

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSY KOL OGI

Vol.54 nr.3 2017

**- Jeg var ikke
våken nok**

*Intervju med
Randi Rosenqvist*

**AVSLUTNING
I TERAPI**

Vitenskapelig artikkel

**Delt bosted
- delt forskning**

NÅ-intervjuet, Fagessay

ISSN 0332-6470

INTERPRESS 2008-03



9 770332 647006
RETURUKE 15 150 NOK

PSY KOL OGI

Vol. 54 **nr. 3** 2017

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

Fagredaktører Kjersti Solhaug Gulliksen, kjersti@psykologtidsskriftet.no,
tlf. 911 78 096 og Ida K. Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429

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

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

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

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

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

Markedskonsulent Winnie Engevold

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Marianne Hansen, Nasjonalt
kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Catharina E. A. Wang, Universitetet i Tromsø

Omslagsillustrasjon 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.

Sikker nok til å handle, usikker nok til å lytte

FAGLIG TRYGGHET ER nødvendig for handling. Overslaget er faglig skråsikkerhet. I en samtid og i et samfunn som i stigende grad forventer at psykologien har svar, og hvor et «tja» oppleves lite tilfredsstillende, kan kanskje faget bli overmodig? I hvert fall er det flere psykologer som etterlyser en mer ydmyk holdning i denne utgaven.

Psykologer som vet sikkert, bryter med fagets tradisjon, ikke minst den kliniske. Men der 90-tallets språkfilosofiske vending problematiserte kunnskap og sannhet, har de senere års vektlegging av evidens betydd at fakta, ikke fortolkning, har fått forrang. Innsalget av psykologiens kunnskapsgrunnlag har på mange vis vært vellykket: Folk har tiltro til den hjelpen psykologer kan tilby, og politikere bevilger midler til å bygge ut et psykologisk behandlingstilbud. Men vi må være ydmyke for at faget ikke gir svar på alle livets forhold, sier Terje Galting i denne utgaven (se side 264). Han forteller om en historisk utvikling i den sakkyndige psykologrollen, der man har beveget seg fra å være så tvetydige at man ikke ble lyttet til, til å bli for bastante. En slik sikkerhet kan slå tilbake på profesjonen, advarer han.

Andre igjen spør om fagets kunnskapsgrunnlag er så sikkert som psykologers uttalelser og samfunnets tillit til faget skulle tilsi. Pim Cuijpers er blant dem som viser at psykoterapi for depresjon nok ikke er så effektivt som vi ynder

å fremstille det. Og legger vi til begreper som publikasjonsbias og replikasjonskrise, er det all grunn til å være dempet i sine uttalelser.

Dette etterlyser også Agnes Andenæs og kolleger i sitt fagessay (se side 276). De advarer mot at man skråsikkert tar forskning til inntekt for politiske beslutninger uten å ha gått forskningsgrunnlaget tilstrekkelig etter i sømene. Det blir ikke noe bedre når den samme brennsikkerheten trekkes inn i psykologers yrkesutøvelse. Da plasserer faget seg i en overkant selvsikker rolle.

Det er noe menneskelig i vårt ubehag ved usikkerhet og vår lengsel etter orden, skriver Tommy Sotkajævi i sin blogg på Psykologforeningens hjemmesider. Men alternative forklaringer og usikkerhet er en gave, mener han, for lugging i maskineriet hjelper oss til å tenke bedre. I en postfaktuell verden er det paradoksalt nok ikke bedre fakta (for ikke snakke om BEDRE FAKTA) som trengs, men snarere faglige tilnærminger som utforsker og utfordrer kunnskapsgrunnlaget vi har – også blant psykologer. Som Espen Odden skriver i sitt debattinnlegg i denne utgaven (se side 313), betyr ikke usikkerhet handlingslammelse, men at man åpner for alternativer og korreksjoner. Usikkerhet er kanskje vanskeligere å selge inn til beslutningskåte samfunnsaktører. Men det er et langt mer sannferdig standpunkt. Det trengs i vår tid. ❖



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør
bjornar@
psykologtidsskriftet.no



I en postfaktuell verden er det paradoksalt nok ikke bedre fakta som trengs

266



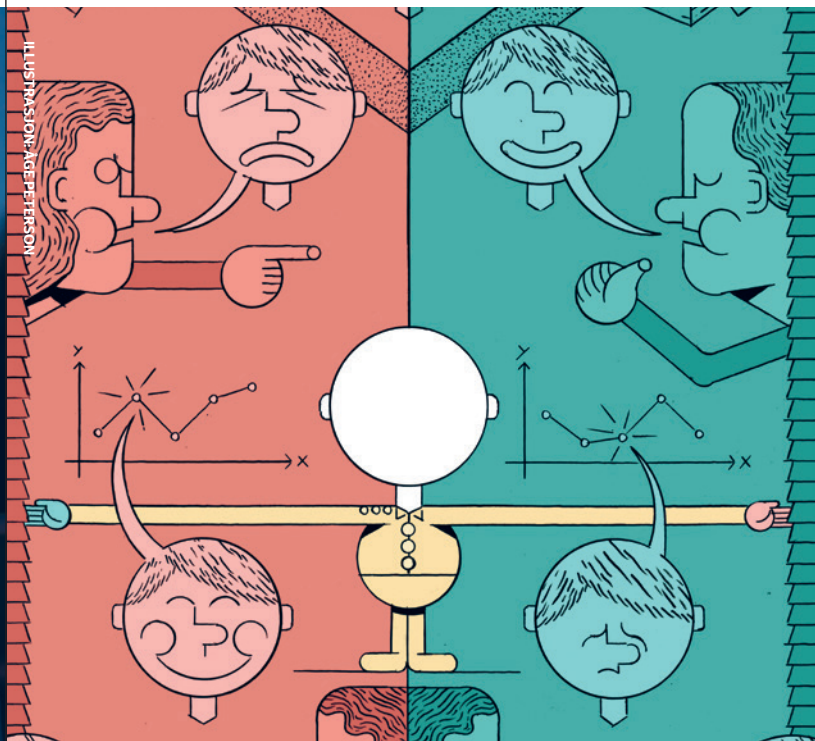
FOTO: FARTEN RUDJORD

SELVRANSAKENDE

- Det er ikke noen felles aksept for hvordan mandater om undersøkelser av fornærmede skal formuleres, sier Randi Rosenqvist i et selvransakende intervju med Tidsskriftet. Dette kan ha fått konsekvenser i Prestesaken, som Tidsskriftet trykket en lengre dokumentar om i forrige nummer.

Intervju

276



ILLUSTRASJON: AGGE PETERSEN

BEKYMRET

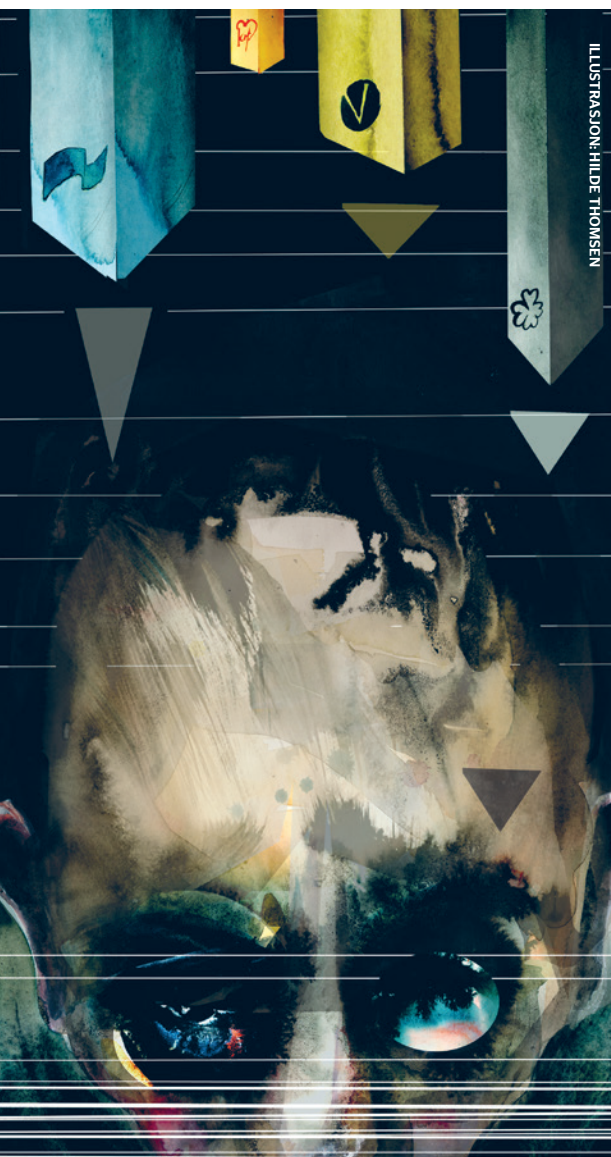
Forskningen gir ikke grunnlag for å hevde verken at delt bosted er den beste løsningen, eller at løsningen er skadelig. Da er det bekymringsfullt når man skråsikkert anvender forskningen til politiske beslutninger og i psykologers yrkesutøvelse, skriver Agnes Åndenæs, Peder Kjøs og Odd Arne Tjersland.

Faglig innspill

284

Resultatet av behandlingene fremsto ikke som objektive registreringer av bedring, men som personlige utviklingsfortellinger som vokste fram i behandlingens siste fase

Vitenskapelig artikkel ved Marit Råbu og Hanne Haavind



ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN

POLITISK KREVENDE

Psykisk helsefeltet er for komplekst til at det kan sette ordentlig farge på valgkampen, mener Aslak Bonde i denne månedens hovedinnlegg.

Meninger

Innhold

- 261 **Sikker nok til å handle, usikker nok til å lytte**
Leder | Bjørnar Olsen
- 264 **- For skråsikre**
NÅ: Terje Galtung | Per Olav Solberg
- 266 **- Jeg var ikke våken nok**
Intervju med Randi Rosenqvist | Øystein Helmikstøl
- 276 **Delt bosted – hva sier forskningen?**
Fagessay | Andenæs, Kjøs & Tjersland
- 284 **«Hvor langt kom vi?» Felles utforskning av bedring i siste fase av psykoterapi**
Vitenskapelig artikkel | Marit Råbu & Hanne Haavind
- 294 **Et vitenskapelig skjønn**
Faglig innspill | Håkon Kongsrud Skard & Robert Ruts kij
- 302 **Asperger syndrom i rettsvesenet**
Faglig innspill | Helverschou, Steindal, Søndena a & Rasmussen
- 305 **MENINGER**
Hovedinnlegg: For vanskelig til å bli politisk (s. 306)
Debatt: Prestesaken (s. 310 og s. 311),
Psykologforeningen (s. 312), Tvangsdebatten (s. 313)
Perspektiv: Medbestemmelse | Gerd Kristiansen (s. 316)
- 318 **INNTRYKK**
Reportasje: Forvandlingen | Nina Strand (s. 319)
Anmeldelser: Nyansert om sterke konflikter (s. 326),
Livet med stemmer (s. 328), Godt om psykopati (s. 330)
- 332 **Kurskalenderen**
- 333 **Annonser**
- 341 **Stillingsannonser**



LAR SEG PRESSE Terje Galtung mener psykologer i for stor grad lar seg presse av dommere til å ta et standpunkt istedenfor å la det være opp til retten selv.

- FOR SKRÅSIKRE

Psykologer må passe seg for ikke å bli for bastante i barnefordelingssaker i retten. Det kan virke tilbake på hele psykologstanden, mener Terje Galtung.

TEKST OG FOTO Per Olav Solberg

– Debatten knyttet til hvilken omsorgsform barn skal leve under etter skilsmisse eller samlivsbrudd, vekker naturlig nok sterke følelser blant de involverte. Hva slags rolle bør psykologer ta?

– Ja, frontene er svært polariserte med liten åpenhet for andres oppfatninger. Engasjementet er stort og lydhørheten liten. Samtidig er kunnskapsgrunnlaget usikkert og flertydig. Derfor bør i alle fall psykologer som opererer i feltet, være mer åpne og ydmyke overfor alternativene.

– Hvorfor skorter det på ydmykhet etter din mening?

– Nå skal jeg passe meg for å bli bastant, særlig når jeg selv er en aktør i debatten. Men det er nok flere grunner. Ett moment tror jeg er vår generelle motstand mot usikkerhet om temaer av stor betydning for oss. Både vi selv og samfunnet rundt oss tillegger oss en mer-kompetanse om bar-

nefordeling, og da misliker vi å framstå med et «tja». Dessuten har også psykologer sin ballast av private erfaringer som påvirker oss. Det er ikke alltid lett å skille mellom faglige og personlige holdninger.

– Er det ikke en god ting at sakkyndige psykologer framstår som tydelige i rettssaker om for eksempel barnefordeling?

– Tydelig skal en være. Men rollen som sakkyndig for domstolene er annerledes enn i helsevesenet, der psykologer er med på å ta beslutning i ulike saker. Ved domstolene er det dommeren som tar selve avgjørelsen, den sakkyndige skal legge fram de momentene som er av betydning for saken. Noen ganger kan da beslutningen synes åpenbar, men i mange barnefordelingsaker er den ikke det. Da er det viktig at rollefordelingen mellom sakkyndig og dommer er klarest mulig. Vi bør unngå ansvarsfraskrivelse i form av psykologen som sier: «Jeg ga bare et råd», og dommeren som sier: «Jeg synes jeg måtte følge psykologens råd.»

– Vil ikke en dommer ofte etterspørre tydelige svar: Hvem bør ha omsorgen for dette barnet – mor eller far?

– Jo, og noen gjør det. Med rette kan de påpeke at de har mindre faglig innsikt om familieforhold enn den sakkyndige. I årenes løp har jeg nok selv også uttrykt meg mer skråsikkert enn jeg egentlig burde, det er ikke alltid lett å stå imot en oppfordring fra dommeren. Men så lenge systemet er slik det er, må vi alle være oss bevisst våre ulike funksjoner.

Ser vi litt historisk på psykologrollen, har vi beveget oss fra å være så tvetydige at vi ikke ble lyttet til, til å bli *for* bastante. Jeg er redd for at dette kan slå tilbake på oss selv, ved at det dukker opp flere saker der vi framstår som våre dagers stjernetydere både om fortid og framtid. Vi må fortsatt være ydmyke overfor at faget vårt ikke gir de ultimate svar på alle livets forhold.

– Når du selv er i retten i en krevende barnefordelingssak, hva bygger du din sakkyndige vurdering på?

– Hver enkelt sak er unik, og godt kjennskap til den enkelte sak er selvsagt viktig. I tillegg er jeg opptatt av relevant forskning og teori, hvis den finnes. Og så må jeg tydeliggjøre de usikkerhetsmomentene jeg ser. Etter å ha jobbet lenge

Hvorfor NÅ?

- I et fagessay (side 276) i denne utgaven av Psykologtidsskriftet tar artikkelforfatterne et oppgjør med delt omsorgsforskningen og hvordan den fortolkes og brukes.
- Sakkyndig psykolog Terje Galtung har jobbet som sakkyndig i barnefordelingssaker og i barnevernssaker gjennom et langt yrkesliv. Han mener sakkyndige psykologer generelt er for bastante i barnefordelingssaker og uttaler seg på et for tynt forskningsgrunnlag.

i dette feltet kan jeg også bygge på egen erfaring. Problemet er imidlertid at en sakkyndig ikke får systematisk tilbakemelding om hvordan det gikk i den enkelte sak. Fra det øyeblikket partene slippes ut av rettssalen, vet man ingenting. Erfaringsbyggingen blir preget av videreføring av alt det mer eller mindre riktige jeg har ment i andre saker.

– Det betyr at man kan ha gjort samme feil igjen og igjen, uten å få noen korreksjon fra empirien, som altså ikke finnes?

– Ja, det betyr det. Det er en alvorlig svakhet. Det er behov for forskning som viser hvordan det har gått med ulike familier etter barnefordelingssaker.

– I barnefordelingssaker der du har vært sakkyndig, og der små barn har vært involvert, i hvilken retning har rådene dine som regel gått?

– Det kan jeg ikke svare entydig på. Men for små barn legger jeg nok mer vekt på viktigheten av at barnet har en daglig fast base, enn av å la gode foreldre dele på omsorgen fordi de er like gode. Men ett tema det ikke snakkes om – elefanten i rommet – er den biologiske dimensjonen: Er kvinner og menn generelt ulike i hvordan de gir omsorg? Jeg mener å ha erfart det. For eksempel når det gjelder omsorgen for små barn, mener jeg å se at mødre oftere enn fedre er mer utholdende i å etablere kontakt, tone seg inn og oppnå en god dialog. Jeg tror den biologiske dimensjonen og den evolusjonistiske faktoren spiller en rolle. I likestillingsdebatten er vi ikke særlig gode til å skille mellom likestilling og likhet.

– Nytt forslag til barnelov er sendt fra Barne- og familiedepartementet til Stortinget. Her foreslås det at delt bosted skal framheves ved å bli nevnt aller først i oversikten over mulige samværsordninger. Hva synes du om det?

– Jeg synes dagens barnelov og ordlyd, som gir foreldre full avtalefrihet, fungerer bra. Loven bør ikke angi noe annet enn «vanlig omsorg». Jeg er skeptisk til en lov som betoner delt bosted ved å fremheve dette først. Det kan tolkes – og vil i rettssystemet fort bli tolket – som at delt bosted er å foretrekke. Loven bør overhodet ikke ta stilling til denne typen spørsmål, det er ikke alle dilemmaer staten skal ta standpunkt til for oss. ❌



VURDERTE SAKKYNDIGRAPPORT

Daværende leder Randi Rosenqvist i Den rettsmedisinske kommisjon er lei seg for vurderingene hun gjorde i 2007 av en sakkyndigrapport i Prestesaken.

INTERVJU

- Jeg var ikke våken nok

Randi Rosenqvist angret på vurderingen hun gjorde av en sakkyndigrapport i Prestesaken. Kan vi stole på sakkyndige psykologers vurderinger i rettssaker?

TEKST Øystein Helmikstøl | **FOTO** Fartein Rudjord



Randi Rosenqvist var leder i Den rettsmedisinske kommisjon da sakkyndigrapporten av rettsoppnevnt sakkyndig psykolog ble vurdert. Psykologtidsskriftet har intervjuet Randi Rosenqvist om Prestesaken. I tillegg til å omhandle denne konkrete saken ble intervjuet også en undersøkelse av hele sakkyndigfeltet i Norge, både historisk og slik det framstår i dag.

– *Når begynte psykologer å bli viktige i retten?*

– I 1990. Inntil da hadde rettspsykiatrisk sakkyndige vært psykiatere.

– Den første store saken hvor de rettsoppnevnte sakkyndige ble satt på sidelinjen, var i 1990. Da kom det inn psykologisk testing som viste at psykiaternes kliniske bedømmelse var temmelig feil. Da var jeg medlem i Den rettsmedisinske kommisjon (DRK), og jeg møtte i retten i forbindelse med en retts sak og påpekte at de rettspsykiatrisk sakkyndige ikke hadde gjort en tilstrekkelig utredning. Psykolog og senere professor Kirsten Rasmussen gjorde testingen i forbindelse med denne saken, og fant at observanden var utilregnelig. De rettsoppnevnte sakkyndige hadde ikke skjønt at observanden hadde et papegøyespråk, som betyr at vedkommende kunne snakke mye, men uten innholdsforståelse.

– På det tidspunktet var en del av det rettspsykiatriske miljøet svært skeptisk til psykologer. Etter hvert har det blitt flere psykologer, spesielt nevropsykologer, men også klinisk voksenpsykologer, som har kommet inn i det rettspsykiatriske fagmiljøet. Det er jeg glad for. Etter å ha jobbet for det de siste 25 årene er nå psykologspesialister og psykiatere likestilte som rettsoppnevnt sakkyndige.

– *Det snakker du varmt om?*

– Ja. Jeg ser at hvis en psykiater og en psykolog har jobbet klinisk i samme type avdeling i femten år, kan de stort sett det samme. Likevel kan psykologer noe og vi psykiatere noe annet litt bedre enn den andre faggruppen. Derfor mener jeg at psykologene er en god tilvekst til det rettspsykiatriske miljøet.

– *Hva slags mandat jobber de sakkyndige innenfor?*

– Fram til 2002 fikk ikke de sakkyndige mandater. De fikk bare beskjed om å gjøre en rettspsykiatrisk observasjon. Så forven-

tet man at de sakkyndige visste hva de skulle gjøre. I 2002 kom nye lovbestemmelser, det ble laget standardmandater som Riksadvokaten utarbeidet i samarbeid med meg. For utredninger i erstatningssaker er det ikke laget standardmandater. Det var en offentlig utredning rundt 2000 som lurte på om man skulle lage mer struktur rundt erstatningssaker. Det er det ikke blitt noe av.

– *Burde det vært det?*

– Jeg har sett disse utredningene i erstatningssakene. De er heller originale, noen av dem. De er upresise juridisk, og den sakkyndige konkluderer delvis på sviktende juridisk grunnlag. Det hender også at sakkyndige i erstatningssaker er naive, og bare forholder seg til observandens fremstilling. Det er ikke noen felles aksept for hvordan mandater om undersøkelser av fornærmede skal formuleres.

– *Hvorfor er det ikke det?*

– Jeg har skrevet en artikkel om det i Lov og Rett¹. Den rettsmedisinske kommisjon har skrevet noe om det i sine nyhetsbrev, men den juridiske stand har ikke tatt dette opp. Jeg har undervist på bistandsadvokatseminarer om dette. Det er et uferdig juridisk område, dessverre. Det er domstolens ansvar å gi et korrekt mandat. Men bevisstheten om hva som egentlig skal stå i et mandat, den er etter min mening svært lav i domstolene.

– *Hvis sakkyndige psykologer synser utover mandatet de har fått, hvilke konsekvenser får det?*

– Da jeg var i DRK, påpekte vi noen ganger at de sakkyndige hadde gått utover sitt mandat, eller at de ikke hadde utredet tilstrekkelig nøye. Hvis de gjør grove overtramp, vil jo kommisjonen fange det opp. Det som har bekymret meg, er at det er stor forskjell på å skrive en rapport og det å stå i retten og svare på spørsmål. I rapporten kan du veie ordene dine, men i retten kan sakkyndige, meg selv inkludert, plutselig komme med formuleringer som kanskje ikke var helt edruelige. Fordi du rett og slett synes det er litt gøy.

– *Hvis en sakkyndig psykolog leverer rapport der mandatet er uheldig formulert. Hva så?*

– Da jeg var leder for DRK, skrev vi av og til helt klart og tydelig at mandatet er feil. Det kan

.....

1 LOV OG RETT, vol. 49, 4, 2010, s. 210-222

- Bevisstheten om hva som egentlig skal stå i et mandat, den er etter min mening svært lav i domstolene

Randi Rosenqvist

Dette er saken

- En prest i Den norske kirke ble i 2008 dømt i Eidsivating lagmannsrett til åtte års fengsel for vold og seksuelle overgrep mot stedatteren.
- Presten måtte i tillegg betale 575 000 kroner i erstatning. Kvinnen fikk senere voldsoffererstatning på 640 000 kroner.
- En begjæring om gjenåpning av saken ble avslått i 2013.
- Psykologtidsskriftet har fått tilgang til politidokumenter, journalnotater og annen dokumentasjon i saken.
- Den rettsmedisinske kommisjon vurderte en sakkyndigrapport i Prestesaken. Kommisjonen skrev at den ikke hadde noen bemerkninger, og karakteriserte rapporten som «grundig». I februarutgaven fikk rapporten stryk av psykologiprofessor Svein Magnussen og psykiater Asbjørn Restan.

hende vi burde ha gjort det i enda flere saker. Mandatet har sjelden vært feil når det har handlet om observasjon av tiltalte i en straffesak. Men når det har vært observasjon av fornærmede, er mandatene av og til vanskelige å forholde seg til. Det har oppstått misforståelser fordi mandatene ikke var klare nok.

– *Hvorfor denne forskjellen mellom mandater om siktede/tiltalte og mandater om fornærmede?*

– Man har hatt standardmandater om siktede siden 2002. Dessuten er observasjoner av siktede en tradisjon vi har hatt i 140–150 år. Observasjoner av fornærmede i straffesaker, og i erstatningsrett i det hele tatt, har eksplodert de siste 15–20 årene. Det juridiske og det psykologisk-psykiatriske fagfeltet har ikke erfaringer med dette på samme måte som med observasjoner av siktede i straffesaker.

– *Er det et problem?*

– Det er problematisk at det har tatt så lang tid å få regler om dette. Jeg har i mange år pekt på at Justisdepartementet burde lage forskrifter om sakkyndighet i straffesaker. Mens jeg jobbet i kommisjonen, snakket jeg om det hele tiden. For ti og femten år siden sa departementet at dette skulle de gjøre. De har fremdeles ikke gjort det.

– *Det er altså et uoversiktlig felt, dette. Hva om psykologen i tillegg er usikker på rollen sin?*

– Det er helt vanvittig hvis en psykolog ikke vet når vedkommende er behandler, og når vedkommende er sakkyndig.

– *I sakkyndigrapporten i Prestesaken står det at psykologen i lang tid holder rundt fornærmede. Er psykologen sakkyndig da?*

– Det synes jeg er merkelig. I straffesaker kan psykologer ha tre roller: Du kan være rettsoppnevnt sakkyndig, og da skal du aldri ha sett vedkommende før. Så kan man være vitne, og da forklarer man noe i saken, for eksempel: «Jeg har hatt denne personen i behandling i seks måneder, og hun kom til meg fordi hun fortalte at hun var utsatt for voldtekt, og at hun etter dette har fått sånne og slike problemer.» Da forteller man om en behandling som har funnet sted. Men så har vi en mellomposisjon, det som kalles sakkyndig vitne. Det er en veldig uklar og vanskelig posisjon. Jeg skulle ønske at den var nedtonet, om ikke avskaffet. Et sakkyndig vitne behøver ikke å være habil, men vi ser av og til at behandlere blir oppnevnt som sakkyndig vitne, og så uttaler de seg om ting de kanskje ikke har greie på.

– *I Prestesaken får du en rapport som du stusser ved?*

– Jeg syntes den var vanskelig. Og jeg konfererte også med en jurist, fordi det lå så mange premisser i psykologens vurdering, premisser som kunne kontrolleres. Dette er ti år siden, men det sto noe i rapporten om at fornærmede ikke fikk spise frokost med de andre, at hun måtte ut og skuffe snø. Det burde jo naboer kunne si noe om, og broren. Det er eksempler på informasjon som burde kunne kontrolleres. Det må jo politiet etterforske, tenker jeg. Men det ble ikke gjort. Retten spiste det. Jeg var ikke i retten, og jeg har ikke lest dommen, men jeg tror det ble svært lite bevisføring for hva fornærmede hadde fortalt psykologen.

– Dette har noe med norsk juridisk tradisjon å gjøre. For tretti år siden var man svært kritisk mot fornærmede og spurte hvor ofte hun hadde gått med korte skjørt, og om hun hadde ligget med mer enn tre menn tidligere. Så har det blitt en bevegelse den andre veien, hvor jeg synes den fornærmede har fått en for viktig posisjon i straffesaker. Man har

vært veldig redd for å fokusere på fornærmedes svakheter og på fornærmedes fremstilling. Men det er klart at fornærmedes saksfremstilling skal være gjenstand for bevisføring.

– *Du mener at det har en del uheldige konsekvenser?*

– Ja. Jeg ser de fornærmedes veldig vanskelige situasjon, men jeg tenker også at pressen er svært medansvarlig for dette. Vi har beveget oss for langt over i at det er privatpersoners sak. Man har et *fornærmedes perspektiv* i samfunnet, og nå tenker jeg ikke fornærmede i straffesaker. Men de som ikke har fått det de skulle, de som er offer for det ene eller det andre, jeg ser det som en delvis riktig utvikling, men også som en litt farlig utvikling. Skal barnehjemsbarn leve hele livet med den selvoppfatning at de er offer for å være barnehjemsbarn?

– Mitt poeng er at når DRK leser en erklæring, da ser man på hvordan erklæringen er bygget opp. Den bør bygge på dokumentinformasjon, anamnesticke opplysninger og annen komparentinformasjon. Så vil det være en bearbeiding av all denne informasjonen til en konklusjon, og til slutt en vurdering av konklusjonen. Hvis premissene som er tatt inn er uriktige, vil naturligvis også vurderingen være uriktig. Man kan naturligvis likevel slumpe til å få riktig konklusjon.

– *Hvor vanlig var det at du stusset når du fikk sakkyndigrapporter til vurdering?*

– Vi hadde bemerkninger til tretti prosent av sakene i psykiatrisk gruppe i DRK i min tid.

– *Det var altså ikke så spesielt at du stusset ved Prestesaken?*

– Jeg husker saken fordi jeg syntes den var vanskelig. Jeg synes i ettertid at jeg ikke behandlet den godt. Jeg tok for mye for gitt, og jeg tok for gitt at mandatet var gjennomtenkt, og jeg tok for gitt at partene ville se på hvilken informasjon om objektive forhold som den sakkyndige hadde tatt inn i sin vurdering. Birgitte Tengs-saken og denne saken har vært saker som har gjort at jeg har blitt mer og mer opptatt av dette med mandat, og forundret meg over at domstolene i mindre grad har vært opptatt av det.

– *I Prestesaken blir jo psykolograpporten sendt inn til DRK for vurdering, men det er først når lagmannen får kjennskap til den, at noen reagerer og har innvendinger. Han ringer deg og ber om en ny vurdering i DRK.*

– Det var som sagt en veldig vanskelig sak. Jeg så at kommisjonen ikke hadde vært våken nok i den saken. Men jeg finner det urimelig at lagmannen kritiserer kommisjonen når han burde kritisere sorenskriveren i tingretten. Dette fordi det mandatet som den sakkyndige fikk, ikke inkluderte at alternative forklaringer skulle redegjøres for. Da jeg vurderte den i sin tid, tenkte jeg at den sakkyndige hadde kommet med ganske mye informasjon som kunne sjekkes for å finne ut om det var sant eller ikke. Slik den erklæringen lå, kunne den motbevises, tenkte jeg.

– *Helt generelt, skal den sakkyndige psykologen tro på fornærmede?*

– Hvis jeg går til lege, vil jeg at legen skal forstå at jeg er plaget, men ikke nødvendigvis akseptere min forklaring på hvorfor jeg er plaget. Og tilsvarende når du går til psykolog, vil du gjerne få en bekreftelse på at det er ting som ikke er greit. Og så skal man få kritiske spørsmål om hvorfor det ikke er greit.

– *Men når psykologer står i retten, må de plutselig forholde seg til hva som er sant. Kan det bli problematisk?*

– Jeg hadde en sak på Ila for en stund siden hvor en mann fikk attest fra sin behandlende psykolog flere ganger gjennom en tiårs periode på at han er en harmonisk og velfungerende person som ikke har gjort noe galt på lenge. Han har jo parallelt med dette gjort noe galt hele tiden. Man skal ikke skrive slike attester når man ikke vet annet enn hva folk kommer og forteller deg en time i uken. Og derfor må de sakkyndige innhente opplysninger, som må settes sammen, som for eksempel en psykopatisering. Vurderingen er ikke valid hvis du bare har psykopatens eller bare har klientens informasjon. Du må ha objektiv informasjon om hvordan han har oppført seg.

– *I Prestesaken, burde psykologen undersøkt mer om hva som var fakta?*

– Psykologen burde ha formulert seg klarere og sagt at under forutsetning av at informasjonen som fornærmede har kommet med til meg er korrekt, så vurderer jeg det sånn og slik. Med en sånn «under forutsetning av» hadde psykologen kommet seg i land.

– *Psykologen har sett fornærmedes politiavhør. Holder det?*

– Det er jo noe. Sakkyndig får politidokumentene, og når vi er sakkyndige, trekker vi

- Man har vært veldig redd for å fokusere på fornærmedes svakheter og på fornærmedes fremstilling

Randi Rosenqvist

inn informasjon fra politidokumentene, og vi innhenter helseopplysninger, blant annet. Så setter vi det sammen. Hvis det er mange politidokumenter, kan ulike psykologer legge vekt på ulik informasjon, slik som i Birgitte Tengs-saken.

- Etter at lagdommeren i Prestesaken ba deg om en ny vurdering av sakkyndigrapporten, skrev kommisjonen at hvis det viser seg at den informasjonen fornærmede har kommet med om sin utvikling og om forholdene generelt i barndomshjemmet ikke medfører riktighet, vil det være grunn til å vurdere alvorlig personlighetspatologi. Var det en vanlig tilbakemelding?

- Nei. Det ligger som premiss for hele kommisjonens arbeid at man må forutsette at de faktiske forhold som blir trukket inn, er så riktige som mulig. Dette er jo mye lettere i somatiske saker. Jeg brukte mye energi på Prestesaken. Og det som gjorde at vi godkjente rapporten i første omgang, var at den inneholdt svært mye informasjon om et langt og vanskelig liv som adoptivstebarn. Og hvis dette faktisk ikke var sant, ville også den kliniske vurderingen måtte falle ut annerledes.

- Hvis det viser seg at premissene er feil, hva da?

- Da kan saken komme til gjenopptakelse, og så kan man behandle den i Gjenopptakelseskommisjonen. Da kan de si at det nå er fremkommet at hun løy hele tiden, og at det da vil bli en ny rettssak. Så kan mannen frifinnes, og han har da hatt ti jævlige år og vil få en erstatning fra staten.

- I etterpåklokskapens lys, hva kunne du egentlig gjort annerledes i Prestesaken?

- Jeg kunne ha sagt at mandatet var uheldig formulert. Det har jeg gjort i senere saker. I Prestesaken tok jeg mandatet for gitt.

- Men kunne du sagt det til sorenskriveren?

- Ja.

- Og ikke sluppet den igjennom?

- Vi slipper alle igjennom, men det er den behandlende rett som tar stilling til hvor mye vekt de skal legge på den.

- Går det ikke an å underkjenne en rapport?

- Det er domstolen som er oppdragsgiver, men vi har av og til rådet retten til ikke å legge vekt på en erklæring. Noen ganger har jeg sagt at de bør åpne for nye sakkyndige, og noen ganske få ganger har vi sagt at en rapport har så store mangler at vi anbefaler retten ikke å legge den til grunn.

- Tenker du at du kunne ha gjort det i denne saken?

- Nei, det var jo mandatet vi i tilfelle skulle ha sagt noe om. Jeg kunne ha påpekt at mandatet bandt den sakkyndige.

- Men formelt og i praksis, hvordan kunne en gjort det?

- Da vi hadde behandlet saken, kunne vi sagt at den sakkyndige har besvart mandatet, men vi finner mandatet uheldig formulert, da det ikke åpner for muligheten av at fornærmedes psykiske problemer kan ha andre årsaker enn de påståtte overgrepene. Det kunne jeg ha gjort. Men jeg var ikke våken nok da, fordi det var så få av disse sakene.

- Rapporter om fornærmede var uvanlig? Derfor var du ikke våken nok?

- Nettopp. Vi har observasjoner av siktede, som utgjør 95 prosent av kommisjonens virksomhet.

- Det påvirket ditt arbeid med denne rapporten, det at rapporter om fornærmede var uvanlig?

– Ja, som leder av DRKs psykiatriske gruppe hadde jeg ikke samme dybdeforståelse av det fagfeltet. Jeg har holdt på med strafferettspsykiatri i trettifem år. Men vurderinger av fornærmede i straffesaker fikk vi bare én og to saker om i året. Og vi fikk ikke en god nok forståelse, og vi så ikke variasjonen. Vi var ikke kvalifisert for å vurdere slike rapporter, men det var ingen andre som var kvalifisert heller.

– *Er det noen jurister som har holdt på med det i det hele tatt?*

– Ikke mange. Jeg vet at bistandsadvokatene har vært opptatt av det. Det var også en NOU som kom relativt sent, jeg tror den kom i 2005 eller 2006, som endret på straffeprosessen når det gjaldt fornærmede i saker. Så noe har det vært. Flere psykologer burde lese helsepersonelloven. Det er mange som synder mot det som står der, både leger og psykologer. Det kan tenkes at psykologer er litt mer subjektive enn leger, det har med hele utdannelsen å gjøre, og situasjonen.

