukontrollerbare tanker og fare knyttet til bekymring, samt sjekkeatferd og unngivelse er viktige prediktorer for BDD-symptomer. Med andre ord, om man opplever at man ikke kan kontrollere bekymringen sin, samt er bekymret for uheldige konsekvenser av å bekymre seg, så er dette assosiert med mer BDD-symptomer.

Ulike sikringsstrategier er allerede beskrevet i diagnosekriteriene for BDD (f.eks. sjekke seg i speilet, ordne på utseendet, plukke hud, sammenligne seg med andre og at man ber om beroligelse fra andre). Unngivelse og metakognisjoner er imidlertid ikke direkte benevnt som en del av de diagnostiske kriteriene. Unngivelse av sosiale og seksuelle situasjoner benevnes imidlertid ofte i kasusbeskrivelser. Funnene tyder på at jo mer man gjør av sikringsstrategier og unngivelsesatferd, dess mer symptomer på BDD rapporteres. Dette kan indikere at klinisk arbeid med BDD bør fokusere på å redusere bruk av slike strategier. Resultatene kan også tyde på at det kan være viktig å adressere dysfunksjonelle metakognisjoner og bekymring. I likhet med andre psykiske lidelser ser det ut til at opplevelsen av å ikke kunne kontrollere sin egen bekymring er sentral.

Metakognitiv terapi vil hevde at man ikke trenger å arbeide med de spesifikke tankene om defekter/feil i utseendet (tankeinnhold), men at man heller bør skifte strategiene man benytter i respons til disse tankene. Metakognitiv terapi har som fokus å arbeide med slike metakognisjoner knyttet til bekymring og grubling samt trusselmonitorering og andre maladaptive sikringsstrategier. En metaanalyse tyder på at dette kan være en effektiv terapiform for ulike angstlidelser og ved depresjon (Normann et al., 2014). Det vil imidlertid kreves videre klinisk forskning for å avklare hvorvidt metakognitiv terapi vil være effektivt for BDD.

Resultatene fra vår studie må imidlertid tolkes med forsiktighet da utvalget ikke ble rekruttert på en systematisk måte. Dermed er det usikkert hvem utvalget er representativt for. Det var også en skjevhet i kjønnsfordelingen i utvalget, der majoriteten var kvinner. BIDQ-skårene var imidlertid sammenlignbare med tidligere forskning gjort på medisinstudenter (Taqui et al., 2008). En annen svakhet ved studien er at spørreskjemaet for måling av metakognisjoner ikke har blitt brukt i andre studier, slik at den psykometriske kvaliteten bør etterprøves i flere studier. I tillegg er det en svakhet at utvalget ikke har gjennomgått noen form for diagnostisering av en kliniker. Det kan derfor stilles spørsmål om hvorvidt man vil finne de samme resultatene i et klinisk utvalg. Enda et uheldig aspekt ved undersøkelsen er at BIDQ også bruker unngivelse

**Tabell 1** Prediktorer av BDD-symptomer

|                    | $\beta$ | $\tau$ | Sign  |
|--------------------|---------|--------|-------|
| Kjønn              | 0,13    | 2,43   | 0,016 |
| Alder              | 0,16    | 2,82   | 0,005 |
| GAD-2*             | 0,20    | 3,01   | 0,003 |
| PHQ-2**            | 0,00    | 0,03   | 0,979 |
| Metakognisjon      | 0,24    | 3,41   | 0,001 |
| Sikringsstrategier | 0,22    | 2,93   | 0,004 |
| Unngivelse         | 0,15    | 2,21   | 0,028 |

\*GAD-2 = Generalized Anxiety Disorder-2 Scale

\*\*PHQ-2 = Patient Health Questionnaire-2

»

som et symptom på BDD. Slik sett kan man stille spørsmål ved å bruke unngåelsesatferd som en prediktor når det også inngår i den avhengige variabelen. Resultatene av regresjonsanalysen blir imidlertid de samme om man fjerner unngåelse fra BIDQ-skåren. Fremtidige studier bør også inkludere kliniske kontrollgrupper for å undersøke hvorvidt disse metakognisjonene faktisk er unike for BDD, eller om de eksisterer på tvers av diagnosegrupper.

### KONKLUSJON

Metakognisjoner knyttet til ukontrollerbar bekymring, unngåelsesatferd og sikringsatferd viste seg å være relatert til BDD-symptomer. Fremtidig forskning bør se nærmere på hvorvidt kognisjoner eller metakognisjoner kan bidra til utviklingen og opprettholdelsen av BDD.

Om funnene sammenfaller med forskning på OCD, som tilsier at metakognisjoner forklarer mer unik varians i symptomer enn kognisjoner som perfektjonisme og overdreven ansvarsfølelse (Solem et al., 2010), kan metakognitiv terapi være en ny, lovende behandling av lidelsen. Denne tanken understøttes av en nylig studie som har vist at metakognitiv terapi var effektiv i behandling av BDD (Rabiei et al., 2012). Mer forskning behøves imidlertid for å teste den metakognitive modellen ved BDD og om metakognitiv terapi er en effektiv behandlingstilnærming. ✘

### REFERANSER

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Cash, T.F., Phillips, K.A., Santos, M.T., & Hrabosky, J.I. (2004). Measuring “negative body image”: validation of the Body Image Disturbance Questionnaire in a nonclinical population. *Body Image, 1*, 363–372. doi:10.1016/j.bodyim.2004.10.001
- Cooper, M., & Osman, S. (2007). Metacognition in body dysmorphic disorder – a preliminary exploration. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 21*, 148–155. doi: 10.1891/088983907780851568
- Dufresne, R.G., Phillips, K.A., Vittorio, C.C., & Wilkel, C.S. (2001). A screening questionnaire for body dysmorphic disorder in a cosmetic dermatologic surgery practice. *Dermatologic Surgery, 27*, 457–462.
- Koran, L.M., Abujoude, E., Large, M.D., & Serpe, R.T. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS spectrums, 13*(4), 316.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Medical Care, 41*, 1284–1292.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., Williams, J.B., Monahan, P.O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine, 146*, 317–325. doi:10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004
- Lavell, C.H., Farrell, L.J., Zimmer-Gembeck, M.J. (2014). Do obsessional belief domains relate to body dysmorphic concerns in undergraduate students? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 3*, 354–358. doi:10.1016/j.jocrd.2014.10.001
- Normann, N., van Emmerik, A.A.P., & Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review. *Depression and Anxiety, 31*, 402–411. doi: 10.1002/da.22273
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (2005). Psychometric validation of the obsessive belief questionnaire and interpretation of intrusion inventory – part 2: factor analyses and testing of a brief version. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1527–1542. doi: 10.1016/j.brat.2004.07.010
- Phillips, K.A. (1996). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press.
- Rabiei, M., Mulkens, S., Kalantari, M., Molavi, H., & Bahrani, F. (2012). Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: Acceptability and proof of concept. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 43*, 724–729. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.09.013
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A., & Brahler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological medicine, 36*(6), 877–886. doi:10.1017/S0033291706007264
- Solem, S., Myers, S.G., Fisher, P.L., Vogel, P.A., & Wells, A. (2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 79–86. doi:10.1016/j.janxdis.2009.08.009
- Taqi, A.M., Shaikh, M., Gowani, S.A., Shahid, F., Khan, A., Tayyeb, S.M. ..., Naqvi, H.A. (2008). Body Dysmorphic Disorder: Gender differences and prevalence in a Pakistani medical student population. *BMC Psychiatry, 8*(20). doi: 10.1186/1471-244X-8-20
- Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioral model of body dysmorphic disorder. *Body Image, 1*, 113–125. doi: 10.1016/S1740-1445(03)00009-3
- Veale, D., & Neziroglu, F. (2010). *Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual*. West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.

# RUS OG PSYKISK HELSE

Hvordan kan psykologer best hjelpe mennesker som sliter med rus og ofte også psykiske lidelser? Fire artikler belyser forekomst, utredning, behandling og familieveiledning knyttet til rus og psykisk helse.

## BIDRAG

Hanne Jacobsen Lillevold: *Mellom to stoler. Utfordringer ved behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse.*

Eline Borger Rognli et al.: *Å skille rus og psykopatologi. Diagnoseintervjuet PRISM i norsk elektronisk versjon*

Tina Gravdal & Hans Aleksander Bjerke: *En vei ut av kaos. Behandling av pasienter med ROP-lidelser med Metodikk for prosessevaluering*

Aniela Wisniew Woldseth: *Samspillsterapi på rusinstitusjon*







# Mellom to stoler

## Utfordringer ved behandling av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse

Rusbehandling og psykologisk behandling er organisert hver for seg. Dette skaper problemer for pasienter med begge typer utfordringer.

**M**ye tyder på at en stor andel av pasienter med ruslidelse har en samtidig psykisk lidelse. Rusbruk kan fungere kamuflerende og villedende på et eventuelt underliggende symptombilde, og symptomer som følger med en ruslidelse, kan forveksles med symptomer på en psykisk lidelse. Det kan således være vanskelig og tidkrevende å få et tydelig og helhetlig diagnostisk bilde i møte med pasienter med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, ofte samlet under begrepet ROP-lidelse. Bildet kan være sammensatt, og det kan være behov for behandling av begge lidelser samtidig. Dette utfordrer et behandlingssystem som bygger på en inndeling i separate og spesialiserte enheter, der feltene rus og psykisk helsevern anses som to forskjellige felter med egen avdelings- eller divisjonstilhørighet. Denne organiseringen forutsetter at det på henvisningstidspunktet er tydelig hvilken avdelingstilhørighet pasienten skal ha. I denne artikkelen vil jeg gjennomgå et utvalg av studier av sammenhenger mellom ruslidelser og psykiske lidelser som belyser ulike utfordringer og funn knyttet til det å

skille symptomer som følge av en ruslidelse fra symptomer på en psykisk lidelse. I lys av disse funnene vil jeg diskutere anbefalt behandling for pasienter med ROP-lidelser, og stille spørsmål ved hvorvidt ROP-pasientgruppen egentlig får et hensiktsmessig og godt behandlingstilbud under dagens delte organisering av fagfeltene rus og psykisk helse.

### ROP-DIAGNOSTIKKENS UTFORDRINGER

Begrepet «ROP-lidelse» beskriver et svært bredt og variert spekter av symptomer og problemområder. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2012) gir følgende eksempler på sammenhenger mellom samtidig ruslidelse og psykisk lidelse:

- Primær ruslidelse og sekundære psykiske problemer
- Primær psykisk lidelse og sekundære rusmiddelproblemer
- Felles utløsende faktorer
- Andre sammenhenger og ulike kombinasjoner

### TEKST

Hanne Jacobsen  
Lilleveld,  
psykologspesialist,  
Psykoepoliklinikken,  
Nydalen DPS, Oslo  
universitetssykehus

### KONTAKT

hannejl@gmail.com

### ILLUSTRASJONER

Pixabay.com  
(bearbeidet av  
Psykologtidsskriftet)





Det er ikke uvanlig for en rusmisbruker å underrapportere sitt bruk, og heller ikke uvanlig at pasienten selv ikke ser en sammenheng mellom symptomene hun eller han opplever og sitt rusbruk

Med en *primær ruslidelse* menes psykiske lidelser eller atferdsforstyrrelse som er forårsaket av rusbruk, og som dekkes av rusdiagnosene (F10–19) i ICD-10. Ved en *primær psykisk lidelse* antas rusbruken å ha utviklet seg sekundært til en psykisk lidelse, for eksempel i form av selvmedisinering som demper eller endrer opplevelsen av psykiske vanskeligheter og utfordringer. Skillet mellom når sekundær rusbruk utvikler seg til å bli mer alvorlig og primær sammenlignet med de opprinnelige psykiske plagene, kan være vagt. I tillegg kan det foreligge felles utløsende faktorer som kan gjøre en person sårbar for både psykiske lidelser og rusavhengighet. Det kan være snakk om medfødt sårbarhet, oppvekstsituasjon og oppvekstmiljø, kognitive forutsetninger, traumatiske erfaringer eller annet.

Ruslidelser kategoriseres etter hvilket stoff som misbrukes, og omfanget av misbruket, og er i henhold til ICD-10 (2010) en psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse som er forårsaket av bruk av og manglende evne til å stanse bruk av illegale stoffer, legemidler og/eller alkohol. Stoffer som kan misbrukes, finnes både i lovlige produkter som alkohol og løsemidler, i reseptbelagte legemidler som morfin og benzodiazepiner og i ulovlige narkotiske stoffer. De kan variere i effekt og ettereffekt på kropp og hjerne, og man ser individuelle forskjeller i virkning og dosering. Felles for dem er at de ved bruk over tid og i et visst omfang medfører endringer i hjernen som gjør at man reagerer annerledes på stoffene, må ha en høyere dose og opplever abstinenssymptomer ved mangel på inntak av stoffet.

En god vurdering av hvilken behandling som er best egnet for en pasient med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse, krever kunnskap om både ruslidelser og psykiske lidelser, og om hvordan lidelsene påvirker hverandre. En aktivt pågående rusbruk kan vanskeliggjøre denne vurderingen. Det er ikke uvanlig for en rusmisbruker å underrapportere sitt bruk, og heller ikke uvanlig at pasienten selv ikke ser en sammenheng mellom symptomene hun eller han opplever, og sin rusbruk. Ikke sjelden henvises pasienten etter en eller to samtaler med sin fastlege. Der som rus har uteblitt som tema, kan henvisningsdiagnosen feilvurderes. Det kan også være at rus har vært oppe som tema, og kanskje kartlagt godt, men allikevel ikke slik at det ses en tydelig sammenheng mellom rusbruken og symptomene pasienten rapporterer, når symptomene gir inntrykk av at det er snakk om en psykisk lidelse. Eksempelvis er symptomer på angst og depresjon også vanlige symptomer på avhengighet og abstinens. En studie som undersøkte abstinenssymptomer blant brukere av metamfetamin, fant depressive og psykotiske symptomer blant vanlige symptomer den første uken uten inntak av metamfetamin, og at depressive symptomer av mild til moderat grad kunne dokumenteres opptil 4 uker etter siste inntak av stoffet (Zorick et al., 2010). En nederlandsk undersøkelse av personer under behandling for alkoholavhengighet fant at angst og depresjon var hyppig rapportert, og at graden av angst og depresjon først sank etter 4 uker uten alkoholinntak (Driessen, Meier, Hill, Wetterling, Lange, & Junghanns, 2001). Ruspåvirkning som ikke er åpenbar for behandleren, kan også føre til at symptombildet mistolkes. Rusmidler som har en dempende og «sløvende» virkning, kan tolkes som apati og depresjon, prodromalsymptomer eller negative symptomer ved schizofreni. Dempende rusmidler kan også kamouflere underliggende angst og uro. Stimulerende rusmidler som gir økning av energinivå, oppstemthet eller agitasjon, kan oppfattes som uttrykk

for pågående mani. Det er samtidig individuelle forskjeller, og personer kan reagere ulikt på samme typer stoffer. Pågående rusbruk kan også forstyrre effekten av eventuell medikamentell behandling ved at de påvirker samme hjerneområder, og således kan være et hinder for at den medikamentelle behandlingen for en psykisk lidelse virker slik den skal (Curran, Byrappa, & McBride, 2004). En varierende rusbruk er ikke uvanlig, og kan påvirke symptom-bildet på en måte som gjør det vanskelig å vurdere hva som er hva.

En stor andel av pasienter med ruslidelse har en samtidig psykisk lidelse. Det er for eksempel funnet høyere andel pasienter med posttraumatisk stresslidelse (PTSD) blant pasienter med ruslidelser, og PTSD er vurdert å være en risikofaktor for utvikling av rusavhengighet (Driessen et al., 2008). Landheim, Bakken og Vaglum (2002) fant i en studie av pasienter til behandling i russektoren i to fylker i Norge at to tredjedeler av deres informanter hadde minst én psykisk lidelse. Det ble funnet at 75 % av pasientene som hadde en samtidig psykisk lidelse, hadde vist symptomer på denne minst et år før personen oppfylte kriteriene for en misbrukerdiagnose. Blant disse var det høyest forekomst av angstlidelser, affektive lidelser og personlighetsforstyrrelser, mens forekomsten av bipolar lidelse og schizofreni var lav i dette utvalget. Landheim, Bakken og Vaglum (2002) forklarer funnene med at pasienter med alvorlige lidelser som schizofreni og bipolar lidelse sannsynligvis kommer til behandling under avdeling for psykisk helse, og ikke i russektoren. Forekomsten av bipolar lidelse og schizofreni er i andre undersøkelser funnet å være høy. I en studie fra 2015 fant man at forekomsten av ruslidelser var hele 10 ganger høyere blant pasienter med alvorlige psykiske lidelser som schizofreni, bipolar lidelse og alvorlig depressiv lidelse sammenlignet med den generelle befolkningen i Norge (Nesvåg et al., 2015). På den andre siden kan det forekomme en overdiagnostisering av diagnosen bipolar lidelse blant pasienter med ruslidelser. En amerikansk undersøkelse av 85 innlagte rusmisbrukere som hadde fått diagnosen bipolar lidelse, fant ved grundigere utredning med fokus på rusfrie perioder at to tredjedeler av personene ikke kvalifiserte til diagnosen de hadde fått (Goldberg, Garno, Callahan, Kearns, Kerner, & Ackerman, 2008).

Omfattende rusbruk kan føre til utvikling av psykotiske symptomer. Der rusbruken er kjent, betegnes dette gjerne som «rusutløst psykose». Tegn på at de psykotiske symptomene er knyttet til rusbruken, er at psykosen er kortvarig under forutsetning av at det ikke inntas mer av stoffet, og forsvinner, i det minste delvis innen 1 måned, og fullstendig innen 6 måneder (ICD-10, 2010). En rusutløst psykose ser ut til å lettere kunne opptre hos personer som tidligere har hatt en psykotisk episode (Opsal, Clausen, Kristensen, Elvik, Joa, & Larsen, 2011). Gjentatte psykoser øker sårbarhet for utvikling av en psykoselidelse, og hos enkelte sårbare personer ser det ut til at rusbruk kan senke psykoseterskelen. En langtidsstudie over 25 år av 1265 personer på New Zealand fant at regelmessig bruk av cannabis dobler risikoen for utvikling av psykotiske symptomer (Mirken & Earlewine, 2005). Flere studier har funnet at bruk av cannabis kan øke risiko for utvikling av schizofreni eller forverre symptomer ved en pågående schizofreni (Andréasson, Engström, Allebeck, & Rydberg, 1987; Arendt, Rosenberg, Foldager, Perto, & Munk-Jørgensen, 2005; Hall & Degenhardt, 2000; Hall & Degenhardt, 2008). Det er funnet sammenhenger mellom bruk av sentralstimulerende rusmidler som kokain og amfetamin og forverring av psykosesymptomer hos personer med en schizofrenidiagnose (Curran, Byrappa, & McBride, 2004). Psykotiske symptomer kan også oppstå i forbindelse med abstinens eller som såkalte flashbacks en tid etter inntak av rusmidler. Eksempelvis kan sederende stoffer som benzodiazepiner, heroin og GHB gi psykotiske hallusinasjoner ved abstinens, selv om de sjelden gir akutte psykotiske symptomer under rus (Øydna, 2006). Omfattende og langvarig alkoholbruk kan i enkelte tilfeller gi et lignende symptombilde som det man ser ved schizofreni. Studier viser at en alkoholutløst psykose skiller seg fra schizofreni ved at psykosen opptrer senere i livet, og at pasienten viser færre negative symptomer, opplever høyere grad av samtidig angst og depresjon og har bedre innsiktsevne (Jordaan, Nel, Hewlett, & Emsley, 2009). Symptomer som dysfori, angst, psykomotorisk uro, insomni, hallusinasjoner og vrangforestillinger kan alle forekomme ved alkoholabstinens (Helland & Skjøtskrift, 2008).

Selv om en pasient har sluttet å bruke rusmidler for lenge siden, kan det foreligge ska- >>



Den mest effektive behandlingen vil være en samtidig behandling av begge typer lidelser

der fra rusbruken. Omfattende rusbruk kan gi varige psykiske endringer som påvirker evnen til affektregulering, konsentrasjon og hukommelse. Kronisk alkoholbruk kan på sitt verste føre til Korsakoff Syndrom, en alvorlig nevrologisk lidelse preget av anterograd amnesi (Albert, Butters, & Levin, 1979). Langvarig cannabisbruk er funnet å kunne svekke koblinger mellom aksoner i blant annet deler av hippocampus og corpus callosum i hjernen (Zalesky et al., 2012). Heroinbruk reduserer tettheten i hjernens grå materie i flere hjerneområder (Yuan et al., 2009). Omfattende bruk av metamfetamin kan gi varig skade på dopamin- og serotonin- reseptorene i hjernen som gir vedvarende vansker med hukommelse og oppmerksomhet (Nordahl, Salo, & Leamon, 2003). Studier på dyr og mennesker har vist at særlig prefrontale hjerneområder tar skade av rusbruk (Crombag, Gorny, Li, & Robinson, 2005; Porter, Olsen, Gurnsey, Dugan, Jedema, & Bradberry 2011; Spinella, 2003). Dette området assosieres med nevrokognitive funksjoner som er sentrale for oppmerksomhet, emosjonsregulering og eksekutive prosesser (Porter et al., 2011; Spinella, 2003). Impulsivitet, ukritiskhet og oppmerksomhetsproblemer, som blant annet beskrives ved hyperkinetiske forstyrrelser, mani og ved enkelte personlighetsforstyrrelser, kan således også være knyttet til skade fra rusbruk. Skade på dopamin- og serotonin-reseptorene vil også redusere eller endre effekt av medisiner som virker på disse.

#### ROP-PASIENTEN I BEHANDLINGSSYSTEMET

En av utfordringene med et system som baserer seg på spesialiserte og separate behandlingssenheter, er «plasseringen» av pasienter med flere og sammensatte problemstillinger. ROP-pasienten byr på nettopp denne utfordringen. Det er begrenset med behandlingssteder som tilbyr samtidig behandling av både ruslidelsen og den psykiske lidelsen. Min erfaring i møte med denne pasientgruppen er at dette er pasienter som det er vanskelig å gi en god diagnostisk vurdering av før de tas inn til aktuelle behandlingssteder. Klienter kan for eksempel bli henvist til en spesialisert poliklinisk enhet for behandling av bipolar lidelse, uten at deres rusmisbruk har blitt tatt i betraktning. Pasienter som egentlig ikke hører hjemme i målgruppen til enheten de blir pasienter ved, risikerer både å måtte gå gjennom en lite hensiktsmessig behandling, og å bli «videresendt» straks det diagnostiske bildet blir mer tydelig. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2012) anbefaler et samordnet og integrert behandlingstilbud til pasienter med ROP-lidelser, der man så langt det er mulig prøver å unngå brudd i den etablerte behandlingsrelasjonen. Den mest effektive behandlingen vil være en samtidig behandling av begge typer lidelser (Lake, Mueser, & Brunette, 2007). Men er det til dette i en travel klinisk hverdag som bærer preg av økt fokus på produksjon og produktivitet? Spørsmålet er om dette kan være vanskelig å etterfølge der organiseringen av tilbudene gjør veien lang mellom de ulike feltene. ROP-pasientene risikerer å falle mellom to stoler, eller havne på feil sted, noe som kan føre til at tid og ressurser brukes på å gi en lite hensiktsmessig behandling som i liten grad gagnar pasienten. ✕

## REFERANSER

- Albert, M.S., Butters, N., & Levin, J. (1979). Temporal Gradients in the Retrograde Amnesia of Patients With Alcoholic Korsakoff's Disease. *Archives of Neurology*, 36, 211–216.
- Andréasson, S., Engström, A., Allebeck, P., & Rydberg, R. (1987). Cannabis and schizophrenia. A Longitudinal Study of Swedish Conscripts. *The Lancet*, 2, 1483–1486.
- Arendt, M., Rosenberg, R., Foldager, F., Perto, G., & Munk-Jørgensen, P. (2005). Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 510–515.
- Crombag, H.S., Gorny, G., Li, Y., & Robinson, T.E. (2005). Opposite effects of amphetamine self-administration experienced on dendritic spines in the medial and orbital prefrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 15, 341–348.
- Curran, C., Byrappa, N., & McBride, A. (2004). Stimulant psychosis: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 185, 196–204.
- Drake, R.E., Mueser, K.T., & Brunette, M.F. (2007). Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications. *World Psychiatry*, 6, 131–136.
- Driessen, M., Meier, S., Hill, A., Wetterling, T., Lange, W., & Junghanns, K. (2001). The course of anxiety, depression and drinking behaviours after completed detoxification in alcoholics with and without comorbid anxiety and depressive disorders. *Alcohol*, 36, 249–55.
- Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C., Schaefer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., Kemper, U., Koesters, G., Chodzinski, C., Schneider, U., Broese, T., Dette, C., Havemann-Reinicke, U. and the TRAU-MAB-Study Group (2008). Trauma and PTSD in Patients With Alcohol, Drug, or Dual Dependence: A Multi-Center Study. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 32, 481–488.
- Goldberg, J.F., Garno, J.L., Callahan, A.M., Kearns, D.L., Kerner, B., & Ackerman, S.H. (2008). Overdiagnosis of bipolar disorder among substance use disorder in patients with mood instability. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 1751–1757.
- Hall, W. & Degenhardt, L. (2008). Cannabis use and the risk of developing a psychotic disorder. *World Psychiatry*, 7, 68–71.
- Hall, W. & Degenhardt, L. (2000). Cannabis use and psychosis: a review of clinical and epidemiological evidence. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 26–34.
- Helland, A. & Skjøtskrift, S. (2008). Medikamentell behandling av alkoholabstinens. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128, 1182–1184.
- ICD-10 (2010). Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Gyldendal Norsk Forlag AS, 15. opplag. Statens Helsetilsyn.
- Jordaan, G.P., Nel, D.G., Hewlett, R.H., & Emsley, R. (2009). Alcohol-induced psychotic disorder: a comparative study on the clinical characteristics of patients with alcohol dependence and schizophrenia. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 70, 870–876.
- Landheim, A.S., Bakken, K., & Vaglum, P. (2002). S sammensatte problemer og separate systemer. Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi* 2002, 12, 309–318.
- Mirken, B. & Earleywine, M. (2005). The cannabis and psychosis connection questioned: a comment on Fergusson et al. 2005. *Addiction*, 100, 354–366.
- Nesvåg, R., Knudsen, G.P., Bakken, I.J., Høye, A., Ystrom, E., Sure, P., Reneflot, A., Stoltenberg, C., & Reichbom-Kjennerud, T. (2015). Substance use disorders in schizophrenia, bipolar disorder, and depressive illness: a registry-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 1267–1276.
- Nordahl, T.E., Salo, R., & Leamon, M. (2003). Neuropsychological effects of chronic methamphetamine use on neurotransmitters and cognition: A review. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 15, 317–325.
- Helsedirektoratet. (2012). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser.
- Opsal, A., Clausen, T., Kristensen, Ø., Elvik, I., Joa, I., & Larsen, T.K. (2011). Involuntary hospitalization of first-episode psychosis with substance abuse during a 2-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124, 198–204.
- Porter, J.N., Olsen, A.S., Gurnsey, K., Dugan, B.P., Jedema, H.P., & Bradberry, C.W. (2011). Chronic cocaine self-administration in rhesus monkeys: Impact on associative learning, cognitive control, and working memory. *The Journal of Neuroscience*, 31, 4926–4934.
- Spinella, M. (2003). Relationship between drug use and prefrontal-associated traits. *Addiction Biology*, 8, 67–74.
- Yuan, Y., Zhu, Z., Shi, J., Zou, Z., Yuan, F., Liu, Y., Lee, T.M., & Weng, X. (2009) Gray matter density negatively correlates with duration of heroin use in young lifetime heroin-dependent individuals. *Brain and Cognition* 71, 223–228.
- Zalesky, A., Solowij, N., Yücel, M., Lubman, D.I., Takagi, M., Harding, I.H., Lorenzetti, V., Wang, R., Searle, K., Pantelis, C., & Seal, M. (2012). Effect of long-term cannabis use on axonal fibre connectivity. *Brain* 135: 2245–55.
- Zorick, T., Nestor, L., Miotto, K., Sugar, C., Hellemann, G., Scanlon, G., Rawson, R., & London, E.D. (2010). Withdrawal symptoms in abstinent methamphetamine-dependent subjects. *Addiction*, 105, 1809–1818.
- Øydn, A.T. (2006). Diagnostisering av rusutløste psykoser ved en akuttpost. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43, 234–239

# Å skille rus og psykopatologi

## Diagnoseintervjuet PRISM i norsk elektronisk versjon

Rusproblemer og psykiske vansker forekommer ofte samtidig. Diagnoseintervjuet PRISM kan belyse hvilken av tilstandene som best forklarer pasientens plager.

### TEKST

Eline Borger Rognli<sup>1,2,3</sup>, Peter Krajci<sup>2</sup>, Tore Willy Lie<sup>3</sup>, Lars Linderøth<sup>3,4</sup>, Lars Lien<sup>3</sup>, Jørgen G. Bramness<sup>1</sup> og Anne Signe Landheim<sup>3</sup>

- 1 Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved Universitetet i Oslo
- 2 Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Oslo universitetssykehus HF
- 3 Nasjonal kompetanse-tjeneste for rus og samtidig psykisk lidelse (NK-ROP) ved Sykehuset Innlandet
- 4 Rehabiliteringspoliklinikken, Bærum DPS, Vestre Viken HF

### KONTAKT

e.b.rogli@medisin.uio.no

**V**i regner med at omkring halvparten av de som i løpet av livet har hatt en ruslidelse, også har hatt en eller flere psykiske lidelser, og motsatt: at omkring halvparten av de som i løpet av livet har hatt en psykisk lidelse, også har hatt en eller flere ruslidelser (Kessler et al., 1996; Regier et al., 1990). I norske undersøkelser er det vist at to tredjedeler av de som kommer til behandling for rusavhengighet, også trenger behandling for psykiske lidelser (Landheim, Bakken, & Vaglum, 2002), og at ubehandlede psykiske lidelser predikerer tilbakefall til rus (Landheim, Bakken, & Vaglum, 2006).

Diagnoser er sentrale i måten vårt helsevesen er organisert på. De fungerer som portåpnere (eller stengsler) til økonomiske og behandlingmessige rettigheter, og kan utløse tiltak og tilrettelegging. Dette kan dreie seg om rett til satser for ung ufør istedenfor vanlig uføretrygd, rett til ACT-team eller døgnbehandling, bestemte medisiner eller utvidet tid på eksamen. I tillegg er diagnoser veiledende for behandling. En angstlidelse vil kanskje bli behandlet med en kombinasjon av eksponeringstrening og kognitiv terapi. Tenker vi at angsten er sekundær til pasientens høye forbruk av alkohol og benzodiazepiner, vil vi imidlertid heller jobbe med å redusere rusbruken, med en forventning om at angsten vil avta når rusbruken avtar. I akuttpsykiatrien vil symp-

tombildet for schizofreni og amfetaminutløst psykose være vanskelig å skille (Medhus, Mordal, Holm, Mørland, & Bramness, 2012; Srisurapanont et al., 2011), samtidig som disse tilstandene krever ulik behandling og oppfølging.

