

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

# PSYKOLOGI

Vol.54 nr.5 2017

**Når kommune-  
psykologen  
kommer**

*Aktuelt*

**TANNHELS  
OG PSYKISK  
LIDING**

*Faglig innspill*

**Schizofreniens  
genetikk**

*NÅ-intervjuet og  
vitenskapelig artikkel*

ISSN 0332-6470

INTERPRESS 2008-05



9 770332 647006

RETURUKE 23 150 NOK

# PSY KOL OGI

Vol. 54 **nr. 5** 2017

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

**Fagredaktører** Kjersti Solhaug Gulliksen, [kjersti@psykologtidsskriftet.no](mailto:kjersti@psykologtidsskriftet.no),  
tlf. 911 78 096 og Ida Holth, [ida.holth@psykologtidsskriftet.no](mailto:ida.holth@psykologtidsskriftet.no), tlf. 930 23 429

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

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

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

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

**Markedskoordinator** Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,  
[e-post.tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto: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. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

# Utfall

**SAMFUNNET KAN IKKE** betale for behandling som ikke har effekt, heter det. Men hvilke effekter legger vi til grunn for å vurdere om vi får valuta for pengene?

«**Dersom psykoterapi som praksis** dreier seg om å skape et bedre liv, må det også ha et svar på hva et godt liv er», skriver Henrik Berg i denne utgaven (se side 480). Hvilke svar vi har på spørsmålet om hva et godt liv er, vil igjen påvirke hvordan vi forstår og vurderer effekten av både psykoterapi og andre tiltak. Hvordan bidrar psykologien til et godt liv og et bedre samfunn – og hvilke mål legger vi til grunn når dette skal vurderes?

**I psykisk helsevern** er det som i helsevesenet ellers først og fremst symptomer som måles. Ikke så merkelig når det er de samme symptomene som legges til grunn for diagnosen som utløser tiltaket. I den politiske helsedebatten blir effektiv behandling da fort ensbetydende med det tiltaket som reduserer symptomtrykket mest. Samtidig er folk gjerne mindre opptatt av å være symptomfrie enn det psykologer og helsearbeidere tror. Snarere virker de ofte mer opptatt av å mestre hverdagen enn å bli friske.

**Når vi vurderer tiltakenes effekt**, må vi derfor også spørre oss om utfallsmålene faktisk er egnet til å si noe om innsatsens verdi. Debatten om medisinfrie tilbud illustrerer problemstillingen: Evidensen for både medikamentelle og psykologiske behandlinger er langt mer omfattende enn for medikamentfrie tiltak. Men tilhengerne av medikamentfrie tiltak peker på at det ikke er disse effektene de er opptatt av. I stedet handler det om menneskerettigheter, autonomi og mulighet til å velge den behandlingen de selv ønsker.

**I psykoterapi** foretas det verdivurderinger hele tiden, men det er helt fraværende i den evidensbaserte praksisen, mener Bang. Symptomreduksjon blir fort en fattig beskrivelse av liv og helse. Det bør vi også ta inn over oss når vi vurderer utfallet av våre tiltak. ✕



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Når vi vurderer tiltakenes effekt, må vi derfor også spørre oss om utfallsmålene faktisk er egnet til å si noe om innsatsens verdi

# 440/454



FOTO: ARKIV

## ARV OG MILJØ

En rekke DNA-varianter er assosiert med schizofreni, men den forklarte variansen er beskjeden, konkluderer Roar Fosse i en ny vitenskapelig artikkel. Han ønsker seg mer midler til forskning på stressbelastningers betydning for utvikling av psykoselidelser.

*NÅ-intervjuet og vitenskapelig artikkel*

# 480



ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN

## ET VERDILADET FAG

I psykoterapi som praktisk virksomhet foretas det verddivurderinger hele tiden. Men i psykologi som evidensbasert praksis er dette sentrale elementet fraværende, skriver stipendiat i vitenskapsteori Henrik Berg.

*Meninger*

# 466

*Atferdsaktiverting er en enkel, effektiv og kostnadseffektiv behandling av depresjon, som har like god effekt for behandling av alvorlig depresjon som antidepressiva*

Martin Myhre, Faglig innspill



ILLUSTRASJON: INTERNET ARCHIVE BOOK IMAGES

## HVEM ER DE UTILREGNELIGE?

Fenomenet utilregnelighet berører grunnleggende spørsmål om fri vilje og hva straff er. To nye bøker om utilregnelighet viser hvordan begrepet er i stadig endring.

*Bokessay*

# Innhold

- 437 **Utfall**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 440 **- Genforskningen dominerer**  
NÅ: Roar Fosse | Nina Strand
- 442 **Barnevernskritikere mobiliserer**  
Aktuelt: Stortingsvalg 2017 | Øystein Helmikstøl
- 444 **Når kommunepsykologen kommer**  
Aktuelt | Nina Strand
- 450 **Tannverk i tillegg**  
Faglig innspill | Jofrid Bjørkvik og Diana Henriquez
- 454 **Genetikk - Er betydelige effekter dokumentert ved schizofreni?**  
Vitenskapelig artikkel | Roar Fosse
- 466 **Atferdsaktivering for depresjon**  
Faglig innspill | Martin Myhre
- 470 **En artikkel for alle årstider**  
Fagessay | Karl Halvor Teigen
- 479 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: Fakta og verdier i psykoterapi (s. 480)  
Debatt: Salær for sakkyndige (s. 484),  
Psykisk helsevern (s. 486), Barnevern (s. 487),  
Finansiering av psykisk helsevern (s. 488),  
Fagkritikk (s. 488)
- 490 **INNTRYKK**  
Bokessay: De utilregnelige (s. 490)  
Bokanmeldelser: Helsearbeideren i skvis (s. 496),  
Fra kategori til kontekst (s. 500)  
Kommentar: Åndskampen (s. 502)
- 504 **Kurskalenderen**
- 505 **Annonser**
- 509 **Stillingsannonser**

# - GENFORSKNINGEN DOMINERER

I jakten på årsakene til psykiske lidelser bør vi lete mer i livet til folk enn i genene deres. Men det er vanskelig å få midler til slik forskning, ifølge Roar Fosse.

## TEKST OG FOTO

Nina Strand

**- I din vitenskapelige oversiktsartikkel på side 454 gjennomgår du genforskningen på schizofreni. Hva er ditt viktigste funn?**

- Artikkelen er en gjennomgang av hva denne genforskningen har funnet per i dag. Siden sist jeg skrev om dette i Psykologtidsskriftet, i 2009, har en rekke forskningsgrupper slått sammen sine data fordi man mener at det trengs kjempestudier for å få gode resultater. Den største studien frem til nå har 150 000 deltakere, noe som skulle gi gode muligheter for å avdekke de viktigste genetiske bidragene. Men ut fra denne forskningen kan genene bare forklare 3-4 prosent av årsakene til schizofreni. Det er ikke mye.

**- Er disse forskerne enige med deg i at prosenten er lav?**

- Ja, vi er enige om at prosenten er lav, og at funnene har liten praktisk betydning for forebygging og behandling. Uenigheten ligger i at genforskerne går ut fra at de vil finne mer.

**- Forskingen støtter ikke at schizofreni er genetisk basert, skriver du, og legger deg ut med store internasjonale forskningsmiljøer. Hva gjør deg så trygg på at du har rett?**

- Jeg er opptatt av å skille mellom faktiske funn og det som er hypoteser og antakelser om hva man vil kunne finne. Det er en hypotese, i beste fall basert på estimeringer, at schizofreni er genetisk basert, mens funnene i genforskningen sier noe annet.

**- Tilhører du selv et forskningsmiljø, eller er du en ensom rytter?**

## Hvorfor NÅ?

- Genforskningens bidrag til forståelsen av årsakene til schizofreni er foreløpig begrenset, og det er lite grunnlag for at videre genforskning vil endre på det, skriver Roar Fosse i en vitenskapelig artikkel, side 454 i denne utgaven.
- Roar Fosse, dr.philos., jobber som forsker i Vestre Viken, klinikk for psykisk helse og rus.

- Jeg føler ikke noe utenforskap som forsker. Jeg tilhører et internasjonalt miljø, et uformelt nettverk. Noen navn er kjent i Norge også, som John Read, Richard Bentall, Andrew Moskowitz og Jay Joseph. Her føler jeg meg som moderat, og kan være kritisk også til dem når jeg synes de blir litt ekstreme. Mye av uenighetene dreier seg om paradigmer, der en tror sterkt på noe. Jeg prøver å være empirirettet, selv om sikkert jeg også kan svikte her. Jeg har også et viktig nettverk på arbeidsplassen min ved Vestre Viken - både i FOU-avdelingen og i klinikken - og samarbeider med psykologer, psykiatere og sykepleiere. De aller fleste av dem deler mitt syn på at stressbelastninger og traumer betyr noe, mens det varierer hva de tror at gener betyr.

**- Hva er bakgrunnen for ditt engasjement i denne forskningen?**

- Jeg er opptatt av sammenhengen mellom våre opplevelser og underliggende hjerneaktivitet, og årsaker til endringer i dette. For eksempel, hvordan oppfører hjernen seg når vi drømmer, noe jeg i sin tid tok doktorgrad på. Et annet eksempel er psykosesymptomer: Hva skyldes de, og hvordan kan de forstås ut fra hjernens aktivitet? Da jeg jobbet ved Senter for selvmordsforebygging i Helse Sør-Øst og satt i styret for det som den gang het TOP-prosjektet (Tematisk Organisert Psykoseforskning) ved Oslo universitetssykehus, ble interessen for å forstå årsakene til psykiske lidelser styrket. Forskingen i TOP var veldig genfokuset, mens de hadde lite fokus



**VIL ENDRE** - Evidensen for at stressbelastninger påvirker oss, ser ut til å være god. Det peker mot en annen type behandling, og mot verdien av forebygging. Det motiverer meg, sier Roar Fosse.

på traumer. Jeg syntes evidensen tilsa at man burde snu litt på det. En riktig årsaksforståelse vil jo hjelpe oss med å forstå schizofreni, eller vedvarende psykoselidelser, som jeg syns er en bedre betegnelse. Når vi bedre forstår hva lidelsen er, vil det også være lettere å forstå hva mennesker med lidelsen sliter med, og hvordan vi best skal kunne behandle og hjelpe. Dessuten er riktig årsaksforståelse viktig for å kunne forebygge. Schizofreniforskningen står fram som et flaggskip i forskningen på psykiske lidelser, kanskje fordi man ser at mye annet vil falle på plass hvis man forstår schizofreni.

- Det er mest forskning og ikke klinisk erfaring ditt engasjement er tuftet på?

- Det er som kjent mange veier til Rom. Under psykologistudiet jobbet jeg på en akuttavdeling på Vinderen og var miljøkontakt for mange med schizofreni. Jeg ble opptatt av pasientene; av hvordan de hadde det, og hva som skulle til for å hjelpe.

- Hvor vil du selv lete?

- Vi vet at genene påvirkes av miljøet vi møter. Erfaringer vi har i livet, kan endre genuttrykket. Kanskje vi skal se mer nøye på samspillet mellom menneske og miljø? Vi vet allerede masse om at stressbelastninger og forholdet vi har til andre mennesker, er avgjørende for oss. Men det er ikke lett å få midler til å forske videre på dette. Genforskningen som representerer det rådende paradigmet, tar det meste. Jeg vil anta at de som vurderer søknadene, også hører til innenfor dette paradigmet.

- Samtidig er vel den kulturelle forståelsen blant folk at psykiske problemer skyldes påkjenninger i livet?

- De fleste vet at har du det tøft i livet, vil det prege deg. Jeg har gått gjennom tildelingen av midler i Helse Sør-Øst, og ser at det aller meste innenfor psykisk helse har et genetisk eller biologisk fokus. Det er nesten umulig å få midler til stress- og traumeforskning. Hvis en ser på forskningen i Norge og internasjonalt, er det voldsom overvekt på genforskning.

- Du mener at det ikke forskes på alternative spor?

- Jeg er sikker på at hvis man sammenligner, vil man se en enorm skjevfordeling av forskningsmidler. Manglende resultater fra genforsk-

ningen tilsier at vi bør endre på dette. I tillegg vet vi også nå at gener reagerer på miljøet. Vi bør innse at det er grunnlag for å gå en annen vei. Nå kommer det undersøkelser som prøver å se på samspillet mellom et individs konstitusjon – eksempelvis gener og temperament – og personens livsopplevelser. En positiv dreining, synes jeg, også fordi den biogenetiske modellen gjerne fører til behandling med medisiner. Men nå ser evidensen for at stressbelastninger påvirker oss, ut til å være god. Det peker mot en annen type behandling, og ikke minst mot verdien av forebygging. Dette motiverer meg, og gjør at jeg føler en forpliktelse til å gå ut med disse perspektivene.

- NRK-serien «Stemmene i hodet» utforsker livet med psykoseopplevelser. Hva synes du?

- Fantastisk. For hvis det er slik at psykose handler om mennesker som deg og meg, og at det er *livet og betingelsene* som er vanskelig, da er den personlige opplevelsen helt sentral. Og da trenger vi rom og ressurser for å utvikle en bedre forståelse og behandling som hjelper. Vi må også lære av folk om hvordan de ble bedre. Ved min arbeidsplass er det opprettet seks sengeplasser med medisinfrie tilbud. Vi ønsker å evaluere disse tilbudene, men bortsett fra «bruker-spør-bruker»-undersøkelser er det hittil ikke midler til å gjøre slik evaluering. Vi håper de vil komme fort, for denne kunnskapen er viktig. ✘



**INITIATIV** Psykologspesialist Einar Columbus Salvesen har samlet en gruppe fagfolk som er kritiske til norsk barnevern. Harald Koht (i bakgrunnen) ble valgt som leder da gruppen nylig ble stiftet.

## BARNEVERNSKRITIKERE MOBILISERER

Psykologer er sentrale i Kompetansenettverk for kvalitet i barnevern (KIB), som nylig ble stiftet. De ønsker at politikerne i valgkampen diskuterer en total forvandling av hele barnevernet.

### TEKST

Øystein Helmikstøl

### FOTO

Fartein Rudjord

**- VI MÅ HEVE KVALITETEN** i norsk barnevern. Systemet fungerer ikke i dag.

Det sier Harald Koht, professor emeritus i offentlig administrasjon ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Koht ble nylig valgt til leder da Kompetansenettverk for kvalitet i barnevern (KIB) ble stiftet hjemme hos psykologspesialist Einar Columbus Salvesen i Oslo. Salvesen har markert seg som en sterk kritiker av norsk barnevern, og han ønsker at en total omorganisering av barnevernet settes på dagsordenen fram mot stortingsvalget til høsten.

Salvesen frontet i 2015 en såkalt bekymringsmelding til Regjeringen om barnevernet.

Bak bekymringsmeldingen sto en gruppe på noe over hundre fagfolk. Nå vil gruppen organisere seg bedre.

– Vi skal være faglige premissleverandører. Vi opplever i stadig sterkere grad å bli hørt og tatt på alvor. Nå etablerer vi oss som en organisasjon som offentlige myndigheter og andre aktører kan relatere seg til og henvende seg til, sier psykologspesialist Kjell Olaf Edvardsen, som ledet nettverkets første møte.

### VIL VARSLE

I nettverkets mandat heter det at «Nettverket ønsker å varsle om tilfeller der utredninger fra barnevern og sakkyndige fremstår som overfla-



diske, subjektive og mangelfulle i forhold til sakenes kompleksitet, og likeledes tilfeller der vi støter på faglig sett spekulativ håndtering av fakta innen et uhyre følsomt område. Vi vil også arbeide for å motvirke misbruk av psykologiske tester, psykologisk teori, fagbegreper og diagnoser i barnevernssaker.»

Den nyvalgte lederen, Harald Koht, vil at de som får jobb i barnevernet, skal ha en mastergrad, og han vil ha en femårig utdanning av barnevernspedagoger.

– Nå heter det barnevernspedagoger, for utdanningen var beregnet til å utdanne personer til barnevernsinstitusjoner. At de i så stor grad er blitt trukket inn i saksbehandling i barnevernssaker, er utilsiktet, sier Koht, som forteller at hans interesse for barnevernet er ut fra brukermedvirkning.

– Barnevernet må få til et konstruktivt forhold til pårørende, og de taleføre barna, sier Koht.

### KAMPSAKER

Nettverkets styre går inn for å opprette frittstående, eksterne kompetanseteam som skal inn i alle barnevernssaker der det er snakk om akuttvedtak.

– Det er dette kompetanseteamet som bør gå i retten ved vurdering av omsorgsovertakelser. Når barnevernet ikke klarer å plassere barnet i familiens nettverk via dialog, så bør de sende saken videre til en annenlinjetjeneste, mener psykologspesialist Ester Solberg, som er KIBs nestleder.

Antallet barn med et akutt plasseringsvedtak økte med 70 prosent fra 2008 til 2013, og har deretter stabilisert seg, ifølge Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir).

– Vi er i verdenstoppen i antallet akutt plasseringer, og også i å unngå å bruke nettverket til barnet som skal plasseres, sier Solberg.

Hun mener dette handler om ideologi.

– Man har ment at barnets nettverk ikke forstår foreldrenes svakheter godt nok, og at de derfor ikke kan brukes.

KIB mener Norge må ta etter Sverige på dette feltet, og utvikle støtteprogrammer for at nettverket til barnet skal brukes i mye større grad enn nå. KIB mener også at barnevernsansatte bør ha autorisasjon som de kan miste hvis de begår alvorlige lovbrudd, som for eksempel å snakke usant i retten eller forfalske dokumenter. ❌

*Se kommentar fra Barne- og likestillingsminister Solveig Horne og Bufdir på side 487*



**ORGANISERER SEG** Einar Columbus Salvesen (talsperson), Ester Solberg (nestleder), Harald Koht (leder), Kjell Olaf Edvardsen (kasserer) og Elvis Chigozie Nwosu (sekretær) i Kompetansenettverk for kvalitet i barnevern (KIB).

## Kompetansenettverk for kvalitet i barnevern (KIB)

- Stiftet 23. mars 2017.
- Interimstyret: Harald Koht (leder), Ester Solberg (nestleder), Einar Columbus Salvesen (talsperson). Øvrige styremedlemmer: Elvis Chigozie Nwosu, Kjell Olaf Edvardsen, Kari Killén, Ragnhild Pettersen, Judith van der Weele og Sverre Asmervik.
- Mener at barnevernssystemet i Norge bør reorganiseres. Vil lovfeste plikt til å prøve familie plasseringer og bruk av familieråd slik at plassering hos fremmede blir unntak. Vil fjerne fylkesnemndssystemet. Vil fjerne Barnesakkyndig kommisjon. Vil ha obligatoriske organisasjonsutviklingsprogrammer «med vekt på den menneskelige faktor».
- Psykologtidsskriftet har blitt gjort oppmerksom på at Judith van der Weele og Sverre Asmervik nå har trukket seg fra styret.

*Kilder: Referat fra stiftelsesmøtet og KIBs talsperson Einar C. Salvesen.*

# NÅR KOMMUNE- PSYKOLOGEN KOMMER

Nå blir det psykolog i alle kommuner. Men fortsatt finnes det utfordringer mellom kommunepsykologer og PP-tjenesten.

TEKST Nina Strand

**V**i må bli flinkere til å forebygge og fange opp psykiske plager der folk bor. Det er i kommunen vi skal forebygge og fange opp psykiske plager blant barn og unge. Det er i kommunen vi skal gi eldre gode tjenester og hjelp til å mestre livet, skrev helse- og omsorgsminister Bent Høie i en pressemelding 31. mars, da regjeringen leverte sin stortingsproposisjon med lovforslaget med krav om psykolog i alle kommuner innen 2020.

Vi møter en oppglødd Tor Levin Hofgaard på hans kontor i Psykologforeningen. Tre dager før lovforslaget ble oversendt Stortinget den 31. mars, fulgte psykologpresidenten Bent Høie til Oppegård kommune utenfor Oslo, der helseministeren lanserte lovforslaget. Allerede i 1994 ansatte Oppegård sin første kommunepsykolog. Erfaringene må ha vært gode, for i dag har de ifølge psykologforeningen.no 2,6 psykologstillinger øremerket psykisk helse for barn og

ungdom. Med én stilling til vil også voksne få tilgang på psykolog i Oppegård.

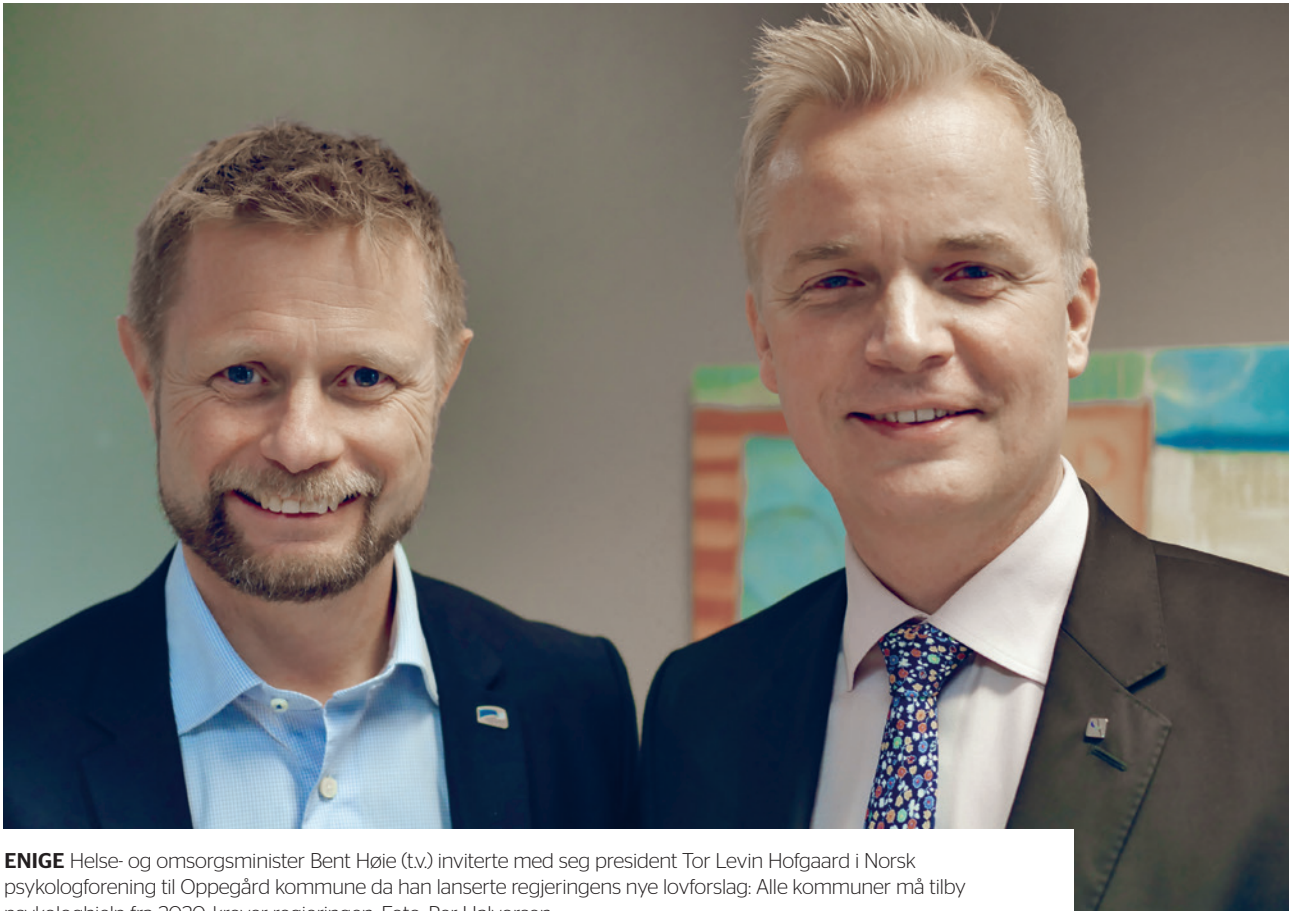
## ET MANGFOLD AV OPPGAVER

Nylig ble proposisjonen sendt til statsråd, og lovforslaget vil settes på stortingskalenderen for behandling før sommeren, ifølge Hofgaard.

– *Hvilken rolle skal psykologene ha i kommunene?*

– Det handler om helsefremming, forebygging og tidlig hjelp. Det betyr at oppgavene er veldig varierte. De kan være alt fra undervisning for klasser og skoler til å gi råd til lærere og barnehagepersonell.

Psykologene i Oppegård jobber tett på skolehelsetjenesten, så de møter også elever som sliter med livet sitt. Elevene sa det var fint å ha psykologene på skolen, at de var så lett tilgjengelig. Oppegård har også en psykolog knyttet til helsestasjonen Barns oppvekst. Dette er jo



**ENIGE** Helse- og omsorgsminister Bent Høie (tv.) inviterte med seg president Tor Levin Hofgaard i Norsk psykologforening til Oppegård kommune da han lanserte regjeringens nye lovforslag: Alle kommuner må tilby psykologhjelp fra 2020, krever regjeringen. Foto: Per Halvorsen

en annen psykologrolle enn det folk vanligvis tenker seg, påpeker Hofgaard, som understreker at andre kommuner bruker psykologene i eksempelvis rusfeltet, eller i lavterskeltilbud for barn og unge.

– Men jeg har ikke møtt mange som sitter på et kontor hele dagen og driver med behandling. Politikerne har da også vært tydelige: Vi skal ikke ha «mini-BUP-er» i kommunene. Vi skal ha psykologer som bidrar med sin kompetanse i tverrfaglige team, sammen med fagfolk og i tjenester som allerede finnes. Veldig mange gjør det allerede, sier han.

Med denne måten å bruke psykologer på vil samfunnet nå få mer igjen for å utdanne psykologer enn ved hovedsakelig å bruke dem i spesialisthelsetjenesten, mener psykologpresidenten.

– Nå får samfunnet tilgang på hele spekteret av psykologutdanningen ved at kommunen vil kunne dra nytte av andre sider av utdanningen,

som blant annet normalpsykologi, utviklingspsykologi og kunnskap om hvordan levekår påvirker livet vårt.

#### **INGEN FORSKNING**

– *Men er psykologene egentlig godt nok skodd for tverrfaglig arbeid og fagformidling til andre yrkesgrupper, eller foreldre og barn?*

– Ifølge empirien vi har per i dag er det snart 500 psykologer som jobber i kommunene, og de fleste sier de klarer seg utmerket.

– *Hvordan vet du det? Det finnes ikke forskning ennå?*

– Fordi vi har svært god kontakt med dem, vi spør dem og lytter til dem når vi møter dem på nettverkssamlinger og samlinger for tillitsvalgte, blant annet. Vi har også en ansatt i sekretariatet som har som oppgave å følge dem opp. Slik får vi mye tilbakemelding og ser hva som er suksesskriterier. Den største utfordringen de forteller »

om, er når kommunen ikke helt vet hva kommunepsykologen kan brukes til, og psykologen må utforme rollen sin selv, svarer psykologpresidenten, som likevel mener at psykologene ganske raskt finner ut hvordan de skal bruke kompetansen sin.

– Psykologer har en samfunnsfaglig utdanning som rommer mye mer enn diagnostisering og behandling, understreker han.

Hofgaard tror ikke det trengs store endringer i utdanningen for å fylle kommunepsy-

kologrollen. Det studentene trenger, er flere knagger de kan henge det de lærer på. Derfor synes han det er viktig at profesjonsstudiet ved Universitetet i Bergen nå har lagd kommunale praksisplasser tidlig i studiet slik at studentene blir kjent med denne arbeidsmåten.

#### HVA MED PPT?

– *I går besøkte jeg fem PPT-psykologer i Skedsmo kommune. De snakket om hvor tett de var på skolene; på lærerne, ungene – at de ser dem i*

## – Psykologer skal veilede

Psykologer har viktig kompetanse som kommuner trenger, mener regjeringen.

– I primærhelsetjenestemeldingen signaliseres det at midlene vil legges inn i kommunenes frie midler når lovbestemmelsen trer i kraft. Det sier statssekretær Lisbeth Normann (bildet) i Helse- og omsorgsdepartementet til Psykologtidsskriftet.

– **Hva gjør at Høie har så god tro på at nettopp psykologer vil bedre helsefremmende arbeid, forebygging og tidlig hjelp?**

– De som arbeider i helse- og omsorgstjenesten, gir mer enn omsorg. De behandler. De veileder. De hjelper mennesker til å mestre livet med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse. Psykologer har viktig kompetanse som kommuner trenger. De kan veilede andre som jobber med helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene. Men også andre faggrupper har viktig kompetanse, som helsesøstre, andre sykepleiere, fastleger, psykisk helse- og rusarbeidere. Det er kommunens samlede kompetanse og hvordan den brukes, som er avgjørende for å bedre dette arbeidet.

– **Hva slags kunnskap har man i dag om hvordan psykologer i kommunen fungerer? Finnes det forskning, undersøkelser, eller evaluering?**

– I 2013 publiserte AFI, med SINTEF som underleverandør, rapporten *Vurdering av Helsedirektoratets modellutprøving og tilskudd til psykologer i kommunen*. Den oppsummerte erfaringene med tilskuddsordningen som eksisterte fra 2008 til 2012. Evalueringen viste at forsøket bidro til økt rekruttering av psykologer, samarbeid mellom kommunale instanser og faggrupper, og bedre kvalitet på tjenestene ved at utfordringer som tidligere ble behandlet separat nå i større grad ses i sammenheng. Lavere terskel for å søke psykologhjelp og kort ventetid sammenlignet med spesialisthelsetjenesten var også et funn. En av utfordringene var at psykologene opplevde for stort fokus på behandling, utredning og diagnostisering og for lite på folkehelsearbeid. Fra 2013 ble ordningen utvidet og styrket ved å bygge videre på de gode erfaringene og forbedringsområdene fra modellforsøket. Arbeid med rusmiddelproblemer



FOTO: BJØRN STUEDAL

og vold og overgrep ble inkludert i tillegg til psykisk helse. Det ble lagt større vekt på å stimulere kommunene til å integrere psykologkompetansen i forpliktende tverrfaglig samarbeid, i system- og samfunnsrettet arbeid samt helsefremmende og forebyggende arbeid. Rapporter og undersøkelser fra kommunene i perioden 2013–2016 viser en positiv utvikling på disse områdene.

– **Hvordan skal ordningen evalueres?**

– Vurderingene knyttet til behovet for psykologer er gjort før regjeringen besluttet å lovfeste et krav om psykologkompetanse. I 2017 skal SINTEF og NIBR igangsette en devaluering av ordningen som en del av Kompetanseløftet 2020. Her vil en undersøke nærmere suksesskriterier for ordningen. Brukernes erfaringer og tilfredshet med psykologtilbudet vil også inngå i evalueringen.

skolegården og i klasserommet. Akkurat slik du forteller om psykologene i Oppegård kommune. Det er lite å høre om PPT i debatten om kommunepsykologer?

– Da trenger kanskje ikke Skedsmo kommunepsykologer fra helsetjenesten som er rettet inn mot skolen. Psykologforeningen har aldri gått inn for én modell for hvordan psykologene i kommunen skal jobbe. Det må avhenge av hva de har fra før. Noen har en kjempegod PPT som jobber helsefremmende og forebyggende. Da kan de prioritere kommunepsykologer som jobber med eldre eller i barnevernet, for eksempel. Andre vil plassere psykologen på rådmannsnivå, eller som veileder for andre helseprofesjoner i kommunen. Men uansett: Satsingen på kommunepsykologer skjer innenfor Helsedepartementets ansvarsområde. Helseministeren kan ikke bestemme noe om PPT, det er kunnskapsministerens bord.

– Er det på tide med en PPT-reform?

– Psykologforeningen er opptatt av hvilke behov befolkningen har, og hvordan vi sikrer at de får dekket dette behovet. Vi har ikke vært så fokusert på å definere eller peke ut spesifikke tjenester, men mer opptatt av hvilken kompetanse som må være til stede i kommunen for å svare på de ulike behovene. Om PPT trenger en reform, har vi ikke tatt stilling til.

– Det finnes psykologer som ønsker at Psykologforeningen skal gjøre mer for at psykologer fortsatt skal være i PPT. De mener at uten psykologer risikerer et barn med lærevansker å ikke få hjelp for det som kanskje er det vondeste, at de strever sosialt eller har lav selvfølelse?