– *I Prestesaken er det bistandsadvokaten som foreslår sakkyndig til Glåmdal tingrett. Og hun foreslår også mandatet. Hva tenker du om at mandatet er formulert av bistandsadvokaten?*

– Det er, dessverre, også vanlig. Domstolene lukker øynene, og bare kopierer mandatet som blir foreslått. Hvis det alltid hadde vært slik at domstolene skulle formulere mandatet, ville domstolene selv ha måttet vurdere det på forhånd. Vi ser det i de vanlige straffesakene, at politiet av og til foreslår et mandat som ikke passer. Og domstolene tenker ikke over det. De tar bare blåkopi. Når jeg underviser ansatte i rettsvesenet, forteller jeg at domstolene selv må vurdere skikkelig om dette er et godt formulert mandat.

– *Du mener at mandatet i Prestesaken er problematisk. Det har du skrevet om.*

– Ja, hvis det ligger i kortene at alt dreier seg om et overgrep, da blir det problematisk. Det kommer også helt an på hvilke dokumenter den sakkyndige får. Og på hvilken dokumentasjon man får på utløsende årsaker. Man må uansett formulere dette slik i en sakkyndigrapport: «Der-som man legger fornærmedes fremstilling til grunn, så ...». Problemet er i hvilken grad man legger fornærmedes fremstilling til grunn som sannhet. Dette er ikke psykologer alltid like oppmerksom på. Ikke leger heller. Jeg har sett legeerklæringer som har vært helt borti natta når det gjelder å gi sannhetsgehalt til merkverdige påstander fra pasienter.

– *Spørsmålet om menerstatning skal egentlig avgjøres etter at skyldspørsmålet er avgjort.*

– Helt korrekt.

– *I Prestesaken får sakkyndig psykolog tilsendt anmeldelsen og politiforklaringer fra fornærmede. Det er dette hun legger til grunn i sakkyndigrapporten.*

– Det er helt uproblematisk dersom hennes fremleggelse blir lagt frem for retten etter skyldavgjørelse, og dersom hun skriver at det hun bygger på, er fornærmedes forklaring. Punktum.

– *Men burde ikke forklaringer fra andre vitner også blitt sendt over til psykologen?*

– Da blir psykologen bedt om å vurdere hva som har skjedd. Den sakkyndige skal ikke ta stilling til fakta i saken. Den sakkyndige skal ta stilling til sitt mandat. Og skal vite hva mandatet bygger på. Men det er klart at det kunne være interessant med informasjon fra skole og fra helsevesen, og eventuelt annen informasjon som kunne si noe generelt om fornær-

– Flere psykologer burde lese helsepersonelloven. Det er mange som synder mot det som står der, både leger og psykologer. Det kan tenkes at psykologer er litt mer subjektive enn leger

Randi Rosenqvist

medes situasjon. Psykologen kunne ha snakket med en lærer, helsesøster eller andre personer som har hatt med fornærmede å gjøre tidligere. Men igjen, det skal ikke være den sakkyndige som etterforsker. Sakkyndige skal ikke ta stilling til hva en straffesak dreier seg om.

– Hvis den sakkyndige likevel tar stilling?

– Hvis hun sier at «min vurdering bygger på at dette og dette, og dette har skjedd, og her er min konklusjon», så er det helt greit. Hvis hun sier at «jeg vurderer at dette og dette, og dette har skjedd», så er det ikke greit.

– Den rettsmedisinske kommisjon får rapporten fra den sakkyndige i Prestesaken den 10. april. DRK vurderer rapporten, og svaret kommer fra deg fredag den 13. april.

– Svaret er undertegnet med «Ingen kommentarer til denne grundige vurderingen.» Jeg synes det er leit at jeg skrev det. Men jeg så at den var veldig grundig og beskrev alle de premissene som psykologen hadde lagt inn. Og jeg tenkte at dette her kunne partene i saken gå inn på, hvis det var det de ville.

– For meg høres din vurdering ut som applaus. Men den var altså ikke ment sånn?

– Jeg er enig i det. Og jeg husker at jeg diskuterte det med en av juristene fordi jeg syntes dette var vanskelig. Jeg mener at det var en uheldig formulering. Jeg burde heller ha skrevet «... denne detaljerte rapporten». Det hadde vært en mye bedre beskrivelse av det vi så.

– Rapporten er lagt til grunn i dommen. Et stort avsnitt fra sakkyndigrapporten er kopiert inn i dommen.

– Ja. Som begrunnelse for skyldspørsmålet mener jeg det er feil.

– Den 9. mai 2007 kommer dommen i Glåmdal tingrett i Prestesaken. Den har jeg her. En side er direkte sitat fra psykologens sakkyndigrapport, der det blant annet står om en tilnærmet sadistisk overgriper. Retten bifaller psykologens konklusjoner, som altså formelt er ment å komme etter vurdering av skyldspørsmålet. Her blir det bakt inn i dommen. Hva tenker du om det?

– At fornærmede forklarer seg indirekte via sakkyndige, er en uting. Man må legge fornærmedes fremstilling til grunn. Noe annet er det med barneavhør. Da blir det via sakkyndige. Men voksne personer som er fornærmet i saken, skal forklare seg, og de må forklare seg direkte til retten. Det er det vi kaller umiddelbar

bevisførsel, hvor vitneførselen skal være gjenstand for det kontradiktoriske prinsipp, slik at partene kan eksaminere. Det vil ikke forundre meg et øyeblikk om domstoler av og til tenker at «de stakkars fornærmede må skjermes fra å bli spurt om ting». Men det er galt.

– Men hva hvis fornærmede ikke klarer å forklare seg?

– Da må domstolene være opptatt av at de får annenhåndsbevis. Da er det vanlig at man leser opp politiforklaringer.

– I Prestesaken kommer det frem at fornærmede opplyser om at punkter i den rettsoppnevnte sakkyndige psykologens rapport er en misforståelse.

– Da får man en situasjon hvor man har tre kilder til informasjon: Det fornærmede forteller retten, det fornærmede har fortalt i vitneavhør, og det fornærmede har fortalt psykologen. Da er det domstolen som skal legge til grunn hva man tror er mest sannsynlig. Bevisvurderingen om hvem som har forstått mest, av polititjenestemannen, psykologen eller domstolen, etter direkte bevisføring, er domstolens ansvar. Har man tre varianter av samme historie, må domstolen vurdere. Det er det som kalles bevisvurderinger.

– Men dette at fornærmede sier at noe i sakkyndigrapporten er en misforståelse, fikk ikke domstolen vite om. Det har kommet fram etterpå.

– Men da har jo alle partene forsømt seg.

– Har forsvareren gjort en for dårlig jobb her?

– Jeg skal ikke påstå det, men det var nettopp den grundige vurderingen som kunne føre til at dette kunne påpekes. Og det var det som var betingelsen, at psykolograpporten var så detaljert at man virkelig kunne gå inn i den. Jeg synes dette her er veldig ubehagelig. Det synes som om domstolen, eller partene, ikke har vurdert dette.

– En sakkyndigrapport sier at fornærmede er troverdig, hun snakker sant. I rapporten står det at fornærmede var gravid med stefar. Behandlende psykolog er referert i rapporten. Hun understreker fornærmedes troverdighet. Dokumentasjonen i saken viser at stefar er sterilisert. I etterkant av saken sier fornærmede at i sakkyndigrapporten er det misforståelser. Hva tenker du om dette?

– Jeg har jo tenkt over dette, og jeg har vært veldig opptatt av at vi skal ikke uttale oss om troverdighet. Dette er noe som Den rettsmedisin- >>

- Som begrunnelse for skyldspørsmålet mener jeg det er feil

Randi Rosenqvist om at sakkyndigrapporten i Prestesaken er lagt til grunn i dommen.

ske kommisjon burde ha jobbet mye mer med tidligere, at troverdighetsvurderinger er det domstolen som skal gjøre, ikke sakkyndige. Det har nok vært situasjoner hvor sakkyndig har uttalt seg om troverdighet, og at rettsaktører helt korrekt har stanset det. Andre ganger har rettens aktører ikke skjönt at de burde reagere på det. Kommisjonen har blitt mye flinkere de siste ti årene til å si at troverdighetsvurderinger skal man ikke gjøre.

- *Nå er vi kommet til lagmannsretten. 16. november 2007 sender lagdommer Bernt Krohg brev til DRK der han begjærer en ny gjennomgang av sakkyndigerklæringen i Prestesaken. Han har mange innvendinger mot din vurdering av psykologens sakkyndigerklæring. Hva tenker du om hans brev i dag? Du kan få lese det.*

- Jeg syntes den gangen at det var bra at han tok et initiativ. Og jeg tenkte vel at han bebreidet kommisjonen for ting som han burde bebreide tingretten for.

- *Er du enig i innvendingene han har mot rapporten?*

- Nå har jeg ikke lest den, altså.

- *Skal jeg sitere rapporten?*

- Får jeg lese hele?

(Lesepause)

- Jeg er enig i innvendingene, og jeg er også enig i det svaret jeg skrev den gangen.

- *Du står ved svaret etter den andre vurderingen som ble gjort? Den andre vurderingen er en presisering, en nyansering og en problematisering av rapporten, slik jeg oppfatter det. Men samtidig er det vel også et forsvar for rapporten?*

- Svaret vårt er et forsvar for vår behandling, det kan du si. Jeg syntes det var ubehagelig. Og vi burde ha formulert oss annerledes, det kan jeg se.

- *På dette tidspunktet, når du får sakkyndigrapporten til vurdering, så er dette med fornærmede-erklæringer noe nytt og uvant. Så kommer dette til retten, som kanskje er litt sløv?*

- Dette her er jo ikke den eneste saken hvor jeg ser at domstolene er ganske sløve med å skille mellom hva domstolen skal ta stilling til, og hva den sakkyndige skal ta stilling til.

- *Det er jo skremmende å høre.*

- Ja. Domstolene tok disse professorene som fremstod som sakkyndige, for god fisk hele tiden. I alle fall på nittitallet. Det var liten bevissthet på at de sakkyndige ikke alltid hadde rett. Men Torgersen-saken har lært oss om domstolene nå.

- *Hva tenker du kan gjøres nå i Prestesaken?*

- Det eneste som kan gjøres, er en gjenopptakelsessak, hvis stefaren ønsker det. Hvis en person mener at man har dømt på grunnlag av fakta som kan motbevise, da kan man søke om gjenopptakelse. Det er jo sørgelig. Man har sittet i fengsel, og så videre. Men det er saksgangen. Og hvis det kommer frem informasjon som sier at de bevisvurderingene som domstolene har tatt, nå har kommet i et annet lys, da kan man søke om gjenopptakelse.

- *Hva slags andre saker vil du sammenligne denne saken med?*

- Saken fra Trøndelag, hvor det var en kvinne som fikk sin far dømt for incest. Så ble den gjort om etter at man fant ut at hun var schizofren.

Det er det jeg husker umiddelbart. En annen sak som jeg også syntes var veldig vanskelig, var Birgitte Tengs-saken, hvor det var en svensk og en engelsk vitnepsykolog som gikk inn i forskjellige vitneavhør for å vurdere fatterens troverdighet. Den syntes jeg var veldig vrien.

– Mange har fortalt meg at dette er blitt bedre. Er det fremdeles et problem at behandlere ikke skjønner sin rolle i rettsvesenet?

– Definitivt. Dette her er et kjempeproblem over hele fjøla.

– Du mener det?

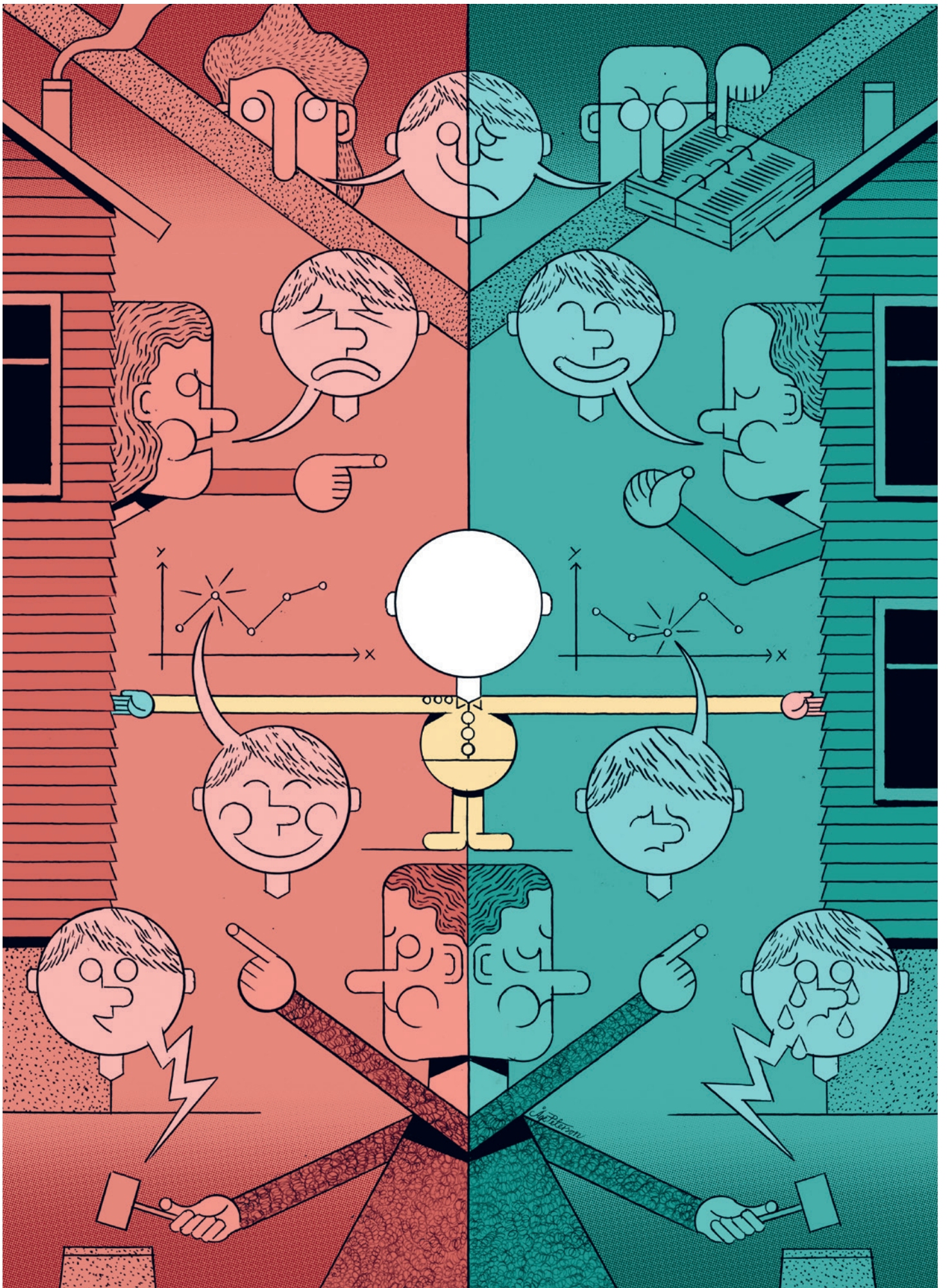
– Det mener jeg. Se på voldsoffererstatningssakene, der drøsser det av behandleres uttalelser som ikke er tilstrekkelig underbygget. Vi prøver, og vi har prøvd, fra Den rettsmedisinske kommisjon å disiplinere. Vi var ikke våkne før vi begynte å våkne, men vi har blitt vesentlig flinkere. Jeg jobber nå på Ila, med risikovurderinger. Der opplever vi at behandlere kommer som partsengasjerte sakkyndige og sier at vedkommende har god prognose, at domfelte har gått i behandling og klart seg bra. Så viser det seg at vedkommende behandler ikke engang vet hva mannen er dømt for. Jeg vet at det er ganske mange behandlere som går i retten og forteller vakre ting om sine pasienter, uten at de nødvendigvis vet hva de uttaler seg om. Det gjelder både rettsoppnevnt sakkyndige og partsengasjerte sakkyndige. Jeg var i en sak hvor behandler hadde sagt at hans klient hadde en posttraumatisk stresslidelse fordi han hadde vært barnesoldat med de tamilske tigrene. Så påviste jeg at de tamilske tigrene ble etablert da denne mannen var i tredveårene. Da sier psykologen: «Ja, ja, men han har jo opplevd mye annet traumatisk. Moren hans døde jo.» Da tenker jeg at det er noe grunnleggende galt. ✘



Følg Prestesaken i Psykologtidsskriftet

- Februarutgaven: *Da rettsikkerheten brast*
- På nett: www.prestesaken.wordpress.com:
 10/2: – *Prestesaken reiser spørsmål om bekreftelsesfellen og hukommelse*
 16/2: *Meddommer tviler nå på dommen i Prestesaken*
 20/2: *Tvil om utdanning til sakkyndig psykolog i Prestesaken*

Send tips og reaksjoner til redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



Delt bosted – hva sier forskningen?

Forskningen gir verken grunnlag for å hevde at delt bosted er skadelig for små barn, at delt bosted er best for barn, eller at ordningen virker konfliktreducerende. Da bør de faglige begrunnelsene og de politiske beslutningene preges av mindre skråsikkerhet.

Bør delt bosted være den foretrukne ordningen for barna når foreldrene deres flytter fra hverandre? Mens dagens barnelov gir foreldre full avtalefrihet og pålegger dem å finne fram til den ordningen som er best for akkurat deres barn, sendte Barne- og likestillingsdepartementet i 2015 ut forslag til endringer i barneloven, med to alternative forslag om delt bosted: at delt bosted enten skulle *framheves* eller være *hovedregel*. I høringsrunden møtte forslaget om delt bosted som lovens hovedregel sterk motstand, og forslaget som ble sendt til Stortinget i september 2016 (Prop. 161 L (2015–2016)), går ut på at delt bosted skal *framheves* ved å bli nevnt aller først i oversikten over mulige samværsordninger. Liknende forslag har vært tatt opp flere ganger de siste 20 årene, og vekker hver gang stor debatt. Innleggene i debatten om delt bosted viser i stor grad til psykologisk forskning. For eksempel blir det hevdet at forskningen viser at det går bedre med barn som lever med denne ordningen, og at den motvirker konflikter mellom foreldre.

Bakgrunnen for dette fageessayet er at vi stiller oss undrende til hvordan argumentet «forskning viser» blir brukt. Vi vil drøfte påstanden om at psykologisk empiri og teori tilsier at delt bosted bør lovfestes som foretrukken løsning etter brudd, og tar for oss noen bidrag som har fått

særlig stor plass i den norske debatten. Deretter vil vi problematisere grunnlaget for og nytteverdien av at fagfolk har introdusert veiledende aldersnormer for delt bosted (se FOSAP, 2014). Diskusjonen illustrerer et generelt poeng: hvor viktig det er å legge omtanke i hvordan forskning og teori formidles. Forskere og fagfolk må være nøye med å vise hvordan kunnskapen de viser til, har framkommet, hva forskningen faktisk sier noe om, og hvor kunnskapen er gyldig.

SKILSMISSE PÅ NORSK: OMFATTENDE KONTAKT MED BEGGE FORELDRE

Seint på 1980-tallet valgte tre-fire prosent av foreldrene en samværsordning tilsvarende delt bosted etter samlivsbrudd, og omtrent 30 prosent av barna hadde liten eller ingen kontakt med samværsforelderen (vanligvis far) etter bruddet (Kitterød, Lidén, Lyngstad, & Wiik, 2016). Etter den tid har det skjedd store endringer. I 2012 var det bare tre prosent av samværsfedrene som svarte at de verken hadde månedlig samvær eller hadde hatt kontakt per telefon, sosiale medier, e-post osv. siste måned (Lyngstad, Kitterød, Lidén, & Wiik, 2015). Det er altså ikke slik at skilsmissebarna mister kontakt med fedrene sine, selv om foreldrene flytter fra hverandre. Men det *kan* skje, særlig når foreldrene aldri har bodd sammen og/eller konfliktnivået

TEKST

Agnes Andenæs,
Peder Kjøs og
Odd Arne Tjersland

KONTAKT

agnes.andenas@
psykologi.uio.no

ILLUSTRASJON

Åge Peterson



Nøkkelbegreper om foreldreskap

En rekke av de begrepene som brukes for å beskrive ordninger knyttet til foreldreskap, både før og etter brudd, er langt fra selvsforklarende. Dette bidrar til å skape mange misforståelser. For eksempel kan barnet bo omtrent like mye hos hver av foreldrene uten at det har delt bosted i juridisk forstand, og det kan ha delt bosted i juridisk forstand uten at det tilbringer halvparten av tida hos hver av foreldrene. Vi vil derfor gjøre rede for noen av nøkkelbegrepene.

Foreldreansvar innebærer rett og plikt til å treffe avgjørelser for barnet i personlige forhold (bl.a. samtykke til medisinsk behandling, innmelding i trossamfunn, flytting til utlandet). Både gifte og samboende foreldre får automatisk felles foreldreansvar for felles barn når barnet blir født, og fortsetter med dette etter separasjon og skilsmisse, med mindre de avtaler at en av dem skal ha det alene. Når foreldrene ikke er gift eller bor sammen når farskapet blir etablert, har moren foreldreansvaret alene. Men foreldrene kan avtale at de skal ha felles foreldreansvar, eller at far skal ha foreldreansvaret alene. Avtalen må sendes til skattekontoret for å være gyldig.

Foreldre med felles foreldreansvar skal ta avgjørelsene i fellesskap, og i det foreldreansvarsbegrepet vi har i Norge, ligger det en bred forpliktelse om at begge foreldre forventes å ta del i barnets liv. At omtrent 95 prosent av foreldre som skiller seg, fortsetter å ha felles foreldreansvar, er et tydelig signal om at de to vanligvis fortsetter å være involverte og samarbeidende foreldre selv om de ikke lenger bor sammen.

Barnets faste bosted: Når foreldre flytter hver for seg, avtaler de hvor barnet skal bo fast. Bostedsforelderen, den som barnet bor fast hos, har noe mer innflytelse over barnets dagligliv enn samværsforelderen (f.eks. valg av barnehage og andre større avgjørelser om dagliglivet), men det framgår tydelig av loven at alle overordnede beslutninger om barnet skal drøftes mellom foreldrene, så sant de har felles foreldreansvar. Hvis bostedsforelderen ønsker å flytte og ta med seg barnet, må samværsforelderen varsles i forveien. Men bostedsforelderen kan uansett flytte innenlands hvis foreldrene ikke kommer til enighet til tross for inngående drøfting av spørsmålet.

Delt bosted: Foreldre kan også avtale at barnet bor fast hos begge – såkalt delt bosted. Denne merkelappen betyr ikke, som mange kanskje tror, like mye tid hos hver, men kan romme samværsdelinger fra 50/50 ned til «vanlig samvær». Den gir likevel lik rett til innflytelse over barnas liv, også om flytting innenlands. Dersom en foreldre motsetter seg flytting, kan ikke den andre ta med seg barna.

Samvær: Foreldre står fritt når de skal avtale omfang av samvær, men er pålagt å legge vekt på best mulig samlet foreldrekontakt, barnets alder, barnets tilknytning til nærmiljøet, reiseavstand mellom foreldrene og hensynet til barnets beste for øvrig. Loven fra 2010 definerer «vanlig samvær» som samvær annenhver helg, en ettermiddag i uka med overnatting, tre uker om sommeren, høst- eller vinterferie, annenhver jul og påske – i alt ca. 110 dager. Loven presiserer at dette ikke skal forstås som et minimumssamvær som den ene av foreldrene automatisk har rett til.

er høyt. Lav inntekt og dårlig helse hos en eller begge reduserer også sannsynligheten for mye samvær mellom barna og samværsforelderen (Lyngstad et al., 2015).

Fortsatt er fast bosted hos mor den vanligste løsningen etter et brudd, men andelen har sunket fra 84 prosent i 2002 til 66 prosent i 2012. I samme periode har andelen med delt bosted steget fra 8 til 25 prosent, mens andelen som bor fast hos far, har ligget nokså stabilt på 7–8 prosent. Informasjonen som ligger i disse tallene, er begrenset, siden vi ikke får vite hvor mye tid barnet er sammen med hver av foreldrene, men over halvparten av samværsfedrene oppga at de hadde minst ti dager månedlig samvær. I undersøkelser der en har gått tettere på de konkrete samværsordningene, fant man at omtrent tre av fire familier valgte samværsfordelinger fra «vanlig samvær» opp til 50/50 (Gulbrandsen & Tjersland, 2011a, b; Ådanes, Haugen, Jensberg, Husum, & Rantalaiho, 2011). Svarprosentene er lave, og tallene skal leses med en viss forsiktighet, men tendensen er tydelig: Foreldre har tatt i bruk barnelovens begrep «full avtalesfrihet» på en måte som gjenspeiler hvordan de organiserte hverdagslivet sitt mens de bodde under samme tak; de som delte mye før, deler mye etter. Først og fremst er det den generelle likestillingen, slik den er tilrettelagt gjennom for eksempel fedrekvoter og barnehager, som har ført til at skilte foreldre deler stadig mer. At fast bosted hos mor fremdeles er den vanligste løsningen etter et brudd, reflekterer det som fremdeles er vanlig arbeidsdeling mellom foreldre, og innebærer neppe en nedvurdering av fedre.

FORSKNING VISER IKKE AT DELT BOSTED ER BEST FOR BARN

De siste årene er det blitt vanlig å vise til Warshak-rapporten (Warshak, 2014) for å underbygge påstanden om at delt bosted er den beste samværsordningen for barn. Warshak beskriver selv rapporten som et forsøk på å demme opp for feilinformasjon fra den australske forskeren Jennifer McIntosh (McIntosh, Smyth, & Kelaher, 2010) om at det er skadelig for små barn å overnatte hos far etter at foreldrene har flyttet fra hverandre. Rapporten skulle forhindre at denne ideen ble nedfelt i profesjonell praksis og familie-

lovgivning, og dermed sette det allerede sårbare far–barn-forholdet i fare. Warshak ville vise hva forskningen «egentlig sier», både om det spesifikke spørsmålet om små barn og overnatting hos samværsforelderen, og mer generelt om småbarn bør ha en tydelig hovedbase hos den ene av foreldrene. Konsensusrapporten består av en oversikt over forskning med relevans for forskjellige samværsordninger, og dernest anbefalinger for politikk og praksis som er utledet av denne forskningen. Anbefalingene er begrenset til det som betegnes som «vanlige omstendigheter», og omfatter ikke foreldre som ikke innfrir vanlige krav til å være foreldre. Det er også en forutsetning at barnet allerede har en relasjon til begge foreldrene. Den endelige rapporten er lest og kommentert av 110 fagfolk som sier seg enige i konklusjonene og anbefalingene, selv om de ikke nødvendigvis går god for alle detaljer.

Rapportens hovedmelding er at det *ikke* er grunnlag for å si at deleforeldreskap (shared parenting) og overnatting hos samværspersonen er uheldig, heller ikke for de yngste barna. Det er imidlertid vanskelig å fastslå at det er bedre med deleforeldreskap enn med aleneforeldreskap (sole parenting), fordi det mangler direkte sammenliknbare saker. Det er lagt stor vekt på hvilke ordninger som bidrar til å hindre at fedrene faller fra, og der kommer deleforeldreskap best ut. Rapporten hevder imidlertid ikke at like mye tid hos hver av foreldrene hindrer frafall enda mer effektivt, og det advares mot at alle familier skal ha samme deling av samværstid.

Hva har så denne rapporten å tilføre diskusjonen om delt bosted i Norge? Fint lite, så vidt vi kan forstå, fordi «shared parenting» og delt bosted er forskjellige ordninger, og fordi det norske skilsmisselforskningen er ganske annerledes enn det amerikanske. Mens «shared parenting» kan være med og uten deling av avgjørelsesmyndighet, er dette noe av kjernen i delt bosted i Norge, og omfatter også muligheten til å begrense den andres flytting med barnet (se faktaboks). Og Warshak-rapporten må forstås i sin kontekst, USA, der langt flere barn mister kontakten med fedrene sine etter skilsmissten, og der vanlige samværsordninger kan være svært magre, ned til dagsbesøk på et par timer. Sammenlikningene i rapporten er gjort mellom familier som har lite eller ikke noe samvær, og de som praktiserer deleforeldreskap, definert som deling 35/65 eller mer, altså omtrent det samme som «vanlig samvær» i Norge. I den grad Warshak-rapporten er relevant, støtter den det som norske foreldre allerede har realisert, nemlig en høy grad av samarbeid om barna, både når de lever sammen og hver for seg.

Warshak-rapporten handler først og fremst om de yngste barna, noe som begrenser tilfanget av relevante undersøkelser, og ingen av studiene er fra Norge eller andre nordiske land. Skal vi kort oppsummere annen forskning om barn og delt bosted, uten disse begrensningene, er det at delt bosted er en god ordning for både barn og foreldre – så sant betingelsene ligger til rette. De viktigste forutsetningene er at de to foreldrene har tillit til hverandre som omsorgspersoner, og at konfliktnivået mellom dem er lavt, at de greier å samarbeide og holde hverandre orientert om barnets gjøremål, at de er fleksible og greier å justere ordninger til barnas og familiens samlede behov og i tråd med utvikling og forandringer, at de bor i nærheten av hverandre, slik at nabolag og barnemiljø ligger fast, og at de har råd til å lage to hjem for barna (Haugen, 2010; Haaland, 1988; Lidén, 2007; Ottosen & Skage, 2012; Tjersland, 1992). At disse familiene lykkes, følger ikke automatisk av delt bosted som foreldreskapsform, men handler om foreldrenes kontinuerlige arbeid og innsats for å lage gode liv for barna sine, på tvers av hushold. Ifølge en nylig gjennomført svensk undersøkelse om barns levekår har barn som bor vekselvis hos mor og far etter samlivsbrudd det



Foreldre har tatt i bruk barnelovens begrep «full avtalefrihet» på en måte som gjenspeiler hvordan de organiserte hverdagslivet sitt mens de bodde under samme tak; de som delte mye før, deler mye etter





At fast bosted hos mor fremdeles er den vanligste løsningen etter et brudd, reflekterer det som fremdeles er vanlig arbeidsdeling mellom foreldre, og innebærer neppe en nedvurdering av fedre

nesten like bra som barn som bor sammen med begge foreldrene, og betydelig bedre enn barn som bare treffer den andre av foreldrene en gang i blant (Fransson, Låftman, Östberg, Hjern, & Bergström, 2017). Men det betyr ikke nødvendigvis at de barna som lever med aleneforelder, ville hatt det bedre med delt bosted. Dette er først og fremst en undersøkelse som tydeliggjør ulikheter i svenske barns levekår, ikke hvilken samværsordning som er best for det enkelte barn.

FORSKNING VISER IKKE AT DELT BOSTED MOTVIRKER KONFLIKTER

Et annet argument som brukes i den norske diskusjonen for å framheve delt bosted er at ordningen er egnet til å dempe konflikter mellom foreldre. Argumentasjonen føres langs flere linjer. For det første vises det til undersøkelser som viser at foreldre som praktiserer delt bosted, samarbeider godt og har et lavere konfliktnivå enn par med andre bosteds- og samværsordninger (Ottosen, 2012; Wiik, Kitterød, Lyngstad, & Lidén, 2015). Men ifølge forskerne selv viser dette først og fremst betydningen av hvilke ressurser og erfaringer deltakerne bringer med seg inn i det videre foreldreskapet. De som har valgt omfattende samværsordninger, har i stor grad delt både husarbeid og omsorgen for barna mens de bodde sammen (Ottosen, 2012), og det er i utgangspunktet lavt konfliktnivå mellom dem (Wiik, 2015). Denne typen undersøkelser viser at flere av delt bosted-familiene samarbeider bra, men ikke at ordningen i seg selv bedrer samarbeidet eller reduserer konflikter.

Det blir imidlertid også trukket fram forskning som skal vise at delt bosted har en konfliktdempende effekt som virker over tid. Resultatene hentes ofte fra en norsk spørreskjemaundersøkelse fra midt på 90-tallet om en nylig innført meklingsordning. Her ble foreldre som var til meklingsordning, bedt om blant annet å vurdere konfliktnivået sitt ved tre tidspunkt; rett før og rett etter meklingsordningen, og så ett år seinere (Ekeland & Myklebust, 1997). Blant foreldreparene som forskerne fulgte, var det en liten gruppe, 22 av 456 par, som hadde avtalt en utvidet samværsordning, og ifølge målingene hadde konfliktnivået sunket mest i denne gruppa. Samværsordningen deres liknet samværsordningen for delt bosted, men uten de flyttebegrensningene som ligger i dagens delt bosted-ordning. Frafallet i undersøkelsen var stort; av de 456 parene hadde halvparten falt fra allerede i første runde, og ved oppfølgingen ett år etter var det 29 prosent som var igjen. Det er ikke oppgitt hvor mange av de 22 foreldreparene som var med hele veien, og heller ikke om begge eller bare den ene parten har svart. Konfliktnivået skulle angis ved tre tidspunkt, på en skala fra 0 til 7. De fleste plasserte seg mellom 3 og 5, og forskjellene mellom gruppene var små. Riktignok er forskjellene mellom gruppene i endret konfliktnivå statistisk signifikant, men det er vanskelig å vite hva resultatene betyr. De 22 parene hadde *valgt* delt bosted, noe som var uvanlig midt på 90-tallet. Mye taler derfor for at disse foreldreparene var en selektert gruppe med høy grad av investering i «prosjekt delt bosted». Alt i alt er det altså mange sider ved denne undersøkelsen som gjør det problematisk å bruke den som grunnlag for utforming av politikk i dag.

En tredje linje i argumentasjonen for at delt bosted er egnet til å dempe konfliktnivået, er at man dermed fjerner konfliktgrunnlaget. Erfaringene fra land der man har innført delt bosted som norm, for eksempel Nederland, tyder heller på det motsatte. Etter innføring av ny lov i 1998, registrerte både rettsvesenet og hjelpeapparatet en økning i konflikter mellom foreldre (Van Lawick, 2012).

Det forslaget som nå er levert til Stortinget, at delt bosted skal nevnes først av mulige bostedsordninger, kan virke som en bagatellmessig endring. Men også her er det erfaringer fra andre land som det er verdt å merke seg. I 1980 innførte California som den første av statene i USA en vedtekt for å sikre mindreårige hyppig og vedvarende kontakt med begge foreldre, og joint custody¹ ble plassert først på lista over samværsordninger som retten skulle overveie. Åtte år seinere ble vedtekten trukket tilbake (Post, 1989). Det viste seg at formuleringen ble feiltolket, både av retten og av praktikere, som at joint custody skulle foretrekkes, og at det var den beste løsningen for barn. Feiltolkningen førte til at ordningen ble gjennomført også i familier der betingelser for slike ordninger ikke var til stede. Ifølge en oppfølging av 100 barn der foreldrene var i konflikt med hverandre og barna var mye hos hver av dem, framsto dette ikke som noen god løsning. Ifølge forskerne ble disse barna nedstemte, trakk seg tilbake, hadde flere somatiske symptomer og var mer aggressive enn barn med andre samværsordninger (Johnston, Kline, & Tschann, 1987).

Et ferskere eksempel er fra Australia, der det ble foretatt en endring i lovverket i 2006 som skulle oppmuntre til delt bosted, av hensyn til barna. Ifølge en oppsummering fra 2011 har lovendringen ikke ført til noen akselerert økning i delt bosted blant foreldre flest. Men budskapet om deling ble tolket som et spørsmål om foreldres *rettigheter*, og særlig fanget opp av foreldre med betydelige konflikter (Fehlberg, Smith, Maclean, & Roberts, 2011). Lovgivningen som fremmer delt bosted, synes å ha kommet mest til anvendelse i de sakene der dette er *minst* gagnlig for barna (Fehlberg et al., 2011). Dermed øker risikoen for samværsordninger der foreldrenes konflikter vil prege barnas hverdagsliv, og der mangel på samarbeid mellom de voksne gjør at tilbudet til barnet blir «et liv i to verdener med en mur mellom de to» – som det het i en tidlig undersøkelse om delt bosted i Norge (Haaland, 1988). Selv om det nyeste forslaget fra Barne- og likestillingsdepartementet bare er ment å «gjøre foreldrene mer oppmerksomme på muligheten for å avtale delt bosted for barnet» (Prop. 161 L (2015–2016),

s. 64), har det altså vist seg at tilsynelatende små språklige endringer kan få overraskende store og utilsiktede virkninger.