I utredning av disse pasientene står klinikerens overfor krevende diagnostiske vurderinger. Fordi symptomer som skyldes ruspåvirkning, ikke skal telle i retning av en psykisk lidelse, kan ikke diagnostiseringen her basere seg kun på det deskriptive symptombildet, men på en vurdering av *årsaken* til symptomene. Klinikerens har her en del veiledende prinsipper å gå etter: Dersom de psykiske symptomene oppsto *før* rusingen tok til, eller vedvarer en betydelig tidsperiode *etter* at rusingen opphører, er det grunn til å tro at symptomet ikke skyldes rus. Videre kan det være at symptomet og rusbruk er til stede samtidig, men at pasienten har brukt et *rusmiddel som ikke forventes å gi slike symptomer* (f.eks. mani samtidig med bruk av dempende midler), eller at *symptomet klart overgår det man skulle forvente* ut fra mengde rusmiddel brukt.

De fleste diagnostiske intervjuer er laget for å skille psykopatologi fra normalitet, og i den grad rus er bygget inn i vurderingen, overlates differensialdiagnostikken til pasientens eller klinikerens skjønn og på generelt grunnlag. For eksempel inneholder det diagnostiske intervjuet Mini Internasjonalt Neuropsykiatrisk

Intervju (M.I.N.I. Plus) instruksjoner i innledningen som sier at symptomer som best kan forklares som uttrykk for bruk av rusmidler, ikke skal kodes positivt. Intervjuet inneholder også differensialdiagnostiske spørsmål som: «Har du tatt medisiner eller narkotiske stoffer like før disse symptomene begynte?» (Helsebiblioteket, 2016; Sheehan et al., 1998). Det spesifiseres ikke hva «like før» betyr, eller hvilke medisiner eller narkotiske stoffer som kan gi effekter som kan forveksles med symptomet som her måles.

I det diagnostiske intervjuet Psychiatric Research Interview for Substance and Mental disorders (PRISM) er disse vurderingene bygget inn i intervjuet i form av spørsmål og veiledning til intervjuer, og PRISM er det eneste diagnostiske intervjuet som er laget spesifikt for å skille rus fra normalitet og psykopatologi. I ROP-retningslinjen som utkom fra Helsedirektoratet i 2012 (Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser) anbefales det at diagnostisk utredning av psykisk lidelse og ruslidelse gjøres med verktøyene MINI PLUS, SCID-I eller PRISM, og PRISM beskrives som et nytt og lovende verktøy (Helsedirektoratet, 2012).

Hensikten med dette fagessayet er å beskrive PRISM-intervjuet. Vi vil ha et praktisk og klinisk fokus, og gi informasjon om innhold, struktur, styrker og svakheter.

### UTVIKLING AV PRISM

PRISM ble utviklet av professor Deborah Hasin og kolleger ved Columbia University og New York State Psychiatric Institute i USA (Hasin et al., 1996). Det ble først laget som en papirbasert versjon, men ble senere bearbeidet til en PC-basert versjon. Fordelen med PC-basert versus papirbasert intervju er raskere gjennomføringstid, redusert risiko for tilfeldige feil samt begrenset behov for å kontrollere om intervjuet har blitt fylt ut riktig.

PRISM-intervjuet er basert på DSM-IV-kriteriene, er semistrukturert og det eneste diagnostiske intervjuet som er testet for reliabilitet (Hasin et al., 1996; Morgello et al., 2006) og validitet (Torrens, Serrano, Astals, Pérez-Domínguez, & Martín-Santos, 2004) i en ruspopulasjon. Intervjuet undersøker de fleste symptomidelidelser, to personlighets-

forstyrrelser (borderline og antisosial) samt misbruk og avhengighet til alle rusmiddelkategorier. Det er særlig grundig på undersøkelse av depresjon og psykose. I tillegg til engelsk foreligger PRISM på spansk og norsk. Til forskningsformål har intervjuet blitt brukt i en rekke ulike settinger: i sykehus for dobbeldiagnoser (Hasin, Trautman, & Endicott, 1998; Nunes, Liu, Samet, Matseoane & Hasin, 2006), i psykiatrisk avdeling (Aharonovich et al., 2005), akutt-psykiatrisk avdeling (Caton et al., 2005), på avgiftningsavdeling (Nocon, Bergé, Astals, Martín-Santos, & Torrens, 2007), ulike plasser utenfor sykehus (González-Saíz et al., 2009; Herrero, Domingo-Salvany, Torrens, Brugal, & Investigators, 2007; Morgello et al., 2006), i lavterskeltilbud (Astals et al., 2008) og i sprøyteutdelingsprogram (Hides et al., 2014). Norge er så langt det eneste landet som legger til rette for en bred klinisk implementering av PRISM.

Den amerikanske PRISM er nylig oppdatert til DSM-5 (Grant et al., 2015; Hasin et al., 2015), og papirversjonen er nå helt forlatt til fordel for en PC-baserte versjon. En oppdatering av den norske PRISM til DSM-5 vil være aktuelt etter hvert.

### UTVIKLING AV PRISM I NORGE

PRISM ble oversatt til norsk av psykiater Valborg Helseth i 2006, finansiert av Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF) ved UiO og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NK-ROP). All tekst ble oversatt og tilbake-oversatt av uavhengige oversettere, og tilbake-oversettelsen ble godkjent av utviklerne ved Columbia University. Bearbeidelsen til PC-basert norsk versjon kom få år senere, og ble ledet av psykolog Eline Borger Rognli, med samme finansieringskilder samt Oslo universitetssykehus. Prosessen tok utgangspunkt i den norske godkjente papirversjonen og forløp i tett dialog med Columbia-gruppen. Nye deler ble oversatt og tilbake-oversatt av uavhengige oversettere. Den endelige norske PC-versjonen er godkjent av de amerikanske utviklerne. Fra og med 2013 har NK-ROP hatt det nasjonale ansvaret for administrering og opplæring i PRISM.

### INNHOOLD OG STRUKTUR

De fleste spørsmålene i PRISM inneholder vurderingsveiledning som skal hjelpe intervjueren »

å skåre enten «ja» eller «nei». Vurderingshjelpen adresserer hyppighet, varighet og intensitet av symptomer; hyppighet, varighet av rusbruk og type rusmiddel samt andre vanlige kilder til usikkerhet. Sammen med oppgitte oppfølgings spørsmål er hensikten å hjelpe intervjuer med å differensiere mellom primære og rusinduserte psykiatriske symptomer og de forventede effektene av intoksikasjon og abstinens. Spørsmål, oppfølgings spørsmål og veiledning dukker opp på skjermen samtidig, men er fargekodet, slik at intervjueren raskt oppfatter hva som skal leses høyt (spørsmål), hva som kan leses høyt ved behov (oppfølgings spørsmål), og hva som ikke skal leses høyt, men kun er til hjelp for at intervjuer skal kode riktig (veiledning). Rusdelen i PRISM er plassert i begynnelsen av intervjuet, før delene som omfatter de enkelte psykiske lidelsene. Historien om rusbruk er således kjent når de psykiske lidelsene skal kartlegges. En del av ruskartleggingen innebærer også å tegne tidslinjer bakover i tid og for de siste 12 månedene. Hvert rusmiddel kartlegges for seg, og man skaffer oversikt over rusfrie perioder, perioder med lite bruk og perioder med mye bruk. Rusanamnesen er strukturert og omfattende. Den består av én screeningdel og én del som går i dybden og undersøker misbruk og avhengighet for de rusmidlene som ble rapportert brukt over terskelnivå i screeningdelen.

Ved starten av intervjuet markeres hvilke deler man ønsker å gjennomføre. Intervjuet inneholder følgende deler, nevnt i den rekkefølgen de fremtrer i intervjuet: oversikt/demografi, rusmiddelscreening (alkohol, nikotin, cannabis, kokain, heroin, hallusinogener, sedativa, stimulerende midler, opiater, andre stoffer), misbruk/avhengighet, depresjon, dystymi, mani og hypomani, cyklotymi, psykose, selvmord, spesifikk fobi, sosial fobi, panikk lidelse, agorafobi, generalisert angst lidelse, tvangslidelse, posttraumatisk stress lidelse, anorexi, bulimi, antisosial personlighetsforstyrrelse, borderline personlighetsforstyrrelse, ADHD, spilleavhengighet og intervjuers observasjoner. Intervjuet vurderer diagnoser innenfor tidsrammene siste to uker (kun for depresjon), siste 30 dager, siste år og livstid.

Intervjuet har screenings spørsmål i innledning til de fleste diagnoseseksjonene. Dersom disse avkrefte, hopper man videre til neste del. Hvis de bekrefte, går man inn og undersøker mer i detalj.

### HVORDAN BRUKE PRISM

I intervjusituasjonen vil klinikerne gjerne sitte med en laptop i fanget, blikket vekselvis på pasienten og skjermen, og fingrene på tastknappene for «ja» og «nei» og «enter» (som tar en til neste spørsmål). Intervjuet følger en forgreiningsstruktur som er vanlig for diagnostiske intervjuer, der ulike svar utløser ulike videre spørsmål, og det finnes mange måter å gå gjennom intervjuet på. I PRISM vil det underliggende programmet hjelpe intervjueren å navigere, slik at ved å trykke «enter» genereres neste spørsmål automatisk, basert på alle foregående svar. Intervjuer leser derfor kun det spørsmålet som dukker opp på skjermen, og behøver ikke lete eller huske for å vite hva neste spørsmål skal være. I noen av spørsmålene refereres det til pasientens tidligere svar når man skal spørre videre om samme tema, for eksempel: «Du nevnte tidligere at du opplevde frysninger, skjelvninger, angst og svettetokter da du var på nedgående rus på alkohol. Fortsatte du likevel å bruke alkohol?» Her fletter programmet inn de abstinenssymptomene respondenten bekreftet å ha opplevd tidligere i intervjuet, og bruker disse for å utforske avhengig-

hetskriteriet om fortsatt bruk til tross for skadelige effekter.

Når man sitter i intervjusituasjonen, er det kun intervjuer som ser skjermen. PRISM egner seg ikke til selvutfylling. Dersom man har behov for å notere vurderinger eller opplysninger underveis, finnes en funksjon for å lage tekstbokser der man kan skrive inn fritext. Disse kommentarene lagres da i tilknytning til spørsmålet, og kommentarene kan hentes ut samlet til slutt.

### FOR HVEM, OG NÅR, EGNER PRISM SEG?

PRISM er et omfattende intervju og egner seg kanskje ikke som en del av standardpakke for alle pasienter som kommer til en vanlig poliklinikk eller avdeling. For en del vil enklere diagnostiske intervjuer (som MINI PLUS eller SCID-I) være tilfredsstillende. Enkelte steder, for eksempel ved utredningsenheter i psykisk helsevern eller TSB, vil imidlertid PRISM kunne være svært egnet. Ved utredningsavdelingen på avdeling TSB Sanderud er PRISM innført som en del av det standardiserte utredningstilbudet.

For å stille en diagnose om primær psykisk lidelse krever PRISM fire uker rusfrihet, tilsvarende kravet i DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). En pasient i pågående rus vil altså ikke kunne vurderes for primær pågående psykisk lidelse, selv om primær psykisk lidelse tidligere i livet vil kunne stilles. Pasienter bør uansett være så rus- og abstinensfrie og med så lavt symptomtrykk at de er i stand til å konsentrere seg over noe tid.

PRISM egner seg godt til forskningsformål, da informasjonen som lagres gjennom intervjuet, kan overføres direkte til statistiske analyseprogram som SAS og SPSS.

### BRUK AV PRISM TIL FORSKNING I NORGE

PRISM har blitt brukt i to norske forskningsprosjekter: doktorgradene til Valborg Helseth (Helseth, 2013) og Anne Marit Langås (Langås, 2013). En studie av feasibility, altså anvendelighet, inngikk i Helseths grad, der 61 pasienter i en akutt-psykiatrisk avdeling ble intervjuet (Helseth, Samet, Johnsen, Bramness, & Waal, 2012). Majoriteten av pasientene som inngikk i denne studien, hadde ingen spesielle problemer med å huske rusbruk og psykiske symptomer bakover i tid. Unntaket var individer med mange psykoseepisoder, der det var nødven-



dig å innhente tidligere journal. Pasientene var hovedsakelig positive til intervjuet, og uttalte blant annet: «Intervjuet hjalp meg å forstå sammenhengen mellom psykiatriske symptomer og rusbruk, det ble tydeligere for meg», «De strukturerte spørsmålene gjorde det lettere å fokusere», og «Intervjuet er nøyaktig. Jeg føler meg sikker på intervjuet. Dette får meg til å føle meg trygg, og gir meg en følelse av å være viktig» (Helseth et al., 2012, s. 101). Median tidsbruk for gjennomføring i Helseths feasibility-studie var 155 minutter (2 timer og 35 minutter), og median antall sesjoner var 3. Det var en systematisk økning i tidsbruk jo flere rusmidler pasienten hadde brukt, og jo flere diagnoser vedkommende fikk (Helseth et al., 2012).

Da den PC-baserte versjonen var klar i 2013, ble det gjennomført en systematisk utprøving med registrering av programtekniske vansker og tidsbruk. Sju klinikere gjennomførte til sammen 19 intervjuer. Her var median antall sesjoner 3 (min-maks = 1–9) og gjennomsnittlig tidsbruk var 200 minutter (3 timer og 20 minutter, sd = 100 minutter). Tre intervjuer skilte seg ut som særlig omfattende, og når disse ble holdt utenfor, var gjennomsnittlig tidsbruk 160 minutter (2 timer og 40 minutter, sd = 40 minutter) og median antall sesjoner 2 (min-maks = 1–5).

#### STYRKER OG SVAKHETER VED PRISM

Omfanget og nøyaktigheten i PRISM kan være både en styrke og en svakhet. Både kliniker og pasient kan bli slitne og oppleve noen av spørsmålene som repeterende, og at det kan være vanskelig å huske langt tilbake i tid. Bruk av tidslinjer i innledningen er ment å avhjelpe dette. Mens man i forskningsøyemed må være svært stringent hva angår gjennomføring, kan en klinisk tilpasning gi rom for mer fleksibilitet. Dersom kun et utvalg av diagnoser er av interesse, kan man ved starten av intervjuet velge kun disse delene, noe som vil være tidsbesparende. I noen tilfeller vil for eksempel pasientens rushistorie være godt kartlagt, og det er den differensialdiagnostiske vurderingen av psykiske lidelser som er aktuell. Da kan man gjøre rus-screeningen, men hoppe over delen om misbruk og avhengighet. For pasienter med omfattende blandingsmisbruk vil dette være svært tidsbesparende, samtidig som rus-screeningen er detaljert nok til å ivareta vurderingen av rus opp mot psykiske lidelser senere i intervjuet. Dersom man uansett har behov for å gjøre en grundig undersøkelse av samtlige personlighetsforstyrrelser, kan man utelate delene om borderline og antisosial personlighetsforstyrrelse fra PRISM og heller supplere med et SCID-intervju. Jo bedre man kjenner PRISM-intervjuet, jo bedre vil man være i stand til å gjøre slike vurderinger. Det blir også lettere å strukturere samtalen, stille effektive oppfølgingspørsmål og kode raskt etter hvert som man får mer erfaring og blir bedre kjent med intervjuet. For å øke sannsynligheten for at klinikere skal være fornøyde med PRISM, anbefaler vi å lære intervjuet skikkelig, og å bruke det jevnlig. Dersom man kun gjennomfører et par intervjuer i året, vil trolig ferdighetsnivået forbli for lavt, og tilfredsheten med intervjuet tilsvarende. Siden diagnostiseringen er basert på DSM-IV kriterier, må en ekstra vurdering gjøres ved overføring til tilsvarende ICD-10-diagnoser.

Screeningspørsmålene for noen av seksjonene er vide, hvilket gjør at det er lett å passere og dermed måtte gjennomføre hele seksjonen. Noen seksjoner har ikke screeningspørsmål, ut fra en tankegang om at det dreier seg om tabubelagte opplevelser som ofte ikke rapporteres med



PRISM er det eneste diagnostiske intervjuet som er laget spesifikt for å skille rus fra normalitet og psykopatologi





Intervjuet har screening-spørsmål i innledning til de fleste diagnose-seksjonene

mindre det spørres direkte. Dette gjelder for eksempel psykoseseksjonen og delene om personlighetsforstyrrelser. Igjen, med kjennskap til intervjuet kan man selekere bort slike seksjoner i starten, dersom det er ønskelig.

Det at intervjuet gjøres på PC, kan være en fordel, men kan også virke negativt. I starten kan klinikerer oppleve at det tekniske står i veien for blikk-kontakt og relasjon, og noen blir overveldet av mengde tekst på skjermen man skal ta inn for hvert spørsmål. Mens man i et papirbasert intervju har full oversikt over hvilke veivalg man tar underveis, og hvor i intervjuet man er, vil dette være mer skjult når det gjøres på PC, og man kan som intervjuer lettere miste oversikten. Erfaringsmessig vil både relasjonsfokus og orientering i intervjuet gå lettere når man får litt trening.

#### OPPLÆRING I PRISM

Målgruppen for opplæring i bruk av PRISM-CV er leger og psykologer. Dette er i tråd med Helsedirektoratets anbefaling om at det er disse yrkesgruppene som skal drive diagnostisk arbeid, og som har fokus på dette i sin grunnutdanning (Helsedirektoratet, 2012). En intervjuer som er kjent med innholdet i de enkelte diagnostiske tilstandene, vanlige differensialdiagnostiske utfordringer og organiseringen av diagnosesystemet vil ha et godt utgangspunkt for å vurdere om det har fremkommet nok informasjon til å kode «ja» eller «nei», eller om man må stille flere oppfølgingsspørsmål. Klinikere med omfattende kunnskap og erfaring innenfor utredning og diagnostikk, men som ikke er leger eller psykologer, kan få opplæring og bruke intervjuet dersom ledelsen på arbeidsplassen vurderer det som hensiktsmessig og forsvarlig.

NK-ROP har siden 2013 hatt det formelle ansvaret for drift og opplæring i PRISM. Kursene går over to dager og inneholder informasjon om bakgrunn og rasjonale for PRISM, og om strukturen, begrepene, konvensjonene og mulighetene i intervjuet. De enkelte diagnostiske delene gjennomgås, og mye tid brukes på rollespill og på at deltagerne får øve seg på å intervju hverandre. Etter gjennomført kurs

skal kursdeltageren levere inn et lydopptak av et intervju med kollega eller annen egnet respondent, hvilket danner grunnlag for å bli sertifisert. Opplæringsprogrammet og sertifiseringskravet er tilsvarende det som brukes i USA, etter ønske fra utviklerne ved Columbia University.

Per mars 2015 var det arrangert 14 kurs med til sammen 1192 deltagere. Det er fire sertifiserte norske kursholdere tilknyttet NK-ROP, samt noen flere som fungerer som ressurspersoner og interne kursholdere på sine arbeidsplasser. Kurs annonseres på nettsidene til NK-ROP ([www.rop.no](http://www.rop.no)) og har så langt blitt arrangert omtrent to ganger i semesteret.

#### TEKNISK OG PRAKTISK INFORMASJON

Programvaren som PRISM er laget på, driftes av Statistisk sentralbyrå i Nederland. Det er ingen lisenskostnad for bruk av PRISM, men per 2015 kostet lisens for et års bruk av programvaren (Blaise) 111 Euro. Veiledning rundt de praktiske og datatekniske sidene ved intervjuet gis av NK-ROP. De sikkerhetsmessige og juridiske aspektene ved lagring av pasientsensitive opplysninger på en egen PC må løses lokalt, for eksempel ved å bruke en egen test-PC som oppbevares innelåst, og som er passordbeskyttet. For mer informasjon om PRISM, se nettsiden til Columbia University (<http://www.columbia.edu/~dsh2/prism/>) samt nettsiden til NK-ROP (<http://rop.no/kartleggings-verktoey/prism-cv>).

#### AVSLUTTENDE KOMMENTAR

Utredning og diagnostiske vurderinger av mennesker med rusmisbruk og samtidig psykisk lidelse er krevende. PRISM-intervjuet kan ikke løse dette. Det er imidlertid vår påstand at PRISM er det intervjuet som er mest grundig og presist når det gjelder å undersøke hvert diagnosekriterium og hvert symptom opp mot både rusmisbruk og psykiske lidelser.

En tidsbruk på rundt tre timer kan virke mye, men er kanskje den tiden det tar å gjøre en grundig differensialdiagnostisk vurdering av mennesker med kompliserte og sammensatte lidelser. ✕

## REFERANSER

- Aharonovich, E., Liu, X., Samet, S., Nunes, E., Waxman, R. & Hasin, D. (2005). Post-discharge Cannabis Use and Its Relationship to Cocaine, Alcohol, and Heroin Use: A Prospective Study. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 1507–1514.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC.
- Astals, M., Domingo-Salvany, A., Buena-ventura, C.C., Tato, J., Vasquez, J.M., Martín-Santos, R. & Torrens, M. (2008). Impact of Substance Dependence and Dual Diagnosis on the Quality of Life of Heroin Users Seeking Treatment. *Substance Use and Misuse*, *43*, 612–632. doi:10.1080/10826080701204813
- Caton, C.L.M., Drake, R.E., Hasin, D.S., Dominguez, B., Shrout, P.E., Samet, S. & Schanzer, W.B. (2005). Differences Between Early-Phase Primary Psychotic Disorders With Concurrent Substance Use and Substance-Induced Psychoses. *Archives of General Psychiatry*, *62*.
- González-Saiz, F., Domingo-Salvany, A., Barrio, G., Sánchez-Niubó, A., Brugal, M.T. & de la Fuente, L. (2009). Severity of Dependence Scale as a Diagnostic Tool for Heroin and Cocaine Dependence. *European Addiction Research*, *15*, 87–93. doi:10.1159/000189787
- Grant, B.F., Goldstein, R.B., Smith, S.M., Jung, J., Zhang, H., Chou, S.P., Pickering, R.P., Ruan, W.J., Huang, B. & Saha, T.D. (2015). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-5 (AUDADIS-5): reliability of substance use and psychiatric disorder modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence*, *148*, 27–33.
- Hasin, D., Trautman, K. & Endicott, J. (1998). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders: Phenomenologically Based Diagnosis in Patients Who Abuse Alcohol or Drugs. *Psychopharmacology Bulletin*, *34*(1), 3–8.
- Hasin, D., Trautman, K., Miele, G.M., Samet, S., Smith, M. & Endicott, J. (1996). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): Reliability for Substance Abusers. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 1195–1201.
- Hasin, D.S., Shmulewitz, D., Stohl, M., Greenstein, E., Aivadyan, C., Morita, K., Saha, T., Aharonovich, E., Jung, J. & Zhang, H. (2015). Procedural validity of the AUDADIS-5 depression, anxiety and post-traumatic stress disorder modules: Substance abusers and others in the general population. *Drug and Alcohol Dependence*, *152*, 246–256.
- Helsebiblioteket (2016). Lastet ned fra <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/mini-gaf-og-honos-fritt-tilgjengelig>. (lest 30.03.16)
- Helsedirektoratet (2012). Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelser.
- Helseth, V. (2013). Mood disorders and psychotic disorders with co-occurring substance use disorders. (PhD), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Helseth, V., Samet, S., Johnsen, J., Bramness, J.G., & Waal, H. (2012). Feasibility of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM) in an acute psychiatric ward. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, *8*(02), 96–104.
- Herrero, M.J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M. & Brugal, M.T. (2007). Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction Biology*, *103*, 284–293. doi:10.1111/j.1360-0443.2007.02076.x
- Hides, L., Dawe, S., McKetin, R., Kavanagh, D.J., Young, R.M., Teesson, M. & Saunders, J.B. (2014). Primary and substance-induced psychotic disorders in methamphetamine users. *Psychiatry Research*.
- Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Edlund, M.J., Frank, R.G. & Leaf, P.J. (1996). The Epidemiology of Co-occurring Addictive and Mental Disorders: Implications for Prevention and Service Utilization. *American Orthopsychiatric Association*, *66*, 17–31.
- Landheim, A. S., Bakken, K. og Vaglum, P. (2002). Sammensatte problemer og separate systemer: Psykiske lidelser blant rusmisbrukere til behandling i russektoren. *Norsk Epidemiologi*, *12*(3), 309–318.
- Landheim, A. S., Bakken, K. & Vaglum, P. (2006). Impact of Comorbid Psychiatric Disorders on the Outcome of Substance Abusers: a Six Year Prospective Follow-up in Two Norwegian Counties. *BMC Psychiatry*, *6*(44). doi:10.1186/1471-244X-6-44
- Langås, A. (2013). Substance use disorders and comorbid mental disorders in first-admission patients from a catchment area. A cross-sectional clinical study. (PhD), Universitetet i Oslo, Oslo.
- Medhus, S., Mordal, J., Holm, B., Mørland, J. & Bramness, J.G. (2012). A comparison of symptoms and drug use between patients with methamphetamine associated psychoses and patients diagnosed with schizophrenia in two acute psychiatric wards. *Psychiatry Research*, *206*(1), 17–21.
- Morgello, S., Holzer, C.E., Ryan, E., Young, C., Naseer, M., Castellon, S.A., Frol, A.B., Hampton Atkinson, J., Gelman, B.B., Grant, I & Singer, E.J. (2006). Interrater Reliability of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders in an HIV-infected Cohort: Experience of the National NeuroAIDS Tissue Consortium. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *15*(3), 131–138. doi:10.1002/mpr.189
- Nocon, A., Bergé, D., Astals, M., Martín-Santos, R. & Torrens, M. (2007). Dual Diagnosis in an Inpatient Drug-Abuse Detoxification Unit. *European Addiction Research*, *13*, 192–200. doi:10.1159/000104881
- Nunes, E., Liu, X., Samet, S., Matseoane, K. & Hasin, D. (2006). Independent Versus Substance-Induced Major Depressive Disorder in Substance-Dependent Patients: Observational Study of Course During Follow-Up. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*, 1561–1567.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. & Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study. *JAMA*, *264*(19), 2511–2518.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J. & Weiler, E. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, *59*, 22–33.
- Srisurapanont, M., Arunpongpaisal, S., Wada, K., Marsden, J., Ali, R. & Kongsakon, R. (2011). Comparisons of methamphetamine psychotic and schizophrenic symptoms: a differential item functioning analysis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *35*(4), 959–964.
- Torrens, M., Serrano, D., Astals, M., Pérez-Domínguez, G. & Martín-Santos, R. (2004). Diagnosing Comorbid Psychiatric Disorders in Substance Abusers: Validity of the Spanish Versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders and the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 1231–1237.

# En vei ut av kaos

## Behandling av pasienter med ROP-lidelser med Metodikk for prosessevaluering

Når problemene tårner seg opp og ivrige hjelpere vil vise vei, kan det være lett å gå seg vill i en skog full av opplyste stier. Metodikk for prosessevaluering kan gjøre det lettere å finne veien.

### TEKST

Tina Gravdal,  
psykologspesialist,  
NAV Arbeids-  
rådgivning Buskerud

Hans Aleksander  
Bjerke, psykolog-  
spesialist, Diakon-  
hjemmet sykehus,  
Voksenpsykiatrisk  
avdeling Vinderen\*

### KONTAKT

tina.gravdal@gmail.com

**P**asienter med både rusproblemer og psykiske lidelser (ROP-lidelser) har ofte omfattende utfordringer på flere livsområder. Når rusen lindrer den utålelige psykiske smerten, men samtidig skyver familien bort, ødelegger økonomien, frarøver personen bolig og arbeidsmuligheter og svekker helsa, vil et ensidig fokus på enten ruslidelsen, de psykiske lidelsene eller de praktiske utfordringene sjelden føre frem. Situasjonen kan i tillegg bli uoversiktlig når hjelperne er fra ulike systemer og utfordringene påvirker hverandre gjensidig.

ROP-retningslinjene (Helsedirektoratet, 2012) anbefaler at både ruslidelsen og den psykiske lidelsen behandles integrert av samme

behandler eller behandlerteam, ikke todelt eller sekvensielt slik som spesialisthelsetjenestens inndeling i psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) tyder på. I tillegg anbefaler retningslinjene at andre hjelpetiltak også koordineres med den psykoterapeutiske behandlingen.

Metodikk for prosessevaluering (MPE) er en metode for behandling av ROP-lidelser i døgninstitusjon, som imøtekommer ROP-retningslinjenes anbefalinger. Metoden består av en møtестruktur med spesifiserte endringsfokuserte intervensjoner. MPE innebærer faste møter mellom pasient og hjelpere, der mål og delmål spesifiseres og evalueres. Lederen av møtet benytter spesifikke psykoterapeutiske intervensjoner for å drive endringsprosessene fremover. I en toårsperiode implementerte og videreutviklet vi denne behandlingsmetoden ved Manifestsenteret, en privat ideell stiftelse som tilbyr langtids døgnbehandling for pasien-

\* Forfatterne har mottatt stipend fra IAP for å skrive denne artikkelen. Forfatterne har opprettet Institutt for prosesspsykologi for å videreutvikle metoden.

ter med ROP-lidelser. Vår erfaring er at metoden er nyttig for å strukturere og samordne behandlingen av pasienter med ROP-lidelser på en helhetlig måte. Metoden imøtekommer kompleksiteten og mangfoldet i pasientenes utfordringer. Vi ønsker her å presentere MPE, en vei ut av kaos.

### Metodens bakgrunn

Arbeidsformen ble utviklet og tatt i bruk av psykologspesialist og opphavsmann Bjørn Andreas Spæren ved ARA Tyrifjord i 2009. I 2012 startet implementeringen av metoden ved Manifestsenteret. Vår erfaring fra implementeringsarbeidet er at MPE øker pasientenes engasjement og delaktighet i sin egen behandling, samt bidrar til å koordinere, effektivisere og strukturere behandlingen bedre. Metoden er tatt godt imot av både pasienter og personale, og benyttes fortsatt ved både ARA Tyrifjord og Manifestsenteret.

### TERAPEUTISK LEDER UTEN ANSVAR

MPE ligner på samhandlingsverktøyet individuell plan (IP), men med en vesentlig forskjell. I både MPE og IP spesifiserer og evaluerer pasienten og hjelperne mål og progresjon mot målene i faste møter. MPE skiller seg imidlertid tydelig fra IP ved at det brukes psykotераpeutiske intervensjoner i møtene for å få fart på endringsprosessene. Dette utføres av en såkalt *prosessdriver*. Denne rollen utgjør det helt spesielle ved metoden.

Prosessdriveren er en møteleder med terapeutisk kompetanse, men personen er ikke en del av pasientens behandler-team og er uten behandlingsansvar for pasienten. Rollen kan sammenlignes med en ekstern konsulent. I en døgnavdeling vil pasienten, behandleren og resten av teamet kontinuerlig tolke, definere og tilpasse seg hverandre. Dette vil kunne begrense den åpne kommunikasjonen. Det kan for eksempel være temaer som unngås grunnet uenigheter i teamet eller redsel for å såre eller krenke. En prosessdriver som ikke er bundet av allianser, relasjoner og systemets (teamets) hierarki, og som heller ikke har personlig interesse i utfallet av behandlingen, kan lettere stille åpne, utforskende og nøytrale spørsmål på en ikke-dømmende måte. Det kan også være lettere for pasienten og de andre teammedlemmene og representere seg selv mer fristilt fra relasjonene i teamet når de henvender seg til

prosessdriveren i stedet for direkte til hverandre. Dette åpner for annen type informasjon om pasienten og nye synsvinkler på utfordringene i behandlingen.