– Ja, det er utfordrende at rammeverket vi har rundt barn i dag, har separate lover for de ulike tjenestene, og at vi fagfolk ofte jobber i «siloer». Satt på spissen kan man si at hvis barnet kommer til barnevernet, ser man omsorgssvikten, men kanskje ikke det andre. Kommer det til en psykolog, ser man lidelsen, men kanskje ikke det andre. Derfor er jo det tverrfaglige teamet svaret. At en sitter i samme hus, spiser matpakka sammen.

### FORESLO OPPVEKSTLOV

– I 2009 foreslo samfunnspsykolog Bibi Schjødt å samle lov om kommunehelse, lov om barnevern og lov om opplæring til en ny felles oppvekstlov. Hva mener Psykologforeningen om det?

– Vi diskuterte dette, men konkluderte med at det ble veldig radikalt å gå løs på alle tjenestene på den måten. I dag har vi ikke svaret på hvordan vi kan bygge ned siloene med alle sine rammeverk, men jeg merker meg at stadig flere politikere spør seg om dette. Team er foreløpig det beste svaret, sier psykologpresidenten.

Han mener Stangehjelpa ledet av psykolog Birgit Valla er på sporet av noe. I møtet med barn og familier henter de ressurser fra alle tjenestene, som så snakker sammen. Høie sier at sånn vil han det skal være.

– Men da blir spørsmålet: Hvordan får vi det sånn? At barn ses helhetlig, og ikke ut fra PPT eller helsetjenesten? Det blir en utfordring i neste stortingsperiode, konstaterer Hofgaard.

### ÉN DØR INN

– Ja. For som mamma ville jeg gjerne at barnet mitt fikk hjelp som et helt menneske. Her er det visst store forskjeller mellom kommunene.

– Nettopp. Psykologforeningen har to slagord i vår hovedsatsing. Nummer en: Én dør inn. Når du strever, skal du kunne gå inn døren og vite at du enkelt kan få kontakt med dem som skal hjelpe deg. Og kanskje er det ikke en enkeltperson, men klassen som skal hjelpes. Slagord nummer to: »



**ETAPPESEIER** Tor Levin Hofgaard gleder seg over utsikter til obligatorisk kommunepsykolog. Men fortsatt mangler et helhetlig blick på barn. Det blir en utfordring i neste stortingsperiode, mener Hofgaard. Foto: Arne Olav L. Hageberg

## Regjeringen foreslår

- Fra 2018 skal alle kommuner skal ha lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesøster.
- Fra 2020 må kommunene ha ergoterapeut, psykolog og tannlege.

Én telefon unna. De som jobber med barn til daglig i barnehagen, på skolen eller på fritidsarenaer, skal vite at kompetansen på barn er nær. Åtte av ti lærere sier de ser barn som sliter, men vet ikke hva de skal gjøre. Da trenger de lett tilgang til et apparat med kompetanse til å veilede og guide. Det kan et tverrfaglig team med blant annet psykolog i kommunen gjøre.

– *Høie har bedt Psykologforeningen om innspill som kan konkretisere kommunepsykologrollen. Hva skal dere bidra med?*

– For det første å synliggjøre hvilke roller psykologer kan ha i kommunen, og hvilke oppgaver vi kan hjelpe til med å løse. Så trenger vi også å utvikle verktøy psykologene kan bruke, for eksempel i sammenheng med mobbing, eller analyseverktøy rådmenn kan bruke for å hente inn kunnskap om hvor utfordringene i en kommune finnes. Vi skal hjelpe psykologene med å finne ut hvilke oppgaver som er relevante.

### FINANSIERING

Finansieringen av kommunepsykologene er også et viktig tema for Psykologforeningen. Hofgaard mener erfaringene med direkte tilskudd til kommunepsykologstillinger taler sitt tydelige språk. Da tilskuddet gikk ned fra 500 000 til 300 000 per psykologstilling i 2016, var det et klart fall i antall kommuner som søkte tilskudd.

– Nå er det på 400 000 i 2017, og vi får se om det hjelper. Vi mener vi må finne et nivå for statlig medfinansiering av kommunepsykologer. Å bare legge det i rammen til kommunene fra 2020 tror vi ikke vil være nok, sier han.

Finansieringen må sikre at psykologene kan jobbe så bredt som politikerne legger opp til, mener psykologpresidenten. Et takstsystem basert på delvis trygdefinansiering, som eksempelvis fysioterapeutene har, kan bli vanskelig å få på plass, fordi disse pengene ikke kan brukes til forebyggende eller helsefremmende virksomhet.

– Svaret på hvordan dette skal finansieres, er at det ikke er noe endelig svar på dette ennå. Men dette må være på plass innen tre år, altså i 2020 når loven trer i kraft, sier Hofgaard. ✕



**TATJANA SCHNELL** skal snakke om «Meaning in Life, Mental and Physical Health: Insights, Interpretation, Implementation» på Hamar i sommer. Foto: Wendy A. Hern

## Norsk religionspsykologi i vinden

Det norske miljøet innenfor religionspsykologi har markert seg sterkt internasjonalt og får derfor ansvaret for stor internasjonal forskningskonferanse.

Den internasjonale forskningskonferansen til IAPR (The International Association for the Psychology of Religion) holdes i Norge i år. Det er på grunn av at det norske religionspsykologiske fagmiljøet har markert seg sterkt internasjonalt, og miljøet har derfor fått tildelt arrangøransvaret for konferansen.

Den holdes på Hamar 21.-24. august. Der kommer verdens fremste fagfolk på feltet, blant annet Valerie DeMarinis, Kenneth I. Pargament, Tatjana Schnell og Mohammad Khodayarifard. I den lokale arrangørkomiteen sitter blant annet Lars Johan Danbolt, Kari Lillehaug og Gry Stålsett.

*Psykologtidsskriftet*

FOTO: KENJI ARYAN / FLICKR.COM / CREATIVE COMMONS / REDIGERT AV TNPF



## Sammenheng mellom schizofreni og bruk av cannabis

**Personer med forhøyet risiko for å utvikle schizofreni har også større sannsynlighet for å prøve cannabis, viser ny forskning.**

Det er vanskelig å vite hva som forårsaker hva når man ser på sammenhengen mellom schizofreni og bruk av cannabis. Øker bruk av cannabis sjansen for å utvikle schizofreni - eller er sammenhengen motsatt? En ny studie fra universitetet i Bristol i England indikerer at de som er i risikosonen for å utvikle schizofreni, har større sjanse for å prøve cannabis:

- Vi finner sterkere bevis for at personer som er i risikosonen for å utvikle schizofreni, vil prøve cannabis, enn at bruk av cannabis er årsaken til at mennesker får lidelsen. Men vi må grave dypere ned i dette materialet for å finne ut mer om årsaker og virkninger. Vi vet fortsatt for lite om hvordan stor grad av cannabisbruk påvirker utviklingen av schizofreni hos personer som er i risikogruppen, sier Dr. Suzi Gage ved Bristol University, som er ansvarlig for studien, til nettstedet Science Daily.

**Kilde:** <https://www.sciencedaily.com/releases/2016/12/161219084641.htm>

## Nedsatt motorikk hos barn av personer med schizofreni

**Barn av foreldre med schizofreni har problemer med balanse- og fingerferdighet, viser dansk studie.**

- Klinikere bør være klar over motoriske symptomer og henvise barn med klare motoriske problemer til fysioterapeut, ifølge Brigitte Klee Burton, en av forfatterne av studien som ble publisert i *Lancet Psychiatry* i mars i år.

Forskerne undersøkte motorisk funksjon hos 514 barn i 7-årsalderen. 198 av barna hadde foreldre med schizofreni, mens 119 av dem var barn av foreldre med bipolar lidelse. Resten av barna hadde foreldre uten alvorlig psykiske lidelser.

Barn av foreldre med schizofreni viste nedsatt motorikk sammenlignet med barn av foreldre uten schizofreni.

- I familier med stor risiko for schizofreni hadde barna omtrent dobbelt så stor sjanse for å vise klare motoriske problemer som i familier uten slik risiko, ifølge studien.

Barn av foreldre med bipolar lidelse viste for øvrig ingen signifikant forskjell i motoriske ferdigheter sammenlignet med barn av foreldre uten bipolar lidelse.

**Kilde:** <http://www.medscape.com/viewarticle/878327>

## Psykose-episode øker risikoen for tidlig død

**Ny studie viser at unge som har opplevd en psykotisk episode, har langt større risiko for tidlig død enn gjennomsnittet.**

Forskerne i studien har analysert data fra 5000 personer mellom 16 og 30 år som nylig har fått en psykosediagnose og som de fulgte over et helt år. Resultatet er nedslående: Risikoen for tidlig død i løpet av dette året var 24 ganger høyere for denne gruppen enn gjennomsnittet for denne aldersgruppen.

Studien, som fikk støtte fra amerikanske National Institute of Mental Health (NIMH), ble ledet av Michael Schoenbaum (PhD) og ble publisert i tidsskriftet *Schizophrenia Bulletin* i april i år.

- Disse funnene viser hvor viktig det er å kartlegge dødsstatistikk for mennesker med mentale lidelser. Helsefeltet er flinke til å rapportere denne typen statistikk for somatiske lidelser som kreft og hjerte- og karsykdommer, men vi er dårlige på psykiske lidelser. Vi må også finne ut av hvordan disse unge menneskene døde, det sier denne studien ingenting om, sier Schoenbaum på nettstedet til NIMH.

**Kilde:** <https://www.nimh.nih.gov/news/science-news/2017/higher-death-rate-among-youth-with-first-episode-psychosis.shtml>

## TANNHELSE OG PSYKISK LIDING:

# Tannverk i tillegg

Tannhelse er ein viktig faktor for generell helse, livskvalitet og velvære. Ein litteraturgjennomgang viser eit behov for meir kunnskap om korleis ein kan sikra reell tilgang til tannbehandling for pasientar med alvorlege psykiske lidningar.

**TEKST**

Jofrid Bjørkvik,  
Tannhelsetenesta  
kompetansesenter  
Vest, Hordaland og  
Diana Henriquez,  
Stord tannklinikk

**KONTAKT**

jofrid.bjorkvik@hfk.no

**ILLUSTRASJON**

Åshild Irgens

**L**angvarig psykisk lidning er forbunde med ei rekkje tilleggsbelastningar fysiske og sosialt. Ei av desse vanlege, men ofte oversette tilleggsbelastningane er redusert tannhelse. Tannverk i tillegg gir ikkje berre smerte og ubehag, men blir for mange også eit hinder når det gjeld å kunna smila, eta og snakka saman med andre.

Hjå personar med alvorlege eller langvarige psykiske lidningar har forskning konsekvent funne auka førekomst av somatisk sjukdom, kortare livslengd grunna somatisk sjukdom og redusert livskvalitet (De Hert, et al., 2011). Det er også dokumentert svekka tannhelse og underforbruk av tannhelsetenester (Dickerson, McNary, Brown, Kreyenbuhl, Goldberg, & Dixon, 2003; Sheiham, 2005). Ein oversiktsartikkel om alvorlege psykiske lidningar (APL) og fysisk helse viser til 12 studiar som dokumenterer dårleg tannhelse og store tannbehandlingsbehov (De Hert, et al., 2011). Eit komplekst samspel av faktorar skapar barrierar og vanskeleggjer tilgang og bruk av tannhelsetenester for denne gruppa. Forskarar finn tilstanden alarmerande og tar til orde for tiltak som kan sikra reell tilgang på og kvalitet i helsetenestene for personar med alvorlege psykiske lidningar (De Hert, et al., 2011; Thornicroft, 2011).

Denne teksten vil utforska moglege barrierar personar med APL møter på i høve det å oppretthalda ei god tannhelse. Teksten byggjer på litteraturgjennomgang, men også på erfa-

ringar frå arbeidet vårt i TOO-teamet ved Stord tannklinikk. TOO står for tortur, overgrep og odontofobi (tannbehandlingsangst), og teamet blei oppretta våren 2013 som del av ei større satsing frå Helsedirektoratet med tanke på å tilby tilrettelagde tannhelsetenester til utsette grupper. Personar med alvorlege og langvarige psykiske lidningar er ikkje eksplisitt nemnde i målgruppa, men har i praksis kome inn grunna betydeleg overlapp med anten kriteriet erfaring med vald eller overgrep, eller innslag av odontofobi. Me vil også kort presentera eit forskingsprosjekt som er under planlegging i Sunnhordland med utgangspunkt i dei utfordringane som er nemnde her.

**BAKGRUNN**

Tannhelse er ein viktig faktor for generell helse, livskvalitet og velvære, og påverkar personens høve til å kunna eta, snakka og vera saman med andre utan sjenanse (Wide-Boman, Lundgren, & Carlsson, 2010). Det er eit uttalt mål frå norske styresmakter at alle skal ha rett til god tannhelse, og utsette grupper har difor rett på gratis behandling (Helse- og omsorgsdepartementet, 2005). Personar som har alvorlige psykiske lidningar kan få denne retten, med eit tilleggskriterium at ein anten er innlagt minimum tre månader eller har oppfølging av psykisk helseteneste (heimesjukepleie) kvar veke i minimum tre månader.

I Noreg har altså mange personar med psykiske lidningar tilbod om gratis tannbehandling.



Me manglar systematisk kunnskap om i kva grad dei dette gjeld, er kjent med og gjer seg nytte av retten dei har. Erfaringane våre frå TOO-teamet tyder på at mange i denne målgruppa har tannhelseproblem og av ulike grunnar strevar med å nytta seg av tilboda i tannhelsetenesta. Eit prosjekt som vart gjennomført i tre fylke i 2001–2003 dokumenterte, i tråd med våre usystematiske observasjonar, betydelege udekka behandlingsbehov i gruppa (Sosial- og helsedirektoratet, 2004). Det kan altså vera grunn til å anta at det ikkje er nok å etablere tilbod og økonomiske støtteordningar for å sikra reell tilgang for sårbare grupper. Ein treng kunnskap og kompetanse for å skjønna kva barrierar som eksisterer, og kva endringar som må til for at behandlingstilboda skal opplevast som reelt tilgjengelege og relevante.

### UTFORDRINGAR OG BARRIERAR

Kva er det då som hindrar personar med alvorlege psykiske lidingar i å få den tannbehandlinga dei har bruk for og rett på? Me vil i det vidare utforska ulike barrierar som kan vanskeleggjera tannbehandling, med utgangspunkt i forskingslitteraturen. Her vil me trekkja fram nokre studiar som eksplisitt har sett på bruk av tannhelsetenester i denne pasientgruppa, men også nytta perspektiv frå studiar som ser på barrierar og hindringar for personar med ALP i møte med somatisk helsevesen generelt.

### BARRIERAR ASSOSIERT MED TENESTEY TAR

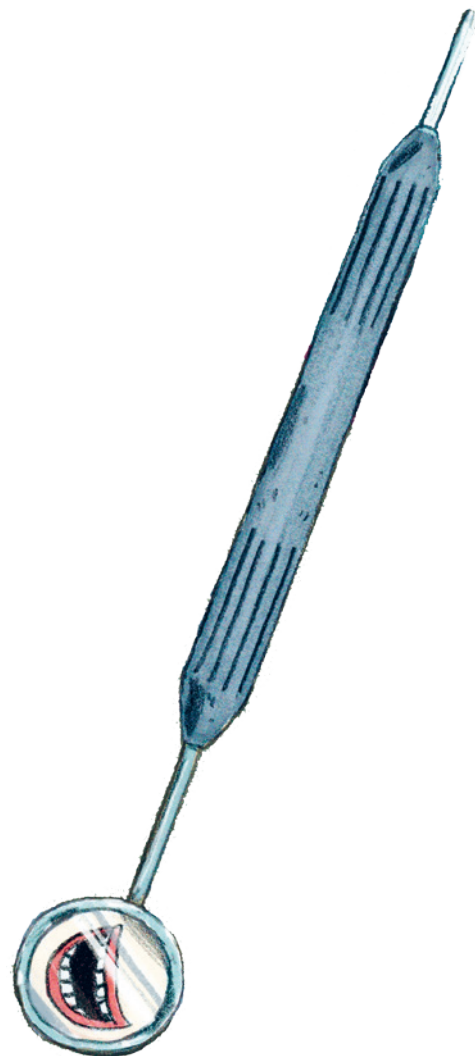
Forskingslitteraturen peikar på at personar med alvorlege psykiske lidingar blir diskriminert og stigmatisert ikkje berre i samfunnet generelt, men også i helsevesenet (Cunningham, Peters, & Mannings, 2013; De Hert, et al., 2011). Til dømes blir det frå fleire hald påpeika at fagfolk innan psykisk helsevern unnlèt å ta på alvor at pasientane også har ei fysisk helse, inkludert tannhelse (Cunningham, Peters & Mannings, 2013; De Hert, et al., 2011). Det handlar mellom anna om at presenterte symptom blir oppfatta som assosierte med den psykiske lidinga, såkalla diagnostisk tilsløring (Jones, Howard, & Thornicroft, 2008). I tråd med dette fenomenet opplever pasienten å ikkje bli trudd og tatt på alvor, og går dermed glipp av nødvendig medisinsk oppfølging og behandling. Når det gjeld tannbehandling, peikar De Hert, Cohen et al. (2011) på at fagfolk innan psykisk helsevern overser både behandlingsbehov og verdien av førebyggjande tiltak.

De Hert og medarbeidarar (2011) tar til orde for systematiske tiltak som sikrar førebygging og behandling av tannsjukdom ut frå pasientane sine særlege behov, og legg eit stort ansvar på tilsette i psykisk helsevern. Ei stor utfordring, ifølgje desse forfattarane, er å finna fram til tannlegar som ikkje stigmatiserer pasientar som har psykiske vanskar og lidingar.

Me manglar kunnskap om korleis pasientar med langvarige psykiske vanskar og lidingar opplever møtet med tannlegen. Men kvalitative studiar av erfaringar med behandling av tannbehandlingsangst indikerer at tannlegens person og væremåte, og relasjonen mellom pasient og behandlar, blir vektlagt som sentralt i høve det å meistra tannbehandling (Abrahamson, Berggren, Hallberg, & Carlsson, 2002; Bjørkvik, 2016). Abrahamson og medarbeidarar (2002) fant for eksempel at tannbehandlingsangstens kjernetema var eksistensiell trussel som var assosiert med tannbehandlingssituasjonen, individuell sårbarhet og tannlegen som lite støttande. Det handlar mellom anna om å kjenna seg forstått og respektert, å bli tatt på alvor av ein person som bokstaveleg talt står over deg, og som brukar instrument i munnen din.



Forskingslitteraturen peikar på at personar med alvorlege psykiske lidingar blir diskriminert og stigmatisert ikkje berre i samfunnet generelt, men også i helsevesenet





Her kan ein hevda at teieplikta er til hinder for eit potensielt viktig helsetiltak

#### **BARRIERAR ASSOSIERT MED PERSONEN OG SJUKDOMEN**

I tillegg til stigmatisering og diskriminering frå andre står personar med alvorlege psykiske lidningar i fare for sjølvstigmatisering (Corrigan, Larson, & Rüsh, 2009). Dette er eit fenomen som utviklar seg i forlenginga av stigmatisering utanfrå, og inneber ei haldning der personen internaliserer andre sine negative haldningar og ser på seg sjølv som mindreverdige. Corrigan og medarbeidarar (2009) skildrar på bakgrunn av sjølvdiskrimineringsmodellen ein «kvifor prøva»-effekt: Kvifor skal eg starta med dette når eg aldri kan klara det likevel? Overført til tannhelsetenesta kan denne effekten bidra til å unngå undersøking og behandling, noko som i neste omgang kan forsterke stigmatiseringa utanfrå.

I tillegg til dei psykologiske faktorane som er nemnt her, vil psykisk sjukdom og lidning også kunna vera assosiert med fleire andre faktorar som kan utgjera hindringar for tannhelse og tannbehandling. De Hert og medarbeidarar (2011) viser til dømes til biverknader av medisinar, energitap, impulsivitet, angst eller vanskar med struktur. Og vi kan leggja til at for mange i denne gruppa vil tannhelse av ulike årsaker oppfattast som lite viktig.

#### **BARRIERAR ASSOSIERT MED ORGANISERING AV TENESTENE**

Helsevesenet har i seinare år gjennomgått store endringar med meir spesialisering og nedbygging av store institusjonar som tidlegare tilbød langtidsbehandling. Cunningham, Peters & Mannix (2013) viser til at utviklinga samtidig har ført til auka fragmentering av tenestene, der ansvar for velferd og livskvalitet har smuldra opp. Innan psykisk helsevern har ein sett ei vektlegging av målretta, strukturerte og dels manualiserte behandlingar ut frå diagnose og problemområde. Dette har medført risiko for svekka heilskapleg tilnærming. Nedbygginga av institusjonane har opna for meir valfridom og eit breiare spekter av tilbod i kommunane, men overlèt også fleire initiativ til personen sjølv. Risikoen aukar for at personen sine behov fell mellom ulike stolar og unngår å bli fanga opp.

Når det gjeld personar som har oppfølging i kommunal psykisk helse-teneste, og som har rett på gratis tannhelseteneste, er det ingen automatikk i at desse får tilbod om undersøking. Teieplikta hindrar kommunen i å informera om kven som til ei kvar tid har rett på gratis tannbehandling, og ein er såleis avhengig av at pasienten sjølv eller deira pårørande tar kontakt med tannklinikken. Her kan ein hevda at teieplikta er til hinder for eit potensielt viktig helsetiltak. Samtidig er personvernet djupt forankra i menneskerettane, og for nokre kan det opplevast som krenkande eller stigmatiserande å bli identifisert som prioritert gruppe i tannhelsetenesta. God informasjon til den einskilde frå tenesteytar i kommunen, gjerne i kombinasjon med gode rutinar for samarbeid mellom kommunen og tannklinikken som kan bidra til å senka terskelen for kontakt, vil her vera ein nøkkel.

#### **KONKLUSJON**

Litteraturen peikar på utfordringar og moglege barrierar knytt til tenesteytarar, systemet og personen sjølv som er meint å ha nytte av tenesta. Sett på spissen ser me pasienten blir utsett for eit fragmentert system med tenesteytarar som kan opplevast som autoritære og dominerande, og som med sin veremåte kan bidra til å forsterka pasienten si oppleving av mindreverd og passivitet i møte med tenesta (Corrigan et al., 2009).

Alternativet er, ifølge Corrigan og medarbeidarar (2009), eit perspektivskifte i retning av recoveryorientert praksis (Borg, Karlsson, & Stenhammer, 2013). Recovery står for betringsprosess og inneber eit skifte frå patologi til ei forståing av at menneske med psykiske helsevanskar kan skapa seg eit meningsfullt og tilfredstillande liv ut frå egne verdier, med eller utan psykiske symptom som kan komma og gå. Recoveryorienterte helsetenester er pasientsentrerte tenester. Dette inneber at ein må forstå og endra på maktforhold slik at det er brukaren si forståing og ekspertise som har forrang, ikkje fagpersonen (Borg, Karlsson & Stenhammer, 2013).

### Trong for kunnskap

For personar med langvarige og alvorlege psykiske lidingar er det trong for meir kunnskap om misforholdet som synest å vera mellom behandlingsbehov på den eine sida og aktuell bruk av behandlingstilboda på den andre sida. Det er også nødvendig å søka kunnskap om korleis ein kan redusera hindringar og sikra reell tilgang til nødvendig tannbehandling til denne gruppa.

For å få kunnskap om kva som må til for at tannhelsetenesta skal opplevast som tilgjengeleg og relevant, er tett samarbeid med brukar-

grupper heilt sentralt. I regi av Tannhelsetenesta kompetansesenter Vest, Hordaland er det under planlegging eit forskingsprosjekt i Sunnhordland som tar sikte på å søka ny kunnskap på dette feltet. Dette prosjektet har to hovudmål: 1) å undersøka bruk av tannhelsetenester, sjølvopplevd tannhelse og tannstatus hjå personar med langvarige psykiske vanskar som har bistand frå psykisk helseteneste i ein kommune, og 2) å tilby tannbehandling til denne gruppa menneske i samarbeid med gruppa sjølv og med tilsette i psykisk helseteneste i kommunen. Prosjektet blir gjennomført som eit samarbeid mellom Stord tannklinik, Stord kommune (psykisk helse) og lokallaget av Mental Helse, og det vil i samband med prosjektet også bli undersøkt i kva grad samarbeid på tvers av tenestene kan bidra til å gjera tannklinikken meir tilgjengeleg for pasientane. ✖

## REFERANSAR

- Abrahamsson, K.H., Berggren, U., Hallberg, L., & Carlsson, S.G. (2002). Dental phobic patients' view of dental anxiety and experiences in dental care: a qualitative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 16, 188–196.
- Bjørkvik, J. (2016). Tannlegen og pasienten: en oppfølgingsstudie av pasienter som har fått behandling for odontofobi. *Den norske tannlegeforenings tidende*, 126, 350–4.
- Borg, M., Karlsson, B., & Stenhammer, A. (2013). Recoveryorienterte praksiser. En systematisk kunnskapssammenstilling. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (Napha). Rapport nr. 4, 2013. Lasta ned frå <http://www.napha.no/multimedia/4281/NAPHA-Rapport-Recovery-web.pdf> (21.03.16)
- Corrigan, P.W., Larson, J.E., & Rüş, N. (2009). Self-stigma and the «why try» effect: impact on life goals and evidence-based-practices. *World Psychiatry*, 8, 75–81.
- Cunningham, C., Peters, K., & Mannix, J. (2013). Physical health inequities in people with severe mental illness: Identifying initiatives for practice change. *Issues in mental health nursing*, 34, 855–862.
- De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Leucht, S., Ndetei, D.M., Newcomer, J.W., Uwakwe, R., Asai, I., Möller, H-J, Gautam, S., Detraux, J., & Correll, C.U. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*, 10, 52–77.
- De Hert, M., Correll, C.U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., Asai, I., Detraux, J., Gautam, S., Möller, J., Ndetei, D.M., Newcomer, J.W., Uwakwe, R., & Leucht, S. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10, 52–77.
- Dickerson, F.B., McNary, S.W., Brown, C.H., Kreyenbuhl, J., Goldberg, R.W., & Dixon, L.B. (2003). Somatic health care utilization among adults with serious mental illness who are receiving community psychiatric services. *Medical Care*, 41, 560–570.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005). Stortingsmelding 35, 2006–2007 *Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Framtidas tannhelsetjenester* Lastet ned fra: <http://www.regjeringen.no/pages/1991309/PDFS/STM200620070035000DDDPDFS.pdf>
- Jones, S., Howard, L., & Thornicroft, G. (2008). Diagnostic overshadowing: worse physical health care for people with mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 169–171.
- Sheiham, A. (2005). Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 83, 644.
- Sosial- og helsedirektoratet (2004). Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester, Futtprosjektet. IS-1230 og IS-1231.
- Thornicroft, G. (2011). Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 441–442.
- Wide-Boman, U., Lundgren, J., Berggren, U., & Carlsson, S.G. (2010). Psychosocial and dental factors in the maintenance of severe dental fear. *Swedish dental journal*, 34, 121–127.



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2017 S. 454-465 FAGFELLEVDERT

ROAR FOSSE, Klinikk for psykisk helse og rus, Vestre Viken.

KONTAKT roar.fosse@vestreviken.no

# GENETIKK - ER BETYDELIGE EFFEKTER DOKUMENTERT VED SCHIZOFRENI?

En rekke DNA-varianter er assosiert med schizofreni, men den forklarte variansen er beskjeden.

Hypotesen om genetisk sårbarhet eller predisposisjon for vedvarende, ikke-affektive psykoser (schizofreni) hviler på observasjoner av at risikoen for lidelsene øker proporsjonalt med hvor nær i slekt vi er med en person med en slik diagnose (Gottesman, 1991). Basert på tvillingstudier har atferdsgenetikere estimert at 44 til 87 % av variasjonen i schizofreni i befolkningen kan forklares med genetiske forskjeller (arvelighet) (Sullivan, Kendler, & Neale, 2003). En kritikk mot tvillingstudier og andre atferdsgenetiske metoder er imidlertid at de er uegnet til å skille mellom (genetisk) arv og miljø, slik at arvelighetsestimatene er ugyldige (Fosse, 2013; Fosse, Joseph, & Richardson, 2015; Joseph, 2006, 2015; Lewontin, Rose, & Kamin, 1984). Direkte studier av variasjoner i DNA-strukturen vil gi sikrere kunnskap om genetiske bidrag til schizofreni.

Frem til ca. 2008 var hovedstrategien i den molekylærgenetiske forskningen å undersøke betydningen av gener for nevrobiologiske prosesser som man antok var endret i schizofreni (kandidatgener), for eksempel genene betegnet som COMT og DRD2 for dopaminfunksjon. I innledende publikasjoner fra denne forskningen rapporterte forskerne om positive sammenhenger, men disse lot seg ikke replisere i oppfølgingsstudier. I den største studien på området frem til da undersøkte Sanders og medarbeidere (2008) variasjoner (alleler) i 14 sentrale kandidatgener for schizofreni. De fant ingen sammenheng og konkluderte: «... det finnes tro- lig ikke ekte sammenhenger på befolkningsnivå for de allelene som har

## ABSTRACT

### *Genetics - Are substantial effects documented in schizophrenia?*

Genetic research on schizophrenia started out with a focus on candidate genes, but with limited success. Subsequent studies have searched for schizophrenia-associated single nucleotide polymorphisms (SNPs) and copy number variations (CNVs) anywhere on the genome. In genome wide association studies (GWAS), SNPs with a small but statistically significant difference in prevalence between schizophrenia and normal healthy controls have been identified at 108 independent positions on DNA, accounting for 3,4 % of liability to the disorder. CNVs appear to account for an additional 1 % of liability but are unspecific for schizophrenia. Sum scores of genetic risk based on SNPs from GWAS are used to investigate associations with underlying symptom dimensions and neurobiological and cognitive traits, but substantial associations remain to be identified. The current molecular genetic evidence does not support a view of schizophrenia as strongly genetically based.

*Keywords: schizophrenia, endophenotypes, single nucleotide polymorphisms, copy number variations, polygenic risk scores*

utgjort grunnlaget for den store kandidatgenlitteraturen for disse 14 postulerte kandidatgenene for schizofreni» (s. 505). Sju år senere publiserte forskere som selv hadde vært sentrale i kandidatgenforskningen, en metaanalyse av 25 sentrale kandidatgener og kom til samme konklusjon: «Oppsummert, den empiriske evidensen støtter nå sterkt ideen om at den historiske kandidatgenlitteraturen ikke gav noen robuste og replikerbare innsikter i etiologien ved schizofreni» (Farrell et al., 2015, s. 560).

Den manglende støtten til kandidatgenene førte til en vridning i hvordan genetikk ble antatt å bidra til schizofreni (og andre psykiske lidelser). I tråd med en hypotese antydnet av Ronald Fisher i 1918 og mer eksplisitt formulert av Gottesman og Shields i 1967, antok forskerne i stedet at predisposisjonen hviler på et stort antall genvarianter som hver har kun en svært liten effekt. For å identifisere slike små effekter trengte man store studier med svært mange deltakere, gjerne flere titusen. Siden man ikke lenger hadde noen klar hypotese om hvor på genomet eventuelle signifikante variasjoner fantes, inntok feltet en hypotesefri fremgangsmåte der alt tilgjengelig DNA på kromosomene ble studert. For å få til slike enorme studier ble det dannet internasjonale konsortier, der gendatabasene fra en rekke land ble slått sammen.

Problemstillingen i denne artikkelen er hvorvidt de siste årenes molekylærgenetiske forskning har dokumentert en betydelig rolle for strukturelle variasjoner på DNA for personer med schizofrenidiagnose. «Betydelig» forstås her pragmatisk som forklart varians basert på Cohens rangering av størrelsen på korrelasjonskoeffisienter (Cohen, 1992), der mindre enn 1 % forklart varians forstås som triviell, 1 til 9 % som lite, 9 til 25 % som medium og over 25 % som betydelig/stor. I tillegg vurderes om foreliggende evidens og kunnskap sannsynliggjør at videre forskning vil finne betydelige sammenhenger.