FORSKNING VISER IKKE AT DELT BOSTED ER SKADELIG FOR SMÅ BARN

I 2015 utarbeidet Forening for sakkyndige psykologer (FOSAP) anbefalinger for samvær mellom småbarn (0–3 år) og foreldre etter skilsmisse, som er lagt ut på hjemmesidene til Norsk psykologforening. Bakgrunnen for anbefalingene er en bekymring for samværløsninger som ikke har tatt tilstrekkelig hensyn til de yngste barnas sårbarhet, og at også fagfolk bidrar til beslutninger der ideen om rettferdighet mellom foreldrene får for stor plass.

I teksten fra FOSAP omtales foreldrene som «hovedomsorgsperson» og «samværsperson». Det anbefales at samværspersonen i de første 6 månedene kommer hjem der barnet bor, og deltar i bleieskift, trøst og liknende. I de neste 6–12 månedene kan samværet være noen flere timer på dagtid, fra 18–24 måneder én overnatting annenhver uke, fra to-tre år to til tre korte overnattinger annenhver helg, og deretter gradvis over til en ordning med vanlig samvær eller mer. Betydningen av fleksibilitet og individuell tilpasning framheves tydelig, og det er konkretisert hva som peker i retning av mer samvær og mindre samvær – stort sett varianter av det som er nevnt tidligere om *alle* barn, som at foreldrene har tillit til hverandre som omsorgspersoner, at de greier å kommunisere og holde hverandre orientert om barnet, osv.

Det er forståelig at sakkyndige psykologer ser etter normer å støtte seg til når retten etterspør konkrete anbefalinger, og heller ikke vanskelig å dele ønsket om å beskytte de særlig sårbare barna. Vi vil likevel trekke fram noen sider ved FOSAP-løsningen som vi mener bør drøftes. Det første gjelder bruk av aldersnormer. Det er en utbredt måte å tenke om barn på i vår kultur at barn på ulike alderstrinn *er* sånn og sånn, og har bestemte utviklingsmessige behov knyttet til ulike faser. Debattinnlegg om saken tyder på at anbefalingene blir lest og forstått som absolutte retningslinjer, og fortolket som en ny form for morspresumpsjon, der far skal settes på sidelinjen inntil barnet er blitt tre-fire år. Faren er at aldersnormer i overdreven grad oppfattes som «vitenskapelig underbygd praksis» som overstyrrer individuelle hensyn. Viktige individuelle og kontekstuelle forhold kan bli marginalisert i

1. Vi har valgt å beholde de amerikanske begrepene, for å unngå oversettelser som ikke blir tilstrekkelig presise.



møtet med en «norm» som er levert av fagfolk, uansett hvilke forbehold som følger normen.

Den andre siden ved FOSAP-løsningen vil kommentere, er den forskningen som det blir henvist til, særlig «overnattingsstudiene» fra Australia (McIntosh et al., 2010, 2011). Som nevnt innførte man i Australia en lovendring i 2006 for å få flere foreldre til å velge delt bosted. Endringen inneholdt ingen bestemmelser om hvordan man skulle ivareta de yngste barna. En stigende uro gjorde at den australske regjeringen etter hvert tok initiativ til å se nærmere på mulig utviklingsrisiko ved å overnatte ofte hos samværspersonen. Oppdraget gikk til Jennifer McIntosh. Mens noen møtte studien med stor begeistring (f.eks. Leach, 2014), representerte den for Warshak nettopp den forskningen han skulle demme opp for. Slik Warshak leser McIntosh, er hennes hovedbudskap at små barn ikke bør overnatte hos far før de er tre år gamle. McIntosh har besvart denne utlegningen, og understreker at hun ikke har gjennomført en undersøkelse om tilknytning, men en sekundæranalyse av et longitudinelt datasett som allerede forelå (McIntosh, Smyth, & Kelaher, 2014). Datasettet inneholdt spørsmål om et tilknytningsrelevante fenomen, nemlig barnas følelsesregulering, innenfor de forskjellige overnattingsregimene. Ifølge forskeren selv gir undersøkelsen *ikke* grunnlag for å si at det er risikabelt å overnatte hos samværspersonen. Videre tar McIntosh avstand fra ideen om *monotropi*, nemlig at små barn bare kan knytte seg til én person, og foreslår at denne ideen erstattes med en idé om «tre-personers trygg base» (triadic secure base). Samtidig maner hun til forsiktighet med mange overnattinger hos samværspersonen hvis foreldrene er uenige om hvordan de skal dele, og barnet ennå ikke er trygg på begge foreldrene. Det er dermed urimelig å bruke denne australske forskningen til å begrunne absolutte grenser for overnatting – og liten grunn til å legge så mye krefter i å argumentere mot denne forskningen som Warshak gjør i sin rapport.

Vårt tredje punkt er knyttet til den sentrale plassen som tilknytningsteori har fått i tenkningen om små barn og samværsordninger. Denne type utviklingsforståelse er kritisert for å overse ikke bare verden utenfor foreldre–barn-relasjonen, men også variasjoner og endringer innenfor (Rogoff, 2003). Barn som blir født i dagens Norge, får helt andre muligheter enn tidligere til å utvikle nære og trygge forhold til både mor og far

fordi det er blitt vanlig at begge deltar aktivt fra første stund. Dette gir et annet utgangspunkt for deling etter et brudd enn tidligere. Også tilknytningsforskere selv peker på hvor viktig det er å se omsorgen i en større kontekst (Smith, 2013). Og barns trivsel avhenger ikke bare av tilknytningen innenfor den lille familien, men også av tilhørighet til et større nettverk av besteforeldre, venner i barnehagen, foreldrenes nettverk, osv. Dessuten er det viktig at foreldres omsorgsoppgave ikke reduseres til et spørsmål om tilknytning, verken i rettssalen eller i fagfolks formidling av hva foreldreskap handler om. Da risikerer vi å usynliggjøre det omfattende arbeidet som ligger i det å ta vare på barn: å legge til rette for den daglige velferden og gi relevant utviklingsstøtte gjennom måten det gjøres på (Andenaes, 2014; Haavind, 1997; Morss, 1996).

KONKLUSJONER

Når vi har gått inn i noe av den sentrale forskningen som deltakerne i debatten om delt bosted trekker vekslers på, er vi blitt slått av hvor unøyaktig den ofte blir gjengitt, og av manglende forståelse for forskningens kontekst. Den forskningen vi har sett nærmere på, gir ikke grunnlag for å hevde at delt bosted er best for barn, eller at ordningen virker konfliktreducerende, og heller ikke at delt bosted er skadelig for små barn. Det er bekymringsfullt om skråsikkerhet på denne forskningens vegne får prege de politiske beslutningene, og uheldig om den samme skråsikkerheten trekkes inn i psykologers yrkesutøvelse og plasserer psykologifaget i en overdrevent sikker rolle. Det vi kan si, er at delt bosted kan være en utmerket ordning når betingelsene ligger til rette for det, og at de minste barna vil være ekstra avhengige av at de voksne arbeider sammen for å lage en tilværelse som er forutsigbar, og som henger sammen – men ikke ut fra helt andre mekanismer enn for eldre barn. Vi savner også refleksjoner om utfordringer ved å overføre gruppebasert kunnskap til det enkelte barn og dets familie. Svaret på hvordan foreldreoppgaven kan videreføres best mulig etter en skilsmisse, finnes verken i effektstudier av forskjellige samværsordninger eller i én teori – men både studiene og teoriene kan fungere som bakteppe for vurderingene i den konkrete saken. Fokus må rettes mot å skape et godt hverdagsliv for det enkelte barn, og det er der forpliktelsen må ligge, både hos lovgivere, meklere, sakkynndige og foreldre. ❖

REFERANSER

- Andenæs, A. (2014). The task of taking care of children: Methodological perspectives and empirical implications. *Child & Family Social Work, 19*(3), 263–271. DOI: 10.1111/j.1365–2206.2012.00897.x
- Ekeland, T.-J. & Myklebust, V. (1997). *Foreldremekling. Brukarperspektivet*. Møreforskning. Forskningsrapport nr.23. Volda: Høgskulen i Volda.
- Fehlberg, B., Smith, B., Maclean, M., & Roberts, C. (2011). Legislating for shared time parenting after separation: A research review. *International Journal of Law, Policy and the Family, 25*(3), 318–337.
- FOSAP (2014). *Samvær 0–3. Om samvær for de minste barna etter lov om barn og foreldre*. Oslo: Norsk psykologforening. Lenke: <http://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/gir-raad-om-samvaer-for-de-minste-barna>.
- Fransson, E., Låftman, S. B., Östberg, V., Hjern, A., & Bergström, M. (2017). The living conditions of children with shared residence – the Swedish example. *Child Indicators Research*. DOI 10.1007/s12187-017-9443-1.
- Gulbrandsen, W. (2013). Foreldrekonflikter etter samlivsbrudd: En analyse av samspill og kilder til det fastlåsende. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 50*(6), 538–51.
- Gulbrandsen, W. & Tjersland, O.A. (2011a). *Foreldremekling ved samlivsbrudd, Delrapport nr. 1*. Forskningsrapport. Oslo: Psykologisk institutt.
- Gulbrandsen, W. & Tjersland, O.A. (2011b). *Foreldremekling ved samlivsbrudd, Delrapport nr. 2*. Forskningsrapport. Oslo: Psykologisk institutt.
- Haugen, G.M.D. (2010). Children's perspectives on everyday experiences of shared residence: Time, emotions and agency dilemmas. *Children and Society, 24*(2), 112–122. DOI: 10.1111/j.1099–0860.2008.00198.x
- Haaland, K.R. (1988). *Familien etter skilsmissten*. Erfaringer fra delt omsorgsløsning. Oslo: Cappelen.
- Haavind, H. (1997). *Liten og stor. Mødres omsorg og barns utviklingsmuligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Johnston, J., Kline, M. & Tschann, J.M. (1989). Ongoing post divorce conflict: Effects on children of joint custody and frequent access. *American Journal of Orthopsychiatry, 59*, 576–592.
- Kitterød, R.H., Lidén, H., Lyngstad, J., Wiik, K.A. (2016). Delt bosted for barna etter samlivsbrudd – en praksis for folk flest? *Sosiologisk tidsskrift, 24*(1), 27–50. DOI: 10.18261/issn.1504–2928–2016–01–02
- Leach, P. (2014). *Family Breakdown: Helping children hang on to both their parents*. London: Unbound.
- Lidén, H. (2007). Barns erfaringer med delt bosted. I Skjorten, K., R. Barlindhaug & H. Lidén (red.). *Delt bosted for barn* (s. 151–257). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lyngstad, J., Kitterød, R.H., Lidén, H., & Wiik, K.A. (2015). *Hvilke fedre har liten eller ingen kontakt med barna når foreldrene bor hver for seg?* Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- McIntosh, J.E., Smyth, B., & Kelaher, M. (2010). Parenting arrangements post-separation: Patterns and developmental outcomes, Part II. Relationships between overnight care patterns and psycho-emotional development in infants and young children. I: J. McIntosh, B. Smyth, M. Kelaher, Y. Wells, & C. Long (red.), *Post separation parenting arrangements and developmental outcomes for infants and children: Collected reports (pp. 85–168)*. North Carlton, Victoria, Australia. Hentet fra <http://www.ag.gov.au/FamiliesAndMarriage/Families/FamilyViolence/Documents/Post%20separation%20parenting%20arrangements%20and%20developmental%20outcomes%20for%20infants%20and%20children.pdf>
- McIntosh, J. & The Australian Association for Infant Mental Health (2011). *Infants and overnight care – post separation and divorce: Clinical and research perspectives*. Hentet fra http://www.aaimhi.org/inewsfiles/AAIMHI_Infants_and_overnight_care.pdf
- McIntosh, J., Smyth, B.M., & Kelaher, M.A. (2014). Responding to concerns about a study of infant overnight care post-separation, with comments on consensus: Reply to Warshak. *Psychology, Public Policy, and Law, 21*(1), 111–119.
- Morss, J. (1996). *Growing critical: alternatives to developmental psychology*. London: Routledge.
- Ottosen, M.H. & Stage, S. (2012). *Delebørn i tal. En analyse af skilsmissebørns samvær baseret på SFI's børneforløbsundersøgelse*. SFI-rapport 12:16. København: SFI.
- Post, D. (1989). Arguments against joint custody. *Berkely Journal of Gender, Law and Justice, 4*(2), 316–325.
- Prop.161 L (2015–2016). *Proposisjon til stortinget* (forslag til lovvedtak). Endringer i barnelova mv. (likestilt foreldreskap). Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Rogoff, B. (2003). *The Cultural Nature of Human Development*. New York: Oxford University Press.
- Smith, L. (2013). Delt omsorg i lys av tilknytningsteori. *Oppvekstrapporten 2013*. Oslo: BUF-dir.
- Tjersland, O. A. (1992). *Samlivsbrudd og foreldreskap. Meklingsprosessens psykologi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Van Lawick, M.J. (2012). Vechtscheidende ouders en hun kinderen. *Systeemtherapie, 24*(3), 129–150. Engelsk versjon: http://narativ.cz/files/children_and_their_divorced_fighting_parents_-_millaan.pdf
- Warshak, R.A. (2014). Social science and parenting plans for young children: A consensus report. *Psychology, Public Policy and Law, 20* (1), 46–67. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/law0000005>
- Wiik, K. A., Kitterød, R. H., Lyngstad, J., & Lidén, H. (2015). *Samarbeid mellom foreldre som bor hver for seg*. SSB Rapport nr. 1. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2017 S. 284-293 FAGFELLEVDERT

MARIT RÅBU, Psykologisk institutt, UiO, HANNE HAAVIND, Psykologisk institutt, UiO

KONTAKT mariraa@psykologi.uio.no

«HVOR LANGT KOM VI?»

Felles utforskning av bedring i siste fase av psykoterapi

Bedring i psykoterapi handler ikke først og fremst om å nå forhåndsbestemte mål. Resultatet av terapien kan forstås gjennom de personlige utviklingsfortellingene som klient og terapeut skaper sammen fram mot avslutningen.

Hvilket utbytte har klienter av psykoterapi? Spørsmålet er av stor interesse, og har vært utgangspunkt for mye forskning. For klienten og terapeuten som nærmer seg avslutning av en terapi, er det kanskje mer nærliggende å spørre: Hvor langt kom vi? Deres felles søken etter mulige svar på dette spørsmålet kan komme til å prege og forme hvordan terapien blir avsluttet.

For å forstå hva som foregår i slutfasen av et behandlingsforløp, kan det være hensiktsmessig å betrakte klienters utbytte av psykoterapi og hvordan terapien blir avsluttet, som to sider av samme sak. Riktignok kan bedring «måles» som en effekt i etterkant, men selve opplevelsen av bedring er noe de to sammen utforsker og viser til når de vurderer om det er på tide å avslutte. Begge deler er oppe til forhandling samtidig, og både terapeut og klient søker etter noe som kan bli en felles oppfatning (Råbu, Binder, & Haavind, 2013). Effekten av terapi måles ofte ved å sammenlikne klienters svar på standardiserte skjemaer når de har avsluttet terapi, for eksempel Outcome Questionnaire (OQ45; Lambert & Burlingame, 2004), med de svarene de ga ved oppstart. Reduksjon i symptomnivå fra før til etter vurderes ut fra gruppebaserte empiriske normer for hvilken størrelse opplevelsen av bedringen bør ha for at den kan tas til inntekt for en reell forandring (Lambert et al., 1996). Disse metodiske grepene har skapt en forståelse av forholdet mellom avslutning og utbytte der

ABSTRACT

*«Where did we arrive in the end?»
Conjoint explorations
of improvements in the last phase
of psychotherapy*

How do clients and therapists reach shared notions about what they have accomplished through psychotherapy? This is a question about the dynamic between improvement and coming to an end. A reanalysis of a qualitative study of twelve processes of psychotherapy where clients and therapists negotiated and decided about ending demonstrated how improvements were co-constructions. Analyses of the interactions in the final phase of therapy brought attention to how recognizing improvements was linked to efforts to move towards a «good enough» ending. Looking ahead and looking back, the therapist and the client established different modes of development: Some clients had reached a new level in life, others regained capacities that had been lost and others came to terms with realities. Rather than counting for a specific outcome, the clients pointed out how they were able to deal with emotions and to face challenges in future relationships.

Keywords: psychotherapy research, ending/termination, outcome, improvements, change process, qualitative method

utbyttet er en form for nedgang i symptomer eller oppgang i livskvalitet, og der endring kan ses som et resultat av behandlingen. Siden forskningen lener seg på måleinstrumenter og resultater på gruppenivå (Ogles, 2013), blir utbyttet av behandling konstruert som en virkningskjede, der utbyttet er en generalisert effekt. På den måten kan virkningene av ulike behandlingsmetoder sammenliknes (Wampold, 2015).

Flere kvalitative studier har utforsket endring fra klienters perspektiv. Resultatene fremhever hvordan selve *opplevelsen* av bedring er i tråd med klientenes subjektive verdier, og gir fornyet opplevelse av mening (Berg, Sandahl, & Clinton, 2008; Binder, Holgersen, & Nielsen, 2010; Borg & Davidson, 2008; Kühnlein, 1999; McEvaney & Timulak, 2013; Nilsson, Svensson, Sandell, & Clinton, 2007; Timulak & Creaner, 2010; Valkonen, Hänninen, & Lindfors, 2011; Veseth, Binder, Borg, & Davidson, 2012). I en metastudie om klienters opplevelse av endring identifiserte Connolly og Strupp (1996) to hovedkategorier: endringer i selv-opplevelse og symptomlette. I noen studier av klienter med alvorlige psykiske vansker var hovedresultatet en opplevelse av «å være normal», i betydningen å være i stand til å delta i hverdagslivet og å være god mot seg selv (Borg & Davidson, 2008; Veseth et al., 2012).

Bedring gjennom psykoterapi handler altså ikke uten videre om å nå fram til et forhåndsbestemt mål. Letingen etter en vei til positiv forandring er i mange tilfeller en mer åpen og utprøvende bevegelse. Ut fra en slik tankegang ønsket vi å undersøke hvordan utbyttet av behandlingen og beslutningen om å avslutte kan vokse fram gjennom kontakt og utveksling mellom klienten og terapeuten. Sett på denne måten blir klientens utbytte også avhengig av om disse to sammen har – eller ikke har – skapt et opplevelsesfellesskap. Først når dette er etablert, kan de bekrefte at endring er noe som har skjedd. Det dreier seg ikke bare om å følge terapi som en fremadskridende prosess, men like mye om å forstå hvordan de to involverte lager en tilbakeskuende samkonstruksjon.

Gjennom en kvalitativ nærstudie av interaksjonen mellom klient og terapeut har vi undersøkt hvordan avslutningen kan brukes som en anledning til å se tilbake, men også til å se fremover. Vi ville undersøke hvordan opplevelse av bedring følger av hvordan de to partene har engasjert seg i terapien som et samarbeid over tid, og når de synes at samarbeidsresultatet er blitt slik at det kan være på tide å avslutte. Alt dette er spørsmål om hvordan bedring og avslutning blir vevd sammen og bidrar til at deltakelse i behandlingsforløpet kan bli meningsfullt for begge parter. Denne type spørsmål kan best bli besvart gjennom inngående studier av enkeltkasus.

Terapiprosessene vi har undersøkt, inngår i en omfattende naturalistisk studie av prosess og utfall i psykoterapi (Rønnestad et al., 2014). I hovedstudien deltok 18 erfarne terapeuter og 48 av klientene deres. Sammen inngikk de i en grundig kartlegging av behandlingens innhold og utvikling over tid. Da vi begynte med analysen som ligger til grunn for denne artikkelen, hadde vi allerede god kjennskap til de tolv utvalgte behandlingsforløpene fra tidligere studier (Råbu, 2011; Råbu, Binder, & Haavind, 2013; Råbu, Haavind, & Binder, 2012). For å utforske meningsdannelser og samkonstruksjoner hadde vi stilt to spørsmål: Hva foregår i timene mot slutten av en terapi, og hvordan ser klient og terapeut fra hver sin posisjon tilbake på det som har skjedd? Vi har dokumentert hvordan klienter og terapeuter lot til å operere ut fra et felles ideal om at beslutningen om å avslutte burde være samstemt. Dette innebar blant

annet at det å redusere hyppigheten av timene ble brukt som et strukturelt virkemiddel for å prøve ut om klientene følte at de kunne klare seg godt uten jevnlig terapi (Råbu, Binder, & Haavind, 2013; Råbu & Haavind, 2012). Samtidig la vi merke til at dialogene fram mot avslutningen var fulle av metaforer som understøttet relasjonen og samarbeidet mellom terapeut og klient (Råbu, Haavind, & Binder, 2012).

Spørsmålet om hvordan opplevelser av bedring ble aktualisert og skapt under disse rammebetingelsene, ble først tydelig for oss i etterkant av disse analysene. Rustet med ideen om at bedring kanskje ikke bare bør forstås som å nå forhåndsdefinerte mål, men snarere som noe som blir forhandlet mellom to parter som etter hvert kjenner hverandre godt, gjennomførte vi en sekundæranalyse av de samme tolv sakene. Forskningsspørsmålet vårt i denne studien var: Hva slags dynamikk oppsto mellom klientens bedring og avslutningsprosessen i hvert enkelt behandlingsforløp?

METODE OG DESIGN

Terapeutene rekrutterte selv klienter til undersøkelsen, og gjorde lydopptak av alle timene (Rønnestad et al., 2014). Utvalgte lydopptak ble transkribert. Klientene fylte ut standardiserte spørreskjemaer, blant annet Outcome Questionnaire (OQ-45, Lambert & Burlingame, 2004), som måler symptombelastning og behandlingsutfall. Etter hver time skrev både terapeut og klient hver for seg et lite notat om hva som hadde vært hovedinnholdet i timen, og om de hadde opplevd noen forandring. På en skala fra 1 til 5 markerte begge om de mente at timen hadde vært god for klienten.

Like etter at behandlingen var avsluttet, ble klient og terapeut hver for seg intervjuet om sine personlige opplevelser og retrospektive refleksjoner om hele behandlingen. I intervjuet utforsket man hva som hadde brakt klientene til terapi, hva som hadde vært hjelpsomt, og hva som hadde vært utfordrende. Deltakerne ble eksplisitt bedt om å fortelle hvordan beslutningen om å avslutte terapien kom i stand, og hvilke tanker de hadde om hva som var oppnådd gjennom terapien. Vi kunne følge hver enkelt terapeuts og klients forhandlinger fra da temaet avslutning ble brakt på bane, og undersøke hvordan avslutningen etter hvert ble gjennomført (se Råbu, Binder, & Haavind, 2013 for analyse av avslutningen basert på intervjuene).

Utvalg

Vi hadde allerede valgt ut tolv avsluttede terapiprosesser fra den større studien. Utvalget var basert på en antakelse om at det ville være mest å lære om dynamikken mellom bedring og avslutning fra analyser av behandlingsforløp der klienten og terapeuten kunne enes om at klienten hadde hatt et rimelig godt utbytte av behandlingen.

De åtte terapeutene (fire hadde to klienter hver) var mellom 49 og 68 år, fem var kvinner, og tre var menn, med gjennomsnittlig 30 års erfaring. Sju var psykologspesialister, og én var psykiater. Terapeutene oppga at de identifiserte seg med ulike teoretiske tilnærminger som psykodynamisk, atferdsteoretisk, kognitiv, humanistisk eller systemisk terapi. Alle de åtte terapeutene baserte seg på mer enn én terapeutisk orientering. Alle unntatt én av terapeutene var selvstendig praktiserende (den siste var tilknyttet en poliklinikk), og alle unntatt én hadde driftstilskudd. Alt i alt hadde disse terapeutene god rådighet over hvor mange timer de aktuelle klientene kunne få, og behandlingenes varighet var ikke bestemt på forhånd.

Klientene i de tolv behandlingsforløpene var mellom 25 og 52 år gamle, ti kvinner og to menn. Samtlige forklarte i intervjuet etter behandlingsslutt at de hadde opplevd en eller annen form for livskrise som gjorde behandling nødvendig, og de fleste hadde symptomer som angst og depresjon. Fem hadde relativt nylig opplevd smertelige brudd i et kjærlighetsforhold, én hadde mistet sin tenåringssønn i selvmord, en annen hadde «mistet» et nærstående familiemedlem som fikk en alvorlig sykdom og dermed ble forandret. Tre klienter oppga lav selvtillit og sosial hemning som grunn til å søke terapi. To klienter oppga at de var overveldet av sterke følelser, én på grunn av minner om seksuelle overgrep i barndommen, en annen fordi hun var bekymret over sin tendens til å miste kontrollen når hun ble sint. Alle hadde vanskeligheter med å opprettholde daglig aktivitet og var ute av stand til å arbeide i deler av behandlingsperioden. En klient ble innlagt i en kortere periode på grunn av selvmordsfare. Alle ga uttrykk for en sterk motivasjon for å arbeide med seg selv for å oppnå endring, og alle oppga at de hadde hatt god nytte av behandlingen. Fra starten av hadde halvparten av klientene en symptombelastning målt med OQ-45 (Lambert et al., 1996) som var høyere enn det som

regnes som klinisk nivå, og alle følte seg plaget i subjektiv forstand. Etter avslutning viste OQ-45 en nedgang i symptomer hos alle, uansett om symptombelastningen var høy eller moderat ved oppstart. For alle unntatt én var nedgangen betydelig.

Behandlingene varte fra sju til 43 måneder, og omfattet mellom 10 og 67 terapitimer. Fra starten av møttes alle ukentlig, men dette varierte noe over forløpet, ettersom noen etter hvert møttes sjeldnere, mens andre i perioder møttes oftere. Behandlingenes lengde var ikke fastsatt på forhånd, men ble basert på at terapeut og klient sammen kom fram til når det kunne være aktuelt å avslutte. For de aller fleste skjedde avslutningen gradvis, slik at det mot slutten gikk lengre tid mellom hvert møte. For enkelte kunne det gå flere måneder til den aller siste timen.

Etikk

Hovedstudien er godkjent av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning, REK sør-øst. Noen biografiske detaljer og andre opplysninger om de tolv behandlingene er endret eller maskert for å ivareta anonymitet.

Analyse

Forskningsintervjuene med klient og terapeut etter avslutning ble brukt som hjelpemiddel til å identifisere behandlingens siste fase i hver enkelt terapi. Her fikk vi også hjelp av refleksjonsnotatene som de to fylte ut etter hver time. Designet innebar på denne måten en data-triangulering (Denzin, 1989). Når vi kjente til timens plassering i behandlingsforløpet, kunne vi lettere sette oss inn i og bedre forstå hva som foregikk i den enkelte timen. Samtidig kunne vi ta hensyn til at terapeut og klient hadde både sammenfallende og ulike oppfatninger av hva som hadde foregått, og hvilken betydning de tilla det. Dermed fikk vi mulighet til å bevege oss fram og tilbake mellom lesning av intervjuene og de transkriberte timene fra behandlingenes slutfase.

For å velge ut relevant materiale brukte vi systematisk tekstkondensering (Malterud, 2001; 2011) og tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006; Braun, Clarke, & Rance, 2014). Hele tiden prøvde vi ut korte fortellinger som fanget opp fenomenene vi var ute etter, altså dynamikken mellom bedring (eller ikke-bedring) og avslutning (McLeod & Balamoutsou, 2001). Etter »



Vi ble slått av at symptomreduksjon ikke hadde noen fremtredende plass når klienter og terapeuter snakket sammen om at de kanskje nærmet seg en avslutning

grundig utforskning av hver enkelt terapiprosess lette vi etter temaer på tvers av sakene.

Vi valgte å gå inn i materialet med det åpne analytiske spørsmålet til interaksjonen mellom terapeuten og klienten: «Hva kan det være som foregår her, og hva gjør de ut av det?»

RESULTATER

Vi ble slått av at symptomreduksjon ikke hadde noen fremtredende plass når klienter og terapeuter snakket sammen om at de kanskje nærmet seg en avslutning. De gikk heller ikke konsekvent tilbake til begynnelsen for å sammenlikne klientens tilstand nå med beskrivelsen av klientens problemer den gang. Det var snarere slik at når spørsmålet om avslutning først var reist, lot det til at det som ble sagt mellom dem, på en eller annen måte handlet om hvilken utvikling de hadde oppnådd, og hva som eventuelt gjensto. De snakket som om de begge sammen hadde bidratt til denne utviklingen, og måten de snakket sammen på, besto mer av prøvende kommentarer enn utveksling av tydelige oppfatninger. Det var som om de sammen lette etter en felles oppfatning om når og hvordan avslutningen kunne foregå.

All utvikling handler om å nå et nytt nivå i den forstand at oppfatningen av det som er tilbakelagt, samtidig blir endret. De helt spesifikke formene for endring som terapeut og klient søkte seg fram til, og som så ble fremhevet til slutt, kunne de ikke på enkelt vis ha forestilt seg på forhånd. Det dreier seg om en kvalitativ forskjell mellom før og nå som retrospektivt fremstår som helt spesifikk for den enkelte.

Når terapisaamtalene kom inn på avslutning, lot både klienter og terapeuter til å vektlegge det de hadde fått til, fremfor det de ikke fikk til. Både klienter og terapeuter omtalte klientens bedring først og fremst som endringer i den subjektive opplevelsen av følelser, og engasjement og nærvær i relasjoner. Det handlet ikke om rettlinjert progresjon fra dårlige til gode følelser, men om erfaringer i retning av å forholde seg til følelser på nye og betydningsfulle måter.

Når klientene refererte til bedring, trakk de fram at de hadde oppdaget nye sider ved seg selv, at de hadde gjenvunnet sider ved seg selv som de fryktet at de hadde tapt, eller at de hadde fått en mer realistisk forståelse av hva de kunne oppnå, og hvordan de kunne klare seg. Dette tilsvarer tre ulike utviklingsfortellinger. Vi fant at hver av de tolv klientene hadde innslag av alle disse tre formene for utviklingsfortellinger, men med ulik tyngde, og med en høyst personlig utforming. I fem av de tolv sakene var det i tillegg særlig opplevelsen av å være kommet til et annet sted i livet som markerte avslutningen.

For tre klienter som hadde oppsøkt terapi på grunn av traumatiske hendelser og smertelige tap, var traumet eller tapet fremdeles betydningsfullt. Bedring var en følge av at de hadde gjenvunnet ferdigheter fra tiden før hendelsen, og fikk kontakt med sider av seg selv som de trodde at de hadde mistet.

For noen var det viktigste kjennetegnet ved avslutningen at den kom selv om klienten ikke hadde oppnådd full bedring, enten i terapeutenes øyne, eller i klientens egen oppfatning. Klienten kunne fremheve en utvidet og mer realistisk bevissthet om de utfordringene som han eller hun sannsynligvis vil komme til å møte i fremtiden. Selve bedringen, som gjorde avslutning mulig og rimelig, var følelsen av å ha blitt rustet til dette. Klientenes erkjennelse av at de hadde gjennomgått en utvikling, skapte

en opplevelse av både muligheter og begrensninger i møte med fremtiden. De av klientene som i intervjuet uttrykte tvil om de kunne oppleve ytterligere bedring i samarbeid med den konkrete terapeuten, tok ikke dette opp direkte med terapeuten. I stedet lot de i terapitimene til å bidra til en felles forståelse av hvordan de hadde samarbeidet, og hva de hadde oppnådd.

Vi vil derfor presentere resultatene av analysen som fortellinger som vektlegger utviklingsaspektet på ulike måter, slik vi har kunnet identifisere disse på tvers av kasus. Vi har valgt tre utviklingshistorier som illustrerer hvordan bedring og beslutningen om å avslutte ble koblet sammen:

Å nå et nytt utviklingsnivå – Anne

Et tema som dukket opp i flere dyader, var en enighet om at klienten hadde nådd et kvalitativt nytt utviklingsnivå, og derfor var klar til å avslutte terapien. Klienten hadde fremdeles sine utfordringer, men begge vurderte bedringen som betydelig og tilstrekkelig, og dette ble gjort til begrunnelse for å avslutte. Den følgende dialogen er fra den siste terapitimen til Anne:

Anne: I noen situasjoner føles det som om jeg mister all selvtillit. Men så kjenner jeg at jeg har kommet videre likevel altså, kjenner at det ligger ikke så dypt, da.

Terapeut: Hvordan merker du det, at du har kommet videre likevel, som du sier?

Anne: ... Jeg har det veldig godt i livet mitt nå, altså, jeg har jo ny jobb. Jeg tør jo egentlig ikke, men jeg gjør det likevel. Og det er jo et skritt frem.

Terapeut: Ja, da utfordrer du jo deg selv.

Anne: Ja, jeg utfordrer meg selv hver dag! Jeg er nervøs hver dag og redd hver dag, samtidig som jeg greier å kjenne at jeg vil det her. Ikke sant, og det er jo en fantastisk følelse.

Anne nevner i sitatet at hun hadde turt å ta en ny og mer krevende jobb som et eksempel på bedring. Terapeuten utvider dette til noe mer generelt: Hun utfordrer seg selv. De later til å være oppmerksomme på at det er en interaksjon mellom opplevelser i terapien og opplevelser i livet utenfor terapien. Dialogen deres var konsistent med hvordan Anne beskrev endringene sine da hun ble intervjuet:

Denne terapien var veldig bra for meg. Jeg følte at jeg kom videre i livet mitt på ting som var vanskelig. Jeg har vært veldig sosialt forknytt, hatt angst, da, i forhold til visse situasjoner, å møte mennesker på uventede steder, for eksempel. Har blitt veldig sånn, rødmet mye og følt fysisk ubehag, og har hengt meg veldig opp i det. Og det har hindret meg veldig i å være fri, da. Det har blitt mye bedre. Altså, av og til så kan jeg få noen dårlige episoder med tilbakefall da, hvor jeg tidligere følte at verden falt helt i grus, at jeg da kunne grave meg helt ned. Men fortsatt så kjenner jeg på den følelsen og sliter, men greier i litt større grad å komme videre da. Jeg utfordrer meg selv.

Anne var godt fornøyd med utviklingen sin, og hun var nøkternt realistisk med tanke på de vedvarende utfordringene i livet. Å utfordre seg selv mer innebar en betydelig bedring. Kapasiteten til å konfrontere sin egen tendens til å bakke ut var noe hun oppnådde gjennom terapien, og denne virket inn i livet hennes slik at hun kunne fortsette livet uten terapi. Det at hun oppdaget nye aspekter ved seg selv, hjalp henne til å håndtere følelser og relasjoner på nye måter.

Å få tilbake livet sitt – Sofie

I sakene der en distinkt traumatisk hendelse var foranledningen for terapien, kunne bedring snakkes om som en form for rehabilitering. Disse prosessene hadde også elementer av å komme til nye utviklingsnivåer, men progresjonen hadde sterkere sammenheng med å utvikle evne til å forholde seg til den traumatiske hendelsen og å finne tilbake til livet slik det var før hendelsen. Alle disse klientene måtte leve med irreversible tap og finne måter å gjenvinne vitalitet på og fortsette livet på tross av tapene. Både i terapitimene og i intervjuene snakket de om hvordan de hadde fått tilbake deler av det gamle livet sitt. Tapsopplevelsen hadde endret livet fullstendig, og arbeidet med denne erkjennelsen i terapi hadde gjort dem i stand til å gå videre i livet, og å avslutte terapien.

Sofie var en ung dame som hadde vokst opp som enebarn og med et nært forhold til sin enslige mor, og moren ble dramatisk endret etter et hjerneslag. Følgende utdrag er fra siste terapitime, og det viser hvordan Sofie og terapeuten oppsummerte Sofies bedring og det de har oppnådd:

Sofie: Det er greit å avslutte nå, men det betyr ikke at alt er fryd og glede. Men sammenliknet med hvordan det var ...