### ORDEN I KAOSSET

Å jobbe strukturert og systematisk mot tydelig definerte mål er en viktig del av denne metoden. Det første møtet kalles et *målsettingsmøte*. Det avholdes tidlig i oppstarten av behandlingen. I dette møtet nedtegnes pasientens mål. Pasienten støttes til selv å komme frem til og formulere disse målene. Typiske mål i et slikt møte kan være å opprettholde rusfrihet, bedre psykisk helse, bedre fysisk helse, nedbetale gjeld, finne et sted å bo og bedre sitt forhold til familie. Prosessdriveren skriver målene fortløpende opp på en stor tavle. Når målene er definert, støttes pasienten til å finne realistiske, konkrete, spesifiserte og tidsbestemte delmål frem til neste møte, som for eksempel: «samle alle regninger og lage oversikt over gjeld innen niende april», «gå tur i 20 minutter hver ettermiddag» og «delta i selvhjelpsgruppe hver tirsdag og torsdag». I etterkant av møtet skriver pasienten selv ned målene sine på en stor plakat. Personalet nedtegner de samme målene og delmålene i pasientens behandlingsplan og/eller individuelle plan. De neste møtene kalles *evalueringsmøter*. I disse møtene evalueres progresjonen mot målene. Det siste møtet kalles et *avslutningsmøte*. Det avholdes i avslutningen av behandlingen. Pasienten og teamet evaluerer måloppnåelse og spesifiserer mål og delmål som pasienten ønsker å arbeide videre med etter utskrivelse. Ved Manifestsenteret blir møtene avholdt med et intervall på omtrent seks uker. I evalueringsskjemaet etter endt behandling i 2013 skrev en pasient om betydningen av å jobbe strukturert mot tydelige mål:

(...) i et frustrert øyeblikk kan det faktisk virke lettende å vite at jeg jobber med mine prosesser og mål. Å se sin egen progresjon og vekst er ikke alltid like lett. Evalueringsmøter har vært viktig for å få den bekreftelsen jeg har trengt for å forstå at jeg har vært på riktig vei.

### FART TIL ENDRINGSPROSESSENE

Vår erfaring er at pasienter med ROP-lidelser ofte har noen felles psykiske utfordringer som kommer i veien for endringsarbeidet. Mange har relasjonsvansker, lav tillit til egen mestring,



Prosessdriveren er en møteleder med terapeutisk kompetanse, men personen er ikke en del av pasientens behandler-team



**Tabell 1:** Psykoterapeutiske intervensjoner

| Utfordringer  | Intervensjoner   | Hensikt  |
|---|--|--|
| 1. Relasjonsvansker                                   | Empatisk og tydelig tilnærming   | Trygg arbeidsallianse  |
| 2. Lav selvhevdelse og opplevd kontroll over eget liv | Undrende, ikke-vitende posisjon  | Aktør i eget liv   |
| 3. Lav mestringstillit                                | Motiverende samtalemetoder, operant forsterkning   | Økt tillit til egen mestring   |
| 4. Lav selvfølelse                                    | Ressursfokus   | Økt selvfølelse  |
| 5. Vansker med emosjonsregulering                     | Bevisstgjøring av følelser og emosjonsregulerende intervensjoner   | Økt affektbevissthet og evne til emosjonsregulering  |
| 6. Vansker med eksekutive funksjoner                  | Struktur, bruk av tavle, oppdeling av mål i tydelige og spesifiserte delmål, tett oppfølging, mestringsfokus | Øke vedvarende og fokusert oppmerksomhet i møtet, støtte til å kunne organisere og styre eget endringsarbeid |

lav selvfølelse, vansker med å regulere følelser, vansker med å planlegge, opprettholde oppmerksomheten og styre seg selv (eksekutive funksjoner), i tillegg til at de ofte opplever lite kontroll i eget liv. MPE legger til rette for systematisk bruk av psykoterapeutiske intervensjoner for å behandle eller håndtere disse utfordringene slik at de i mindre grad står i veien for pasientens endringsprosesser.

#### Empatisk og tydelig

MPE vektlegger at prosessdriveren bør fremstå som empatisk og tydelig i sin kommunikasjon. Hensikten med dette er å skape en trygg arbeidsallianse der pasienten opplever samarbeid og støtte i endringsarbeidet. *Empatisk* innebærer at prosessdriveren fanger opp og responderer adekvat på emosjonelle signaler, samt fremstår som vennlig og ivaretagende både verbalt og nonverbalt. *Tydelig* innebærer at prosessdriveren er en klar leder av møtet, gir konkrete signaler om rammer og forventninger og kommuniserer på en tydelig måte, det vil si unngår tvetydigheter, diffuse hentydninger og ironi. Vår erfaring er at pasienter med relasjonelle vansker er spesielt sårbare for negative feiltolkninger, og at en varm og tydelig kommunikasjon reduserer misforståelser. ROP-retningslinjene anbefaler også at terapeuten fremstår som empatisk, aksepterende, tydelig og utfordrende (Helsedirektoratet, 2012).

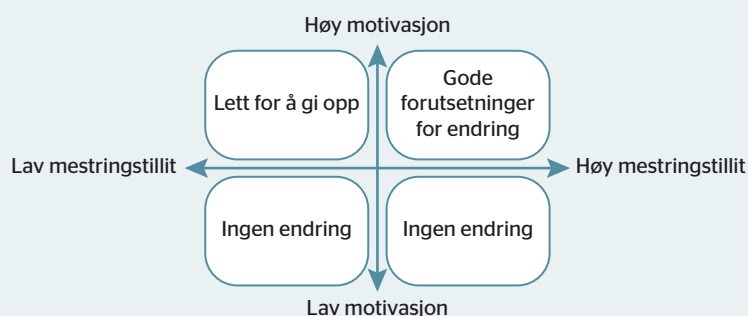
#### Undrende, ikke-vitende posisjon

Prosessdriveren er ikke en del av pasientens team og har da gjerne lite kjennskap til pasienten utover det som fremkommer i møtene, noe som gjør det naturlig for vedkommende

å innta en undrende, ikke-vitende posisjon. Hensikten med denne posisjonen er å legge til rette for at pasienten selv i størst mulig grad har styring og kontroll i egen behandling og tar ansvar for endringsprosessene med støtte av sitt team. Prosessdriveren stiller pasienten spørsmål om hva som er målene i behandlingen, og ber først og fremst pasienten selv sette realistiske delmål og evaluere fremdriften. Ved manglende fremdrift mot målene kan prosessdriveren stille undrende, ikke-vitende og ikkedømmende spørsmål rundt dette. Pasientens behandler-team er pasientens støttespillere i dette arbeidet. Vår erfaring er at mange pasienter med ROP-lidelser har flere nederlagserfaringer og kan ha en tendens til å overlate mye av styringen og ansvaret for eget liv til andre. Ved å la pasienten selv sette seg sine mål og evaluere hvordan arbeidet går, formidler prosessdriveren og teamet tillit til at pasienten kan styre eget liv og egen behandling, samtidig som pasienten støttes av prosessdriveren og behandler-teamet til å ta dette ansvaret. Denne tilnærmingen har likhetstrekk med en humanistisk og klientsentrert tradisjon. Pasienten støttes og veiledes til å hente frem kunnskap om seg selv, mens prosessdriveren er ekspert på å drive pasienten fremover i endringsprosessen. Dette samsvarer også med prinsipper i motiverende samtalemetoder (Barth, Børtveit, & Prescott, 2001; Miller & Rollnick, 2013).

#### Motiverende samtalemetoder og operant forsterkning

Prosessdriveren benytter seg av motiverende samtalemetoder og operant forsterkning for å fremheve og utforske pasientens mestring. Det



**FIGUR 1** Todimensjonal endringsmodell

fokuseres på mestring for å øke pasientens bevissthet om og tillit til egne ferdigheter og ressurser for å håndtere sine utfordringer. Prosessdriveren tydeliggjør mestringsopplevelser ved å tegne smilefjes ved oppnådde delmål, fremheve og anerkjenne mestringen og stille utforskende spørsmål om hva pasienten har gjort for å få til dette. I tråd med Barth, Børtveit og Prescott (2001) tenker vi at både motivasjon for endring og tillit til egen mestring må være til stede hos pasienter for vellykket endring. Dette kan belyses ut fra en endringsmodell (se figur 1).

Vår erfaring er at de fleste pasienter med ROP-lidelser i behandling er motiverte for endring, men at lav mestringstillit har en tendens til å forstyrre endringsprosessen. Nederlagsopplevelser reduserer tillit til egen mestring og øker opplevd håpløshet og maktesløshet, som igjen kan medføre resignasjon og i neste omgang tap av motivasjon for behandlingen. Ved å fokusere på mestring forsøker vi å motvirke disse tendensene. ROP-retningslinjene anbefaler bruk av motiverende samtalemetoder og operant forsterkning, som belønning, ros og eller anerkjennelse for fremgang i behandlingen (Helsedirektoratet, 2012). Empiriske undersøkelser støtter også motiverende samtalemetoder (Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried, & Walter, 2008; Drake, O'Neal, & Wallach, 2008) og bruk av operant forsterkning (Holth, 2008; Jacobs & Dubois, 2012) ved ROP-lidelser.

### Ressursfokus

Ressursfokus er en viktig del av MPE, og fokus på pasientens ressurser inngår som en egen del av hvert møte. I første møte får pasienten i oppgave å nevne sine ressurser: «Dette er jeg god til» og «Dette er mine interesser». I de neste møtene brukes omtrent en tredjedel av møtet til at prosessdriveren ber teamet komme med tilbakemeldinger om hva de opplever som pasientens positive kvaliteter og egenskaper. Deretter reflekterer prosessdriveren sammen med pasienten omkring disse kvalitetene. Prosessdriveren spør pasienten om hun eller han ønsker å ta til seg disse tilbakemeldingene, eventuelt ønsker å jobbe med å ta det til seg. Vår erfaring er at pasienter med ROP-lidelser har mange negative tanker og følelser om seg selv og er underernært på positive tilbakemeldinger fra sine omgivelser. Lav selvfølelse kan også gjøre at de lett avfeier positive tilbakemeldinger som uriktige eller usanne. Ved å be pasienten aktivt ta stilling til om han eller hun vil ta til seg tilbakemeldingene, tydeliggjøres den eventuelle motstanden, og det åpnes for refleksjon »



Tilnærmingen har likhetstrekk med en humanistisk og klientsentrert tradisjon



Vår erfaring tilsier at fokus på følelser er spesielt nyttig i behandlingen av pasienter med ROP-lidelser



rundt dette. Pasienten kan stille oppfølgende spørsmål til teamet og få eksempler som tydeliggjør tilbakemeldingene ytterligere. Dersom pasienten mener påstandene er løgn, kan prosessdriveren stille teammedlemmene spørsmål om dette. Etter en slik refleksjonsrunde svarer pasientene som regel enten at de vil ta til seg tilbakemeldingene, eller at de vil jobbe med og åpne opp for å ta det til seg. Tilbakemeldingene skrives i likhet med målene opp på et stort ark som henges lett synlig på pasientens rom. Bedring av selvfølelse vil kunne ha mange positive ringvirkninger, slik som bedret evne til å ivareta, respektere og akseptere seg selv samt økt evne til selvhverdelse og deltakelse i et sosialt fellesskap. Dette vil igjen kunne virke positivt inn på endringsarbeidet. ROP-retningslinjene anbefaler at det fokuseres på pasientens ressurser gjennom hele behandlingsforløpet (Helsedirektoratet, 2012). Ressursfokus i MPE er i tråd med positiv psykologi (Seligman, 2007) og salutogene<sup>1</sup> prosesser (Antonovsky, 2012). Det er evidens for at ressursfokus er nyttig i behandling generelt (Seligman, 2007).

#### Affektbevissthet og emosjonsregulering

MPE vektlegger at prosessdriveren bør være sensitiv for pasientens emosjonelle signaler, støtte pasienten til å være seg bevisst emosjonelle signaler og gi verbale uttrykk for følelser, samt være emosjonelt inntonet, for å kunne gi pasienten adekvat støtte til å regulere sine følelser i møtet. Vår erfaring er at mange pasienter med ROP-lidelser har vansker med å identifisere, tåle og regulere følelser, og at bruk av rusmidler ofte har en emosjonsregulerende funksjon. Fokus på affektbevissthet og dyadisk emosjonsregulering har til hensikt å øke pasientens bevissthet om egne følelser, gi opplevelse av at disse følelsene kan tåles, og at det er mulig å få relasjonell støtte til å regulere følelsene. Dette vil på lengre sikt kunne redusere behov for bruk av rusmidler for å regulere og mestre følelser. Denne tilnærmingen har likhetstrekk med ulike emosjonsfokuserende behandlingstilnæringer (Greenberg, 2010; Hart, 2013; Schore, 2013). Vår erfaring tilsier at fokus på følelser er spesielt nyttig i behandlingen av pasienter med ROP-lidelser, ettersom vansker med emosjonsregulering i de fleste tilfeller synes å være underliggende både for den psykiske lidelsen og rusproblemene. Dette har vi imidlertid ikke funnet belyst i ROP-retningslinjene.

#### Støtte av eksekutive funksjoner

I møtene benyttes ulike strategier for å øke pasientens konsentrasjon og fokus, evne til refleksjon og evne til lagring og gjenhenting av informasjonen samt støtte til å monitorere og jobbe systematisk med målene i behandlingen. Det benyttes en stor tavle til å illustrere og nedtegne informasjonen i møtet. Informasjonen blir på denne måten gitt både visuelt og auditivt, noe som er ment å støtte evnen til oppmerksomhet, bearbeiding, lagring og gjenhenting av informasjon. Fast og forutsigbar struktur på møtet kan øke opplevd oversikt, trygghet på hva som vil skje, samt at strukturen kan gjøre det lettere å huske innholdet i møtet i etterkant. Ved at pasienten selv skriver ned målene, delmålene og tilbakemeldingene

1. Salutogenese er en teori om fysisk og psykisk helse som fokuserer på hva som fremmer god helse, velvære og mestring. Salutogenese ble utviklet som en motsatsteori til patologien, som fokuserer på årsaker til sykdom.



og henger dette opp lett synlig på sitt rom, støttes pasienten til å holde fokus på endringsprosessene gjennom behandlingen.

Pasienter med ROP-lidelser har ofte vansker med eksekutive funksjoner, som å holde på oppmerksomheten, organisere atferd samt monitørere og styre eget liv. Årsakene til dette kan være ulike, som for eksempel hyperkinetisk forstyrrelse, traumer, angst, depresjon, nylig bruk av rusmidler og organiske skader. Strategiene over samsvarer med tiltak anbefalt av Statped ved oppmerksomhetsvansker, det vil si å skape struktur ved hjelp av oversiktlige planer, dele opp oppgaver, ha hyppige aktivitetsskifter og lage mentale «knagger» (www.statped.no, 2012). Tilrettelegging og støtte av eksekutive funksjoner vil kunne øke pasientens oversikt og kontroll over endringsprosessene, noe som igjen vil kunne ha positive ringvirkninger på andre faktorer som mestring og selvtilit. I evalueringsskjemaet etter endt behandling i 2013, beskrev en pasient sin opplevelse av metoden:

Hvis jeg har masse mål og prosesser hengende løst i hodet og i tillegg er alene med det, vil det bli såpass diffust og lite målrettet at det ikke vil la seg gjennomføre. Det er kanskje ikke noe «hokus pokus», men jeg mener dette er en veldig ryddig og konstruktiv måte å jobbe på. Og det er en bra måte å samarbeide med andre på.

#### FRA UUTHOLDELIG SMERTE TIL LEVELIG LIV

MPE kombinerer målfokuset og koordineringen i IP med psykoterapeutisk behandling spesifikt rettet mot å drive endringsprosesser fremover for en pasientgruppe der endring ofte anses som kronglete og krevende. Pasienter med ROP-lidelser har som regel mange år bak seg med mye lidelse, flere fortvilte og bekymrede personer rundt seg og mange hjelpere som i sin iver har stanget hodet i veggen sammen med pasienten. Endring krever at hjelperne går sammen med pasienten i hans eller hennes retning og tempo – ikke i hver sine retninger så pasienten blir usikker på veien, ikke for langt foran så pasienten mister motet, og ikke for langt bak så pasienten mister motivasjonen og drivet. Metoden åpner for å være på vei ut av kaos og lidelse og mot et bedre liv, slik pasienten selv ønsker det. Dette er et kontinuerlig arbeid. Pasienten lærer en metode for å jobbe videre med målene sine også etter behandlingen, enten på egen hånd eller med videre støtte.

Vi har funnet denne metoden nyttig i arbeidet med pasienter med ROP-lidelser i døgninstitusjon. Metoden strukturerer døgnbehandling og hjelper pasienten og ansatte ved institusjonen med å få oversikt. Vi opplever at den i stor grad også møter Helsedirektoratets anbefalinger om behandling av pasienter med ROP-lidelser (Helsedirektoratet, 2012). Vi antar at metoden med hell også kan benyttes overfor andre pasientgrupper med komplekse og flerfoldige utfordringer, der det er behov for koordinering av endringsarbeidet rundt ulike mål, samt behov for behandlingsintervensjoner for å drive endringsprosessene fremover. Vår erfaring er at behandlingsintervensjonene også fungerer godt i individuelle terapiforløp med pasienter med ROP-lidelser. Metoden i sin helhet synes noe mindre nyttig overfor pasienter med alvorlig psykoselidelse og dissosiative lidelser. I slike tilfeller bør metoden tilpasses, ved for eksempel å redusere innholdet i møtene og redusere antall mål og delmål. Det er behov for empiriske undersøkelser for å kunne si om MPE i sin helhet synes å være nyttig for pasienter med ROP-lidelser. ✕

#### REFERANSER

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium: Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal.
- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2001). *Endringsfokusert rådgivning*. Oslo: Gyldendal.
- Cleary, M., Hunt, G., Matheson, S., Siegfried, N., & Walter, G. (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *The Cochrane Library of Systematic Reviews*, 1, Article CD001088. doi/10.1002/14651858.CD001088.pub2
- Drake, R.E., O'Neal, E.L., & Wallack, M.A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial intervention for people with co-occurring severe mental and substance use disorder. *Journal of substance abuse treatment*, 34, 123–138.
- Greenberg, L. (2010). *Emotion-focused therapy: A clinical synthesis*. Fokus, 8, 32–42
- Hart, S. (2013). *Relasjoner og den følsomme hjerne – en introduksjon til neuroaffektiv utviklingspsykologi*. Spesialforedrag under Schizofrenidagene. Stavanger
- Helsedirektoratet (2012). *Nasjonalfaglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Holth, P. (2008). Læringsbasert rusbehandling. *Tidskrift for Norsk psykologforening*, 10, 1276–1284.
- Jacobs, N., & Dubois, L. C. (2012). *Drug addiction. Science and treatment*. New York: Nova Science publishers Inc.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing. Helping people change*. USA: Guilford Press.
- Seligman, M. (2007). *Ekte lykke: Den nye positive psykologien*. Steinkjær: Kaleidoskopet.
- Schore, A. (2013). *The science of the art of Psychotherapy*. Spesialforedrag ved Schizofrenidagene. Stavanger.
- Statped, 2012. Hentet fra <http://www.statped.no/Tema/Ervervet-hjerneskaade/Tiltak-og-tilrettelegging-for-personer-med-ervervet-hjerneskaade/Tilrettelegging-ved-oppmerksomhetsvansker/>

# Samspillsterapi på rusinstitusjon

Tidlig samspillsveiledning styrker foreldrekompetanse hos mødre med rusmisbruk.

## TEKST

Aniela Wisniewski  
Woldseth, Lade  
Behandlingssenter  
Blå Kors, Avdeling  
for gravide og  
småbarnsfamilier,  
Trondheim

## KONTAKT

Aniela.Woldseth@  
ladebs.no

**F**oreldrenes kapasitet til å forstå barnet som et separat og differensiert individ med egne tanker og følelser, og til å reflektere over hvordan de selv påvirker barnet, er en essensiell forutsetning for sensitiv omsorg og trygg tilknytning mellom foreldre og barn (Slade, 2006). En slik refleksiv fungering hos foreldrene bidrar til at barna i sin tur utvikler kompetanse til mentalisering (Brandtzæg, Smith, & Torsteinson, 2011). Mødre med stoffmisbruk viser generelt en svak refleksiv funksjon (Pajulo, Suchman, Kalland, & Mayes, 2006) og svakt utviklet mødresensitivitet (Sigveland, Haabrekke, Wentzel-Larsen, & Moe, 2014). Ved familieavdelinga på Lade Behandlingssenter jobber vi målrettet med mentalisering, og tenker at dette også gjør foreldre mer sensitive overfor spedbarnas signaler. I denne artikkelen skal jeg presentere et

kasus som viser hvordan samspillsveiledning kan fremme foreldrementalisering. Da en sak fra familieavdelinga vil kunne gjenkjennes, har jeg valgt et fiktivt kasus.

Barna til de foreldrene vi jobber med, har vært eksponert for rus i ulikt omfang under svangerskapet. Ruseksponerte spedbarn er utsatt for multippel risiko, og tidlig intervensjon er viktig for disse barna (Healey, Fisher, van Scoyoc, & Relling, 2013). Foreldrene har ulik bakgrunn, psykisk og fysisk helse, rusmisbruk og rusrelaterte vansker, og har ofte sammensatte tilleggsproblemer. Terapeutiske intervensjoner som er tilpasset den enkelte rusmisbruker og mor-barn-dyade gir best effekt, da rusmisbrukere er en heterogen gruppe (Healey et al., 2013). Marte Meo-metoden er en teknikk som tilpasses hver enkelt dyade.

### MARTE MEO-METODEN

Marte Meo-metoden (Aarts, 2008) er en kommunikasjons- og relasjonsorientert veilednings- og behandlingsmetode. Metoden har vist seg godt egnet for spedbarns- og småbarnsfamilier (Brandt & Grenvik, 2010). Den er imidlertid ikke studert i rusfamilier. Marte Meo-metoden går ut på at det gjøres filmopptak av samspill mellom foreldre og barn, som foreldrene og behandleren ser på sammen og diskuterer (Aarts, 2008). Hensikten er å tydeliggjøre ressurser i samhandlingen, for gjennom det å forbedre samspillet (Brandtzæg et al., 2011). Terapeuten plasserer seg slik at hun både kan følge med på skjermen og registrere omsorgspersonens reaksjoner underveis i veiledningen, og forsøker å følge omsorgspersonens fokus. På denne måten blir samspillet mellom terapeut og omsorgsperson en parallell til samspillet mellom omsorgspersonen og barnet, og terapeuten blir en rollemodell for kommunikasjon og samspill (Hedenbro, Wirtberg, & Thorbjørnsen, 2012). Til tross for at metoden er utbredt, foreligger det få effektstudier. I 2009 ble det utarbeidet en Marte Meo-manual for barn 0–2 år (VIPI – Videofeedback of Infant Parent Interaction) med basis i de mest sentrale elementene i metoden, nyere utviklingspsykologi og kunnskap fra behandlingsforskning (Onsøien, Drugli, & Bergum Hansen, 2009). En effektstudie viste at VIPI-behandling hadde positiv effekt på blant annet foreldre–barn-samspill i familier med lite emosjonalitet i samspillet, og på spedbarns sosiale og emosjonelle utvikling (Høivik, Lydersen, Drugli, Onsøien, Bergum Hansen, & Berg-Nielsen, 2015).

### VIDEOFEEDBACK (VIPI)

Veiledning etter VIPI-manualen tar utgangspunkt i familiens spørsmål. Hvert element i den utviklingsfremmende dialogen jobbes med i en gitt rekkefølge: (1) barnets kontaktinitiativ og behov for pause/oppmerksomhet rettet mot noe annet, (2) barnets varierte initiativ/uttrykk og foreldrenes bekreftelse, (3) avventing av barnets reaksjon på foreldrenes bekreftelse/handling, (4) benevning av barnets uttrykk, foreldrenes egen handling og deres relasjon, (5) strukturering/ledelse av samspillsituasjonen og (6) støtte til barnets utforsking av objekter og andre utenfor relasjonen (utvidelse).

Manualen har skjema for hvordan elementer registreres og analyseres, samt for forberedelser til veiledning med foreldre. Hver veiledning oppsummeres av terapeuten, og det gjøres en vurdering av om familien trenger mer arbeid med det aktuelle elementet. Foreldrene får et øvingsark for hvert element det arbeides med. Neste veiledning starter med en samtale om øving i den mellomliggende perioden før visning av neste film. Minimum antall veiledninger er seks, med en avsluttende syvende samtale. Veiledningstimen foregår fortrinnsvis ukentlig og ikke over lengre tid enn tre måneder.

### KLINISK EKSEMPEL

Emil var seks måneder da han og mor ble innlagt. Mor hadde holdt sitt rusmisbruk skjult inntil en nabo kom på uanmeldt besøk og kontaktet barnevernet. Det ble fattet vedtak om rusbehandling på familieavdeling. Mor var selv oppvokst hos sin mor, der hun hadde hatt det materielt godt, men ble neglisjert emosjonelt.

Mor holdt seg rusfri under innleggelsen. Under svangerskapet hadde hun drukket alkohol i helgene og røyket hasj et par ganger i måneden



Terapeutiske intervensjoner som er tilpasset den enkelte rusmisbruker og mor–barn-dyade gir best effekt





Hensikten er å tydeliggjøre ressurser i samhandlingen, for gjennom det å forbedre samspillet



inntil 20. svangerskapsuke. Etter fødselen begynte hun gradvis å drikke mer alkohol.

Utredning viste at Emil lå innenfor normalområdet med hensyn til grov- og finmotorikk, og i nedre del av normalområdet når det gjaldt kognisjon. Sosio-emosjonelle ferdigheter lå klart under aldersforventet nivå.

Emil tok lite initiativ til kontakt, og viste liten interesse for mor. Han smilte mindre enn forventet når han ble smilt til, og produserte få og lite varierte lyder. Hans oppmerksomhetsspenn var kortvarig, og han snudde seg ikke etter objekter når disse kom ut av syne.

Emil ble født to uker før termindato, men var normalvektig og hadde gode apgarskårer. Siden sykehuset ikke var klar over mors rushistorie, ble mor og barn utskrevet etter kort tid og uten adekvat oppfølging. Etter hjemkomst opplevde mor at Emil var mye urolig, vanskelig å trøste og stadig gråt. Hun hadde lite nettverk å støtte seg til. Helsesøster ga mor praktiske råd om amming og søvn. Rus ble ikke tematisert.

#### Mors ønske om bistand

Mor ønsket å få mer kontakt med barnet sitt. Hun samtykket til filming. Det ble gjort ni samspillsopptak.

#### Startanalysen

Arbeidet startet med filmopptak fra en pratetund mellom mor og barn (lite fast struktur) og en stellesituasjon (mye fast struktur). Filmen viste at Emil ofte vendte ansiktet bort fra mor, og kun søkte kontakt i korte sekvenser. Ved to anledninger fikk han et glassaktig og fjernt blikk da mor bøyde seg over ham. Jeg vurderte dette som mulige tegn på disosiering (Hart & Schwartz, 2009).

Startanalysen viste at mor var god til å benevne egne handlinger og også til dels barnets, men at samtlige elementer i den utviklingsstøttende dialogen måtte videreutvikles.

Mor måtte bli atskillig mer sensitiv overfor barnets signaler, både med hensyn til å fange opp Emils kontaktinitiativ og til å oppfatte hans behov for pauser.

Mor bekreftet sjelden barnets emosjonsuttrykk, med mindre Emil henvendte seg til henne. Emils initiativ til kontakt ble bekreftet av mors store, men noe unaturlige smil. Emil fikk en del bekreftelse på det han var opptatt av utenfor relasjonen når det kom til leker. Mor hadde generelt for høyt tempo til at Emil fikk rom til å komme med sin respons.

Mor satte ord på handlinger hos seg selv og barnet, men benevnte i liten grad barnets uttrykk for indre tilstander og hvordan hun selv hadde det. Hun ga uttrykk for sine egne opplevelser av hvordan hun og Emil hadde det sammen, men fremstod unyansert i sine beskrivelser. Hun satte av og til ord på det som skulle skje, men ikke nok til at det fremstod forutsigbart for barnet. Dette kom frem i opptak fra stell, der mor ofte overså Emils initiativ og ikke ga den støtte han trengte til selvregulering. Mor klarte ikke å balansere det å se Emil og samtidig strukturere samspillssituasjonen. Vedrørende barnets interesse for objekter og personer utenfor dialogen med mor, fikk han mest støtte til utforskning når han var opptatt av objekter.

#### Terapiprosessen

Ett og ett element i VIPI-manualen ble jobbet med på ukentlig basis. Jeg orienterte miljøpersonalet om arbeidspunktene, slik at de kunne ha et

skjerpet blikk og bistå mor med å gi barnet den riktige utviklingsstøtten. Hver veiledningstime startet med samtale rundt mors erfaringer med den konkrete øvelsen før visning av neste film.

Første film hadde fokus på Emils kontaktinitiativ. Da mor kom til timen, var hun i sterk affekt. Hun følte seg kritisert av miljøpersonalet, og opplevde at Emil hadde smilt mer til dem enn til henne. Jeg gikk ikke nærmere inn på hva som lå bak hennes opplevelse, da det er barnet som er i fokus i samspillsveiledningen, og fordi mor skulle i individualterapi senere på dagen. Dette sa hun seg enig i, og vi begynte å se på filmen.

Filmen begynte med et stillbilde av Emil og mor der de har kontakt. Mor fikk tid til å ta inn bildet før jeg spurte: «Hvordan ser det ut som dere to har det sammen her? Hvordan ser det ut som Emil har det, og hva er det ved Emils uttrykk som gjør at du tenker slik? Når du ser på deg selv, hva tror du Emil legger merke til ved mammaen sin?»

Bildet og spørsmålene ledet mor tilbake til relasjonen mellom Emil og henne, og hun klarte å tenke høyt om det hun så. Dette berørte henne også følelsesmessig.

Andre film viste ikke hyppigere henvendelser fra spedbarnet selv om mor la stor innsats i å fange opp Emils kontaktinitiativ. Mor var skuffet over dette, og jeg forklarte at det kan ta tid før barnet venner seg til at mor er blitt mer oppmerksom på ham. Også i denne timen studerte vi filmklipp der det var kontakt mellom dem, og mor uttrykte glede over å se Emil av og til titte opp på henne.

Siden jeg vurderte at mor hadde en invaderende stil overfor Emil, fant jeg det viktig å studere barnets pausebehov nærmere. Jeg vurderte den terapeutiske alliansen som trygg nok til at mors representasjoner av barnet og henne selv som forelder kunne utforskes gjennom filmklipp der barnet vender seg bort etter å ha vært i dialog med mor. Spørsmål som «Hva er det Emil gjør her, og hvorfor tror du han gjør det?» avslørte mors dårlige selv-bilde. Hun forestilte seg at barnet syntes hun var kjedelig. Vi utforsket hva antagelsen så ut til å føre til av handlinger fra mors side, og hvordan Emil responderte på dette ved å vende seg enda mer bort.

Mor fikk med seg øvelsesark med fokus på barnets kontaktinitiativ og pausebehov. Hun skulle studere hvordan Emil viste at han var

klar for kontakt, trengte en pause eller rettet oppmerksomheten mot noe annet, og hva han gjorde etter å ha tatt seg en pause.