For å belyse problemstillingen gjennomgås funn fra den molekylærgenetiske forskningen på schizofreni, med utgangspunkt i enkelt-nukleotidpolymorfismer eller enkeltbasevariasjoner (single nucleotide polymorphism, SNP). En SNP innebærer en variasjon mellom folk i baseparene på en posisjon på DNA, som ved at noen har adenin-thymin, mens

andre har guanin-cytosin på en gitt posisjon på et kromosom (figur 1). Ca. 1 % av de over tre milliarder baseparene på DNA varierer på denne måten, mens resten er like for alle (fikserte). SNP-er kan forekomme i eller utenfor de 20 000-25 000 genene på DNA, der et gen består av fra flere tusen til flere millioner basepar.

Dernest gjennomgås funn fra studier av kopitallsvariasjoner (copy number variation, CNV). CNV sikter til variasjon i forekomsten av en gitt sekvens på DNA hos et individ, bestående av fra tusen basepar og oppover (Barøy, Misceo, & Frengen, 2008; Stankiewicz & Lupski, 2010). CNV-er forekommer som duplisering (flere kopier av en sekvens), innsetning (et segment er kopiert og satt inn et annet sted på DNA) og delesjon (en sekvens er fjernet). Se ellers figur 2.

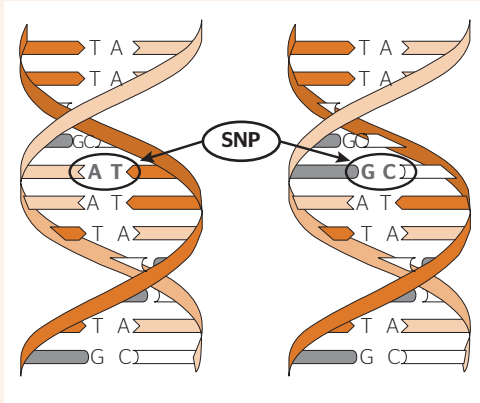
Etter dette gjennomgås forskning på sammenhengen mellom SNP-er og såkalte endofenotyper – enkeltsymptomer, nevrobiologisk struktur/funksjon og kognitive funksjoner som er endret ved schizofreni. Et utgangspunkt for denne forskningen er den uttalte variasjonen i symptombilde som ses blant personer diagnostisert med schizofreni, som erkjent av Bleuler allerede i 1911 (Bleuler & Bleuler, 1986). Endofenotyper kan antas å ligge mellom årsaksfaktorene og schizofreni og være tydeligere knyttet til genetikk enn det den nokså heterogene kategorien schizofreni er (Insel & Cuthbert, 2009).

## METODE

Gjennomgangen av de siste årenes molekylærgenetiske forskning fokuserer på de største studiene som er gjennomført i regi av internasjonale konsortier og publisert siden 2009. Dette valget er begrunnet i at funn fra mindre studier er ureliable, og at forskningsfeltet selv har argumentert for at det er nødvendig med store, akkumulerte databaser fra samarbeidende forskergrupper for å drive feltet videre. Studiene ble identifisert ved hjelp av oversiktsartikler og søk på PubMed med ulike kombinasjoner av søkeordene genome-wide association, GWA\*, psychosis, schizophrenia, genetic\*, DNA, single nucleotide polymorphism, SNP, copy number variation og CNV.

Studier av sammenhengen mellom SNP-er og fenotyper ble identifisert ved søk i PubMed med kombinasjoner av følgende søkeord: psy-

**Figur 1.** Enkeltnukleotidpolymorfisme (single nucleotide polymorphism, SNP)



En SNP ses når et basepar på en gitt posisjon på et kromosom kan variere mellom folk, dvs. ved at noen har adenin-thymin (A-T), mens andre har guanin-cytosin (G-C) på denne posisjonen. Figuren er lastet ned fra <http://www.viagenefertility.com/Available-PGD-Technologies.php>.

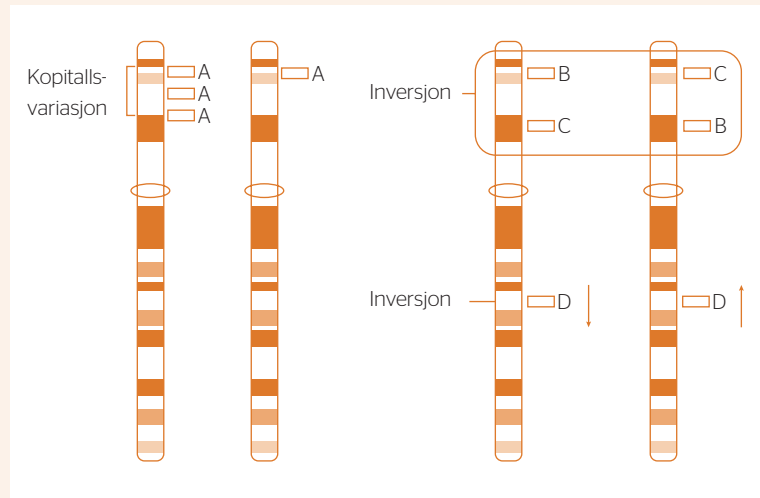
chosis, schizophrenia, single nucleotide polymorphism, SNP, polygenic, risk score, PGRS, PRS, phenotype, endophenotype, positive symptoms, negative symptoms, hallucinations, disorganization, delusions, cognitive, neurocognitive, prefrontal, frontal, hippocampus, amygdala, regional, activation. I tillegg ble referanselistene i identifiserte artikler gjennomgått. Inkludert er artikler publisert frem til august 2016.

## RESULTATER

### Enkeltnukleotidpolymorfismer

Det internasjonale schizofrenikonsortiet publiserte i 2009 den første megastore genomvide assosiasjonsstudien («genome wide association study», GWAS) for schizofreni, med 3322 pasienter og 3587 normalt friske kontrollpersoner (International Schizophrenia Consortium, 2009). Konsortiet undersøkte forskjeller i ca. 1 million SNP-er mellom de to deltakergruppene. De fant kun ett område på DNA med en SNP som forekom signifikant forskjellig på genomnivå, definert ved en p-verdi mindre enn  $5 \times 10^{-8}$ . Et slikt strengt signifikansnivå er nødvendig for å beskytte mot falske positive funn (type I statistisk feil), noe som ellers er overhengende på grunn av det store antallet tester i en GWAS (ekvivalent med antall SNP-er som undersø-

**Figur 2.** Kopitallsvariasjoner (copy number variations, CNV)



Duplisering av det genomiske området A (venstre) og inversjon av området B-C (høyre). Hentet fra Barøy, Misceo og Frengen (2008).

kes). SNP-en som var signifikant i konsortiets studie, lå i det såkalte major histocompatibility complex (MHC), et stort område på kromosom 6 som strekker seg over 3,6 millioner basepar og er knyttet til immunsystemet. Studien indikerte samtidig at det neppe finnes noen SNP-er som er nær unike for schizofreni; sannsynligvis finnes ingen schizofreni-assosiert SNP med odds ratio større enn 1,3, det vil si som forekommer 30 % oftere (eller sjeldnere) i en gruppe med schizofrenidiagnose enn hos normalt friske personer (Wray et al., 2014).

I et neste analyseskritt i konsortiets 2009-studie antok forskerne at selv om kun én SNP nådde det nødvendige genom-overgripende signifikansnivået for schizofreni, så kunne det likevel foreligge mange, kanskje flere tusen, med en ørliten sammenheng som ville vært signifikante hvis utvalget hadde vært større. For å undersøke dette tok de utgangspunkt i de mannlige pasientene i utvalget og lagde en sumskåre basert på 37 655 SNP-er som nådde et svært liberalt signifikansnivå på  $p = 0,5$  (hvilket tilsier at en stor andel var falske positive). Slike sumskårer har siden blitt betegnet som polygenetiske risikoskårer (PGRS), der skåren beregnes ved at hver SNP vektet med dens effektstørrelse (den naturlige logaritmen av odds ratioen til SNP-en). Hver person i et nytt testutvalg skåres da på denne summerte skalaen. Schizofrenikonsortiet (2009) fant at sumskåren som de etablerte basert på menn, var signifikant ( $p = 9,4 \times 10^{-19}$ ) knyttet til schizofreni blant kvinner, som da utgjorde testgruppen i studien, og at den her kunne forklare ca. 3 % av variansen i schizofreni (Nagelkerkes  $R^2$ ). De konkluderte med at funnet støttet antakelsen om schizofreni som en polygenetisk lidelse, og at kommende studier med enda større deltakergrupper ville avdekke flere genomvid signifikante ( $p < 5 \times 10^{-8}$ ) SNP-er.

Schizofrenikonsortiets (2009) hypotese ble støttet av funn fra en enda større GWAS fra et annet konsortium (SGENE) som ble publisert samme



Disse likhetene stiller spørsmålstegn ved om genetikk behøves for å forklare sentrale nevrobiologiske endringer ved schizofreni

år, med 12 945 deltakere med schizofrenidiagnose og 34 591 normalt friske personer (Stefansson et al., 2009). Genomvid signifikans ble her nådd for sju SNP-er, hver med odds ratio på mellom 1,15 og 1,24. Fem av dem lå i MHC-området for immunsystemet. To år senere publiserte «Schizophrenia Working group of the Psychiatric Genomics Consortium» (2011) en GWAS med 17 836 pasienter og 33 859 normalt friske kontrollpersoner. Også nå identifiserte man sammenhenger med schizofreni i MHC-området, i tillegg til i seks andre områder. Disse nye SNP-ene hadde en enda mindre odds ratio: ~ 1,1.

I 2014 ble den til nå siste og største studien publisert, der deltakerantallet var økt til 37 000 pasienter med schizofrenidiagnose og 113 000 normalt friske mennesker (Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2014). Her ble det rapportert om 128 signifikante SNP-er på 108 ulike områder på DNA. Blant de 108 områdene var igjen immunsystemet (MHC) implisert, i tillegg til områder knyttet til glutamatfunksjon og synaptisk plastisitet, kalsiumsignalisering og dopaminfunksjon. De signifikante SNP-ene kunne til sammen forklare 3,4 % av tilbøyeligheten til schizofreni, med gjennomsnittlig forklart varians per SNP på 0,03 %. Sju prosent av variasjonen i schizo-

freni i utvalget kunne forklares med en PGRS basert på flere tusen ikke-signifikante assosierte SNP-er.

Et viktig aspekt ved disse funnene er at genvarianter som er genomvidt signifikante, er tilnærmet like vanlige blant normalt friske mennesker som blant de med schizofrenidiagnose. I 2014-studien fra schizofrenikonsortiet forekom topp-SNP-en hos 86,4 % av deltakerne med schizofreni og 85,0 % av de normalt friske. Den andrerangerte forekom hos henholdsvis 17,5 % og 19,1 % (tabell 1). To ledende genforskere kommenterte dette slik: «Vi bærer alle på risikoforvarianter for schizofreni, og de aller fleste av oss bærer på nokså mange av dem. Når det gjelder genetisk risiko er det ingen 'dem' og 'oss', kun subtile skygger av grått» (Kendler & O'Donovan, 2014 s. 1320).

#### Kopitallsvariasjoner (CNV)

En liten, men signifikant økning i CNV-er er identifisert ved schizofreni (Malhotra & Sebat, 2012; Rees et al., 2014). I en studie med 6882 pasienter og 6316 normalt friske personer rapporterte Rees og medarbeidere (2014) at de 15 CNV-ene som var sterkest assosiert med schizofreni i forutgående studier, til sammen forekom 171 ganger i schizofrenigruppen (hos 2,5 % av pasientene) sammenliknet med 58 ganger i kontrollgruppen (0,9 %). I den hittil største

**Tabell 1.** De 10 mest signifikante SNP-ene i 2014-studien til «Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium»

Rangering	Kromosom	SNP	Allele*	Schizofreni (%)	Normalgruppe (%)	Oddsratio <sup>1</sup>
1	6	rs115329265	AG	86,4	85,0	1,21
2	1	rs1702294	TC	17,5	19,1	0,89
3	10	rs11191419	AT	33,7	36,0	0,91
4	12	rs2007044	AG	60,2	62,4	0,91
5	8	rs4129585	AC	44,7	42,4	1,08
6	4	rs35518360	AT	90,9	92,2	0,87
7	7	chr7_2025096	Innsetning	40,5	42,3	0,92
8	5	rs4391122	AG	50,5	53,2	0,92
9	12	rs2851447	CG	72,3	74,1	0,91
10	2	chr2_20082537	Innsetning	74,1	75,4	0,91

<sup>1</sup> Odds-ratio i discovery-utvalget, hentet fra Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium (2014), supplementær tabell 2, s. 22–25, se <http://www.nature.com/nature/journal/v511/n7510/extref/nature13595-s1.pdf>. \*A = Adenin, G = Guanin, T = Thymin, C = Cytosin.



studien, en metaanalyse med 21 094 pasienter og 20 227 normalt friske personer, fant forskerne CNV-er på åtte områder på DNA som forekom signifikant forskjellig mellom gruppene (Marshall et al., 2016). Disse åtte CNV-ene kunne forklare 0,85 % av tilbøyeligheten til schizofreni i utvalget. Hver av de impliserte CNV-ene forekom svært sjelden selv ved schizofreni.

### Endofenotyper

Fordi schizofrenidiagnosen er heterogen, kan det være at genetiske bidrag vil fremstå som tydeligere for underliggende endofenotyper – enkelt-symptomer og nevropsykologiske avvik. En rekke studier har undersøkt dette ved å ta utgangspunkt i enkeltstående, antatt viktige genvarianter. Ingen konsistente funn er imidlertid rapportert (Gurung & Prata, 2015). En utfordring for studier som tar utgangspunkt i enkeltstående genvarianter, er indikasjonen fra GWAS om at hver enkelt variant kun har en svært liten effekt. Farrel og medarbeidere (2015) estimerte at selv med 1000 pasienter og 1000 kontrollpersoner har slike studier en styrke på kun 0,03 %. Dette betyr at det vil være vanskelig å påvise sammenhenger for enkeltvarianter, med en overveldende fare for falske positive funn. Det har ikke forenklet denne utfordringen at slike studier ofte har tatt utgangspunkt i kandidatgener, en fremgangsmåte som hadde liten suksess (Greenwood et al., 2016; Yeo et al., 2014).

Fra rundt 2012 dreide derfor forskningen på endofenotyper mot å bruke PGRS slik disse er utledet fra GWAS. Dette gir mening også fordi sentrale endofenotyper som kognitive funksjoner har et uttalt polygenetisk grunnlag med små effekter for hver variant (Mark & Touloupoulou, 2016). Nedenfor oppsummeres funnene fra denne forskningen, og de er mer detaljert gjengitt i tabell 2, 3 og 4. I disse studiene har schizofreni-PGRS oftest vært basert på et stort antall (hundrevis eller flere

tusen) SNP-er som har vært nominelt (heller enn statistisk signifikant) knyttet til schizofreni i GWAS. Dette gjør PGRS til en usikker størrelse og dermed fremgangsmåten noe tentativ.

Studier som har undersøkt schizofreni-PGRS opp mot positive psykosesyntomer (hallusinasjoner og vrangforestillinger), har ikke identifisert de forventede sammenhengene hverken i pasientgrupper eller generelle befolkningsgrupper (tabell 2). Den største av disse studiene (Jones et al., 2016) fant snarere evidens for at ungdommer med høy PGRS hadde *mindre* psykosesyntomer enn andre ungdommer. Derimot er PGRS funnet å være noe knyttet til negative symptomer som apati, asosialitet og disorganisering, selv om sammenhengen er svært svak, med en forklart varians i disse studiene på mellom 0,7 % og 2,2 %.

En sentral kategori endofenotyper ved schizofreni er hjernestruktur. Særlig ses redusert størrelse på hippocampus, amygdala, thalamus, nucleus accumbens (dopaminsystemet) og store deler av prefrontal korteks i lidelsen (Fusar-Poli & Meyer-Lindenberg, 2016). Den største studien om PGRS og hjernestruktur ved schizofreni ble publisert i 2016, med 11 840 deltakere fra til sammen 35 land (Franke et al., 2016). Studien fant ingen sammenheng mellom

**Tabell 2.** Sammenheng mellom SNP-baserte polygenetiske risikoskårer og psykosesyntomer

Studie	Deltakere	Grunnlag for PGRS	Utfallsmål	Sammenheng med PGRS
Derks et al. 2012	314 SZ og 148 normalt friske	PGC-2011	Positive og negative psykose-symptomer, disorganisering, mani	Signifikante assosiasjoner, men skyldtes generelt høyere PGRS i SZ-gruppen. Ingen sammenheng innenfor hver gruppe
Fanou et al. 2012	2454 SZ	6715 fra PGC	Positive og negative psykose-symptomer, disorganisering (tankeforstyrrelser, bisarr atferd), humør	Signifikant assosiert med (kun) disorganiserte symptomer, $R^2 = 2,2\%$
Sieradzka et al. 2014	2152 normalt friske 16-åring	PGC-2011	Paranoia, hallusinasjoner, kognitiv disorganisering, grandiositet, anhedoni	Ingen sammenhenger
Zammit et al. 2014	3483 normalt friske ungdommer	(i) PGC-2011 og (ii) 17 signifikante SNP-er fra PGC 2011	Typiske psykoseopplevelser som hallusinasjoner, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser	Ingen sammenheng basert på (i). For (ii) <i>lavere</i> psykosesyntomer for de med høyest PGRS
Jones et al. 2016	9912 normalt friske ungdommer	PGC-2014	Positive symptomer (hallusinasjoner, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser) og negative symptomer (apati, anergi, asosialitet)	Trend for positive symptomer, signifikant sammenheng med negative symptomer – $R^2 = 0,7\%$

SZ = Schizofreni. PGRS = Polygenetisk risikoskåre for schizofreni utledet fra GWAS. PGC = Psychiatric genetic consortium. SNP = Single nucleotide polymorphism / enkelt nukleotidpolymorfisme.  $R^2$  = Nagelkerkes pseudo  $R^2$  (forklart varians)

PGRS og størrelsen på noe subkortikalt område, inklusive hippocampus, amygdala, nucleus accumbens og thalamus. Forfatterne konkluderte med at funnene ikke støttet hypotesen om at endringer i subkortikale hjerneområder ved schizofreni har å gjøre med genvariasjoner. Ingen konsistent sammenheng er heller funnet for PGRS med grove mål på totalt hjernevolum og hvit materie, og det er ikke observert noen sammenheng med total grå substans eller med tykkelsen på hjernebarken i frontal- og temporallappene (Oertel-Knochel et al., 2015; Terwisscha van Scheltinga, Bakker, van Haren, Derks, Buizer-Voskamp, Boos, et al., 2013; Voineskos et al., 2016)(tabell 3).

En liten håndfull studier har undersøkt om PGRS er knyttet til aktiveringsnivå i hjernen ved prestasjon på tester for arbeidshukommelse. Funnene er sprikende; PGRS er rapportert å være knyttet til både høyere og lavere aktiveringsnivå. Det er heller ikke rapportert noen sterk eller konsistent sammenheng mellom PGRS og ulike kognitive funksjoner (tabell 4).

### DISKUSJON

Mens genkandidatforskningen ikke gav noen konsistente funn, har den påfølgende og mer hypotesefrie forskningen indikert at en liten andel (3–7 %) av variasjonen i schizofreni i befolkningen kan bero på vanlig forekommende SNP-er på over hundre områder på DNA, der hver variant har en beskjeden sammenheng. I tillegg synes sjeldne CNV-er å være assosiert med rundt 1 % av variasjonen i schizofreni. Forskning på mer avgrensede endofenotyper har foreløpig gitt inkonsistente funn, med ingen eller kun små sammenhenger mellom PGRS og spesifikke psy-

kosesymptomer ( $R^2$  fra 0–2 %), nevrobiologisk struktur eller funksjon ( $R^2$  fra 0–2 %) og kognitiv funksjon ( $R^2$  fra 0–4 %).

Genforskere antar at ved ytterligere å øke antall deltakere i forskningen kan det identifiseres flere DNA-varianter med en assosiasjon til schizofreni, særlig SNP-er (Andreasen et al., 2013). Slike nye varianter vil ha en enda mer beskjeden sammenheng med lidelsen enn de som er indikert frem til nå. Samtidig, mens genforskningen i hovedsak har søkt etter uavhengige og additive effekter av ulike DNA-varianter, antas det at interaksjonen mellom ulike varianter også kan spille en rolle (epistase) (Wei, Hemani, & Haley, 2014). Den nyeste store GWAS fra psykiatrikonsortiet fant imidlertid ingen indikasjon på slike interaksjonseffekter (Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2014). Det er videre mulig at bidrag fra DNA-variasjon vil bli tydeliggjort når dette studeres innenfor et genetikk-miljø interaksjonsperspektiv (Daskalakis & Binder, 2015).

Genforskere antar som regel at en akkumulering av schizofreni-assosierte SNP-er kan fremme patologi, som illustrert ved at disse

**Tabell 3.** Sammenheng mellom SNP-baserte polygenetiske risikoscårer og hjernestruktur

Studie	Deltakere	Grunnlag for PGRS	Utfallsmål	Sammenheng med PGRS
Terwisscha van Scheltinga et al. 2013	152 SZ og 142 normalt friske	Deler av PGC-2011	Totalt volum på (i) hele hjernen, (ii) grå masse, (iii) hvit masse	Signifikant sammenheng med (mindre) totalt hjernevolum ( $R^2 = 4,8\%$ ) og totalt hvit masse ( $R^2 = 5,1\%$ )
Papiol et al. 2014	122 normalt friske	PGC-2011	Totalt volum på (i) hele hjernen, (ii) grå masse, (iii) hvit masse	Ingen sammenhenger
Van der Auwera et al. 2015	1470 normalt friske	PGC-2014	Totalt volum på (i) hele hjernen, (ii) grå masse, (iii) hvit masse og volum lokalt hvor som helst	Ingen sammenhenger
Voineskos et al. 2016	565 normalt friske	91 SNP-er fra PGC-2014	Tykkelse på frontal og temporal hjernebark, frontotemporal og interhemisfærisk diffusjon	Ingen sammenhenger
Oertel-Knochel 2015	94 SZ og normalt friske	7 SNP-er fra PGC 2011	Hvit materie	Sammenheng med hvit materie i hele gruppen, $R^2 = 4,4\%$ . Ingen korrelasjon innenfor SZ-gruppen
Liu et al. 2016	315 normalt friske	PGC-2014	Kortikal gyrifisering (grad av kortikal folding)	Sammenheng med gyrifisering i parietallappene, $R^2 = 1-2\%$
Franke et al. 2016	11 840 fra befolkningen	PGC-2014	Subkortikale områder inkl. hippocampus, amygdala, thalamus, nucleus accumbens	Ingen sammenhenger

SZ = Schizofreni. PGRS = Polygenetisk risikoscåre for schizofreni utledet fra GWAS. PGC = Psychiatric genetic consortium. SNP = Single nucleotide polymorphism / enkelt nukleotidpolymorfisme.  $R^2$  = Nagelkerkes pseudo  $R^2$

**Tabell 4.** Sammenheng mellom SNP-baserte polygenetiske risikoskårer, kognitiv funksjon og hjerneaktivering

Studie	Deltakere	Grunnlag for PGRS	Utfallsmål	Sammenheng med PGRS
<b>Hjerneaktivering ved kognitiv testing</b>				
Walton et al. 2013	77 SZ og 99 normalt friske	41 SNP-er fra PGC per februar 2010	Prefrontal aktivering v/ arbeids-hukommelsestest	Sammenheng med mer aktivering i venstre DLPFC. R <sup>2</sup> maks = 3,6 %
Walton et al. 2014	255 SZ	600 SNP-er fra 3322 pasienter	Prefrontal aktivering v/ arbeids-hukommelsestest	Signifikant assosiasjon (mindre aktivering) i venstre DLPFC og ventrolaterale PFC. Maks R <sup>2</sup> = 4,3 %
Kauppi et al. 2015	63 SZ og 118 normalt friske	PGC-2014	Prefrontal aktivering v/ arbeids-hukommelsestest	Assosiert med mindre aktivering i øvre PFC og inferior frontal gyrus. R <sup>2</sup> = 2,8-3,5 %
<b>Kognitiv funksjon</b>				
McIntosh 2013	1454 normalt friske	PGC-2011	IQ/ kognitiv evne ved alder 70 og endring i IQ fra 11 år til 70 år	Assosiert med begge utfallsmålene, R <sup>2</sup> = 0,3-0,9%
Terwisscha van Scheltinga et al. 2013	350 SZ og 322 normalt friske	Deler av PGC-2011	Intelligens (WAIS)	Assosiert med gruppe, men ikke med intelligens v/ kontroll for gruppe
Yeo et al. 2014	50 SZ og 86 normalt friske	41 SNP-er fra PGC per februar 2010	Eksekutivfunksjon: planlegging, flyt og inhibisjon	Ingen sammenheng
Lencz et al. 2014	~5000 normalt friske	PGC-2011	Generell kognitiv evne	Signifikant sammenheng, R <sup>2</sup> < 2 %
Hatzimanolis et al. 2015	1079 normalt friske menn	PGC-2014	11 kognitive funksjoner inklusive arbeidshukommelse, vedvarende oppmerksomhet og ikke-verbal IQ (WAIS)	Ingen sammenheng som nådde adekvat signifikansnivå
Liebers et al. 2016	8618 normalt friske eldre	PGC-2014	Korte/enkle tester av verbal korttidsminne, oppmerksomhet og språk	Signifikant sammenheng med oppmerksomhet (R <sup>2</sup> = 0,08 %) og verbalt korttidsminne (R <sup>2</sup> = 0,02 %)
Hubbard et al. 2016	> 5000 normalt friske barn, 8 år	PGC-2014	IQ, oppmerksomhet, prosesseringshastighet, arbeidshukommelse, problemløsning, sosial kognisjon	Signifikant sammenheng med IQ (R <sup>2</sup> = 0,19 %), men ikke med andre kognitive mål
Lancaster et al. 2016	100 normalt friske	PGC-2014	Fem betingelser for belønningsbasert probabilistisk beslutningstaking	Sammenheng for én av fem testbetingelser med lavere aktivering i høyre frontallapp (p=0,048) og venstre ventrale striatum (p=0,036). R <sup>2</sup> ikke oppgitt

SZ = Schizofreni. PGRS = Polygenetisk risikoskåre for schizofreni utledet fra GWAS. PGC = Psychiatric genetic consortium. SNP = Single nucleotide polymorphism/ enkelt nukleotidpolymorfisme. R<sup>2</sup> = Nagelkerkes pseudo R<sup>2</sup>

gjerne betegnes som «sykdomsgener». Foreløpig er det ikke empirisk støtte til en slik forståelse, der en alternativ mulighet er at akkumulering av schizofreni-assosierte strukturvarianter snarere bidrar til variasjon i ulike trekk som faller innenfor normalområdet. Dette kan være forenlig med rapporterte sammenhenger mellom schizofreni-PGRS og det å ha et kreativt yrke, personlighetstrekk og variasjon i høyde

(Bacanu, Chen, & Kendler, 2013; Gale et al., 2016; Power et al., 2015), selv om også disse sammenhengene er marginale.

CNV-ene som er statistisk assosiert med schizofreni, forekommer oftere også ved andre lidelser, som ADHD, bipolar lidelse, autisme, epilepsi, hjertelidelser, autoimmune lidelser og kreft (Malhotra & Sebat, 2012; Rees et al., 2014). I tillegg er de assosiert med abnormale ansiktstrekk, overvekt, lav høyde og vansker med motorisk koordinasjon og språklig artikulering (Bassett et al., 1998; Inoue, Natsuyama, & Miyaoka, 2014; Mulle et al., 2013) og med svekket IQ og kognitiv funksjon (Stefansson et al., 2014). CNV-en



Stress-basert mutagenese kan være en viktig adaptiv prosess og en evolusjonsbasert respons for raskt å tilpasse seg endringer i miljøet

som er sterkest assosiert med schizofreni, kalt «22q11.2 delesjonssyndrom», er også identifisert ved over 180 andre kliniske vansker som omfatter så godt som alle organer og systemer i kroppen (Jonas, Montojo, & Bearden, 2014; Shprintzen, 2008). Disse andre kliniske vanskene knyttet til 22q11.2, og også de som er knyttet til andre schizofreni-assosierte CNV-er, fører ofte til psykososiale vansker, som vedvarende sosial eksklusjon, nederlagsfølelser og institusjonsbehandling (se Plaks et al., 2010). Generelle belastninger, psykososiale vansker og stress kan gjøre at disse CNV-ene er assosiert med schizofreni.

Annen forskning kan tas til inntekt for begrensninger i hvilke sammenhenger som kan avdekkes mellom variasjoner i DNA-strukturen og schizofreni. Sentralt i dette er at DNA gjør lite (transkriberer proteiner) alene, sett isolert fra de cellulære omgivelsene. Gentranskripsjonen reguleres av en rekke prosesser i cellen, som formen på (foldingen av) proteiner, mobile reseptorer (f.eks. glukokortikoidreseptoren) og epigenetiske prosesser som cytosinbasemetylering og histonmodifiseringer. De genregulerende prosessene er høyst sensitive for ekstracellulær påvirkning, herunder stress i miljøet (Kundakovic & Champagne, 2015; McEwen et al., 2015; Weaver, 2009). I tråd med dette er det vel-dokumentert at schizofreni er knyttet til en forhøyet forekomst av stress, særlig relasjonsstress. En metaanalyse indikerte at mellom 16 og 47 % (snitt 33 %) av schizofreni i befolkningen kan forklares med vanlige former for psykososialt stress i oppveksten; seksuelt, fysisk og emosjonelt overgrep, neglisjering, mobbing og død hos foreldrene (Varese et al., 2012). Befolkningsstudier har indikert sterke dose-respons-sammenhenger, der de høyeste stress-dosene er knyttet til opp mot 190 ganger økt forekomst av psykosesyntomer (Shevlin, Dorahy, & Adamson, 2007). Enkeltstudier indikerer at også andre former for miljøerfaringer er knyttet til psykoser, som prenatalt stress, fattigdom, å vokse opp i en by, å være vitne til vold mellom foreldrene, dysfunksjonelt foreldreskap – særlig emosjonsfattig overkontroll, diskriminering og rasisme, migrasjon, krigstraumer og cannabismisbruk i oppveksten (for referanser, se Read, Bentall, & Fosse, 2009). I motsetning til genetikk tilsier evidensen som nå foreligger, at miljøerfaringer spiller en betydelig rolle for utviklingen av schizofreni.

De begrensede sammenhengene som er identifisert mellom schizofreni-PGRS og nevrobiolo-

giske fenotyper, står i kontrast til at flere sentrale strukturelle endringer i hjernen ved schizofreni sammenfaller med de som ses etter alvorlig relasjonsstress i oppveksten. Disse likhetene inkluderer redusert størrelse på hippocampus, amygdala, insula og den fremre hjernebarken, herunder tap av dendritter på pyramidecellene og redusert antall og aktivitet i internevroner som inneholder parvalbumin, samt redusert utslipp av dopamin i prefrontal korteks kombinert med økte dopaminnivåer i striatum (se Read, Fosse, Moskowitz, & Perry, 2014 for en oversikt). Disse likhetene setter spørsmålsteget ved om genetikk behøves for å forklare sentrale nevrobiologiske endringer ved schizofreni.

Det er i tillegg et åpent og lite undersøkt spørsmål om noen av de indikerte, små assosiasjonene mellom DNA-variasjoner og schizofreni reflekterer stressinduserte mutasjoner. For eksempel, mens CNV *de novo*-mutasjoner forekommer noe hyppigere ved schizofreni (Malhotra et al., 2011), er slike mutasjoner indikert å følge av cellulært stress, så som oksidativt stress som gjerne ses etter psykososialt stress (Fonville, Ward, & Mittelman, 2011; Maharjan & Ferenci, 2015; Melis et al., 2013). Stress-basert mutagenese kan være en viktig adaptiv prosess og en evolusjonsbasert respons for raskt å tilpasse seg endringer i miljøet (Galhardo, Hastings, & Rosenberg, 2007; Rosenberg, Shee, Frisch, & Hastings, 2012). En kan forvente å finne økte CNV-rater i grupper som har erfart mye stress, som personer med schizofrenidiagnose. Miljøerfaringer kan bidra også til andre typer mutasjoner, som punktmutasjon av cytosinbaser og dermed SNP-er (Pfeifer, 2006). Det gjenstår imidlertid å forske på sammenhenger mellom stresseksposering i oppveksten og mutagenese ved psykiske lidelser.