Terapeut: Nettopp! Og du var jo så ekstremt lei deg på grunn av de dramatiske hendelsene med moren din, og du følte så sterkt at du måtte redde henne. Det jeg hører nå, er at du er lei deg for det som skjedde med henne, men at du har avfunnet deg med at det er hennes situasjon.

Sofie fortalte mer om denne bedringen i intervjuet:

Denne terapien hjalp meg virkelig. Ingenting er endret i livssituasjonen min, men nå ligger jeg ikke våken hver natt og føler meg desperat. Og som terapeuten sa, det var nesten som om jeg ble rammet av et slag selv. Og nå har sjokket avtatt, og jeg er tilbake. Jeg har blitt vant til situasjonen min og det at moren min er veldig forandret. Og terapien har hjulpet meg å se nye aspekter ved meg selv og mitt eget liv.

Sofie hadde funnet en måte å forholde seg til følelsene sine på i en varig endret realitet som innebar stor endring i en viktig relasjon. Bedringen innebar ikke bare at hun hadde kommet seg over sjokket, men også at hun hadde oppdaget nye aspekter ved seg selv. Terapeuten beskrev at hun både hadde akseptert tapet av moren slik hun kjente henne, og samtidig en kapasitet og vilje til å akseptere realiteten og gå videre.

Å merke seg det man tross alt klarer - Liv

I fire av sakene bidro intervjuene til å avdekke diskrepans i perspektivene til klient og terapeut når det gjaldt hva slags bedring og utvikling klienten kunne tenkes å oppnå ved å fortsette i terapi. I disse sakene foreslo klienten å avslutte på et tidspunkt da terapeuten ønsket å fortsette. Klienten vurderte at det ikke var mer å oppnå ved å fortsette i terapitimene, og uttrykte dette indirekte ved å peke på det som gikk bedre i livet utenfor terapien, som å ha fått en ny kjæreste eller en ny jobb. Terapeutens oppfatning om at klienten kunne komme lenger, ble også indirekte håndtert i timene, ved å definere en avslutningsfase der avslutning ikke skulle skje brått, men gjøres til tema.

I alle disse fire sakene lot deltakerne til å mildne motsetningen ved at de ble enige om at terapien hadde vært nyttig, og at de hadde gjort viktige erfaringer i samarbeidet. Når terapeuten anbefalte å bruke tid på avslutningen, lot det ikke til å være for å overtale klienten til å fortsette, men som et bidrag til å konsolidere bedringen som var oppnådd.

I terapien til Liv kom motsetningene til uttrykk i samtaler om Livs alkoholbruk. Terapeuten, som ønsket å etablere alkoholreduksjon som relevant for Livs bedring, fortalte i intervjuet at dette faktisk var et av hovedfokusene i terapien. Liv, som var svært klar over at terapeuten ønsket å utforske hvordan hun brukte alkohol, slik at misbruk og avhengighet kunne bli temaer, fortalte i intervjuet at hun opplevde slike fremstøt som moralistiske. Begge ga uttrykk for at samtaler om alkohol ikke førte til noe, men bare terapeuten hadde tro på at de kunne oppnå noe gjennom å tematisere drikkingen.

I den terapitimen der Liv tok opp at hun ønsket å avslutte, startet hun timen med å snakke om alt som hadde blitt bedre, og om

hvor fornøyd hun var med terapien. I intervjuet begrunnet hun ønsket sitt om å avslutte slik:

Jeg var trøtt av å gå i terapi. Og så tenkte jeg at det å være trøtt av å gå i terapi må være et sunnhetstegn. Og så sa jeg til henne at jeg følte at det var på tide å avslutte.

I intervjuene tilkjennega både Liv og terapeuten i større grad enn det som kom til uttrykk i timene, at de var klar over uenigheten som var mellom dem. På det tidspunktet da begge innså at avslutningen ikke var til å unngå, bidro begge til å gi figur til det de faktisk hadde oppnådd. Følgende utdrag er fra den siste terapitimen:

Liv (sukker): Jeg føler at jeg er trøtt av å snakke om meg selv og de samme tingene i terapi. Det har hjulpet meg framover, men jeg føler meg på en måte ferdig ... Vi kunne kanskje oppsummere litt, snakke om hva vi har oppnådd i denne terapien?

Terapeut: Ja ... Vil du starte?

Liv: På en måte, jeg føler at jeg har kommet videre i forhold til eks mannen min, måten jeg føler i forhold til han. Det er en svær prosess. Før kunne jeg ikke engang holde ut å snakke om ham ... Jeg har fått en ny indre styrke. Jeg føler at jeg står stødigere på egen hånd. Jeg er ikke så redd for å si hva jeg mener lenger, og er ikke så redd for at andre skal kritisere meg ... Jeg kommer sikkert til å få tilbakefall, men jeg føler meg sterkere ... Og du har hjulpet meg med strategier for å håndtere tilbakevendende uønskede tanker, til å akseptere dem.

Terapeut: Det er jeg glad for å høre.

Den felles bestemmelsen om å avslutte ser ut til å ha bidratt til å glatte over noe av uenigheten. Denne felles bekreftelsen av det de faktisk hadde fått til, ble forankret i det som hadde hendt både i og utenfor terapien. Begge innså at dette var så langt de kom sammen, og begge ville ivareta den andres positive betydning for utfallet.

DISKUSJON

Fortellingene om bedringen som terapeuter og klienter skapte sammen, pekte fram mot den nær forestående avslutningen. Bedringsfortellingene handlet om hvordan klienten kunne klare seg i fremtiden, i møte med nye utfordringer. Resultatet av behandlingene fremsto altså ikke som objektive registreringer av bedring, men som personlige utviklingsfortellinger som vokste fram i behandlingens siste fase. Svaret på «hvor langt kom vi?» ser ut til å kunne romme både forhåpninger og en viss realisme med tanke på hva som er mulig.

Når avslutning ble gjort til tema, ble det ikke tatt noen avgjørelse med en gang, men det ble etablert enighet om å ha en fase for utforskning og oppsummering. Dette er i tråd med anbefalinger i faglitteraturen (Davis, 2008; Gabbard, 2009; Gelso & Woodhouse, 2002; Joyce, Piper, Ogródniczuk, & Klein, 2007; Novick & Novick, 2006; Schlesinger, 2005). Vi har pekt på hvordan interaksjonen mellom de to involverte dermed endret karakter. De snakket sammen i et «nå» som løftet fram behandlingens utviklingshistorie og klientens fremtid, mens de tidligere hadde vært mest

opptatt av å forstå klientens livserfaringer. Nå er det noe annet som gjelder, og klientens bidrag og egne vurderinger ble etterlyst og fremhevet. Begge bekreftet det de hadde oppnådd sammen. Om den ene eller den andre hadde noen oppfatninger og vurderinger som de holdt for seg selv, kan det handle om at de to var i ferd med å skille lag. At klientene holdt noen av vurderingene sine for seg selv, kan være med på å bekrefte at de går videre med sitt liv. Analysen av de tolv rimelig vellykkede behandlingene peker på at avslutning kan bestå i å plukke ut og sette sammen byggesteiner til en utviklingshistorie. Når de begynner å sette ord på dette, fanger de opp noe som allerede har skjedd i samspillet. Det ble viktigere å diskutere hvor langt de hadde kommet, enn å registrere om de hadde nådd bestemte forhåndsdefinerte mål. Dermed inngikk det å kunne samarbeide med hverandre og bekrefte hverandre som en sentral del av behandlingens resultat.

De tre typene av utviklingsfortellinger som vi har løftet fram her, vil kunne nyansere og utvide ideer om hva bedring er, og forankre det som et interaktivt fenomen i behandlingens slutfase. Slike utviklingsfortellinger viser hvordan det kan være hensiktsmessig at klienten og terapeuten mot slutten av behandlingen gir særlig figur til det som har vært positivt. Dette forutsetter en terapeut og en klient som kjenner hverandre ganske godt, og som gjennom en serie timer har prøvd ut en rekke ulike måter å snakke sammen på. De kan bruke den personlige kunnskapen også til å styre unna områder som de to ikke har kunnet, og derfor antakelig heller ikke kan, bli enige om. Selv om de på et vis glatter over noe, kan det være like riktig å si at de etablerer en felles konklusjon om klientens bedring. Dette styrker terapeuten sin opplevelse av å være en kompetent hjelper, bekrefter at samarbeidet var verdt anstrengelsene, og styrker klientens opplevelse av å være bedre rustet. Valkonen, Hänninen og Lindfors (2011) påpekte at de viktigste endringene i klienters opplevelse har å gjøre med hvordan de fortolker seg selv og problemene sine. De to var ikke fullstendig uvitende om hva de glattet over, for ulike oppfatninger ble indirekte ivaretatt ved at terapeuten inviterte klienten til en utforskning av hvor langt de hadde kommet. Terapeuten var innstilt på å gi forrang til klientens oppfatning om at det kan være på tide å slutte. I alle sakene ble det etablert en idiografisk versjon av hva klient og terapeut hadde fått til sammen.

Resultatene er basert på en analyse av tolv behandlinger der alle terapeutene var erfarne, og klientene var motiverte for behandling og hadde et rimelig godt utbytte. Dette utvalget av terapiforløp har betydning for resultatenes rekkevidde. Åpne og fleksible terapiprosesser gjorde at vi fikk mulighet til å se hvordan former for bedring ble etablert: Alle behandlingene kan sies å ha vært skreddersøm i den forstand at terapeuten kunne tilpasse både metoder og temaer til den aktuelle klientens behov og kapasitet. En slik følsomhet og fleksibilitet fra terapeuten gir også klientene stor innflytelse, og etter hvert en visshet om at de vil bli hørt og tatt hensyn til. Siden varigheten ikke var bestemt på forhånd, og derfor ble et forhandlingsspørsmål, virket det i retning av å gi klientene større trygghet om at avslutningen var opp til dem.

I behandlinger som foregår under strammere rammebetingelser, både når det gjelder tidsbruk og kostnader, må nødvendigvis forholdet mellom bedring og avslutning håndteres på andre måter. Det betyr ikke at samkonstruert bedring ikke kan oppnås under andre betingelser, men snarere at dette vil kreve egne studier av selve dynamikken i endrings-



Analysen peker på at avslutning kan bestå i å plukke ut og sette sammen byggesteiner til en utviklingshistorie



prosessen. Det er også mulig å tenke seg at de bedringsprosessene som vi har studert, er betinget av terapeutenes dyktighet. For å sette det på spissen kan man si at det ikke er opplagt at romslige tidsrammer og stor frihet til å velge tematikk og metoder bidrar til gode utviklingsprosesser dersom terapeutene ikke er mottakelige og lydhøre, og/eller dersom klientene ikke er motiverte og lar seg engasjere.

Tolv kaser er et begrenset utvalg. Det kan selvsagt finnes flere typer av utviklingshistorier enn de vi fikk observert. Men med den kunnskapen vi nå har løftet fram, vil vi kanskje være bedre rustet til å forstå avslutninger der det er knapt med bedringsmarkører, der hvor partene nærmest ga hverandre opp og trakk seg fra fortsatt kontakt.

Vi vil også minne om at det kan være grunn til å være forbeholden overfor entydig positive beskrivelser ved avslutning, særlig om de er basert bare på terapeutenes vurdering (Lambert, 2010). Fenomenet som kalles «hello-goodbye» (Hathaway, 1948; Hill, 2006; Horvath, Flückiger, & Symonds, 2011) omtales gjerne som en feilkilde i forskning. Klienter kan overdrive symptomene i begynnelsen av en terapi for å begrunne at de søker hjelp. Likeledes kan de mot slutten av terapien overdrive at de føler seg bedre. Takknemlighet overfor en forståelsesfull terapeut er ikke det samme som bedring. I etterkant av denne undersøkelsen har vi imidlertid også blitt opptatt av at enhver enkeltstående subjektiv vurdering ikke nødvendigvis er mer upålitelig enn en gruppeeffekt basert på standardiserte målemetoder. Et tilbakeblikk som søker etter det positive, kan være en viktig markering ved overgangen til avslut-

ningen av en psykoterapi. Et slikt mønster kan være uttrykk for en type implisitt relasjonell kunnskap eller prosedural kunnskap om hvordan man gjør noe sammen med andre (Lyons-Ruth et al., 1999; Wachtel, 2008). Å spørre etter bedring kan, i tillegg til å være en konvensjon, bli en konstruktiv ivaretagelse av relasjonen i en kritisk fase der det som er vunnet i terapien, kan stå på spill.

KONKLUSJON

Den kliniske litteraturen om avslutning later til å basere seg på svært generelle prinsipper for hvordan terapeuter skal gå fram, og tenderer samtidig mot å sette opp relativt høye standarder for hvordan avslutningen skal foregå. Analysen viser at erfarne terapeuter med rimelig gode resultater håndterer avslutningen pragmatisk og taktfullt, på den måten at de tilbyr utfordringer, men justerer seg etter klienten. En slik taktfullhet kan innebære både at klient og terapeut samarbeider om hva de har oppnådd, og at klienten får ha siste ord i definisjonen av hvordan bedringen skal forstås. ✕

REFERANSER

- Binder, P.E., Holgersen, H., & Nielsen, G.H. (2010). What is a 'good outcome' in psychotherapy? A qualitative exploration of the former patient's point of view. *Psychotherapy Research, 20*, 285–294.
- Berg, A.L., Sandahl, C., & Clinton, D. (2008). The relationship of treatment preferences and experiences to outcome in general anxiety disorder (GAD). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 81*, 247–259.
- Borg, M. & Davidson, L. (2008). The nature of recovery as lived in everyday experience. *Journal of Mental Health, 17*, 129–140.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*, 77–101.
- Braun, V., Clarke, V., & Rance, N. (2014). How to use thematic analysis with interview data. I A. Vossler & N. Moller (red.), *The counselling & psychotherapy research handbook* (s. 183–197). London: Sage.
- Connolly, M. & Strupp, H. (1996). Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes. *Psychotherapy Research, 6*, 30–42.
- Davis, D.D. (2008). Terminating therapy. A professional guide to terminating on a positive note. Hoboken, NJ: Wiley.
- Denzin, N.K. (1989). *Interpretative interactionism*. Newbury Park, CA: SAGE.
- Gabbard, G.O. (2009). What is a «good enough» termination? *Journal of American Psychoanalytic Association, 57*, 575–594.
- Gelso, C.J. & Woodhouse, S.S. (2002). The termination of psychotherapy: What research tells us about the process of ending treatment. I G. S. Tryon (red.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (s. 344–369). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Hathaway, S.R. (1948). Some considerations relative to non-directive psychotherapy as counseling. *Journal of Clinical Psychology, 4*, 226–231.
- Hill, C.E. (2006). What qualifies as research on which to judge effective practice? Qualitative research. I J.C. Norcross, L.W. Beutler & R.F. Levant (red.), *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialog on the fundamental questions* (s. 74–81). Washington, DC: American Psychological Association.
- Horvath, A.O., & Bedi, R.P. (2002). The alliance. I J.C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work. Therapists' contributions and responsiveness to patients* (s. 37–69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A.O., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. I J. C. Norcross (red.), *Psychotherapy relationships that work. Evidence-based responsiveness*. New York: Oxford University Press.

- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139–149.
- Joyce, A.S., Piper, W.E., Ogradniczuk, J.S., & Klein, R.H. (2007). *Termination in psychotherapy. A psychodynamic model of processes and outcomes*. Washington DC: American Psychological Association.
- Kühnlein, I. (1999). Psychotherapy as a process of transformation: Analysis of post-therapeutic autobiographic narrations. *Psychotherapy Research, 9*, 274–288.
- Lambert, M.J. (2010). *Prevention of treatment failure*. Washington DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. & Burlingame, G.M. (2004). *Administration and scoring manual Outcome Questionnaire (OQ 45.2)*. Salt Lake City: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G.C., & Yanchar, S.C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 3*, 249–258.
- Lyons-Ruth, K., Bruschiweiler-Stern, N., Harrison, A.M., Morgan, A.C., Nahum, J.P., Sander, L., & Tronick, E.Z. (1999). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal, 19*, 282–289.
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. *The Lancet, 358*, 483–488.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McElvaney, J. & Timulak, L. (2013). Clients' experience of therapy and its outcomes in 'good' and 'poor' outcome psychological therapy in a primary care setting: An exploratory study. *Counselling and Psychotherapy Research, 13*, 246–253.
- McLeod, J. & Balamoutsou, S. (2001). A method for qualitative narrative analysis of psychotherapy transcripts. I J. Frommer & D.L. Rennie (red.), *Qualitative psychotherapy methods and methodology* (s. 128–152). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change on cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: A qualitative comparative study. *Psychotherapy Research, 17*, 553–566.
- Novick, J. & Novick, K.K. (2006). Good goodbyes. Knowing how to end in psychotherapy and psychoanalysis. Lanham, MD: Jason Aronson.
- Ogles, B.M. (2013). Measuring change in psychotherapy research. I M.J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change* (s. 134–166). Hoboken NJ: Wiley.
- Rønnestad, M.H., Gullestad, S.E., Halvorsen, M.S., Haavind, H., von der Lippe, A.L., Nissen-Lie, H.A., & Reichelt, S. (juni 2014). *The outcomes of therapies conducted by highly experienced therapists*. Panelinnlegg, Society for Psychotherapy Research (SPR), konferanse i København.
- Råbu, M. (2011). Relational development in psychotherapy from beginning to end: Connecting structural and interpersonal aspects of psychotherapy. Doktoravhandling i psykologi ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo.
- Råbu, M., Binder, P.E., & Haavind, H. (2013). Negotiating ending: A qualitative study of the process of ending psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy and Counselling, 15*, 274–295.
- Råbu, M. & Haavind, H. (2012). Coming to an end: A case study of an ambiguous process of ending. *Counselling and Psychotherapy Research, 12*, 109–117.
- Råbu, M., Haavind, H., & Binder, P.E. (2012). We have travelled a long distance and sorted out the mess in the drawers: Metaphors for moving toward the end in psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 13*, 71–80.
- Schlesinger, H.J. (2005). Endings and beginnings: On the technique of terminating psychotherapy and psychoanalysis. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Timulak, L. & Creamer, M. (2010). Qualitative meta-analysis of outcomes of person-centred and experiential psychotherapies. I M. Cooper, J.C. Watson, & D. Hölldampf (red.), *Person-centred and experiential therapies work. A review of the research on counseling, psychotherapy and related practices* (s. 65–90). Herefordshire: PCCS Books.
- Valkonen, J., Hänninen, V., & Lindfors, O. (2011). Outcomes of psychotherapy from the perspective of the users. *Psychotherapy Research, 21*, 227–240.
- Veseth, M., Binder, P.E., Borg, M., & Davidson, L. (2012). Toward caring for oneself in a life of intense ups and downs: A reflexive-collaborative exploration of recovery in bipolar disorder. *Qualitative Health Research, 22*, 119–133.
- Wachtel, P.L. (2008). Relational theory and the practice of psychotherapy. New York: Guilford.
- Wampold, B.E. (2015). The great psychotherapy debate. The evidence for what make psychotherapy work. New York: Routledge.



SKJØNNSMESSIG VURDERING

Når Helsedirektoratets anbefalinger skal oversettes til implementering av helseforetakene, fører en prioritering av standardisering til en nedprioritering av klinisk skjønn og erfaring, skriver artikkelforfatterne. Foto: Pressmaster / Shutterstock / NTB scanpix

Et vitenskapelig skjønn

Veiledere i psykisk helsevern anbefaler klinikere å bruke standardiserte vurderingsformer. Bruken av klinisk skjønn havner i skyggen. Men klinisk skjønn er også en vitenskapelig fremgangsmåte, noe Thomas Bayes underbygde allerede i 1763.

TEKST

Håkon Kongsrud Skard, psykolog, Diakonhjemmet sykehus og Robert Rutsjij, overlege, Ahus sykehus

KONTAKT

Hkskard@gmail.com

Psykisk helsevern er det et økende fokus på standardisering av vurderinger ved førstegangskontakt med pasienter. Formålet er å redusere antall feilvurderinger samt fange opp høyrisikotilstander som psykose og suicidalfare (Helsedirektoratet, 2006; 2013). Standardiseringen innebærer at klinikerne bruker validerte symptomsmål, eller stiller empirisk validerte spørsmål, som kan fange

opp høyrisikotilstander – en form for «screening». Det som i liten grad vektlegges i veilederne og ved innføringen av slike rutiner, er betydningen av klinisk skjønn. Denne uttaltelsen kan medføre flere feilvurderinger, stikk i strid med intensjonen bak standardiseringen. Effekten av screening som fenomen er heftig debattert ved ulike somatiske tilstander, som brystkreft og prostatakreft (Johansen, 2008),

men innføringen av liknende prosedyrer i psykisk helsevern ser ikke ut til å ha utløst den samme debatten.

Et eksempel fra somatikken kan demonstrere risikoen ved å tillegge resultatet på standardiserte mål overdreven vekt, og illustrerer hvorfor innføringen av screening er omstridt. La oss si at du skal teste en pasient for en kreftform. Du vet at denne kreftformen forekommer hos 1 % av befolkningen, og du vet at testen du bruker, er 99 % treffsikker. Testen utføres, og den er positiv. Hva er sannsynligheten for at pasienten har kreft? Mange ville intuitivt svart at de er 99 % sikre på at pasienten har kreft, men de som husker noe om base-rateproblematikk fra statistikken, ville vært mer usikre. Svaret er at det er 50 % sannsynlighet for at pasienten har kreft. En test med 99 % treffsikkerhet er sjelden kost selv i somatikken og i hvert fall i psykisk helsevern. La oss si at treffsikkerheten er 90 %, som fortsatt er veldig bra. Med denne treffsikkerheten vil sannsynligheten for å ha kreft i det foregående eksempelet være på under 50 % *selv ved to positive tester* (Horgan, 2016). Det er i disse situasjonene det er lett å gjøre feilslutninger. Hvis en pasient har tatt to tester som du har stor tillit til, og begge viser samme resultat, hva er din naturlige reaksjon? Konsekvensene for pasienten vil være dramatiske uansett: enten en påvist livstruende sykdom – eller en krevende og kostbar behandling for en sykdom som ikke er der.

Måten vi regner oss frem til sannsynligheten på i eksempelet over er gjennom Bayes teorem. Bayes teorem er en statistisk tilnærming der relevant kontekstuell informasjon (kreftformens prevalens og instrumentets sensitivitet) inkluderes i vurderinger av hvor sannsynlig det er at en gitt pasient har en lidelse. Vi vil hevde at psykologer og psykiateres kliniske skjønn er grunnleggende likt denne tilnærmingen, og at betydningen av skjønn bør vektlegges i mye større grad når helsemyndigheter rådgir om vurderingssituasjoner.

Formålet med denne teksten er todelt. I første del vil vi vise hvordan klinikere er vitenskapelige når de gjør skjønnsmessige vurderinger av pasienter. I andre del vil vi argumentere for at slike skjønnsmessige vurderinger fordrer klinisk ekspertise. Et ensidig fokus på standardiserte metoder kan være uheldig, særlig for nyutdannede klinikere.

BAYESIANSK LOGIKK

Bayesiansk logikk er like vitenskapelig som den dominerende statistiske tankegangen bak standardiserte mål, men baserer seg på andre fundamentale prinsipper. Essensen i bayesiansk resonnering er å starte med en forutgående (a priori) sannsynlighet og ta inn ny informasjon for deretter å danne en etterfølgende (a posteriori) sannsynlighet. Dette kan uttrykkes matematisk med Bayes teorem (Kirkwood & Sterne, 2003):

$$P(B \text{ gitt } A) = P(B) * P(A \text{ gitt } B) / P(A)^1$$

Brakdal (2015) påpeker at erfarne klinikere er «bayesianere», uten at de er klar over at de benytter denne metoden, fordi de gjør det implisitt som en del av den diagnostiske prosessen. Innenfor evidensbasert medisin forutsettes det at klinikere er intuitive bayesianske tenkere (Guyatt, Rennie, Meade & Cook, 2008), og undersøkelser har vist at en bayesiansk tilnærming gir best diagnostisk presisjon ved mange somatiske tilstander, for eksempel diagnostisering av dyp venetrombose (Palareti, Cosmi & Legani, 2006) og akutt appendisitt (Sakai, Kobayashi, Nakamura, Toyabe & Akazawa, 2007).

Ved hjelp av noen fiktive kliniske eksempler ønsker vi å illustrere logikken i bayesiansk tenkning og vise hvor viktig klinisk skjønn / bayesiansk tenkning kan være i pasientvurderinger.

Tre kasus

Mange institusjoner i psykisk helsevern tilbyr øyeblikkelig hjelp, et tilbud der pasienter kan oppsøke bistand uten henvisning. Dette er situasjoner der pasienter skal vurderes opp mot potensielt alvorlige problemstillinger basert på lite forutgående informasjon. Vi ønsker å illustrere hvordan svaret på spørsmålet «Hører du stemmer?» kan ha helt ulik verdi og gi helt ulik forståelse basert på konteksten det gis i, ved å bruke tre fiktive «kasusjournaler»:

Pasient 1: Mann på 25 år, uten fast bopel, hentet av politi etter å ha gått til angrep på en statue

.....

1. P benyttes som begrep på sannsynlighet (*probability*) og må ikke forveksles med p-verdien i frekventistisk statistikk.



og skreket til forbipasserende. Fremstår ustelt og uten adekvate klær for årstiden. Nekter å håndhilse eller gi blikkontakt. Virker redd, snakker usammenhengende uten forutgående spørsmål, har lang latenstid ved spørsmål og gestikulerer vilt.

På spørsmål om han hører stemmer, svarer han: NEI.

Pasient 2: Kvinne på 50 år, oppgir ingen tidligere psykisk lidelse, ingen psykisk lidelse i familien. Jobber som sekretær, gift i 25 år, to velfungerende barn. Kommer til samtale med ektemann, gir god formell og emosjonell kontakt. Oppgir nedstemthet knyttet til at barna har flyttet ut. Ingen latenstid, svarer adekvat på spørsmål, motorisk rolig.

På spørsmål om hun hører stemmer, svarer hun at hun tror på ånder og kan av og til høre at de svarer. Så JA, hun hører stemmer.

Pasient 3: Ung velutdannet mann som kommer til samtale i følge med sin kjæreste. Bror med kjent psykoselidelse. Kjæresten har på forhånd ringt og varslet bekymring fordi hun opplever ham som underlig. Han har sagt opp jobben sin uten å informere henne, og hun har hørt ham snakke med seg selv. Velkledd og velstelt. Gir god formell kontakt. Viser klar motvilje mot undersøkelsen, bekrefter også dette selv. Mimikkfattig, svarer kortfattet og av og til etter lengre pauser. Når kjæresten ikke er med i samtalen, forteller han at han ikke føler han kan stole på henne lenger. Sier at han føler at han er i en livskrise, men ønsker ikke noe hjelp fra psykisk helsevern.

På spørsmål om han hører stemmer, svarer han: NEI.

Vi påstår at de fleste klinikere ville vurdert pasient 1 som sannsynligvis psykotisk, pasient 2 som sannsynligvis ikke psykotisk og pasient 3 som et tvilstilfelle, der sannsynligheten for psykose er usikker. Pasient 1 og 2 blir i så fall vurdert i strid med informasjonen innhentet fra det standardiserte spørsmålet, mens i pasient 3 sitt tilfelle så vil spørsmålet og pasientens svar vektlegges i vurderingen. At svaret vurderes ulikt, er fordi klinikere tar med all tilgjengelig informasjon i vurderingen og vekt-

legger svaret på spørsmålet ut fra den forutgående informasjonen, i tråd med bayesiansk tenkning. La oss illustrere denne prosessen matematisk for å vise den underliggende logikken.

A priori-vurderinger

Forholdet mellom den diagnostiske testen, A (f.eks. symptom, laboratorieprøve, røntgenbilde, spørsmål), og sykdommen, B, uttrykkes statistisk gjennom Bayes teorem. I vårt tilfelle betyr dette at selvrapportert stemmehøring (diagnostisk test A +/-) og psykose (sykdom B +/-)² skal opptre samtidig.

Initialt anslås en a priori-sannsynlighet for sykdommen (psykose), basert på den informasjonen behandleren besitter før testen. En a priori-vurdering omtales i litteraturen ofte som indikasjon, prevalens eller pretestsannsynlighet. Vi vil i det følgende kun bruke begrepet prevalens.

Vi definerer tre prevalensgrupper:

1. Lavprevalensgruppe: Hvis en utelukker den informasjonen som fremkommer i vurderingen utover pasientenes svar, vil prevalensen være lik prevalensen av psykose i befolkningen (Kringlen, 2001). Dette gjelder for eksempel for «Kvinne på 50» (pasient 2) $P(B) = 0,2\%$.
2. Middelsprevalensgruppe: Når forutgående informasjon gir sterk tvil om hvorvidt pasienten er psykotisk, som for «Ung velutdannet mann» (pasient 3), kan prevalensen angis som 50 %. $P(B) = 50\%$.
3. Høyprevalensgruppe: Når forutgående informasjon entydig peker i retning av at pasienten hører stemmer, for eksempel som i tilfellet med «Mann på 25 år» (pasient 1), kan prevalensen angis å være 80 %. $P(B) = 80\%$.

Testen utføres (spørsmålet stilles), og det aktuelle resultatet av en test betraktes på ethvert tidspunkt som en betinget sannsynlighet, det vil si at sannsynligheten for at resultatet er korrekt, tolkes ut fra forutgående informasjon. Dette gir grunnlaget for å gjennomføre følgende utregninger:

.....

2. +/- brukes som begreper på positiv/negativ test og syk/frisk.

Sannsynlighet for å være psykotisk når personen bekrefter stemmehøring

P (B+ gitt A+) kalles for 'positiv prediksjonsverdi' og viser sannsynligheten for å være syk gitt en positiv test. I vårt tilfelle er positiv prediksjonsverdi sannsynligheten for å være psykotisk når personen bekrefter stemmehøring.

P (A+ gitt B+) kalles for 'sensitivitet' og er lik sannsynligheten for en positiv test gitt at personen er syk. I vårt tilfelle: sannsynligheten for at en som er psykotisk (og hører stemmer), bekrefter stemmehøring. Vi har ikke funnet data på hvor stor andel av de som faktisk er psykotiske, som vil bekrefte at de hører stemmer dersom de opplever dette. Derfor vil vi gjøre en skjønnsmessig vurdering av sensitivitet og bruke den videre i våre utregninger. Basert på denne vurderingen anslår vi at 90 % av psykotiske pasienter ville svare ja på et spørsmål om stemmehøring, $P(A+ \text{ gitt } B+) = 90\%$.³ $P(A)$ settes lik forekomsten av selvrapportert stemmehøring i befolkningspopulasjonen. Denne er forsiktig estimert til 4 % (Beaven et al., 2011).

Sannsynlighet for å ikke være psykotisk når personen benekter stemmehøring

Tilsvarende resonnement kan gjøres for negative funn. P (B- gitt A-) kalles for 'negativ prediksjonsverdi' og er lik sannsynligheten for å være frisk gitt en negativ test. I vårt tilfelle sannsynligheten for å ikke være psykotisk dersom man benekter stemmehøring.

P (A- gitt B-) kalles for 'spesifisitet' og er lik sannsynligheten for en negativ test gitt at man er frisk. Med utgangspunkt i rapportert stemmehøring i normalbefolkningen er denne lik 96 % (Beaven et al., 2011).

Vi kan nå beregne positiv og negativ prediktiv verdi for lav-, middels- og høyprevalensgruppene. Dette vil vi illustrere gjennom bruk av en CHI-kvadrat-tabell (se figur 1).

Figur 1

Test	Syk	Frisk	
+	SP (sann positiv)	FP (falsk positiv)	a+b
	a	b	
-	FN (falsk negativ)	SN (sann negativ)	c+d
	c	d	
	a+c	b+d	a+b+c+d

$$\text{Sensitivitet} = a/a+c = 0,9$$

$$\text{Spesifisitet} = d/b+d = 0,96$$

$$\text{Positiv prediktiv verdi (PPV)} = a/a+b$$

$$\text{Negativ prediktiv verdi (NPV)} = d/c+d$$



Innenfor evidensbasert medisin forutsettes det at klinikere er intuitive bayesianske tenkere

.....

3. Man kan argumentere for at dette anslaget er høyt, da tildekking av symptomer forekommer, men standardiserte spørsmål hviler på premisset at flertallet av respondenter svarer sannferdig.





Vi har personlig sett situasjoner der diagnoser har blitt satt med henvisning kun til utslag på et standardisert instrument som begrunnelse

RESULTATER

Hva er da verdien av spørsmålet stilt til pasienten, basert på disse utregningene? Vil svaret påvirke vurderingen av om pasienten er psykotisk eller ikke? I det følgende synliggjør vi med tall hvordan a priori-vurderinger (prevalensvurderinger) påvirker fortolkningen av svaret på om pasienten hører stemmer.

Figur 2

	Positiv prediktiv verdi (%)	Negativ prediktiv verdi (%)
Lavprevalensgruppe	4,3	99,9
Middelsprevalensgruppe	96,0	91,0
Høyprevalensgruppe	99,0	70,5

Lavprevalensgruppe

Det er 4,3 % sannsynlighet for at en person fra lavprevalensgruppen (her: «Kvinne på 50») som svarer bekreftende på spørsmål om stemmehøring, er psykotisk. Det er 99,9 % sannsynlighet for at en person fra lavprevalensgruppen som svarer avkrefteende på spørsmål om stemmehøring, ikke er psykotisk.

Middelsprevalensgruppe

Det er 96 % sannsynlighet for at en person fra middelsprevalensgruppen (her: «Ung velutdannet mann») som svarer bekreftende på spørsmål om stemmehøring, er psykotisk. Det er 91 % sannsynlighet for at en person fra middelsprevalensgruppen som svarer avkrefteende på spørsmål om stemmehøring, ikke er psykotisk.

Høyprevalensgruppe

Det er 99 % sannsynlighet for at en person fra høyprevalensgruppen (her: «Mann på 25 år») som svarer bekreftende på spørsmål om stemmehøring, er psykotisk. Det er 70,5 % sannsynlighet for at en person fra høyprevalensgruppen som svarer avkrefteende på spørsmål om stemmehøring, ikke er psykotisk.

Utregningene bekrefter på denne måten den skjønnsmessige konklusjonen til klinikerens, nemlig at svaret til pasient 2 («Kvinne på 50 år») ikke ville påvirket vurderingen, mens svaret til pasient 3 («Ung velutdannet mann») var viktig for klinikerens vurdering. Dette fordi det erfarne kliniske skjønn er intuitivt bayesiansk. Sannsynligheten for å ikke være psykotisk (NPV) basert på svaret til pasient 1 («Mann på 25 år») viser det kraftige utslaget som gis av høy prevalens kombinert med vårt høye anslag på sensitivitet. Den erfarne klinikerens ville sannsynligvis likevel vektet svaret mindre enn den observerte atferden i sin vurdering, samt neppe slått seg til ro med et resultat som ga 30 % feilmargin.

SKJØNN VERSUS STANDARDISERING

Helhetlige vurderinger med kontekstuell informasjon har i våre fiktive eksempler og i den kliniske virkeligheten bedre prediktiv verdi. Dette vil ikke overraske erfarne klinikere, men formidles det til nyutdannede

klirikere? «Helhetlig vurdering» er en formulering som går igjen i alt fra lov om psykisk helsevern til interne kvalitetssikringsrutiner, og det er ingen grunn til å betvile at bakgrunn, aktuell situasjon og status presens tas med i samtlige klinikers vurderinger. Klarer likevel alle å innarbeide og vektlegge informasjon fra instrumenter riktig i en helhetlig vurdering?