Tredje film bekreftet en endring i samspillet. Mor var mer sensitiv og mer opptatt av hva Emil ga uttrykk for. Barnet viste hyppigere og lengre kontaktinitiativ, og noe kortere pausebehov. Vi observerte ikke nye episoder der barnet så ut til å dissosiere. Mor bekreftet barnets initiativ i større grad, hun hadde en bedre inntoning, og de hadde mer felles fokus. Hun kunne imidlertid fortsatt litt for raskt tolke barnets signaler ut fra seg selv når det omhandlet emosjonelle tilstander. Dette kom også til uttrykk i tilbakevisningstimen, som barnet denne gang var med til. Mor ga i timen uttrykk for at hun var stresset. Hun plasserte en smokk i Emils munn, men smokken falt ut, hvorpå mor igjen ga han smokken, til tross for at barnet holdt munnen lukket. Jeg gjorde mor oppmerksom på hva som skjedde, gjennom spørsmål som «Hvordan ser det ut som Emil har det nå? Hva trenger han? Hvordan har du det inne i deg?». Videre dvelte vi ved filmklipp som viste hvordan barnet responderte når mor bekreftet ham, og mor uttrykte at det var enklere å se dette når hun hadde avstand til det som skjedde, når hun så det på film. Mor skulle til neste gang øve på «prate-situasjoner» med Emil (øvingsark) der hun vektla å tolke og bekrefte hans emosjonelle tilstander.

Fjerde film inneholdt mange eksempler på mors speiling av barnets følelser. Mor opplevde at hun tolket Emils uttrykk bedre, og jeg bekreftet at også jeg så dette.

Emil fikk imidlertid ikke alltid rom til å reagere på mors bekræftelser, siden mor var ivrig etter å søke etter nye meninger bak det barnet gjorde eller uttrykte. Turtakingen fremstod derfor hakkete og tidvis ute av balanse, og Emil kunne noen ganger virke forvirret. For å avhjelpe dette viste jeg filmsnutter der Emil fikk tilstrekkelig plass i dialogen.

Mor så at hun hadde for høyt tempo, og fikk med seg øvingsark som omhandlet det å vente på barnets respons etter bekræftelse, samt å sette ord på denne.

Femte film tydet på at mor ga Emil bedre tid til å respondere, men at hun fortsatt måtte øve på dette. Hun satte ord på både barnets og sine egne følelser og hvordan de hadde det sammen, i tillegg til deres handlinger her og nå. Hun benevnte imidlertid ikke det neste som

»



Mor bekreftet sjelden barnets emosjonsuttrykk, med mindre Emil henvendte seg til henne

skulle skje. Da filmen ikke inneholdt sekvenser der mor forberedte barnet på hva som skulle skje, stoppet vi opp ved et filmklipp der vi så på muligheter for dette. «Her er det like før du skal vende Emil over på ryggen. På hvilken måte kan du forberede han på det som skal skje? Hvordan vil det være for Emil at du gjør det?»

Sjette film synliggjorde at mors bekreftelser og benevning hjalp Emil til bedre selvregulering. Bruk av for lange setninger gjorde imidlertid at Emil fortsatt fikk for lite rom til å komme med sine bidrag. Da jeg skulle utforske dette med mor, ble det klart at jeg selv holdt et for høyt tempo, og ikke ble en god nok rollemodell. Dette ledet til et parallelt utforsknings-spørsmål: «Hvordan følte du deg da jeg fortsatte på neste spørsmål mens du fortsatt tenkte på det første vi snakket om?»

Det at mor selv kjente at hun fikk for lite rom til å uttrykke seg, og jeg møtte dette med et forsøk på reparasjon, gjorde at hun ble enda mer opptatt av at Emil skulle føle seg sett. Dette gjaldt også i situasjoner som krevde høyere grad av ledelse fra mors side. Neste øvingsark handlet om å lede barnet på en positiv måte.

Sjuende film var fra en leggesituasjon og inneholdt eksempler på at Emil fikk den tiden han trengte til å respondere. Mor fanget opp initiativet hans og klarte å balansere det å se Emil og samtidig lede situasjonen. Gjennom dette hjalp hun Emil til god selvregulering.

Åttende film fokuserte på barnets interesse for objekter og personer utenfor dialogen. Filmene viste at Emil ikke fikk tilstrekkelig støtte av mor til å utvide sin forståelse og mestring når han rettet oppmerksomheten mot andre personer. Filmopptaket var fra et måltid der Emil og mor ble filmet sammen med en annen beboer med sitt barn.

Ved tilbakevisning så mor hvordan hennes bekreftelse og benevning av Emils iver etter matskjeen bidro til hans konsentrasjon og utholdenhet under måltidet, og til at han selv ville utforske skjeen nærmere etterpå.

De gangene Emil responderte på den andre beboerens henvendelser, ble mor taus, og påkalte raskt Emils oppmerksomhet. Mor fortalte at hun ofte kjente seg utrygg i morsrollen når hun var sammen med andre mødre. Vi ble enige om å ta et opptak der de var sammen med andre på avdelingen. Mor skulle konsentrere seg om å bekrefte og benevne Emils sosiale initiativ fremfor å tenke på hvordan hun selv ble oppfattet av andre.

Niende film viste at mor fremstod tryggere og ga adekvat respons på Emils sosiale initiativ. Under tilbakevisning fortalte mor at hun ikke lenger følte seg truet av Emils interesse for andre. Representasjonene mor hadde av Emil, seg selv og deres relasjon, så ut til å ha endret seg. Emil så ut til å ha positive forventninger til mor. Til sammen ga dette bedre samspill.

#### Barnets fungering og samspilletets kvalitet ved avslutning

Emil var ni måneder ved avslutning av Marte Meo-intervensjonen. Han viste da tydelig preferanse for mor, noe som viste seg blant annet ved sosial referering og ved trykkesøken. Han viste at han gledet seg i lek, og vokaliserte og smilte mye. Ny utredning viste at han nå utviklet seg aldersadekvat sosio-emosjonelt og motorisk. Han skåret fortsatt noe svakt på kognitive oppgaver der det var krav til oppmerksomhet og konsentrasjon.

Jeg vurderte at mor behersket alle samspillselementer, men hadde behov for samspillveiledning for å vedlikeholde ferdigheter. Hun var selv enig i dette. Mor opplevde at Emil og hun hadde fått bedre kontakt,

og at dette handlet om at hun hadde blitt bedre kjent med Emil gjennom å undre seg over hva som foregikk inni barnet.

### AVSLUTNING

Fokus på refleksive evner hos rusavhengige mødre i døgnbehandling forbedrer deres refleksive funksjon signifikant (Pajulo et al., 2006; Pajulo, Pyykkonen, Kalland, Sinkkonen, Helenius, & Punamaki, 2012). Intervensjoner rettet bare mot rusproblemet og/eller veiledning i foreldreferdigheter har ikke hatt tilstrekkelig effekt når en ser på samspillet mellom mor og barn (Pajulo et al., 2006). For at behandling skal ha positiv effekt på barnets utvikling, er det viktig å jobbe med samspillet og hjelpe foreldre til å bli mer sensitive overfor barnets signaler og svare kontingent på disse (Hans, Bernstein, & Hensson, 1999).

Min erfaring er at Marte Meo-metoden kan fremme refleksiv funksjon, sensitivitet og responsivitet hos foreldre med rusproblemer, så lenge det skjer i kombinasjon med andre tiltak. På lik linje med andre metoder vil muligheten til å bruke metoden variere med kvaliteten av terapeut-pasient-alliansen. Terapeutens utvikling av sin egen kommunikasjonskompetanse er videre avgjørende også for denne metodens potensial (Hafstad & Øvreide, 2004). Videre forskning på metoden, også i rusfamilier, vil kunne styrke metodens legitimitet og videre utvikling.

### REFERANSER

- Aarts, M. (2008). *Marte Meo: Basic Manual*. Harderwijk: Aarts Productions.
- Brandt, A.E., & Grenvik, T.H. (2010). *Med barnet i sentrum*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Brandtæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparatorer. Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hafstad, R., & Øvreide, H. (2004). Marte Meo – en veilednings- og behandlingsmetode. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 41, 447–456.
- Hans, S.L., Bernstein, V.L., & Hensson, L.G. (1999). The role of psychopathology in the parenting of drug-dependent women. *Development and Psychopathology*, 11, 957–977.
- Hart, S., & Schwartz, R. (2009). Fra interaksjon til relasjon. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Healey, C.V., Fisher, P.A., van Scoyoc, A., & Relling, A.M. (2013). Family-Based Interventions for Children with Prenatal Substance Exposure. I N.E. Suchman, M. Pajulo, & L.C. Mayes (red.), *Parenting and substance abuse. Developmental Approaches to Intervention* (s. 487–513). New York: Oxford University Press.
- Hedenbro, M., Wirtberg, I., & Thorbjørnsen, K.M. (2012). *Samspillets kraft: Marte Meo – mulighet til utvikling*. Oslo: Kopinor Pensum.
- Høivik, M.S., Lydersen, S., Drugli, M.B., Onsjøen, R., Bergum Hansen, M., & Berg-Nielsen, T.S. (2015). Video feedback compared to treatment as usual in families with parent-child interactions problems: a randomized controlled trial. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9:3.
- Onsjøen, R., Drugli M.B., & Bergum Hansen, M. (2009). Videofeedback of Infant Parent Interaction. Manualised intervention (0–2) based on Marte Meo elements. Trondheim: RBUP/NTNU.
- Pajulo, M., Suchman, N., Kalland, M., & Mayes, L. (2006). Enhancing the effectiveness of residential treatment for substance abusing pregnant and parenting women: Focus on maternal reflective functioning and mother-child relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27, 448–465.
- Pajulo, M., Pyykkonen, N., Kalland, M., Sinkkonen, J., Helenius, H., Punamaki, R.-L., et al. (2012). Substance-abusing mother-baby pairs in residential treatment: importance of pre-and postnatal reflective functioning. *Infant mental Health Journal*, 33(1), 70–81.
- Siqveland, T.S., Haabrekke, K., Wentzel-Larsen, T., & Moe, V. (2014). Patterns of mother-infant interaction from 3 to 12 months dyads with substance abuse and psychiatric problems. *Infant Behavior and Development*, 37, 772–786.
- Slade, A. (2006). Reflective Parenting Programs. *Theory and Development. Psychoanalytic Inquiry*, 26, 640–657.

PSY  
KOL  
OGI

## Temanummer om eldre

### Hvem er «de eldre» i dag - og hvem er morgendagens eldre?

Psykologtidsskriftet gir ut temanummer om om eldre i januar. I en rekke ulike fagbidrag kan du lese om aldersstereotyper, aktiv aldring, eldres rusvaner, parforhold i eldre dager - og mye mer.

### Lanseringsseminar i Bergen

Velkommen til lanseringsseminar på Litteraturhuset i Bergen den 5. januar. Følg med på våre nettsider og Psykologtidsskriftets Facebook-side for mer informasjon om arrangementet.



**SER LIKHETER** - Det finnes mange årsaker til søvnproblemer. Samtidig ser vi at når folk først har fått kroniske søvnproblemer og forsøker å håndtere problemene, begynner de å oppføre seg bemerkelsesverdig likt alle andre med søvnvansker, sier Håvard Kallestad. Foto: Mette Kvisten Steinan

# Terapi gir bedre søvn enn piller

- Man kan gjøre depresjonsbehandling mer effektiv hvis pasienter også får behandling for sine søvnvansker, sier Håvard Kallestad.



V i har sett et paradigmeskifte i synet på søvnvansker hos folk med psykiske lidelser, ifølge Håvard Kallestad, som er psykologspesialist ved St. Olavs Hospital og postdoktor ved NTNU. Det har vært vanlig å se søvnproblemer som et symptom på en psykiske lidelse, med andre ord at den psykiske lidelsen er det primære. Men da amerikanerne lanserte DSM-V i 2013, gikk de bort fra dette. Søvnproblemer forstås nå som en selvstendig tilstand og noe som bidrar til å forverre en psykiske lidelse.

– Det viktige her er at hvis vi ser søvnproblemer som sekundære, er det nærliggende å gå ut fra at søvnproblemene vil gå over av seg selv hvis man for eksempel får behandling for depresjon. Men det er ikke nødvendigvis slik, forklarer forskeren.

#### TILBYR BEHANDLING

Kallestad viser til flere studier som har funnet at mellom 40 og 70 prosent av pasientene fortsatt hadde store søvnvansker etter avsluttet behandling for depresjon. Det gjaldt enten de hadde fått ulike former for samtaleterapi eller antidepressiva. Disse pasientene har større risiko for tilbakefall, poengterer psykologen. Dessuten er gevinsten ved egen behandling for søvnvansker svært stor.

– Internasjonal forskning viser at behandlingen av psykisk lidelse kan være mer effektiv hvis man også behandler pasientens insomni.

Nå jobber Kallestad og forskningskollegene med å tilby en enkel og atferdsrettet intervensjon for kroniske søvnvansker i flere av behandlingsstudiene de er i gang med.

– Behandlingen er testet ut for pasienter med en rekke psykiske lidelser, og vi ser at den systematiske intervensjonen vil tilbyr, gir betydelig bedre søvn, sier han.

#### 400 000

Ifølge reseptregisteret foreskrives det årlig sove medisiner til rundt 400 000 nordmenn. Insomni er altså svært vanlig, også blant mennesker med psykiske lidelser. På midten av 2000-tallet sammenlignet Børge Sivertsen og kolleger ved Universitetet i Bergen kognitiv atferdsterapi for insomni med det mest brukte sovemiddelet Imovane, og fant at terapien ga best resultater. Metodene disse forskningsmiljøene arbeider etter, kan derfor være nyttige å beherske for kliniske psykologer, mener Kallestad

## Håvard Kallestad

- Psykologspesialist og postdoktor ved Institutt for nevromedisin ved NTNU, Trondheim
- Disputerte 30. november 2012 med avhandlingen «Sleep disturbance: clinical significance in mental health care and cognitive factors».
- Miljøet har utgangspunkt i en forskningsklinikk for søvnvansker ved St. Olavs Hospital, Avdeling Østmarka og NTNU. De har flere pågående forskningsprosjekter med vekt på behandling og beskrivelse av søvnvansker ved ulike tilstander, som bipolar lidelse og døgnrytme-problematikk, i tillegg til studier om nettbehandling av søvnvansker. Miljøet samarbeider tett med Avdeling for klinisk nevrofysiologi ved St. Olavs Hospital og Folkehelseinstituttet.

– Vi har altså psykologiske metoder som er mer effektive for insomni enn psykofarmaka, og pasientene ønsker ofte slik hjelp istedenfor piller. Da bør vi gi dette tilbudet. Grunnprinsippene i behandlingene er enkle, og de trenger ikke å ta mye tid å gjennomføre. Men man må fokusere på dette i en periode for at det skal være til hjelp.

– Vanlige søvnråd fungerer ikke?

– Søvnråd vi finner i mediene, kan fungere bra på folkehelsenivå, men er ikke i seg selv tilstrekkelige for mennesker med kroniske søvnvansker, understreker psykologen, og forteller at i behandlingsstudier bruker man søvnhygieneråd som en kontrollbetingelse. I behandlingen av kroniske problemer er det liten effekt i råd som ikke å trene for seint, ikke legge seg sulten eller å unngå å være på nettet seint om kvelden. De er greie for å luke ut uhensiktsmessig atferd, men man må ofte gjøre mer.

– Vi snakker om enkle atferdsintervensjoner. Et hovedprinsipp er å stabilisere døgnrytmen gjennom å stå opp til samme tid hver dag, sier psykologen.

– Tidspunktet vi står opp på, er viktigere å stabilisere enn tidspunktet for når en legger seg. Dette kan være vanskelig å gjennomføre hvis en ikke har noe konkret å stå opp til og en har



– Søvnråd vi finner i mediene kan fungere bra på folkehelsenivå, men er ikke i seg selv tilstrekkelige for mennesker med kroniske søvnvansker

## Anbefalt lesning fra Kallestad

- Morin & Benca (2012). Chronic Insomnia. *The Lancet*, 379, 1129-1141.
- Christensen et al. (2016). Effectiveness of an online insomnia program (SHUTi) for prevention of depressive episodes (the GoodNight Study): a randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 3, 333-341.
- Manber et al. (2008). Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia Enhances Depression Outcome in Patients with Comorbid Major Depressive Disorder and Insomnia. *Sleep*, 31, 489-495.
- Goldstein & Walker (2014). The role of sleep in emotional brain functioning. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 679-708.

ligget mye våken i løpet av natten. Da er det lett å forsøke å hente seg inn igjen ved å ligge lenger i senga, men ofte er dette med på å opprettholde problemet.

### BEGRENSET TID I SENGEN

Pasienter med store søvnvansker tilbringer ofte mye tid i sengen, i håp om at de skal få nok søvn gjennom døgnet. Ofte opplever pasientene at søvn er uforutsigbart, og de kjenner seg utmattet. Da er det lett å legge seg tidlig i håp om at en skal få en god og lang natts søvn, men ofte fører dette til at en bruker lang tid på å sovne, eller at en våkner opp igjen i løpet av natten. Det første som skjer i søvnterapien, er at pasienten får i oppgave å føre søvndagbøker. Gjennom det får man et godt bilde av variasjonen i døgnrytme og søvn, og hvor lenge pasienten faktisk ligger i sengen.

Sentralt i behandlingen er søvnrestriksjon, som går ut på at pasienten står opp til samme tid hver dag, og begrenser tiden i sengen til tiden de faktisk sover.

Det er også viktig at pasientene er tilstrekkelig søvnige når de går og legger seg, slik at de klarer å sovne. Det innebærer ofte at de må legge seg seinere enn de vanligvis gjør.

– Når de følger dette opplegget, endrer mye seg, og vi ser at pasienten etter hvert gleder seg til å legge seg istedenfor for å grue seg, sier forskeren.

### LANG VEI TIL KLINIKKEN

Metodene bygger på godt etablert kunnskap, forteller forskeren, og trekker linjer bakover i faghistorien. Kognitiv atferdsterapi for søvnforstyrrelser ble første gang systematisk beskrevet i Charles Morins bok *Insomnia. Psychological assessment and management* fra 1993. Her organiserte Morin flere komponenter som var beskrevet allerede fra 1970-tallet, og satte dem sammen til en helhetlig behandling.

– Dette illustrerer bare hvor lang tid det kan ta fra metoder er beskrevet, og til de finner vei til klinikken. Det finnes mye forskning på denne intervensjonen. Mye av den er gjort på eldre og på mennesker som har hatt søvnproblemer uten å ha psykiske problemer. Men i de siste ti årene har man begynt å bruke metoden også på mennesker med psykiske lidelser.

– Hva er grunnen til at det tar så lang tid?

– Det kan skyldes flere ting. I dag blir man ikke henvist til psykisk helsevern med bestillingen søvnproblemer. Henvisningen gjelder noe annet, og så viser det seg at man har søvnproblemer i tillegg. Men siden henvisningen ikke dreier seg om søvnvanskene, er det lett å oppfatte dem mer som et sekundært problem. Det vi imidlertid ser, er at søvnproblemer kan bidra til å opprettholde den psykiske lidelsen.

– Kan store søvnproblemer også føre til psykiske lidelser?

– Ja, søvnproblemer kan være en risikofaktor. Risikoen for å utvikle en depresjon, for eksempel, er betydelig. Forskning viser også at det å gi slik behandling til pasienter med bipolar lidelse, førte til at pasientene også opplevde mer stabil affektiv tilstand i et halvt år etterpå. Det betyr at terapeuter kan undersøke om behandling av søvnproblemer også gjør at en pasient blir bedre av andre tilstander.

### RÅD TIL KLINIKERE

Kallestad mener behandlere godt kan lese på egen hånd om metoden søvnrestriksjon, selv om han anbefaler kurs for å få ideer til hvordan

man kan snakke med pasienter om søvnproblemene. For noe av det mest utfordrende er å få pasienten til faktisk å gjennomføre intervensjonene.

– Det er vanskelig å legge om vaner, og det tar tid før en vane setter seg. Terapeutens jobb er først å bygge motivasjon, og så hjelpe pasientene med å stå i behandlingen så lenge at de ser at det hjelper. Uten den støtten kan det være vanskelig å lykkes, sier han.

Det finnes nemlig råd i denne behandlingen som strider imot det man intuitivt vil foreta seg. De fleste vil for eksempel legge seg tidlig hvis de ikke føler at de har sovet nok. Men den strategien hjelper ikke.

– Vi ber dem stå opp regelmessig uansett. Det er forståelig at en er skeptisk til et slikt råd. Inntil man prøver det og ser at, oj, det funker jo! De som kommer hit, opplever at de sover for lite eller for dårlig. Teknikkene de har brukt så langt, har ikke fungert. Det er nødvendig å bryte mønstre.

– *Noen vil innvende at disse metodene ikke legger vekt på årsakene til søvnproblemene?*

– Det finnes mange årsaker til søvnproblemer. Samtidig ser vi at når folk først har fått kroniske søvnproblemer og forsøker å håndtere problemene, begynner de å oppføre seg bemerkelsesverdig likt alle andre med sønnavanser, svarer Kallestad. Han anbefaler at terapeuten tar tak i det som holder liv i søvnproblemene. Snakker med pasienten om hva som har utløst problemene, hvordan de startet, og utviklet seg, og om hva man har gjort for å få det bedre.

– Men selve behandlingen er rettet mot de opprettholdende heller enn de utløsende faktorene, sier han.

## HVORFOR MÅ VI SOVE?

Men hvorfor trenger vi å sove? Hvorfor har ikke evolusjonsprosessen ført til at vi kan greie oss med mindre søvn? Forskningen i det siste tiåret gir svar som har ført til endringer i forståelsen av søvn, og som utvider vår forståelse også av hva som skjer når vi ikke får nok søvn, forklarer Kallestad.

Mens vi sover, foregår det prosesser som er viktige for vår daglige fungering. Grunnforskning gir ny kunnskap om søvnens betydning for læring og for følelseslivet vårt. De fleste har opplevd at vi får kortere lunte når vi har sovet lite. Det handler egentlig om evnen til å regulere følelser, som påvirkes ved lite søvn. Studier har også vist at lite søvn gjør at evnen til å gjenkjenne andres følelser og å lese andres ansiktsuttrykk blir dårlig. Fra grunnforskningen kommer det også kunnskap om hvorfor søvn er viktig spesielt for humøret vårt og stemningsleiet.

– Dette er interessant kunnskap for psykologer, mener jeg. Når søvnen forstyrres, blir helt grunnleggende psykologiske prosesser forstyrret. Gjør vi noe med sønnavanskene, vil det kunne påvirke hvordan vi fungerer og har det til daglig. Det er også noe terapeuter kan ha i bakhodet når de jobber med søvnproblemer.

– *Sønnavanser er et stort folkehelseproblem, og dere mener at dette behandlingstilbudet gir bedre effekt enn medisin. Hva vil du helt kort si til helseministeren?*

– Sammen med forskere ved Folkehelseinstituttet arbeider vi nå med flere behandlingsstudier der vi undersøker en nettbasert søvnbehandling som virker svært lovende. Hvis det kan dokumenteres at denne behandlingen gir god hjelp for pasientene, vil vi gå videre med å arbeide for at behandlingen skal bli tilgjengelig for hele befolkningen, og her trenger vi samarbeid med helsepolitikere. ❌

## Aktuelt

### En hedersmann

Geir Høstmark Nielsen er utnevnt til æresmedlem i Norsk psykologforening. Utnevnelsen fant sted på foreningens landsmøte i Sandefjord 23. november. Høstmark Nielsen er professor emeritus ved Universitetet i Bergen, og har vært en drivkraft i arbeidet med å heve psykologenes faglige og etiske standard. Den tidligere sprinteren har veiledet mer enn 150 hovedoppgavestudenter, i følge Katarsis, og i mer enn tyve år var han del av Psykologtidsskriftets redaksjon. Redaksjonsarbeidet var slettet ikke filantropisk, i følge et intervju på Psykologforeningens hjemmesider, men motivert av muligheten til breddelesning i et nær uoverkommelig stort fag.

*Psykologtidsskriftet*

# «De beste blant oss» dropper ut

Frafall fra ph.d.-programmene er høyere enn fra videregående skole. Tydeligere krav, retningslinjer og vurderingskriterier vil kunne bedre gjennomstrømmingen.

**RUNE JOHAN KRUMSVIK**, professor ved Institutt for pedagogikk, Det psykologiske fakultet, UiB

**LISE ØEN JONES**, førsteamanuensis ved Institutt for biologisk og medisinsk psykologi, Det psykologiske fakultet, UiB

**DOKTORGRADSKANDIDATER ER** selve kronjuvelen i utdanningssystemet vårt. Likevel er den gjennomsnittlige gjennomstrømmingen her til lands på ph.d.-nivå bare 65,8 prosent (KD, 2016a), og innen psykologi hadde bare 70 prosent av 2006-kullet og 58 prosent av 2008-kullet fullført doktorgraden etter 6 år (Stranden, 2015). Hva er grunnen til at det er høyere frafall på doktorgradsnivå enn i videregående skole (SSB, 2015)? En litteraturgjennomgang viser at man har for lite forskningsbasert kunnskap om hvorfor de tilsynelatende mest selekterte studentene i vårt utdanningssystem – doktorgradskandidatene – dropper ut (Golde 2000; 2005; Krumsvik, 2016).

Den artikkelbaserte doktoravhandlingen blir stadig vanligere både nasjonalt og internasjonalt. Men hva er kravene og retningslinjene for en slik avhandling, og hvordan vurderes kvaliteten? Vi gjennomførte en litteratur-review for å se nærmere på hva styringsdokumenter, forskningsrapporter og vitenskapelige artikler sier om temaet, og om det er noen likheter og variasjoner nasjonalt og internasjonalt når det gjelder retningslinjer og vurderingskriterier (Krumsvik, Øfstegaard, & Jones,

2016). I tillegg beskriver boken *En doktorgrads-utdanning i endring* (Krumsvik, 2016) nærmere hvordan «the silent revolution» innen doktorgradsutdanning internasjonalt utspiller seg her til lands, og hva forskningsveiledning har å si for gjennomstrømmingen på doktorgradsnivå.

Man har cirka 9300–9500 doktorgradskandidater i Norge (2012–2016) (KD, 2016a), og man registrerer at både antallet avlagte doktorgrader og kvaliteten på norsk doktorgradsutdanning har utviklet seg i positiv retning (NIFU, 2012; KD, 2016b) siden den sist ble evaluert i 2002 (Norges forskningsråd, 2002). 77 prosent av avlagte doktorgrader i Norge i 2010 var artikkelbaserte avhandlinger, og innen medisin/helse var det hele 99 prosent artikkelbaserte avhandlinger i 2010, mens innen humaniora var majoriteten monografier (NIFU, 2012). Ut fra et vurderingsforskningsperspektiv (Black et al., 2005; Black & Wiliam, 2009; Carless et al., 2010; Hattie & Timperley 2007) er det viktig at doktorgradskandidatene, veilederne og doktorgradskomiteer vet hvilke krav, retningslinjer og vurderingskriterier som stilles til slike artikkelbaserte doktoravhandlinger, men ifølge



**RYDD OPP** For å forhindre drop out fra doktorgradsløpet bør det utvikles klarere krav, retningslinjer og vurderingskriterier for den artikkelbaserte ph.d.-avhandlingen, mener Krumsvik og Øen Jones. Foto Wokandapix/Pixabay.com

NIFU (2012) mangler 29 prosent av doktorgradsprogrammene i Norge skriftlige retningslinjer for denne typen avhandlinger. Medisin utmerker seg som det fagområdet som har mest presise retningslinjer på tvers av alle institusjoner, mens 7 av 8 naturvitenskapelige fakulteter ved norske universiteter sier de ikke har slike retningslinjer for naturvitenskaplige artikkelbaserte avhandlinger (NIFU, 2012). Hva finner man så internasjonalt?

Eksisterende litteratur internasjonalt viser at det er stor variasjon mellom ulike universiteter og mellom ulike fagområder når det kommer til krav og retningslinjer for artikkelbasert ph.d. (Sharmini, Spronken-Smith, Golding & Harland, 2015). Det appelleres gjentakende om universelle retningslinjer, da dette vil gjøre det tydeligere for studenter, veiledere og opponenter hva som forventes av denne typen ph.d. (Sharmini et al., 2015). Badley (2009) konstaterer at det er relativt lite forskningslitteratur som omhandler artikkelbasert ph.d., og vi finner den samme tendensen i vår litteraturgjennomgang, som viser at det er behov for klarere krav, retningslinjer og vurderingskriterier (Krumsvik et al., 2016).

#### **GJENNOMSTRØMNING PÅ PH.D.-NIVÅ**

Kan mangelen på slike krav, retningslinjer og vurderingskriterier spille inn på gjennomstrømningen på ph.d.-nivå? Hele 34,2 prosent av norske doktorgradskandidater (KD, 2016a) og 40–50 prosent av internasjonale doktorgradskandidater (Golde, 2000) fullfører ikke sin doktorgrad. Det mest oppsiktsvekkende med dette er at det altså er de mest selekterte studentene i hele utdanningssystemet som dropper ut mest – på tross av at de også er de eneste her til lands med 3–4 års fullfinansiert utdanningsløp. Og nylig ble det avdekket at blant 1244 ph.d.-studenter i Sverige oppgir hele 37 prosent at de har vurdert å hoppe av og avslutte sitt doktorgradsløp (Josefsson et al., 2016). En vesentlig faktor som går igjen i den svenske studien og i de fleste internasjonale studiene, er aspekter knyttet til veiledning (Girves & Wemmerus, 1988; Golde, 2005; Josefsson et al., 2016; Peelo, 2011; Weil, 1989). Uklarheter rundt hva forskningsveiledning innebærer, uklar rolleforståelse blant veiledere og kandidater samt varierende veiledningskompetanse ser ut til å være spesielt utbredte årsaker til at veiledningen ikke

”

Hele 34,2 prosent av norske doktorgradskandidater og 40–50 prosent av de internasjonale fullfører ikke sin doktorgrad

»

fungerer som den skal (Bartlett & Mercer, 2000; Dysthe & Samara, 2006; Ives & Rowley, 2005; Peelo, 2011). Samtidig understreker Peelo (2001) og Bartlett og Mercer (2001) at uklar rolleavklaring også spiller inn, og at veiledere tidvis opplever en nærmest umenneskelig byrde av forventninger som skal innfris: «(...) confidante, source of intellectual inspiration, resource manager, grant application writer, navigator of institutional tangles, manager of change, personal motivator, writing teacher, editor, career mentor, and networker» (s. 4). På grunn av disse uklare rolleforventningene til veiledere undersøkte Peelo (2011) doktorgradskandidaters og veilederes metakognitive og selvverderingsperspektiv omkring sine ulike roller, og hva som er viktigst for å fullføre en doktorgrad. Undersøkelsen viser at doktorgradskandidater og veiledere er relativt samstemte om at det er de mer personlige egenskapene som «persistence», «capacity to work independently» og «resilient» som har størst betydning. Peelo (2011) påpeker at dette er spesielt viktige personlige kvaliteter på ph.d.-nivå, da man som doktorgradsstipendiat er prisgitt et utdanningsløp som ofte er knyttet til svært mye usikkerhet, hindringer, stress og prestasjonskrav. Å leve daglig med dette gjennom 3–4 år krever utholdenhet, motstandsdyktighet og andre personlige egenskaper, og i dette ligger også evnen til å arbeide selvstendig, sammen med andre samt med veileder. Også i denne studien er «supervision» løftet frem som en viktig faktor for å klare å slutføre doktorgraden (Peelo 2011).