#### KONKLUSJON

Genforskningen har indikert at en rekke DNA-varianter spredt utover kromosomene er statistisk assosiert med schizofreni. Den forklarte variansen er imidlertid beskjeden, og det gjenstår å identifisere betydelige sammenhenger. Det er ingen uenighet om at de små sammenhengene som er indikert, mangler praktisk betydning for forebygging og behandling. Det er uklart om videre genforskning vil endre på dette, selv om ytterligere større deltakergrupper kan forventes å identifisere flere SNP-er og gi en noe økt forklart varians. ✘

## REFERANSER

- Andreassen, O. A., Djurovic, S., Thompson, W. K., Schork, A. J., Kendler, K. S., O'Donovan, M. C., ... Dale, A. M. (2013). Improved detection of common variants associated with schizophrenia by leveraging pleiotropy with cardiovascular-disease risk factors. *Am J Hum Genet*, 92(2), 197–209. doi: 10.1016/j.ajhg.2013.01.001
- Bacanu, S. A., Chen, X., & Kendler, K. S. (2013). The genetic overlap between schizophrenia and height. *Schizophr Res*, 151(1–3), 226–228. doi: 10.1016/j.schres.2013.10.016
- Barøy, T., Misceo, D., & Frengen, E. (2008). Strukturell variasjon i genomet bidrar til variasjon i egenskaper. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 128(17), 1951–1955.
- Bassett, A. S., Hodgkinson, K., Chow, E. W., Correia, S., Scutt, L. E., & Weksberg, R. (1998). 22q11 deletion syndrome in adults with schizophrenia. *Am J Med Genet*, 81(4), 328.
- Bleuler, M., & Bleuler, R. (1986). Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien: Eugen Bleuler. *Br J Psychiatry*, 149, 661–662.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychol Bull*, 112(1), 155–159.
- Daskalakis, N. P., & Binder, E. B. (2015). Schizophrenia in the spectrum of gene-stress interactions: the FKBP5 example. *Schizophr Bull*, 41(2), 323–329. doi: 10.1093/schbul/sbu189
- Derks, E. M., Vorstman, J. A. R., Ripke, S., Kahn, R. S., Schizophrenia Psychiatric Genomic, C., & Ophoff, R. A. (2012). Investigation of the genetic association between quantitative measures of psychosis and schizophrenia: a polygenic risk score analysis. *PLoS One*, 7(6), e37852. doi: 10.1371/journal.pone.0037852
- Fanous, A. H., Zhou, B., Aggen, S. H., Bergen, S. E., Amdur, R. L., Duan, J., ... Schizophrenia Psychiatric Genome-Wide Association Study, C. (2012). Genome-wide association study of clinical dimensions of schizophrenia: polygenic effect on disorganized symptoms. *Am J Psychiatry*, 169(12), 1309–1317. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12020218
- Farrell, M. S., Werge, T., Sklar, P., Owen, M. J., Ophoff, R. A., O'Donovan, M. C., ... Sullivan, P. F. (2015). Evaluating historical candidate genes for schizophrenia. *Mol Psychiatry*, 20(5), 555–562. doi: 10.1038/mp.2015.16
- Fisher, R. (1918). The Correlation between Relatives on the Supposition of Mendelian Inheritance. *Philosophical Transactions of the Royal Society of Edinburgh*, 52, 399–433.
- Fonville, N. C., Ward, R. M., & Mittelman, D. (2011). Stress-induced modulators of repeat instability and genome evolution. *J Mol Microbiol Biotechnol*, 21(1–2), 36–44. doi: 10.1159/000332748
- Fosse, R. (2013). Psykoseforståelse: et kritisk blikk på tvillingstudier. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50, 1089–1095.
- Fosse, R., Joseph, J., & Richardson, K. (2015). A critical assessment of the equal-environment assumption of the twin method for schizophrenia. *Front Psychiatry*, 6, 62. doi: 10.3389/fpsy.2015.00062
- Franke, B., Stein, J. L., Ripke, S., Anttila, V., Hibar, D. P., van Hulzen, K. J., ... Sullivan, P. F. (2016). Genetic influences on schizophrenia and subcortical brain volumes: large-scale proof of concept. *Nat Neurosci*, 19(3), 420–431. doi: 10.1038/nn.4228
- Fusar-Poli, P., & Meyer-Lindenberg, A. (2016). Forty years of structural imaging in psychosis: promises and truth. *Acta Psychiatr Scand*, 134(3), 207–224. doi: 10.1111/acps.12619
- Gale, C. R., Hagenaars, S. P., Davies, G., Hill, W. D., Liewald, D. C., Cullen, B., ... Harris, S. E. (2016). Pleiotropy between neuroticism and physical and mental health: findings from 108 038 men and women in UK Biobank. *Transl Psychiatry*, 6, e791. doi: 10.1038/tp.2016.56
- Galhardo, R. S., Hastings, P. J., & Rosenberg, S. M. (2007). Mutation as a stress response and the regulation of evolvability. *Crit Rev Biochem Mol Biol*, 42(5), 399–435. doi: 10.1080/10409230701648502
- Gottesman, I., & Shields, J. (1967). A polygenic theory of schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci USA*, 58(1), 199–205.
- Gottesman, I. (1991). *Schizophrenia Genesis*. New York: W.H. Freeman.
- Greenwood, T. A., Lazzeroni, L. C., Calkins, M. E., Freedman, R., Green, M. F., Gur, R. E., ... Braff, D. L. (2016). Genetic assessment of additional endophenotypes from the Consortium on the Genetics of Schizophrenia Family Study. *Schizophr Res*, 170(1), 30–40. doi: 10.1016/j.schres.2015.11.008
- Gurung, R., & Prata, D. P. (2015). What is the impact of genome-wide supported risk variants for schizophrenia and bipolar disorder on brain structure and function? A systematic review. *Psychol Med*, 45(12), 2461–2480. doi: 10.1017/S0033291715000537
- Hatzimanolis, A., Bhatnagar, P., Moes, A., Wang, R., Roussos, P., Bitsios, P., ... Avramopoulos, D. (2015). Common genetic variation and schizophrenia polygenic risk influence neurocognitive performance in young adulthood. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 168B(5), 392–401. doi: 10.1002/ajmg.b.32323
- Hubbard, L., Tansey, K. E., Rai, D., Jones, P., Ripke, S., Chambert, K. D., ... Zammit, S. (2016). Evidence of Common Genetic Overlap Between Schizophrenia and Cognition. *Schizophr Bull*, 42(3), 832–842. doi: 10.1093/schbul/sbv168
- Inoue, K., Natsuyama, T., & Miyaoka, H. (2014). Case report of schizophrenia in adolescent with Russell–Silver syndrome. *Psychiatry Clin Neurosci*, 68(7), 582–582. doi: 10.1111/pcn.12169
- Insel, T. R., & Cuthbert, B. N. (2009). Endophenotypes: bridging genomic complexity and disorder heterogeneity. *Biol Psychiatry*, 66(11), 988–989. doi: 10.1016/j.biopsych.2009.10.008
- International Schizophrenia Consortium. (2009). Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature*, 460(7256), 748–752. doi: 10.1038/nature08185
- Jonas, R. K., Montojo, C. A., & Bearden, C. E. (2014). The 22q11.2 Deletion Syndrome as a Window into Complex Neuropsychiatric Disorders Over the Lifespan. *Biol Psychiatry*, 75(5), 351–360. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.07.019
- Jones, H. J., Stergiakouli, E., Tansey, K. E., Hubbard, L., Heron, J., Cannon, M., ... Zammit, S. (2016). Phenotypic Manifestation of Genetic Risk for Schizophrenia During Adolescence in the General Population. *JAMA Psychiatry*, 73(3), 221–228. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2015.3058
- Joseph, J. (2006). *The missing gene: psychiatry, heredity, and the fruitless search for genes*. New York: Algora.
- Joseph, J. (2015). *The trouble with twin studies: A reassessment of twin research in the social and behavioral sciences*. New York: Routledge.

- Kauppi, K., Westlye, L. T., Tesli, M., Bettella, F., Brandt, C. L., Mattingsdal, M., ... Andreassen, O. A. (2015). Polygenic risk for schizophrenia associated with working memory-related prefrontal brain activation in patients with schizophrenia and healthy controls. *Schizophr Bull*, 41(3), 736–743. doi: 10.1093/schbul/sbu152
- Kendler, K. S., & O'Donovan, M. C. (2014). A breakthrough in schizophrenia genetics. *JAMA Psychiatry*, 71(12), 1319–1320. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1776
- Kundakov, M., & Champagne, F. A. (2015). Early-life experience, epigenetics, and the developing brain. *Neuropsychopharmacology*, 40(1), 141–153. doi: 10.1038/npp.2014.140
- Lancaster, T. M., Ihssen, N., Brindley, L. M., Tansey, K. E., Mantripragada, K., O'Donovan, M. C., ... Linden, D. E. (2016). Associations between polygenic risk for schizophrenia and brain function during probabilistic learning in healthy individuals. *Hum Brain Mapp*, 37(2), 491–500. doi: 10.1002/hbm.23044
- Lenz, T., Knowles, E., Davies, G., Guha, S., Liewald, D. C., Starr, J. M., ... Malhotra, A. K. (2014). Molecular genetic evidence for overlap between general cognitive ability and risk for schizophrenia: a report from the Cognitive Genomics Consortium (COGENT). *Mol Psychiatry*, 19(2), 168–174. doi: 10.1038/mp.2013.166
- Lewontin, R. C., Rose, S., & Kamin, L. J. (1984). *Not in our genes: Biology, ideology and human nature*. New York: Pantheon.
- Liebers, D. T., Pirooznia, M., Seiffudin, F., Musliner, K. L., Zandi, P. P., & Goes, F. S. (2016). Polygenic Risk of Schizophrenia and Cognition in a Population-Based Survey of Older Adults. *Schizophr Bull*, 42(4), 984–991. doi: 10.1093/schbul/sbw001
- Liu, B., Zhang, X., Cui, Y., Qin, W., Tao, Y., Li, J., ... Jiang, T. (2016). Polygenic Risk for Schizophrenia Influences Cortical Gyrfication in 2 Independent General Populations. *Schizophr Bull*. doi: 10.1093/schbul/sbw051
- Maharjan, R., & Ferenci, T. (2015). Mutational signatures indicative of environmental stress in bacteria. *Mol Biol Evol*, 32(2), 380–391. doi: 10.1093/molbev/msu306
- Malhotra, D., McCarthy, S., Michaelson, J. J., Vacic, V., Burdick, K. E., Yoon, S., ... Sebat, J. (2011). High frequencies of de novo CNVs in bipolar disorder and schizophrenia. *Neuron*, 72(6), 951–963. doi: 10.1016/j.neuron.2011.11.007
- Malhotra, D., & Sebat, J. (2012). CNVs: harbingers of a rare variant revolution in psychiatric genetics. *Cell*, 148(6), 1223–1241. doi: 10.1016/j.cell.2012.02.039
- Mark, W., & Touloupoulou, T. (2016). Cognitive intermediate phenotype and genetic risk for psychosis. *Curr Opin Neurobiol*, 36, 23–30. doi: 10.1016/j.conb.2015.08.008
- Marshall, C., Howrigan, D., Merico, D., Thiruvahindrapuram, B., Wu, W., Greer, D., ... Sebat, J. (2016). A contribution of novel CNVs to schizophrenia from a genome-wide study of 41,321 subjects. *bioRxiv*. doi: 10.1101/040493
- McEwen, B. S., Bowles, N. P., Gray, J. D., Hill, M. N., Hunter, R. G., Karatsoreos, I. N., & Nasca, C. (2015). Mechanisms of stress in the brain. *Nat Neurosci*, 18(10), 1353–1363. doi: 10.1038/nn.4086
- McIntosh, A. M., Gow, A., Luciano, M., Davies, G., Liewald, D. C., Harris, S. E., ... Deary, I. J. (2013). Polygenic risk for schizophrenia is associated with cognitive change between childhood and old age. *Biol Psychiatry*, 73(10), 938–943. doi: 10.1016/j.biopsych.2013.01.011
- Melis, J. P., Kuiper, R. V., Zwart, E., Robinson, J., Pennings, J. L., van Oostrom, C. T., ... van Steeg, H. (2013). Slow accumulation of mutations in Xpc<sup>-/-</sup> mice upon induction of oxidative stress. *DNA Repair (Amst)*, 12(12), 1081–1086. doi: 10.1016/j.dnarep.2013.08.019
- Mulle, J. G., Pulver, A. E., McGrath, J. A., Wolyniec, P. S., Dodd, A. F., Cutler, D. J., ... Conrad, D. F. (2013). Reciprocal Duplication of the Williams-Beuren Syndrome Deletion on Chromosome 7q11.23 Is Associated with Schizophrenia. *Biol Psychiatry*.
- Oertel-Knochel, V., Lancaster, T. M., Knochel, C., Stablein, M., Storchak, H., Reinke, B., ... Linden, D. E. (2015). Schizophrenia risk variants modulate white matter volume across the psychosis spectrum: evidence from two independent cohorts. *Neuroimage Clin*, 7, 764–770. doi: 10.1016/j.nicl.2015.03.005
- Papiol, S., Mitjans, M., Assogna, F., Piras, F., Hammer, C., Caltagirone, C., ... Spalletta, G. (2014). Polygenic determinants of white matter volume derived from GWAS lack reproducibility in a replicate sample. *Transl Psychiatry*, 4, e362. doi: 10.1038/tp.2013.126
- Pfeifer, G. P. (2006). Mutagenesis at methylated CpG sequences. *Curr Top Microbiol Immunol*, 301, 259–281.
- Plaks, M., Argaman, R., Stawski, M., Qwiat, T., Polak, D., & Gothelf, D. (2010). Social-sexual education in adolescents with behavioral neurogenetic syndromes. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 47(2), 118–124.
- Power, R. A., Steinberg, S., Bjornsdottir, G., Rietveld, C. A., Abdellaoui, A., Nivard, M. M., ... Stefansson, K. (2015). Polygenic risk scores for schizophrenia and bipolar disorder predict creativity. *Nat Neurosci*, 18(7), 953–955. doi: 10.1038/nn.4040
- Read, J., Bentall, R. P., & Fosse, R. (2009). Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: Exploring the epigenetic and psychological mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 18(4), 299–310.
- Read, J., Fosse, R., Moskowitz, A., & Perry, B. D. (2014). The traumagenic neurodevelopmental model of psychosis revisited. *Neuropsychiatry*, 4(1), 65–79.
- Rees, E., Walters, J. T. R., Georgieva, L., Isles, A. R., Chambert, K. D., Richards, A. L., ... Kirov, G. (2014). Analysis of copy number variations at 15 schizophrenia-associated loci. *The British Journal of Psychiatry*, 204(2), 108–114.
- Rosenberg, S. M., Shee, C., Frisch, R. L., & Hastings, P. J. (2012). Stress-induced mutation via DNA breaks in *Escherichia coli*: a molecular mechanism with implications for evolution and medicine. *Bioessays*, 34(10), 885–892. doi: 10.1002/bies.201200050
- Sanders, A. R., Duan, J., Levinson, D. F., Shi, J., He, D., Hou, C., ... Gejman, P. V. (2008). No significant association of 14 candidate genes with schizophrenia in a large European ancestry sample: implications for psychiatric genetics. *Am J Psychiatry*, 165(4), 497–506. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07101573
- Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomic Consortium. (2011). Genome-wide association study identifies five new schizophrenia loci. *Nat Genet*, 43(10), 969–976. doi: 10.1038/ng.940

- Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium. (2014). Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature*, *511*(7510), 421–427. doi: 10.1038/nature13595
- Shevlin, M., Dorahy, M., & Adamson, G. (2007). Childhood traumas and hallucinations: an analysis of the National Comorbidity Survey. *J Psychiatr Res*, *41*(3–4), 222–228. doi: 10.1016/j.jpsychires.2006.03.004
- Shprintzen, R. J. (2008). Velo-cardio-facial syndrome: 30 Years of study. *Dev Disabil Res Rev*, *14*(1), 3–10.
- Sieradzka, D., Power, R. A., Freeman, D., Cardno, A. G., McGuire, P., Plomin, R., ... Ronald, A. (2014). Are genetic risk factors for psychosis also associated with dimension-specific psychotic experiences in adolescence? *PLoS One*, *9*(4), e94398. doi: 10.1371/journal.pone.0094398
- Stankiewicz, P., & Lupski, J. R. (2010). Structural variation in the human genome and its role in disease. *Annu Rev Med*, *61*, 437–455. doi: 10.1146/annurev-med-100708-204735
- Stefansson, H., Meyer-Lindenberg, A., Steinberg, S., Magnusdottir, B., Morgen, K., Arnarsdottir, S., ... Stefansson, K. (2014). CNVs conferring risk of autism or schizophrenia affect cognition in controls. *Nature*, *505*(7483), 361–366. doi: 10.1038/nature12818
- Stefansson, H., Ophoff, R. A., Steinberg, S., Andreassen, O. A., Cichon, S., Rujescu, D., ... Collier, D. A. (2009). Common variants conferring risk of schizophrenia. *Nature*, *460*(7256), 744–747. doi: 10.1038/nature08186
- Sullivan, P. F., Kendler, K. S., & Neale, M. C. (2003). Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. *Arch Gen Psychiatry*, *60*(12), 1187–1192. doi: 10.1001/archpsyc.60.12.1187
- Terwisscha van Scheltinga, A. F., Bakker, S. C., van Haren, N. E., Derks, E. M., Buizer-Voskamp, J. E., Boos, H. B., ... Psychiatric Genome-wide Association Study, C. (2013). Genetic schizophrenia risk variants jointly modulate total brain and white matter volume. *Biol Psychiatry*, *73*(6), 525–531. doi: 10.1016/j.biopsych.2012.08.017
- Terwisscha van Scheltinga, A. F., Bakker, S. C., van Haren, N. E., Derks, E. M., Buizer-Voskamp, J. E., Cahn, W., ... Kahn, R. S. (2013). Schizophrenia genetic variants are not associated with intelligence. *Psychol Med*, *43*(12), 2563–2570. doi: 10.1017/S0033291713000196
- Van der Auwera, S., Wittfeld, K., Homuth, G., Teumer, A., Hegenscheid, K., & Grabe, H. J. (2015). No association between polygenic risk for schizophrenia and brain volume in the general population. *Biol Psychiatry*, *78*(11), e41–42. doi: 10.1016/j.biopsych.2015.02.038
- Varese, F., Smeets, F., Drukker, M., Lieverse, R., Lataster, T., Viechtbauer, W., ... Bental, R. P. (2012). Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull*, *38*(4), 661–671. doi: 10.1093/schbul/sbs050
- Voineskos, A. N., Felsky, D., Wheeler, A. L., Rotenberg, D. J., Levesque, M., Patel, S., ... Malhotra, A. K. (2016). Limited Evidence for Association of Genome-Wide Schizophrenia Risk Variants on Cortical Neuroimaging Phenotypes. *Schizophr Bull*, *42*(4), 1027–1036. doi: 10.1093/schbul/sbv180
- Walton, E., Hass, J., Liu, J., Roffman, J. L., Bernardoni, F., Roessner, V., ... Ehrlich, S. (2016). Correspondence of DNA Methylation Between Blood and Brain Tissue and Its Application to Schizophrenia Research. *Schizophr Bull*, *42*(2), 406–414. doi: 10.1093/schbul/sbv074
- Walton, E., Turner, J., Gollub, R. L., Mannoach, D. S., Yendiki, A., Ho, B. C., ... Ehrlich, S. (2013). Cumulative genetic risk and prefrontal activity in patients with schizophrenia. *Schizophr Bull*, *39*(3), 703–711. doi: 10.1093/schbul/sbr190
- Weaver, I. C. (2009). Shaping adult phenotypes through early life environments. *Birth Defects Res C Embryo Today*, *87*(4), 314–326. doi: 10.1002/bdrc.20164
- Wei, W. H., Hemani, G., & Haley, C. S. (2014). Detecting epistasis in human complex traits. *Nat Rev Genet*, *15*(11), 722–733. doi: 10.1038/nrg3747
- Wray, N. R., Lee, S. H., Mehta, D., Vinkhuyzen, A. A., Dudbridge, F., & Middeldorp, C. M. (2014). Research review: Polygenic methods and their application to psychiatric traits. *J Child Psychol Psychiatry*, *55*(10), 1068–1087. doi: 10.1111/jcpp.12295
- Yeo, R. A., Gangestad, S. W., Walton, E., Ehrlich, S., Pommy, J., Turner, J. A., ... Calhoun, V. D. (2014). Genetic influences on cognitive endophenotypes in schizophrenia. *Schizophr Res*, *156*(1), 71–75. doi: 10.1016/j.schres.2014.03.022
- Zammit, S., Hamsphere, M., Dwyer, S., Georgiva, L., Timpson, N., Moskvina, V., ... O'Donovan, M. C. (2014). A population-based study of genetic variation and psychotic experiences in adolescents. *Schizophr Bull*, *40*(6), 1254–1262. doi: 10.1093/schbul/sbt146

**SUNN ATFERD** Målet med atferdsaktivering er å øke forekomsten av sunne atferdsmønstre. Aktiviteter må være i tråd med pasientens egne verdier og mål, skriver Martin Myhre.



FOTO: SHUTTERSTOCK

## FAGLIG INNSPILL

# Atferdsaktivering for depresjon

Atferdsaktivering kan være vel så effektivt for depresjon som andre mer tidkrevende behandlingsformer.

## TEKST

Martin Myhre, Psykiatrisk klinikk, Lovisenberg Diakonale Sykehus og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo\*

**KONTAKT** [m.o.myhre@medisin.uio.no](mailto:m.o.myhre@medisin.uio.no)



**D**epresjon er en hyppig forekommende og kostbar psykisk lidelse som har store konsekvenser for individ og på samfunnsnivå (Luppa, Heinrich, Angermeyer, König, & Riedel-Heller, 2007; Murray & Lopez, 1997). Blant annet trengs enkle, empirisk støttede og kostnadseffektive psykologiske behandlinger av depresjon som kan spres og implementeres bredt. Atferdsaktivering er en samlebetegnelse på atferdsorienterte behandlinger av depresjon. I tilnærmingen fokuserer man på interaksjoner mellom atferd og omgivelsene uten fokus på medierende prosesser, som kognitive skjema eller grunnantagelser. Atferdsbegrepet omfatter her alt et menneske gjør; både observerbar og uobserverbar atferd, som tenking og føling.

Atferdsaktivering er en del av den tredje generasjonen atferdsterapier, sammen med blant annet aksept- og forpliktelsesterapi (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) og dialektisk atferdsterapi (DBT; Linehan, 1993). Tredje generasjon atferdsterapi er en samlebetegnelse på atferdsorienterte behandlinger med et fokus på oppmerksom tilstedeværelse og aksept. Behandlingstilnærmingen har fått økt interesse i Norge, men atferdsaktivering har hittil mottatt relativt liten oppmerksomhet. En årsak kan være at det ikke eksisterer etablerte kliniske eller forskningsrettede fagmiljøer i Norge med fokus på atferdsaktivering.

Det sentrale målet med behandlingen er å øke forekomsten av adaptive atferdsmønstre på bekostning av atferdsmønstre som opprettholder eller øker risikoen for depresjon (Dimidjian, Barrera, Martell, Munoz, & Lewinsohn, 2011). Problemer med begrenset tilgang til forsterkning eller atferd under aversiv kontroll vil løses gjennom bruk av intervensjonene beskrevet under. Metaanalyser har indikert at atferdsaktivering er effektiv for behandling av depresjon (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007). Målet med artikkelen er å gi en praktisk introduksjon til hovedkomponentene i atferdsaktivering for depresjon.

## BAKGRUNN OG HISTORIE

Atferdsaktivering har sitt opphav i atferdsorienterte tilnærminger på 70-tallet (Ferster, 1973; Lewinsohn & Graf, 1973). Lewinsohn, Sullivan og Grosscup (1980) utviklet en atferdsorientert behandlingsform der de blant annet fokuserte på kartlegging av fornøyelige («pleasant») aktiviteter og ferdighetstrening. Senere ble atferdsaktivering inkludert som en komponent i Becks kognitive terapi for depresjon, sammen med kognitiv restrukturering og endring av grunnleggende skjema (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Atferdsaktivering fortsatte som en komponent i kognitiv terapi for depresjon, men interessen for behandlingsformer kun basert på atferdsaktivering, var i lang tid redusert.

Interessen for atferdsaktivering gjenoppsto da Jacobson og kollegaer (1996) gjennomførte en komponentanalyse av kognitiv terapi for depresjon (N = 150). De fant at atferdsaktivering alene var like effektivt som kognitiv terapi for depresjon. De tre betingelsene I) atferdsaktivering, II) atferdsaktivering og kognitiv restrukturering og III) atferdsaktivering, kognitiv restrukturering og endring av grunnleggende skjema ble sammenlignet. Forskerne fant ingen signifikante forskjeller mellom komponentene verken rett etter behandling eller ved seks måneders oppfølging. Resultatene gjorde at interessen for rene atferdsorienterte behandlinger av depresjon gjenoppsto, og førte til utvikling av den distinkte behandlingsformen *atferdsaktivering* (Martell, Addis, & Jacobson, 2001).



Atferdsaktivering er en del av den tredje generasjonen atferdsterapier, sammen med blant annet aksept- og forpliktelsesterapi og dialektisk atferdsterapi



Dimidjian og kolleger (2006) fant at atferdsaktivering var like effektivt for behandling av alvorlig depresjon som antidepressivet *Paroxetine* i en randomisert kontrollert undersøkelse ( $N = 241$ ). Effektstørrelsene var sterke ( $d = 0,87$  og  $d = 0,96$ ) for både atferdsaktivering og *Paroxetine* sammenlignet med kognitiv terapi, men det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom atferdsaktivering og *Paroxetine*. Atferdsaktivering hadde en lavere frafallsrate og høyere remisjonsrater enn den medikamentelle behandlingen.

For å undersøke kostnadseffektiviteten til atferdsaktivering gjennomførte Richards og kolleger (2016) en randomisert kontrollert undersøkelse ( $N = 440$ ) som sammenlignet atferdsaktivering med kognitiv terapi for behandling av depresjon. I studien ble atferdsaktivering gjennomført av psykisk helsearbeidere, og kognitiv terapi av profesjonelle terapeuter med spesialutdanning i kognitiv terapi. De fant at atferdsaktivering og kognitiv terapi var jevnbyrdige med tanke på effektivitet også når terapeutene som utførte det, hadde ulikt kompetansenivå. At atferdsaktivering kunne gjennomføres av psykisk helsearbeidere, gjorde atferdsaktivering mer kostnadseffektiv enn kognitiv terapi.

#### ATFERDSAKTIVERING FOR DEPRESJON

I dag eksisterer atferdsaktivering i to lignende, men distinkte former: *Behavioral Activation* (BA) (Martell et al., 2001; Martell, Dimidjian, & Herman-Dunn, 2010) og *Brief Behavioral Activation Treatment for Depression* (BATD) (Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters, & Pagoto, 2011; Lejuez, Hopko, & Hopko, 2001). Hovedforskjellene mellom behandlingsformene er i hovedsak grad av struktur og hvilke intervensjoner som vektlegges, der BA er relativt ustrukturert og teoridrevet, mens BATD er strukturert og protokoll-drevet. Begge tilnærmingene deler tre kjernekomponenter: selvsobservasjon av aktiviteter, kartlegging av verdier og mål og planlegging av aktiviteter (Kanter et al., 2010). Komponentene introduseres her kort med eksempler.

#### Teoretisk utgangspunkt og behandlingsrasjonale

Utgangspunktet for behandlingen er at endring av atferd brukes for å endre korresponderende tanker og følelser. Som tidligere nevnt, omfat-

ter atferdsbegrepet alt et menneske gjør, inklusive atferd som ikke kan observeres av andre. Teoretisk antar man at atferdsrepertoaret til deprimerede personer kjennetegnes ved en høy forekomst av negativ forsterkning, som begrenser eller hemmer tilgangen til positiv forsterkning (Lejuez et al., 2011). Begrensningen fører til et smalt og passivt atferdsrepertoar, ofte preget av unngåelse, som sosial tilbaketrekning, der depressiv atferd – med korresponderende tanker og følelser – opprettholdes i en selvforsterkende negativ spiral. Unngåelsen ses på som opphavet til de karakteristiske emosjonelle og kognitive elementene ved depresjon.

Målet med behandlingen er å øke forekomsten av sunne atferdsmønstre, ved å bryte unngåelsesmønstre eller målrettet sette pasienten i kontakt med positiv forsterkning. Sunne atferdsmønstre er atferd som øker livskvaliteten til pasienten, og er inkompatible med usunne atferdsmønstre som reduserer livskvaliteten. Teoretisk sett vil sunne atferdsmønstre være atferd som er positivt forsterket, mens usunne atferdsmønstre er atferd som opprettholdes av negativ forsterkning og straff.

#### Selvsobservasjon av aktiviteter

Selvsobservasjon foregår ved at pasienten ved hjelp av et skjema skriver ned alle aktiviteter som utføres i løpet av et døgn, og rangerer aktivitetene etter grad av fornøyelse, betydning og opplevd stemningsleie (Lejuez et al., 2011). Målet med komponenten er tredelt (Kanter et al., 2010): 1) Eksemplifisere for pasienten at atferd og følelser samvarierer, 2) Gi informasjon om baseline aktivitetsnivå som utgangspunkt for å evaluere effekten av behandlingen, 3) Identifisere henholdsvis sunne og depressive atferdsmønstre, som legger føringer for planlegging av aktiviteter. For eksempel kan selvsobservasjonen vise at pasienten bruker 4–5 timer om morgenen på å ligge i senga med devaluerende tankekjør og en gjennomgripende følelse av tristhet. Han rangerer denne aktiviteten som lite betydningsfull eller fornøyeelig. Informasjonen eksemplifiserer for pasienten relasjonen mellom atferd (ligge i senga) og følelser (tristhet), beskriver et usunt atferdsmønster og gir et mulig mål for intervensjoner.

#### Kartlegging av mål og verdier

Som utgangspunkt for planlegging av aktiviteter benyttes en strukturert kartlegging av

mål og verdier. Kartleggingen ivaretar den normative dimensjonen ved atferdsendring; hva pasienter ønsker å oppnå eller finner meningsfullt. Verdikonseptet er hentet fra ACT, og defineres som påstander som beskriver et fritt valgt ideal eller en ønsket tilstand (Hayes et al., 1999). Verdier representeres ved konkrete verdibaserte handlinger, som er atferd som er konsistent med pasientens verdigrunnlag. Betydningen av verdier kan eksemplifiseres gjennom metaforer. Et eksempel kan være verdier som en kompasskurs: Den viser deg hvor du ønsker å gå på lang sikt, selv om hindringer kan dukke opp på kort sikt.

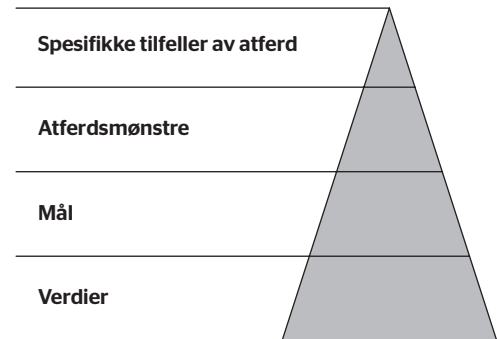
Fordelen med bruk av verdier fremfor mål er at verdier er mer holdbare og favner om en større mengde atferdsmønstre som er gyldige over tid, situasjoner, og personer. Et eksempel på en verdi kan være *å ha en sunn livsstil*, som kan omfatte en rekke verdibaserte aktiviteter over flere ulike livsområder. Eksempler kan være *spise frukt*, *sykle en tur* eller *meditere*, og et eksempel på mål kan være *sykle minst to turer på over en time per uke* eller *drikke en flaske vann om dagen*.