Vi mener at standardiserte instrumenter forblir den beste undersøkelsesmåten for å fullt ut utforske et fenomen, gitt at de har høy reliabilitet og validitet. Vi er også bevisste at instrumenter inneholder mer enn ett spørsmål, slik vi har benyttet i utregningene, samt at manualene til instrumentene spesifiserer at de skal være en del av en bredere utredning. Vårt poeng er at standardiserte spørsmål brukt feil kan føre til falske positive eller falske negative svar, noe som er en potensiell trussel mot pasientsikkerheten i form av overbehandling eller feilbehandling, som illustrert gjennom debatten rundt screeningprosedyrer i somatikken. Dette gjelder spesielt lavprevalente tilstander som psykose. Gjennom oppfordringene fra helsemyndigheter og helseforetak til å bruke standardisering for å minimere kilder til feilslutninger, gir det opphav til nye. Vi har personlig sett situasjoner der diagnoser har blitt satt med henvisning kun til utslag på et standardisert instrument som begrunnelse, samt pasienter som utredes eller henvises igjen og igjen grunnet et tvilsomt utslag på et standardisert mål tilbake i tid. Dette kan tyde på at en helhetlig vurdering ikke alltid forekommer.

Vi opplever likevel at det hovedsakelig gjøres gode vurderinger i norsk psykisk helsevern, fordi det er erfarne klinikere som gjør dem og dermed er i stand til å avgjøre om standardiserte spørsmål skal benyttes. Vi er derfor kritiske til pålagte standardiserte spørsmål som et forbedringstiltak i kvalitetssikringsarbeid. De problemene vi viser som kan oppstå ved feil bruk av disse spørsmålene, har potensial til å utgjøre en fare for pasientsikkerheten, spesielt i situasjoner med uerfarent personell fremfor erfarne klinikere. Det er dokumentert at erfarne klinikere gjør bedre kasusformuleringer enn uerfarne (Eells, Lombart, Kendjelic, Turner & Lucas, 2005). Den erfarne kliniker vil kunne se bort fra svaret på det standardiserte spørsmålet som en del av sin helhetsvurdering, mens en uerfaren kliniker lettere

vil kunne feste for stor lit til de standardiserte instrumentene, som kan skilte med en lang forskningstradisjon og anbefalt bruk fra myndighetene. Grunnen til at erfarne klinikere gjør bedre vurderinger, er kanskje at de besitter et mye større tilfang av a priori-kunnskap og derfor utviser et bedre klinisk skjønn? Samtidig vil noen hevde at klinikere med lang fartstid potensielt har en tendens til å overvurdere prevalens, da de har vært utsatt for et lite representativt utvalg i sitt virke.

KONKLUSJON

Det er god grunn til at standardisering og empirisk validering innenfor psykisk helsevern har blitt mer vanlig i de senere tiår. Den store variabiliteten i tilbudet til pasienter, dokumentert blant annet i Riksrevisjonens gjennomgang av psykisk helsevern (Dokument 3:5, 2002–2003), synliggjorde behovet for å styrke pasientenes rett til et noenlunde likeverdig tilbud og etterprøvbare diagnostiske vurderinger. Videre har studier av beslutningsprosesser vist at vår intuisjon og våre iboende kognitive slagsider lett leder oss til feilslutninger (Kahnemann, 2011). Likevel, når Helsedirektoratets anbefalinger skal oversettes til implementering av helseforetakene, fører en prioritering av standardisering til en nedprioritering av klinisk skjønn og erfaring. Vi har vist at dette kan ha problematiske konsekvenser, da standardiserte mål kun er én av mange viktige kilder til vesentlige data. Denne problemstillingen er særskilt aktuell i psykisk helsevern, da fenomenene man søker å avdekke, ikke er direkte verifiserbare. Det er prisverdig at det søkes å redusere antall «falske negative» i form av alvorlig psykisk lidelse som forblir uopplaget, men det er påfallende hvor lite det problematiseres at dette øker sannsynligheten for «falske positive» med negative konsekvenser i form av feilbehandling, unødvendig bruk av ressurser og potensielt store konsekvenser for enkeltindividet. Vi mener en større vektlegging av klinisk skjønn og en økt bevissthet hos klinikere om at de er «intuitive bayesianere», vil kunne redusere disse negative konsekvensene. Balansegangen mellom klinisk skjønn og standardiserte vurderingsrutiner bør være gjenstand for en større debatt enn det har vært hittil. ❖

REFERANSER

- Bevan, V., Read, J. & Cartwright, C. (2011). The prevalence of voice-hearers in the general population: A literature review. *Journal of mental health*, 20(3), 281–292.
- Brakedal, B. (2015). En kliniker og en bayesianer [kronikk]. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135, 1468–70.
- Dawson, M., Youngquist, S., Bledsoe, J., Madsen, T., Bossart, P., Davis, V. & Barton E. (2010). Low-risk young adult patients with chest pain may not benefit from routine cardiac stress testing: a Bayesian analysis. *Critical Pathways in Cardiology: A Journal of Evidence-Based Medicine*, 9(3), 170–173.
- Dokument 3:5 (2002–2003). Riksrevisjonens undersøkelse av psykisk helsevern – opptrappingsplanen 1999–2006.
- Eells, T.D., Lombart, K.G., Kendjelic, E.M., Turner, L.C. & Lucas, C.P. (2005). The quality of psychotherapy case formulations: A comparison of expert, experienced and novice cognitive-behavioural and psychodynamic therapists. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 579–589.
- Herrle, S.R., Corbett, E.C. Jr., Fagen, M.J., Moore, G.C. & Elnicki, D.M. (2011). Bayes' theorem and the physical examination: probability assessment and diagnostic decision making. *Academic Medicine*, 86(5), 618–627, 2011.
- Horgan, J. (2016). Bayes Theorem: What's the big deal? Hentet 12. mars 2016 fra <http://blogs.scientificamerican.com/cross-check/bayes-s-theorem-what-s-the-big-deal/>
- Jackson, B.R. (2008). The dangers of false-positive and false-negative test results: false-positive results as a function of pretest probability. *Clinics in Laboratory Medicine*, 28(2), 305–319.
- Johansen, T.E.B. (2008). PSA-basert screening for prostatakreft. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 128(22), 2612–2614.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian Psychiatric epidemiological Study. *American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091–1098.
- Leefflang, M.M., Bossuyt, P.M. & Irwig, L. (2009). Diagnostic test accuracy may vary with prevalence: implications for evidence-based diagnosis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62(1), 5–12.
- Nichelatti, M. & Montemoli, C. (2008a). Bayesian statistics in medicine. Part I: The basic tools. *Giornale Italiano di Nefrologia*, 25(3), 342–346.
- Nichelatti, M. & Montemoli, C. (2008b). Bayesian statistics in medicine. Part II: main applications and inference. *Giornale Italiano di Nefrologia*, 25(4), 422–431.
- Nouraei, S.A., Huys, Q.J., Chatrath, P., Powles, J. & Harcourt, J.P. (2007). Screening patients with sensorineural hearing loss for vestibular schwannoma using a Bayesian classifier. *Clinical Otolaryngology*, 32(4), 248–254.
- Ohayon, M.M. (2000). Prevalence of hallucinations and their pathological associations in the general population. *Psychiatry Research*, 97(2–3) 153–164.
- Palareti, G., Cosmi, B. & Legnani C. (2006) Diagnosis of deep vein thrombosis. *Seminars in Thrombosis & Hemostasis*, 32(7), 659–672.
- Rosenhan, D.L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179(4070), 250–258.
- Sakai, S., Kobayashi, K., Nakamura, J., Toyabe, S. & Akazawa, K. (2007). Accuracy in the diagnostic prediction of acute appendicitis based on the Bayesian network model. *Methods of Information in Medicine*, 46(6), 723–726.
- Van Stralen, K.J., Stel, V.S., Reitsma, J.B., Dekker, F.W., Zoccali, C. & Jager, K.J. (2009). Diagnostic methods I: sensitivity, specificity, and other measures of accuracy. *Kidney International*, 75(12), 1257–1263.
- Veileder psykisk helsevern for voksne (2006) *Distriktspsykiatriske sentre – med blikket vendt mot kommunen og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen*. Oslo: Helsedirektoratet. IS-1388. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/281/Distriktspsykiatriske-sentre-IS-1388.pdf>
- Utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. Oslo: Helsedirektoratet. IS-1957. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/326/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-psykoselidelser-IS-1957.pdf>
- www.scid4.org (2013). <http://www.scid4.org/faq/scidfaq.html>



FOTO: JERRY LAIFLICKR.COM

FORSKNINGSNOTIS

Fødselsdepresjoner begynner i svangerskapet

Kun en liten andel mødre blir deprimerede etter fødsel, viser ny studie ved psykologisk institutt ved universitetet i Oslo.

En vanlig oppfatning er at fødselsdepresjoner begynner i barseltiden, som en følge av fødselen. Slik er det ikke, ifølge stipendiat Eivor Fredriksen.

– Bortimot 17 prosent viste depressive symptomer som nedstemthet og tomhetsfølelse i forbindelse med å få barn. Vi fant at den største andelen nybakte mødre med depressive plager opplevde symptomer allerede i svangerskapet. Disse fortsatte å øke etter fødsel, forklarer hun på nettsidene til Psykologisk institutt.

Over tusen norske kvinner ble undersøkt i studien som inngår i det såkalte «Liten i Norge»-prosjektet. Resultatene viste at mødre i hovedsak kan deles inn i tre grupper: Rundt 10 prosent av alle mødre har depresjonssymptomer i svangerskapet med en svak økning i barseltiden, en mindre gruppe på om lag 4,5 prosent opplevde depresjonssymptomer bare under graviditeten mens den minste gruppen (2,2 prosent) opplevde kun symptomer i barseltiden, etter at barnet ble født.

Psykologtidsskriftet

Fra arkivet: 2005

Ordet fanger

Kategorier kan støtte oss, og binde oss. Jeg har en venn med cerebral parese. Han er ofte plaget av at folk snakker så høyt til ham, nærmest roper. Et klassisk kategorimistak. Om han går dårlig, hører han vel dårlig også. Men det er jo greit at folk vet han går dårlig. Så får han en støttende arm over gaten.

Vi trenger ord på og om hverandre, og vi trenger dem mer nå enn før. Man er oftere sammen med fremmede. Møtet med fremmede betyr møte med folk som ikke har forhåndsforventninger, verken forventninger som er basert på slekt, eller på personlighet. Man begynner på en måte hvert samvær på bar bakke. (...) I større grad enn tidligere omgitt av ukjente, og med en grunnleggende tro på utvikling i fremskrittets navn, der svekkes de gamle oppskrifter, og nye må finnes.

Motviljen mot de store klebende ord gjelder også for kjerneområdet i mitt eget fag, kriminologien. Jeg har vært professor i dette faget det meste av livet. Noen vil kanskje si at jeg har foretatt et faglig selvmord i siste bok. Jeg sier her: «Kriminalitet finnes ikke». Handlinger med den mulighet at de kan sees som kriminelle, er som en uendelig naturressurs. Vi kan ta ut litt av dette i form av kriminalitet, eller vi kan ta ut mye. Handlinger er ikke, de blir, deres mening skapes gjennom sosialt liv. (...) For alle

handling, inkludert dem som sees som uønskede, er det mengder av mulige forståelsesmåter: dårlige, gale, onde, forfeilet ære, ungdomsbravader, politisk heroisme – eller kriminalitet. De «samme» handlinger kan derved møtes gjennom en rekke parallelle systemer som rettsvesen, psykiatri, skolevesen, teologi.

(...)

Handlinger er ikke. De blir. De gis mening. Mer mening jo mer vi vet. I denne sammenheng er juristene reduksjonister. De gir oss ferdigprodusert vare. Jurister er trent til å se bort fra det meste når de skal dømme i straffesaker. Det er viktig, og riktig at de gjør dette. De administrerer straffen, et onde ment som et onde – den tilsiktede pine. De må passe på rettferdigheten, at like saker behandles tilnærmet likt. Men det kan de jo ikke få til annet enn ved bare å se på et begrenset utsnitt av virkeligheten. Men dette skaper samtidig forenklinger som strider mot andre humanistiske verdier. Det er derfor mange blant oss vil begrense bruken av straffedomstolene og hvor det er mulig, anvende megling isteden. Ved megling er det mulig å ta med langt mer i forståelsen og vurderingen av hva de uønskede handlingene innebærer.

(...)

Jeg forstår godt, at det i et samfunn hvor vi kjenner hverandre mindre og mindre – som totale mennesker – oppstår behov for noen som forteller oss hvordan de andre er. Men dette er jo samtidig en situasjon som krever den ytterste årvåkenhet. Fortellingen om hvordan de andre er må bli en hel fortelling. Hvis psykiatere og psykologer skal hjelpe oss, må de bli «story-tellers». Ellers blir de bare funksjonærer, hjelpere for rettspersonellet ved å sette enkle ord på kompliserte liv.

Fra Nils Christies fagessay «Ordet fanger», februar 2005

Ny fagredaktør i Psykologtidsskriftet

Kjersti Solhaug Gulliksen er ansatt som ny fagredaktør i Psykologtidsskriftet fra 1. mars. Hun overtar stillingen etter Peder Kjøs. Gulliksen er psykologspesialist og har i tillegg en PhD-grad fra Universitetet i Oslo. Gulliksen har blant annet jobbet som psykologspesialist/forsker ved Spiseforstyrrelsesklinikken, Gaustad, OUS og ved Folkehelseinstituttet og har vært faglig rådgiver ved Norsk Karakteranalytisk Institutt. I Psykologtidsskriftet vil hun ha blant annet ansvar for initiering og redigering av vitenskapelige artikler, samt å knytte kontakter med vitenskapelige miljøer som driver psykologisk forskning.

Psykologtidsskriftet



FOTO: OLA SÆTHER

Asperger syndrom i rettsvesenet

Det er behov for mer kunnskap om Asperger syndrom blant sakkyndige, politi og rettsvesen.

TEKST

Sissel Berge
Helverschou¹,
Kari Steindal¹,
Erik Søndena² og
Kirsten Rasmussen^{2,3}.

1. NevSom - Nasjonalt kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypersomnier, Oslo universitetssykehus (OUS)
2. Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Avdeling Brøset, St. Olavs hospital
3. Psykologisk institutt, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

KONTAKT

shelvers@ous-hf.no

Som en kommentar til Psykologtidsskiftets omtale av Prestesaken i februarnummeret, der Asperger syndrom i rettssystemet tematiseres, ønsker vi å informere om funnene fra et nylig slutført forskningsprosjekt. Vår undersøkelse av alle rettspsykiatriske rapporter fra 2000 til 2010 der den undersøkte har Asperger syndrom (ASD), viser at det er behov for mer kunnskap om diagnosen i alle ledd av hjelpeapparatet og blant de sakkyndige. Intervju av et mindre utvalg avdekket også manglende forståelse av ASD i politi og rettsvesen.

BAKGRUNN

Kunnskapen om kriminalitet og autismespekterdiagnoser (ASD) er begrenset, og forskningsresultater spriker. Mennesker med ASD kjennetegnes ved avvik i sosial interaksjon, kommunikasjon og forestillingsevne. Disse egenskapene kan øke sårbarheten både for å bli et offer for kriminalitet og for selv å begå kriminelle handlinger. Mulige risikofaktorer for kriminelle handlinger hos mennesker med ASD er sosial naivitet, begrenset empati, mangel på forståelse av sosiale situasjoner, begrenset evne til moralsk resonnering, emosjonell dysregulering, intense særinteresser, atferdsavvik knyttet til rutineavbrudd og begrensninger i å vurdere implikasjoner av egne handlinger. Likeledes

kan kjennetegn ved ASD føre til misforståelser, forvirring, og frykt dersom en person med ASD kommer i kontakt med politi eller rettsvesen.

Tidligere studier tyder på at mennesker med ASD har mindre sannsynlighet for å begå kriminelle handlinger enn andre med samme alder og kjønn. Det er ikke klare funn når det gjelder hva slags kriminalitet mennesker med ASD begår, og studier av kjennetegn ved kriminelle med ASD har funnet relativt få forskjeller i kognitiv profil mellom de som har begått kriminalitet, og de som ikke har gjort det, eller mellom kriminelle med ASD og kriminelle med personlighetsforstyrrelser eller schizofreni (King & Murphy, 2014). Mange voksne med ASD har psykiske lidelser, og noen hevder at kriminalitet hos mennesker med ASD i større grad er knyttet til tilleggsvansker enn til grunnlidelsen. Kunnskapsgrunnlaget er imidlertid usikkert. Studier av ASD og kriminalitet viser motstridende resultatene og har metodologiske svakheter, slik som skjeve og små utvalg, manglende kontrollgrupper og usikker diagnostikk av ASD. Disse svakheterne begrenser de konklusjonene som kan trekkes om sammenhengen mellom ASD og kriminalitet (King & Murphy, 2014). Det er derfor stort behov for mer forskning på sammenhengen mellom ASD og kriminalitet.



AUTISME I RETTSAPPARATET Intervju av ni personer med ASD, som alle hadde blitt rettspsykiatrisk undersøkt, viser blant annet at flere fikk panikk da de ble arrestert, noe som medførte nye og mer alvorlige siktelsler. Foto: Lior Zilberstein/Scanpix

NORSK UNDERSØKELSE

Vi har gjennomgått *alle* rettspsykiatriske rapporter fra 2000 til 2010 der minst en av diagnosene som var gitt av de sakkyndige, var ASD eller der ASD var blitt diagnostisert tidligere. Hensikten var å beskrive kjennetegn ved personer med ASD som har blitt rettspsykiatrisk undersøkt, og å undersøke om det er holdepunkter for en sammenheng mellom diagnosen og lovbruddet.

Totalt 48 rapporter ble hentet ut fra Den rettsmedisinske kommisjon. Vi samlet inn data på demografiske karakteristika, diagnoser, lovbrudd, kjennetegn ved situasjonen for lovbruddet og konklusjonen fra undersøkelsen. Dette ga mulighet for å undersøke sammenhengen mellom diagnosen og den kriminelle handlingen og kjennetegn ved observandene (Helverschou et al., 2015). Vi gjennomførte en særskilt analyse av de som hadde begått voldskriminalitet, sammenlignet med de som hadde begått seksuelle overgrep (Søndenaa et al., 2014). De diagnostiske historiene til observandene ble også kartlagt (Helverschou et al., 2014). I denne analysen inngikk en vurdering av kvaliteten på diagnostiseringsarbeidet til de sakkyndige. Som del to av prosjektet ble et selektert utvalg intervjuet om deres erfaringer med politi og rettsvesen (Helverschou et al., under publisering).

BEHOV FOR KOMPETANSEHEVING

De rettspsykiatriske rapportene beskriver 41 menn og 7 kvinner med en gjennomsnittsalder på 28,3 år. Det er stor variasjon mellom de undersøkte. Mange har lav utdanning, liten eller ingen arbeidserfaring og et begrenset sosialt nettverk. Personer som har vært rettspsykiatrisk undersøkt, utgjør et svært selektert utvalg og inkluderer mest sannsynlig bare de som har begått spesielt alvorlig kriminalitet, eller som har opptrådt uvanlig ved pågrepelse eller avhør. De undersøkte i vår studie kan derfor ikke vurderes som representative for alle med ASD som har begått kriminelle handlinger.

Vold var den hyppigste kriminelle handlingen, fulgt av seksuelle overgrep. Men vårt utvalg gir dårlig grunnlag for å si noe om hvorvidt krimi-

Autismespekterdiagnoser

Autismespekterdiagnoser (ASD) er gjennomgripende utviklingsforstyrrelser som kjennetegnes av kvalitative avvik knyttet til: (1) gjensidig sosial interaksjon, (2) kommunikasjon og språk, og (3) et begrenset og repeterende mønster av aktiviteter og interesser.

Asperger syndrom er en diagnose innenfor Autismespekteret som særlig kjennetegnes av normalt evne- og språknivå, selv om de fleste har vansker med sosial bruk av språket.





Samlet synes intervjuene å avdekke manglende forståelse av ASD i politi og rettsvesen

nelle med ASD utfører samme form for kriminalitet som andre kriminelle. Mest sannsynlig vil mindre alvorlige kriminelle handlinger som ordensforstyrrelser og trafikkforseelser ikke gi grunnlag for rettspsykiatrisk undersøkelse.

Komorbide diagnoser var vanlig, men det er usikkert om det er klare forskjeller mellom de med ASD som begår kriminalitet, og andre kriminelle siden innsatte i norske fengsler generelt synes å ha høy forekomst av psykiske lidelser (Cramer, 2014). Bare syv ble vurdert som utilregnelige av de rettspsykiatrisk sakkyndige. En diagnose innenfor autismespekteret påvirker sjelden vurderingen av kriminell tilregnelighet (Rosenqvist & Rasmussen, 2004).

Majoriteten av de undersøkte kjente sine ofre, og dette må ses i sammenheng med deres begrensede sosiale nettverk utenfor familien. Som i andre studier av kriminelle med ASD tilstod de fleste den kriminelle handlingen. Noen tilstod faktisk flere kriminelle handlinger enn de opprinnelig var mistenkt for. Dette kan ha sammenheng med egenskaper som kjennetegner mange med ASD, slik som mentaliseringsvansker, konkret tenkning og generell sosial naivitet. Det kan også ha sammenheng med et ønske om å få avsluttet en ukjent og skremmende situasjon så raskt som mulig.

Gjennomsnittlig diagnosealder for diagnostisering av ASD var 25,3 år, og 22 av 48 ble diagnostisert med ASD for første gang ved

rettspsykiatrisk undersøkelse. En så sen diagnostisering kan ses i sammenheng med at diagnosen er relativt ny, og at det var mangelfull kompetanse til å gjenkjenne og diagnostisere ASD i hjelpeapparatet i den aktuelle perioden. Diagnostiseringen til de rettspsykiatrisk sakkyndige viser heller ikke tilfredsstillende kvalitet, og kan representere et rettssikkerhetsproblem. Resultatene viser at det er behov for økt kompetanse om ASD i alle ledd av hjelpeapparatet og blant de sakkyndige.

Intervju av ni personer med ASD avdekket mange ulike og flere uheldige erfaringer med politi og rettsvesen. De fleste forsto og aksepterte arrestasjon, men flere fikk panikk da politiet kom, noe som medførte nye og mer alvorlige siktelser. Flere hevdet også at de ikke fikk anledning til å forklare seg, og at deres ASD ikke ble tatt hensyn til. Spesielt beskrev flere rettssaken som vanskelig og stressende, og de opplevde ikke at forsvareren hadde prøvd å forstå deres versjon eller prøvd å formidle den til retten. Samlet synes intervjuene å avdekke manglende forståelse av ASD i politi og rettsvesen. Denne forståelsen bør bedres for å sikre rettssikkerheten til personer med ASD.

I England har det nå nylig kommet ut en veileder for avhør av personer med ASD (The Advocate's Gateway, 2016). Den kan brukes som et grunnlag for å heve kompetansen om ASD i den norske rettspleien. ✕

REFERANSER

- Cramer, V. (2014). *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler*. Prosjektrapport 2014 – 1, Kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri, Helse Sør-Øst, Oslo Universitetssykehus.
- Helverschou, S.B., Steindal, K., Nøttestad, J.A. & Howlin, P. (under publisering). Personal Experiences of the Criminal Justice System by Individuals with Autism Spectrum Disorders. *Autism, International Journal of Research and Practice*.
- Helverschou, S.B., Søndanaa, E., Steindal, K., Rasmussen, K., Nilsson, B. & Nøttestad, J.A. (2014) Rettspsykiatrisk undersøkte med autismespekterdiagnoser: Alder ved identifisering og diagnostisk historie. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 282 – 285.
- Helverschou, S.B., Rasmussen, K., Steindal, K., Søndanaa, E., Nilsson, B. & Nøttestad, J. A. (2015). Offending profiles of individuals with ASD; a study of all individuals with ASD examined by the expert forensic psychiatric service in Norway between 2000 and 2010. *Autism*, 19(7), 850–858.
- King, C. & Murphy, G. H. (2014). A systematic review of people with autism spectrum disorders and criminal justice system. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 2717–2733.
- Rosenqvist, R. & Rasmussen, K. (2004). *Rettspsykiatri i praksis*, 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Søndanaa, E., Helverschou, S. B., Steindal, K., Rasmussen, K., Nilson, B. & Nøttestad, J. A. (2014). Violence and sexual offending behavior in people with Autism Spectrum Disorder who have undergone a psychiatric forensic examination. *Psychological Reports: Disability & Trauma*, 115(1), 32–43.
- The Advocate's Gateway (2016). *Planning to question someone with an autism spectrum disorder including Asperger syndrome*. Toolkit 3. London: The Inns of Court College of Advocacy.

Meninger



FOTO: NICK SAVCHENKO/FLICKR.COM



Mer dialog – mindre kontroll

Tvangsavsløringene i VG på slutten av fjoråret har fått psykolog Espen Odden til å reflektere over sin egen rolle som psykolog.

Side 313.

«Prestesaken reiser spørsmål om hukommelsesproblematikk hos sårbare individer»

Debatt om Prestesaken, side 310 og 311.

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

DELTA I DEBATTEN

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

KRONIKK

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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



For vanskelig til å bli politisk

Psykisk helsevern blir glemt i den kommende valgkampen fordi partiene innser at det ikke finnes kjappe og enkle svar på utfordringene.

HVA HADDE SKJEDD om VG i en serie reportasjer hadde slått fast at politiets sikkerhetstjeneste sto for 650 mulige menneskerettighetsbrudd, og at det etablerte kontrollsystemet ikke fungerte? Det hadde blitt skandale i ordets rette forstand. Statsråden hadde måttet gå, og granskningskommisjoner ville blitt nedsatt.

I psykiatrien er det annerledes. Etter at VG i høst dokumenterte 650 tilfeller av ulovlig eller omstridt beltelegging, holdt helseminister Bent Høie en redegjørelse i Stortinget der han betegnet saken som den mest alvorlige i denne stortingsperioden. Han ble fulgt opp og forsterket av representanter fra de andre partiene, men så ble det stille. SV og Sp ble stående alene med kravet om granskning. Pressen, med unntak av VG, var uinteressert. Alle så ut til å slå seg til ro med helseministerens løfter om at han skulle stramme opp helseforetakene og kontrollkommisjonene.

VELGERNE BRYR SEG IKKE

Et klarere frempek om den kommende valgkampen er det vanskelig å få. Det skal veldig mye til for at de politiske partiene gjør psykisk helsevern til en viktig del av sin valgkamp. I det følgende skal jeg si noe om årsakene, men jeg skal også følge opp med en påstand om at de som bryr seg om psykisk helsevern, har mindre grunn til å være misfornøyd enn svært mange andre grupper. Det er ytterst få andre, om noen, som får løfter om mer ressurser uten politisk oppmerksomhet og uten store velgergrupper bak seg.

Velgerpotensial er alltid viktig å analysere når man skal si noe om politikernes oppmerksomhet. Spesielt når det nærmer seg valgkamp, blir partikontorenes meningsmålinger og fokusgrupper styrende. Når velgere flest sier at de er opptatt av skole og helse/omsorg, konkurrerer partiene seg imellom om å være tydelige og gode på de sakene. Psykisk helse

TEKST

Aslak Bonde

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

PSYKISK HELSE- POLITIKK





Velgere kobler ikke psykisk helse og politikk fordi det så sjelden nevnes i politiske debatter, mens årsaken til at det nevnes så sjelden, nettopp er at velgerne ikke foretar koblingen

blir sjelden nevnt når meningsmålerne spør om saker som kan tenkes å styre velgeren i den ene eller andre retningen på valgdagen. Det er pussig tatt i betraktning at nesten hver tiende voksne har betydelige helseplager, og at mellom 30 og 50 prosent av oss vil få en psykisk lidelse i løpet av livet. Her er det bare å spekulere på årsakene, men det kan være at det dreier seg om gjensidig påvirkning: Velgere kobler ikke psykisk helse og politikk fordi det så sjelden nevnes i politiske debatter, mens årsaken til at det nevnes så sjelden, nettopp er at velgerne ikke foretar koblingen.

Velgerinteresse er viktig, men ikke avgjørende. Dersom partistrategene finner saker som de mener kan svekke de andre partienes omdømme, og/eller styrke egen troverdighet, er det erfaringsmessig mulig å gjøre veldig mye ut av ting som ikke berører noen der ute i velgermassen. Forutsetningen for slike saker er at de er tydelige, og at det er konflikt mellom partiene – altså at man kan si til velgerne at det faktisk spiller en rolle om det ene eller andre parti får makt.

Innenfor psykiatri og psykisk helsevern er ikke forskjellene mellom partiene store nok – eller for å si det mer korrekt: De er ikke så store at det synes for oss på utsiden av feltet. Vi registrerer bare at det ser ut til å være en rørende samstemthet mellom politikerne om at det nå er på tide å satse ekstra på å forebygge og å hjelpe ungdommen, at kommunene må bli flinkere til å oppfylle sine forpliktelser, og at det er riktig at spesialisthelsetjenestene satser ekstra på psykiatri.

Det rikspolitikerne også er enige om, er at noen andre må gjøre noe. Her ligger kanskje den viktigste årsaken til at valgkampen blir «psykfri.» Den viktigste jobben gjøres i kommunene og i helseforetakene. Stortinget kan styre ved hjelp av øremerking og klare bestillinger i oppdragsdokumentene, men de kvier seg i det lengste. De vet at de ved å detaljstyre på det ene området lett åpner opp for at de må detaljstyre på et annet. Dersom de tar reell beslutningsmyndighet fra sine lokale sjefer, har de erfaring for at de samlede tjenestene blir dårligere, og at ansvarsfraskrivelsen tiltar. Når man i tillegg tar med at psykiatri og psykisk helsevern fra utsiden ser ut som litt av et sisyfosarbeid, er det forståelig at partiene avpolitiserer hele feltet. Politikere trives best der de kan jobbe for kjappe løsninger.

ANDRE GRUPPER HAR DET VERRE

Eller er de ikke så kyniske? Noe av det aller mest fascinerende er at rikspolitikerne satser relativt mye på psykiatri og psykisk helsevern, selv om det ikke er en profileringssak. På dette punkt er det på sin plass å presisere at det å satse mye ikke betyr at sektoren som sådan får de ressursene den trenger. Hvis utgangspunktet er lavt, slik det for eksempel er i helseforetakene, skal det veldig mye til før en gyllen regel om sterkere vekst i psykiatrien gir mye penger.

Likevel: Erna Solberg har fra sin første dag som statsminister løftet frem rus og psykiatri som satsingsområde. Den gylne regelen i spesialisthelsetjenesten er et konkret uttrykk for regjeringens vilje. Selv om den kanskje ikke gir nok penger, så tvinger den helseforetakslederne til å forholde seg mer aktivt til denne relativt marginale delen av deres virksomhet.

I kommunesektoren er det ikke noen tilsvarende regler som sikrer det psykiske helsearbeidet, men på ungdomsfeltet er det i ferd med å tvinge seg frem. Høyre er blant de partiene som er aller mest skeptisk til øre-

merking av kommunale midler, men partiet har gjort et meget sjeldent unntak: for skolehelsetjenesten. I Arbeiderpartiets forslag til stortingsvalgprogram er det også i kapitlet om psykisk helse fastslått at midler til tverrfaglige skolehelsetjenester og helsestasjoner skal «trappes opp og øremerkes».

På mange andre samfunnsområder skal man se langt etter såpass forpliktende formuleringer. Tannhelsetjenesten, for eksempel, erfarer nå at den tverrpolitiske enigheten om at tennene er en del av kroppen, er i ferd med å smuldre bort. Ikke som en faktisk påstand, men som et politisk slagord. Politikerne ser at det koster for mye penger å gi like mye refusjon for tannbehandling som for annen helsehjelp. De går over til å love nye planer og målrettet hjelp bare til de aller mest vanskeligstilte.

Sammenligner man med andre grupper, er det liten tvil om at rikspolitikere synes psykiatri og psykisk helsevern er viktig, selv om de ikke kommer til å vise det i valgkampen. Tross alt, så vet de både at veldig mange er rammet av psykiske helseproblemer, og at det er ekstremt lønnsomt for samfunnet om man klarer å forebygge og å behandle bedre.

POLITISK TRØKK KAN VÆRE NØDVENDIG

Dermed dukker et annet spørsmål opp. Hvor viktig er det for en sektor å ha politisk oppmerksomhet? Det må være fantastisk å få politikerløfter om mer ressurser uten at det stilles altfor mange og detaljerte krav om hvordan ressursene skal brukes. Konsekvensen av lite politisering er som oftest at det blir gitt mer tillit til de som er på feltet og skal forvalte ressursene.

Om det blir slik på dette feltet, er antagelig avhengig av hvilke sjefer som blir gitt tillit. Hvor dedikerte er de for psykisk helsevern og psykiatri? Og hvor kompetente er de?

I kommunene er det nok størst grunn til bekymring. De som jobber med psykisk helsevern for voksne, kan risikere at de kommunale lederne nå fanger opp de politiske signalene og satser såpass sterkt på arbeidet i skolen og med de unge, at de i praksis tar ressurser bort fra alt det andre de er forpliktet til. Det blir slett ingen fortgang i arbeidet med å etablere kommunale tverrfaglige team, mens forebyggingsarbeidet blir forbeholdt de unge.

Profesjonskamper, silotenkning og faglige uenigheter er noe av det aller vanskeligste å håndtere i samfunnsstyringen. Erfaringen tilsier at det er nødvendig med klare ambisjoner hos, og kontinuerlig innsats fra, toppledelsen for å bryte ned grenser og for å inspirere til faglig skjerping i de enkelte profesjonene.

Det er mange eksempler på at det finnes slike sterke og aktive ledere i Kommune-Norge, men det finnes enda flere eksempler på kommunale ledere som til enhver tid sørger for å gjøre mest på de områdene politikerne bryr seg mest om. I kommuner der det er et ekstra sterkt politikerorientert lederskap, kan det være en stor ulempe at det psykiske helsevernet i praksis er ute av den politiske dagsorden.

Når toppledelsen ser en annen vei, er det fritt frem for maktkamper og posisjoneringer som ytterst sjelden har som formål å levere en best mulig tjeneste til den enkelte borger. Ekstra risikabelt er det i disse tider, der «tillitsreform» er i ferd med å erstatte «målstyring» som politisk/administrativt moteord, og der alle ser ut til å være enige om at det er mer riktig å snakke om ledelse enn om styring.

Her skal det overhodet ikke argumenteres for at rigid målstyring er fornuftig. Det eneste argumentet som skal føres i marken, er at også tillitsreformer kan ha uheldige utslag. Tenkningen om at den enkelte leder og ansatte skal gis tillit på arbeidsplassen, er selvfølgelig riktig. Ansatte som føler seg styrt og frykter at toppledelsen gjør en dårlig jobb. Men det finnes situasjoner og arbeidsplasser der det er riktig at ledelsen ikke fornyer tilliten. Der man har stivnet i en praksis eller en ideologi som ikke lenger tåler prøving.

I noen slike tilfeller er det slett ikke nok med mild og klok ledelse. Det kreves knallhard styring som må utøves i samforstand med toppledelsen. Politisk oppmerksomhet og dedikasjon vil være en stor fordel.

Dersom den nødvendige styringen ikke er der, kan følgende scenario inntreffe: Politikerne gir over noen år ekstra ressurser til psykiatri og psykisk helsevern. Mediene avslører at pengene er blitt brukt til profesjonskamper og dårlig faglig fundert arbeid – noe som vil gjøre at politikerne trekker seg. De vil fortsette å vie sektoren lite oppmerksomhet, men heller ikke gi den penger.

Fremtidige valgkamper kan da bli verre enn årets. ❖

Faksimile fra februarutgaven av Psykologtidsskriftet.



Hverdagens hukommelsespatologi

Prestesaken reiser på nytt spørsmål om bekreftelsesfellen og hukommelsesproblematikk hos sårbare individer.



ANNIKA MELINDER,
professor ved
Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo

PRESTESAKEN

STUDIET AV MENNESKELIG kognisjon og anvendt vitnepsykologi har løftet frem sentrale faktorer med relevans for beslutningstakere og eksperter. Et slikt moment er kunnskap om «hverdagslivets hukommelsespatologi» – det faktum at vi på ulike nivåer erindrer og kobler feil. Sårbare personer er ekstra utsatt. Her viser det seg at sakkyndige ikke har stort mer kunnskap enn andre psykologer, på tross av at de er satt til å arbeide med disse problemstillingene i svært alvorlige saker som behandles i ulike legale kontekster (Melinder & Magnussen, 2014).