## AVSLUTNING

Det er liten tvil om at norsk doktorgradsutdanning har blitt forbedret på en rekke områder de siste 10 årene (NIFU, 2012), men når over en tredjedel av «de beste blant oss» – doktorgradskandidatene – dropper ut, bør man undersøke hva det skyldes, og iverksette nødvendige tiltak. Et første tiltak ut fra vår litteraturgjennomgang er å utvikle klarere krav, retningslinjer og vurderingskriterier for den artikkelbaserte ph.d.-avhandlingen. Videre kan det vurderes om forskningsveiledning på ph.d.-nivå bør få et sterkere fokus i tiden fremover, om kravene til kandidatrollen bør tydeliggjøres tidligere i seleksjonsfasen, samt om «kombinasjonsstillinger» hvor doktorgradskandidater prøver å ta doktorgrad kombinert med annen jobb, er forenelig med å fullføre et doktorgradsløp. ✘

## REFERANSER

- Badley, G. (2009). Publish and Be Doctor-Rated: The PhD by Published Work. *Quality Assurance in Education: An International Perspective*, 17, 331–342.
- Bartlett A. and Mercer, G. (2000). Reconceptualizing Discourses of Power in Postgraduate Pedagogies. *Studies in Higher Education*, 5, 195–204
- Bartlett A. and Mercer, G. (2001). *Postgraduate Supervision: Transforming (R)Elations*. New York: Peter Lang.
- Black, P., Harrison, C., Lee, C., Marshall, B., & Dylan, W. (2005). *Assessment for learning Putting it into practice*. Berkshire: Open University Press
- Black, P., & Wiliam, D. (2009). Developing the Theory of Formative Assessment. *Educational Assessment, Evaluation and Accountability*, 21, 5–31.
- Carless, D., Salter, D., Yang, M., & Lam, J. (2010). Developing sustainable feedback practices. *Studies in Higher Education*, 36, 395–407.
- Dysthe, O. & Samara, A. (2006). *Forskningsveiledning på master- og doktorgradsnivå*. Oslo: Abstrakt Forlag
- Girves, J.E., & Wemmerus, V. (1988). Developing models of graduate student degree progress. *Journal of Higher Education*, 59, 163–189.
- Golde, C.M. (2000). Should I stay or should I go? Student descriptions of the doctoral attrition process. *The Review of Higher Education*, 23, 199–227.
- Golde, C.M (2005). The Role of the Department and Discipline in Doctoral Student Attrition: Lessons from Four Departments. *The Journal of Higher Education*, 6, 669–700.
- Hattie, J., & Timperley, H. (2007). The Power of Feedback. *Review of Educational Research*, 1, 81–112.
- Ives, G., & Rowley, G. (2005). Supervisor selection or allocation and continuity of supervision: Ph.D. students' progress and outcomes. *Studies in Higher Education*, 30, 535–555
- Josefsson, K.A., Bergenzaun, L., Svensson, S.F., Lundquist, S., Peterson, P. & Lindberg-Sand, Å. (2016). «Should I Stay or Should I Go». Tolvhundra doktoranders syn på avhopp och akademisk karriär. Lund: Lund University
- Krumsvik, R.J.; Øfstegaard, M.; Jones, L.Ø. (2016). Retningslinjer og vurderingskriterier for den artikkelbaserte ph.d.-avhandlingen. *Uniped*, 39, 78–94.
- Krumsvik, R.J. (2016). *En doktorgradsutdanning i endring. Et fokus på den artikkelbaserte ph.d.-avhandlingen* (under utgivelse). Oslo: Fagbokforlaget
- Kunnskapsdepartementet (2016a). *Tilstandsrapport for høyere utdanning 2016*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Kunnskapsdepartementet (2016b). *Forskningsbarometeret for høyere utdanning 2016*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- NIFU (2012). *PhD education in a knowledge society. An evaluation of PhD education in Norway*. Report 25/2012. Oslo: NIFU.
- Norges Forskningsråd (2002). *Evaluering av norsk forskerutdanning*. Oslo: Norges Forskningsråd
- Peelo, M. (2011). *Understanding Supervision and the PhD*. London: Continuum Publishing Corporation
- Sharmini, S., Spronken-Smith, R., Golding, C., & Harland, T. (2015). Assessing the doctoral thesis when it includes published work. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 40, 89–102.
- Statistisk Sentralbyrå (2015). *Gjennomstrømning i videregående opplæring, 2010–2015*. Oslo: SSB.
- Stranden, A.L. (2015). *Mange faller fra doktorgraden i psykologi*. Forskning.no. Hentet 20.05.2016 fra: <http://forskning.no/2015/12/psykologi>
- Weil, R.L. (1989). *Factors affecting doctoral students' time to degree*. Unpublished PhD. Dissertation. Claremont Graduate School.

# Meninger



FOTO: CONDESIGN PIXABAY



## UT I VERDA

For å hjelpe einslege mindreårige flyktningar må psykologar være villige til å strekke psykologrolla lenger enn vanleg, skriv Fanny Hult og Steinar Johannessen.

*Debatt, side 1026*

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

### DELTA I DEBATTEN

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

### KRONIKK

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

### DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

### REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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





# Tilhørighet på resept

Psykiske lidelser koster samfunnet 185 milliarder kroner i året. Det er på tide å satse stort.

**PÅ BEGYNNELSEN AV** 1900-tallet ble det forsket på heroinavhengighet hos rotter. En rotte ble plassert i et bur med to vanntanker, en med rent vann, en med vann tilsatt heroin. Rottene ble raskt avhengige av heroinen, og de tok overdose.

På 1970-tallet endret psykologen Bruce Alexander betingelsene for rotteforsøket. Han bygget «Rotteparken» – et paradys for rotter – med store lekeområder og andre rotter å være sammen med. Tankene med vann ble plassert i rotteparken. Rottene valgte det rene vannet. Ingen avhengighet, ingen overdoser.

Da soldatene kom hjem til USA etter Vietnam-krigen, var man bekymret for at gatene skulle bli fylt opp av narkomane, fordi 20 prosent av dem var heroinavhengige under krigen. Det skjedde ikke. 95 prosent av soldatene sluttet med heroin da de ble gjenforent med sine kjære og sitt trygge miljø.

Konklusjonen var klar: Både dyr og mennesker er grunnleggende sosiale. Hvis du er i en forferdelig situasjon med lite kontroll, lite sosial støtte og lite mening, er sannsynligheten større for at du kobler deg på noe som virker lettende. Det kan være rusmidler, spilling, selvskading, spising eller noe annet som døyver ensomheten.

En av nøklene til god psykisk helse er derfor tilhørighet.

## HISTORISK MULIGHET FOR FOREBYGGING

Stortinget har bedt Regjeringen om å legge fram en helhetlig tverrsektoriell strategi for barn og unges psykiske helse innen juni 2017. Strategien skal omfatte individ og samfunn, og ha helsefremmende, forebyggende og behandlende tiltak.

Psykiske lidelser koster 185 milliarder kroner i året. Regjeringen har ikke råd til å la være

## TEKST

Heidi Tessand,  
psykologspesialist

## ILLUSTRASJON

Åshild Irgens





Skolene må måles på reduksjon av skolefravær, økt tilhørighet og reduksjon av mobbing, heller enn på faglige prestasjoner

å satse på tiltak som vil få gevinst langt ut over deres egen storingsperiode. Norske politikere er gode til å beskrive utfordringene samfunnet står overfor. Men tiltakene som foreslås – for eksempel flere helsesøstre og psykologer – er puslete sammenlignet med problemene.

Ingen trodde at røykeloven var mulig. Ingen trodde på full barnehagedekning. Politikerne satset fordi de vet hvor stor helsegevinsten er i et røykfritt samfunn. De vet hvor viktig barnehager er for sysselsetting og likestilling.

Regjeringen må satse tilsvarende stort når det gjelder psykisk helse. De vet mye om sammenhengen mellom levekår, ensomhet, drop-out fra skole og psykiske helseplager. Og at tilhørighet, mestring og sysselsetting er bra for den psykiske helsen.

Det trengs en landsby for å oppdra et barn. Selv om barn er født med individuell sårbarhet som gjør at noen utvikler vansker uansett hvor mye vi forebygger, kan behandlingsapparatet aldri kompensere for det som skjer i livet; hvordan foreldrene snakker sammen, hvordan barna har det i barnehagen, om onkel Ola har tid til å spille fotball, om skolen oppleves som et trygt sted å være, om det er nok fritidsaktiviteter, grøntarealer og andre barn å leke med. Det er ute i det levde liv at forebyggende og hel-sefremmende arbeid skjer.

#### RINGER I VANNET

Første gang jeg opplevde effekten av en landsby, var da jeg jobbet som kommunepsykolog utenfor Oslo. I løpet av en uke fikk vi tre henvisninger på gutter med spørsmål om de hadde ADHD. Sammentreffet var at de gikk i samme klasse.

Vi dro til skolen. Det var høyt støynivå i klassen. Ordbruken var stygg. De tre gutta som var henvist til oss, var «verstingene». De var mye ekskludert fra de andre. Det var altså flere mulige forklaringer på uroen.

Vi avtalte med foreldrene å legge henvisningene vekk en stund og først jobbe med klassemiljøet. Lærerne og elevene arbeidet målrettet med hvordan de skulle få det bedre sammen.

I løpet av fem måneder skjedde det store forbedringer. Det var mindre uro, et mer positivt miljø, og de tre guttene var i mye større grad inkludert i leken. Den tredje gutten hadde fortsatt store vanskeligheter, og han fikk videre oppfølging.

Men det var «ringer-i-vannet»-effekter som gledet oss mest.

De andre lærerne ble nysgjerrige på hva som hadde skjedd i «verstingklassen», og ønsket å vite hvordan vi hadde jobbet. Skolen laget tiltak for å øke tilhørigheten, redusere mobbing og skolefravær, og begynte å se på uro som et miljøfenomen heller enn et problem som krevde individuelle løsninger.

Poenget med historien er ikke at ADHD ikke finnes, eller at vi ikke skal behandle psykiske lidelser individuelt. Det er mange flere som trenger behandling, enn de som får det. Men ventelistene fylles opp med «feil» barn fordi kommunene ikke klare å løse oppgavene sine. Det må vi gjøre noe med.

#### TILTAK SOM MONNER

Jeg er trygg på at både politikerne og mine kollegaer i helsetjenestene vil bidra med mange forslag til tiltak for de som trenger behandling. Men for å forebygge på befolkningsnivå trenger vi tiltak også utenfor tjenestestedene:

Helseplager er ulikt fordelt i befolkningen. For å sikre tilhørighet må fattige gis automatisk rett på egen koordinator for å sikre arbeid, språk, boforhold og psykisk helsehjelp. Ingen bør tjene mindre enn 70 prosent av medianinntekten.

Barn skal ikke føle seg utenfor. De skal slippe å si at de har vondt i kneet fordi de ikke tør å be mamma om penger til fotballtrening. De skal ikke droppe feiring av bursdag fordi de ikke kan kjøpe pølse og lompe. Barna burde sikres rettigheter til slike utgifter uavhengig av foreldrene.

Det er en sterk sammenheng mellom skolefravær og psykisk uhelse, mellom skolefravær og drop-out fra skole, og mellom drop-out og senere arbeidsledighet og trygd. Skolene må derfor måles på reduksjon av skolefravær, økt tilhørighet og reduksjon av mobbing, heller enn på faglige prestasjoner.

Hvis ungdom faller ut av et skoletilbud, må de så raskt som mulig ha en annen meningsfull aktivitet for å sikre tilhørighet. For hver dag utenfor er veien inn igjen lengre.

Alle kommuner må ha et tverrfaglig lavterskeltilbud som sikrer innbyggerne rask psykisk helsehjelp. Et tiltak for å hindre «sektorisering av huene til ungene våre», er å samlokalisere de som følger opp de minste barna: barnehager og helsestasjoner, som professor Arne Holte foreslår. Da blir det lettere å fange opp barn i risiko, for eksempel de som er utsatt for vold og overgrep, og foreslå tiltak umiddelbart. Dét er kortreist oppfølging.

Kommunen bør måles på reduksjon i antall henvisninger til BUP. Avdelingssjef Morten Grøvli ved ABUP Akershus universitetssykehus har tall som viser at det er færre og riktigere henvisninger til BUP fra kommuner med en god førstelinje. Da sikrer vi bedre hjelp til de som virkelig trenger en spesialisthelsetjeneste.

Selv når vi hjelper enkeltpersoner, må landsbyen kobles på. I «Stillasbyggerne» – en hybrid mellom barneverntjenesten og BUP – jobber vi med å bygge nettverk/stillas rundt barn som er under omsorg av barneverntjenesten, og der tidligere oppfølging ikke har fungert. Noe av stillaset kan bestå av profesjonelle hjelpere, men den største innsatsen skjer i miljøet utenfor tjenestestedene. Vi bruker verktøy fra organisasjonspsykologien for å sikre samhandling: Hva er målet for samarbeidet, og hvordan sikrer vi at vi jobber mot samme mål? Og viktigst: Hvordan sikrer vi at faglige og relasjonelle utfordringer oss imellom ikke blir til hinder for godt samarbeid?

Når samhandlingen er god, får alle lyst til å strekke seg litt lenger, og fram vokser det en ildsjelkultur.

### **EN GOD BARNDOM VARER HELE LIVET**

Regjeringen bør ha som mål å fjerne barnefattigdom, skolefravær og mobbing, og øke sosial tilhørighet, mening og mestring. I tillegg må alle hjelpere forplikte seg til konkrete tiltak for å øke sannsynlighet for en ildsjelkultur, og det må knyttes krav til måling av effekt av tiltak.

Dette er ikke mer utopiske mål enn målet om røykelov og barnehager. Regjeringen Solberg kan være den første som klarer å lage en helhetlig strategi for barn og unges psykiske helse.

Ikke lag nok et skrivebordsskuffdokument. ❌



## Bedre hjelp til barnevernsbarn

Barnevernsbarn bruker det psykiske helsetilbudet i mindre grad enn andre barn. En ny rapport kommer med ti anbefalinger for å sikre disse barna bedre helsehjelp.

Det er godt dokumentert at det er stor forekomst av psykiske helsevansker blant barn og unge i barnevernet. Likevel tyder mye på at barnevernsbarn i liten grad benytter seg av helsetilbudet som finnes for barn med psykiske lidelser.

– «Ida-saken», som Stavanger Aftenblad avdekket tidligere i år, er et eksempel på at helse- og omsorgstjenestetilbudet til barnevernsbarn ikke har vært godt nok, sier avdelingsdirektør Gitte Huus i avdeling psykisk helse og rus i Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har sammen med Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og fagmiljøene utarbeidet ti anbefalinger for hvordan styrke innsatsen for barnevernsbarna. Blant forslagene er å bedre tilgjengeligheten til psykisk helse-tjenester for barn og unge i kommunen, å samordne og styrke rusbehandlings-tilbud for barn og unge og å etablere «barnevernansvarlig» i psykisk helsevern for barn og unge.

Kilde: Helsedirektoratet.no

## Vi har beklaget

Hubred-saken skulle ha vært behandlet mye bredere fra starten av.

**HANNE VARHAUG SØBERG,**

fylkesdirektør i Hedmark fylkeskommune

### VARSLING

**JEG HAR BEHOV** for å presisere inngangen på Psykologtidsskriftets sak om varsling (side 978, red.anm.). Jeg vil understreke at brevet som handler om advarsel, ikke alene var basert på brevet Hubred hadde delt ut til alle på skolen. Advarselen var basert på flere forhold og hendelser der Hubred var involvert. Dette går frem i brev til Håkon Hubred datert 24.05.04 som omhandler advarsel.

Det er riktig at advokatfirmaet Wiersholm ved Jan Fougner konkluderte med at brevet Hubred hadde delt ut til alle på skolen, var et varslerbrev og skulle ha vært behandlet som det. Dette ble det ryddet opp i. Hubred fikk en uforbeholden beklagelse, ny stilling innenfor fagopplæringen, og det ble opprettet direkte kontakt mellom Hubred og meg om det skulle være noe han ønsket å ta opp. Hubred avsluttet arbeidsforholdet sitt i Hedmark fylkeskommune etter god innsats innenfor fagopplæringen.

Saken vedrørende Håkon Hubred og hans ansettelse hos oss skulle ha vært behandlet mye bredere fra starten av. Vi behandlet den for snevert som en personalsak og ikke som en varslersak. Det har vi beklaget. ❌



**FAKSIMILE** fra denne utgaven av *Psykologtidsskriftet* (side 978-983).

# Fylkesdirektøren bløffer

Fylkesdirektøren i Hedmark påstår at jeg har fått en uforbeholden beklagelse. Den har jeg ennå ikke sett.

**FYLKESDIREKTØR I HEDMARK** Hanne Varhaug Søberg påstår at jeg har fått en uforbeholden beklagelse. Det er en ren bløff og et tegn på at saken nå er så gammel at hun tar sjansen på å skrive det her. Jeg har per dags dato ikke sett en slik beklagelse.

Det eneste brevet jeg har fått som tenderer mot at de *innser* sine feil, er det jeg fikk den 06.07.2007. Dette korte brevet omhandler det livslange *forbudet* de ga meg – forbud mot å vise meg på skolen for all framtid! Dette brevet er gjengitt i min bok på side 247. Brevet der de gir meg forbud på livstid, står i boka på side 88-89.

Det Søberg skriver her – om at advarselen jeg fikk, ikke alene var basert på det første brevet jeg sendte – er helt korrekt. Advarselen jeg fikk fra fylkesdirektøren, kom etter at jeg nektet å skrive under en ferdig skrevet avtale, der jeg hadde måttet forplikte meg til ikke å ytre meg om forhold ved egen arbeidsplass. Denne avtalen hadde med andre ord bundet meg til taushet og fratatt meg ytringsfriheten. Dette – og de andre vanvittige punktene i avtalen som var utarbeidet av min egen rektor med flere – kunne jeg selvfølgelig ikke skrive

under på. Hele advarselsbrevet fra fylkesdirektøren kan lesere selv sjekke på side 64-65 i min bok.

Min ansettelse i fylkeskommunen skjedde i 1975. Etter de reglene som da gjaldt, satt jeg – uten å være klar over det – i en fast og *uoppsigelig* stilling. Dette ble jeg oppmerksom på av advokat Nils H. Storeng, da saken min ble gjenopptatt. Dette faktum var det *ingen* i Hedmark fylkeskommune som gjorde meg kjent med. Se side 57 i min bok.

I og med jeg var ansatt i en uoppsigelig stilling, krevde det en helt spesiell behandling da de ønsket meg vekk fra skolen. Slik behandling fikk jeg ikke. Og det bekrefter fylkesdirektøren her ved å uttrykke seg som hun gjør. Ikke ett sekund for tidlig. ❌

Psykologtidsskriftet har spurt fylkesdirektør Hanne Varhaug Søberg om dokumentasjon på beklagelsen til varslar Håkon Hubred. Den har vi ikke fått. Se også artikkel på side 978.



**HÅKON HUBRED,** pensjonert lærer, og varslar

**VARSLING**

# Kor langt skal vi strekke psykologrolla?

For å redusere risikoen for at einslege mindreårige flyktingar ikkje får den helsehjelpa dei treng, må psykologar være villige til å strekke psykologrolla lenger enn vanleg.



**FANNY HULT** og  
**STEINAR**  
**JOHANNESSEN,**

psykologar som  
jobbar med einslege  
mindreårige  
asylsøklarar.

## PROFESJONSETIKK

**DER NORSKE BARN** (som oftast) har foreldre som livet gjennom tek tak når systemet sviktar, er det ingen som heile vegen kjemper for dei einslege og mindreårige flyktingane. Eit kvardagsleg døme er at ein gut ikkje vert minna på avtalen han har hjå BUP, eller at han ikkje får hjelp til å hugse skøyter når skulen skal ha skøytedag. Eit meir skremmande døme: 178 einslege mindreårige asylsøklarar forsvann frå norske mottak i 2015 (Fyen, 2016). Kvar dei er blitt av, kan ingen gjere greie for.

I sitt forsøk på å kompensere for at desse barna ikkje har foreldre, lønner staten mange vaksne i ulike roller, for at barna skal få oppfylt rettane sine. Politiet, statleg barnevern, UDI, fylkesmannen, helsevesenet og utdanningsinstitusjonar, for å nemne nokon, har alle folk som jobbar med denne gruppa. Det er ikkje uvanleg at eit tosfra tal menneske skal ivareta eit born sine interesser, kvar på sin måte. Utfordringa er at alle har dette som jobb, med klare grenser for kva som er deira ansvarsområde og ikkje. Systemet manglar naturleg nok foreldra sin fleksibilitet og har ikkje heller deira grad av forplikting og engasjement.

Psykologar er ein del av dette systemet. Som fagpersonar med evna til å setje psykisk

helse inn i eit større perspektiv, med kjennskap til tilknytning, utfordringar med tilpassing til nye situasjonar, traume og psykisk helse generelt, har psykologar eit særskilt ansvar i møte med dei einslege mindreårige flyktingane.

## SITUASJONEN I NOREG

I 2015 var det 5297 barn under 18 år utan foreldre som søkte beskyttelse i Noreg (Utlendingsdirektoratet, 2016). 2016 er året desse barna går frå å vere asylsøklarar til å bli flyktingar, og dei vert busette rundt om i landet. Når livet på omsorgssenter og asylmottak er over og barna har fått ein plass å bu, vil situasjonen truleg ha stabilisert seg så pass at fleire kan kome til å søkje hjelp med sine psykiske vanskar. Stadig fleire psykologar vil stifte kjennskap med desse barna i åra som kjem, både i kommunehelsetenesta, PPT, BUP poliklinikk eller sengepost og barnevern. Dette er vanlege born som har ein uvanleg utfordrande livssituasjon og ikkje sjeldan ei utfordrande fortid. Og dei treng at psykologar ser dei for den dei er, og strekker seg i den profesjonelle rolla i møte med dei.

Vi møter dei einslege mindreårige medan dei er asylsøklarar og ventar på svar på asyl-



søknaden. I våre møter opplever vi desse barna som høflege, positive, takksame, snille og motiverte for å klare seg i Noreg. Krisa dei har flykta frå, og situasjonane dei har opplevd, er ikkje mindre enn ekstreme. At dei har klart seg, har ofte vore til ein stiv pris. Forskinga visar høg førekomst av PTSD, angst og depresjon (Vervliet, Lammertyn, Broekaert, og Derluyn, 2013). I møte med oss klagar mange over ulike vondtar i kroppen, fleire har hudproblem og ulike betennelsar. Saknet etter familien som dei ikkje har kontakt med, sorga over døde vener og familiemedlemmar er så sterkt og vondt at dei ikkje orkar å forhalde seg til det. Vidare fortel barna om mykje vondt i hovudet, at dei strevar med å sove, og ikkje orkar gå på skulen. Dei gløymer lett, klarar ikkje konsentrere seg, og svingar kraftig i kor motiverte dei er for å ta imot hjelp. I møte med vaksne kan dei òg vere avvisande, anten med å vere direkte negative eller gjennom å vere lite opne. I tillegg er det dei vanlege utfordringane som eit framandt språk og ein framand kultur gjev.

#### **FELL MELLOM TO STOLAR**

Måten systemet er organisert på, dei einslege mindreårige flyktningane sine utfordringar

og psykologane sin travle kvardag, gjer møta med desse barna utfordrande. Ikkje sjeldan kan vi få den snikande opplevinga av å vere dumme, ubrukelege og inkompetente («men vi vil jo vere flinke og til hjelp»). Det er lett å la seg forlede av dette og tru at det er vi som ikkje forstår noko, at det er vi som ikkje er verdt noko, vi som er hjelpelause. Vi vert regelmessig freista til å «la dei vere i fred» og «ikkje plage dei med nye timar» (for å vere snill). Dei er jo verken motiverte for behandling eller motta-kelege for min form for terapi, og dessutan er omsorgssituasjonen relativt ustabil. Vi får raskt registrert ein av våre påkravde epikrisar denne månaden, og vi får gjennomført ein ny inntaks-samtale. Klapp på skuldra frå systemet. Vi risikerer altså at vanskane til barnet vi og vårt system skulle hjelpe, framleis er like store, utan at dei får nokon form for vidare oppfølging. Og dermed glepp barna. Dei fell mellom to eller fleire stolar.

#### **Å STREKKE SEG I ROLLA**

I vårt møte med einslege mindreårige asylsø-kjarar har vi måtte tenkje nytt om psykologrolla og det å få kontakt med barna. Vi har måtta godta uvanleg mange «ikkje møtt». Vi har gitt

**ENGASJEMENT** Kva er grensene mellom psykologrolla og eit privat engasjement på fritida når ein skal hjelpe asylsøkarar, spør skribentane i dette innlegget. Ved Torshov transittmottak i Oslo (bildet) bor einslege mindreårige asylsøkarar mellom 15 og 18 år. Foto: Stein J. Bjørge / Scanpix





Overraskende ofte er det få av dei som jobbar med barna, som veit nøyaktig kva som skjer vidare, etter at dei avsluttar kontakten

ny time, insistert på at avtalar skal overhaldast, følgt opp med telefon og halde fram med å forsøke å forstå årsaka til ikkje møtt. Dei fleste av barna har smarttelefon. Vi har med hell hjelpt barna å leggje inn påminningar med alarmer på telefonane deira for eventuelle vidare avtalar. Vi har òg funne det konstruktivt å samarbeide med den som har kvardagsansvaret for barnet. For å forsikre oss om at barnet gjer det det skal heime, har vi spurt om det er ok at vi snakkar med dei vaksne (avdelingsleiar, hovudkontakt, fosterforeldre, onkel osv.) og bed dei om å hjelpe barnet. Vi brukar (telefon)tolk, sjølv om det er kostbart og krev meir administrasjon. Ofte fungerer dette best dersom vi ringjer tolken før timen og snakkar om sentrale ord i samtalen og forklarar hensikta med denne timen. Vi jobbar stadig med å tole barnet si avvising og med å ikkje gje dei opp. Tanken om at indirekte eller direkte avvisingar kan handle om deira vanskar i seg sjølv heller enn oss og relasjonen vår, har òg vore til god hjelp i å halde ut.

Vi har opplevd at det kan vere vanskeleg å vite kva som faktisk ventar dei i overgangane mellom systema. Overraskende ofte er det få av dei som jobbar med barna, som veit nøyaktig kva som skjer vidare, etter at dei avsluttar kontakten. Vi har erfart at når ansvaret vi formelt har for barnet, skal tas over av nokon andre, har det vore svært verdifullt å følgje opp med ein telefon eller to for å forsikre seg om at dei ikkje har gloppe i overgangen.

Samstundes med at vi har jobba med å strekke oss, har vi òg måtta ha eit reflektert forhold til kor langt og kor mykje ein skal strekke seg. Å kontinuerleg drøfte grenseoppgangen mellom å strekke seg i rolla som psykolog, og likevel unngå å skli over i privat engasjement på fritida har vore, og er, ein viktig del av det å forsøke å hjelpe desse barna.

Til tross for alt det vanskelege, å jobbe med desse barna er òg svært givande og engasjerande. Ikkje sjeldan kjem ynskje om å strekke seg litt ekstra av seg sjølv. Og ikkje sjeldan kan ein sitje igjen med ei kjensle av takksemnd etter å ha makta å hjelpe barn som utan deg ikkje hadde fått hjelpa dei trengde. Som psykologar har vi ein unik posisjon i høve til desse barna. Dette, saman med risikoen for at dei fell mellom to eller fleire stolar, gjer at vi meiner psykologar må gjere seg eksplisitte etiske refleksjonar rundt si rolle i systemet. Psykologar må aktivt velje om dei skal vere nok ein stol som dei einslege mindreårige asylsøkjjarar fell mellom, eller om det er nett dei som skal være sofaen som fangar opp desse barna. ✕

## REFERANSAR

Utlendingsdirektoratet. (2016). Asylsøknader etter statsborgerskap, aldersgruppe og kjønn 2015. Henta frå <https://www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-aldersgruppe-og-kjonn/>

Fyen, S. (2016, 17. januar). 781 asylbarn forsvunnet fra norske mottak. *Dagsavisen*. Henta frå <http://www.dagsavisen.no/innenriks/781-asylbarn-forsvunnet-fra-norske-mottak-1.675482>

Vervliet, M., Lammertyn, J., Broekaert, E., & Derluyn, I. (2013). Longitudinal follow-up of the mental health of unaccompanied refugee minors. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(5), 337–346. doi:10.1007/s00787-013-0463-1





## Selvmondsforsøk og selvmord

Artikkelen om selvmord på Psykologforeningens nettside er ment for folk flest.

**GUDRUN DIESERUD**, seniorforsker, dr.psychol., Folkehelseinstituttet, Avdeling for psykisk helse og selvmord

### SELMORDSFORSKNING

**JEG VISER TIL** Linda Katrine Tveits innvendinger i Psykologtidsskriftet nr. 10 mot min artikkel «Hva er selvmordsforsøk og selvmord?», publisert på psykologforeningens nettsider 18. mai (oppdatert 20. oktober).

Bestillingen fra Norsk psykologforening var ikke en vitenskapelig artikkel. Oppslaget og rammen som teksten inngår i, er ment for den alminnelige befolkning. Formålet er å popularisere viktige psykologiske temaer og stimulere til hjelpsøkende atferd. I en slik kontekst har det begrenset verdi eksempelvis å diskutere den manglende støtten for trekklike sårbarhetsfaktorer i depresjonsforskning (Segal et al., 2013). Imidlertid er funnene til Rasmussen (2013) og Kiamaresh (2014) interessante, og så viktige, at de ligger til grunn for min tekst på dette punkt.

Min originalartikkel inneholder 25 referanser, hvorav kun tre er fra før 2000. Det er altså god dokumentasjon for innholdet i oppslaget. Referanser ble utelatt fra teksten for å gjøre den lettere tilgjengelig. Dette er altså ikke en tekst beregnet først og fremst på fagfeller, men på folk flest. Det må selvsagt avspeiles i den formen den blir gitt. Det formmessige legger samtidig begrensninger på omfanget av diskusjoner det er mulig å gå inn i. Nå har imidlertid redaksjonen i psykologforening.no, på min oppfordring, lagt referansene inn i en ny versjon av artikkelen slik at de som ønsker det, kan gå til originalkildene for mer informasjon. ✕

### Debattert

## Rus-tilgjengelighet

**Narkomonopolet** Narkotika har kommet for å bli. Ingen såkalt narkotiske stoffer er nye lenger. Narkotikamarkedet må reguleres. Vi har allerede en suksessrik modell i Vinmonopolet. La oss bruke den.

*Nicolay B. Johnsen i Klassekampen 15. november*

**Nei til narko-krig** Jeg vedkjenner gjerne at det å regulere tilgangen på andre rusmidler enn alkohol og tobakk kan øke rusbruken i befolkningen noe. Men det ville på samme tid betydd en slutt på krigen mot narkotika med alle de forferdelige konsekvenser det medfører. Det bør være en rimelig pris å betale.

*Aksel Braanen Sterri i Dagbladet 17. november*

**Sanksjons-ja** Bøter og økt gjeldsbyrde gjør vondt verre for tunge rusbrukere, så her er det klokt å vri reaksjoner vekk fra sanksjon og over til helse. Men for unge kan det være en risiko både i signaleffekt og realeffekt i å fjerne alle sanksjoner. Vi kan miste sentral forebyggingsseffekt og en mulighet til å stoppe negativ utvikling tidlig.

*Mina Gerhardsen i Aftenposten 18. November*

**Fallitterklæring** Skal vi avkriminalisere narkotika, må vi finne andre grunner til det enn «at vi har tapt kampen mot narkotika». At vi ikke har nok politi til å takle kriminaliteten som foregår, fordi det er så mange som driver med det. Jeg har snakket med både tunge brukere og pårørende. De mener helt klart at dette er en fallitterklæring.

*Oddmund Harsvik i Bergens Tidende 18. november*

# Delt omsorg gir best oppvekst



FOSAP og Bufdir mener delt omsorg ikke er til det beste for barna, til tross for omfattende forskning som viser det stikk motsatte.