### Planlegging av aktiviteter

Etter at terapeuten har innhentet informasjon om aktivitetsnivå og kartlagt pasientens verdier og mål, er det neste steget i behandlingen strukturert og målrettet planlegging av aktiviteter. Intervensjonen regnes – sammen med selvobservasjon – som selve kjennetegnet på atferdsorienterte behandlinger av depresjon. Målet til terapeuten er å få pasientene til å gjøre noe av det de finner mest krevende; å gjøre noe annerledes, men som samtidig er i tråd med deres mål og verdier. Martell og kolleger (2010) kaller det *outside-in actions*, ved at pasienten skal handle i tråd med en plan, et mål, eller en verdi, fremfor følelser eller tilstander som slitenhet, tristhet, sorg eller lignende.

Aktivitetene som planlegges, bør være så avgrensede og tydelige at pasienten skal klare å gjennomføre dem. Særlig i starten av behandlingen vil suksessfull planlegging (og gjennomføring) av aktiviteter være viktig, for å sette pasienten i kontakt med forsterkningsbetingelser som bidrar til å opprettholde atferdsendringen. Et sentralt poeng er at alle aktiviteter i størst mulig grad bør basere seg på pasientens mål, verdier og ønsker, gjennom å bruke mål- og verdikartleggingen aktivt inn i planleggingen. Egenskaper ved aktivitetene som kan planlegges, er frekvens (hvor ofte?), varighet (hvor lenge?), intensitet (hvor mye?), situasjoner (hvor?) og tidspunkter (når?) (Martell et al., 2010). Et eksempel kan være at pasienten skal gå rolig 30 minutter til jobb, tirsdag og torsdag i løpet av neste uke.

En gradvis tilnærming til aktivitetene, der komplekse aktiviteter deles opp i mindre bestanddeler som kan utføres gradvis, er et annet sentralt element. Depresjon medfører ofte en tendens til svart-hvitttenkning, der pasienten planlegger krevende aktiviteter som hun ikke klarer å gjennomføre, og som derfor bidrar til å opprettholde unngåelsesatferden (Martell et al., 2010). Oppdeling av aktiviteter i mindre deler gjør dem enklere å gjennomføre – fordi de avgrenses. Oppdelingen motvirker også svart-hvitt-tankegangen, ved at de nyanserer forståelsen av aktiviteten. Et eksempel kan være aktiviteten *sykle en tur*. Da kan oppdelingen av aktiviteten som skritt på veien være å planlegge rute, vaske sykkelen og hente den frem fra boden. Aktiviteter med utgangspunkt i arbeid/utdanning eller relasjoner er ofte mer krevende å dele opp på en slik måte, da stegene i mindre grad er gitt enn ved praktiske aktiviteter som beskrevet over.



**FIGUR 1** illustrerer forholdet mellom og hvordan atferd, mål, og verdier bygger på hverandre i atferdsaktivering. De to nederste komponentene – mål og verdier – utgjør behandlingens normative grunnlag, og er brede kategorier som omfatter større kategorier av atferd. De to øverste komponentene – spesifikk atferd og atferdsmønstre – utgjør handlingene som planlegges i behandlingen, som bygger på pasientens mål og verdier.



Atferdsaktiveringens styrke ligger i dens relativt enkle utforming

### Komplementære intervensjoner

Hvis pasienten har sammensatt problematikk eller ikke responderer på behandlingen, kan atferdsaktivering utfylles med en rekke ulike intervensjoner. Eksempler er tradisjonelle intervensjoner som eksponerings-terapi og ferdighetstrening, men også komponenter fra nyere akseptbarte psykoterapier som ACT (Hayes et al., 1999) og DBT (Linehan, 1993). Behandlingsformene lar seg forene på grunn av felles teoretisk og filosofisk grunnlag, der fokuset er på interaksjon mellom atferd og omgivelser.

Atferdsaktivering er, som nevnt, en behandlingskomponent i kognitiv terapi for depresjon. Der benytter man atferdsaktivering som en teknikk for å endre problematiske tanker – ikke for atferdsendringen i seg selv – noe som er en forskjell mellom kognitive og atferdsorienterte tilnærminger (Dimidjian et al., 2011). Addis og Jacobson (1996) fant at pasienter som oppgir eksistensielle årsaker til depresjon, responderer dårlig på atferdsaktivering og godt på kognitiv terapi. I slike situasjoner vil kognitiv terapi være en mer egnet behandlingsform.

### AVSLUTNING

Atferdsaktivering er en empirisk støttet behandling for depresjon (Cuijpers et al., 2007; Dimidjian et al., 2006; Richards et al., 2016). På grunn av at behandlingen tilpasses den enkelte person og situasjon, lar atferdsaktivering seg gjennomføre også med sammensatt problematikk. *LETS ACT* (Daughters, Magidson, Lejuez, & Chen, 2016), som er en behandling for samtidig rusproblematikk og depresjon, er et eksempel som har vist seg effektivt for å øke behandlingsretensjon og redusere depressive symptomer ved rusproblematikk (Magidson et al., 2011).

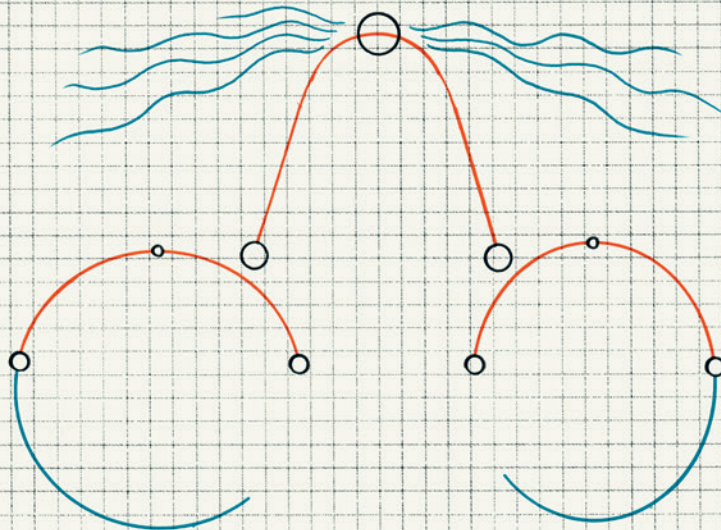
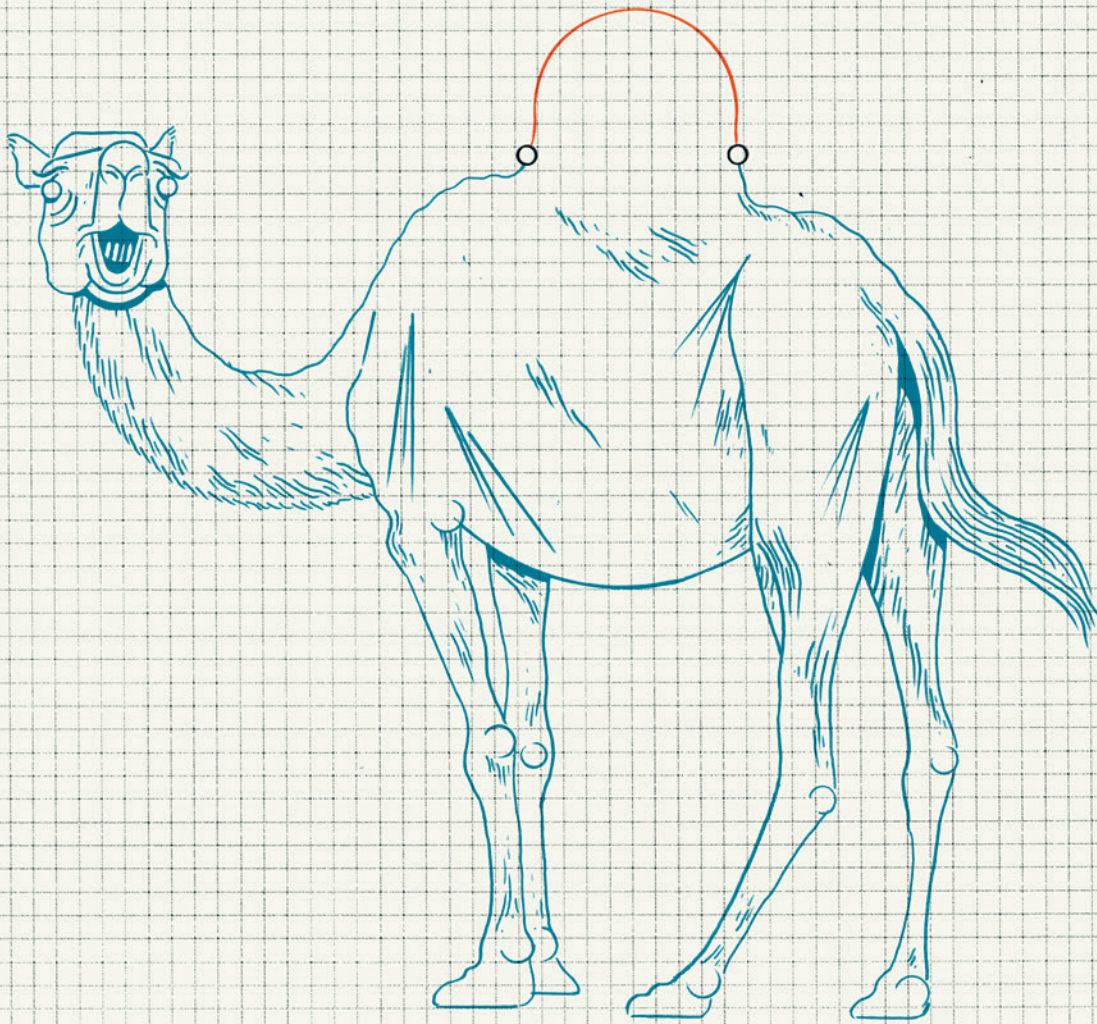
Som nevnt finnes atferdsaktivering i to utforminger – BA og BATD – som deler komponentene beskrevet her. Selv om de har mange likheter, må de likevel regnes som to distinkte behandlingsformer. Strukturert planlegging av aktiviteter er foreslått som en primær komponent, som har vist seg effektiv i metaanalyser (Cuijpers et al., 2007; Kanter et al., 2010). Atferdsaktiveringens styrke ligger i dens relativt enkle utforming. Ved å få mer kunnskap om aktivitetsplanlegging, og hvilke kombinasjoner av komponenter som trengs for å opprettholde effektiviteten, kan man potensielt bygge videre på denne styrken.

Atferdsaktivering er en enkel, effektiv og kostnadseffektiv behandling av depresjon, som har like god effekt for behandling av alvorlig depresjon som antidepressiva. Den enkle utformingen gjør at den kan benyttes i ulike settinger, slik som førstelinjetjeneste, og utføres av lite erfarne terapeuter (Richards et al., 2016). Fordi atferdsaktivering også er effektiv ved alvorlige depresjoner, kan den benyttes for pasienter med høyt symptomtrykk, som i psykiatrisk døgnbehandling (Folke et al., 2015). I en tid der det i økende grad fokuseres på både tids-, kostnads-, og behandlingseffektivitet, har atferdsaktivering potensial til å være et egnet valg for behandling av depresjon som dekker de nevnte kriteriene, uten at det skjer på bekostning av kvaliteten på pasientenes behandling. For eksempel kan atferdsaktivering være en egnet behandlingsform å spre og implementere i kommunehelsetjenesten, eller som depresjonsbehandling i døgnbehandling i psykisk helsevern. ✘

\* Det er ingen kjente interessekonflikter tilknyttet dette manuskriptet. Forfatteren har ingen økonomiske, profesjonelle eller private interesser knyttet til terapiformen. Takk til Fredrik A. Walby for kommentarer og innspill på de siste versjonene av manuskriptet.

## REFERANSER

- Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (1996). Reasons for depression and the process and outcome of cognitive-behavioral psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(6), 1417-1424. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1417
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York, NY: The Guilford Press
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*, 318-326. doi:10.1016/j.cpr.2006.11.001
- Daughters, S. B., Magidson, J. F., Lejuez, C. W., & Chen, Y. (2016). LETS ACT: a behavioral activation treatment for substance use and depression. *Advances in Dual Diagnosis, 9*(2/3), 74-84. doi:doi:10.1108/ADD-02-2016-0006
- Dimidjian, S., Barrera, M., Jr., Martell, C., Munoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 1-38. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., . . . Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658-670. doi:10.1037/0022-006X.74.4.658
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist, 28*, 857-870. Hentet fra <http://www.apa.org/>
- Folke, F., Hursti, T., Tungström, S., Söderberg, P., Kanter, J. W., Kuutmann, K., . . . Ekselius, L. (2015). Behavioral activation in acute inpatient psychiatry: A multiple baseline evaluation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 46*, 170 - 181. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.10.006
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy - An Experiential Approach to Behavior Change*. New York, NY: The Guilford Press.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., . . . Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 295-304. doi:10.1037/0022-006X.64.2.295
- Kanter, J. W., Manos, R. C., Bowe, W. M., Baruch, D. E., Busch, A. M., & Rusch, L. C. (2010). What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review, 30*, 608-620. doi:10.1016/j.cpr.2010.04.001
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acerno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behavior Modification, 35*, 111-161. doi:10.1177/0145445510390929
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression - Treatment manual. *Behavior Modification, 25*, 255-286. doi:10.1177/0145445501252005
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*, 261-268. doi:10.1037/h0035142
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Groscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 17*, 322-334. doi:10.1037/h0085929
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, NY: The Guilford Press.
- Luppa, M., Heinrich, S., Angermeyer, M. C., König, H.-H., & Riedel-Heller, S. G. (2007). Cost-of-illness studies of depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders, 98*(1), 29-43. doi:10.1016/j.jad.2006.07.017
- Magidson, J. F., Gorka, S. M., MacPherson, L., Hopko, D. R., Blanco, C., Lejuez, C. W., & Daughters, S. B. (2011). Examining the effect of the Life Enhancement Treatment for Substance Use (LETS ACT) on residential substance abuse treatment retention. *Addictive Behaviors, 36*(6), 615-623. doi:10.1016/j.addbeh.2011.01.016
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context - Strategies for guided action* New York, NY: Norton & Company Inc.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation of depression - A clinician's guide*. New York, NY: The Guilford Press.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet, 349*, 1498-1504. doi:10.1016/s0140-6736(96)07492-2
- Richards, D. A., Ekers, D., McMillan, D., Taylor, R. S., Byford, S., Warren, F. C., . . . Finning, K. (2016). Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA): a randomised, controlled, non-inferiority trial. *The Lancet*. doi:10.1016/S0140-6736(16)31140-0



# En artikkel for alle årstider

«Jeg burde være stolt når en tjue år gammel artikkel siteres stadig oftere», skriver Karl Halvor Teigen. Men med økende siteringsfrekvens ble prosentdelen korrekte henvisninger stadig lavere.

**J**eg burde være stolt. Google Scholar kan fortelle at en liten artikkel jeg publiserte for over tjue år siden i et relativt smalt tidsskrift, nå har blitt sitert mer enn 200 ganger. Samtidig gratulerer ResearchGate med at artikkelen har passert 3500 lesere. Nå, lesere og lesere. Jeg skulle ønske at flere av de 200 som siterer artikkelen, kunne vært blant de 3500 som angivelig har vært innom og lest.

Artikkelen het: «Yerkes-Dodson: A law for all seasons» (Teigen, 1994). Jeg underviste grunnfagsstudenter og hadde begynt å ergre meg over alle innføringsbøkene som refererte Yerkes-Dodsons lov fra 1908 om et påstått forhold mellom *arousal* (iblant kalt *stress*) og ytelse, kalt *performance*. Populært sagt: Man trenger å være aktivert for å prestere. Men man kan også være for hissig på grøten. Resultatet kan tegnes som en omvendt U. I de mer avanserte fremstillingene fikk leseren vite at det handlet om en hel familie av U-kurver: Enkle oppgaver

går bra under stress, vanskelige oppgaver tar skade av overaktivering.

## DEN OPPRINNELIGE STUDIEN

Den omvendte U-en kan høres rimelig ut, og en psykologihistoriker bør kunne glede seg over at forskningsartikler fra 1908 fortsatt siteres. Det er bare en hake: I 1908 var arousal-begrepet ukjent. Stress fantes heller ikke. Yerkes og Dodson hadde ikke studert prestasjonsnivået til problemløserne, idrettsutøvere eller arbeidstakere, men vanedannelse (S-R-koplinger) hos mus. Spørsmålet deres var om styrken på stimuli spilte en rolle. Musene som deltok i forsøkene, såkalte dansere, hadde valget mellom en svart og en hvit gang til målboksen. I den svarte fikk de et lett elektrisk støt. Det fikk dem til å foretrekke den hvite gangen, men læringen gikk tregt. Det tok de fire musene nesten tre uker (med ti forsøk per dag) å holde seg helt unna den svarte gangen.

## KARL HALVOR

**TEIGEN**, professor emeritus, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

## KONTAKT

k.h.teigen@psykologi.uio.no

## ILLUSTRASJON

Åge Peterson





Det var vel ikke å vente at et spinkelt kor av kritiske røster skulle kunne overdøve drønnet fra de ti tusen referansene til Yerkes-Dodsons lov

Yerkes og Dodson skrudde opp strømmen og lot fire nye mus få prøve seg. De lærte dobbelt så fort. Oppglødd av forbedringen bestemte forskerne seg for å skru opp strømmen ytterligere. Det ga et uventet resultat, for disse sterkt sjokkede musene brukte nesten like lang tid som den første gruppen. En U var født.

Men datagrunnlaget var spinkelt. Kunne funnet generaliseres? I første omgang slapp forskerne mer lys inn i buret, slik at forskjellen på de to avdelingene ble tydeligere. Det førte til raskere læring, men denne gangen gikk det aller raskest ved det sterkeste av fem nivåer på støtene. Hva om oppgaven i stedet ble gjort vanskeligere? Ved redusert belysning kom U-kurven tilbake, men nå gikk læringen fortest ved et svakere elektrisk støt. (For en gjengivelse av de opprinnelige kurvene, se Teigen, 2015, s. 301.)

Resultatene var forvirrende, også for forskerne selv. De ble overrasket to ganger, først fordi sterke stimuli ikke alltid fremmer læring, og dernest fordi de gjorde det allikevel, hvis belysningen var god nok. Her er det ikke snakk om en bekreftelse av hypoteser man hevder å ha stilt opp på forhånd, slik tilfellet er for over 90 prosent av forskningsartiklene i psykologi i dag (Fannelli, 2010). Loven synes oppstått serendipisk, som et resultat av prøving og feiling. Det foreligger ikke noe ryddig faktorielt design; de tre kurvene er basert på henholdsvis tre, fem og fire ikke helt sammenlignbare grader av elektrisk støt. Det er smått med signifikans og statistisk power; antall mus per betingelse varierer mellom to og fire. U-kurver ble bare observert for vanskelige oppgaver, ikke for de lette.

Det tok tid før disse resultatene ble anerkjent som en lov av allmenn interesse. I mellomtiden hadde Robert M. Yerkes (1876–1956) blitt en førerskikkelse i amerikansk psykologi, blant annet kjent for massetestingen av rekrutter under 1. verdenskrig. James D. Dodson (1879–1955) forsvant fra Harvard etter avlagt mastergrad, men dukket siden opp for å be Yerkes om anbefalinger til ulike akademiske stillinger. Det fikk han hver gang, Yerkes var grei slik, men sørget for å understreke at Dodson ikke var noen lysende begavelse («not a man of brilliant intellectual ability»), om enn en fremragende laboratoriearbeider (Brothen, 2012). Spredte referanser til den opprinnelige artikkelen viser at resultatene blir tatt til inn-

tekt for et prinsipp om optimal *straff*, optimal *drive*, eller optimal *motivasjon* (Young, 1936; 1943) for læring, problemløsning eller «performance», alt etter som.

### GJENOPPDAGELSEN

Loven gjenoppsto på 1950-tallet sammen med en bølge av interesse for U-kurver (Hancock & Ganey, 2003). Canadieren D.O. Hebb (1955) lanserte ideen om hjernens tilstand av arousal, som kan vekkes av både indre og ytre stimulering, og som i passende mengde gjør individet skikket til å håndtere ny informasjon. Med for lite arousal er man uoppmerksom, med for mye kan man bli overveldet og handlingslammet. Ved Maudsley hospital i London formulerte H.J. Eysenck en teori om det biologiske grunnlaget for personlighetstrekkene nevrotisme og introversjon, og postulerte at individer som ligger høyt på slike egenskaper, lett blir overstimulerte, mens de mer emosjonelt stabile og utadvendte profiterer på å utfordres. Eysenck (i motsetning til Hebb) tok Yerkes-Dodsons lov til inntekt for sitt syn. P.L. Broadhurst, en rotteforsker ved Maudsley, leverte en doktoravhandling hvor prestasjoner i lette og vanskelige læringssituasjoner varierte med rottenes grad av emosjonalitet og motivasjon, og slo til lyd for en «revival» av Yerkes-Dodsons lov (Broadhurst, 1957, 1959).

Tiden var moden for ikke-lineære funksjoner. Det ser vi av den stigende frekvens av omvendte U-kurver som har bekuplet forskningslitteraturen og lærebøkene i de siste femti år. I de fleste tilfeller dreier det seg om en Eysenck-Hebb-hybrid, som freidig nok tillegges Yerkes og Dodson, men i moderne språkdrakt, for å si det mildt. I tillegg er de tre puklene med forskjellig toppunkt plutselig blitt til én. Skal man først svelge kameler, kan det være greit å begynne med en dromedar.

Også fasongen på pukkelen varierer. Hebbs kurve hadde et knekkpunkt helt i starten for å markere overgangen fra søvn til våken tilstand. Det ble i senere fremstillinger enten overdrevet eller utelatt. Psykologer har fra før en godt innøvd omvendt U i sitt repertoar, nemlig normalfordelingen, så hvorfor belaste en allerede stresset hukommelse med nye kurver? Figur 1 er sakset fra Wikipedia under oppslagsordet Yerkes-Dodsons lov, og oppgis der å være «the Hebbian version» av loven. Ja, på en måte, men ikke en som Hebb ville ha kjent igjen.

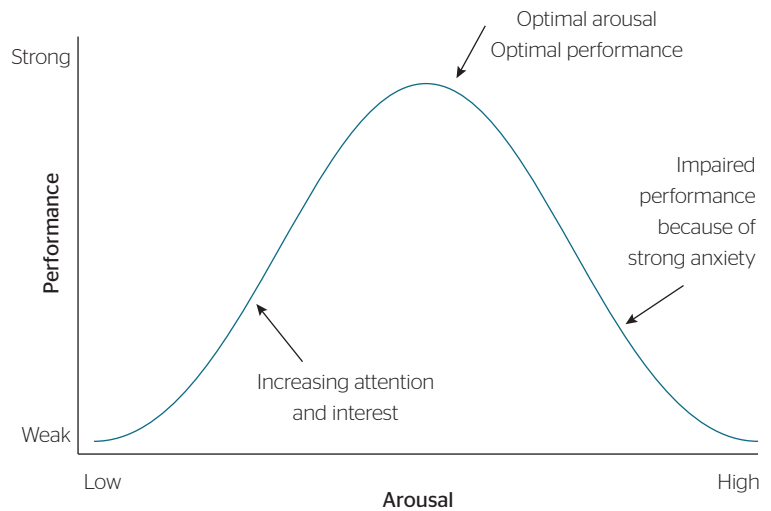


## KRITIKKEN

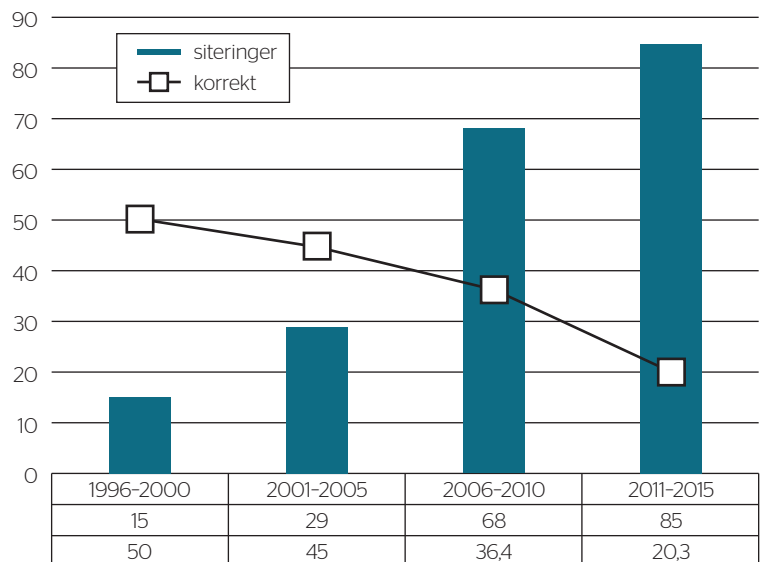
Den gjenoppstandne Yerkes-Dodsons lov, i sine mange skikkelser, har ikke fått stå uimotsagt. Brown (1965) mente loven var så vag at den burde begraves i stillhet. Winton (1987) påpekte i en kort artikkel at loven som nå inntok lærebøkene, omtrent uten unntak var fremstilt på måter som gikk ut over, eller stred mot Yerkes og Dodsons opprinnelige funn. Min artikkel var et forsøk på å vise hvordan den angivelige loven var blitt tilpasset de til enhver tid gangbare teoretiske begreper. Slik var den i historiens løp blitt brukt for å kople en flora av uavhengige variabler: stimulusstyrke, straff, motivasjon, drive, emosjonalitet, arousal, stress eller angst, sammen med en fauna av effektvariabler: læring, performance, coping, effektivitet, kvalitet, problemløsning og hukommelse – med eller uten mellomkomst av en tredje, interagerende oppgavevariabel, som til tider var blitt kalt diskriminasjonsletthet og vanskegrad, til andre tider kompleksitet eller nyhet (Teigen, 1994, Table 1). Omtrent samtidig re-analyserte Bäumlér (1994) Yerkes og Dodsons opprinnelige data og konstaterte at de hadde tvilsom empirisk dekning for de påståtte funn. Fascinerende nok har senere forskere altså misbrukt en lov som kanskje aldri har eksistert.

Dermed er det ikke sagt at alt snakk om kurver er forfeilet. For alt vi vet, kan kuplene hvelve seg over mye god forskning og mange viktige innsikter. Men hvorfor skal de på død og liv forankres i Yerkes og Dodsons dansemus?

For henvisningene til Yerkes og Dodson bare øker. I 2012 hadde de passert 1000 årlig, ifølge Corbett (2015), som først og fremst uttaler seg på vegne av management-litteraturen. Her har det vært sterk tro på at prestasjoner i arbeidslivet drar fordel av litt, men ikke for mye stress og krav – under henvisning til Yerkes-Dodsons lov naturligvis, men kanskje diskusjonen og forskningen hadde blitt bedre uten denne forserte koplingen. Slike kurver er uansett notorisk vanskelige å etterprøve og blir ikke bedre ved en diffus begrepsbruk (Hanoch & Vitouch, 2004; Muse, Harris & Feild, 2003). På den annen side er de like vanskelige å motbevise, fordi funn som viser positive korrelasjoner, for eksempel mellom motivasjon og ytelse, er forenlige med kurvens oppadstigende side, mens negative korrelasjoner, for eksempel mellom angstnivå og suksess, åpenbart handler om den nedgående siden (Hancock & Ganey, 2003). Den



**FIGUR 1.** Enpuklet «Hebbian version» av Yerkes-Dodsons lov, ifølge Wikipedia den vanligste, om enn ikke helt korrekte fremstillingen. Men det er like uriktig å tilskrive Hebb denne klokkeformede kurven.



**FIGUR 2.** Antall siteringer for artikkel (Teigen, 1994) om Yerkes-Dodsons lov (stolper) over 20 år, og prosentdelen av slike siteringer som med litt velvilje kan aksepteres som korrekte (heltrukken linje).



Gode nyheter bør ikke sjekkes nærmere. Men som pensjonist med bedre tid til narsissisme satte jeg av en vakker høstdag til å kikke nærmere på hva denne interessen kunne bestå av

omvendte U-kurven «never saw a data set it could not explain», slår Hancock fast (2009, s. 69), et utsagn han sjenerøst tilskriver Teigen (1994). Gjerne det, jeg kunne ikke sagt det bedre selv.

#### EN LOV FOR ALLE ÅRSTIDER

Det var vel ikke å vente at et spinkelt kor av kritiske røster skulle kunne overdøve drønnet fra de ti tusen referansene til Yerkes-Dodsons lov. Ville noen bry seg i det hele tatt? Min artikkel fikk 15 siteringer på de første seks år, litt skuffende, men sånn er livet i vår bransje. Da nærmer vi oss halveringstiden for en forskningsartikkel, hvilket skulle bety at jeg neppe kunne vente mer enn 15 referanser til før artikkelen ble stedt til hvile. Iste denfor, mot alle odds og til min store glede, ble siteringenes tall over de neste femårsperiodene først fordoblet, så igjen fordoblet (se figur 2), og er stadig økende slik at det i dag altså har passert de 200.

Gode nyheter bør ikke sjekkes nærmere. Men som pensjonist med bedre tid til narsissisme satte jeg av en vakker høstdag til å kikke nærmere på hva denne interessen kunne bestå av. I hvilken kontekst var artikkelen sitert, og hva hadde mine skrivende kolleger fått ut av den? Det begynte litt urovekkende. Av dem som var først ute med siteringer, hadde bare halvparten fått med seg at det dreide seg om en historisk gjennomgang av lovens mange varianter. Den andre halvparten? De brukte meg som sannhetsvitne for at loven (om forholdet mellom arousal og performance, naturligvis) var «well established».

Jeg sjekket den neste femårsperioden. Med bange anelser. Der fant jeg to artikler som hadde skjønt poenget (Hancock & Ganey, 2003; Hanoch & Vitouch, 2004), ved siden av en tredje jeg forresten selv hadde skrevet (Teigen, 2002). I tillegg kom noen som minnet om at loven hadde begrensninger, var endret i tidens løp, eller eksisterte i ulike varianter. Men et knapt flertall av forfattere brukte min artikkel simpelthen til støtte for påstanden om at det finnes et nivå av optimal arousal. En grunnleggende naturlov, som en sa, med henvisning til meg. Det begynte å demre for meg at den fikse tittelen, som var ironisk ment, ble tatt bokstavelig av travle forskere på jakten etter referanser de ikke behøvde lese.

Og verre skulle det bli. Nå har jeg sjekket opp siteringer fra de siste ti årene også; det var et stridt stykke arbeid, for de er mange; den vakre høstdagen ble en mindre vakker uke. Jeg får bekreftet at Yerkes-Dodson påkalles fra mange kanter. Den er særlig populær på anvendte områder: sport, arbeidslivspsykologi, vitnepsykologi, helsepsykologi, militærpsykologi, trafikkforskning. Glem heller ikke forholdet mellom dosering og respons på legemidler, IT-utvikleres kapasitet for multitasking, og sosial fasilitering hos utøvende artister. Det er mange faktiske og forestilte omvendte U-kurver i psykologiens verden. At Yerkes-Dodsons lov handler om flere kurver med ulike topper, er glemt i ni av ti av disse fremstillingene. Som altså likevel standhaftig siterer Teigen (alias Tiegen, Eigen, eller, hvorfor ikke, Halvor, 1994 – det ville ha gledet min mor.).

Hva alle disse forskerne ville med min artikkel var en gåte. Jeg bestemte meg for å telle opp henvisninger jeg kunne godta, og la listen lavt, for hvem vil ikke gjerne siteres? Så henvisninger som antydte at loven hadde en lang historie, eller at den kunne kritiseres, hadde varierende grad av støtte eller hadde vært diskutert, fikk pluss i marginen. De var i mindretall. Med økende siteringsfrekvens ble prosentdelen korrekte henvisninger stadig lavere, som vist av den heltrukne linjen i figur 2. I stedet har min artikkel angivelig diskutert «how much workload is too much»,

den skal ha slått fast at «over-arousal impairs cognitive function» og kartlagt virkningene av stress på livskvaliteten. Forresten skal jeg også ha uttalt meg om effekten av stress på nivå av neurotransmittorer i hjernen, og at det finnes grenser for hvor mange helseråd folk er villig til å lytte til. Godt gjort!