Når noviser så vel som eksperter skal finne relevant informasjon for å bygge opp sin forståelse av årsakssammenhengene i et hendelsesforløp, er det sentralt å kunne prøve ut ulike ideer, eller hypoteser. En vanlig feil vi ofte gjør, er å utgå fra den informasjonen vi allerede har, og søke mer informasjon som kan bekrefte den. Med andre ord vil den opprinnelige forståelsen av hva som eventuelt har skjedd, forme våre spørsmål og vår fokusering. Søket etter informasjon innsnevres, og mulighetene for alternative kunnskapsenheter uteblir. Denne forutinntattheten, som kalles «confirmation bias», altså «bekreftende forutinntatthet» (Nickelsen, 1992), kan derfor bidra til at andre sammenhenger og

annen relevant informasjon går tapt, simpelthen fordi det ikke blir stilt spørsmål om dette.

Bekreftende forutinntatthet er et universelt trekk ved menneskelig kognisjon som preger resonneringen til alle profesjoner der problemløsning er sentralt. Calikli og Bener (2013, 2015) har for eksempel vist at en programmers grad av bekreftende forutinntatthet henger sammen med antall feil han gjør i software-programmeringen.

GIKK I FELLEN

I Prestesaken må man vel kunne si at den fornærmedes allierte representerte et team som gikk rett i bekreftelsesfellen. Utsagn som «I utgangspunktet tror jeg på henne inntil det motsatte skulle bli bevist», er et direkte eksempel på bekreftende forutinntatthet. Slik saken er beskrevet i Psykologtidsskriftet, sjekker ikke sakkyndig eller støttespillerne ut alternative forklaringer eller følger opp andre spor. Med samme forbehold synes sakkyndig å legge de påståtte overgrepene mot fornærmede til grunn i sin vurdering om årsaksforhold, og konkluderer i tråd med denne logikken – at presten og hans handlinger mer eller mindre har forårsaket hennes lidelse og problematikk. Det er først i lagmannsretten at det blir stilt spørsmål ved den psyko-

logsakkyndiges rapport, primært fordi den ble brukt som bevis, og fordi sakkyndige uttalte seg om jentas troverdighet. Allikevel forblir rapporten et sentralt dokument, og til og med Den rettsmedisinske kommisjon har ingen bemerkninger, men omtaler den tvert imot som «grundig». Alt ifølge dokumentaren i Psykologtidsskriftet.

BEHOV FOR KRITISK HOLDNING

Mye tyder på at individets grad av fleksibilitet har betydning for i hvilken utstrekning man utforsker ulike årsaker til en hendelse eller prosess. Høy grad av profesjonalisme skulle tilsi at eksperten inntar en falsifiserende holdning til det materialet som skal vurderes, men ofte ser man det motsatte skje; eksperter tviholder på sin forklaring eller på sitt syn og prøver det ikke opp mot andre perspektiver. Jevnlig tilbakemelding på egen praksis kan fremme refleksjon og motvirke forutinntatthet, såfremt den hentes fra kollegaer som utfordrer perspektivet. Man må også spørre seg i hvilken grad mulig forutinntatthet blir gjenstand for oppmerksomhet i etterutdanningsprogrammet for de sakkyndige, i oppfølgings- og veiledningsordninger etter gjennomført program og i kvalitetssikringsinstansene (Barnesakkyndig kommisjon og Den rettsmedisinske kommisjon). I relativt små miljøer er det fare for at man lar bukken passe på havresekken. Sakkyndige og andre kvalitetssikrere kunne med fordel hente hjelp fra metodikk som nettopp bygger på abduksjon, logikken som mer enn bare sannsynliggjør (induksjon) eller utleder fra sannsynlige premisser (deduksjon), i sitt virke for det legale system. Det forutsetter et åpent sinn for tilbakemeldinger, kritisk holdning til eget foretrukket perspektiv og ikke minst oppdatert og relevant teoretisk og metodisk kunnskap. ✖

REFERANSER

- Calikli, G. & Bener, A. (2013). Influence of confirmation biases of developers on software quality: an empirical study. *Software Quality Journal*, 21, 377-416.
- Calikli, G. & Bener, A. (2015). Empirical Analyses of the Factors Affecting Confirmation Bias and the Effects of Confirmation Bias on Software Developer/Tester Performance. *Software Quality Journal*, 23, 695-722.
- Melinder, A.M.D. & Magnussen, S. (2015). Psychologists and psychiatrists serving as expert witnesses in court: what do they know about eyewitness memory? *Psychology, Crime and Law*, 21, 53-61
- Nickerson, R.S. (1998). Confirmation Bias: A Ubiquitous Phenomenon in Many Guises. *Review of General Psychology*, 2, 175-220. doi:10.1037/1089-2680.2.2.175



Journalistisk tunnelsyn

I saka «Det store sviket» begår journalisten feilen som Asbjørn Rachlew advarer mot.

KNUT DALEN, professor, dr.philos., nevropsykolog.no AS

PRESTESAKEN

DET VAR INTERESSANT å lese februarnummeret av Psykologtidsskriftet. Først las eg Nina Strand sitt intervju med Asbjørn Rachlew. Dette var svært lærerikt og omhandla «Etterforskningens psykologi». Rachlew er politioverbetjent og forskar. Han fortel om kva som kan gå gale i avhøyr og etterforskning. Her kjem faglege gullkorn på løpande band. Her er nokon døme: «Nøkkelordet er kognitive bekreftelsesfeller, altså tendensen vi har til å legge merke til og lete etter opplysninger som støtter våre antakelser.» «Fra det øyeblikket man gjør seg opp en mening, starter disse ubevisste forenklingsstrategiene.» Eg kjenner att mykje av dette frå saker der eg sjølv har rolla som sakkunnig. Rachlew la særleg vekt på kor viktig det er at ein som etterforskar kan ha fleire tankar og hypotesar i hovudet når ein går inn i ei sak. Gjer ein ikkje det, risikerer ein å køyre seg inn i feil spor. Dette kan føre til at ein berre får med seg opplysningar som stadfester det ein sjølv meiner. Rachlew seier på slutten mellom anna: «Vi etterforskere kan få tunnelsyn, men det gjelder også psykologer – og journalister.» Etter å ha lese intervjuet, som berre er på to sider, kjende eg meg opplyst.

Så gjekk eg laus på å lese den neste artikkelen: «Det store sviket». Journalist Øystein Helmičkstøl som etterforskar, eller «etterforskande journalist», heiter det kan hende. Her var det ikkje mykje å finne av det som Rachlew hadde omtala som ein burde gjere for å komme fram til best mogleg resultat. Eller sagt på ein annan måte, her fekk lesaren demonstrert i praksis mange av fellene som var omtala i intervjuet med Rachlew. Utan at eg kjenner saka, eller tek stilling til faktum, var det påfallande korleis Helmičkstøl plukkar opp informasjonen som stadfester hypotesen som det ser ut til at han hadde då han starta med arbeidet. Eg fekk denne underlege kjensla av at så enkelt og innlysande kunne det ikkje vere. Kjensla av at her må det mangle noko i framstillinga. At alle andre kunne ta så mykje feil i ei så eintydig sak. Sett på spissen fekk eg etter kvart atkjenning av saga om han som kom heim ein mørk kveld og oppdaga at han hadde mista nøkkelnippet sitt på vegen heim. Då gjekk han og leitte etter nøklane under alle lyktestolpane. Der var det lettast å leite.

Det var synd at ikkje Øystein Helmičkstøl hadde lese intervjuet med Rachlew før han gjekk i gang med arbeidet som etterforskar. Her hadde han funne mange god tips som han kunne hatt nytte av. Då trur eg at eg hadde kjent meg opplyst etter å ha lese dei 36 sidene Helmičkstøl har brukt på sin debut som etterforskar. ✖

AKTUELT

Minst sovemidler i Sogn og Fjordane

Det er store forskjeller mellom fylkene i bruk av angstdempende midler, sovemidler og beroligende midler.

Det viser tall fra Reseptregisteret ved Folkehelseinstituttet. Størst andel brukere er i Telemark, Østfold, Oppland og Agder-fylkene. Sogn og Fjordane har den laveste andelen.

Dette kommer fram i rapporten *Rusmidler i Norge 2016*, der hovedforfatter er Astrid Skretting ved Folkehelseinstituttet.

– Angstdempende følger denne trenden, både når det gjelder hvor mye av disse legemidlene som er solgt i 2015, og utviklingen over tid, sier Skretting.

Rapporten bygger først og fremst på offentlige data fra blant annet Statistisk sentralbyrå, Kripos, Toll- og avgiftsdirektoratet og Skatteetaten. I tillegg inngår data som er innhentet og bearbejdet av det tidligere rusforskningsinstituttet SIRUS, som nå er en del av Folkehelseinstituttet.

Tall fra den europeiske ungdomsundersøkelsen ESPAD viser at norsk ungdom bruker noe mindre beroligende midler og sovepiller i 2015 enn de gjorde i 1999. Samtidig oppga flere at de hadde brukt vanedannende legemidler som ikke var forskrevet av lege.

Norge ligger omtrent midt på treet når det gjelder ungdoms bruk av vanedannende legemidler som ikke er forskrevet av lege.

Litt over en tredjedel av pasienter i behandling for rusmiddelproblemer i spesialisthelsetjenesten har diagnoser knyttet til alkoholproblemer, mens litt under to tredjedeler har diagnoser knyttet til problemer med bruk av ulike illegale rusmidler.

Innenlandsk alkoholomsetning, det vil si salg ved vinmonopol, i dagligvare- og utelivsbransjen, har gått ned fra 6,8 liter ren alkohol per innbygger i 2008 til 6 liter i 2015, ifølge rapporten.

– Sammenlignet med andre europeiske land er den norske omsetningen lav. I Danmark er omsetningen over 9 liter ren alkohol per innbygger, mens i Tsjekkia er den over 12 liter per innbygger, sier Skretting.

Kilde: fhi.no



Demokrati i Psykologforeningen

Psykologforeningen har mer å gå på i sin demokratiutøvelse

INGE-ARNE TEIGSET og HANNE KRISTIN HOP, på vegne av Oslo lokallag av Norsk psykologforening

PSYKOLOGFORENINGEN

I ETTERKANT AV innlegget «Arbeidsliste for Psykologforeningens nye sentralstyre» av Arne Holen i januarutgaven og president Tor Levin Hoffgårds svar «Demokratidebatt på sviktende grunnlag» i februar, ønsker Oslo lokallavdeling av Psykologforeningen å oppklare vårt bidrag til demokratidebatten.

Ifølge normalvedtektene for lokallavdelingene i Norsk psykologforening skal lokallavdelingene:

- Holde seg à jour med, og bidra til at medlemmene får anledning til å drøfte saker som sentralstyret og landsmøtet i Norsk psykologforening arbeider med.
- Sørge for at medlemmenes synspunkter blir fremmet overfor sentralstyret og landsmøtet.

Oslo lokallavdeling spurte sentralstyret på Landsmøtet 2016 om hvordan samarbeidet skal se ut i praksis. I våre undersøkelser har vi funnet ut at referatene fra sentralstyremøtene ikke har blitt publisert når de skal, og de er ikke ment å være informative. Videre er sakspapirene til sentralstyremøtene ofte på over 100 sider og foreligger i beste fall få dager før det fattes vedtak. (I februar 2017 ble sakspapirene publisert samme dag som møtet var.) Vi tror sentralstyret og sekretariatet kan gjøre dette bedre, og med det gjøre oss bedre i stand til å delta i demokratiutøvelsen i foreningen.

Det er sikkert mange måter lokallavdelingene og sentralstyret kan samarbeide bedre på. Oslo lokallavdeling håper at vårt ønske om hjelp til å omsette vedtektene i konkret praksis kan falle i god jord hos sentralstyret. Vi håper at sentralstyret vil komme oss i møte i tiden fremover slik at vi klarer å overholde våre plikter overfor medlemmene. ✕

Mer kontroll er ikke svaret

Mer kontroll – og mindre dialog – er ikke løsningen på mindre tvangsbruk i psykisk helsevern.



EN SØNDAGSKVELD, etter en episode av mr. Robot, gir jeg etter for en uvane og henter nettbrettet. VG har avdekket ulovlig tvangsbruk i psykisk helsevern. Høie følger opp, og siteres i VG 20.11.16 på at ulovlig tvangsbruk i psykisk helsevern er et lederansvar, og at årsakene til lovbruddene ligger i kulturen der. Han sier sektoren har levd sitt eget liv over tid; problemet er at ansvaret er overlatt til den enkelte behandler, og dette er gjennomgående i psykisk helsevern. Neste episode av mr. Robot gikk fløyten. Jeg begynner istedenfor med noe jeg er god til – grubling. Både over avsløringene, debatten, og på mine egne reaksjoner. Høie sier i VG 23.11.16 om tvangsbruk: «... det er lettest å jobbe som vanlig. Fordi det går fortest. Fordi det er krevende å gjøre endringer. Fordi det å endre ting er å innrømme at vi ikke har gjort det bra nok.» Han siteres på at dette handler om bevissthet og holdninger.

Både min kone og jeg er psykologer. Min kone tar ofte avgjørelser som innebærer former for tvang. Hun har ansvar for at virkemidlet ikke brukes lettvindt, og stiller et viktig spørsmål: Vil debatten hjelpe henne i arbeidet? Hun er usikker på det. Hun mener hun uansett må tåle å bli sett i kortene. Det tenker

jeg også. Helseministeren vil beordre bedre dialog, særlig med pasienter som har opplevd tvang, ha tydeligere ledelse og øke graden av kontroll. Gode intensjoner. Likevel kjenner jeg på et ubehag.

MAKT(MIS)BRUK?

Jeg misliker tvang. Eller riktigere, jeg misliker *tanken* på tvang. Det er en ubehagelig tanke at noen skal ha makt til å beslutte hva som er bra for en person, når personen selv er uenig. Tvang fratrar mennesker makt over seg selv, når en mest av alt trenger hjelp, forståelse og medmenneskelighet. Bak tallene om tvang ligger det historier om mennesker utsatt for hendelser som kan ha vært både skremmende, fornedrende og smertefulle. All tvang har potensial til å være traumatisk i sin natur. Når tvangen er ulovlig, er det viktig at det blir avdekket og gjort noe med.

En tanke bak lovlig tvang er at det skal være omsorg når det ikke er mulig på annen måte. Slik tvang støtter jeg rasjonelt sett, selv om omkostningene skaper mange forbehold. Derfor er det høye krav til vurderingene, og betryggende når jusen utøver kontroll ved å gi holdepunkter for dem. I et samfunn trenger

ESPEN ODDEN,
psykologspesialist

TVANGSDEBATTEN





MÅ MØTES Dialoger skapes ved å legge til rette for at de riktige menneskene møtes, mener psykologspesialist Espen Odden. Foto: Georgie Pauwels/Flickr.com



Det føles ikke som makt. Det føles som usikkerhet og ansvar

alle en følelse av trygghet, basert på tillit. Alle har krav på god oppfølging, og at fagfolkene vet hvordan de skal få det til. Måten det legges til rette for gode vurderinger på, er derfor et prinsipielt anliggende for psykisk helsevern som helhet. Debatten omhandler derfor langt mer enn tvang.

MAKT OG ANSVAR

Et alternativ til politikeres dårlige holdningshypotese kan være nyttig. Tenk om overtrampene begås av fagfolk som tar på alvor å ta ansvar for tilstrekkelig beslutningsgrunnlag, og som hjelper folk så godt de kan ut fra rammene og midlene samfunnet har tildelt dem. Poenget med en alternativ hypotese er ikke nødvendigvis at den er riktig eller feil, men at den får oss til å tenke mer. Tvang er maktutøvelse, og økt kontroll kan redusere makt. Jeg forstår at min kone og jeg selv har makt i egenskap av våre ansettelsesforhold og utdanninger. Men det føles ikke som makt. Det føles som usikkerhet og ansvar.

KONTROLL

Som den grublende personen jeg er, lurte jeg på om ubehaget handler om at jeg føler meg truffet. Blir jeg så opptatt av å skulle forsvare psykisk helsevern, og indirekte meg selv, min kone og mine kolleger, at jeg mister gangsynet? Er det dette politikere mener med ukultur i psykisk helsevern?

Kontroll kan snevert ses på som å sørge for at loven følges. Kontroll i form av dokumentasjonsplikt er viktig ut fra hensynet til pasientrettigheter og etterrettelighet. Lovfesting av brukermedvirkning er et annet eksempel på at kontroll er viktig. Så dersom politikk handler om å sørge for at loven følges, har vel politikerne tatt sitt ansvar i denne saken? Jeg mener politikerne i tillegg har ansvar for at debatter blir mest mulig fruktbare. Når en snakker om holdninger, sier en noe om tanker, følelser og ønsker. Holdninger og handlinger – det en *gjør* – kan ofte ses i sammenheng, men det *er* ikke det samme. I denne debatten tror jeg dette skillet er viktig.

Når det fra politikerhold sies at lederne ikke har kontrollert fagfolkene nok, blir jeg nærmest barnslig: «Seriest?», som barna mine ville ha sagt. Er det virkelig slik at vi i psykisk helsevern kontrolleres mindre enn andre i offentlige helsetjenester? Jeg greier ikke la være å tenke at resonnementet innebærer mistillit. Mangel på kontroll, og en konklusjon om ukultur og dårlige holdninger, har vært fremstilt som en nærmest logisk «diagnose» i media. Mer kontroll skal hindre at ansvaret innenfor psykisk helsevern er overlatt til den enkelte behandler. Og dette skal igjen, antar jeg tanken er, øke kvaliteten i psykisk helsevern. Engasjementet som driver mange fagfolk, er å bryte ned stigmaet i psykisk helsevern, og å øke ens bevissthet og kompetanse gjennom dialog, erfaring og skoloring. Om dette snus på hodet, slik at det virker som om det er fagfolkene som opprettholder stigmaet, mener jeg debatten blir polarisert unødig. Retorikk i innlegg den siste tiden om at kontrollorganer skal «vokte psykiatrien», og et ønske om konsekvenser for «lovbryterne», tenker jeg er signaler om dette.

ET OMDØMMEPROBLEM

Jeg blir tidvis mistenksom til politikere. Politikk har et element av PR og omdømme i seg, noe som påvirker debatter. Er premissene dårlige eller for ulike for de involverte, kan debatten bli dårlig, og tiltakene likeså. Kanskje ubehaget mitt i tvangsdebatten kommer av en mistanke om at politikerne kjemper for å få flest mulig på laget mot «lovbryterne». Og at alle som ikke kjenner seg igjen som lovbrøyer, holder klokkelig kjeft eller støtter opp om «diagnosen».

Psykisk helsevern har allerede et omdømmeproblem gjennom sin historie. Politikere har et omdømmeproblem de også, og genuine intensjoner kan feilaktig trekkes i tvil. Mine paranoide og raske slutninger om at politikere bruker «psykiatriens» negative omdømme til sin politiske fordel, er kanskje feil. Pasienter i psykisk helsevern har fremdeles behov for økt grad av makt og selvråderett, samt reduksjon av stigma. Dette er en av grunnsteinene for min yrkesutøvelse. Høie vektla dialog som en av løsningene fremover. En viktig tanke, tenker jeg. Men det avhenger av dialogen.

HVILKEN DIALOG?

Gode intensjoner om å redusere tvangsbruk og stadig å øke kvaliteten i psykisk helsevern er ikke nok, verken for politikere eller fagfolk. Skal jeg driste meg til å ta et juridisk perspektiv, stilles det krav til *anvendelsen* om loven skal virke etter sin intensjon. Lov må forankres i virkeligheten, og dynamikken mellom det normative og det deskriptive må opprettholdes. Og da må ikke politikerne, intensjonelt eller ikke, kneble muligheter for innspill. Dialoger skapes ved å legge til rette for at de riktige menneskene møtes. Når raske slutninger om andres motiver og holdninger får legge premissene for dialogene, vil det fort kunne hemme dem.

Som psykolog erfarer jeg til stadighet at usikkerhet om riktige tiltak ikke trenger å bety handlingslammelse, men tvert imot er grunnlaget for åpenhet om alternativer og korrigeringer. Et ønske om å redusere eller ta bort tvangsbruk, både lovlig og ulovlig, avhenger av at dialogene får nok rom til å «leve sitt eget liv», nettopp fordi kvalitetsutvikling skjer i dialog. Og da må gjensidig tillit bygges opp, ikke ned. ✕

Debattert

Programmert forskning

Liten rolle Hovedinntrykket er likevel at kvalitativ forskning har en lite fremtredende rolle i moderne psykologi. Kan metodeutvikling bidra til revitalisering?

Pål Kraft i Morgenbladet 20. januar

Relevans? På hvilken måte er aktivering av venstre prefrontale cortex mer relevant for livskvalitet enn folks egne oppfatninger av hvordan de har det?

Kristin Buvik og kolleger i Morgenbladet 27. januar

Ekskludert Når Pål Kraft svinger sin pisk over kvalitativ metode en bloc og deler sine bedrevitenskapelige betraktninger om psykologi, står han i fare for å framstå som akademisk selvfor-synt, ekskluderende og proteksjonistisk.

Rolf Markussen og Geir Wackers i Morgenbladet 3. februar

Mening Vi er overbevist om at innsikten psykologiens stamfar Wilhelm Wundt la til grunn vil stå seg i overskuelig framtid: Den kvalitative psykologien trengs for å forstå mennesket som et meningsskapende vesen.

Agnes Andenæs og kolleger i Morgenbladet 3. februar

Markedstenkning Tanken er at de beste forskningsmiljøene vinner midlene. Realiteten er imidlertid en annen: Forsknings-satsingen er utmeislet i programmer som gjør at det allerede langt på vei er bestemt på forhånd hvem som vinner.

Erik Stänicke og Arne Johan Vetlesen i Aftenposten 7. februar

Få søknader - Kvalitativ forskning er viktig og verdifull på bestemte områder og i bestemte problemstillinger. Men når Forskningsrådet bevilger lite til kvalitativ forskning, henger det først og fremst sammen med at det kommer få søknader.

Pål Kraft til Morgenbladet 17. februar



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

Medbestemmelse

Arbeidstakernes medvirkning i organiseringen av sin egen arbeidshverdag er en sentral ingrediens i ledelse på norsk.

DENNE GANGEN HAR jeg lyst til å skrive om psykologi på arbeidsplassen – hverdagspsykologi. Ofte når vi snakker om psykologi, tenker vi på sykdom – på angst, depresjon eller psykoser. Men hvor mange psykologiske mekanismer ligger det ikke i hvordan vårt arbeidsmiljø er, om vi trives, hvordan vi kommuniserer med hverandre, støtter hverandre, eller i verste fall bryter hverandre ned? Hvor viktig er det ikke for hver enkelt av oss at vi opplever at jobben vi gjør, betyr noe for arbeidsplassen vår, at det vi bidrar med som enkeltpersoner, er viktig for arbeidsmiljøet, og at vi kan påvirke vår arbeidshverdag?

INNFLYTELSE PÅ ARBEIDSTIDEN

Derfor er vi i LO opptatt av medvirkning og medbestemmelse. Arbeidstakerne får bidra til å bestemme organiseringen av arbeidet, de blir tatt på alvor når de påviser forhold som burde vært annerledes, og kommer med forslag til forbedringer. Dette kan skje både individuelt og direkte, og representativt indirekte gjennom en tillitsvalgt eller et verneombud.

Arbeidstiden er et viktig element i organiseringen av arbeidet. Arbeidstiden strukturerer livet vårt, familien og samfunnet. Det skulle bare mangle at ikke arbeidstakerne hadde innflytelse på lengden på arbeidstiden og når på døgnet den plasseres.

I arbeidsmiljøloven er medvirkning og medbestemmelse et viktig element i mange lovbestemmelser, både på individuelt og kollektivt nivå. Normalbestemmelsene i arbeidsmiljøloven er basert på kunnskap om hvordan arbeidstidens lengde og plassering påvirker mennesket både fysisk og psykisk, og hvilken virkning det kan ha på arbeidsmiljø og sikkerhet. Når en arbeidstidsordning innebærer betydelige unntak fra normalbestemmelsene og adgangen til å inngå avtale er lagt til enkeltindividet, kan arbeidstakeren bli eller føle seg presset til å avtale ordninger som er uheldige. Særlig dersom avtalen inngås samtidig som du ansettes. Derfor bestemmer arbeidsmiljøloven at slike store avvik, etter først å ha blitt behandlet av lokale tillitsvalgte, enten må godkjennes av en sentral fagforening eller av Arbeidstilsynet/ Petroleumsstilsynet. Systemet med fagforeningenes godkjenning av rotasjonsordninger og langturnusordninger har fungert i mange år.

MEDLEVERFORSKRIFTEN - ET UNNTAK

Men, det er ett unntak fra et slikt system. Medleverforskriften legger all avtaleadgang på individnivå. Forskriften kan per nå anvendes for ansatte i institusjoner for personer med rus- og/eller atferdsproblemer og for enslige mindreårige asylsøkere. I de mest ekstreme tilfellene kan det være snakk om arbeidstid på 7 døgn på, 7 døgn fri, noe som innebærer 84 timer gjennomsnittlig arbeidsuke. Regjeringen vil nå utvide forskriften slik at den skal kunne gjelde for enda flere ansatte. LO ønsker at forskriften, som har vært midlertidig i 11 år, skal oppheves.

LO er imot denne forskriften fordi den gir anledning til sterkt avvikende arbeidstidsordninger uten at det sikres at personer/instanser med kompetanse og nødvendig distanse til den enkelte arbeidsplassen foretar en endelig vurdering av forsvarligheten ved arbeidstidsordningen. Vi er også opptatt av at vi vet for lite om langtidsvirkningene for arbeidstakerne, på helse og arbeids- og familieliv, av slike komprimerte arbeidstidsordninger. Dette gjelder uavhengig av hvem som godkjenner ordningene.

PÅ GODT NORSK

Hvordan mener LO at medbestemmelse og medvirkning skal være – på godt norsk? Jeg skal illustrere det med et eksempel. I en stor industribedrift skulle de endre arbeidstidsordning i deler av bedriften. Hovedtillitsvalgt og hovedverneombud var sentrale fra starten. Det ble hentet inn informasjon om arbeidstid og helse som både ledere, tillitsvalgte, verneombud og arbeidstakerne fikk ta del i. Motstanden mot forslagene som etter hvert ble lagt på bordet, ble tatt på alvor. Kanskje hadde arbeidstakerne noen gode poeng? Kommunikasjonen mellom de tillitsvalgte og ledelsen i de berørte avdelingene førte til at de ble bedre kjent, og fikk mer respekt for hverandres ståsted. Samarbeidet ble bedre i avdelingene som hadde endret arbeidstidsordning, enn det var i de andre avdelingene.

I denne prosessen var bedriftshelsetjenesten også med. Det er ikke så mange arbeidspsykologer eller organisasjonspsykologer i denne tjenesten, men det er lett å se at disse yrkesgruppene kunne hatt en rolle å spille. Ikke først og fremst for å arrangere stressmestringskurs eller andre individuelle tiltak, men blant annet for å bidra med kunnskap i virksomhetene om samspillet mellom arbeidets organisering, medbestemmelse, medvirkning, arbeidsmiljø og helse. At det er en slik sammenheng, framkommer blant annet i NOU 2016:1 Arbeidstidsutvalget, der det står at «skift- og nattarbeid i kombinasjon med lav innflytelse på egen arbeidstid ser ut til å bidra til dårligere mental helse».

TRENGER PSYKOLOGBLIKKET

Når virksomheter inngår kontrakter om oppdrag med altfor stramme tidsrammer – rammer som innebærer kontinuerlig arbeidsrelatert stress på grunn av tidspress – eller når virksomheter har løpende arbeidsoppgaver som er for omfattende i forhold til bemanningen, innebærer det å utfordre arbeidstakernes fysiske og psykiske helse. Vi kunne trenge psykologenes blikk på virkningene av slike forhold.

I LO er vi derfor opptatt av at den enkelte arbeidstaker skal ha innflytelse over sin egen arbeidstid, både direkte og indirekte, gjennom representativ deltakelse fra tillitsvalgte. Vi er også opptatt av fleksibilitet. På mange arbeidsplasser er det mulig å få til individuelle tilpassninger av arbeidstiden innenfor rammen av normalbestemmelsene i arbeidsmiljøloven og innenfor rammene i de kollektive avtalene.

At arbeidstakerne på ulike måter har medbestemmelse og medvirker i organiseringen av sin egen arbeidshverdag, er en sentral ingrediens i ledelse på norsk. Det beste resultatet her – en produktiv arbeidsplass med et godt arbeidsmiljø – får vi som kjent oftest når alle de viktige ingrediensene er på plass. ✕

Gerd Kristiansen



Når adgangen til å inngå avtale er lagt til enkeltindividet, kan arbeidstakeren bli eller føle seg presset til å avtale ordninger som er uheldige

Inntrykk



AVSTENGT Terapeut Gerd (Grethe Ryen) må jobbe for å få tillit hos den lille gutten Gustav (Kai Remlov).

REPORTASJE

Forvandlingen

For første gang er psykologisk forskning blitt råstoff for et teaterstykke. Eldre psykoterapeuter reflekterer over hva et langt yrkesliv ga dem – og hva det kostet.

Seks lenestoler står på den nakne scenen, gulvet er sort, veggene likeså. Ingen av stolene er like. En av dem er full av bøker og papirer. I en skinnstol ligger en overdådig blomsterbukett. I en rød lenestol masse leker i en plastkasse. Vi er på Scene 2 ved Det norske teatret i Oslo. Seks av Norges fremste og mest erfarne skuespillere lytter konsentrert der de står i ring rundt instruktør Tyra Tønnessen. Hun vil stramme opp den innledende scenen til stykket *Overføring*, der skuespillerne forvandler seg til seks aldrende personer som har sin siste dag på jobben etter å ha virket flere tiår som psykoterapeuter. I en finstemt rytme skal de introdusere seg en for en, der de på hvert sitt kontor pakker sammen tingene sine, stryker en siste gang ettertenksomt over terapistolen, eller lar seg friste til å bla litt i en bok som kanskje har betydd noe spesielt. En prøver å mestre en gjenstridig mopp, men ender med å kaste den i veggen. Er det tanken på jobbavslutningen som får ham ut av likevekt?

Denne innledningen er forestillingens eksistensielle motor. Det å rydde seg ut av kontoret for å avslutte en lang karriere er en situasjon der man gjerne tar et oppgjør, skal regissør Tyra Tønnessen senere fortelle meg. For terapeutene vekker siste dag på jobben tanker og sterke følelser. Glede over hva terapeutlivet ga, men også grubling over om man hadde vært god nok i jobben, og om hva jobben hadde kostet dem selv og deres nærmeste.

BERIKENDE OG BELASTENDE

Et forskningsbasert teaterstykke – det er unikt, i alle fall innenfor psykologien. *Overføring* har en uvanlig forhistorie. Manuset er skrevet basert på psykologspesialist og førsteamanuensis Marit Råbu sine dybdeintervjuer med 13 psykoterapeuter som alle hadde en karriere på rundt 40 år bak seg. Råbu ville undersøke hvordan det å være terapeut så lenge hadde virket inn på livet deres. Hva hadde arbeidet gitt dem? Hva hadde det kostet?

Disse psykologene og psykiaterne var stifinnere i psykologien. De valgte en utdanning i et fag som var temmelig nytt – i en tid da det ikke var så vanlig som i dag å ta utdanning på Universitetet. De startet sin karriere i 1960- og 70-årene, en periode med kraftfulle debatter om kjønn og samfunnsnormer, med stor fremtidsoptimisme og tro på endringer i tenkemåter og leveregler.

Svarene Råbu fikk inn (se faktaboks med referanser), viste at terapeutene syntes yrket som psykoterapeut hadde vært meningsfullt. Det å bli kjent med det innerste i et menneskesinn, prøve å forstå personens utfordringer og lidelse og så bidra til endring og utvikling, det følte som et privilegium. Terapeutene mente selv at de gjennom årene hadde fått økt toleranse for menneskelig mangfold, men også ydmykhet for at ikke alt kan lindres og repareres. De trakk også fram at livet som terapeut var spennende – ved å være uforutsigbart og intellektuelt stimulerende, og ved at man fikk være kreativ og bruke hele seg. Samtidig fortalte de

TEKST

Nina Strand

FOTO

Fin Serck-Hanssen





– Selv ser jeg litteratur og kultur som en kilde til kunnskap. Ikke med en pedagogisk hensikt, men som erkjennelse om det å være menneske

Marit Råbu

om store belastninger ved det å komme så tett på menneskers liv og lidelse. Flere hadde kjent avmakt når de ikke greide å gi god nok hjelp. Noen hadde mistet pasienter i selvmord. «En får vel ikke ristet det nok av seg», sa en.

Da psykoterapeutene ble spurt om sine egne relasjoner, svarte flere at det å være terapeut hadde beriket relasjonene til familie og venner ved at de hadde utviklet toleranse og evne til å lytte. Men noen trakk også frem at de tidvis var så oppfylt av arbeidet at de ikke greide å være ordentlig til stede for dem rundt seg. «Man er så befolket inni seg, man har liksom så mange, så man har ikke helt plass til flere enn kanskje den nærmeste familie», sa en.

ET VIKTIG VERKSTED

Hvordan gikk det til at Marit Råbus forskning ved Universitetet i Oslo fant veien til Det norske teatret? I møte med Råbu på teatrets restaurant Løve får jeg historien. På en konferanse om kvalitative metoder i Vancouver i 2009 deltok forskeren på en workshop som handlet om det å formidle forskningsfunn gjennom teater. Det fenet.

– Selv ser jeg litteratur og kultur som en kilde til kunnskap. Ikke med en pedagogisk hensikt, men som erkjennelse om det å være menneske, sier Råbu, som forteller at så å si alle de 13 terapeutene hun intervjuet, spontant nevnte at det var viktig for dem å drive kunstnerisk virksomhet.

– Flere av dem sa at de leste like mye filosofi og litteratur som psykologi. Forskning og teori er grunnleggende, men ikke tilstrekkelig. Det er noen typer erkjennelse som best kan uttrykkes i kunst, sier Råbu, som også forteller at sosialantropologien har flere eksempler på at forskning har blitt teater.

Senere møtte Råbu skotten John McLeod. Han er klinisk psykolog og en av de fremste internasjonalt innenfor kvalitativ forskning, og professor II ved Universitetet i Oslo. McLeod presenterte henne for ideen om å invitere kunstnere inn i forskningen for å fornye de kvalitative metodene og få nye og friskere perspektiver. Etter et godt og intenst samarbeid med regissør Tyra Tønnessen ved Det norske teatret er hun spent på hvordan resultatet blir.

– Tønnessen og jeg har jobbet tett sammen om manus, men jeg vil ikke blande meg inn i prøvene. Jeg aner ikke hvordan teateret blir, sier hun.

Hun er spent. Særlig føler hun et stort ansvar for psykoterapeutene hun intervjuet til forskningsprosjektet, som har bidratt med dypt personlige erfaringer. Hun tror det var spesielt for terapeutene å være med i forskningsprosjektet.

– De har brukt livet på å lytte til andre, men nå var det de selv som ble lyttet til. Nå skal altså publikum få del i noe av dette, sier Råbu og forklarer at de 13 intervjuene er råstoff for seks karakterer, slik at ingen av terapeutene kan finnes igjen enkeltvis blant personene på scenen. Informantene fikk også mulighet til å lese og kommentere teatermanuset på forhånd.

– Fikk du et annet blikk på forskningen din gjennom å la teatret presentere og fortolke den?