**DAG FURUHOLMEN,**  
spesialist i psykiatri

## OMSORGSRETT

I **PSYKOLOGTIDSSKRIFTET** nr. 3 2015 har Thomas Nordhagen og Kathrin Koch svart på Atle Fretheims spørsmål om det ligger kunnskap til grunn for Psykologforeningens råd om å vente med delt omsorg til barnet er tre år.

Det er gjort omfattende forskning de senere år som underbygger at delt omsorg gir barna best prognose for deres utvikling. Dette inkluderer store oppsummerende studier foretatt av anerkjente forskere som Bauerman, Gilbreth, Lamb, Warshak og Nielsen<sup>1</sup>. Dette har ført til store endringer i amerikansk rettspraksis, og betegnes av American Psychological Association som et paradigmeskifte<sup>2</sup>.

Oppsummert sier denne forskningen at delt omsorg fra barna er helt små, gir bedre emosjonell og atferdsmessig tilpasning, bedre selvfølelse, mindre depresjon og stress, bedre skoleresultater, bedre sosial tilpasning, bedre tilpasning til familie og til skilsmissten, bedre relasjon og kommunikasjon med fedre, og motvirker effekten av familiekonflikt. I motsetning til dagens dogme om at delt bosted forutsetter lav konflikt, synes forskningen å indikere at delt bosted kan *kompensere* for de konfliktene som er der. En rekke norske, skandinaviske og europeiske studier peker i samme retning<sup>3</sup>. Mai Heide Ottosen, seniorforsker hos SFI, Det Nasjonale Forskningscenter for Velfærd i Danmark, bekrefter disse funnene i et intervju<sup>4</sup>, der hun fastslår at denne nye forståelsen er i tråd med endringene av fars involvering i omsorgen av barn. Disse endringene er også blitt en selvfølge i Norge gjennom farspermisjonen, uten at det ser ut til å endre holdninger hos norske fagfolk.

### DE MINSTE BARN

Også når det gjelder de minste barna, er hovedbildet at omfattende foreldrekontakt, også i form av overnatting hos begge foreldre, er til barnets beste. Ikke minst ved at dette i betraktelig grad styrker sannsynligheten for at far fortsetter å være aktivt involvert i barnets liv

etter som det blir eldre. Antagelig er nettopp risikoen for at far forsvinner ut av barnets liv, den statistisk største risikofaktoren for barns utvikling. En oppdatert psykologisk rådgivning burde særlig være rettet mot å forebygge dette og ikke være drevet av imaginære farer der tilknytning til bosted går foran tilknytning til far.

I sterk kontrast til dette gir FOSAP og Bufdir råd til både befolkning, rettsvesen, familievern og barnevern som peker i motsatt retning, og som skaper engstelse for at man kan skade barn med delt omsorg og overnatting i to hjem. I de første 18 til 36 levemånedene anbefales at barn for det meste bor og sover samme sted, og har «en hovedomsorgsperson». I brosjyren Samvær 0–3 gir FOSAP råd om at barn opp til ett år kan ha «hyppige» samvær for eksempel *en gang i uken* på dagtid, og at man kan utvide til overnatting fra annenhver til hver uke fram mot toårs alder. Dette er i tråd med norsk barneverns praksis med å sjalte ut fedre så raskt som mulig.<sup>5</sup>

Kochanska & Kim<sup>6</sup> er blant forskere som har sammenliknet barns tilknytning til begge foreldre, og de tilbakeviser forestillingen om at tilknytning i hovedsak skjer til mor: «Begge relasjonene har noen unike og noen overlappende bidrag til barnets utvikling. Barn var ikke i større grad trygt tilknyttet til mødrene enn fedrene. Det å være trygt tilknyttet til en av dem hadde en sterkt beskyttende effekt mot mental helserisiko.»

### TVILSOM FORSKNING

FOSAP og Bufdir bruker nesten utelukkende studier på tilknytning og som har lav evidens når det gjelder barns psykiske helse på lengre sikt. I tillegg refererer de til noen internasjonalt sterkt kritiserte studier som grunnlag for sine råd. Tilknytningsstudier er generelt basert på observasjoner som kun gir et øyeblikksbilde av mor–barn–forholdet, og kan inneholde en rekke situasjonsbetingede feilkilder. Enkelte av undersøkelsene presentert av Koch og Nord-

hagen, anvender til og med mødres prenatale forestillinger om barnet som mål, andre anvender ikke-validerte mål som mødres selvscore av tilknytning. Tilnærmingen viser til monotropi-hypotesen fra 1950-tallet om at barnet først og fremst knytter seg til mor, og sier lite eller ingenting om det man egentlig burde måle, nemlig effekten av ulike bosteds- og samværsordninger på barns fysiske og psykiske helse over tid. Bufdir og FOSAP støtter seg også til forskningen til Tornello og McIntosh i sine råd til befolkningen. Disse er internasjonalt bredt kritisert for å undersøke marginaliserte familier og for ikke å holde vitenskapelig standard.

Hovedargumentet mot delt bosted har i tillegg vært vage påstander om at «vi trenger mer forskning», til tross for at det i realiteten foreligger en mengde forskning fra de siste 25 år. Særlig har Warshak-rapporten, som har hatt stor innflytelse internasjonalt, vært kritisert av norske psykologer<sup>7,8</sup>. Ida Brandtzæg og Stig Torsteinson uttaler i Dagsavisen 26.5.16 at de 110 forskerne og fagfolkene bak rapporten egentlig ikke vet nok om små barn. Jeg går ut fra at dette faller på sin egen urimelighet.

Nielsens setter i artikkelen «Woozels»<sup>9</sup> et kritisk lys på forskningen til McIntosh<sup>10</sup> og Tornello<sup>11</sup>. Tornello (2013) har valgt å undersøke et utvalg av hovedsakelig ikke gifte, fattige minoritetskvinner og menn med mye kriminalitet og rus, som altså overhodet ikke er representative for den allmenne skilte norske befolkningen<sup>12</sup>. McIntosh bruker begrepet «delt omsorg» feil, og det er også problemer med reliabilitet og validitet i fire av seks av hennes målinger. Til og med tolkningen av de foreliggende data er slik at andre forskere finner helt andre svar ut av de samme data (Sokol, 2014)<sup>13</sup>.

Det er beklagelig at Psykologforeningens spesialister ikke forholder seg til evidensbaserte kriterier i sine råd til befolkningen. Også offentlige instanser som Bufdir burde vært forpliktet til å ta inn denne kunnskapen i sine råd i stedet

for å la seg veilede av faglig prestisje og kunnskap basert på tradisjon og klinisk praksis. I forskningslitteraturen kalles dette GOBSAT, «good old boys sat around a table» – og ble enige om hva de skulle mene. ✕

## NOTER

1. R. Bauserman, (2002): Child adjustment in joint custody versus sole-custody. Metaanalytisk review 33 studies; P. R. Amato and J. G. Gilbreth (1999): Nonresident Fathers and Children's Well-Being: A Meta-Analysis; *Journal of Marriage and Family* Vol. 61, No. 3 (Aug., 1999), pp. 557–573; M. Lamb, J. Kelly (2009): Improving the Quality of Parent-Child contact in separating Families with infants and young children: Empirical research foundations; R. Warschak (2014): Social science and parenting plans for young children: A consensus report; L. Nielsen (2014): Shared physical custody: Summary of 40 studies on outcomes for children; L. Nielsen (2014): Parenting Plans for Infants, Toddlers, and Preschoolers: *Journal of Divorce & Remarriage*, 55:614–636
2. E Meland, L H Sjøgren (2016): Når barn skades med de beste hensikter, *Tidsskrift for den Norske Legeforening* Sep 13;136(16):1334–5
3. S. Frizell, S. Reiter, H. J. Hjørleifsson, E. Breidablik, E. Meland (2013): Impact of divorce and loss of parental contact on health complaints among adolescents *J Public Health* 35 (2): 278–285.; M. Bergström, E. Fransson, A. Hjern, L. Køhler, T. Wallby (2014): Mental health in Swedish children living in joint physical custody and their parents' life satisfaction: A cross-sectional study
4. Politikken 18.6. 16
5. Anita Skårstad Storhaug: *Barnevernets forståelse av farskap*, doktoravhandling, NTNU 2015.
6. G. Kochanska S. Kim (2012): Early attachment organization with both parents and future behavior problems: from infancy to middle childhood 24.9. 2012
7. R. E. Emery, A. Holtzworth-Munroe, J. R. Johnston, J. A. L. Pedro-Carroll, M. K. Pruett, M. Saini, I. Sandler (2016): "Bending" Evidence for a Cause: Scholar-Advocacy Bias. *Family Law* Vol 54 No 2 (side 134–149)
8. I. Sandler, M. Saini, M. Kline Pruett, J. A. L. Pedro-Carroll, J. R. Johnston, A. Holtzworth-Munroe, R. E. Emery (2016): Convenient and Inconvenient Truths in Family Law: Preventing Scholar-Advocacy Bias in the Use of Social Science Research for Public Policy. *Family Law* Vol 54 No 2 (side 150–166)
9. Dr. Linda Nielsen (2014): Woozels, Their Role in Custody Law Reform, Parenting Plans and Family Court
10. McIntosh, J., Smyth, B., Kelaher, M., & Wells, Y. L. C. (2010). *Post separation parenting arrangements: Outcomes for infants and children*. Sydney, Australia: Attorney General's Office.
11. Tornello, S., Emery, R., Rowen, J., Potter, D., Ocker, B., & Xu, Y. (2013). Overnight custody arrangements, attachment and adjustment among very young children. *Journal of Marriage and Family*, 75, 871–885.
12. P. Millar, E. Kruk (2013): Maternal attachment, Paternal Overnight Contact, and Very Young Children's Adjustment: Comment on Tornello et al.
13. Sokol, K. (2014, June). *Short term consequences of overnight parenting time for infants: Re-analyses of the Tornello study*. Paper presented at the Association of Family and Conciliatory Courts Conference, Toronto, ON, Canada.



**KONTAKT** Hadia Tajik mener det må være lettere å få hjelp for psykologiske problemer enn hva tilfellet er i dag.  
Foto: PublicDomainPictures

## Når noe er vanskelig, må det være lett å få hjelp



Arbeiderpartiet mener det neste store helseløftet i Norge må handle om barn og unges psykiske helse.

**HADIA TAJIK,**  
nestleder i  
Arbeiderpartiet

### HELSEPOLITIKK

**NÅR JEG KAN** ha drop-in time hos frisøren for å ordne håret, hvorfor skal jeg ikke kunne ha drop-in for å snakke om det som skjer inne i hodet mitt? Når noe er vanskelig, må det være lett å få hjelp. I dag er det for mange terskler.

Tidligere i høst var jeg på besøk hos Ung Arena i Oslo. Der møtte jeg frivillige med egne erfaringer, fagpersoner innenfor psykisk helse, rus og arbeidsliv som var klare til å ta imot de som kom inn døren. Uten timeavtale. Noen ville sitte i sofaen og drikke kakao, andre ville snakke med noen, og noen kom for en avtalt oppfølging. Ved bordet ved siden av satt en fra Ung Arena og chattet med en som hadde tatt kontakt på nettet.

Mange unge foretrekker å kommunisere skriftlig og mange ønsker å være anonyme ved første kontakt. I vårt forslag til partiprogram går vi inn for at unge skal kunne kommunisere digitalt med sin skolehelsetjeneste. Å kunne chatte anonymt med helsesøster kan gjøre det lettere

å ta kontakt for gutter og unge med minoritetsbakgrunn, som i dag bruker skolehelsetjenesten mindre enn sine jevnaldrende. Men ansikt til ansikt, en klem, sofa og kakao vil neppe bli utdatert. Derfor må vi styrke det psykiske helsetilbudet med flere lavterskel hjelpetilbud nær der folk bor.

Kommunene må kunne tilby lett tilgjengelig hjelp, god informasjon om hjelpetiltak og sammenhengende hjelpetjenester på tvers av faggrupper, sektorer og nivåer. Derfor er jeg nå med på å fremme et forslag i Stortinget om etablering av lavterskel psykisk helsetilbud for barn, unge og familier i alle kommuner. Vi ønsker at flere kommuner lar seg inspirere av lavterskeltilbud som Familiens hus og Ung Arena. Et åpent sted der du ikke trenger noen spesiell grunn for å komme, ikke trenger henvisning, men der du føler deg velkommen og kan møte mange ulike tilbud på samme sted.

Til vårt nye partiprogram har vi foreslått å gjøre det gratis for 16- og 17-åringer å gå til fastlege og legevakt, for å senke terskelen for å søke helsehjelp tidlig. Av samme grunn vil vi utrede om helsesøstre kan få mulighet til å henvise til psykolog.

### PSYKISK HELSE I ALT VI GJØR

Vi må tenke psykisk helse i alt vi gjør, fordi det viktigste forebyggende arbeidet er det vi gjør før lidelsene får utvikle seg. Gode, inkluderende miljøer er viktig for oss alle, enten vi snakker om 8-åringen, 40-åringen eller 80-åringen. Dette skjer i hovedsak utenfor helsetjenesten, der vi lever livet vårt: i familien, i barnehagen, på skolen, på jobben og der vi bor.

Mer åpenhet og kunnskap er viktig i forebyggingen av psykiske problemer. Det var viktig å få seksualundervisning i skolen for at unge skulle få kunnskap og ord til å forstå og eie sin egen seksualitet. På samme måten må vi gi unge kunnskap og ord slik at de kan forstå sin egen psykiske helse, og for at vi skal ha ord vi kan bruke når noe er vanskelig. Derfor vil vi ha psykisk helse inn i skolen.

Arbeiderpartiet mener det neste store helseløftet i Norge må handle om barn og unges psykiske helse. Derfor har vi gjennom denne stortingsperioden øremerket mer penger til helsestasjoner og skolehelsetjenesten i kommunene enn det regjeringen har blitt presset til å legge på bordet etter forlikene med Venstre og KrF. Vi har også satt av mer penger til studenthelsetjenesten.

### VI MÅ SIKRE RIKTIG HJELP

Det er store forskjeller i tilbudet til de som selv kan betale for psykisk helsehjelp, og de som ikke kan. Dette skaper større forskjeller, og gjør situasjonen enda verre for de mest utsatte. Det kan vi ikke leve med. Derfor vil Arbeiderpartiet ansette flere faste psykologer i kommunene for å sikre tilbud over hele landet. Regjeringen har lovfestet en rekke stillinger i kommunene. Jeg tror ikke det er løsningen, så lenge det ikke følger penger med kravet. Med en trang kommuneøkonomi blir det ikke mer penger til psykologer bare fordi man er pålagt å ha det. De siste årene har Arbeiderpartiet satt av betydelig mer til kommunene enn regjeringen har gjort i sine budsjetter.

I møte med alvorlig sykdom er kompetanse og kvalitet avgjørende, men i dag kan veien til hjelp være kronglete. Mange steder er det for få spesialister. Det burde være en selvfølge å bli undersøkt av en spesialist når man er henvist til spesialisthelsetjenesten, men slik er ikke virkeligheten for mange som opplever psykiske problemer.

Helsedirektoratet har startet arbeidet med å utrede pakkeforløp for pasienter med psykiske lidelser. Et av målene er et likere tilbud. I utgangspunktet er jeg positiv til at man ser på hvordan behandlingen for psykisk syke kan bli bedre, men jeg reagerer på at man skal sette i gang så drastiske endringer uten at det er testet ut og evaluert. Det er ikke gitt at man finner den beste løsningen for psykisk syke ved å kopiere opplegget for kreftsyke. Psykiske syke er ikke pakker som kan legges på helsefabrikens samlebånd. Vi trenger individuelt tilpassede pasientforløp, og der må pasientenes stemme høres mye bedre enn i dag. Hva vil du? Hvilken behandling vil passe for deg? Hvordan fungerer behandlingen, og hvordan går det etterpå? Disse spørsmålene må vi kunne stille pasientene – og vi må ha et system som kan ta imot svarene. ✕



Med en trang kommuneøkonomi blir det ikke mer penger til psykologer bare fordi man er pålagt å ha det



**SATHS COOPER** er professor i psykologi og president i Den internasjonale unionen for psykologisk vitenskap (IUPsyS) og i Pan-African Psychology Union (PAPU). Han er kjent som politisk aktivist i Sør-Afrika under apartheid, og satt fengslet på Robben Island i seks år. Sammen med Kerstin Söderström, Tor Levin Hofgaard og Gerd Kristiansen er han fast kronikør.

# Ikke i vårt navn

Ingen psykolog skal akseptere instruksjoner eller tankesett som er fremmede for profesjonen.

«**IKKE I VÅRT** navn: Psykologi etter Hoffman». Dette var tittelen på et symposium jeg som president i Den internasjonale unionen for psykologisk vitenskap (IUPsyS) ledet på den internasjonale kongressen ICP 2016 i Japan i sommer. Bakgrunnen var Hoffman-rapporten (2015), som hadde felt en knusende dom over den amerikanske psykologforeningens håndtering av beskyldningene om at psykologer hadde begått alvorlige etiske brudd overfor fanger i militærleirer. Jeg støttet kritikken, ikke bare på grunn av mine egne erfaringer med hemmelig politisk og militære avhørsmetoder under apartheid fra 1969 til 1986 i Sør-Afrika. Men særlig fordi IUPsyS tok et tydelig standpunkt mot alvorlig politisk undertrykkelse, «forsvinning» blant dissidenter og voldtekter, tortur og drap som ble avdekket i Sør-Amerika, og det gikk foruroligende rykter om at psykologer som jobbet for militære myndigheter i disse landene, bisto med å fremkalle mentalt sammenbrudd for å tvinge fram tilståelser hos dissidenter.

FNs høykommissær for menneskerettigheter kom med velbegrunnede innspill om at psykologien måtte vurdere sin rolle overfor sårbare grupper som trenger hjelp for sine psykiske helseproblemer. For nettopp innenfor disse tjenestene finner vi noen av de siste restene av barbari i helseprofesjonene. Og hvis det er vanlig å marginalisere mental helse i «vanlige» og «sivile» sammenhenger, er det ikke overraskende at dette mønsteret ikke bare gjentar seg, men blir sterkere i militære sammenhenger, mente høykommissæren.

## MÅ OMSETTES I HANDLING

Høykommissæren pekte på to ansvarsområder for psykologer. For det første: å respektere menneskerettighetene til mennesker vi har omsorg for. Ved å plassere menneskerettigheter i sentrum for enhver behandlingsplan, understreker høykommissæren, viser man at menneskerettigheter er tuftet på prinsippet om at alle mennesker fortjener verdighet og respekt. Menneskerettighetene understreker retten til liv, frihet og trygghet, og forbyr tortur og umenneskelig eller degraderende behandling eller straff. De oppfordrer enhver psykolog og enhver organisasjon til alltid å huske på dette, og samtidig fremme respekten for disse rettighetene og frihetene gjennom undervisning og utdanning.

Høykommissæren oppfordrer psykologer til å puste liv i denne appellen og ikke la det bli tomme ord, men omsette den i handling ved å forsikre seg om at den anvendes i alle sammenhenger der psykologers ekspertise er etterspurt.

For det andre vektlegger høykommissæren respekt for yrkesetikken. Det er mange likheter mellom yrkesetikk og menneskerettigheter, men de er ikke fullt ut sammenfallende. Respekten for etiske standarder og håndhevelsen av sanksjoner for å behandle brudd på rettighetene er viktig for å beskytte personer som er under vår omsorg. Høykommissæren ønsker mer målrettet arbeid for en syntese av menneskerettigheter og etiske standarder, der menneskerettighetene fungerer som den ultimate målestokken i riktig behandling for mennesker som kommer i kontakt med helsepersonell, inkludert psykologer.

#### **FORPLIKTENDE**

Den 27. juli 1976 bestemte IUPsyS Assembly – det høyeste beslutningsorganet i *Psychology's Global Voice* og som representerer medlemsland og organisasjoner fra hele verden – at siden vår vitenskap dreier seg om atferd, ville man engasjere seg spesielt i handlinger og beslutninger der mennesker systematisk og bevisst bryter med ukrenkelige menneskerettigheter, og som dreier seg om yrkesetiske standarder i psykologisk praksis. Forsamlingen erklærte at

- ingen psykolog som utøver sitt yrke, skal akseptere instruksjoner eller tankesett som er fremmede for profesjonen.

- ingen vitenskapelige data eller psykologiske metoder som svekker menneskerettighetene, må tas i bruk. Den fordømmer at psykologer samarbeider – aktivt eller passivt, direkte eller indirekte – i misbruk som nevnes ovenfor, og oppfordrer medlemmer til å opponere mot slikt misbruk.
- den krever at alle medlemsorganisasjoner forsikrer seg om at de har vedtatt etiske retningslinjer, og tar nødvendige skritt overfor medlemmer som gjør seg skyld i brudd på menneskerettighetene.
- den erklærer at den vil støtte medlemsforeningene i deres arbeid for å håndheve disse bestemmelsene.

Forsamlingens møte i Yokohama i sommer vedtok enstemmig denne resolusjonen som IUPsyS politikk. IUPsyS anbefaler at alle nasjonale, regionale og internasjonale organisasjoner i psykologi følger nøye med på krenkelser av menneskerettighetene innenfor sitt område, spesielt der hvor psykologer direkte eller indirekte er involvert. Det å handle raskt og ansvarlig når mistanken om menneskerettighetsbrudd oppstår – og eventuelt gjennomføre sanksjoner – vil forhåpentligvis gjøre at vår forskning og praksis unngår å bli trukket inn i unødvendige kontroverser som bare bidrar til å stille psykologien i et dårlig lys verden over.

Om vi psykologer virkelig er så humane – så siviliserte – som vi hevder å være, viser det seg i hvordan vi behandler de som har det vanskeligst, og som er midt i blant oss. ❖



Om vi psykologer virkelig er så humane som vi hevder å være, viser det seg i hvordan vi behandler de som har det vanskeligst, og som er midt i blant oss

# Inntrykk





## FAGESSAY

# Foucaults humanistiske psykologi

I dagens debatt om en brukerorientert humanistisk vending i psykisk helsefeltet blir den tidlige Foucault igjen aktuell. Foucault ville vise at roten til å forstå psykiske fenomener ikke finnes i universelle medisinske begreper, men i refleksjonen rundt mennesket selv, skriver Line Joranger.

**D**en franske idéhistorikeren Michel Foucault har ikke alltid vært anti-psykologisk eller antihumanist, slik mange synes å tro (Gundersen, 2016; Lien, 2016). I 1954 tilkjenner han en tro på en brukerorientert humanistisk psykologi. Ulikt Foucaults mer (post)strukturalistiske og anti-psykiatriske tekster fra 60- og 70-tallet (Foucault, 1961, 1963, 1966, 1969, 1971, 1975, 1976, 2003, 2008) problematiserer han ikke hvorvidt det finnes psykologiske sannheter eller ikke, men utviser snarere en unik tro på menneskets subjektive eksistens, på linje med mange av dagens psykologer, som Birgit Valla (2014) og Peter Kinderman (2014a, 2014b). Han mener psykologien har en viktig funksjon om den bare klarer å etablere seg som selvstendig disiplin, adskilt fra den medisinske. Essayet viser at Foucaults tekster fra 1954 fortsatt har relevans for

dagens debatt om psykologiens grunnlag og hvordan vi tenker om psykisk sykdom og helse.

I 1954 kom *Introduksjon* (2001), en innledende tekst til den franske oversettelsen av Ludwig Binswangers eksistensialistiske og fenomenologiske essay *Drøm og eksistens* (*Traum und Existenz*) fra 1930, eller *Le Rêve et l'Existence*, som det kom til å hete i den franske utgaven. Boken *Sinnssykdom og personlighet* (*Maladie mentale et personnalité*) kom det samme året.<sup>1</sup> Begge tekstene synes å ha som formål å opplyse om hvilke sannheter og metoder som *fungerer* i psykologisk behandling, og hvilke som ikke gjør det. Foucault vil gjennom sine to tekster vise at roten til å forstå psykiske

.....

1. Boken er ikke oversatt til andre språk, jeg refererer derfor til den franske originalutgaven.

**TEKST**

Line Joranger, førsteamanuensis i samfunnsvitenskap, Institutt for sosialfag ved Høgskolen i Sørøst-Norge.

**KONTAKT**

Line.Joranger@hit.no

**ILLUSTRASJON**

Åge Peterson



fenomener ikke finnes i universelle medisinske begreper, men i refleksjonen rundt mennesket selv.

## SOMATISK OG PSYKOLOGISK SYKDOMSLÆRE

I boken *Sinnssykdom og personlighet* (1954) stiller Foucault seg spørsmålet: Hvilke forbindelseslinjer er det mellom den psykologiske og den somatiske sykdomslæren? Seksti år senere diskuteres det samme spørsmålet heftig av blant andre psykologspesialisten Birgit Valla (2014) og den britiske psykologiprofessoren Peter Kinderman (2014a). Som representanter for henholdsvis norsk og engelsk psykologipraksis stiller Valla og Kinderman, i likhet med Foucault i sine 1954-arbeider, seg kritiske til psykologiens medisinske grunnlag. Selv om Foucault, Valla og Kinderman representerer ulike tidsepoker og ulike nasjoner, vil alle tre bort fra det som innenfor sin samtids psykiske helsevern representerer et sterkt fokus på diagnoser, medisinske modeller og tradisjonell behandling. De ønsker et fokusskifte – fra et fokus på medisinske modeller og begreper til et fokus på mennesket selv, og på sosiale og kulturelle kontekster.

Valla, som nylig fikk tildelt Psykologprisen for sitt utrettelige engasjement for brukere av psykisk helsetjenester, skriver i boken *Videre* (2014), med referanse til samtaler hun har hatt med psykolog Tor Johan Ekeland, at psykiatriens medisin har spilt en avgjørende rolle for hvordan psykologer utøver faget sitt. For å legitimere sin vitenskapelige status har man innenfor dagens psykiske helsevern valgt å adaptere den medisinske diagnosemodellen både til å forstå og til å forklare psykiske fenomener og vanskeligheter. Ifølge Kinderman (2014) er det største problemet med innføringen av den medisinske «sykdomsmodell» i det mentale helsefeltet at behandlingen av menneskers stress og angst hviler tungt på diagnoser uten å ta andre forhold til etterretning: I boken *A Prescription for Psychiatry: Why We Need a Whole New Approach to Mental Health and Wellbeing* skriver han: «We must stop regarding people's distress as merely the symptom of diagnosable illnesses' and instead develop a more appropriate system of describing and defining people's emotional problems» (Kinderman, 2014a, s. 48).

I likhet med Valla (ref. Ekeland, 2014) hevder Foucault i sin første bok, med referanse til en historisk analyse han selv har gjort, at den moderne psykologien ikke har sitt opphav i en egen unik og særegen vitenskap om mennesket, men i den klassiske medisinske symptomatologi (observerbare tegn) og nosologi (sykdomsbeskrivelser). Han mener at metodologien som den moderne psykologien hviler på, tar utgangspunkt i et språklig bedrageri. Han skriver: «Hinsides den psykologiske og den somatiske sykdomslæren er det en generell og abstrakt sykdomsforståelse som styrer dem begge ved å påtvinge dem de samme begreper og dermed en rekke fordommer som anviser dem til samme metoder og dermed en rekke postulater» (Foucault, 1954, s. 2). Foucault ser ikke bort fra at dette sikrer en enhet som tidligere manglet mellom somatikken og psykologien, men påpeker at det også representerer en eufori som fortrenger en annen realitet; umuligheten av å bruke de samme metoder og begreper på det psykiske området som på det fysiske. «Jeg vil prøve å vise at den psykologiske sykdommens opprinnelse ikke kan søkes i en eller annen metapatologi, men i en refleksjon rundt mennesket selv» (Foucault, 1954, s. 2).

## ET TREENIG PERSPEKTIV

Foucault trekker frem tre forhold som han mener bekrefter hvorfor man ikke kan bruke de samme metoder og begreper på det psykiske området som på det fysiske. For det første mener han at psykologien aldri kan tilby psykiatrien det fysiologien kan tilby somatikken: et konkret analyseredskap som med sine kausalberegningende metoder gjør det mulig å se og isolere det skadde (organiske) områdes funksjonelle forbindelser til resten av personligheten. Han peker på at det psykiske livet innbefatter en helt annen organisering enn det fysiske, det man innenfor fenomenologien kaller «atferdens meningsbærende enheter» («l'unité significative»), som ytrer seg i drøm, forbrytelse, umotivert handling og fri assosiasjon. Fordi det psykiske liv bærer i seg personens fortid, holdninger og livsstil, kan det, ifølge Foucault, umulig benytte de universelle begrepene og metodene som somatikken benytter.

For det andre mener Foucault at psykologien aldri kan skille fullt og helt mellom nor-

male og sykelige funksjoner, slik man kan innenfor det somatiske feltet. Psykologiens komplekse personlighetsanalyser avhenger, ifølge Foucault, av kvalitative vurderinger, som skjønn, intuisjon og fortolkning. Dette er vurderinger som åpner for alle mulige feiltakelser, noe som gjør det vanskelig å skille mellom det normale og det sykelige. Han trekker frem et eksempel fra datidens nyere forskning som viser at forskjellige schizofrene karaktertrekk forekommer både hos normale og hos patologiske personligheter. Man kan hevde at Foucault derfor aldri konkluderte med at disse tilhører en rent sykelig dimensjon.

I det tredje og siste forholdet vektlegger Foucault umuligheten av å forstå den sykes egne virkelighetsoppfatninger ved hjelp av biologiske begreper eller en uforanderlig forestilling om hva som er sykt og friskt. I likhet med mange av dagens kultur- og samfunnspsykologer hevder han at en persons virkelighetsopplevelse må forstås ut ifra den sykes særskilte sosiale og kulturelle miljøbetingelser. Han mener sinnssykeloven anno 1838 er et eksempel på en signifikant miljøbetingelse som kom til å påvirke sykdomstilfellene og den psykisk sykes livssituasjon. Loven ga, ifølge Foucault, legene absolutt autoritet overfor den syke, noe som bidro til en juridisk og moralsk umyndiggjøring ved å overføre hans/hennes rettigheter til en utvalgt verge. Dette la premissene for et fremmedgjørende miljø som blant annet var med på å skape den fortvilte hysterikereren. At hysterikereren på 1950-tallet var i ferd med å forsvinne, skyldtes dermed ikke fysiologiske årsaker, men det faktum at miljøet rundt den syke hadde blitt mindre rigid enn tidligere. Dialektikken mellom individ og miljø forløper dermed ikke på samme måte innenfor det fysiologiske som det psykologiske området, noe som innebærer at psykologer, i tillegg til å drive terapi, også bør være med på å påvirke pasientens daglige miljø ved å endre de sosiale miljøbetingelsene som gjør ham eller henne sykere enn det han/hun i utgangpunktet er (Foucault, 1954, s. 16).