Stolpene i figur 2 forteller eventyret om den bortgjemte artikkelen som blomstret sent, men frodig. Det foreligger ingen tegn på at festen er over. Jeg har godt håp om at artikkelen om ti år vil ha oppnådd et halvt tusen siteringer, i drag-suget etter Yerkes og Dodsons posthume triumftog. Samtidig antyder den nedadgående linjen at den da vil feilsiteres, konsekvent, av alle.

### KONKLUSJON

Feilaktige henvisninger og siteringer kan være så mangt: Trykkfeil, kommafeil, slurvfeil, feillesninger, misforståelser, annenhånds-sitater, akademiske vandrehistorier (urban legends) som etter hvert blir så fast etablert at de synes uutryddelige. Sa Freud virkelig: «Noen ganger er en sigar bare en sigar»? Naturligvis ikke (Elms, 2001). Danner Hawthorne-studiene grunnlag for Hawthorne-effekten? Langt derifra (Lück, 2009). Var Asch opptatt av å påvise konformitet? Tvert om (Friend, Rafferty & Bramel, 1990). Som Rekdal (2014a, b) viser, er det en ironisk prosess på gang som gjør at forsøk på å avsløre feil og misbruk selv kan bli offer for det samme misbruket. Med all verdens forskning bare et tastetrykk unna er det fristende å føre opp referanser man ellers aldri ville kommet over, og heller ikke synes det er bryet verdt å lese. Det er en vinn-vinn-situasjon for henviseren, som vil fremstå som belest, og den henviste, som vil fremstå som sitert. Men dessverre en tap-tap-situasjon for forskningen, som ikke er selvkorrigerende, og for leserens horisont, som forblir snever.

Til slutt en tanke om fengende artikkeltitler. Jeg syntes «A law for all seasons» var fikst og spilte hen på en berømt film (som jeg ikke hadde sett, naturligvis). Kanskje var det den som gjorde susen. Den kan ha fenget nok til å bli sitert, men ikke til å leses. Helmut Lück (2009) synes å ha brukt den til mønster for sin kritikk av Hawthorne-effekten, med undertittel «En effekt for alle anledninger». Jeg burde advart ham. Nå er det fare for at den vil bli sitert av et hundretall forskere til støtte for den effekten artikkelen hans kritiserer. Jeg ser konturene av en replikasjonsstudie. ❖

### REFERANSER

- Bäumler, G. (1994). On the validity of the Yerkes-Dodson law. *Studia Psychologica*, 36, 205–210.
- Broadhurst, P. L. (1957). Emotionality and the Yerkes-Dodson Law. *Journal of Experimental Psychology*, 54, 345–352.
- Broadhurst, P. L. (1959). The interaction of task difficulty and motivation: the Yerkes-Dodson Law revived. *Acta Psychologica*, 16, 321–338.
- Brothen, T. (2012). What ever happened to John Dodson? *History of Psychology*, 15(1), 100–105.
- Brown, J. P. (1965). The Yerkes-Dodson law repealed. *Psychological Reports*, 17, 663–666.
- Corbett, M. (2015). From law to folklore: work stress and the Yerkes-Dodson law. *Journal of Managerial Psychology*, 30(6), 741–752.
- Elms, A. C. (2001). Apocryphal Freud: Sigmund Freud's most famous «quotations» and their actual sources. *Annual of Psychoanalysis*, 29, 83–104.
- Fanelli, D. (2010). 'Positive' results increase down the hierarchy of the sciences. *Plos One*, 5(3), e10068
- Friend, R., Rafferty, Y., & Bramel, D. (1990). A puzzling misinterpretation of the Asch 'conformity' study. *European Journal of Social Psychology*, 20, 29–44.
- Hancock, P. A. (2009). Performance on the very edge. *Military Psychology*, 21(1), 568–574.
- Hancock, P. A., & Ganey, H. C. N. (2003). From the inverted-U to the extended-U: the evolution of a law of psychology. *Human Performance in Extreme Environments*, 7, 5–14.
- Hanoch, Y., & Vitouch, O. (2004). When less is more: information, emotional arousal and the ecological reframing of the Yerkes-Dodson law. *Theory & Psychology*, 14, 427–452.
- Hebb, D.O. (1955). Drives and the C.N.S. (Conceptual Nervous System). *Psychological Review*, 62, 243–254.
- Lück, H. E. (2009). Der Hawthorne-Effekt – ein Effekt für viele Gelegenheiten? *Gruppendynamik und Organisationsberatung*, 40(1), 102–114.
- Muse, L.A., Harris, S.G., & Feild, H.S. (2003). Has the inverted-U theory of stress and job performance had a fair test? *Human Performance*, 16(4), 349–364.
- Rekdal, O. B. (2014a). Monuments to academic carelessness: The self-fulfilling prophecy of Katherine Frost Bruner. *Science, Technology, & Human Values*, 39, 1–15. DOI: 10.1177/0162243914532138
- Rekdal, O. B. (2014b). Academic urban legends. *Social Studies of Science*, 44(4), 638–654.
- Teigen, K.H. (1994). Yerkes-Dodson: A law for all seasons. *Theory & Psychology*, 4, 525–547.
- Teigen, K. H. (2002). One hundred years of laws in psychology. *Journal of American Psychology*, 115, 103–118.
- Teigen, K. H. (2015). *En psykologihistorie*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Wikipedia (nd.) Yerkes-Dodson's law. Hentet fra [https://en.wikipedia.org/wiki/Yerkes%E2%80%93Dodson\\_law](https://en.wikipedia.org/wiki/Yerkes%E2%80%93Dodson_law)
- Winton, W. M. (1987). Do introductory textbooks present the Yerkes-Dodson Law correctly? *American Psychologist*, 42(2), 202–203.
- Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459–482.
- Young, P. T. (1936). *Motivation and behavior*. New York: Wiley.
- Young, P. T. (1943). *Emotion in man and in animal*. New York: Wiley.

## Fra arkivet: 1984

### Bedre helse- og sosialvesen?

«Helse for alle i år 2000» er mottoet som ligger bak regjeringens tenkning når det gjelder helse- og sosialplanlegging. Det er også dette mottoet sosialminister Heløe benyttet som utgangspunkt for et foredrag han nylig holdt om den nye helse- og sosiallovgivningen.

Vi er selvfølgelig enige i at helse for alle er en god målsetting. (...) Imidlertid kan vi ikke dele den oppfatningen at det nye opplegget for helse- og sosialtjenester gir de beste løsningene. Snarere mener vi å ha en velbegrunnet frykt for at det i år 2000 kan bli «bedre helse for noen».

Hvorvidt den nye helselovgivningen skal kunne oppfylle intensjonene, blir svært avhengig av kommuner og fylkeskommuner. På spørsmålet om kommunene nå vil makte å påta seg de oppgaver som det medfører å drive en moderne helsetjeneste, og om det blir midler nok til forsvarlig drift, svarer statsråd Heløe at han er forvisset om at kommunene vil makte oppgaven. (...) Sant og si tror vi statsråd Heløe overvurderer kommunenes muligheter til å bygge ut et godt primærhelsetjenestetilbud.

På vårt siste landsmøte understreket statssekretær Astrid Nøklebye Heiberg at psykologene har vært alt for beskjedne når det gjelder å delta i planleggingsarbeid og å sørge for at det blir tatt hensyn til psykologkompetanse i helse- og sosialplanleggingen. Det er i høst kommet to publikasjoner, som nettopp omtaler psykologers muligheter innen almentjenester og på kommunenivå. (...) Vi mener således at vi både kan dokumentere vår kompetanse og behovene for psykologhjelp på lokalplan, og vi tilbyr vår deltakelse i planlegging.

Selv om stillingsmarkedet blir strammere og strammere for de fleste profesjoner innen helse- og sosialvesen, er en lite tjent med at den planlegging som nå foregår blir gjort til gjenstand for beinhard profesjonskamp. Skal vi ha det minste håp om å kunne oppnå «helse for alle i år 2000», er profesjonene nødt til å samarbeide også innen planlegging, og å ta hensyn til og respektere hverandres kompetanse. Det er å forvente at våre helse- og sosialpolitikere tar et ansvar her, spesielt i forhold til yrkesgrupper som ikke er representert i sentrale planleggingsorganer.

*Usignert leder, mars 1984*



FOTO: STORTINGSET

Kjersti Toppe, Senterpartiet

## Vil avvikle ISF

**Senterpartiet vil avvikle innsatsstyrt finansiering (ISF) i helsevesenet.**

**TEKST Øystein Helmikstøl**

- Senterpartiet mener det er feil å koble finansiering av sykehus direkte opp mot diagnoser og prosedyrer hos enkeltpasienter. Det sier Kjersti Toppe, stortingsrepresentant for Senterpartiet og første nestleder i helse- og omsorgskomiteen til Psykologtidsskriftet.

- Psykiatrien egner seg ikke for denne typen markedsbaserte finansieringsløsninger.

Senterpartiet vil avvikle ISF i helsevesenet, ifølge Toppe. Hun ser ikke behovet for at sykehus må finansieres på annen måte enn skole og eldreomsorg.

- En ny rapport fra Riksrevisjonen viser til at kodepraksisen i sykehus er tilfeldig, og at koblingen mellom DRG-poeng<sup>1</sup> og finansiering kan slå uheldig ut. At ISF-finansiering blir videreført i somatikken helt ned på avdelingsnivå, er også svært bekymringsfullt.

Slik øker ifølge Sp-politikeren risikoen for at økonomiske incentiver blir gjeldende for valg av diagnose og behandlingsmetoder.

Psykologforeningen mener psykisk helsevern bør være rammefinansiert, og fikk i aprilutgaven av Psykologtidsskriftet politisk støtte fra SV, KrF og Ap. I tillegg til støtte fra Senterpartiet henger nå også Rødt seg på.

- Rødt er mot at psykisk helsevern skal være innsatsfinansiert. Målet skal være å gi best mulig pleie til de som trenger det, ikke å drive velferdstjenester etter bedriftsøkonomiske prinsipper, skriver Mari Eifring, partisekretær i Rødt, i en e-post til Psykologtidsskriftet.

.....

1. DRG: Diagnose-relaterte grupper, red.anm.

# Meninger



## Min erfaring fra psykisk helsevern

«Pasienter ble trillet inn og ut til ECT-behandling som om de var deler på en maskin som skulle repareres»

*Debatt, side 486.*

## Underkommuniserte verdier

Ulike psykoterapeutiske retninger har helt ulike verdiføringer som bør tematiseres i møtet med brukere, mener psykolog og vitenskapsteoretiker Henrik Berg.

*Hovedinnlegg, side 480.*

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

### DELTA I DEBATTEN

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

### KRONIKK

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

### DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

### REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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



Ally Thompson

# Fakta og verdier i psykoterapi

I psykoterapi som praktisk virksomhet foretas det verdivurderinger hele tiden. I psykologi som evidensbasert praksis er imidlertid dette sentrale elementet fraværende.

**VITENSKAPSFILOSOFEN** Thomas S. Kuhn beskrev i sin tid reduksjon som en forutsetning for all vitenskapelig aktivitet. I praksis innebærer dette at virkeligheten må reduseres for kompleksitet, og undersøkes gjennom bestemte perspektiv og filtre. I psykologifaget gjenspeiles Kuhns poeng relativt tydelig ved at mange ulike skoleretninger, basalfag og metodologiske tilnærminger sameksisterer.

Psykologisk forskning har særlig to viktige mandat: Det ene er å bidra til økt forståelse av psykologiske mekanismer og prosesser. Det andre er å kunne håndtere praktiske problemer på en mer hensiktsmessig måte. Vi har imidlertid ingen forhåndsgaranti for at vitenskapen hjelper oss til å oppnå disse målene. En viktig følge av denne kjensgjern-

ingen er at vi kontinuerlig bør evaluere forutsetningene for enhver vitenskapelig praksis. Vitenskapsteori tilbyr et rammeverk for å sette psykologisk vitenskap inn i en større sammenheng, tidvis med et kritisk fokus på etablerte standarder for forskning og bruk av forskning i praksis.

## FAKTA I EVIDENSBASERT PRAKSIS

Evidensbasert praksis i psykologi er det mest toneangivende forsøket på å definere og regulere psykoterapeutisk praksis. Det historiske bakteppet finner vi i medisinen, og nærmere bestemt hos epidemiologen Archie Cochrane. Cochrane kritiserte sin tids medisinske praksis for å ikke være tuftet på vitenskapelig kunnskap. Slik han så det, lå nøkkelen til å realisere



**HENRIK BERG,**  
psykolog og  
stipendiat ved Senter  
for vitenskapsteori,  
Universitetet i Bergen

**ILLUSTRASJON**  
Hilde Thomsen

**VITENSKAPSTEORI**



et virksomt og kostnadseffektivt helsevesen i randomiserte kontrollerte studier (til tross for at slike studier har lav ytre validitet eller evne til å si noe om verden utenfor studien). Cochrane begrunnet dette med at randomiserte kontrollerte forsøk ikke innehar de skjevheter som eksperter beslutninger hadde vist seg å være fulle av.

Randomiserte kontrollerte forsøk utgjør også det metodologiske fundamentet i forskningsbaserte psykologiske behandlingsformer. Her undersøker man simpelthen hvorvidt ulike behandlingsformer (som psykodynamisk terapi eller kognitiv atferdsterapi) er virksomme i behandlingen av gitte psykiske lidelser (som depresjon eller panikk lidelse). Ifølge APA er forskningsbaserte psykologiske behandlingsformer en viktig del av evidensbasert praksis i psykologi, selv om sistnevnte omfatter mer. Den psykoterapeutiske diskursen har for øvrig blitt preget av logikken man finner i forskningsbaserte psykologiske behandlingsformer. Dette gjenspeiler seg for eksempel i hvor hyppig man kan finne ordene «... that works» på omslaget til engelskspråklige psykoterapibøker. Det retoriske grepet er slående: «Det virker jo – så hva mer trenger du egentlig å vite?»

På hvilken måte er forskningsbaserte psykologiske behandlingsformer reduktive? For å nærme oss et svar må vi ta veien innom det fenomenet de har til hensikt å redusere, nemlig psykoterapeutisk praksis. Psykoterapi hviler på et enkelt, uomgjengelig premiss: Noen måter å leve på er bedre enn andre; et liv uten (eller med et endret forhold til) psykiske lidelser er å foretrekke fremfor et liv med psykiske lidelser. Dersom psykoterapi som praksis dreier seg om å skape et bedre liv, må den også ha et svar på hva et godt liv er. Dette er i bunn og grunn et verdispørsmål.

I forskningsbaserte psykologiske behandlingsformer forholder man seg til de ulike psykoterapiskolene som om den eneste vesentlige forskjellen mellom dem er hvorvidt de er virksomme eller ikke. Dette forutsetter på sin side at vitenskapens «fakta-språk» er tilstrekkelig for å evaluere psykoterapeutisk praksis. De ulike psykoterapiskolene er imidlertid tuftet på en rekke normative forutsetninger der psykoterapi som en sterkt verdiladet aktivitet kommer tydelig frem. Innenfor de normative rammeverkene i de ulike psykoterapiskolene besvares spørsmål som: Hva er et godt menneskeliv? Hva er lidelse, og hva er lidelsens årsaker? Hva er forholdet mellom et individ og andre mennesker? Hva kjennetegner et godt menneskelig livsløp? Alle disse spørsmålene gir svært viktige peilere for hvilke verdier som vektlegges i de ulike psykoterapitradisjonene. Da kan man ikke utelukkende fokusere på om noe er effektivt eller ikke – hvilket i seg selv er et vanskelig kunnskapsteoretisk spørsmål.

### **PSYKOTERAPI SOM VERDISTYRT PRAKSIS**

Ifølge APA er de mest sentrale ikke-eklektiske tilnærmingene til psykoterapi representert i de tre skoleretningene kognitiv atferdsterapi, psykodynamisk terapi og eksistensiell terapi. Selv om alle disse tradisjonene rommer modeller med både spenninger og motsetninger, kan det være nyttig å forsøke å beskrive noen hovedtendenser fra sentrale teoretikere.

I kognitiv atferdsterapi tenker man gjerne at psykiske lidelser utvikles etter stress-sårbarhetsmodellen. Psykisk sykdom er forstått tilsvarende som somatisk sykdom, altså som noe som bør fjernes. Terapeuten anses



som en viktig tilrettelegger, men i prinsippet kan det like gjerne være pasienten som gjennomfører behandlingen. Både atferd og kognisjon er vektlagt, men det mest vesentlige for behandlingen er at pasienten bryter med destruktive tankemønstre. Denne prosessen består i å kultivere en menneskelig kapasitet til rasjonell klartenkning som psykiske lidelser ofte hemmer. Hensikten med behandlingen er økt tilpasningsdyktighet og en slags hverdagsfunksjonalitet.

I psykodynamisk terapi anses psykiske lidelser vanligvis som et resultat av dysfunksjonelle samspill med omsorgspersoner eller betydningsfulle andre som gjenspeiles i ubevisste strukturer. Disse strukturene organiserer pasientens meningsfulle opplevelse av verden og repeteres i samspillet med andre mennesker. Slik blir det konkrete møtet med terapeuten essensielt da det er her strukturen skal utspille seg i overføring og motoverføring. Hensikten med terapi er å restrukturere de ubevisste strukturene slik at livet kan leves uten de begrensningene som psykopatologien medfører. I psykodynamisk terapi kan en rekke livsprosjekt definere psykoterapiens mål i større grad enn tilpasningsdyktighet og kliniske spørreskjema.

I eksistensiell terapi er psykiske vansker knyttet til et uavklart forhold til grunnvilkår ved den menneskelige eksistens. Et viktig trekk ved mye eksistensiell tenkning er at mennesket må gripes i sin konkrete eksistens og ikke gjennom å beskrive en menneskelig essens. Utviklingspsykologi er viet relativt liten oppmerksomhet, men en sentral utviklingsoppgave er å bevege seg mot sin egen individualitet fra en mer samfunnsdefinert identitet. Knyttet til vår individualitet er angsten som melder seg i konfrontasjonen med livets endelighet og ved påminnere om vår grunnleggende frie natur. Ettersom angsten er ubehagelig, men har et frigjørende potensial, er menneskelig lidelse ikke nødvendigvis forstått som noe destruktivt. Hensikten med terapi er å kunne forsone seg med de menneskelige livsvilkår og tvetydigheten som livet ofte innehar.

Å identifisere de verdiene som ligger til grunn for psykoterapi, vil være å forstå psykoteraeutisk praksis bedre. Empirisk psykoterautiforskning, som kan si oss noe om fenomenet psykoterapi, bør sammenstilles med det verdimesige grunnlaget for terapi når vi diskuterer det. For alle som er opptatt av brukermedvirkning og pasientverdier, er innsikt i og en diskusjon knyttet til de ulike psykoterautiskolenes verdigrunnlag, svært viktig. En forutsetning for reell brukermedvirkning er en helhetlig belysning av behandlingsalternativ, og ettersom skolene har ulike distinkte verdiføringer, bør disse diskuteres for å se hvorvidt de stemmer overens med pasientens verdier. Dersom helsevesenet skal utformes etter statusen til enkelte segment av den empiriske forskningen alene, vil denne verdidimensjonen ved psykoterapi kunne bli ytterligere marginalisert. Det er dette som er forespeilet i de kommende pakkeforløpene for psykisk helsevern.

Valget for de som er involvert i arbeid med psykiske lidelser, består ikke i et valg mellom å drive med en praksis som har denne typen normativitet eller ikke. Valget er hvorvidt de normative aspektene skal virke implisitt eller ikke. For alle som verdsetter transparens, vitenskapsteoretisk refleksivitet og praksisnære beskrivelser, er det viktig at verdigrunnlaget for psykoterapi blir en integrert del av fagspråket. Psykoterapi handler dypest sett om å hjelpe menneskene som mottar behandling, til å skape bedre liv. ✕



I forskningsbaserte psykologiske behandlingsformer forholder man seg til de ulike psykoterautiskolene som om den eneste vesentlige forskjellen mellom dem er hvorvidt de er virksomme eller ikke

# Tøffere tider for barnesakkyndige

Betydelig redusert salær for barnesakkyndige kan vise seg å bli et tilbakeslag for barns rettsikkerhet.



**SVEINUNG HELLESEN NYGÅRD,**  
psykologspesialist og  
barnefaglig sakkyndig

## SALÆR FOR SAKKYNDIGE

**FØRSTE JANUAR** i år ble Forskrift om salær fra det offentlige til advokater m.v. endret på to vesentlige punkter. For det første ble salæret for oss som jobber som sakkyndige ved siden av stilling i det offentlige, redusert med 20 %. For det andre ble fraværsgodtgjørelsen redusert med 50 % sammenlignet med foregående år.

Departementets høringsnotat anslår at «om lag halvparten av de sakkyndige som mottar salær som personlig godtgjøring er ansatt i det offentlige og at om lag 1/4 av de sakkyndige som mottar salær som utbetaling til eget foretak er helt eller delvis ansatt i det offentlige» (regjeringen.no). Den nye endringen vil altså få betydning for et stort antall sakkyndige. I mine øyne er offentlig ansettelse i psykisk helsevern en forsikring om at den sakkyndige er oppdatert på faget sitt, og til daglig følger med i utviklingen av et fagfelt i rask endring.

### UHELDIGE KONSEKVENSER

Barnefaglig sakkyndige blir ofte engasjert i kompliserte saker, preget av sterk konflikt. Vi mekler, reiser hjem til folk og observerer samvær mellom foreldre og barn, kartlegger psykisk sykdom, rusvansker eller omsorgssvikt, og bruker vårt nærvær aktivt. Etter å ha job-

bet i en sak oppsummerer vi våre vurderinger skriftlig. Rapporter i saker etter barnevernloven skal vurderes av barnesakkyndig kommisjon. Siden legger vi frem våre vurderinger i retten, i full åpenhet for partene i saken og deres prosessfullmektige. I tillegg må vi ofte forsvare vår virksomhet når saker kommer opp i media. For ordet sakkyndig nevnes sjelden med positivt fortegn i presse eller fagtidsskrifter.

Kanskje kreves det et visst engasjement for å jobbe som barnefaglig sakkyndig? Det er et komplisert fagfelt, og ikke alle er komfortabel med å praktisere faget vårt i en situasjon preget av så mye transparens og kritiske innsigelser. Men jeg tenker at vi har grunn til å være stolte over å bo i et land som har løftet frem barns rettigheter. At vi har et lovverk i Norge som sier at «barnets beste» skal være rettesnormen når voksne er i konflikt, er unikt. Men det har vært en kamp, og det er krefter som gir til kjenne at de mener det har gått for langt.

Den nye salærforskriften får nå konsekvenser for sakkyndige på alle felt, samt advokater og andre retten engasjerer. I januar i år leverte jeg en faktura for et gjennomført oppdrag for en tingrett. De nye retningslinjene for salær



førte til at mitt honorar ble ganske nøyaktig 2/3 av det jeg ville fått for samme jobben en måned før.

Hvis retten i 2017 ber meg om å observere et samvær mellom en far og hans barn, og samværet varer i 2 timer med 3 timers reise hver vei (ikke uvanlig for oss som bor i grigrendte strøk), så vil jeg på de 8 timene tjene nøyaktig halvparten av det jeg gjorde før nyttår. Det bør også nevnes at jeg ofte legger slike observasjoner til helger eller ferier. Både fordi jeg jobber full stilling i det offentlige, og fordi det gjerne er ønskelig for familiene å slippe å ta barn ut av skole og barnehage.

#### **NEDPRIORITERER OPPDRAG**

Jeg skal ikke ta stilling til hva det offentlige bør betale for tjenester de ønsker utført, eller hvor det er riktig å stramme inn. Jeg nøyer meg med å konstatere at hver gang jeg blir forespurt om å ta på meg et oppdrag for retten (ukentlig), må jeg som offentlig ansatt i 100 % stilling gjøre en kost-nyttevurdering. Det å bruke kvelder, helger eller ferie borte fra min egen familie versus det jeg kan tjene på oppdraget. Selv med fjorårets salærsats var dette et vanskelig valg. Nå har regjeringens nye salærforskrift gjort val-

get så enkelt at det ikke lenger oppleves som et dilemma. For meg vil dette føre til at jeg ikke lenger kan ta på meg slike oppdrag.

Dersom flere gjør som meg, vil det bli vanskeligere for retten å hente inn faglig ekspertise i saker som omhandler barn. Domstoler må da i økende grad ta viktige avgjørelser som berører barn, på egen hånd. Og barna vil være prisgitt den enkelte dommers kompetanse på fagfeltet. Men endringene kan også føre til at sakkyndige ser seg tvunget til å endre praksis når de tar på seg oppdrag for retten. Halvert kompensasjon for reiser kan få den konsekvensen at flere samtaler vil foregå andre steder enn hjemme hos klientene, eller på telefon. Da vil sakkyndige miste vesentlig informasjon i sitt vurderingsarbeid.

Jeg frykter at innstrammingen i salærforskriften vil gå ut over barna. For jeg våger å påstå at barnefaglig sakkyndige gjør en viktig jobb i norske rettssaler, all kritikk til tross. Kompetente sakkyndige som gjør grundige undersøkelser i en sak, er garantister for at barns stemme blir hørt i saker der foreldre er i krise og ofte har nok med sitt. Endringen i salærforskriften kan vise seg å bli et tilbakeslag for barns rettssikkerhet. ❌

#### **HELGEARBEID**

«Regjeringens nye salærforskrift har ført til at jeg ikke lenger kan ta på meg oppdrag som barnefaglig sakkyndig», skriver Sveinung Hellesøen Nygård. Observasjoner av samvær legges ofte til helger og ferier, og reiseveien kan være lang. Foto: Shutterstock

# Innenfraperspektivet mangler

Det er lite interesse for indre tilstander og psykologiske prosesser ved psykiatriske institusjoner, skriver Åsne Tveito, som selv har erfart hvordan det er å være pasient i dagens psykisk helsevern.



**ÅSNE TVEITO,**  
privatpraktiserende  
psykolog

**PSYKISK  
HELSEVERN**

**JEG HAR LENGE** fulgt med i debatten om forskning på schizofreni, psykoser og depressive/maniske lidelser. Det er en gjennomgående utvikling at disse lidelsene blir forsøkt kurert med psykofarmaka, og at storparten av forskningsprosjektene er biologisk orientert.

Psykiater Paul Møller skriver i Aftenposten 27. januar i år at «psykens og psykosens viktigste ytring, selve opplevelsen, forskes det nesten ikke på». Forskningen på schizofreni og psykose er i dyp krise, hevder Møller. Det er mest attraktivt for forskere med hjernen som kan måles, veies og avbildes eksakt og detaljert. Psyken, derimot, er subjektiv, flytende og abstrakt, og derfor langt mer krevende å forske på, hevder Møller.

Møller omtaler psykoser og schizofreni, men det samme gjelder etter min oppfatning også depresjon, angst og mani. Spesielt innenfor de psykiatriske institusjonene har jeg inntrykk av at det mangler forsøk på individuell dybdeforståelse. Det vitenskapelige innenfraperspektivet må fram i lyset igjen og bli hovedfokus både for forskning og behandling.

Mine egne erfaringer som privatpraktiserende psykolog samsvarer langt på vei med disse beskrivelsene. Imidlertid kommer de sterkeste opplevelsene fra mine egne erfaringer som alvorlig deprimert med innleggelse på psykiatrisk institusjon for kort tid siden. En side ved dette er at psykiske lidelser fortsatt er stigmatisert, og jeg har av den grunn vært i tvil om å stå fram og formidle disse erfaringene. Det er også mye fordommer og uvitenhet som preger dette feltet. Men jeg vil gjerne få fram at psykiske lidelser bør omtales på linje med fysiske, og at alle kan rammes av en psykisk lidelse.

Jeg har omfattende erfaring med egenerapi, men ble likevel i en periode nylig mer og mer alvorlig deprimert.

Innleggelsen innebar behandling med ECT, mye bruk av psykofarmaka og «miljøterapi». Behandlingen innebar ikke samtaler om min indre tilstand og psykologiske prosesser, men handlet om enkle ytre gjøremål: spise, gå småturer, høytlesning fra avis, spille spill, se tv, etc. Det var absolutt ingen tilbud om jevnlig psykologsamtaler eller forsøk på «dypdykk» i de psykologiske prosessene jeg gjennomgikk. Behandlingen virket teknisk. Pasienter ble trillet inn og ut til ECT-behandling som om de var deler på en maskin som skulle repareres. Jeg følte behov for å protestere på noe av dette, men tenkte at det kunne være farlig, og at jeg kunne miste noen av de fysiske behandlingsmulighetene.

Et annet spørsmål er hva slags bivirkninger eller skadevirkninger denne typen behandling kan gi på lengre sikt. Kan for eksempel terskelen for tilbakefall bli lavere? Kan man bli avhengig av ECT-vedlikeholdsbehandling livet ut? Her er det mange ubesvarte spørsmål og relativt lite forskning. Mitt inntrykk er at ECT-behandling blir brukt i stadig økende grad på norske sykehus.

Jeg bygger på mitt eget møte med psykisk helsevern, og vet ikke om mine opplevelser er representative, men velger å formidle dette i håp om å skape en større og åpnere debatt om dette vanskelige temaet: psykologisk behandling sett opp mot behandling med psykofarmaka og ECT. Vi psykologer må engasjere oss mer i denne problemstillingen, ellers tar bio-kjemien over hele feltet. ❌



# Tar grep om barnevernet

Kommunene skal få mer ansvar.

**SOLVEIG HORNE**, barne- og likestillingsminister (Frp)

## BARNEVERN

**VI VET AT** det er kompetanseutfordringer i barnevernet, og kommunene etterspør selv mer kunnskap og muligheter for videreutdanning av barnevernledere. Derfor tar vi nå grep.

Jeg har nettopp lagt fram barnevernsreformen, der vi foreslår at kommunene får mer ansvar for barnevernet. Samtidig legger vi opp til en kraftig satsing på kompetanse slik at kommunene kan møte utfordringene og få et større ansvar. Jeg er glad for at vi har fått en ny barnevernslederutdanning i samarbeid med NTNU og Høgskolen i Nord-Trøndelag. Til høsten lanserer jeg en flerårig kompetansestrategi i barnevernet. Det er den største kompetansesatsingen vi har sett i norsk barnevern. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har et større arbeid på gang for å redusere antallet akutt saker.

Vi ønsker at flere barn som ikke kan bo hjemme, kan få bo i fosterhjem hos slekt eller nært nettverk. I dag bor én av fire barn i barnevernet hos familie, og tallet er økende. Mye av økningen skyldes satsingen på familieråd og andre metoder for å finne fosterhjem i barnets slekt og nettverk.

Vi har mottatt en møtehenndelse fra KIB som vi har til vurdering. ❌



Faksimile fra denne utgaven av Psykologtidsskriftet

# Ønsker nytt nettverk velkommen

Bra med mer diskusjon knyttet til barnevernets arbeid.

**MARI TROMMALD**, direktør i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir)

## BARNEVERN

**ALLE TILTAK SOM** fremmer diskusjoner om barnevernets arbeid og om kvalitet i tjenestene er viktige og bra, så dette (stiftelsen av Kompetansenettverk for kvalitet i barnevern, red. anm.) ønsker vi velkommen. Bufdir jobber aktivt for bedre bruk av slekt og nettverk ved plasseringer, og jobber med ytterligere implementering av familieråd.

Når det gjelder akutt plasseringer laget direktoratet en rapport i 2014 om akuttarbeid i det kommunale barnevernet. Direktoratet var da bekymret for veksten i akutt saker som hadde pågått siden 2008 og foreslo i rapporten flere tiltak. I 2015 ble det blant annet laget en faglig veileder for akuttarbeid i institusjon og beredskapshjem. I tillegg jobber Bufdir med flere andre tiltak overfor kommunene. Bufdir som fagdirektorat for kommunalt barnevern jobber hele tiden for at kvaliteten i tjenesten skal være best mulig, basert på den kunnskapen vi til enhver tid har. ❌

*Innleggene er kommentarer til aktuelt saken på side 442–443 som omhandler stiftelsen av Kompetansenettverk for kvalitet i barnevern (KIB).*



## Faglige hensyn betyr mest

Det er ikke riktig at valg av diagnose påvirker finansieringen i psykisk helsevern.