– Ja, derfor vil jeg ikke blande meg for mye inn. Det er viktig å ha tillit, nysgjerrighet og ydmykhet for en annen måte å tolke forskningsmaterialet på. Jeg tror dette blir poetisk og gripende, sier Råbu. Hun har stor respekt for Tyra Tønnessen, som hun kjenner godt fra tidligere samarbeid. Nå har hun også trukket regissøren inn i det internasjonale forskningsprosjektet hun driver sammen med John McLeod og Christian Moltu fra Helse Førde/Universitetet i Bergen: «The art and science of psychotherapy: How collaborative action between client and therapist generates and sustains productive life change.» Med sin doktorgrad om improvisasjon fra Kunsthøgskolen i Oslo kan Tønnessen bidra med viktige perspektiver, mener Råbu.



GENERASJON REVOLUSJON Kampen mot den harde barneoppdragelsen, for seksuell frigjøring og for forståelsen av psykisk sykdom var viktig for generasjonen de seks psykologene i stykket tilhører.

OVERFØRT

– *Psykologene i stykket snakker om en annen arbeidshverdag med helt andre rammer enn i dag. Er deres erfaringer relevante for dagens psykologer?*

– Det menneskelige, det å møte folk med stor smerte, er ikke noe som forandrer seg under andre rammer. Jeg veileder studenter på profesjonsstudiet og ferske psykologer. Det de opplever er vanskelig i sin praksis, er veldig ofte det samme som de eldre psykologene forteller om. Terapi er noen ganger krevende, også for den erfarne terapeuten på 70. Det sier jeg til studentene.

Råbu mener terapeutenes liv og refleksjoner inneholder allmenne temaer som kan vekke interesse langt ut over psykologenes rekke. Hun fikk en bekreftelse på det da hun lot regis-

sør Tyra Tønnessen lese den store bunken med intervjuer. For Tønnessen ble dypt fascinert.

– Det var transkripsjoner av 24 timers opptak, et svært materiale. Jeg leste og leste, og hadde vanskelig for å legge det fra meg. Det slo meg at mennesker som i et langt yrkesliv har jobbet med følelser, livsvalg og relasjoner, er svært reflekterte, sier regissøren, som altså er i gang med å omsette forskning til dramatikk.

Tønnessen og jeg sitter i de hjemlige lenestolene i foajeen på Det norske teatret. Det er formiddag, og vi har hele det store rommet for oss selv. Om bare et par uker vil publikum strømme inn gjennom de store glassdørene for å se stykket, og regissøren sitter ikke akkurat tilbaketrukket i stolen. Snart skal hun gå trappa ned i det mørke scenerommet for å lede en ny prøve med skuespillere, scenograf og lydteknikere.

DEN OFFISIELLE TENKEMÅTEN

– Jeg mener psykologien nå er blitt en dominerende måte å tenke om oss selv og måten vi er på. Selv kommer jeg fra en kristen bakgrunn, og jeg ser »



– Det er psykologien som står i kontrast til fundamentalismen, ikke kristendommen. Den psykologiske måten å tenke på er den offisielle norske tenkemåten nå

Tyra Tønnessen

at i dag er det ikke kristendommen, men psykologisk tenkning som gjelder. Psykologien er nedfelt i så mange sammenhenger; i skoleverket og i barnevernet, for eksempel. Det er psykologien som står i kontrast til fundamentalismen, ikke kristendommen, slik jeg ser det. Den psykologiske måten å tenke på er den offisielle norske tenkemåten nå, sier hun.

Slik var det ikke da psykologene som teaterstykket handler om, begynte sine studier rett etter krigen, påpeker Tønnessen. Hun mener dette er en generasjon som har stått for stor åndelig påvirkning på samfunnet i etterkrigstiden, og at den derfor er interessant også for allmennheten.

– Du valgte å kalle stykket «Overføring», et psykologisk fagbegrep. Vil ikke det virke litt diffust for mange?

– Jeg synes det er et interessant begrep. Da jeg leste terapeutintervjuene, var det morsomt å se hvor forskjellig personene forholdt seg til intervjueren. Noen virket tillitsfulle og glade for å bli intervjuet, andre var mer forklarende. Noen så ut til å ha behov for å forsvare sin virksomhet, de følte kanskje at de sto til regnskap. Det slo meg at forholdet mellom skuespillere og publikum også innebærer en type overføring. Skuespillere kan tenke på publikum som sine dommere eller som samtalepartnere – eller kanskje som noen de skal gi noe verdifullt til, for eksempel. Forskjellige posisjoner overfor publikum som kan gi dem forskjellige følelser.

Tønnessen mener psykologene som yrkesgruppe har en spesielt interessant stemme i dagens samfunn.

– Psykologiens rolle, ideen om at mennesker kan hjelpe mennesker, men også at man kan hjelpe seg selv, at vi er hverandres frelsere, er interessante tanker i en tid da religionens rolle er svekket. Noen tenker på psykologer som en type overmennesker, at de ser tvers gjennom oss. Men materialet viser at terapeutene er vanlige mennesker, og at de er blitt mer bevisste om nettopp det, også i sin praksis.

Måten terapien foregår på, gjenspeiler nettopp dette, slik Tønnessen ser det. Istedenfor å være den klassiske «usynlige» terapeuten som plasserer seg utenfor pasientens synsfelt og lar pasienten ligge på en sofa, vil disse terapeutene at terapien skal være ekte menneskemøter. De er blitt mer opptatt av sin egen rolle og sine egne følelser og reaksjoner, konstaterer hun, og kaller det en humanistisk vending.

– At overføringsselementet er kommet mer i fokus, og at det ikke er et problem, men en ressurs at terapeuten er et menneske, er bra, mener jeg. Jeg håper at også selve forestillingen på samme vis skal bli et ekte møte mellom skuespillere og publikum. At publikum også vil bidra med sin energi til skuespillerne, og at de skal oppleve at de faktisk er til stede med skuespillerne akkurat nå.

ET EKTE MØTE - OG KAMP

Det var på en rundreise i Europa mens hun var student på Teaterhøgskolens regilinje at hun kom på sporet av det som kanskje kan kalles teatrets x-faktor. Hun fikk et avbrudd i utdannelsen, og bestemte seg for å bruke tiden til å se mest mulig teater. Ved å kjøpe to interrailbilletter som lå rett etter hverandre i tid, kunne hun reise billig og langt. Hun fikk sett uhorvelig mye teater, men utbyttet varierte sterkt.

– Noen ganger opplevde jeg et sterkt møte med skuespillerne. Andre ganger var det helt kaldt, sier hun. – Siden har det alltid interessert meg: Hva skyldes de store forskjellene? spør hun. Hun tror noe av kjernen ligger nettopp i møtet mellom skuespillere og publikum, at det føles sterkt og ekte.

Toralv Maurstad er en av skuespillerne i *Overføring*. Han er spesielt opptatt av dette, forteller Tønnesen. Som 90-åring er Maurstad nå tilbake som skuespiller etter et slag. Det å møte publikum igjen er noe av det han har lengtet mest etter som sykmeldt.

– Å føle energien fra publikum og å svare på den. Toralv leter alltid etter noen han kan kommunisere med blant publikum, sier regissøren.

Med sin doktorgrad om improvisasjon vil Tønnessen altså at skuespillerne skal være åpne for det publikum gir dem, og ta det inn i det de gjør. Utfordrende for skuespillerne, men en grunnleggende komponent i denne regissørens metode.

I overføringen fra forskning til teater har Tønnessen tildelt hver av de seks personene en personlig kamp, noe de strever med. Hun kaller det stykkets dramaturgiske motor.

– Vi kommer til å se at hver av personene forholder seg til publikum på forskjellige måter. For noen er publikum samfunnet, for andre kritiker, eller en slags hjelper. Rollefigurens forhold til publikum blir kanskje også en type overføring, forklarer regissøren før hun med effektive skritt forsvinner for å lede prosessen mot premieren videre.

NERVØST TIL STEDE

Neste morgen er jeg tilbake i samme lenestol i Det norske teatrets foaje. Skuespillerne Britt Langlie og Erik Hivju angrer nok litt nå på at de sa ja til å møte en journalist midt i innspurten med *Overføring*. For de er nervøse. Gårsdagens uro etter en dårlig prøve sitter fortsatt i. Men idet vi begynner samtalen, slår profesjonaliteten inn, og de er fullt til stede – for hverandre og for journalisten. Ivrig griper de tak i hverandres tanke-sprang. For stykkets temaer treffer dem, både som fagpersoner og privat.

– Stykket handler om det vi skuespillerne selv opplever akkurat nå, at vi slutter i jobben. Og hva søren gjør vi da? sier Langlie.

– Vi kan jo være frilansere som disse psykologene også sikkert kan. Men jeg synes det er perverst å slutte å jobbe når du er 70. Hvis man har en tung, fysisk jobb, da blir man sikkert utslitt. Men så lenge huet fungerer og du kan stå opp om morgenen, vil vel de fleste jobbe og gjøre noe? Jeg er 72 nå, men har holdt på hele tiden. Jeg følte panikk da jeg skulle slutte.

Dette kan jeg ikke ta inn over meg, tenkte jeg. Jeg har vel fortsatt ikke gjort det.

Det hun savner mest, er å fortelle historier til publikum. Å finne ut av og tolke rollen sin, gå inn i den.

– Ja, det der er jo en slags forskerrolle, sier Hivju.

– Man har sine grep, og det å øve med kolleger, det er den morsomste tiden. Å få det gode smilet: Nå stemmer det! Men så vet jeg at det ikke varer så lenge. Jeg ser frykten i øynene. Som på fredag. Da raknet det. Vi skuespillere er veldig avhengige av hverandre. Det er et skjebnefellesskap.

– Begge rollefigurene deres snakker om flinkhet, at de er mindre opptatt av det.

– Flink er et fyord i vår bransje. Vi sier: Det der er bare flinkt. Min rollefigur forteller at han tidligere snakket mye, og tolket det som skjedde i terapirommet. Men flinkheten stenger alle andre ute. I stedet lærte han seg å si mindre og begynte å lytte, sier Hivju.

– Flinkhet betyr at det er tillært, det andre har tenkt ut. Da stikker det ikke dypt nok, supplerer Langlie. Nå har hun og rollefiguren Anne Marie blitt gode venner.

– Vi har fira litt. Hun har måttet gi seg på ting, men det har jeg òg. Jeg kan ikke bare forestille meg. Jeg må gå inn i figuren, og da må jeg bruke meg selv. Det må være meg som står der.

Hivju er enig. Men etter hvert som han er blitt eldre, er han blitt mer analytisk, mener han.

– Jeg går utenifra og inn. Jeg består på et vis av to personer – jeg begynner med en som gradvis avskalles og blir til en annen. Det fungerer ofte slik på scenen også, at personen avkles for publikum etter hvert. At du ser en annen personlighet bak skallet du først ser. Det er disse dørene inn til personen jeg må finne for å forstå. Jeg vil tro at skuespillernes åpenhet for en forfatters skrevne ord ligner terapeutens åpenhet for en pasient. Skuespillere legemliggjør, vi er kroppen som forteller videre. Etter et langt liv kan denne jobbingen gå på sinnet løs. En skuespiller behøver ikke nødvendigvis være harmonisk, men vi trenger å ha en indre vakthund som gjør at vi ikke leker med ilden. Det har slått meg at hvis du ikke har et kjølig punkt i hodet, så kan det gå galt.

– Kjenner du igjen dette, Britt Langlie?

– Jeg er kanskje litt mer intuitiv. Bruker innlevelse og fantasi. Men det må være naturlig for meg. Jeg kjenner etter, og merker slik som i går når det lugger, og rytmen og teknikken ikke er på plass.

– Og så må det være sant, det er viktig for deg, ikke sant, sier Hivju.

– Ja. Jeg kan ikke gå inn og *lage* noe. Det må være ekte.

Begge har tatt inn over seg temaer fra stykket. Det er ikke enkelt for psykologene heller, de som skal være eksperter på menneskesinnet, erfarer de. Langlie vet også fra privatlivet at psykologer kan føle seg hjelpeløse og søker råd hos en kollega. Men ett spesielt bilde i stykket har satt seg i kroppen hennes.

– Det er en scene helt mot slutten av stykket med et neshorn som går rundt og rundt i sine egne sirkler. Når jeg ser det, får jeg frysninger. For de fleste av oss har jo denne komfortsonen. Vi har lett for å gå i sirkler og tulle, istedenfor å våge oss utenfor, sier Langlie.

Hivju får tanker om sitt eget liv.

– Jeg har tenkt flere ganger mens jeg har jobbet med stykket, at mange av oss har mer erfaring med psykisk sykdom enn vi snakker om. Og at vi trenger broer til mennesker rundt oss. Jeg får tanker om at jeg må ringe noen. Snakke

med noen! Jeg må være åpen, lytte mer til dem rundt meg. Jeg er jo i samme alder som mannen jeg spiller, og hans tanker om disse temaene gjør inntrykk.

DEN TERAPEUTISKE KULTUREN

Hovedpersonene i *Overføring* er generasjonen som i løpet av 1960- og 70-tallet bidro til at den harde barneoppdragelsen tapte terreng. Det var en samfunnsrevolusjon, mener Erik Hivju. Men hva forteller det om oss og samfunnet vi lever i, at et teater setter opp et stykke med dette temaet? Det er nærliggende å stille spørsmålet til Ole Jacob Madsen, filosof, psykolog og førsteamanuensis ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Madsen er kjent for sine analyser av psykologiens innflytelse på den vestlige samtidskulturen, ikke minst ved å prege vår selvforståelse. Han svarer på e-post:

– En enkel forklaring kan vel være at teaterrommet og terapirommet har en del til felles, de er begge «autonome sfærer», der man har anledning til å prøve ut andre logikker enn i

GRUBLENDE TERAPEUT En pasient har tatt livet sitt. Oddvar (Erik Hivju) har nettopp slått i stykker en diger istapp i fortvilelse: Var jeg for kjølig i relasjonen?



samfunnet ellers. De kan jo også begge knyttes til sekulære bekjennelsesposter i det moderne, ettersom kirken blir stadig mer avleggs for de fleste og «Gud» er blitt din bestevenn eller coach. Ellers har jeg jo lenge interessert meg for et forskningsfelt og en samtidsdiagnose som kalles «den terapeutiske kultur», og som betyr det begrepet antyder: Psykologien har rykket inn i samtidskulturen. En interesse både i teatermiljøet og blant publikum for å komme på «innsiden» av psykoterapeuters livsverk passer jo godt inn i en slik forestilling.

– *Har psykologer fått en heltestatus i samfunnet vårt, og hva ved psykologene er det som gjør det?*

– Det kan se slik ut i en del tilfeller. Psykologen er det moderne selvets fremste forkynner og lindrer. Og psykologisk ekspertise blir for eksempel sett på som nøkkelen til å få mennesker til å prestere. Blant fotballtrenere er det fascinerende hvordan hærfører- eller sjefstrategrollen langt på vei er erstattet av forskeren som kan komme inn i hodet på spillerne, eller av terapeuten som er opptatt av «det hele mennesket», og som viser omsorg for spillernes ve og vel både på og utenfor banen. Jeg synes man kan merke det selv også hvis noen spør deg: «Hva driver du med?», og så svarer du «Psykolog». Blant foreldregenerasjonen min var det vanlig å rykke til, og bli taus, men blant den yngre generasjonen synes jeg man kan se at ansiktene lyser opp, og de sier: «Så spennende!».

Å BADE I SJØEN

En knapp uke etter møtet med skuespillerne er jeg tilbake i teatret. Nå skal ensemblet for første gang teste ut stykket for et eksternt publikum som er spesielt invitert. Jeg har invitert med meg psykolog Magnhild Kvamsdal Hope (71), som har hatt privat praksis i 30 år og en mangfoldig praksis før det. Nå er hun i ferd med å pensjonere seg. Over en kopp kaffe etter forestillingen skal jeg få høre hennes refleksjoner.

Når jeg spør hvilken scene som gjorde sterkest inntrykk, trekker Hope frem den tause lille gutten, spilt av Toralv Maurstad. Psykologen prøver å få ham til å leke med seg i sandkassa, men gang på gang avviser han henne med sinne. Da gutten fortvilet river hodet av dukken hun rekker ham, sier hun: «I denne verda her kan det neimen ikkje vera lett å vera barn.»

– Da skjedde det noe med gutten, sier Hope.

– I leken fikk psykologen komme over til øya der gutten og familien var. Han begynte å formidle seg. Det var et vakkert samspill. Som terapeut mener jeg det viktige ikke er å forandre mennesker, men å gi rom og åpne for pasientens egen opplevelse. Ha tro på at hvis folk får utforske hva de egentlig tenker og føler, vil endringen komme fra dem selv. Da kommer den innenfra.

Hope trekker også fram scenen med terapeuten som ikke hadde vært der for kona si. Først da kona var død, snakket han ordentlig med henne.

– Det å finne balansen og ha et liv utenfor jobben er så vesentlig når en driver psykoterapi.

Med en krevende terapeutjobb glemmer man kanskje å plukke blåbær, eller som Anne Marie sier: «Eg elsker å bade. Bade i sjøen.» Idet hun sier det, eksploderer scenen i lyd og bevegelse. Det er 60-tallsbandet Beach Boys med «Surfin' USA», som får terapeutene til å synge, danse vilt og glemme seg selv.

Sju mennesker om dagen fem dager i uka – i det uendelige. Slik beskriver en av personene tilværelsen som terapeut. «Korleis det har påverka livet mitt? Eg synes det har *vore* livet mitt.» ❌

Les mer

Råbu, M. (2014). Ettertanke: Hva har det å være terapeut gjort med livet mitt? I Von der Lippe, A.L.; Nissen-Lie, H.A. & Oddli, H. (red.) *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi*. Gyldendal Akademisk, s. 291-306

Råbu, M. & McLeod, J. (2017). Wisdom in professional knowledge: Why it can be valuable to listen to the voices of senior therapists. *Psychotherapy Research, Advance online publication* <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2016.1265685>

Råbu, M., Moltu, C., Binder, P.-E. & McLeod, J. (2016). How does practising psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapists' experiences. *Psychotherapy Research, 26*, 737-749

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

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

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

Nyansert om sterke konflikter

Forfatteren av denne boken er kanskje vår mest erfarne fagperson når det gjelder å assistere par i fastlåst mekling.



GRETHE NORDHELLE
Høykonflikt. Utvidet forståelse og håndtering via mekling.
Universitetsforlaget, 2016. 188 sider

ANMELDT AV

Haldor Øvreide, psykologspesialist i egen praksis, Institutt for familie og relasjonsutvikling

BARN KOMMER TIL verden med prososiale egenskaper. Men barn har også en selvbeskyttende evne til å reagere; tilpasse seg, protestere eller trekke seg bort. I spenningen mellom fellesskap og individuell integritet lever vi resten av livet. De fleste finner en rimelig balanse i denne nødvendige bindingen vi har til hverandre. Men noen ganger vokser det fram rigide motsetninger som partene selv ikke klarer å løse opp. I motsigelsens prosess kan det som det strides om, komme til å ødelegges eller skades. Gjerne er det en uskyldig tredjepart, for eksempel et barn. Av den grunn er det av stor verdi å bistå dem som står i det fastlåste. Kan en tredje part hjelpe? Enten med å finne en balanse som partene kan leve med, eller med å hjelpe den enkelte til å forsone seg med at motsigelsene var uløselige, uten at det verdfulle det strides om, skades for mye. Eller må en avgjørelse tas på et annet sosialt plan?

RAUS KUNNSKAPSDELING

Forfatteren av denne boken er kanskje vår mest erfarne og reflekterte fagperson når det gjelder å assistere dem som ikke klarer å løse sine fastlåste fellesskap. For fellesskap er det, ved at begge parter er bundet til det objektet eller

den personen det dreier seg om, eller til hverandre i en «folie à deux». Nordhelle deler raust av sin erfaring og innsikt i hva som kan ligge til grunn for, forsterke og opprettholde det fastlåste. Og ikke minst, hvilke forutsetninger som må være til stede for at en meklende tredjepart kan skape ny bevegelse i de mest fastlåste konfliktene.

Forfatteren setter seg som mål å formidle hva som er overgripende kjennetegn ved høykonflikter, og hvilke metodiske overveielser en mekler trenger å gjøre når en står overfor disse. Det er befriende at det ikke forespeiles en «quick fix» bare en gjør «slik og slik». Den bærende idéen er at det bare er gjennom meklerens evne til å etablere begge parters *tillit* at den mistilliten som er mellom partene, kan bygges ned – fortrinnsvis slik at begge psykologiske posisjoner transformeres for at en løsning kan nås. Til det trenger mekleren en bred faglig tilgang og en tilstrekkelig selvforståelse til å kunne bevege seg smidig, for både å balansere og utfordre partene ut fra en forståelse av hva som er den underliggende dynamikken i konflikten. En dynamikk som partene som oftest selv ikke er seg bevisst. Det er et tydelig poeng i boken at å mekle de mest fastlåste konfliktene ikke er for nybegynnere. For-

fatteren lykkes med å vise kompleksiteten i både konfliktprosessene og i mange av de faglige utfordringene en mekler da står overfor.

SVAKHETER I FORMIDLINGEN

For å belyse tema og løsningsmuligheter benytter Nordhelle seg av en bred faglig tilgang, men også ispedd innsikt og metaforer fra poesi, skjønnlitteratur, eventyr og visdomsord. Det gir en frodig tekst. Men boken skjemmes tidvis av et upresist språk. Setninger som: «Et sentralt aspekt ved høykonflikt er hvor mye konflikten må eskalere før den er høy? (s. 19)» burde vært plukket bort. Det blir også så mange «må», «bør» og «viktig» at de mister sin verdi. Når ordet «høykonflikt» forekommer opptil 13 ganger per side i et fortløpende underkapittel, så irriterer det leseren at ikke språket varieres mer. Og den logiske rekkefølgen i teksten kunne noen ganger vært bedre redigert. Noe som også fører til litt for mange krysshenvisninger, som «Dette vil bli utdypet senere». Slikt gjør teksten mer fragmentert og mer repeterende enn nødvendig. Dette er kritikk som jeg først og fremst vil rette mot forlaget. Det er forstemmende når forfattere med grundig faglig innsikt ikke gis kompetent hjelp til god logisk oppbygging og språkvasking av teksten.

Nordhelle vil med boken gi oss en tekst om høykonflikt, uavhengig av hvilke konfliktområder det skal mekles om. Det har hun gjort, men hun påpeker samtidig at familiekonflikter er et særlig tema for mekling i Norge. Eksempelene som brukes, tyder også på at dette er forfatterens viktigste erfaringsområde. Det er en svakhet ved boken at det viktigste meklingsområdet – barn – ikke problematiseres mer ut fra barnets perspektiv. For det første kan vedvarende og høyintensive foreldrekonflikter påføre barn store psykiske skader. Derfor blir det et sentralt aktsomhetsområde for meklerin. Dessuten vet vi at barn kan være aktive subjekter i foreldrenes konflikter. Dette trenger vi å forstå når vi nærmer oss disse familiene. For det tredje har barn i dag rett til å bli hørt om det som vedrører deres liv. Det enkelte barnet har altså både motiv og rett til å ha en aktørposisjon i konfliktspørsmålene. Hvordan skal det innfris og ivaretas når barnet samtidig er objekt for foreldrenes høygradige konflikter?

TRENGER FLERE PERSPEKTIVER

Mekling, både som begrep og metode, tar utgangspunkt i motsetningene. Konflikt eller ikke, hver av barnets foreldre har et selvstendig ansvar for at barnets utvikling og livskvalitet ivaretas. Motsetningene foreldrene mellom må derfor alltid underordnes dette individuelle ansvaret. Jeg er i tvil om meklingsbegrepet og den meklingsordningen vi har i dag, gir den beste tilnærmingen til å finne svar på vanskelige spørsmål om barns omsorg. Å heller kalle det *obligatoriske samtaler om barns omsorg* vil gi ordningen et bedre språk som reduserer fokus på konflikten til fordel for målet. Det kan trolig også gi et bredere tilfang av metoder. «Gi meg et sverd, så får dere hver deres halvpart av barnet», sa kong Salomo, og viste de stridende kvinnene konfliktens absurditet. Vi trenger visdom på Salomos nivå når barn er fanget i foreldrenes konflikter.

Les og ta lærdom av Nordhelles innsikt og erfaring med høygradige konflikter, men når det skal arbeides for å redusere at barn skades av høye foreldrekonflikter, så trengs det også andre perspektiver og et annet språk enn det meklingsstradisjonen alene kan gi oss. ❌



Jeg er i tvil om meklingsbegrepet og den meklingsordningen vi har i dag, gir den beste tilnærmingen til å finne svar på vanskelige spørsmål om barns omsorg



ANIMERT PSYKOSE Animasjonene i dokumentarserien *Stemmene i hodet* vekker nysgjerrigheten og fascinasjonen for hvordan det er å «være psykotisk», skriver Svein Øverland. Foto: Medieoperatørene AS

Livet med stemmer

Ord alene kommer fort til kort i beskrivelsen av følelser. Det har serieskaperne tatt konsekvensen av.

STEMMENE I HODET

Dokumentarserie,
6 deler,
Medieoperatørene,
NRK 2017

ANMELDT AV

Svein Øverland,
psykologspesialist

GOD PSYKISK HELSE er noe mer enn bare fravær av psykisk lidelse. Psykiske lidelser er noe mer enn en samling av symptomer. I *Stemmene i hodet* møter vi tre unge mennesker «som har erfart å leve med en schizofrenidiagnose». Jeg må innrømme at jeg ikke hadde de høyeste forventningene til en dokumentarserie om psykiske lidelser på NRK. Min generasjon har tross alt vokst opp med snusfornuftige informasjonsfilmer fra den kanten. Men Medieoperatørene, som har produsert serien, har tenkt nytt. De har forstått at ord alene fort blir fattige når man skal beskrive følelser. Psykiske lidelser handler om smerte. Og for å forstå andres smerte kreves både kunnskap og medfølelse.

ANIMASJONENE LØFTER

Allerede i introen ser vi et glimt av de animasjonene som virkelig løfter serien og gjør at historiene blir troverdige. I beste seriestil møter vi «hovedpersonene» og seriens sound track. Idet Maria snur seg mot oss og åpner øynene, ser vi en avtegnet djevel i øyet hennes.

Serien følger som forventet de tre personene i forskjellige stadier av behandlingsforløpet, med de nesten obligatoriske intervjuene og betraktningene. Det er nødvendige ingredienser for å få mer kunnskap om et tema som for mange er overlesset med fordommer og direkte feilkunnskap.

Men det er animasjonene og illustrasjonene som vekker nysgjerrigheten og fascina-

sjonen for psykosen og for hvordan det er å «være psykotisk». De har farger, og en flyt som fungerer sømløst opp mot den «vanlige filmingen». Effekten blir forsterket av at kommentatorstemmen er hovedpersonenes egen stemme. Det gir en ekstra twist at den som har psykosen, selv kommenterer sine egne hørselshallusinasjoner. I første episode beskrives hvordan en psykose utvikler seg. Ruth Andrea forteller om hvordan hun i begynnelsen trodde at hun vant i Lotto og ble en engel. Animasjonen tar over for filmingen av henne, og vi ser det hun beskriver. Hun skildrer skiftet fra positive til negative vrangforestillinger: «Men så ble det helt jævlig.» Med disse ordene endrer også animasjonene karakter.

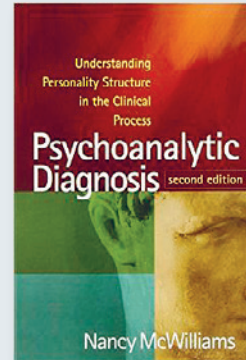
FRYSNINGER

Det var på dette tidspunktet serien ga meg frysninger for første gang. Det var da det skiftet fra å se på med halvinteresse til fascinasjon. Og jeg må innrømme at jeg deretter spolte frem og klikket meg inn på alle de andre animasjonene i de neste episodene (ja, serien ligger på tv.nrk.no).

Joda, det er rørende å se Benjamin holde foredrag for en ukjent forsamling og si: «Å sitte her er helt forferdelig.» Hvorpå han ler. Men det er enda sterkere å se animasjonen om da Maria ble tvangsinnlagt. At hun blir påført håndjern i ambulansen. At hun ser hender strekke seg ut etter henne i korridorene på Ahus nettopp på det stedet som skal gjøre henne trygg.

Seriens styrke er at virkemidlene spiller sammen. Det gjør også at den appellerer til ungdom og til personer som vanligvis ikke vil se en opplysningsfilm om psykiske lidelser. Jeg liker også at den tar for seg de alvorlige psykiske lidelsene som tross alt bærer mer stigma enn «folkesykdommene» angst og depresjon. Derimot trekker det ned at serien ikke har benyttet mulighetene som ekstramateriell gir. Der ligger bare traileren til serien. Her kunne man med fordel lagt inn mye annet kult og nyttig. Men på internett er det aldri for seint. Og som jeg sa i min anmeldelse av «Jeg mot meg», som også var en NRK-serie, gleder jeg meg allerede til oppfølgeren. ❌

KLASSIKEREN



Jeg hadde mistet lysten til å studere. Denne boka endret alt. Endelig en moderne psykoanalytisk stemme.

Nancy McWilliams, *Psychoanalytic Diagnosis, second edition: Understanding personality structure in the clinical process* (1994/2011)

I filmvitenskapen er *plot pointet* tidspunktet når alt endres og man ikke kan gå tilbake. For meg var Nancy McWilliams' bok øyeblikket da scenen skiftet. En kald novemberdag to måneder tidligere hadde en universitetslærer omsorgsfullt knust mine psykologdrømmer. Hun hadde studert fransk psykoanalyse og foreleste om homofili som en helbredelig perversjon. «Det er en type likhetsnarsissisme», forklarte hun. Jeg var den eneste åpne lesbiske i klassen. Sjelden har jeg følt meg mer alene. Læreren fikk ikke lov til å undervise mer. Det var jo tross alt 2004. Det hjalp lite når jeg mistet lysten til å studere.

Nancy McWilliams' bok endret alt. Endelig en moderne psykoanalytisk stemme! Pedagogisk og nøyaktig, på et forståelig hverdagsspråk integrerer hun tankegods fra flere psykoanalytiske tradisjoner i samfunnsanalyser om rasisme, sexisme og heterosexisme. Hun skriver om psykologiske forsvarsmekanismer, personlighetsorganisasjon og ulike karaktertyper; om drifter, affekter og medfødt temperament. McWilliams kaster lys på det faktum at vi alle har en personlighet, ikke bare våre pasienter. Det er en integrerende bok om sårbarhet, individuell kompleksitet, traumer, differensialdiagnostikk og implikasjoner for terapi. Boken er en moderne klassiker. Les den. Les om den. Nyt den. Jeg tør ikke å tenke på hva som hadde skjedd om ikke dette hadde vært den neste boka på pensumet.

Malin Fors utfordrer Line Brotnow til å ta stafettpippen videre

Godt om psykopati

En nøktern og oppdatert fagbok om psykopati for dem som ønsker å forstå mer av et viktig tema.



METTE K.F. KREIS, HELGE ANDREAS HOFF, HENRIK BELFRAGE OG STEPHEN D. HART (RED.) *Psykopati*, Fagbokforlaget, 2016. 222 sider

PERSONLIGHETSFORSTYRRELSEN psykopati antas å være til stede hos 0,5–1 prosent av befolkningen og hos 15–25 prosent i en fengselspopulasjon, mens personer med psykopati antas å være ansvarlig for over 50 prosent av all alvorlig kriminalitet. Ingen annen enkeltstående lidelse er ansvarlig for så mye skade, noe som gjør at opplysning om og forskning på tilstanden er viktig.

Boken *Psykopati* er en enkel bok for de som ikke først og fremst kan mye om tilstanden fra før, den er rettet mot et langt bredere publikum. Allikevel er det en seriøs bok. Den går bakenfor de sensasjonelle fremstillingene og gir en faglig, men allment tilgjengelig introduksjon til psykopati – hva er det, og hva kan vi gjøre med det? Den har en overkommelig størrelse, og en designmessig utforming som gjør det behagelig å lese. Boken er skrevet for et skandinavisk publikum og kommer ut samtidig i Norge, Sverige og Danmark.

TIDLIG OPPDAGELSE

Boken har to hoveddeler: Den første halvdel handler om begrepsmessige spørsmål som hva psykopati er. Det gis en lettfattelig innføring i hva som anses for å være sentrale trekk ved lidelsen, hvordan de kommer til uttrykk hos voksne, hvordan de utvikles fra barndom til voksen alder, om etiologi og om hvordan begrepet plasserer seg i moderne diagnosesystemer.

Hvordan en slik alvorlig personlighetsforstyrrelse kommer til uttrykk hos barn, er tema for Henrik Andershed og Catherine Tuvblad. Siden det er alminnelig enighet om at tilstanden er vanskelig å behandle, vil det være viktig å kunne identifisere den tidlig med tanke på tidlig intervensjon. Forskning på psykopatiske trekk hos barn er mildt sagt kontroversielt, selv om mange nå mener at de mest sentrale trekkene kan måles helt ned til treårsalderen. Det kan være mange grunner til å unngå begrepet psykopati i forbindelse med barn, men hvis en skal få gjort noe med en problematikk, er første steget å anerkjenne at den finnes.

Noen hevder at grunnen til at psykopati synes å være såpass stabilt over tid, er nettopp at vi ikke erkjenner det på et tidlig tidspunkt, og dermed ikke får gjort noe virkningsfullt med det. Imidlertid kan det være vel verdt å merke seg Cleckleys ord: «Sometimes, however, the child or adolescent will for a while behave in a way that would seem scarcely possible to anyone but the true psychopath and later change, becoming a normal and useful member of society.»

VIKTIGE SKILLELINJER

Psykopati overlapper med de diagnostiske termene antisosial personlighetsforstyrrelse, slik man finner det i DSM-systemet, og dyssosial personlighetsforstyrrelse, slik man finner det

ANMELDT AV

Kirsten Rasmussen

i ICD-systemet. Begrepene er imidlertid ikke synonyme. En oversikt over likheter og forskjeller gis i kapittelet om komorbiditet og differensialdiagnostikk. Komorbiditet har stor klinisk betydning og byr på behandlingsmessige utfordringer og betydning for prognose. Det er svært viktig å kjenne til at begrepene ikke er synonyme, når man enten som kliniker eller som sakkyndig viser til forskningen og hva den viser om behandlingsprognose og eventuell tilbakefallsfare til antisosiale handlinger. Mye av forskningen tar utgangspunkt i DSM-diagnosen antisosial personlighetsforstyrrelse, og da blir både behandlingsrespons og prognose noe annet enn hva man får hvis man tar utgangspunkt i psykopati slik det er definert ved Hares psykopatisjekkliste (PCL-R).

VIKTIGE VURDERINGER

Bokens del II handler om praktisk anvendelse av diagnosen og implikasjoner. Dette er temaer som i stor grad er utelatt eller stemonderlig behandlet i mange lærebøker om temaet. David Cook gir oss et innblikk i vanskelighetene med å vurdere/diagnostisere psykopati. Dette er et viktig tema, siden konsekvensene av ikke å vurdere det kan være så alvorlige. Jeg tenker da først og fremst på saker der for eksempel løslatelse av kriminelle har ført til alvorlige konsekvenser for andre. Psykopatiens natur vanskeliggjør en god bedømmelse, idet glatthet, overflattisk sjarm, manipulering og lyving lett kan føre til underdiagnostisering. De samme trekkene gjør også at selvrapporeringsskjemaer ikke er til stor nytte i klinisk sammenheng. For å vurdere tilstedeværelsen av psykopatiske trekk er det obligatorisk med informasjon fra flere kilder. Cook gjennomgår syv trinn i vurderingen som nok kan være en nyttig strategi.

Henrik Belfrage tar også i sitt kapittel opp utfordringer som ligger i det å intervju/vurdere en person med sterke psykopatiske trekk. I dette kapittelet gjennomgås PCL:SV (Psychopathy Checklist: Screening Version), som gir en god grunnstruktur for vurdering av psykopati. Forskjellige versjoner av Psychopathy Checklist er de mest brukte instrumentene for en strukturert vurdering av psykopati hos personer i fengsel og i rettspsykiatrien. Hvert av leddene blir her gjennomgått, og hvert av leddene har en liten klinisk illustrasjon fra virkeligheten knyttet til seg. Det fungerer godt, og for en som

har jobbet på sikkerhetsavdeling og i rettspsykiatrien i lengre tid, fremstår alle eksemplene som velkjente. Belfrage tilrår også tydelig at man bør være to om utredningen, noe undertegnede er helt enig i. Han sier ikke noe om kjønn, dette kan også være et tema når man snakker om mennesker som både kan sjarmere og manipulere.