I *Sinnssykdom og personlighet* oppfordrer Foucault, i likhet med blant andre Valla (2014) og Kinderman, (2014a, 2014b), til at man innenfor psykologien må komplementere pasientens egne opplevelser med en sosiokulturell forklaringsmodell. Han oppfordrer psykologer til å ha et treenig perspektiv på mennesket. Det handler om å, på samme tid, se de personlige, fysiologiske og sosiokulturelle sidene av menneskelivet. Han mener det treenige perspektivet gjør det mulig å forklare sammenhengen mellom psykiske problemer og tidstypiske sosiokulturelle miljøbetingelser. Han viser til hvordan sosiale og kulturelle strukturer i vestlige demokratier avhenger av en befolkning som tilpasser seg mange sosiale sammenhenger samtidig som de kan kommunisere sine behov og meninger. Psykiske problemer oppstår i denne sammenheng når mennesker med mindre sosiale personlighetstrekk blir presset til å tilpasse seg kravet om sosial deltakelse og kommunikasjon de (fra naturens side) ikke har forutsetninger for å håndtere. For denne gruppen mennesker kan omgivelsenes krav til kommunikasjon og sosial deltakelse føre til psykologisk stressreaksjoner, som også viser seg i fysiologiske reaksjoner. I dette tilfellet er det viktig å forstå at det ikke er de biologiske reaksjonene som har ført til psykologisk stress, men motsatt. Foucaults betraktninger viser seg igjen i Kindermans (2014a, s. 1) forestillinger:

We must move away from the 'disease model', which assumes that emotional distress is merely a symptom of biological illness, and instead embrace a psychological and social approach to mental health and well-being that recognizes our essential and shared humanity.



Foucaults forestillinger om psykens grensesprengende egenskaper utfordrer medisinenes metode og diagnosebegreper





Til sist vektlegger Foucault umuligheten av å forstå den sykes egne virkelighetsoppfatninger ved hjelp av biologiens begrep eller en evig norm

På samme måte hevder Valla (2014) at man i diagnosens og metodens tidsalder har en tendens til å neglisjere kultur- og kontekstperspektivet til fordel for det medisinske og naturvitenskapelige perspektivet. Hun mener en forståelse av psykologiske fenomener også innebærer en forståelse av sosiale og kulturelle fenomener.

#### BRUKERPERSPEKTIVET - DEN SYKES OPPLEVELSE AV SYKDOM

Som Valla og Kinderman mener Foucault (1954) at det psykiske helsefeltet har høy grad av ekspertstyring, med et tydelig profesjons- og kunnskaps-hierarki. Dette mener han i mange tilfeller kan overstyre brukerperspektivet og den sykes egen opplevelse av sykdom. Valla (2014, s. 79) skriver:

Øverst troner det naturvitenskapelige kunnskapssynet som eies av psykiaterne og til dels psykologene. Denne kunnskapen oppfattes som «sann», altså spesialistkunnskap som gir dem som eier kunnskapen, makt og kontroll til å definere praksis. Psykologene i Norge har hatt stor suksess med å tilegne seg makt i det psykiske helsevernet. De har på mange områder fått de samme rettigheter som psykiaterne, og dermed oppnådd en tilnærmet lik maktposisjon. Det er imidlertid grunn til å spørre om dette har kommet klientene til gode.

Valla mener dagens psykologi i liten grad har utfordret det eksisterende medisinske kunnskapssynet, men heller opprettholdt det for å bevare sin egen posisjon, noe hun mener går utover brukerperspektivet. Foucault (1954) etterlyser også brukestemmen innenfor samtidens psykologiske og psykiatriske behandlingssystem. Han mener det ikke er slik at legen eller psykologen entydig står på sunnhetens eller sannhetens side som den som alene besitter all viten om sykdommen. Det er heller ikke slik at pasientene befinner seg entydig på sykdommens side, som de som er uvitende om alt som angår dem selv og deres eksistens. Undersøkelser, som for eksempel den tyske psykiateren Jakob Wyrtsch har gjort av schizofrene i *Die Person des Schizophrenen* (1956), viser, ifølge Foucault, at selv personer med alvorlige psykoselidelser kan ha en antydningvis erkjennelse, og en diffus oppfattelse av den sykelige rammen hvori de patologiske temaene skiller seg ut.

Foucault (1954) minner om at den syke, ved flere former for tvangspregede forstyrrelser og ved flere former for paranoia og schizofreni, selv er i stand til å erkjenne hvordan det sykelige forløpet på en paradoksal måte henger sammen med vedkommendes personlighet. Det er med andre ord ikke slik at den unike sykdomsbevisstheten utviskes selv om den har mange objektive og evidente sykdoms karakterer. Pasientene blander for eksempel aldri sammen sin leges stemme med den hallusinatoriske stemmen som konstant forfølger dem. Dette til tross for at også legen fremstår som en forfølger av den syke. I denne teatraliske virkelighetsoppfatningen viser sykdomsbevisstheten seg som en bevissthet om en annen virkelighet. Ved å avfinne seg med at det bare er han/hun, og ikke de andre, som hører stemmer, erkjenner den syke sitt univers' fremmede og smertelige særegne karakter. Ved slik å avfinne seg med to verdener, og ved å tilpasse seg den første så vel som den andre, gir han/hun som bakgrunn for sin atferd uttrykk for en spesifikk

bevissthet om sin egen sykdom (s. 59). Selv i den ytterste form for schizofreni mener Foucault den syke har en oseanisk fornemmelse av sin sykdom. Den sykes univers er dermed aldri et absolutt, den utfolder seg alltid med en iboende dobbel henvisning mellom det normale og det patologiske, det velkjente og fremmede, det spesifikke og generelle, det våkne og drømmende (s. 61).

## DRØM OG FORESTILLINGER

Foucaults forestillinger om psykens grensепреngende egenskaper utfordrer medisins metode og diagnosebegreper. Det gjør også Kindermans forestillinger om den menneskelige psyken. Han skriver:

Traditional psychiatric diagnoses are arbitrary and invalid, and do not map onto biological processes or describe real illnesses. They are also circular concepts, attempting to explain human behavior merely by labeling it as pathological. This reinforces a reductionist biological view of mental health and well-being and encourages discrimination and the use of inappropriate medical treatments (Kinderman, 2014a, s. 48).

I et forsøk på å unngå enhver form for medisinsk reduksjonisme ønsker Foucault (2001) i *Introduksjonen* til Binswangers essay *Drøm og eksistens* å nærme seg den menneskelige psyken gjennom et poetisk begrepsrepertoar. Psyken representerer her den menneskelige forestillingsverdenen som symboliserer evnen til å frembringe ganske nøyaktige bilder av ting man ønsker, eller ikke ønsker, skal skje. Ved hjelp av forestillingen kan vi også se for oss ting som allerede *har* skjedd. Det gjelder for eksempel forestillingen om at mannen eller kvinnen vi er glad i, fortsatt sitter ved siden av oss i sofaen, selv om det er flere år siden vedkommende flyttet ut. Foucault relaterer den menneskelige forestillingsevnen til drømmeerfaringens overskridende natur og måter å erfare seg selv og verden på. Å forstå drømmeerfaringens psykologiske innhold krever, ifølge Foucault, en grunnlagsanalyse som verken er logisk-filosofisk eller medisinsk-psykologisk. Den krever en form for analyse hvis begreper, prinsipper og metoder alene er utledet fra den menneskelige erfaringsverdenen. Drømme-

erfaringen handler i denne teksten om menneskelivets reelle innhold, som er å leve og erfare seg selv, uten tanke på å drive en form for årsak-konsekvensanalyse. Den handler ikke om en annen måte å erfare en ny verden på, men om en radikal måte å erfare sin egen verden på. I drømmeerfaringen sier alt «jeg», både sofaen jeg sitter i, og boken jeg leser. Drømmeerfaringens privilegerte status omslutter således en hel forestillingsantropologi som nødvendiggjør en ny måte å finne ut hvordan forholdet mellom mening og begrepsmessige uttrykk manifesterer seg innenfor hvert enkelt menneskeliv.

Ifølge Foucault er poesien den sjangeren som best kan uttrykke den menneskelige forestillingsantropologien. Han mener stor poesi nekter å la seg innordne i standardiserte bilder, (medisinske) begreper og modeller. Store poeter vil aldri kunne fullføre sitt uttrykksbegjær i ett statisk bilde av virkeligheten, fordi forestillingens frihet påtvinger seg ham som et kall. I sin sanne poetiske funksjon mediterer forestillingen over identitet, det vil si hvem man er, og hvem man ønsker å bli. I kontrast til forestillingens frie natur står den sykelige fantasien – den rå hallusinasjonen, der forestillingen er totalt fengslet i et fantasibilde av virkeligheten. Det oppstår når pasienten finner den frie eksistensbevegelsen knust i nærværet av et bilde som gjør forestillingsevnen immobil. Forestillingens funksjon, som er å erfare og skape seg selv ved å knuse slike statiske fantasibilde, har her kollapset, og pasienten er overlatt til en ukjent virkelighet.

## KRITISK TIL PSYKOLOGISK POSITIVISME

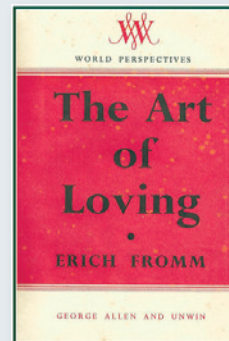
Mange vil hevde at Foucaults 1954-tekster ble til i en periode før Foucault ble Foucault, antipsykologen og postmodernisten. Foucault var på 60-/70-tallet svært kritisk til sine to 1954-tekster og mente de ikke hadde noe å gjøre med hans senere forfatterskap. Jeg har i flere artikler forsøkt å vise det motsatte. Jeg mener vi aldri helt vil forstå innholdet i Foucaults senere mer «poststrukturalistiske» arbeider hvis vi ikke har kjennskap til opphavshistorien, som er Foucaults 1954-arbeider. De som tar seg tid til å lese Foucaults 1954-arbeider, vil måtte endre sine stereotypiske oppfatninger av Foucault som en som proklamerer «menneskets» død, og samtidig forstå at Foucault kjempet en livslang kamp for nettopp å bevare det.

Vallas, Kindermans og Foucaults kritiske syn på moderne medisinsk psykologi føyer seg inn i 50-tallets positivismedebatt, representert av blant andre Karl R. Popper (1959), Thomas Kuhn (1962) og Ludwig Wittgenstein (1958). I likhet med 1950-tallets positivismedebatt synes det som om Foucault (1954, 2001), Valla (2014) og Kinderman (2014a, 2014b) ønsker å utvikle en kritisk rasjonalisme innenfor sin samtids psykiske helsevern. Dette medfører en nyorientering både metodisk og innholdsmessig, ved blant annet å påpeke at ideen om en forutsetningsløs forskning (naiv empirisme) er en antakelse som ikke holdt stikk. De mener objektiv forskning på den menneskelige psyken er en dogmatisk illusjon, og rett og slett en umulighet, og at den menneskelige psyken har flere sider enn den empirisk påvisbare. Studiet av mennesket må være i samsvar med menneskets væremåte og livsverden. Det vi si i samsvar med et handlede, menende, forstående og følende individ, og ikke som en ting blant andre. Den praktiske psykologien hører således ikke hjemme i den medisinske disiplinen, den både trenger og fortjener sin egen grunnlagstenkning. ❌ »

## LITTERATUR

- Foucault, M. (1954). *Maladie mentale et personnalité*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique; folie et déraison*. Paris: Plon.
- Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique; une archéologie du regard médical*. Paris: Presses universitaires de France.
- Foucault, M. (1966). *Les mots et les choses une archéologie des sciences humaines*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1969). *L'Archéologie du savoir*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1971). *L'ordre du discours; leçon inaugurale au Collège de France prononcée le 2 décembre 1970*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir: naissance de la prison*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2001). Introduction. I D. Defert, F. c. Ewald & J. Lagrange (Red.), *Dits et écrits, 1954–1976* (Bind 1., s. 93–147). Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique: cours au Collège de France (1973–1974)*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2008). *The birth of biopolitics: lectures at the Collège de France, 1978–79* (G. Burchell, Oversetter). Basingstoke [England]; New York: Palgrave Macmillan.
- Gundersen, B.R. (2016). *Da postmodernismen kom til Norge: en beretning om den store intellektuelle vekkelser som har hjemstøkt vårt land*. Oslo: Flamme forlag.
- Kinderman, P. (2014a). *A Prescription for Psychiatry: Why We Need a Whole New Approach to Mental Health and Wellbeing*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Kinderman, P. (2014b). *The role of the psychologist in social change*. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 403–405.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lien, M. (2016). *Mennesker finnes*. *Morgenbladet*, 19 (20.05-26.05), 9–12
- Popper, K.R. (1959). *The logic of scientific discovery*. London: Hutchinson.
- Valla, B. (2014). *Videre: hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wittgenstein, L. (1958). *Philosophical investigations* (2. utg.). Oxford: Blackwell.
- Wyrtsche, J. (1956). *La personne du schizophrène: étude clinique, psychologique, anthropophénoménologique*. Paris: Presses universitaires de France.

## KLASSIKEREN



## Erich Fromm, *The Art of Loving* (1956)

**Da jeg ble kjent med en psykologi som ikke lenger snakket så mye om hvordan psykisk helse og verdier henger sammen, hentet jeg frem igjen Fromm.**

Allerede på midten av 80-tallet da jeg først leste den, var det en litt gammelmodig bok. Erich Fromm skriver om kjærlighetens vesen. Og om selvdisciplin. Med sin til tider litt strenge moralske røst skulle en ikke nødvendigvis tro boken treffer et menneske i slutten av tenårene. Men jeg var ikke den første og blir neppe den siste som en gang i ungdomstid eller tidlige voksenår finner ut at denne svært så voksne mannen snakker nettopp til «meg».

Leseren merker fort at Erich Fromm er en søkende sjel. Kjærligheten dreier seg om intet mindre enn livets mening. Den er ikke bare en emosjonelle tilstand, og så visst ikke bare en drift. Kjærligheten er en skapende måte å være på, den fordrer ydmykhet overfor både våre medmennesker og naturen. Kjærligheten er narsissismens, utnyttelsens og den utemmede forbrukskulturens motsetning.

Når Fromm hjelper oss å forstå kjærlighetens vesen, trekker han inn Talmud, kristen og muslimsk mystikk, buddhisme og taoisme, i tillegg til Sigmund Freud og Karl Marx. Men om tenkning er en viktig del av veien, så er det langt fra hele veien. Den skapende måten å være på må praktiseres, og den må trenes. Fromm foreslår at vi kan meditere, morgen og kveld. Jeg skjønnte straks at dette var noe jeg måtte lære meg. Og senere, da jeg ble kjent med en fagpsykologi som ikke lenger snakket så mye om hvordan psykisk helse og et liv i tråd med grunnleggende verdier henger sammen, så hentet jeg frem igjen Fromm. Han ble en viktig indre samtalepartner da jeg selv satte meg ned for å skrive bøker, blant annet om kjærlighetens vesen.

*Per-Einar Binder utfordrer Signe Stige til å ta stafettspinnen videre*

# Nyansert om avhengighet

Boka formidler en kompleks forståelse av rusmiddelavhengighet, med vekt på nevrobiologiske prosesser.

**I BOKA** *Rusmiddelavhengighet. Et psykologisk perspektiv* belyser Pål Kraft rusmiddelavhengighet gjennom nyere psykologisk forskning og teori. Han vektlegger forskning fra nevrovitenskap og helse- og sosialpsykologi, men læringspsykologi og beslutningsteori trekkes også inn.

Boka gir en grundig gjennomgang av psykologiske mekanismer som kan ligge under rusmiddelavhengighet, av ulike psykologiske forståelser av hva avhengighet er, og av endringer i hjernens anatomi og funksjon som ledsager avhengighet. Kraft vektlegger en forståelse av rusmiddelavhengighet som en oppstått ubalanse mellom to hjernesystemer: et belønningssystem som er oversensitivt for rusmidler, og et underaktivt kontrollsystem. I løpet av boka forklarer Kraft sentrale aspekter ved rusmiddelavhengighet i lys av dette, slik som sug (craving), triggere, ambivalens, tilbakefall, og hvordan man kan ha en sterk trang til å innta et rusmiddel selv om det ikke lenger gir en behagelig effekt.

## NYANSERT OG GRUNDIG

Jeg oppfatter at denne boka plasserer seg innenfor det kanskje rådende paradigmet i norsk psykologi, der man vektlegger et naturvitenskapelig evidensbegrep og nevrobiologiske korrelater til atferd. Kraft gjør også en tydelig

avgrensning både innledningsvis og underveis, og anerkjenner samtidig bredden i litteratur og forståelse rundt avhengighet. Som leser opplever jeg at avgrensningen fungerer bra, og at boka går i dybden på det den sier at den skal. Samtidig forstås rusmiddelavhengighet både i lys av biologiske, psykologiske, sosiale og samfunnsmessige faktorer. I kapittelet om sårbarhet presenteres genetisk og biologisk sårbarhet i lys av livshendelser og sosial kontekst, og i kapittelet om forebygging fremheves universelle tiltak for å utjevne sosial ulikhet og bedre barn og unges oppvekstvilkår.

Boka har også en nyansert tilnærming til spørsmål der debatten ellers kan være polarisert. Særlig gjelder dette spørsmålet om hvorvidt rusmiddelavhengighet best kan forstås som en sykdom eller et resultat av frie valg, som tas opp flere ganger i løpet av boka. Styrken ved en psykologisk tilnærming til avhengighet er kanskje nettopp dette, at den kombinerer ulike faktorer i en kompleks og nyansert forståelse. Rusmiddelavhengighet kan forstås som en sykdom og en sosialt betinget prosess. En som har utviklet avhengighet, kan *både* oppleve en svekket evne til å overstyre impulser og fortsatt ha evnen til å ta selvstendige valg. Samtidig kan dette gjøre det vanskelig å gi et kort svar på hva et psykologisk perspek-



**PÅL KRAFT,**  
*Rusmiddelavhengighet. Et psykologisk perspektiv,*  
Universitetsforlaget  
2016, 232 sider

## ANMELDT AV

Eva Brekke, spesialist i rus- og avhengighetspsykologi / stipendiat. Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, Høgskolen i Sørøst-Norge

tiv betyr. Boka er i så måte en kjærkommen referanse for psykologer som blir bedt om å forklare psykologiens bidrag i rusbehandling til kolleger fra andre faggrupper, for eksempel innenfor tværfaglig spesialisert rusbehandling.

Språket er akademisk, og boka er også eksplisitt rettet mot fagpersoner innenfor rusbehandling, helsevesen, barnevern og rettsvesen, og mot studenter ved høyskoler og universitet. Kunnskapen trenger nok en annen formidling hvis den skal nå ut til folk som ikke har helsefaglig bakgrunn.

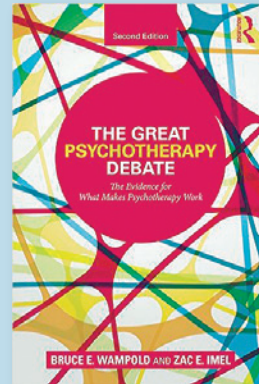
### DET FELLES MENNESKELIGE

Det at mennesker som har utviklet avhengighet, gjennomgående i boka omtales som «den avhengige», kan skape en avstand til fenomenet, og gi en opplevelse av at det er noe som rammer «de andre». Men dette er ellers ikke budskapet som formidles i boka, snarere tvert imot. Rusmiddelavhengighet forklares nettopp gjennom normalpsykologisk kunnskap, som et gradsfenomen som bunner i felles menneskelige mekanismer – selv om noen har større sårbarhet enn andre. De samme mekanismene er i sving når man bare skal ta et par chips for å stagge sulten etter en dag med lite mat, og plutselig står der med en tom potetgullpose, som når man bare skal ta et glass, og plutselig har tømt hele barskapet.

Samtidig får Kraft frem det spesifikke ved rusmiddelavhengighet og hvor fastlåst og uforklarlig det kan oppleves for den som har utviklet avhengighet, for pårørende og for fagpersoner – selv om opplevelsedimensjonen ikke er det sentrale i boka. Det at rusmiddelavhengighet henger sammen med uvanlige livsbetingelser, blir også belyst, og boka avsluttes med å understreke at «de fleste som blir sittende fast i avhengighet har hatt et livsløp preget av omfattende sosiale belastninger og dyp psykologisk smerte».

Boka viser hvor fantastisk fascinerende avhengighet er, hvor lite man fortsatt vet, hvordan det berører en lang rekke andre psykologiske fenomener, og hvor sentralt avhengighet faktisk er i forståelsen av menneskelig atferd. ❌

## ANBEFALT



## Stopp kappløpene

**Denne boken bør være obligatorisk lesning.**

Psykologisk behandling virker. Men hvordan? En mulig forklaring er den medisinske modellen: Behandling påvirker mekanismer som er særegne for den enkelte lidelsen.

Den terapien som treffer disse mest presist, vil også virke best. En annen modell er den kontekstuelle. I følge den er det avgjørende at klienten opplever seg møtt på en god måte, får en forklaring på sine vansker som gir mening for ham eller henne, samt en oppskrift på terapeutiske handlinger som er i tråd med denne forklaringen. Da vil det være flere mulige veier til bedring.

Boken *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work*, av B.E. Wampold og Z. E. Imel, gir en grundig drøfting av disse to modellene og er det mest tankevekkende jeg har lest på lenge. Wampold og Imel sammenfatter med stødig hånd all forskning som sammenligner ulike terapier. Dersom den medisinske modellen stemmer, må enkelte metoder være klart overlegne. Det har ingen hittil klart å vise. Forfatterne mener derfor det bør bli slutt på kappløp mellom ulike tilnærminger. I stedet bør vi se på andre faktorer som har større innvirkning, som terapeuten selv. Det er nemlig langt større forskjeller mellom gode og dårlige terapeuter, enn det er mellom behandlinger.

Dette er utfordrende for alle som har terapeutiske kjepphester. Kanskje vil vi i fremtiden finne ut mer om hvordan vi skal tilpasse behandling for den enkelte på måter som maksimerer effekten. I mellomtiden bør kunnskapen vi har inspirere til ydmykhet når det gjelder egen foretrukket metode, og romslighet når det gjelder andres. Boken bør være obligatorisk lesning for alle som er opptatt av psykoterapi.

*Anbefalt av Jon Vøllestad, psykologspesialist ved Solli DPS og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk psykologi, UiB.*



# Korrupsjon og konspirasjon

Anlov P. Mathiesen beskriver bedre enn han forklarer korrupsjon på rusfeltet.

**RUSBEHANDLING ER KRITISERT** for dårlige resultater og polariserte behandlingsideologier. At Anlov Mathiesen skulle prestere å skrive om systemet uten å miste retning eller troverdighet, var derfor ingen selvfølge, men det har han klart. Det er Mathiesens førstehåndskjennskap til rusfeltet – som debattant og tidligere redaktør for gatetidsskriftet *=Oslo* – som setter ham i stand til å skrive en slik tankevekkende bok. Boka gir en oversikt over hvem de enkelte politiske aktørene på rusfeltet i Norge er. Mathiesens linse er undersøkende journalistisk, der hensikten med undersøkelsen tilsynelatende er å ansvarliggjøre aktørene, som i dette tilfellet er politikere samt ledelses- og kommunikasjonsansvarlige blant de «ideelle» aktørene på rusfeltet. Idealismen settes her i anførselstegn, for det er selve fasaden, eller de politiske forhandlingene og den mediebaserte staffasjen, som Mathiesen lar gjennomgå. Gjennom en erfaringsbasert analyse tilbys leseren et dypdykk som billedliggjør de systemiske utfordringene ved tilgjengelig rusbehandling.

## KORRUPSJON

Korrupsjon utgjør det viktigste temaet i *Omsorgsindustrien*. Mathiesen argumenterer for at behov knyttet til lidelse representerer medie- og publikumsvennlig kapital som lett kan misbrukes dersom de øremerkes ineffektive syste-

mer og saker. Mathiesen er opptatt av to former for korrupsjon som han mener lett berører rusfeltet. Den første inkluderer topp-politikernes egne motivasjoner, som tidvis kan falle de store omsorgsgigantene til fordel. Det mest profilerte eksempelet på dette var da daværende helseminister Bjarne Håkon Hansen ga støtte til Kirkens Bymisjon i 2009. Kona til helseministeren satt i styret i Kirkens Bymisjon, og avtalen mellom Hansen og organisasjonen ble inngått «under bordet». Mathiesen siterer generalsekretær Guro Slettmark om politikeres holdninger til irregulære tildelinger: «... hadde dette skjedd i utlandet, hadde vi nok kalt det korrupsjon» (s. 34). Uten åpen konkurranse blir rusfeltet lett offer for politikeres egenmotiverte og image-relaterte vurderinger. I tillegg dokumenterer Mathiesen mistenkelige lokalpolitiske forhold i Fredrikstad der politikeres dobbeltroller som eiere av Blå Kors' eiendommer kan ha gitt økonomiske fordeler til denne organisasjonen. Men de forhold som avdekkes i boken, er ikke – om det var hensikten – tilstrekkelig til å hevde at feltet, eller omsorgsindustrien, er korrupt som sådan.

## KONSPIRASJON

Mathiesen kritiserer også kameraderiet som blir synlig gjennom tildelinger basert på kjennskap og nettverk. Han mener videre at tendensen til slike forbindelser er spesielt utbredt i det poli-



### ANLOV P. MATHIESEN

*Omsorgsindustrien – Utenforskapet og nødsprofitørene*, Dreyer forlag, 2016, 226 sider

### ANMELDT AV

Ayna B. Johansen, forsker ved Senter for rus- og avhengighetsforskning, UiO, og Kenneth A. Johansen, informasjonsansvarlig i Rusmisbrukernes interesseorganisasjon og PhD-kandidat ved Universitetet i Gent



**KRITISK** Anlov P. Mathiesen, forfatter av *Omsorgsindustrien*, har helt rett i at aktører på rusfeltet opptrer som markedskapitalister, mener Ayna B. Johansen og Kenneth A. Johansen. Samtidig mener de at bokens påstander om konspirasjoner i rusfeltet er for dårlig underbygget.

”

På sitt beste er Mathiesens beskrivelser av den politiske kulturen rundt rusbehandling en etnografisk analyse og fornøyleg lesing

tiske landskapet omkring de kristne omsorgsgigantene Blå Kors, Frelsesarmeen og Kirkens Bymisjon. Han bruker Kristiansand som eksempel, der de kristne leverandørene har monopol på rusbehandling. Dataene hans er beskrivelser av politikernes motstand når det stilles spørsmål ved deres forbindelser til disse omsorgsinstitusjonene. Mathiesen vil at rusfeltet skal bli bevisst makten de kristne behandlingsleverandørene har i form av disse dobbeltrelasjonene og inhabilitet i politiske saker. Mathiesen mener en effekt av korrupsjonen er en lettsindig og tilfeldig igangsetting av lavterskeltilbud. Han (og kanskje de fleste på rusfeltet) mener det også totalt sett satses på lavterskeltilbud og behandling, og ikke på rehabilitering.

Hadde Mathiesen stoppet historien sin med disse beskrivelsene – hypotesen om at kameraderiet bidrar til uhensiktsmessige lavterskeltilbud, og observasjonen om at vi må flytte fokuset til rehabilitering – hadde *Omsorgsindustrien* nok føyet seg pent inn i rekkene av kunnskapsverk som de store aktørene også ville lyttet til.

Men Mathiesen stopper ikke der og advarer mot konsekvensene av korrupsjonen, og mener stadig nye tiltak tåkelegger hvilke muligheter som finnes for brukerne av tilbudene, og at den iherdige omsorgen fragmenterer samarbeidet mellom kommunen og det private. I tillegg setter han sine observasjoner om korrupsjon som en forklaring på det manglende ettervernet. «Det er politikernes skyld at vi ikke har ettervern, fordi de er korrupte.»

Han mener at fokuset på lavterskeltilbud og behandling opprettholder lidelse ved å trekke politikernes oppmerksomhet bort fra ettervern. Her er han kritisk til Sigma Nord AS, som er en kommersiell leverandør av tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i Nord-Norge med rike mennesker øverst i organisasjonen. Mathiesen mener aktørens innpass i industrien har redusert mulig behandlingens lengde for pasientene, samt at dersom de private – eller Sigma Nord, for å være helt presis – tilføres flere midler, vil dette samtidig styrke de store, kristne aktørenes markedsposisjon. Han forklarer derimot ikke hvordan. De regionale helseforetakene gjør innkjøp basert på en vektning av ulike kvalitetsparametere samt den prisen organisasjonene tilbyr. Forkortelsen av behandlingens lengde ble politisk bestemt fra Helse- og omsorgsdepartementet, som lener seg på analyser og behovsvurderinger som er gjort av fagbyråkratiet. De private leve-

randørene har derfor liten makt når det kommer til utvikling av tiltaksapparatet, og kan mest sannsynlig ikke klandres for de store hullene i omsorgsindustrien. Mathiesens observasjoner er gode, konklusjonene forhastede.

### ÅPNE DØRER MÅ OGSÅ PASSERES

Vi liker Mathiesens beskrivelser, men hans forklaringer er ikke like overbevisende. *Omsorgsindustrien* er en dårlig underbygget påstand om konspirasjoner. Sigma Nord har dokumenterte, gode behandlingsresultater, og så vidt vi kan se, blir de offer for grunnløs kritikk. Tall fra nasjonale brukerundersøkelser på helsenorge.no viser at virksomheten kommer helt øverst når brukerne gir poeng for opplevd miljø og utbytte av behandlingen. Dreyer forlag har markedsført *Omsorgsindustrien* ved å påpeke at publikasjonen «kan vekke reaksjoner fra feltet» da det er personers filantropiske prosjekter som nettopp kritiseres. I etterkant av *Omsorgsindustriens* utgivelse noterte vi oss også at Blå Kors, Frelsesarmeen og Kirkens Bymisjon forsvarte seg i Vårt Land. De tilbakeviste Mathiesens påstand om å være med og opprettholde lidelse, og hadde behov for å markere at det viktigste ikke er hva slags ideologi de står for, men at deres tiltak virker. De mener Mathiesen sparker inn åpne dører når han snakker om at tjenestetilbudet ofte er utilstrekkelig, for dårlig organisert, og at brukermedvirkningen ikke er god nok. Men er det noe galt i å sparke inn åpne dører og si at vi trenger mer åpenhet, mer kvalitet, bedre brukermedvirkning og bedre ettervern? Problemet er heller at vi – for åpne dører – ikke klarer å gjøre noe med det.

Mathiesen har helt rett i at aktører på rusfeltet opptre som markeds-kapitalister, for det handler om å sikre seg markedsandeler om du vil overleve og behandle. Og slik blir det gjerne når vi organiserer innkjøp av tjenester etter konkurranseprinsipper der forhold som burde vært lagt åpent, blir til forretningshemmeligheter. Bistandsfeltet har nylig hatt en lignende sak fremme i offentlige medier som dokumenterte hvordan et selskap bestående av tidligere UD-ansatte fikk bevilget midler utenfor vanlige anbud. En grundig kritikk av styringen av rusfeltet kunne vært på sin plass, for organisasjonsledere har lenge beklaget at de fremfor å være samarbeidspartnere og kollegaer blir konkurrenter.

På sitt beste er Mathiesens beskrivelser av den politiske kulturen rundt rusbehandling nærmest en etnografisk analyse og fornøyet lesing. Vi opplever at Mathiesen i sine beskrivelser opprettholder en analyse der forskere tradisjonelt angriper et kulturelt fenomen fra sine subjektive ståsted, men med forsøk på å ikke tilføre beskrivelsene teori. Hadde *Omsorgsindustrien* blitt fremstilt som en beskrivende analyse der hensikten var å tilføre så lite forklaring som mulig, tror vi boka også ville fått en positiv reaksjon fra feltet. Den hadde også blitt mer nyttig. Vi tenker dette ville vært heldigere for både Mathiesen og feltet, for han har viktige erfaringer å dele. God behandling må konstrueres, og lavterskeltilbud kan eksistere parallelt med ettervern. ❌

### 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



### Intervensjon og evidens

Dagens kompetanse-samfunn skaper risiko for sosial eksklusjon. En systematisk innsats for å støtte barns utvikling kan minske denne

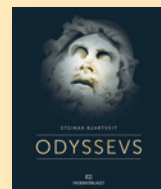
risikoen, mener Ivar Frønes, Helene Eng, Sigrun K. Ertesvåg og John Kjøbli – forfattere av boka *Risiko, intervensjon og evidens* (Gyldendal). De to siste tiårene har begrepene intervensjon og evidens fått en stadig mer framtrekkende plass i ulike fagmiljøer. Boka tar opp temaer som profesjonell autonomi, ulike forståelser av evidensbegrepet og implementering.