**FREDRIK A.S.R. HANSEN**, avdelingsdirektør, Avdeling finansiering og DRG, Helsedirektoratet

### FINANSIERING AV PSYKISK HELSEVERN

**DET ER BRA** med debatt omkring finansieringsordningene i helsetjenesten. Artikkelen i aprilutgaven av Psykologtidsskriftet om innsatsstyrt finansiering av spesialisthelsetjenesten (ISF) får frem at ISF-ordningen i likhet med andre ordninger har både styrker og svakheter.

Økt tilgjengelighet til spesialisthelsetjenester og god ressursutnyttelse er blant begrunnelsene for aktivitetsbasert finansiering. Den blandede finansieringsmodellen vi har i Norge, med et høyt innslag av rammefinansiering, gjør det mulig å innrette tjenestetilbud i tråd med faglige behov og ønskede prioriteringer.

Finansieringsordningene skal støtte opp under gode faglige hensyn. I artikkelen fremkommer det bekymringer for at ISF-ordningen vektlegger diagnostiske opplysninger i større grad enn det er grunnlag for. Vi har tatt faglige hensyn ved omlegging til ISF for polikliniske tjenester innen psykisk helsevern og TSB. Valg av diagnose eller tilstand påvirker derfor *ikke* finansieringen, i motsetning til hva det kan fremstå som i artikkelen.

Diagnoser og annen tilstandsinformasjon danner grunnlag for statistikk til bruk i styring, kvalitetsarbeid og forskning m.v. En *tilstand* må ikke være en diagnose; det kan også være et symptom eller en annen kontaktårsak. Dermed legger heller ikke statistikkssystemene føringer i retning av mer diagnosesetting enn det er faglig grunnlag for. ✕



## Smedslunds hjertesukk

Jan Smedslund er for resignert på empiriens vegne

**STEVEN RAY WILSON**, førsteamanuensis, Kjemisk institutt, Universitetet i Oslo

### VITENSKAPSTEORI

**I SITT ENGASJERENDE ESSAY** «Det kommer an på» i aprilutgaven av Psykologtidsskriftet, argumenterer Jan Smedslund for at psykologien ikke kan være en empirisk vitenskap. Som naturviter som møter mange av de samme utfordringene Smedslund beskriver, synes jeg teksten var overdrevent resignerende.

Et av Smedslunds hjertesukk: Det er mange faktorer som påvirker oss, ofte ukontrollerbart. Det er derfor vanskelig å isolere betydningen av faktorene vi ønsker å studere. Men slik er det også i naturvitenskapen. Ta klimaforskning: Man studerer betydningen av drivhusgasser, og forsøker å forutsi konsekvensene av vårt forbruk av fossilt brennstoff. Her er det bokstavelig talt en verden av faktorer som kan skape støy rundt det vi ønsker å studere, forstå og forutsi. Komplekse og delvis uoversiktlige studieobjekter er altså ikke unike for psykologifaget.

Smedslund impliserer at resultater fra empirisk forskning nærmest ikke har relevans for klinikken fordi forsøk på generalisering oftest er uten betydning for pasienten. Men hvorfor ikke bruke empiri for hva det er verdt når man behandler et individ? Jeg antar at en terapeut kan ha stort utbytte av flerdisiplinære vitenskapelige undersøkelser, som voldsstatistikk (når terapeuten sitter med en kvinne som har begynt å frykte mannen sin) eller statistikk på tilbakefall (i møtet med en ung rusmisbruker). Vil ikke en psykolog med innsikt i vitenskapelige undersøkelser være mer effektiv, også når man møter det unike? Slik må det være i naturvitenskapen også. Presisjonsmedisinering [1] går for eksempel ut på å nøye kartlegge en pasients biologiske



Faksimile fra aprilutgaven av  
Psykologitidsskriftet.

tilstand, for deretter å kunne skreddersy medisineren. Men selv om behandlingen alltid vil *komme an på* pasienten, må fundamentene for behandling etableres. Kun den orienterte kliniker, nysgjerrig på ny informasjon og idéer (ofte i form av grunnforskning), får nye strenger å spille på i utviklingen av nye, effektive terapier for enkeltmennesket. Selv om ikke alle strengene viser seg å ha like stor verdi.

Psykologer må ikke tro at naturvitenskap er et felt som kun observerer fallende legemer og rullende kuler, og dermed avviser naturvitenskaplige idealer som ubrukelige for fagfelt som behandler «det konkrete». Veien til viktige funn i naturvitenskap (f.eks. en ny kreftmedisin) er smertefullt lang, rar, full av skuffelser og tidvis ubrukelige data. Men det er motgiften til udokumenterte, kult-liknende bevegelser forkledd som terapeutiske retninger. Jeg håper inderlig at kolleger i psykologien ikke kaster inn håndkleet vedrørende empiri. Vi har mye å lære sammen med denne unge, men kanskje for utålmodige vitenskapen. ✕

## REFERANSER

- [1] F.S. Collins, H. Varmus, A new initiative on precision medicine, *New England Journal of Medicine*, 372 (2015) 793–795.

## Debatter

# EQ

**Sjefsinnlevelse** Innlevelsessevne er en bra sjefsegenskap. Det betyr ikke at emosjonell intelligens er en meningsfull størrelse.

*Ingress til Eva Grindes kommentar i  
Dagens Næringsliv 27. mars*

**Bløff** EQ betyr lite eller ingenting i praksis slik det defineres og måles nå. Derimot har vi mye kunnskap om hvilke andre holdninger, evner og trekk som er viktige for medarbeideres og leders ytelse. Vi bør bruke den kunnskapen, og droppe EQ-begrepet.

*Linda Lai i Ledernytt 30. mars*

**Energi Intelligens** EQ handler derfor om å fange opp frekvensen til andre og benytte denne informasjonen intelligent. Det er som en radio som fanger opp frekvenser fra ulike radiostasjoner. Hver radiostasjon har sin unike frekvens. Emosjonell Intelligens burde kanskje heller gå under navnet Energi Intelligens fordi det er dette vi egentlig snakker om.

*Camilo Løken i Ledernytt, 11. april*

**Befriende EQ** «Vi mennesker trenger god mental balanse for å håndtere en hektisk verden med store endringer», sier [Yuval Noah Harari]. Det er befriende godt å høre en intellektuell superstjerne si dette. Befriende, fordi skepsisen til fenomenet emosjonell intelligens synes å være massiv.

*Kathrine Aspaas skriver på NRK Ytring, 16. april*

**EQ er en bløff** Innsikt i egne følelser, empati for andre, hensyn til andres opplevelse, verdsettelse av mennesker, evne til å håndtere følelsesmessige belastninger, med mye mer, er viktige egenskaper. Å redusere dem til ett tall er imidlertid både umulig, uønskelig, og umenneskelig.

*Erik Q. J. kommenterer Aspaas sitt innlegg på NRK Ytring, 18. april*

# Inntrykk

---



**HISTORISK** Lovgiver er nødt til å ta stilling til hvem de utilregnelige er, for å kunne gi en meningsfull utilregnelighetsregel, skriver Steinar Træet og Reidar Schei Jessen. To bøker går historisk til verks for å forstå hvordan utilregnelighet har blitt oppfattet. *Portrait of a Woman Suffering from Obsessive Envy* er et maleri fra 1822 av kunstneren Théodore Géricault, og er et eksempel på den romantiske ideen om at ansiktsuttrykk sa noe om mental lidelse. Bilde: Musée des Beaux-Arts, Lyons



# De utilregnelige

Lovgiver er nødt til å ta stilling til hvem de utilregnelige er. To nye bøker om rettspsykiatri kaster nytt lys over fenomenet og kan bringe debatten videre.

I Norge, og i de fleste andre land, er det allment akseptert at handlinger som vanligvis blir møtt med straffereaksjoner, ikke bør anses som straffbare på grunn av visse egenskaper ved gjerningspersonen. Så lenge det har eksistert nedskreven rett, har loven til en viss grad anerkjent dette. I norsk rett kommer dette i dag til uttrykk i straffeloven § 20, som bestemmer at gjerningspersonen må være «tilregnelig på handlingstidspunktet» for å kunne straffes. Til tross for den brede enigheten om dette generelle utgangspunktet har den nærmere utforming og praktiseringen av tilregnelighetsvilkårene hele tiden vært gjenstand for debatt. Særlig i forbindelse med store og medieprofilerte rettssaker blusser interessen for utilregnelighetsspørsmål opp, både som en diskusjon om den aktuelle gjerningspersonen var tilregnelig, og som en kritikk av hvordan dagens system fungerer. Uenigheten om

hvordan straffeloven best kan formuleres for å fange «utilregnelighetens vesen», har særlig dreid seg om hvorvidt norsk rett bør fortsette å operere med et *medisinsk prinsipp*, eller om et *blandet prinsipp* er å foretrekke. Det medisinske prinsipp innebærer at retten kun trenger å ta stilling til om tiltalte hadde den relevante medisinske tilstanden i gjerningsøyeblikket. Et blandet prinsipp krever i tillegg at tilstanden hadde en innvirkning på det aktuelle lovbruddet, det vil si at tilstanden enten hindret gjerningspersonen i å forstå handlingens innhold eller hindret hans/hennes evne til å kontrollere egne impulser (Boucht, 2014).

I en nylig publisert artikkel i *Tidsskrift for rettsvitenskap* har Markus Jerkø (2016) hevdet at disse diskusjonene er kommet inn på et spor som forhindrer oss i å identifisere de beste løsningene på spørsmålet om hvordan utilregnelighetsvilkåret bør formuleres og praktiseres. »

## TEKST

Reidar Schei Jessen, psykolog, Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling, Sykehuset Østfold, og Steinar Træet, jusstudent, Universitetet i Oslo



## Ulike tiders syn på utilregnelighet henger sammen med skiftende syn på straffens begrunnelse

I stedet for utelukkende å debattere de to forskjellige prinsippene bør vi, ifølge denne kritikken, først diskutere spørsmålet om hvem de utilregnelige er.

### UTILREGNELIGHETENS HISTORIE

I boken *Utilregnelighet* tar førsteamanuensis i historie Svein Atle Skålevåg oss med på en historisk reise der forfatteren går gjennom utilregnelighetsbegrepet opprinnelse og utvikling fra slutten av 1600-tallet og frem til i dag. Boken viser hvordan det var 1700-tallets naturrettsenkere som først formulerte et generelt tilregnelighetsprinsipp. De forankret sin forståelse av tilregnelighet i menneskers *forstand* og *frie vilje*. Gjennom den frie vilje var mennesker årsaken til sine handlinger, og kunne av den grunn straffes for sine lovovertridelser. Det ble imidlertid anerkjent at det fantes tilfeller da menneskers forstand var tilslørt, og at deres handlinger derfor ikke kunne tilregnes dem i moralsk forstand.

Rundt århundreskiftet mellom 1700- og 1800-tallet vokste det gradvis frem en ny medisinsk spesialitet om sinnets sykdommer. Denne sinnssykemedisinen mente at psykiske sykdommer var lokalisert i visse deler av kroppens organer. I kjølvannet av denne utviklingen ble det etter hvert formet en oppfatning om at kriminelle handlinger kunne springe ut av kroppslig lokaliserte sinnslidelser som rammet følelseslivet, uten å ramme forstanden. Dette var et brudd med en lang filosofisk tradisjon som forsto utilregnelighet nettopp som en feil på forstanden. Gjennom å integrere det mentale i det kroppslige på denne måten ble det lagt til rette for sinnssykemedisinens økende betydning i strafferetten. Den videre utbyggingen av sinnssykemedisinen utover på 1800-tallet hang, ifølge Skålevåg, tett sammen med de funksjonene og den definisjonsmakten legene etter hvert fikk gjennom den nye lovgivningen. Dette er faglige avgrensninger og tradisjoner som psykologer fortsatt i dag må forholde seg til. Etter mye debatt fikk psykiatrien definitivt gjennomslag for sitt syn på tilregnelighet i den nye straffeloven av 1902. Ifølge lovens § 44 var det nå tilstrekkelig å konstatere den medisinske tilstanden «sindssyg» for at en handling ikke kunne straffes. Begrepet ble i 1997 byttet ut med det mer tidsriktige uttrykket «psykotisk».

### HVORDAN KAN VI BEST FORSTÅ «UTILREGNELIGHETENS VESEN»?

Det er interessant hvordan Skålevåg minner oss på at begrepet utilregnelighet er en språklig størrelse som ikke uten videre «finnes der ute», men blir bestemt av hva vi legger i det. I lys av dette blir det tydelig for oss at lovgiver er nødt til å ta stilling til hvem de utilregnelige er, for å kunne gi en meningsfull regel. Det innebærer å ta stilling til hvem vi ønsker å straffe, og i dette må det ligge til grunn antagelser om hvordan mennesket dypst sett fungerer. Spørsmålet om hvem som bør unnskyldes som utilregnelig, tangerer et av strafferettens mest grunnleggende spørsmål: Hvorfor bør samfunnet straffe mennesker som handler i strid med loven? Svaret på dette bør også kunne gi en viss veiledning til spørsmålet om når en gjerningsperson bør unnskyldes fra straff; nemlig i tilfeller der straf-

fens begrunnelse ikke slår til. Skålevågs historiske redegjørelse viser hvordan ulike tiders syn på utilregnelighet henger sammen med skiftende syn på straffens begrunnelse.

I rettsvitenskapelig litteratur skiller det tradisjonelt mellom de posisjoner som vektlegger *relative* og de som vektlegger *absolutte* begrunnelser for straff. De *relative* posisjonene fokuserer på hvilke *konsekvenser* straffen vil ha, og særlig i hvilken grad straffen har preventive virkninger med hensyn til senere lovbrudd, enten overfor allmennheten generelt eller overfor gjerningspersonen selv. Til tross for at de preventive begrunnelsene for straff har stått helt sentralt i den norske strafferettsdebatten, har de problemer med å gi en god avgrensning for hvem som bør unnskyldes fra straff. Overfor allmennheten vil det mest sannsynlig ha størst preventiv effekt dersom ingen blir unnskyldt som utilregnelig (Grønning, Husabø & Jacobsen, 2016), mens forskning på fengselsstraffens effekt overfor gjerningspersonen indikerer at den individualpreventive effekten antageligvis er liten (Mathiesen, 2011).

De absolutte posisjonene fokuserer ikke på straffens konsekvenser, men ser i stedet straff som en *gjengjeldelse* overfor gjerningspersonen. Straffen er dermed noe lovbrøtteren må tåle fordi vedkommende «fortjener det». Med dette som bakgrunn, kan «utilregnelighetens vesen» ta minst to former. Den første innebærer en *medisinsk* rasjonalitet: De psykisk syke burde ikke straffes fordi det er inhumant å straffe mennesker som snarere burde behandles. Slik argumenterte leger i den norske utilregnelighetsdebatten på slutten av 1800-tallet, for å rettfærdiggjøre en rettspsykiatrisk sakkynndighet. Den andre formen er i stedet myntet på en *moralfilosofisk* begrunnelse: Visse mennesker handler ikke av fri vilje, og de kan derfor ikke klandres for sine handlinger. Denne forståelsen har røtter tilbake til naturrettsstenkerne på 1700-tallet. I et slik perspektiv blir spørsmålet om tiltalte kan sies å ha *evne til å utvise skyld*, gjennom å være årsak til egne handlinger. Dette innebærer en anerkjennelse av at straff også innebærer en moralsk dom eller et uttrykk for misbilligelse. Den rådende oppfatningen i norsk strafferettslitteratur synes å være at utilregnelighet bør forstås som en moralfilosofisk størrelse. Men en slik begrunnelse for straff innebærer imidlertid ikke at svaret dermed er gitt på hvem de utilregnelige er. Tvert imot

medfører en slik forståelse at vi som samfunn må forholde oss til et av de mest grunnleggende spørsmålene knyttet til hva det vil si å være menneske: I hvilken grad har mennesker i det hele tatt fri vilje?

Ifølge Skålevågs redegjørelse for utilregnelighet er det tydelig at det historisk har vært spenninger mellom en voluntaristisk og en deterministisk forståelse av mennesker. I den ene enden av skalaen finner vi viljesfilosofenes syn på menneskets vilje som ubetinget fri. Denne retningen tok kategorisk avstand fra deterministiske holdninger som enten gjorde Gud eller andre forhold utenfor menneskets kontroll til handlingens årsak. På motsatt ende av skalaen finner vi 1800-tallets biologisk-deterministiske kriminalantropologi, som forklarte kriminalitet gjennom ideen om forbrytermennesket og medfødte egenskaper. Slik vi ser det, kan det virke som at vi i dag har landet på en posisjon som kombinerer både en voluntaristisk og en deterministisk forståelse av menneskelig atferd. Når noen erklæres for utilregnelig, innebærer det at vi mener at de er styrt av krefter som de ikke kan kontrollere. De som erklæres tilregnelige, derimot, forventer vi at kunne ha handlet annerledes. Er det en fare for at denne enten-eller-forståelsen av hvorvidt menneskelige handlinger er frie eller ikke, hindrer oss i å undersøke hvordan alle i varierende grad er styrt av sin bakgrunn, aktuelle livssituasjon og begrensede handlingsmuligheter?

## HVORFOR AKKURAT PSYKOSE?

Norge er i dag det eneste landet i verden som opererer med et rent medisinsk prinsipp. Dagens regel krever altså at det må være bevist at tiltalte ikke var «psykotisk» i gjerningsøyeblikket for å kunne dømmes til straff (Boucht, 2014).

Antologien *Rettspsykiatriske beretninger*, redigert av Pål Grøndahl og Ulf Stridbeck, tar for seg rettspsykiatrien i hele sin bredde. I kapitlene som er relevante for å belyse utilregnelighet, blir det gjort et poeng av at psykose er en mangefasettert tilstand, som kan variere i styrke og varighet hos samme person, og påvirkes av for eksempel personlighetspatologi og kognitive funksjoner. Det er interessant å lese at det i lys av nyere kunnskap er grunn til å tro



### PÅL GRØNDAHL OG ULF STRIDBECK

*Rettspsykiatriske beretninger. Om sakkynndighet og menneskeskjebner*, Gyldendal Akademisk, 2015. 416 sider



### SVEIN ATLE SKÅLEVÅG

*Utilregnelighet. En historie om rett og medisin*, Pax, 2016. 249 sider





Man kan stille spørsmål ved hvorfor vi har bestemt at det er akkurat psykose som er strafferettslig relevant, mens andre alvorlige psykiske vansker ikke fører til straffrihet

at psykose ikke er et rent biologisk fenomen som rammer en person uavhengig av andre forhold, men heller er en tilstand som blir påvirket av andre faktorer, for eksempel oppvekst og livssituasjon. I de senere årene har det også kommet forskning som indikerer at det kan være vanskelig å skille skarpt mellom psykoselidelser og andre psykiske lidelser, som for eksempel personlighetsforstyrrelser. En ser også at personer kan ha ulike psykotiske symptomer uten at de oppfatter det som plagsomt. I tillegg finner vi mange av de samme årsaksmekanismene bak psykoselidelser og personlighetsforstyrrelser, for eksempel barndomstraumer, sosial marginalisering og sårbarhet for stress (Schroeder, Fisher & Schäfer, 2013). I lys av dette kan vi stille spørsmål ved hvorfor samfunnet har bestemt at det er akkurat psykose som er strafferettslig relevant, mens andre alvorlige psykiske vansker ikke fører til straffrihet.

Anders Behring Breivik kan etter vår oppfatning illustrere dilemmaet: De rettspsykiatriske sakkyndige vurderte ham nærmest konsekvent ulikt (Dom i 22. juli-saken). Det første sakkyndigparet tolket for eksempel Breiviks utsagn om at han kan bestemme over hvem som skal leve og dø, som uttrykk for psykose. Det andre sakkyndigparet tolket derimot det samme symptomet som uttrykk for en narsissistisk personlighetsforstyrrelse. I etterkant av rettssaken har debatten dreid seg om hvilken konklusjon som var riktig, mens vi i liten grad har diskutert hvorfor psykose gjør ham mer utilregnelig enn alvorlig personlighetsforstyrrelse.

## MORGENDAGENS UTILREGNELIGE

Skålevågs bok viser at utilregnelighet er et fenomen som henger sammen med rådende tanker om hva mennesker er, hvordan samfunnet bør være, og vår forståelse av hva det vil si å ta frie valg. I Grøndahl og Stridbecks antologi trekkes det frem at hva som kvalifiserer til utilregnelighet, må være fundert på oppdatert kunnskap om psykisk lidelse. Det blir samtidig gjort et poeng av at denne kunnskapen er i stadig endring. Slik vi ser det, viser disse bøkene at fenomenet utilregnelighet berører både vårt syn på hva straff skal være, og hvordan vi best kan ta vare på sårbare mennesker som begår kriminelle handlinger. Er mennesker styrt av medfødte egenskaper og sosiale forhold, eller frie til å overskride sine impulser og i stand til å velge mellom ulike handlingsalternativer? Dette er sammensatte spørsmål som vi må diskutere når vi utformer fremtidens utilregnelighetsprinsipp. ✘

## REFERANSER

- Boucht, J. (2012). Om strafferettslig tilregnelighet i norsk rett – med noen synspunkter fra et nordisk perspektiv. *Lov og Rett*, 51(9), 515–532.
- Jerkø, M. (2016). Utilregnelighet på gjengrodde stier – analytiske refleksjoner om formuleringen og praktiseringen av rettens utilregnelighetsvillkår. *Tidsskrift for Rettsvitenskap*, 129(2–3), 266–300.
- Gröning, L., Husabø, E.J. & Jacobsen, J. (2016). *Frihet, forbrytelse og straff. En systematisk fremstilling av norsk strafferett*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Mathiesen, T. (2011). Retten i samfunnet. En innføring i retts sosiologi. Oslo: Pax.
- Schroeder, K., Fisher, H.L. & Schäfer, I. (2013). Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(1), 113–119.



## Teigen og terningen

*Terningen er rund* heter en ny bok om bedømmingspsykologi.

«Folks tenkning om sannsynligheter gir grunn til ettertanke. Deres tanker om usikkerhet likeså. Ikke minst for de av oss (en minoritet, kan hende) som syns at tenkningens psykologi kan by på like mange utfordringer som følelsenes», skriver forfatteren, Karl Halvor Teigen, i forordet.

Teigen, professor emeritus ved Universitetet i Oslo og Adjunct Research Scientist ved Simula Research Laboratory, er mannen som i 2011 fikk den paradiske *Ig Nobelpris* for artikkelen «Is a sigh just a sigh? Sighs as emotional signals and responses to a difficult task». Hans definisjon av sukk var «lyden av håp som forlater legemet».

Ifølge forlaget Cappelen Damm Akademisk er boka en uhyttelig innføring i bedømmingspsykologien. Den gir smakebiter fra dette mangfoldige feltet, basert på internasjonal forskning og forfatterens egne bidrag gjennom en lang forskerkarriere. Den gir overraskende og underholdende glimt av hva som skjer når folks skjønn og øyemål blir satt på prøve, lover forlaget.

«Jeg vet ikke hvem leseren er. Jeg baserer meg på illusjonen om at vedkommende ikke er helt sikker på det selv heller, men er villig til å prøve noen kapitler omtrent som en kunde tar en lue eller et skjerf ned fra stativet før hun kikker i speilet» skriver Teigen, som håper at kundene vil finne noen av plaggene, eller kapitlene, annerledes enn de trodde.

*Psykologtidsskriftet*

## KLASSIKEREN



## Erkjennelsen av det dypt allmennmenneskelige gjør det trygt å gå inn i det terapeutiske rommet.

Harold F. Searles, *Countertransference and related subjects; selected papers*. Publisher New York, International Universities Press, 1979

Jeg oppdaget Harold Searles' tekster om langtidsterapi for pasienter med schizofreni idet klinisk psykologi var i ferd med å bli sementert i mitt sinn som vitenskapen om *de andre*. Kanskje ikke på overflaten, men like under identifiserte jeg meg allerede med et landskap som utvetydig skilte behandlere og pasienter: en betryggende armlengdes avstand til det uforståelige.

Kontrasten var stor til Searles' nøkterne og omsorgsfulle beskrivelser av pasienten og terapeutens kontaktflate, av deres gjensidige innsats, av to aktive deltakere som deler risikoen og fortjenesten mellom seg, og begges behov for å leges gjennom å reparere en annen. Sømløst balanserer han behovet for å la seg berøre og respondere på pasientens følelsesuttrykk med behovet for et robust indre og ytre rammeverk.

Mer enn tematikken var det den upretensiøse erfaringsnærheten som traff meg i Searles' artikler: Han bruker kanskje ordene til en etterkrigstidens freudianer, men demonstrerer samtidig en udogmatisk og ujallete vilje til å avkle sitt eget sinn gjennom beskrivelser av tidvis uflatterende kliniske øyeblikk. Tilbake satt jeg med et glimt av innsikt i hvordan det ikke er avstanden, men erkjennelsen av det dypt allmennmenneskelige som gjør det trygt å gå inn i det terapeutiske rommet.

*Line Brotnow oppfordrer Andrea Kanavin Grythe til å ta stafettpippen videre*

# Helsearbeideren i skvis

Skal vi knele under presset eller diskutere problemet?

Forfatterne ønsker seg flere brysomme arbeidstakere.



**RANDI KROKEN,  
OLE JACOB MADSEN  
(RED.)** *Forvaltning  
av makt og moral i  
velferdsstaten – fra  
sosialt arbeid til «arbeid  
med deg selv»?*  
Gyldendal Akademisk,  
2016. 176 sider

## ANMELDT AV

Janne Horgen Friberg,  
psykolog.

**HAR DU MERKET** et indre murrende ubehag knyttet til din arbeidssituasjon og yrkesutøvelse du ikke helt klarer å plassere? Her er en bok fra et knippe forfattere som ønsker å støtte sosialarbeidere og andre velferdsagenter i å våge å se mer av hele bildet. Stole på det vi opplever når vi føler oss i kvis mellom forventningene vi møter til vår yrkesutøvelse, og mulighetene vi har til å innfri dem innenfor dagens byråkratiske rammer. Eller når vi fornekter diskrepans mellom hva som skjer i vårt daglige arbeid, og hvordan det beskrives av ledelsen. Forfatterne håper å oppmuntre oss til å bli litt mer brysomme arbeidstakere som våger å reise prinsipielle og praktiske spørsmål om velferdsstatens forvaltning av makt og moral.

Dette synes jeg er en strålende intensjon. Jeg har lenge tenkt at en ikke blir spesielt smart av å være en for lydige arbeidstaker.

## REFLEKSJON OG ERFARING

Boka er skrevet av fire sosionomer og en psykolog, alle med forskningserfaring og lang tids interesse for disse temaene. Den baserer seg på

forfatternes teoretiske refleksjoner rundt egen erfaring og mer formalisert empiri i form av kvalitative intervjuundersøkelser av sosialarbeidere og case-studier.

Forfatternes påstand er at vilkårene for sosialt arbeid har forandret seg, og at dette har hatt noen negative konsekvenser som vi trenger å bli mer bevisste på.

De stiller spørsmål ved begrepet brukermedvirkning, ved privatiseringen av moralske dilemma og ved vilkårene for maktkritikk. Psykologiens innflytelse i velferdsstaten, endringer i normative aspekter ved fagene våre og nytten av ekspertisesamfunnet er også sentrale temaer.

Rammefortellingen i boka handler om hvordan økningen i sosiale utgifter som andel av BNP fra 1980-årene av, sammen med en ny tidsånd – nyliberalismen – banet vei for innføringen av nye styringsformer utover på 1990-tallet. Denne reformbølgen tok sikte på å effektivisere offentlig sektor etter prinsipper fra privat sektor, og kalles gjerne New Public Management (NPM). Økonomiske incentiver skulle knyttes til oppfyllelse av



definerte måltall, og faglige vurderinger og tiltak skulle veves tettere sammen med administrasjon og styring. Forfatterne hevder at makt og ansvar gradvis har skiftet fra politisk nivå til administrativt nivå, i form av en type «indirekte styring» som er vanskeligere å indentifisere.

#### UBEHAGELIGE SPØRSMÅL

Ved siden av å beskrive selve styringsmodellen vektlegger forfatterne de kulturelle endringene som har gått parallelt – i synet på hva som forstås som idealmennesket. Denne kulturendringen, som startet på 1980-tallet i England og USA, har et individualistisk blikk på mennesket der idealet er mest mulig selvstyrte og initiativrike borgere. Språkbruken innenfor velferdsforvaltningen legger nå vekt på at «brukeren» skal ha «styrkede individuelle rettigheter», med mindre tvang og mer myndiggjøring. Borgeren er fri, men også tydeligere og tydeligere ansvarlig for sin egen suksess eller undergang.

Flere av bokas kapitler tar utgangspunkt i denne kulturendringen. Forfatterne hevder at

vi har forlatt 1960- og 1970-tallets fokus på samfunnsskapt livsbetingelser og kollektive hjelpeordninger, og nå fremhever «arbeid med oss selv». De stiller det ubehagelige spørsmålet om våre profesjoner for ukritisk har blitt med på å forvalte disse verdiene, og at vi har fått stor innflytelse av å gjøre det. De spør om vi har sluttet å arbeide med endring av samfunnsbetingelser og heller begrenser oss til å jobbe med å frigjøre klienter fra sin egen mentale fastlåsthet. Om vi har blitt med på å forlate omsorgsbegrepet til fordel for ansvarsprinsippet.

I sitt kapittel om brukermedvirkning stiller Solveig Botnen Eide spørsmålet om dagens ideal om brukermedvirkning er for sterkt preget av en idé om individet som autonomt og selvstendig. Når vi snakker om brukeren som en likeverdig helsetjenestekonsument, blir det, ifølge Eide, en løgn som underslår klientens sårbarhet og avhengighet av hjelperen. Tidvis lykkes hun med en ganske fornøylig radbrekking av populære begreper innenfor velferdsforvaltningen – og etterlater ingen tvil om at kommunikasjons- og PR-byråene har gode tider under nyliberalismen. Hun viser også hvordan

#### NYLIBERALISTISK VIND

Margaret Thatcher bidro til en nyliberalistisk vind i vesteuropa på 80-tallet, en vind som ifølge anmelderen bidro til å skape et individualistisk arbeidsliv som i dag er for lite opptatt av systemet rundt arbeidstakeren. Foto: Williams, U.S. Military/ Wikimedia Commons





Forfatterne spør om vi har sluttet å arbeide med endring av samfunnsbetingelser og heller begrenser oss til å jobbe med å frigjøre klienter fra sin egen mentale fastlåsthet

den uttalte ideen med begreper som «myndiggjøring» og «brukermedvirkning» i praksis ofte står i direkte motsetning til andre uttalte idealer som standardisering og sentralisering.

#### **NØDVENDIG SELVKRITIKK**

I kapittel 5 retter Ole Jacob Madsen et kritisk blikk på psykologiens inntog i velferdsstaten, slik han også i tidligere arbeider har tatt det jeg mener er et nødvendig ansvar og selvkritikk på vegne av vår profesjon. Han er på ingen måte dogmatisk, og han er tydelig på at psykologiens rolle i velferdsstaten i det store og hele representerer et fremskritt. Samtidig diskuterer han utviklingen av normalitetsbegrepet, og spør om dette er i ferd med å bli for trangt. Han gir oss eksempler som viser at kvasipsykologiske forklaringer brukes ukritisk, i tide og utide, og på alle mulige områder. Han stiller spørsmål ved om vi har laget oss en idé om at barn er veldig skjøre. Om «den sårbare psyken» blir et altomfattende referansepunkt som bidrar til å skape unødvendig usikkerhet hos foreldre, og som til slutt rammer barna. Han påpeker det paradoksale i at selvfølelse og selvregulering stilles som krav til borgere i den moderne staten, samtidig som flere og flere faktisk trenger hjelp til å få det til og opplever hjelpen som god å få. Madsen konkluderer med at sosiale problemer synes å bli unndratt sin politiske og samfunnsmessige kontekst, og i stedet blir overlatt til velferdsstatens eksperter.

I forlengelsen av Madsens påpekning av den manglende forståelsen for strukturelle forhold børster Nicole Hennem i sitt kapittel støv av klassebegrepet innenfor barnevernsarbeid. I en tid med voksende økonomisk ulikhet mellom grupper av mennesker, blir jeg glad hver gang noen tør å gjøre det. Hennem argumenterer for at når sosial klasse og økonomisk posisjon utelukkende oppfattes som å bli reproduisert gjennom foreldrene, og når nevrovitenskapen brukes for å lage objektive standarder for tilstrekkelig omsorg, så glemmer vi at dette er moralske spørsmål som trenger åpne informerte debatter.