I RETTEN OG I TERAPI

Psykopati i retten er tema for Linda Gröning, Liselotte Pedersen og Knut Rypdal. I de fleste land vil ikke psykopati erkjennes som ansvarsbefriende eller straffeformildende omstendighet, heller ikke som grunnlag for sivilrettslig tvangsinnleggelse, men personen det gjelder, kan ha komorbide tilstander som kan utgjøre et grunnlag. Det foreligger en overbevisende mengde med forskning som gjør at det tas i betraktning ved risikovurderinger.

Endelig tas problemene med behandling opp av Caroline Logan. Evidensgrunnlaget for behandling av psykopati er mildt sagt beskjedent. Flere behandlingsformer har vært prøvd, men ingen kan i dag gi en enhetlig tilråding av behandlingsform for denne vanskelige problematikken. Tverrsektorielle samfunnsbeskyttende tiltak fremheves fremfor personlighetsendring. Det er bred enighet om at skadelig atferd kan være enklere å endre enn personlighetspatologi. Men drop-out er et vanlig problem, og man må være forberedt på at vedkommende vil sabotere behandlingen på forskjellige måter. Behandlingsmålene består i grove trekk av hva en tidligere sosionom på undertegnades arbeidsplass uttrykte: «Det gjelder å få dem mer *havan* i hus.»

Oppsummeringsvis er dette en bok som gir en oversikt over mye av det vi vet om psykopati, og som også peker på hva vi *ikke* vet. Mange av bidragsyterne er innenfor den «tradisjonen» som mener at antisosialitet har fått for stor plass i diagnosen de senere tiår, og at vi må tilbake til «røttene» og se at antisosialitet kan være en naturlig følge – og ikke en del – av psykopati. Interessant er det da at alle kapitler åpner med en kasuistikk, og at alle kasusene som beskrives, er gnistrende antisosiale. Boken tar ikke mål av seg å være en fagbok for spesialister, men en nøktern og oppdatert fagbok for generalister og personer som ønske å forstå mer av en svært viktig problemstilling. Jeg antar at den vil fungere veldig godt som sådan. ✕



En bok som gir en oversikt over mye av det vi vet om psykopati, og som også peker på hva vi *ikke* vet



Kurskalenderen

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

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

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

MARS 2017

Destruktiv ledelse og mulige mottiltak

8.–9. mars

For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

NEPSY-II

23.–24. mars

For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

APRIL 2017

Obligatorisk program i spesialiteten Arbeidspsykologi

Oslo, 4. april

For mer informasjon og påmelding se
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Rus- og avhengighetspsykologi

6.–7. april

For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

JUNI 2017

Undersøkelse av oppmerksomhet med vekt på BRIEF og Connors' CPT

Festspillkurs i Bergen 1.–2. juni

For mer informasjon og påmelding se
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Barn som pårørende ved alvorlig sykdom

Festspillkurs i Bergen 1.–2. juni

For mer informasjon og påmelding se
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Reduksjon og kvalitetssikring av tvangsmiddelbruk på institusjon for døgnavhold

Festspillkurs i Bergen 1.–2. juni

For mer informasjon og påmelding se
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Psykososial beredskap og krisehånd- tering i kommunen–psykologens rolle

Festspillkurs i Bergen 1.–2. juni

For mer informasjon og påmelding se
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Metakognitiv terapi

Festspillkurs i Bergen 1.–2. juni

For mer informasjon og påmelding se
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Psyk meg opp i ledelse!

Kurset består av tre samlinger med start
7. og 8. juni

Søknad om deltakelse sendes innen 8. februar
til tovema28@me.com

SEPTEMBER 2017

Modum Bad tilbyr spesialiseringskurs i psykoterapi

Toårig program med 10 samlinger som har
oppstart 25. september

For mer informasjon og påmelding se
www.kildehuset.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

 **hogrefe**

- ledende på psykologiske tester i Europa



IGA

Institutt for
gruppeanalyse og
gruppepsykoterapi

Utdanning i GRUPPEPSYKOTERAPI

IGA tilbyr **utdanning i gruppepsykoterapi** som starter med en 2-årig basisdel, Trinn A. Kandidater uten tilstrekkelig teori- og erfaringsbakgrunn for opptak på Trinn A, kan starte med et 1-årig Grunnleggende trinn. Det er også mulig å ta Grunnleggende trinn alene, som en innføring i gruppepsykoterapi. Utdanningen er tverrfaglig og arrangeres som blokk-kurs med fem årlige samlinger á tre dager. Utdanningen består av teori, veiledning og egenerfaring i grupper. I tillegg deltar alle i lokale kollegiale veiledningsgrupper mellom delkursene.

Grunnleggende trinn formidler grunnleggende kunnskap om gruppeprosesser og gruppepsykoterapi, med sikte på å kunne lede grupper i førstelinjen og fungere som koterapeut i terapigrupper i behandlingsinstitusjoner innenfor psykisk helsevern og rusbehandling.

Trinn A utdanner kandidaten til å kunne arbeide kvalifisert og systematisk med gruppepsykoterapi i førstelinjen og på spesialistnivå. Trinn A kan søkes av kandidater som har fullført Grunnleggende trinn eller av kandidater som har tilsvarende teori- og erfaringsbakgrunn, se egen informasjon om inntakskriterier på IGAs hjemmeside.

Etter Trinn A er det mulig å ta en 2-årig fordypningsdel, Trinn B. Full gruppepsykoterapeutisk og gruppeanalytisk utdanning kan tas på fire år. Parallelt er det mulighet for fordypning i mentaliseringsbasert gruppepsykoterapi, inkludert ved rus- og avhengighetsproblematikk.

IGA starter høsten 2017 nytt **Grunnleggende trinn og Trinn A** på Voksenåsen kurs- og konferansehotell.

For nærmere informasjon og for søknadsskjema se vår hjemmeside www.iga.no.

Søknadsfrist 15. april 2017.

Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi

Fr. Nansens vei 2, 0369 Oslo
Tlf. 466 11 630, E-post iga@iga.no

Norsk Karakteranalytisk Institutt
utdanning i karakteranalyse og kompetenstettere psykoterapi



Kontor heltid/deltid

Gjerdrumsvei 19, Nydalen, Oslo



Fine kontorer til leie
i psykologfelleskap.
Ta kontakt for mer
informasjon.

e-post kontor@karakteranalyse.no

tlf. **928 60 119**

ROMSLIG, MØBLERT KONTOR I PSYKOLOG- FELLESSKAP

i Romerike Helsebygg,
nær kollektivknutepunkt i Lillestrøm, er ledig for halv-/heldagsleie. Kontakt: e-post elisabeth.myrstad@romerikspsykologene.no eller på tlf. 918 20 772.

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



UiO : Universitetet i Oslo

NSSF Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

Har du gått glipp av tidligere utgaver? [se www.psykologtidsskriftet.no](http://se.www.psykologtidsskriftet.no)

Mange lurer på om de bør og kan hjelpe barna sine inn på boligmarkedet. For å få lån til bolig må du ha 15 % egenkapital. I Oslo koster en liten ett-roms leilighet fort 2 millioner; det betyr at en kjøper må stille med minst 300 000 kroner i tillegg til lånet. Vår jobb som bank er å gi gode råd, så

hvorfor og hvordan bør foreldre hjelpe barna med boliglån – eller hvorfor ikke?

For hva hvis barna ikke klarer å betjene gjelden? Eller hvis foreldrenes økonomi viser seg ikke å være sterk nok til å tåle den ekstra belastningen en slik støtte innebærer?

Og hva er så mest fornuftig? Å stille som kausjonist uten forbehold er bare en av mange muligheter. Kanskje er det bedre å garantere bare for en del av lånet eller ta penger ut av banken og betale egenkapitalen. Skattemessige konsekvenser og spørsmål knyttet til arv er også en del av bildet.

Disse og mange flere problemstillinger og spørsmål ønsker vi å hjelpe dere med. Slik at dere kan ta en velbegrunnet avgjørelse – enten det blir mye hjelp, litt hjelp eller ingen hjelp.

Virkeligheten for unge er uansett at boligmarkedet i de store byene er tøft, og det er ingen bedring i sikte. Kanskje ikke så rart at en av to må ha hjelp fra foreldre.



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

Sandvika 9. og 10. mai 2017

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

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

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

Pris: kr 2 500,-

Bindende påmelding innen 1. mai

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

For mer informasjon, tilsendelse av program og påmelding: **Telefon:** 67 50 14 77 / 67 50 11 77.

E-post: undervisningAKE@ous-hf.no

Programmet ligger også på:

www.oslo-universitetssykehus.no/sse (under Arrangementer nederst på siden) og **www.psykologtidsskriftet.no**



Stempel med medlemslogo for psykologer

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

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

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

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



Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization
and Reprocessing

Trinn 1 Bergen 2. – 4. mai 2017
Trinn 1 Oslo 5. – 7. september 2017
Trinn 1 Oslo 9. – 11. januar 2018
Trinn 2 Trondheim 9. – 11. mai 2017
Trinn 2 Oslo 29. nov. – 1. des. 2017

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Approved Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no

EMDR MED BARN

Kurs i EMDR med barn:

Trinn I: 3. april 2017 i Oslo

Trinn II: 12. mai 2017 i Trondheim

For påmelding og informasjon se:
www.emdrkurs.no



Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no

Erstatt manuell fakturering

Odin Kapital håndterer: - Utsendelse
- Oppfølging
- Innbetaling

Automatisk | Integreert | Gratis



48 14 65 45
salg@odinkapital.no



Valgfritt program i psykoterapeutisk metode for barn og unge: Emosjonsfokuset familieterapi anvendt i klinisk arbeid med barn og unge

Emosjonsfokuset familieterapi og foreldreveiledning (EFFT) har fokus på å behandle psykiske vansker hos barn eller hjelpe barn med emosjonsregulering, gjennom å veilede og støtte foreldrene.

Målgruppe:

Psykologer som har fullført obligatorisk program for barn og unge. Andre med fullført obligatorisk program og minimum 2 års praksis med barn og unge (se oversikt på Psykologforeningens nettsider over spesialiteter som har godkjent programmet).

Psykologspesialister kan søke opptak til kursene som vedlikehold.

Tema

Teoretiske rammeverk for EFFT, emosjonsveiledning, reparere emosjonelle sår i relasjonen til barnet, praktiske rammer for foreldreveiledning og foreldrekurs.

Kurssamlingene

Fire samlinger på to dager hver. Undervisningen er seminarbasert, og vil gjennomgående integrere deltakernes praktiske erfaring med teori.

Kurslederne

Anne Hilde Vassbø Hagen er utdannet psykolog ved Universitetet i Bergen 2005. Videreutdanning som fasilitator i emosjonsfokuset individualterapi og i emosjonsfokuset familieterapi. Medstifter av Norsk Institutt for Emosjonsfokuset Terapi (NIEFT). Daglig leder ved Institutt for Psykologisk Rådgivning, Bergen.

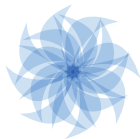
Vanja Hjelmseth er utdannet psykolog ved NTNU 2003. Treårig utdanning i emosjonsfokuset terapi. Videreutdanning som fasilitator i emosjonsfokuset individualterapi og i emosjonsfokuset familieterapi. Jobber ved Institutt for Psykologisk Rådgivning, Bergen.

Sted og dato: Oslo, 3.-4. mai 2017

Påmeldingsfrist: 29. mars 2017

Medlemspris: kr 6 700

Kursnr.: 151-17



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

INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI

For psykologer og leger igangsettes det høsten 2017:

2-årig INNFØRINGSSEMINAR I:

OSLO – seminarleder Tone Skjerven
 STAVANGER – seminarleder Liv Ørbeck
 BERGEN – seminarleder Lilian Stokkeland

2-årig VIDEREGÅENDE SEMINAR I:

OSLO – seminarleder Olaf Rørosgaard
 TRONDHEIM – seminarleder Olav Røkkum
 STAVANGER – seminarleder Tormod Knutsen

NB! Dette seminaret blir arrangert fredag kveld og lørdag formiddag.

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

- Innføringsseminaret omfatter 196 undervisningstimer over 4 semestre, organisert som dagsseminarer med 8 undervisningstimer hver gang, og spesialseminarer / fordypningsseminarer hver på 10 undervisningstimer som arrangeres fredag kveld og lørdag formiddag.
- Dagsseminarene foregår på faste ukedager, 11 pr. år, og spesialseminarer arrangeres 2 ganger i løpet av seminartiden.
- Seminaret er godkjent som obligatorisk program til spesialiteten i psykoterapi (ny ordning) for psykologer.

Videregående seminar bygger på innføringsseminaret, og gir en teoretisk fordypning med større vekt på det kliniske arbeid. Ved siden av de ovennevnte betingelser for innføringsseminar skal kandidaten gå i ikke trygdefinansiert lærebehandling. Det er ønskelig at lærebehandling er påbegynt før opptak til videregående seminar.

- Videregående seminar omfatter 196 undervisningstimer over 4 semestre, organisert som dagsseminarer med 8 undervisningstimer hver gang og to spesialseminarer / fordypningsseminarer hver på 10 undervisningstimer som arrangeres fredag kveld og lørdag formiddag.
- Dagsseminarene foregår vanligvis på faste ukedager, 11 pr. år, og spesialseminarer arrangeres 2 ganger i løpet av seminartiden.
- NB! Videregående seminar i Stavanger blir denne gang arrangert fredag kveld / lørdag formiddag, fredager kl. 16–20 og lørdager kl. 9–13, dvs. 10 undervisningstimer pr. gang.
- Seminaret er godkjent som fordypningsprogram til spesialiteten i psykoterapi (både ny og gammel ordning) for psykologer.

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

Vi oppfordrer søkere til å sette seg godt inn i utdanningens rammebetingelser. Fullstendig informasjon om utdanningens innhold finnes på Instituttets hjemmeside www.instpsyk.no.

Der finnes også søknadsskjema.

Ny undervisningsplan. For seminarer med oppstart i 2017 gjelder ny undervisningsplan, og på begge seminarene er det innført krav om skriftlig arbeid. Les planen her: <http://www.instpsyk.no/utdanning/undervisningsplan-for-kandidatutdanningen-gjeldende-fom-seminarer-som-starter-i-2017/>

Seminaravgift er kr 11 000,- pr. semester for begge seminarene, prisen kan endres i løpet av seminartiden. **Søknadsfrist:** 15. mars 2017

Søknad sendes via hjemmesiden www.instpsyk.no

For nærmere informasjon: telefon 22 58 17 70 eller e-post sekr@instpsyk.no / und-leder@instpsyk.no



Valgfritt program i allmennpsykologisk arbeid i kommunal kontekst

Det valgfrie programmet i allmennpsykologi gir økt rolleforståelse for psykologen som behandler, samarbeidspartner og som endringsagent i kommunal kontekst. Dagens kommunestruktur inviterer til større fleksibilitet mellom tjenestefelt, samhandling på tvers av tjenester og sektorer og med et tydelig fokus på tidlig intervensjon og tilgjengelige lavterskeltilbud.

Målgruppe: Psykologer som arbeider i kommunen og i førstelinjetjenester. For å få programmet godkjent som en del av spesialistutdanningen må obligatorisk program være fullført. (se oversikt på Psykologforeningens nettsider over spesialiteter som har godkjent programmet). Psykologspesialister kan søke opptak på kursene som vedlikeholdsaktivitet. Da stilles ikke krav til praksis og veiledning.

Forventet læringsutbytte (ikke utfyllende)

Psykologen skal etter programmet ha kompetanse mht.

- Forebygging og behandling av psykiske lidelser og rus
- Beherske metoder for å spre kunnskap og øke kompetanse – konsultasjon, veiledning, undervisning og formidling
- Håndtering av kriser og traumer i et kontekstuellet perspektiv
- Ressursorienterte intervensjoner

Kurssamlingene

Fire samlinger på to dager hver. Forelesninger kombinert med refleksjoner/gruppeoppgaver knyttet til tema.

Kursleder

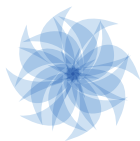
Kristin Andreassen Eide er utdannet psykolog ved Universitetet i Oslo 2009. Spesialist i klinisk samfunnspsykologi 2016. Har arbeidet i PPT Bærum kommune. Arbeider nå som rådgiver i Vestby kommune.

Sted/dato: Oslo, 8.-9. juni 2017

Påmeldingsfrist: 4. mai 2017

Medlemspris: kr 6 700

Kursnr.: 145-17



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



FEKJÆR PSYKIATRISKE SENTER (FPS)

– 3528 HEDALEN I VALDRES –

Psykologspesialist 100 % stilling

Fekjær psykiatriske senter (FPS) er en stiftelse og har driftsavtale med Sykehuset Innlandet HF som overføres Helse Sør-Øst RHF i 2017. FPS består av døgnenhet, poliklinikk med ambulant team og Fekjærtunet overgangsboliger. FPS ligger naturskjønt til og er bygget opp med småhus rundt garden Fekjær sør i Valdres. Avstand til Oslo og Gardermoen er ca 12 mil.

Døgnenhetens målgruppe er ungdom i alder 18–35 år med ulike diagnoser som psykoser, personlighetsforstyrrelser og bipolare lidelser. Noen har tilleggssproblem rus. Behandlingstilbudet er individuelt tilrettelagt miljøterapi i kombinasjon med psykoterapeutisk tilnærming av både psykodynamisk, kognitiv og relasjonell inspirasjon.

Fekjær har pågående forsknings- og utviklingssamarbeid innenfor fysisk aktivitet og psykisk helse for tiden i nært samarbeid med Sykehuset Innlandet, KORUS – Øst, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse og Norges Idrettshøgskole. Institusjonen har ambisjon sammen med samarbeidspartnere å utvikle et nasjonalt ledende behandlingstilbud og kompetansemiljø innen fysisk aktivitet og psykisk helse.

Institusjonen er tverrfaglig og godt bemannet med psykiatere, psykologspesialister/psykolog/psykiatriske sykepleiere/sykepleiere, sosionomer og idrettskonsulenter. FPS har gode lokaler og bygningsmasse/fysiske rammer som gir fleksible og gode behandlingsmuligheter.

Vi søker etter psykologspesialist ved døgnenheten og poliklinikken. Psykologspesialist er faglig ansvarlig for psykologtjenesten, og institusjonen i nært samarbeid med overlege og daglig leder.

Arbeidsoppgaver:

- Diagnostisering og kartlegging
- Gi psykoterapi / individual terapi og gruppeterapi som koordineres med tilrettelagt miljøterapeutisk behandling
- Delta innenfor Fekjærs FOU-arbeid
- Veileder for psykologtjenesten
- Faglig veiledning til samarbeidspartnere internt og eksternt
- Arbeidet vil være vesentlig ved døgnenheten, men noe i poliklinikken etter nærmere avtale

Kvalifikasjoner:

- Klinisk spesialist i psykologi
- Interesse for og erfaring fra miljøterapeutisk behandling
- Erfaring fra og interesse for behandling og rehabilitering av personer med personlighetsforstyrrelser, psykoser og alvorlig psykiatrisk sykdom med og uten rusproblematikk
- Erfaring fra psykoterapi
- Gode tverrfaglige samarbeidsevner
- Evne til å arbeide systematisk

Vi tilbyr:

- Et engasjert og positivt arbeids- og fagmiljø med åpent samarbeidsklima innen spesialisthelsetjenesten
- Institusjon i utvikling, Fekjær vektlegger forskning og fagutvikling
- Lønn etter avtale
- Gode og rimelige personalboliger
- Pensjons- og forsikringsordninger i KLP
- 6 måneder prøvetid

Mer om Hedalen, www.hedalen.no

Kontaktpersoner:

- Daglig leder Elling Fekjær, mobil 905 91 545, e-post elling.fekjaer@sykehuset-innlandet.no
- Ass. daglig leder Tor Anders Perlestenbakken, mobil 915 13 484, e-post tor.anders.perlestenbakken@sykehuset-innlandet.no

Skriftlig søknad med referanser sendes elektronisk **innen 20. mars til post@fekjar.com** eller til **Fekjær psykiatriske senter, Fekjarvegen 110, 3528 Hedalen i Valdres.**

Øyane DPS, Rehabiliteringspoliklinikken søker:

Psykiater/psykologspesialist som seksjonsleiar

Øyane DPS har sektoransvar for fire kommunar med om lag 46000 innbyggjarar over 18 år. Klinikken består av allmennpsykiatrisk poliklinikk, inkludert ambulans akutteam, allmennpsykiatrisk døgnsesksjon med 12 senger, psykose døgnsesksjon med 8 senger og rehabiliteringspoliklinikk.



Psykose- og rehabiliteringspoliklinikken er eiga seksjon, men er lokalisert saman med døgnsesksjonen. Poliklinikken følgjer opp pasientane før, under og etter innlegging. Seksjonsleiar i rehabiliteringspoliklinikken er fagansvarleg på døgnsesksjon. Seksjonen arbeider tett med TOPS og Tidleg psykose ved Sandviken sjukehus og deltar i psykoseprosjekt i Divisjon psykisk helsevern. Ambulant oppfølging er ein del av oppgåvene til behandlarane ved poliklinikken.

Seksjonsleiar er ein viktig medspelar i vidareutviklinga av eit godt tilbud til psykosepasientane i opptaksområdet. Tilbodet skal styrkes og utvides i samarbeid med kommunane. Det er etablert familie- og psykoedukative grupper og det blir arbeidd med utvikling av dagbehandling som alternativ til døgnsbehandling. Seksjonsleiar vil ha ei nøkkelrolle i dette arbeidet.

Interessert?

Ta kontakt med Klinikkdirktør Raymond Eeg Follesø, Klinikkooverlege Ellen Haukenes Tvedt eller Psykologspesialist Keth Olsen, telefon 56326600



Referansenr.: 3327946029

Søknadsfrist: 25.03.2017

Les meir og søk stilling: www.helse-bergen.no/Jobb



Privat rehabiliteringssenter med 75 sengeplasser. Avtale med Helse Sør-Øst for 62 døgnsplasser og 10 dagplasser. Sentral beliggenhet i Moss, på vakre Jeløy. Vi har ca. 62 årsverk og en tverrfaglig stab med leger, fysioterapeuter, sykepleiere, ergoterapeuter, psykologspesialist, sosionom, logoped, ernæringsfysiolog og jobbveileder.

PSYKOLOG

Vi har nå ledig 80 % stilling som psykolog. Fra tidligere har vi 90 % psykologspesialist.

Jeløy Kurbad er en privat virksomhet i offentlig sektor som driver med fysisk medisinsk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Fra 15/3 blir vi en del av Unicare.

Arbeidsoppgaver vil være: individuelle samtaler, gruppesamtaler, kartlegging (ikke utredning), veiledning av kollegaer, intern undervisning for ansatte og ulike pasientgrupper.

Det vil være en fordel med erfaring/kompetanse innen kognitiv atferdsterapi, motivasjonsarbeid (MI). I tillegg er det ønskelig med erfaring med pasienter med kognitiv svikt.

Jeløy Kurbad har fokus på en helhetlig tilnærming på helse, hvor den BioPsykoSosiale modellen ligger til grunn for behandlingen. For noen av pasientene er det aktuelt med arbeidsrettet fokus med mål om å være i og/eller å komme tilbake i arbeid.

Diagnoser vi har avtale med Helse Sør Øst på:

- REUMATOLOGI (dag/døgn)
- KREFT (døgn)
- HJERNESLAG (døgn)
- NEUROLOGISKE OG NEVROMUSKULÆRE SYKDOMMER (dag/døgn)
- KRONISKE MUSKEL- OG BLØTDELSSMERTER, HERUNDER FIBROMYALGI (dag/døgn)

For ytterligere informasjon: www.jeloykurbad.no

Interesserte kan ta kontakt med avdelingsleder **Karianne Disen** på tlf. **69 24 58 00**.

Søknad sendes fortrinnsvis på e-post til karianne.disen@ojk.no innen **15.03.2017**

Ledig stilling for psykolog

Tannhelse Rogaland har ledig 20–40 % stilling som psykolog, knyttet til prosjektet «Tilrettelagt tannhelsetilbud for torturofre, overgrepsofre og personer med odontofobi» Tiltredelse snarest.

Les mer og søk via
www.tannhelse Rogaland.no



Vi søker:

Psykologspesialist

100 % fast stilling

Psykologene har oppgaver innen diagnostikk, behandling, veiledning, inntaksarbeid og tverrfaglig samarbeid internt/eksternt i døgnet og poliklinikk.

Kvalifikasjoner

- Godkjent psykologspesialist
- Spesialisering innen rus og avhengighetsproblemer er en fordel
- Psykolog som snart er spesialist kan også søke

Vi tilbyr en arbeidsplass med engasjerte medarbeidere, tverrfaglig samarbeid og muligheter for faglig utvikling. Gode forsikrings- og pensjonsordninger. Lønn etter avtale. Tiltredelse: snarest.

Ta gjerne kontakt med virksomhetsleder/psykologspesialist **Tordis Stokke** på tlf. 416 46 982



Søknad med CV sendes til: t.stokke@s-ks.no innen 01.04.17

Kalfaret Behandlingscenter
Kirkens Sosialtjeneste



Kirkens Sosialtjeneste er en landsomfattende, ideell og diakonal stiftelse som driver 18 virksomheter innen helse- og sosialfeltet. Vårt slagord er: *Det finnes alltid muligheter!* Les mer på kirkenssosialtjeneste.no

Kalfaret Behandlingscenter i Bergen er en del av Kirkens Sosialtjeneste, og tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) på oppdrag fra Helse Vest RHF innen rus- og avhengighetsbehandling for unge i regionen. Vi er bemannet med sosionomer, sykepleiere, lege, psykologer og personell med annen relevant utdanning. Det er 5 psykologer ved behandlingssenteret. Les mer på kalfaretbehandlingscenter.no

MODUMBAD 
- en kilde til liv 

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

Individualterapeut - psykolog/klinisk spesialist

Avdeling for spiseforstyrrelser

Ved avdelingen er det ledig 100 % fast stilling som individualterapeut fra 01.05.17.

Tiltredelse etter avtale.

Kontaktperson:
Avd.leder Ingunn Aune Hennum,
tlf. 32 74 97 00

Søk elektronisk via www.modum-bad.no
Her finner du også fullstendig utlysningstekst.

Søknadsfrist: 15. mars 2017 www.modum-bad.no

 Sykehuset Innlandet HF



Sykehuset Innlandets oppgaver er pasientbehandling, utdanning, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Vi har virksomhet på mer enn 40 steder i Hedmark og Oppland innen somatikk, psykisk helsevern, rusomsorg og prehospitaltjenester. Som ett av landets største helseforetak med 10 000 ansatte og et stort antall faggrupper, er vi Innlandets største kompetansemiljø.

Divisjon Psykisk helsevern er den største divisjonen i Sykehuset Innlandet. Divisjonen består av sykehusene Reinsvoll og Sanderud, fem distriktpsikiatriske sentre (DPS), to barne- og ungdomspsikiatriske poliklinikker (BUP) og en barne- og ungdomspsikiatrisk døgnavdeling. Divisjonen har totalt 325 senger.

Vi trenger din kompetanse

Psykologspesialist
100 % fast stilling ved Tynset DPS, døgnenheten.
(Ref.nr. 3306126588)

Kontaktperson: Psykologfaglig rådgiver Nina Bekken, tlf. 62 48 30 80 eller enhetsleder Guro Leren, tlf. 905 92 499.

Søknadsfrist: 2. april 2017

Informasjon om våre ledige stillinger, se www.sykehuset-innlandet.no/jobb 

frantz.no

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 under «Konferanser og kurs».

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 4 850 (inntil en måneds visning) kan logo vises på forsiden www.psykologtidsskriftet.no med link til bedriftens stillingsannonse.

Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
4	20.03	03.04
5	18.04	02.05
6	16.05	01.06

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

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

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.





Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten, region øst

Faglig konsulent/kvalitetssikrer LBR 100% fast stilling

Barne-, ungdoms og familieetaten (Bufetat) i region Øst og Vest har ansvar for to institusjoner for ungdom i alderen 13-18 år med alvorlig rusproblematikk og atferdsvansker, Jong Ungdomshjem i Bærum og Bjørgvin ungdomssenter i Bergen. Behandlingen er basert på prinsippene i Læringsbasert rusbehandling(LBR) som innebærer behandlingsarbeid i tett samarbeid med ungdommens familie/nettverk samt barneverntjenestene og andre samarbeidspartnere i hjemkommunene der ungdommene skal tilbake etter institusjonsoppholdet. Stillingen innebærer opplæring og kvalitetssikring av behandlingsarbeidet i LBR. Stillingen er plassert i Bufetat, og forutsetter tett samarbeid med Atferdssenteret om implementering og kvalitetssikring av et strukturert og systematisk familie/nettverksarbeid i tillegg til gjennomføringen av LBR-modellen.

Vi ser etter deg som er psykolog/-spesialist eller har mastergrad i helse-og sosialfag, som har bredde og erfaring fra terapeutisk arbeid og som har kjennskap til forskning om årsak, korrelasjon og behandling av rus og atferdsproblemer. Du må ha særlig innsikt i det teoretiske fundamentet for familierterapi, sosial læringsteori og kognitiv atferdsterapi. Som person må du evne å arbeide selvstendig og systematisk, samtidig som du har gode samarbeidsevner.

Søknadsfrist: 15. mars 2017.

Se fullstendig utlysning og søk stillingen på www.bufdir.no

www.bufdir.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.

- engasjert for mennesket

Enhetsleder

Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen søker ny enhetsleder til Akuttpsykiatrisk døgnetenhet.

Kontaktperson: Avdelingssjef Cecilie Skule, tlf. 22 49 84 12/920 32 854

Les mer om stillingen på www.diakonhjemmetsykehus.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist: 01.04.2017



frantz.no



Østre Toten kommune
Nytanking – Kvalitet – Respekt

LEDIG STILLING:

Kommunepsykolog – 100 % fast stilling

Søknadsfrist: 15.03.2017

For utlysningstekst og elektronisk søknad se www.ostre-toten.kommune.no.



Som hovedregel oppføres alle søkere på offentlig søkerliste. Søkere som anmoder om å bli unntatt fra denne bes begrunne dette i søknaden. Dette er et krav i henhold til Offentlighetsloven §25.

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

Molde

100 % avtalehjemmel i nevropsykologi

Helse Midt-Norge RHF ønsker en praksis rettet mot barn, ungdom og voksne som er innenfor spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Hjemlen vil kreve et godt samarbeid med helseforetaket, og sammen skal det skapes balanse og stabilitet innen dette fagområdet i denne delen av regionen.

Kontaktinfo: Rådgiver Karin Bostad, tlf. 412 14 382, eller rådgiver Arnt Egil Hasfjord, tlf. 413 22 145.

Søknadsfrist: 24. mars 2017

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

frantz.no

HELSE ●●● MIDT-NORGE

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.

engasjert for mennesker

Psykologspesialist/ psykolog

Ved Spesialisert poliklinikk, Voksenpsykiatrisk avdeling, er det ledig to vikariater i 100% stilling for psykologspesialister (psykologer kan også søke) i periodene:

- Vikariat I: 01.05.17-31.01.18
- Vikariat II: 01.07.17-31.06.18

Kontaktperson: Enhetsleder Wenche Tveit, tlf. 22 02 98 00/50

Les mer om stillingene på www.diaconhjemmetsykehus.no hvor vi har fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema.

Søknadsfrist: 15. mars 2017

 Diakonhjemmet Sykehus

frantz.no

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

UTGAVE	UTGIVELSE	BESTILLINGSFRIST
04/17	3. april	20. mars
05/17	2. mai	18. april
06/17	1. juni	16. mai

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33

PSYKOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

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

**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President**

Tor Levin Hofgaard
tor@psykologforeningen.no
23 10 31 30

Visepresidenter

Rune Frøyland
rfroey@online.no
450 30 522

Heidi Tessand
heidi.tessand@
psykologforeningen.no
916 67 804

Medlemmer

Aina Holmén
aih@sivilombudsmannen.no
986 64 501

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

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

Ragnhild Stokke Røed
ragnhildkstokke@gmail.com
414 21 366

Ingvild Gregersen
ingvildg@gmail.com
957 27 801

Arnild Lauveng
post@arnhildlauveng.com
913 17 162

Else-Marie Molund
else-marie.molund@
psykologene.no
481 33 860

Studentrepresentanter

Rikke Pauline Sandvik
rikkepsandvik@gmail.com
905 74 666

Camilla Jonette Rasmussen
Camilla_Jonette@
hotmail.com
932 81 124

Varamedlemmer

Anders Hovland
anders.hovland@uib.no
932 87 565

Rudi Myrvang
rudi.myrvang@gmail.com
906 03 355

Dag Stormbo
dag.stormbo@gmail.com
408 42 645

Eldrid Robberstad
eldrid.robberstad@sola.
kommune.no
475 00 308

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
Tirill Sten Ingebrigtsen
tirillst@gmail.com
407 23 159

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

Oppland
Iver Sørli Røhr
iversr@gmail.com
916 35 382

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 Lindø
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 Larssen, Helse Sør-Øst,
tlf. 952 80 577

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS**

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

SPECIALITETSRADET

Heidi Tessand, leder,
e-post heidi.tessand@
psykologforeningen.no
tlf. 916 67 804

KVALITETSUTVALGET

Heidi Tessand, leder,
e-post heidi.tessand@
psykologforeningen.no
tlf. 916 67 804

FAGUTVALGENE**Felleselementene**

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

Barne- og ungdomspsykologi

Lars Ravn Øhlckers, leder,
e-post larsravnohlckers@
gmail.com, tlf. 908 81 250

Familiepsykologi

Trine Eikrem, leder, e-post
trine.eikrem@bufetat.no,
tlf. 466 16 566

Psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblemer

Eva Karin Løvaas,
leder, e-post eva.karin.
loevaas@bergenclinics.no,
tlf. 55 90 88 00

Eldrepsykologi

Lise Næss, leder,
e-post lisenaes@online.no,
tlf. 55 90 06 63

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

Ivar Elvik, leder,
e-post ivarelvik@gmail.com,
tlf. 454 74 400

Nevropsykologi

Jan Egil Stubberud, leder,
e-post jan.stubberud@
hotmail.com, tlf. 951 04 217

Psykologisk habilitering

Nils-Øivind Offernes, leder,
e-post nils@offernes.com,
tlf. 958 40 362

Arbeidspsykologi

Anette Høye Dye,
leder, e-post anette@
psykologbistand.no,
tlf. 928 24 338

Samfunn- og allmennpsykologi

Kjersti Hildonen, leder,
e-post khi@lorenskog.
kommune.no, tlf. 907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder, e-post
rudi.myrvang@gmail.com,
tlf. 906 03 355

Klinisk helsepsykologi

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

GODKJENNINGS-UTVALGET

Ole André Solbakken, leder,
e-post: o.a.solbakken@
psykologi.uio.no
tlf. 913 75 496

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

Jørgen Edvin Westgren,
leder, e-postjoergen.
westgren@gmail.com,
tlf. 911 16 616

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

Jogeir Sognnæs, leder,
e-post jogeir61@gmail.com,
tlf. 918 16 155

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Gøril Wiker,
kommunikasjonssjef,
e-post goril.wiker@
psykologforeningen.no
Per Halvorsen, webredaktør,
e-post per.halvorsen@
psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås,
administrasjonssjef,
e-post linda@
psykologforeningen.no

Toril Dyrhovd,
nestleder, e-post toril@
psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann,
forhandlingssjef
Joakim Solhaug, nestleder
Kontakt
forhandlingsavdelingen@
psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Andreas Høstmælingen,
fagsjef, e-post andreas@
psykologforeningen.no
Aina Fraas Johansen,
nestleder, e-post aina.f.j@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

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

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

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

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

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

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