### Dilemmaer i barnevernet

Barnevernet har makt og tar beslutninger med store konsekvenser for dem som blir berørt. Ansatte i barneverntjenesten

står overfor en rekke beslutningsvalg i sitt daglige virke. *Beslutninger i barnevernet* av Øivin Christiansen og Bente Heggem Kojan (red.) utgitt på Universitetsforlaget følger beslutningsprosessene ved bruk av ny empiri, konkrete eksempler og et tverrfaglig teorigrunnlag i spørsmål som: Hva kjennetegner skjønnsutøvelsen og beslutningsprosessene? Hvilke maktstrukturer påvirker beslutningene?



### Lederkurs hos Odyssevs

«Psykologi møter filosofi og bryner seg på tidenes råeste fortelling. Odyssevs reise inneholder dype inn-

sikter som opplyser begge fagene. Det har Homers fortelling gjort i århundrer», skriver Fagbokforlaget om Steinar Bjartveits bok *Odyssevs*. Odyssevs søker rett fram, men samtidig langt nok utenfor til å vinne seg selv og sin framtid, ifølge forlaget.

# Kurskalenderen

Oppføring i kurskalenderen gir mulighet for å forhåndsannonser 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](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.

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

Se annonse i Psykologtidsskriftets september-utgave s. 767

## MARS 2017

### Destruktiv ledelse og mulige mottiltak

8.–9. mars

For mer informasjon og påmelding [www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

### Psykologforeningens toårige veilederutdanning for psykologer

Påmeldingsfrist 25. januar

For mer informasjon og påmelding [www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

## PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2017

### SPESIALPLASSERING:

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

### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 24 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 760, samme format i farger kr 4 083.

### SMÅANNONSER:

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

### NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 10 850, pris for kursannonse kun på nett er kr 5 950. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 450 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) under «Konferanser og kurs».

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

| Nr | Materiellfrist | Utgivelse |
|----|----------------|-----------|
| 1  | 15.12          | 02.01     |
| 2  | 17.01          | 01.02     |
| 3  | 15.02          | 01.03     |

### ANNONSEFORMATER

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

### Priser stillingannonser/profilannonser:

| Format   | 4 farger | Sort   |
|----------|----------|--------|
| 1/1 side | 16 950   | 15 950 |
| 1/2 side | 12 750   | 11 750 |
| 1/4 side | 11 350   | 9 950  |

Alle priser er ekskl. mva.

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

**OSLO.** Legevakt Vest har ledig lokale til psykolog med gode samarbeidsevner. Legevakt Vest er mer enn legevakt. Vi er et tverrfaglig medisinsk senter bestående av fastleger, legespesialister, manuellterapeuter, psykomototisk fysioterapeut og kiropraktor. Vi er også godkjent leverandør av bedriftshelse-tjeneste. Vi søker psykolog til våre svært sentrale, nye og moderne lokaler i Silurveien 2 på Ullern i Oslo. Legevakt Vest er opptatt av tverrfaglighet, vi har ukentlig felles undervisning.  
Henvendelse: tlf. **23 25 11 11** /  
e-post **kontakt@legevaktvest.no**



**OSLO.** Kontor leies ut fulltid/deltid i Bygdøy Allé 21. 13 kvm i 3. etg. heis og venterom. Flere avtalespesialister. Kontoret er lyst og har dobbeltdør, vendt ut mot stille bakgård. Ledig omgående.  
**Henvendelse tlf. 924 64 766.**

**OSLO. LEDIG KONTOR I BYGDØY ALLÉ 111, 2. ETG.**  
Rimelig kontor m/venterom til leie i rehabilitert bygg fra 2017. Alle fasiliteter + parkering.  
**Henvendelse: tlf. 22 54 92 00 eller 482 22 841.**



## Utdanning i behandling av komplisert sorg (CGT)

**Neste kull starter i Oslo  
8. mai 2017**

**Søknadsfrist: 31. mars 2017**

Kontakt **nssf-post@medisin.uio.no**  
for mer informasjon



# dinutvei.no

- nasjonal veiviser ved vold og overgrep

Har du en jobb der du møter mennesker som kan være utsatt for, eller som utøver, vold og overgrep? Da kan dinutvei.no være et viktig verktøy.

På dinutvei.no kan utsatte, utøvere, berørte og fagpersoner finne

- oversikt over hjelpetilbud i hele landet
- informasjon om vold i nære relasjoner, voldtekt og andre seksuelle overgrep
- en spørsmål- og svartjeneste der den som stiller spørsmål kan være helt anonym.

dinutvei.no driftes av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet

## NORSK FORENING FOR KLINISK EVIDENSBASERT HYPNOSE (NFKEH) NYTT HYPNOSEKURS I OSLO – VI GJENTAR SUKSESSEN

Norsk Forening for Klinisk Evidensbasert Hypnose (NFKEH) arrangerer innføringskurs i klinisk bruk av hypnose **26.–27. januar 2017** sentralt i Oslo. Du vil her få en grundig innføring i metoden og hvordan den kan bli brukt som en behandlingsramme for bl.a. stress, smerter, PTSD, angst, depresjon, odontofobi og mye mer. Kurset er godkjent for spesialitetene innenfor Norsk Legeforening, Norsk Tannlegeforening og Norsk psykologforening. Dr. Gunnar Rosén, spes. klin.psyk., Smertemedisinsk Institutt er kursansvarlig og koordinator, tlf. 900 39 441, e-post [Gunnar@Hypnoseforeningen.no](mailto:Gunnar@Hypnoseforeningen.no)

**Pris:** To dager inkl. servering kr 4 400.  
Medlemmer av NFKEH får kr 400 i rabatt.

**Kursavgift:** Betales til konto 0540-0839567, v/kasserer NFKH Martin Malmstrøm, Åses vei 193, 1336 Sandvika.

**Påmeldingsfrist:** 19. desember. Meld deg på med navn, adr. og yrke til [kurs@hypnoseforeningen.no](mailto:kurs@hypnoseforeningen.no)

Våre dyktige foredragsholdere og instruktører sørger for et spennende kurs, som skal gjøre det mulig å bruke hypnotiske metoder innenfor ditt fagområde:

- Psykolog Hans Dahlseng
- Tannlege Arne Jacobsen
- Dr. Med. Stephan Karl Otto Rossner
- Psykolog Hans Christian Ramskov
- Dr. Gunnar Rosén, faglig ansvarlig

Detaljert program kommer. Følg oss på:  
[www.hypnoseforeningen.no](http://www.hypnoseforeningen.no)

Følg Tidsskrift for  
Norsk psykologforening på

**facebook**

Bestillingsfrist for annonser  
til januar-utgaven er:  
**15. desember**

Kontakt [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no),  
tlf. 23 10 31 33.

## 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](http://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](mailto:firmapost@adprofil.no)

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



NYHET!  
Nå på norsk!



# Leiter-3

## – En nonverbal evnetest for barn og voksne

Leiter-3 (Leiter International Performance Scale, 3. utgave) er en nonverbal test for vurdering av kognitiv funksjon hos barn og voksne i alderen 3 til 75+ år.

Testen er helt nonverbal. Det gjør den spesielt egnet for vurdering av personer med vansker knyttet til språk og kommunikasjon, som f.eks. autisme, språkforstyrrelser eller de som ikke har norsk som førstespråk.

Leiter-3 består av 10 deltester, fordelt på et kognitiv testbatteri og et oppmerksomhets- og hukommelsesbatteri. Leiter-3 har beholdt det beste fra Leiter-R, men har også fått nytt innhold. Det nye testformatet og stimulusmaterialet gjør testen svært brukervennlig. Leiter-3 tar 75 minutter å administrere.

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

 **hogrefe**

- ledende på psykologiske tester i Europa



# Destruktiv ledelse og mulige mottiltak

## Målgruppe

Psykologer, leger eller akademikere med mastergrad i psykologi

## Målsetning:

- Å gi en innføring i fenomenet destruktiv lederatferd (DL): konsept, konsekvenser og årsaker
- Å identifisere mulige mottiltak mot DL på individ og organisasjonsnivå
- Å gi en faglig basis for å kunne designe intervensjoner mot DL, personlig, som leder eller som organisasjonspsykolog eller organisasjonskonsulent

## Innhold

- Destruktiv lederatferd; konsept, konsekvenser og årsaker
- Barrieremodell for uønskede hendelser
- Kasus, egne og fra kursledelse applisert på individ respektive organisasjonsnivå
- Individuelle intervensjoner: (a) bevisstgjørende, (b) simulering, kombinert med profesjonell tilbakemelding

## Om kursleder

Leo Kant er psykolog - praktiker og forsker. Han er EuroPsy sertifisert spesialist i arbeids- og organisasjonspsykologi, med over ti års fartstid innenfor beredskap- og kriseledelse. Forskningen som stipendiat ved Universitetet i Bergen er fokusert på destruktiv ledelse, dess årsaker og konsekvenser. Leo er en anerkjent taler og prisvinnende forskningsformidler.

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

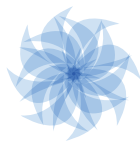
Sted og dato: Oslo, 8.-9. mars 2017

Påmeldingsfrist: 1. februar 2017

Medlemspris: kr 6 900

Kursnr.: 102-17

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



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



# LIV LEVD LEVD

# LEVD LIV



PRIS KR. 349,-  
Til salgs i nettbutikken på  
[www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no)

## NY BOK OM BRUKERMEDVIRKNING I FREMTIDENS RUS- OG PSYKISK HELSE-TJENESTER

Bryter Norge internasjonale menneskerettigheter med den omfattende bruken av tvang i psykisk helsevern? Hva taper vi om brukere og de pårørende ikke får være med å definere fremtidens psykiske helse-tjenester? Hva fant dikteren Olav H. Hauge i schizofreniens grense-erfaringer? Kan skjønnlitteraturen bedre fange inn de ordløse psykiske erfaringene enn det kliniske medisinspråket? Og hvorfor legges det så stor vekt på diagnoser i Helse-Norge når vi samtidig vet at kunnskaps-grunnlaget er utsatt for sterk kritikk? I denne boken bringer vi inn fag og erfaring. Alvor og håp. Vi viser grenselandet mellom det unormale og det normale og hvordan kunsten kan vise vei. Med denne boken får du 400 sider med refleksjon og ny kunnskap.

### FORFATTERE |

EVA MARIT SVENDSEN  
GUNNAR BROX HAUGEN  
TOR-JOHAN EKELAND  
METTE ELLINGSDALEN  
GUNN HELEN KRISTIANSEN  
ARNHILD LAUVENG

REIDUN NORVOLL  
PETTER ANDREAS RINGEN  
CHRISTINE ROSENQVIST  
ASTRID BORCHGREVINK LUND  
THORVALD STOLTENBERG  
JAN INGE SØRBØ

ANNE-GRETHE TERJESEN  
LARS AMUND VAAGE  
ASTRID KARINE WEBER  
KNUT OLAV ÅMÅS  
TROND FJETLAND AARRE  
ESKIL SKJELDAL



[erfaringskompetanse.no](http://erfaringskompetanse.no)

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse





## Psykologforeningens toårige veilederutdanning for psykologer

Norsk psykologforening starter et nytt veilederutdanningsprogram våren 2017. Målgruppen er psykologspesialister som gir psykoterapiveiledning og annen praksisorientert veiledning til psykologer. Hensikten med programmet er å styrke og fordype deltakernes veilederkompetanse, og derigjennom også bidra til en styrking av spesialistutdanningen. Psykologer som veileder andre yrkesgrupper kan også ha stort utbytte av veilederutdanningen. Bjarte Kyte og Hilde Pentzen leder programmet og er ansvarlige for det faglige innholdet.

Veilederutdanningen går over to år og består av fire todagers fellessamlinger og ni gruppesamlinger. Underviserne på fellessamlingene bidrar med relevant forskning, teori og systematisering av erfaringer fra veiledningsarbeid. Fellessamlingene inneholder også gruppearbeid og faglige diskusjoner.

Deltakerne vil bli delt inn i veiledningsgrupper med gruppeleder og 5-6 deltakere som møtes ni ganger à én dag mellom fellessamlingene. I veiledningsgruppene vil deltakerne få veiledning på sitt eget veiledningsarbeid. Arbeidet i veiledningsgruppene er en sentral del av utdanningen, og det er viktig at alle deltakerne er tilstede på og bidrar aktivt til hver gruppesamling. Alle deltakerne må gi veiledning til andre under hele utdanningsforløpet og være villige til å filme veiledningsarbeidet.

### Deltakeravgift

Prisen for deltakelse i programmet er kr 20 500 per semester (fire semestre). I prisen er det inkludert ni gruppesamlinger med gruppeleder, fire fellessamlinger og en overnatting per fellessamling og måltider. Prisen forutsetter minimum 15 deltakere.

### Påmelding til veilederutdanningen gjøres på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)

Det er først når vi har bekreftet din deltakelse at du er tatt opp i programmet. Spørsmål om praktiske forhold kan rettes til Norsk psykologforening ved kurskonsulent Liv K. Håkonsen, tlf. 23 10 31 61. Spørsmål om faglige forhold kan rettes til de faglig ansvarlige eller spesialrådgiver Eva Danielsen, tlf. 23 10 31 30.

### Datoer for fellessamlingene:

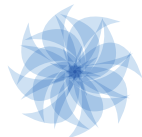
9.-10. mars 2017, 19.-20. oktober 2017, 15.-16. mars 2018 og 18.-19. oktober 2018.

Påmeldingsfrist 25. januar 2017

Avmeldingsfrist 2. februar 2017

Kursnr.: 901-17

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning



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

## Toårig sertifiseringsprogram i skjemat terapi

Toårig sertifiseringsprogram arrangert av Norsk Forum for skjemat terapi i samarbeid med Norsk Forening for Kognitiv terapi. Programmet følger International Society of Schema Therapy (ISST) sine standarder for internasjonal sertifisering i gruppeskjemat terapi.

### Kursmoduler:

1. modul: INNFØRING I SKJEMAT TERAPI (23.03.17–24.03.17) med Erlend Aschehoug.
2. modul: THREE DAY INTENSIVE TRAINING IN GROUP SCHEMA THERAPY (03.05.17–05.05.17) med Ida Shaw, Joan Farrell og Erlend Aschehoug.
3. modul: THREE DAY ADVANCED TRAINING IN GROUP SCHEMA THERAPY (20.09.17–22.09.17) med Ida Shaw, Joan Farrell og Erlend Aschehoug.
4. modul: MASTER CLASS: SCHEMA THERAPY FOR COPING MODES IN GROUP SCHEMA THERAPY (31.01.18–02.02.18) med Ida Shaw, Joan Farrell og Erlend Aschehoug.
5. modul: MASTER CLASS: ADVANCED SKILLS DEVELOPMENT IN GROUP SCHEMA THERAPY (19.09.18–20.09.18) med Ida Shaw, Joan Farrell og Erlend Aschehoug.
6. modul: SCHEMA THERAPY SELF-PRACTICE/SELF-REFLECTION (24.09.18–25.09.18) med Ida Shaw og Joan Farrell.

### Forelesere i sertifiseringsprogrammet

Joan Farrell, Ida Shaw og Erlend Aschehoug



Ida Shaw  
og Joan Farrell

Erlend  
Aschehoug

### Kostnader:

Programavgiften er kr 7 500 per semester, totalt kr 30 000 (dekker samtlige kursmoduler og dagen med egenterapi). Veiledningsutgifter kommer i tillegg samt eventuelle utgifter til reise og opphold. For deltagere som ikke ønsker å gå hele utdanningsprogrammet er det mulighet å melde seg på enkeltstående kurs. Kursavgift er kr 4 000 (to dagers kurs) eller kr 6 000 (tre dagers kurs).

### Frist for påmelding: 1. mars 2017.

For program og påmelding: [www.kognitiv.no](http://www.kognitiv.no) (gå til «assosierte medlemsforeninger» og deretter til «Norsk forum for skjemat terapi») eller [www.psykologbehandling.no](http://www.psykologbehandling.no)



International Society of  
Schema Therapy

Spørsmål kan rettes til kursleder Erlend Aschehoug, e-post [erlend@psykologbehandling.no](mailto:erlend@psykologbehandling.no), telefon **412 14 518**.

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

## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



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

eller send e-post til  
[medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)

# Psykolog - Døgnavdeling

**Ved Voss DPS NKS Bjørkeli er det ledig 2 faste stillinger for psykologspesialist/psykolog fra januar/april 2017**

Døgnavdelingen består av 2 sengeposter med totalt 16 senger. Behandlere ved døgnavdeling er psykiater, lege i spesialisering (LIS), og to psykologer. Nåværende psykologer skal videre til poliklinikk i forbindelse med spesialisering. Vi utlyser derfor to stillinger, med oppstart hhv. januar og april 2017, eller etter nærmere avtale.

Vi tilbyr spennende og utfordrende arbeidsoppgaver i tverrfaglig samarbeid med blant annet sykepleiere, vernepleiere, sosionom, ergoterapeut, fysioterapeut, m.fl. Vi har fokus på fysisk aktivitet og mestring i tilnærmingen til våre pasienter. For psykologer tilbyr vi veiledning og spesialisering. For psykologspesialister tilbyr vi bl.a. opparbeiding av spesialistpermisjon.

Arbeidsoppgavene er utredning, diagnostiske vurderinger, overordnet ansvar for pasientbehandling, deltagelse i faglig utvikling og undervisning internt og eksternt.

Vi søker en initiativrik psykologspesialist/psykolog med gode samarbeidsevner og fleksibelt anlagt. Du må ha norsk autorisasjon og må beherske norsk skriftlig og muntlig.

For ansettelsen gjelder vilkår i samsvar med lover, regler og tariffavtaler i Virke. Pensjon i KLP. Lønn etter avtale.

Søknad kan sendes per e-post til [post@bjorkeli.no](mailto:post@bjorkeli.no) eller per post til:

Voss DPS NKS Bjørkeli, Bjørkelivegen 27, 5705 Voss.

CV må inneholde bekreftelse på norsk autorisasjon.

**Søknadsfrist: 30.12.16**

Henvendelser til: direktør Frédéric Larsen, tlf. 56 52 39 40

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



**Voss DPS NKS Bjørkeli**

## Voss DPS NKS Bjørkeli

### - 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.

### Arendal

## Psykolog/psykologspesialist - ABUP, Ungdomsklinikken

Ungdomsklinikken i Arendal har følgende stilling ledig:

100 % st. fast for psykologspesialist/psykolog.

Ungdomsklinikken består av døgnpost og akuttambulans team. Stillingen er p.t. knyttet til ambulans akutteam. Den primære målgruppen for teamet er ungdom mellom 13 og 18 år i Aust-Agder. I dag består teamet av en overlege, to psykologer og seks miljøterapeuter med videreutdanning.

Opplysninger: Liv Mari Høgseth, enhetsleder, tlf. 952 30 839.

**Søknadsfrist: 15.12.2016**

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

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

frantz.no



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

### Allmennpoliklinikk

Tiller distriktpsykiatriske senter

## Psykolog/ psykologspesialist

100 % fast stilling.

Tiller distriktpsykiatriske senter (DPS) er en avdeling i Psykisk helsevern ved St. Olavs Hospital HF, universitetssykehuset i Trondheim.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til Anne Elisabeth Skjervold, seksjonsleder/psykologspesialist, 72 82 39 00 eller Anne-Lise Løvåas, avd.sjef, 72 82 39 00.

**Søknadsfrist: 11. desember 2016**

**Søknad sendes elektronisk via [www.stolav.no](http://www.stolav.no), velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.**

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!

frantz.no



## Universitetslektor i klinisk psykologi

Ved Psykologisk institutt lyses det ut et 3-årig 50 % vikariat som Universitetslektor (SKO1009). Stillingen innebærer ferdighetsopplæring og undervisning på praktikum ved Klinikk for integrativ psykoterapi (IPT), samt undervisning på andre kliniske emner. Undervisningen skal være basert på en integrasjon av forskning, teori og praksis. Den praktiske opplæringen foregår ved bruk av direkte videooverføring av student-terapier og bruk av reflekterende team. Den som tilsettes må kunne delta i administrativt arbeid ved IPT-klinikken, og inngå i sensurarbeid. <http://www.sv.uio.no/>

### Søknaden skal inneholde:

- Søknadsbrev
- CV
- Vitnemål og attester
- Publikasjonsliste
- Søknaden må inneholde fullstendige opplysninger om utdanning, arbeidserfaring, kompetanse, administrativ erfaring og eventuell annen kvalifiserende virksomhet

**Søknadsfrist: 16.12.2016**

**Referansenummer: 2016/11511**



UiO : Universitetet i Oslo

### Nødvendige kvalifikasjoner for stillingen:

- Spesialist i klinisk voksenpsykologi
- Veiledningserfaring
- Erfaring med undervisning på universitets-/spesialistnivå
- Har et integrativt og kontekstuekt perspektiv på psykoterapi
- Dokumentert relevant praktisk-pedagogisk kompetanse på grunnlag av utdanning eller undervisning og veiledning
- Personlig egnethet

### Det er ønskelig at søkeren også har:

- Administrativ erfaring
- Erfaring fra offentlig psykisk helsevern
- Erfaring med skriftlig og muntlig formidling

Det vises for øvrig til «Retningslinjer for ansettelse av universitetslektor ved UiO». Det forutsettes at søkere behersker norsk, skriftlig og muntlig. Søknaden vil bli vurdert på bakgrunn av kvalifikasjonskravene over og generelle vitenskapelige kriterier. Det vil bli benyttet intervju i tilsetningsprosessen, og aktuelle søkere kan bli bedt om å holde prøveforelesning.

### Vi tilbyr

- Lønn fastsettes etter individuell vurdering innenfor et spenn mellom kr 563 500 og kr 648 100 i 100 % stilling
- Faglig stimulerende arbeidsmiljø
- God pensjonsordning i Statens pensjonskasse
- Stilling i en IA-virksomhet
- Gode velferdsordninger

### Kontaktpersoner:

Fagavdelingsleder førsteamanuensis Ole André Solbakken, tlf. 22 84 51 80 og kontorsjef Birgitte Bøgh-Olsen, tlf. 22 84 51 04.



Nord-Aurdal kommune  
Regionsenteret i Valdres

## Kommunepsykolog

**100 % fast stilling  
ved Familiens hus**

Nærmere opplysninger om stillingen gis av virksomhetsleder Pål Andreassen, tlf. 468 43 520.

Elektronisk søknad sendes via:  
[www.nord-aurdal.kommune.no](http://www.nord-aurdal.kommune.no) - ledig stilling.  
Her finner du også fullstendig kunngjøringstekst.

**Søknadsfrist: 31.12.2016**

STIFTELSEN  
**VILDE**

Foreldre-barn senter

Falsensgate 1A, 3187 Horten

## Psykologspesialist/psykolog

Stiftelsen Vilde i Horten søker etter psykolog i 100 % stilling.

Stiftelsen Vilde er et døgnbemannet foreldre-barn senter. Målgruppen er sped- og småbarnsfamilier i risiko.

Arbeidsoppgavene er i hovedsak utredning/kartlegging av barns omsorgsbehov og foreldres omsorgsevne. Vi søker psykolog/psykologspesialist med kompetanse innen utredningsarbeid.

Pensjonsordning i KLP, lønn etter avtale.

For mer informasjon, kontakt styreleder Runhild Engeseth eller psykolog Silje Thorkildsen på tlf. 33 04 26 00.

**Søknad sendes på e-post til  
post@stiftelsenilde.no innen 15.12.16**



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. I ny driftsavtale som starter 01.04.17 har LBS totalt 51 plasser og 5900 polikliniske konsultasjoner fordelt på avrusning, skjerming, klinikk, familiebehandling og poliklinikk. Virksomheten har et bredt sammensatt og høyt kompetent fagmiljø med ca. 150 ansatte.

**Klinikkavdelingen søker:**

## Psykologspesialist og psykolog

- Psykologspesialist, fast 1/1 stilling (st.nr 26/16)
- Psykolog, fast 1/1 stilling (st.nr 27/16)

For nærmere informasjon kontakt avdelingsleder Åse Prestvik, tlf. 924 32 852.

Fullstendig utlysning og nærmere informasjon om Blå Kors Lade Behandlingscenter finner du på [jobbnorge.no](http://jobbnorge.no) samt [www.ladebs.no](http://www.ladebs.no). Vi ønsker elektronisk søknad via [www.jobbnorge.no](http://www.jobbnorge.no).

**Søknadsfrist: 08.01.17**

Vi ønsker ikke å bli kontaktet av annonseselgere.

jobbnorge.no

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

VPP Hammerfest

## Psykologspesialist

- Voksenpsykiatrisk Poliklinikk

Vi har ledig fast 100% stilling med tiltredelse snarest.

Voksenpsykiatrisk Poliklinikk i Hammerfest dekker kommunene Hammerfest, Kvalsund, Nordkapp og Måsøy. Poliklinikken har et poliklinisk tilbud, men ambulerer til opptakskommunene.

Kontaktinfo: Bryndis Rogde, enhetsleder, tlf. 917 13 341

**Søknadsfrist: 31.12.2016**

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside [www.finnmarkssykehuset.no](http://www.finnmarkssykehuset.no)

Attester og vitnemål legges ved søknaden. Originalpapirer etterspørres ved innkalling til intervju. Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.

frantz.no



**FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÁRKKUBUOHCEVIESSU



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

**Akutteam - Nasjonalt kompetansesenter, Lakselv**

## Psykologspesialist/ psykolog

Vi har ledig 100% fast stilling som psykologspesialist/ psykolog ved SANKS, akutteam i Lakselv med tiltredelse snarest.

Det er tre enheter lokalisert i Lakselv, VPP- voksenpsykiatrisk poliklinikk, akutteam og døgnet. Akutteam er under omstilling til Ambulant psykiatrisk akutteam.

Kontakt: Gunn Kristin Heatta, avdelingsleder, 411 20 546 eller Gordana Ignjatovic Jovanovic, enhetsleder / medisinsk faglig rådgiver, 78 46 45 50

**Søknadsfrist: 31. desember 2016**

Fullstendig utlysningstekst finnes på foretakets hjemmeside [www.finnmarkssykehuset.no](http://www.finnmarkssykehuset.no)

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

Finnmarkssykehuset ønsker ikke kontakt med selgere.

frantz.no

## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

| UTGAVE | UTGIVELSE  | BESTILLINGSFRIST |
|--------|------------|------------------|
| 01/17  | 2. januar  | 15. desember     |
| 02/17  | 1. februar | 17. januar       |
| 03/17  | 1. mars    | 15. februar      |

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



**FINNMARKSSYKEHUSET**  
FINNMÁRKKUBUOHCEVIESSU



## Helse Sør-Øst RHF søker:



### 100 % avtalehjemmel i psykologi, lokalisert til Askim i Østfold

Stillingen er ledig for snarlig tiltredelse. Avtalespesialisten skal foreta undersøkelser, diagnostikk og behandling i samsvar med regionale og nasjonale mål og prioriteringer, og lovverk. Søker må ha evne og vilje til tverrfaglig samarbeid, og samarbeid med øvrig primær og spesialisthelsetjeneste.

**Nærmere opplysninger:** rådgiver Kari Iren Austad Borge eller rådgiver Tina Cecilie Sanders, Kapasitet og tjenesteutvikling, telefon 02411

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknadsskjema: [helse-sorost.no/ledigstilling](http://helse-sorost.no/ledigstilling)

**Søknadsfrist: 22. desember 2016**



frantz.no

Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

## Spennende lederstilling på Vinderen

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen søker enhetsleder til Allmennpsykiatrisk poliklinikk. Tiltredelse etter nærmere avtale.

**Kontaktperson:** Avdelingssjef Cecilie Skule, tlf. 22 02 98 00/920 32 854

Les mer om stillingen på [www.diakonhjemmetsykehus.no](http://www.diakonhjemmetsykehus.no) hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

**Søknadsfrist: 2.1.2017**



frantz.no

Blå Kors Divisjon Behandling er landest største 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 døgninstitusjonene Blå Kors Behandlingscenter Eina og Blå Kors Behandlingscenter Slemdal samt Blå Kors Poliklinikk Oslo. Institusjonene har et rbedt 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

Blå Kors Behandlingscenter, Eina tilbyr døgnbehandling for rus- og avhengighetsrelaterte problemer, langtidsbehandling inntil 9 måneder med tilsammen 30 pasientplasser. Vi tilbyr tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) med vekt på individualterapi, gruppeterapi, miljøterapi og fysisk aktivitet.

### Kvalifikasjoner:

- Utdanning som psykolog, gjerne med klinisk erfaring fra psykiatri og rusbehandling.
- Må beherske norsk språk både skriftlig og muntlig meget godt.
- Personlig egnethet som:
  - Evne til å tenke helhetlig
  - Gode samarbeidsevner
  - Omstillingsdyktig

### Arbeidsoppgaver:

- 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

### Vi kan tilby:

- Konkurransedyktige betingelser
- Gode pensjonsordninger
- Faglig veiledning av spesialister både individuelt og i gruppe
- Godt arbeidsmiljø

### For nærmere opplysninger kan du kontakte:

Psykologspesialist Endre Berger, tlf. 907 67 606, [Endre.Berger@blakors.no](mailto:Endre.Berger@blakors.no)  
Klinikkisjef Bent Olav Engesveen, tlf. 936 00 603, [Bent.Engesveen@blakors.no](mailto:Bent.Engesveen@blakors.no)

**Søknadsfrist: 20.12.2016**



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

Søknader som sendes utenfor søknadsskjema, vil ikke bli vurdert.

## 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

---

#### SPELIALITETSRÅDET

**Birgit Aanderaa**, leder,  
e-post biraan@ous-hf.no,  
tlf. 917 12 983



**KVALITETSUTVALGET**

**Birgit Aanderaa**, leder,  
e-post biraan@ous-hf.no,  
tlf. 917 12 983

**FAGUTVALGENE****Felleselementene**

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

**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 SPESIALISTSAKER**

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

**FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET**

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

**STUDENTPOLITISK UTVALG**

**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](http://www.psykologforeningen.no)

## TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

### FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

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

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

**Øyvind Kvello**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Kim Larsen**, Sykehuset Østfold  
**Arild Lian**, Bredtvet kompetansesenter  
**Gro Therese Lie**, Universitetet i Bergen  
**Astri J. Lundervold**, Universitetet i Bergen  
**June Ullevoldsæter Lystad**, Oslo Universitetssykehus  
**Svein Magnussen**, Universitetet i Oslo  
**Øyvind Lund Martinsen**, Handelshøyskolen BI  
**Willy-Tore Mørch**, Universitetet i Tromsø  
**Simon-Peter Neumer**, RBUP Øst og Sør, Oslo  
**Geir Høstmark Nielsen**, Universitetet i Bergen  
**Hans Nordahl**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Inger Hilde Nordhus**, Universitetet i Bergen  
**Terje 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](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no). Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav ([psykologtidsskriftet.no](http://psykologtidsskriftet.no), se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppgave.

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

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

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