#### **FAGPERSONENES STREV**

For en gulvarbeider som meg er boka på sitt aller beste når den gjennom konkrete kasus viser hvordan den enkelte fagpersonen daglig strever for å finne ut hvordan hun skal forholde seg til seg selv og sitt arbeid i spenningsfeltet mellom faglighet, etikk, styringsincentiver og politikk. I kapittel 3 og 4 henter Bjørg Fossestøl og Randi Kroken eksemplene fra sosialtjenesten i NAV og barnevernet. Her forsøker de å vise hvordan de ansatte opplever en form for ansvarsoversvømmelse, der de skal møte enorm lidelse med påtvungne og utilstrekkelige rammer. Daglig må de forholde seg til spørsmålet om det er mulig å forene det formelle og det moralske ansvaret de opplever. Samtidig finnes det ikke noe forum for å reflektere rundt moralske dilemmaer – som verken anerkjennes eller ønskes diskutert på ledelsesnivå.

Fossestøl og Kroken viser hvordan målstyringen og enkle økonomiske incentiver har ført til at ledelsen gjennom et begrep som «accountability» har avgrenset og forenklet sitt moralske ansvar ned til å kun svare for målbare og prosedurale krav. Gjennom kvalitative intervjuer med fagpersoner viser forfatterne hvordan den enkelte gulvarbeider blir sittende igjen med en følelse av tilkortkommenhet og skam over sitt eget arbeid. Veien er meget kort her, tror jeg, før det vil kunne få konsekvenser for arbeidstakerens helse. Vi får selv lese hvordan informantene opplever et



økende indre press til å rasjonalisere rundt sin egen atferd – en atferd som de i utgangspunktet ikke står inne for – og hvordan de forholdsvis raskt er villige til å endre sin egen moralske praksis for å kunne leve med seg selv i hverdagen. Orker vi å erkjenne at vi kjenner oss igjen? Ja, jeg gjør i hvert fall det.

### BØR HA MAKT

Dette en viktig bok. Men jeg er av den kritiske sorten, så helt fornøyd kan jeg ikke si meg. Tidvis rykker det i psykologen i meg, og jeg får flere steder lyst til å diskutere ansvar, grenser og maktutøvelse med sosialarbeiderne som portretteres. Det skrives aldri eksplisitt, men man kan fornemme en underliggende idé om at makt i seg selv er et onde, og at den skal avkles. Det mener jeg er en avsporing. Makt er noe vi har og bør ha. Problemet oppstår først når resultatene av maktutøvelsen er negativ, og når de som utøver makt, lyver om hva de egentlig gjør, og om hvorfor de gjør det. Mitt poeng er at makt skal utøves og grenser skal settes av faglige grunner. Og når økonomiske hensyn trumfer faglige hensyn – slik de av og til må – så bør man være ærlig nok til å la det være eksplisitt. Boka er på sitt aller beste nettopp når den synliggjør uærligheten rundt hva som gjøres og av hvilke grunner.

Boka kunne samtidig ha tjent på at rammefortellingen ble tydeligere fortalt. Med litt strammere regi kunne leseren fulgt de overordnede temaene fra rammefortellingen ned til enkelttekstemplene fra praksis. Nå blir man ofte nødt til å trekke linjene selv. Flere steder framstår dessuten språket som litt oppstyltet og unødvendig komplisert. Klarhet er en dyd – ikke minst når man har noe viktig å formidle.

### PRESSET AV RAMMENE

Mange av oss befinner seg daglig i paradoksale situasjoner der uttalte vakre mål står i direkte motsetning til incentiver for daglig drift. Der fine verdier om tverrfaglighet og mer hjelp til de mest sårbare, om forebyggende arbeid og fritt sykehusvalg ikke prioriteres når de viser seg å slå negativt ut på bunnlinja.

Og som fagfolk blir vi stående og forkynne selvstendig ansvar i en verden der strukturelle føringer stadig øker ulikhetene i folks livsbevingelser.

Som arbeidstakere er vi underlagt en individualistisk ideologi som sier at vi er selv-

stendig ansvarlig for jobben vi gjør. I altfor liten grad tematiserer vi at jobben vår er helt avhengig av de rammene vi er underlagt. Det er naivt å tro at vi ikke påvirkes av dette. Og det er enda mer naivt å tro at det ikke er en intendert konsekvens av de stadig nye reformene. Eller for å sitere Margareth Thatcher, en av nyliberalismens store forkjempere: «Economics are the method. But the object is to change the soul.»

Vi mennesker er som kjent ikke så gode til å håndtere kognitiv dissonans, og resultatene er ofte moralsk deprimerende. Når vi daglig tar oss selv i å måtte utføre arbeid vi ikke er sikre på om vi kan stå for – som å gi kortere eller mer lavfrekvent behandling enn det vi vet virker – så kneler vi raskt under presset. «Never underestimate the power of denial», sier en av karakterene i filmen «American beauty». Men er det noen som burde orke å tenke selv under dissonans, så er det psykologer. Jeg har lav toleranse for løgn, både i form av indre selvbedrag og i form av løgn i systemer, enten det kommer i form av triksing med produksjonstall eller påstander om at tilstrekkelig helsehjelp alltid er gitt. Og jeg mener at forfatterne her peker på et stort problem som i liten grad tas på alvor, og som sjelden settes ord på i dag.

### TRENGER DEBATT

Da trenger vi bøker som denne – som hjelper oss med å få et metaperspektiv på vår egen hverdag. Om vi klarer å løfte denne debatten, vil gevinsten være mer demokratiske systemer gjennom aktiv tilbakemelding oppover i systemet. Det vil gi realpolitiske debatter rundt ressursbruk, og ikke minst vil det kunne medføre bedre tjenester til brukere og bedre helse til sosialarbeideren. Om vi ikke klarer å snakke bedre om dette enn det vi gjør i dag, vil det koste både brukernes og de ansattes helse. ❌

### Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

Send forespørsel på e-post til [nina@psykologtidsskriftet.no](mailto:nina@psykologtidsskriftet.no).

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



## REDIGERING OG OVERSETTELSE

Boka oppsummeres i siste kapittel med et manifest bestående av åtte artikler. Flere avsnittsoverskrifter og færre gjentakelser til fordel for flere kasuistikker ville gjort boka enda mer leservennlig og informativ, men jeg tror Kinderman har vært mer opptatt av å inspirere til diskusjoner om de foreslåtte reformene enn av å sikre en optimal redigering av hvert kapittel.

Jon Lund Hansens oversettelse fungerer bra, selv om tittelen *Fra sykeliggjort til aktiv deltaker* ikke kan sies å være en direkte oversettelse av originaltittelen. Når sykeliggjøring innebærer befesting av hjelpeløshet og offerposisjoner, blir det ingen aktiv deltakelse. På den annen side har de fleste som tilbyr samtalebehandling erfart at det blir heller ingen mobilisering av selvhelbredende krefter hvis bedring av (syke) sosiale forhold alltid ses som en betingelse for økt psykisk velvære.

## VISJON OG VIRKELIGHET

Om helsetjenestene i England endres i den retningen Kinderman skisserer, vil det trolig gå en del år før de økonomiske gevinstene blir slik han forventer. Psykiatriprofessor Sigmund Karterud hevder at medikaliseringstendensen gjennom de siste 50 årene har bitt seg fast i folkedypet, og mange vil ha piller for sine livsproblemer. Det trengs langvarige holdningskampanjer for å endre dette.

Forfatteren er utvilsomt klar over at den betydelige reduksjonen av psykofarmakaforskrivning som hans utregninger er basert på, er et tidkrevende prosjekt. Jeg sikter her blant annet til fenomenet abstinensreaksjoner («withdrawal symptoms») i forbindelse med nedtrapping og seponering. De norske psykiaterne A.E. Vaaler og O.B. Fasmer hevder at antidepressive legemidler gir betydelig risiko for abstinensreaksjoner, men de representerer trolig ennå ikke en flertallsoppfatning blant psykiatere og allmennpraktikere. I Norge er eksempelvis foreskrivningen av antidepressive legemidler til tenåringsjenter blitt doblet i løpet av de ti siste årene.

Psykologiprofessor Tor-Johan Ekeland skriver i bokas etterord at de medikamentfrie behandlingstilbudene som nå finnes i spesialisthelsetjenesten, framkommet etter initiativ fra brukerorganisasjonene, har trange kår dersom ikke-medikamentell behandling skal tilbys i tradisjonelle medisinske institusjoner. Et mulig unntak er kanskje de seks døgnplassene som ble opprettet av Helse Nord 1. januar i år, det vil si et medikamentfritt behandlingstilbud der bruk av nevroleptika ikke er en betingelse for å få hjelp. Tiltaket er for øvrig en nyskapning også når det gjelder organisering, siden enheten inngår som en del av sykehusets (UNN) ordinære psykiatriske behandlingstilbud.

## ANBEFALINGER

Jeg deler Peter Kindermans utgangspunkt om at de psykiske helsetjenestene må søke sosiale framfor medisinske løsninger. Verken frivillig eller tvungen bruk av psykofarmaka kan lenger legitimeres ved henvisning til antakelser om kjemiske ubalanser i hjernen som korrigeres ved riktig dosering av piller og sprøyter. Å lytte til ulike brukerstemmer er en viktig del av evidensbasert praksis. Alle som ønsker å opprettholde sin bruk av eller vil prøve psykofarmaka, skal møtes med respekt. Det bør være like selvfølgelig at det samme gjelder for personer som ikke ønsker å benytte psykofarmaka i sine forsøk på selvregulering og mestring av vanskelige følelser. ✘

# Ferskvare



## Åtte metoder

John Kjøbli, Helene Eng, Sigrun K. Ertesvåg og Ivar Frønes har redigert *Å mestre det vanskelige. Individrettede intervensjoner*

for barn og unge (Gyldendal Akademisk). Boka inngår i serien *Intervensjon og evidens*, der samfunnsperspektivet er sentralt. I tillegg drøfter bøkene ulike individ-, familie-, barnehage- og skolebaserte intervensjoner. Åtte intervensjoner som alle har vist dokumentert effekt presenteres. Tiltakene retter seg særlig mot angst, depresjon, traumer og atferdsvansker.



## Smerte

Hvordan forstå og håndtere smerte ut ifra et psykologisk perspektiv? Universitetsforlagets bok *Smertepsykologi* av Egil

A. Fors og Tore C. Stiles (red.) begrunner psykologiens plass i smertehåndteringen. Blant temaene er nevropsykologiske aspekter, kommunikasjon med smertepasienter, kognitiv atferdsterapi, hypnose og visualisering, mindfulness og mindfulness-basert stressreduksjon, aksept og forpliktelsesterapi, korttids intensiv psykodynamisk terapi og nettbasert psykologisk behandling av smerte.



## Utviklingstraumer

*Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi* av Dag Øystein Nordanger og Hanne Cecilie Braarud

er ifølge Fagbokforlaget en grunnbok som beskriver en ny forståelse av hvordan traumer i oppveksten kommer til uttrykk, og hvordan utsatte barn og unge best kan hjelpes. Utviklingstraumer blir her forstått i lys av nyere utviklingspsykologisk og nevrobiologisk kunnskap, hvor regulering og toleransevinduet er to avgjørende begreper. Boka redegjør for teori og forskning, og viser hva forståelsen betyr i det praktiske arbeidet.

# Åndskampen

Den kristne kulturarven står mot den terapeutiske tenkemåten på teatret denne våren. Psykologene vinner.



**ØYSTEIN  
HELMIKSTØL,**

journalist, Tidsskrift  
for Norsk  
psykologforening

**MENS PSYKOLOGER STRØMMER** til Det norske teatret for å se andre psykologer snakke om terapi, blir sannelig Gud nevnt i et annet stykke på det samme teateret denne våren.

**Foreldrene Brita og Kristoffer** kommer bærende med sønnen Asle opp fra stranda og møter Gamle-Ales. Asle er død, på sjuårsdagen sin, i 1897. Da er det at Gamle-Ales kommer med trøst:

Må ikkje stå slik, seier Gamle-Ales  
Herrens vegar er uransakelege, seier ho  
Han har det godt, Asle, no, han er hos Gud  
i Himmelen, så ikkje sørgje, de, seier ho  
Det finst ein god Gud, seier ho

Gamle-Ales ville i dag fått få «likes» for sine trøstens ord. Hun var nok ingen psykolog.

**Den kristne kulturarven** står mot den terapeutiske tenkemåten: På Det norske teatret i vår spilles Jon Fosses *Det er Ales*, om fjorden, kjærligheten, døden og savnet, parallelt med *Overføring*. Det sistnevnte stykket er basert på psykolog Marit Råbus intervjuer med psykoterapeuter som forteller om hva terapien de har utøvd, har gjort med dem selv, og om hvordan den terapeutiske tenkemåten har påvirket Norge de siste femti årene. Når dette leses, har muligens både Gud og Gamle-Ales tuslet ut av vårprogrammet. Psykologen og terapeutene fortsetter.

**Er Gud tilbake?** Nei. Andelen som tror på Gud, sank fra 70 prosent i 1982 til 53 i 2008, ifølge Statistisk sentralbyrå. Antall gudstjenester og deltakere går ned i dette landet. Men samtidig har interessen for og behovet for kunnskap om religion og religionstilhørighet blitt

større, både i Norge og ellers i verden, ifølge SSB. Med bakgrunn i dagens interesse for temaet er det grunn til å tro at denne etterspørselen vil øke, og at de ubesvarte spørsmålene fortsatt vil stilles og søkes besvart, skrev SSBs Liv Taule i 2012.

**Samuel Beckett og Ingmar Bergman** jaget Gud bort for 50 år siden. Nå skriver Jon Fosse Gud inn igjen, konstaterte NRK-anmelder Tom Egil Hverven da romanen *Det er Ales* ble utgitt i 2004. Her fant leseren Gud, kristen offersymbolikk og kors-struktur i setningene. Etter boka har Fosse blitt både salmedikter og konfirmert kjendiskatolikk. Fosses Gud er nok hakket mer sosialdemokratisk enn den rigide dommeren Beckett og Bergman ga rødt kort.

**Det er ikke kristendommen**, men psykologisk tenkning som gjelder i dag, sa Tyra Tønnesen til Psykologtidsskriftet i mars. Hun har dramatisert det psykologiske forskningsprosjektet om psykoterapeuter som har blitt til stykket *Overføring*. Det er dette som er vår kulturarv, ifølge Tønnesen. Det skjedde i løpet av en generasjon. Ifølge psykolog Ole Jacob Madsens avhandling<sup>1</sup> fungerer psykologien på mange måter som en religion, og er på den måten med på å erstatte religionen som kollektivt rammeverk.

Er høydepunktet i den terapeutiske kulturen nå? «Alle» vil bli psykologer, terapeuten i tv-terapiserien «Jeg mot meg» blir hele Norges psykolog, og i disse dager strømmer altså psykologer til teatret for å høre eldre kolleger snakke om psykoterapi.

1. Madsen, O.J. (2011). *The Unfolding of the Therapeutic. The Cultural Influence of Psychology in Contemporary Society*. Ph.d.-avhandling. Bergen: Universitetet i Bergen.



Psykologtidsskriftet bygger selvsagt opp under den terapeutiske kulturen. Det er *Overføring* som har fått mest oppmerksomhet hos oss.

Det finnes dem som mener at Gud og psykoanalysen er motstandere, ikke bare på Det norske teatret, men også i verden utenfor. Psykoanalysen står sterkt i Frankrike, noen mener det er fordi det er verdens mest sekulære samfunn.

Blir Norge stadig mer sekularisert? Flere forskere påpeker at det er vanskelig å måle slikt, dessuten kan økt innvandring påvirke samfunnet i motsatt retning.

**Vi ser tegn** til denne motsatte retningen: Fagfolk melder om økende interesse for religionspsykologi. Det faglige religionspsykologiske arbeidet er i vekst i de nordiske landene, skriver redaktørene i forordet til boken *Religionspsykologi* fra 2014. Nordens første religionspsykologiske senter, ved Sykehuset Innlandet, melder om stor interesse og aktivitet. De driver stadig mer religionspsykologisk forskning relatert til psykoselidelser, demens, kreft, folkehelse og ritualisering ved ulykker. Hva er dette? Hvorfor skjer det nå? Er Gud tilbake, eller betyr en økt interesse for å forklare religion psykologisk at Gud dermed er enda mer borte, altså et uttrykk for et enda mer sekularisert samfunn?

**Psykologer er de minst religiøse** sammenlignet med andre fagfolk, skriver Silje Endresen Reme i *Religionspsykologi*. Hun og kolleger undersøkte norske psykologistudenters holdninger til religion i psykologien i 2006. Et stort flertall ønsket religion og religiøs tro inkludert og integrert i utdanningen. Omtrent en tredjedel beskrev psykologifaget som stereotyp eller respektløst overfor religiøse mennesker. Ingenting tyder på at dette har endret seg siden 2006, ifølge Reme.

SSB meldte i 2012 at kunnskap om religion og religionstilørighet også kan ha politisk interesse.

**Om den kristne kulturarven** ikke lenger er så interessant, så bør psykologer og journalister være mer nysgjerrige på religion og livssyn generelt. Det er et sosialt fenomen som er vesentlig i samfunnet, konkluderte Stålsettutvalget med i 2013<sup>2</sup>. Det er viktig for folk. Og religion er et av de mest brennbare temaene akkurat nå. ✘

2. NOU 2013:1 Det livssyns åpne samfunn. En helhetlig tros- og livssyns politikk

#### GUTTEN ASLE DØR

Fra *Det er Ales* på Det norske teatret. Foto: Dag Jenssen/Det norske teatret

”

Gamle-Ales ville i dag fått få «likes» for sine trøstens ord



# Kurskalenderen

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

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

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

## 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](http://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](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

### Reduksjon og kvalitetssikring av tvangsmiddelbruk på institusjon for døgnopphold

Festspillkurs i Bergen 1.–2. juni  
For mer informasjon og påmelding se [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

### Psykososial beredskap og krisehåndtering i kommunen–psykologens rolle

Festspillkurs i Bergen 1.–2. juni  
For mer informasjon og påmelding se [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

### Metakognitiv terapi

Festspillkurs i Bergen 1.–2. juni  
For mer informasjon og påmelding se [www.psykologforeningen.no/kurs](http://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](mailto:tovema28@me.com)



NYHET!

# CFT 20-R

## – En nonverbal evnetest for barn og voksne

Cattell's Fluid Intelligence Test, Scale 2, CFT 20-R, kan benyttes av psykologer og spesialpedagoger for å vurdere evnenivå hos barn innen pedagogisk-psykologisk tjeneste og barne- og ungdomspsykiatrien. Testen kan også være aktuell i vurderinger av lærevansker hos voksne, samt i ulike kliniske- og nevropsykologiske sammenhenger. CFT 20-R kan også benyttes i andre sammenhenger der kartlegging av evnenivå er av interesse, som for eksempel i arbeidslivet, innen trafikkpsykologi, samt i forskning.

CFT 20-R består av to deler. Samlet består de to delene av totalt åtte deltester, som måler fire evneområder: *Logiske serier*, *Klassifikasjon*, *Matriser* og *Topologiske slutninger*. CFT 20-R fullversjon tar omtrent 60 minutter å besvare, inkludert instruksjonene. Kortversjonen tar 35-40 minutter.

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

 **hogrefe**

- ledende på psykologiske tester i Europa

VERDENSDAGEN FOR  
SELMORDSFØREBYGGING

# SELMORD - FRA FORSTÅELSE TIL FØREBYGGING

**11. SEPTEMBER 2017 - 08.00 – 16.00**  
**CAMPUS KRISTIANSAND UNIVERSITETET I AGDER**

**INNHOLD:**

- Fra forståelse til forebygging
- Selvmordshandlinger som kommunikasjon
- Selvmord i kulturelt og samfunnspektiv

**HOVEDFORELESER:**

Professor ved NTHU Heidi Hjelmeland har en bred forskererfaring med fokus på selvmord utifra kulturell og samfunns kontekst-

Deltageravgift. **Kr. 750.-**  
Påmelding via [www.uia.no/leve](http://www.uia.no/leve)  
Påmeldingsfrist 6. september 2017  
Fagdagen søkes godkjent som vedlikeholdsaktivitet 7 timer



UNIVERSITETET I AGDER FO LEVE IRVTS

Scandinavian Centre of Awareness Training  
[www.scat.no](http://www.scat.no)

## Utdanning som instruktør i mindfulness trening

(30 % av deltakerne tar dette kurset  
for egen fordypning)

**Fredag og lørdag:**

**18.–19. august, 15.–16. sept., 27.–28. okt. 2017**

- 3 x 2 dager + daglig egen trening
- Godkjent av Norsk psykologforening med **42 t.** vedlikeholdsutdanning

**Læringsmål:** fordypning i mindfulness for egen skyld og for å kunne formidle mindfulness som et verktøy til selvhjelp for pasienter, klienter og andre mennesker i en vanskelig situasjon.

**Kursleder:** Andries J. Kroese, dr. med., tidligere professor i karkirurgi. Utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA. Forfatter av flere bøker om OT.

**For mer informasjon kontakt:**

e-post [ajkroese@online.no](mailto:ajkroese@online.no), tlf. 901 51 734 eller [www.scat.no](http://www.scat.no)

## Introduksjonskurs i R-PAS: Rorschach Performance Assessment System



Kurset retter seg mot psykologer med eller uten tidligere erfaring med Rorschach-metoden. Kurset er godkjent av NPF som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet, 53 timer

**Sted og dato:** Oslo, 18.9., 30.10. og 11.12.2017 samt 29.1., 12.3., 23.4. og 4.6.2018

**Kursholdere:** Cato Grønnerød og Harald Janson

**Informasjon og påmelding:** [norof.weebly.com](http://norof.weebly.com)

**NoRoF Den norske Rorschach-forening**



## Stempel med medlemslogo for psykologer

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

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



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



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



1987 **30** 2017  
**ALTERNATIV  
 TIL VOLD**

**NORDISK  
 KONFERANSE OM  
 VOLD OG  
 BEHANDLING**

#6

**Plenumsforedrag:**  
**Chandra Gosh Ippen,**  
**Robert Geffner,**  
**Babette Rotschild,**  
**Bruce Wampold,**  
**Bente Lømo og**  
**Mark Coulter.**  
**Workshops.**

**15.-16. november 2017**  
 Radisson Blu Plaza Hotel, Oslo

For mer informasjon  
 og påmelding:  
[www.atv-stiftelsen.no](http://www.atv-stiftelsen.no)

## Tidsskrift for Norsk psykologforening endrer distributør tilbake til Bring

De siste to årene har Psykologtidsskriftet vært distribuert av Mediaposts bud til de fleste av våre lesere. For mange har levering med bud fungert svært godt, dessverre har vi opplevd leveringsproblemer til en del av leserne. Før jul gjennomførte Psykologforeningen en leserundersøkelse der et punkt gjaldt distribusjon. Tilbakemeldingene fra leserundersøkelsen avdekket misnøye med distribusjon fra noen av leserne. Vi velger å bytte distributør tilbake til Bring fra og med juni-utgaven (06.17) slik at Psykologtidsskriftet igjen finner veien til alle leserne.

Vi benytter anledningen til å minne om oppdatering til korrekt postadresse i Psykologforeningens adresseregister ved flytting / midlertidig adresseendring slik at Psykologtidsskriftet leveres til deg. Adresse kan du endre ved å logge deg inn på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) min medlemsside eller sende en e-post til [medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no).

Vi håper leserne våre blir fornøyde med Bring som distributør igjen.



## Almagroforeningen presenterer:

Madrid/Moral de Calatrava, Spania

17.–24. september 2017:

### Vi minner om seminaret: «Mitt personlige lytteperspektiv som psykoterapeut»

Informasjon: Se [www.almagroforeningen.no](http://www.almagroforeningen.no) eller  
Rhine Skaanes, tlf. 00 47 40239050  
(rhineskaanes@hotmail.com) eller  
Hans Peter Broch, tlf. 00 47 93431153.

### Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på  
[www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no)  
**Min medlemsside**  
eller send e-post til  
[medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)

## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

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

UTGAVE	UTGIVELSE	BESTILLINGSFRIST
06/17	1. juni	16. mai
07/17	3. juli	19. juni
08/17	1. august	17. juli



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING

Sett av datoene for årets  
SEMINAR og ÅRSMØTE i Forening  
for psykologer i privat praksis (FPP)  
26.–28. oktober 2017, sentralt i Oslo

(FPP er en forening for psykologer i privatpraksis  
– heltid eller deltid – med og uten driftstilskudd)

## TEMA: Relasjonsutfordringer og brudd – i terapi som i livet ellers

*FPP fortsetter de siste årenes tradisjon med å utforske  
terapeutrollen og terapeututvikling. I år har vi invitert  
sentrale klinikere og forskere til å drøfte forhold som  
kan utfordre selve terapiprosessen.*

- Sissel Gran (privatpraksis, foreleser og forfatter)
- Kjersti Gulliksen (Folkehelseinstituttet)
- Atle Austad (Institutt for Klinisk Sexologi og  
terapi/Karakteranalytisk Institutt)
- Norsk psykologforening gir informasjon om  
fagpolitiske forhold og nytt fra foreningen
- Sosialt og faglig fellesskap
- Festmiddag

Årsmøtet avvikles torsdag 26. oktober kl. 17–19

Påmelding: Se ny annonse i Psykologtidsskriftets  
augustnummer



Norsk psykologforening  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

UTDANNINGSAVDELINGEN

Følg Tidsskrift for  
Norsk psykologforening på

facebook

# ALTERNATIV TIL VOLD

*Alternativ til Vold (ATV) er en privat stiftelse som organiserer behandlingstilbud til mennesker med voldsproblematikk. Stiftelsen har 3 hovedmålsettinger: a) behandling, b) kunnskapsformidling og c) forskning. ATV driver 11 behandlingssentre i Norge, i tillegg til behandlingssamarbeid med ATV-kontorer i Norden. Klientgruppen er i hovedsak voksne utøvere av vold, men noen kontorer arbeider også med voldsutsatte voksne, ungdom og barn.*

## Alternativ til Vold – Telemark

Alternativ til Vold i Telemark ligger sentralt i Porsgrunn og har lyse og trivelige lokaler. Vi er et lite kontor med tre ansatte, og har et hyggelig faglig og sosialt miljø.

### Alternativ til Vold i Telemark søker psykoterapeut/psykolog i 100 % engasjement frem til 1. juni 2018.

Hovedoppgaven for stillingen er behandling av personer som utøver vold i nære relasjoner. Behandlingen gis individuelt og i grupper.

ATV Telemark gir et spesialisert behandlingstilbud for mennesker som utøver vold i nære relasjoner – både kvinner og menn. Vi har også et behandlingstilbud til de som er utsatt for vold, både voksne og barn. Arbeidet med volden vil ofte innebære samarbeid med barnevern, familievern, helsestasjon og andre tilbud til barn og familier.

ATV har gode rammebetingelser for å drive faglig utviklingsarbeid. Vi søker fornyelse og inspirasjon blant annet innenfor kunnskap og behandling av traumer og innen nyere utviklings- og tilknytningsteori. Ansatte i behandlerstillinger på ATV har også oppgaver knyttet til fagformidling og veiledningsoppdrag. Vi søker deg som:

- Liker å jobbe i små team
- Synes at vold kan være en spennende terapeutisk utfordring
- Liker at det settes av tid til fagutvikling

Erfaring fra arbeid med vold er ønskelig, men annen behandlingserfaring vil også være relevant. Personlig egnethet vektlegges. Vi ønsker en person med gode samarbeidsevner og som ønsker å by på seg selv. Menn oppfordres til å søke.

**Tiltredelse: etter avtale**

**Søknadsfrist: 16.01.2017**

Søknader sendes på e-post til: **wibecke@atv-stiftelsen.no**,

adresse: Alternativ til Vold, Lilletorget 1, 0184 Oslo.

Spørsmål om stillingen rettes til leder ved ATV – region Sør v/leder og psykologspesialist Cecilie Guldvog, telefon 907 51 814.



Bufetat  
Barne-, ungdoms- og familieetaten, region nord

Alta og Hammerfest familievernkontor har ledig en fast 100 % stilling som

## Psykolog/ familieterapeut

i Hammerfest. Tiltredelsesdato er 15.8.2017.  
Ansvarsområder vil bl.a. være

- Terapi og rådgiving
- Lovbestemt mekling
- Tilsynsoppgaver
- Utadrettet virksomhet

Vi kan tilby et godt faglig og sosialt fellesskap, og spennende og varierte terapeutiske utfordringer.

**Søknadsfrist: 15.05.17**

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

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



Bufetat  
Barne-, ungdoms- og familieetaten, region sør

TFCO-teamet i Drammen søker

## Psykologspesialist/ psykolog

til en fast stilling som familieterapeut/  
ungdomsterapeut i 100 % stilling.

TFCO er en evidensbasert, tidsavgrenset og familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker, og er utviklet som et alternativ til institusjon eller annen gruppebasert plassering. Ungdommen plasseres i et behandlingshjem som mottar tett oppfølging fra behandlingsteamet.

**Søknadsfrist: 15.05.17**

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

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

Blå Kors Haugaland A-senter er et behandlings- og utredningscenter for rusmiddel-, livsstil- og avhengighetsproblemer. Institusjonen arbeider på oppdrag fra Helse Vest HF og inngår som integrert del av spesialisthelsetjenesten. Blå Kors Haugaland A-senter eies av Blå Kors Norge. Vi er i stadig vekst og har de senere årene utviklet nye og spennende tilbud, både organisatorisk og faglig. Hjemmeside: [haugaland-asenter.no](http://haugaland-asenter.no)

Til vårt behandlingsteam søkes:

## PSYKOLOG


Den utlyste stillingen inngår i et behandlerteam som består av 6 psykologspesialister, 3 psykologer, 1 psykiater, 1 lege og 3 fagkonsulenter. Teamet ivaretar samtlige polikliniske behandlingsoppgaver. I tillegg gjør hensynet til kontinuitet i behandlingsrelasjoner at behandlerne i behandlerteamet også følger den enkelte pasient i hele behandlingsforløpet ved institusjonen; - dvs. både i polikliniske og døgnbaserte sekvenser.

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

Menn oppfordres til å søke stillingen.

**For nærmere opplysninger kan du kontakte:**  
Klinikkjef Geir H. Iversen tlf. 52 73 30 00 eller  
Leder for behandlerteamet Johanna S. Bjørkavåg tlf. 52 73 30 00.

**Søknadsfrist: 21.05.2017**  
For mer informasjon og elektronisk søknadsskjema se:  
[www.blakors.no](http://www.blakors.no) eller  
[www.jobbdirekte.no/haugaland-asenter](http://www.jobbdirekte.no/haugaland-asenter)  
Søknader som sendes utenfor søknadsskjema, vil ikke bli vurdert.



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*

## Psykologspesialist

Ved BUP Vest er det ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist i avdelingens enhet for gravide, sped- og småbarn som er under oppbygging.

**Kontaktperson:** Avdelingssjef Kari Tenmann, assisterende avdelingssjef Helle Baadsvik eller Else Sodeland, tlf. 22 12 24 60.

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

**Søknadsfrist: 25. mai 2017**



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



Sveio kommune

Sveio er ein kommune med vel 5.500 innbyggjarar, som ligg heilt sør i Hordaland fylke. Sveio er ein naturskjønn kommune med gode moglegheiter for friluftsliv, jakt og fiske. I kommunen finnes også ein av dei beste og finaste 18 hulls golfbanane i landet. Frå Sveio sentrum er det kun ein 15 minuttars biltur inn til bylivet i Haugesund, som er næraste nabokommune i sør.

## Kommunepsykolog

**Sveio kommune** søker etter psykolog i 100 % stilling innanfor Helse- og omsorg. Stillinga er ledig f.o.m. 1. september 2017.

### Arbeidsoppgåver:

- System- og samfunnsretta arbeid. Plan- og utviklingsarbeid, veiledning og fagstøtte til øvrig personell / tjenester inngår i dette arbeidet
- Helsefremjande og førebyggjande arbeid retta mot individ, grupper og lokalmiljø
- Behandlings- og oppfølgingstilbod til enkeltmennesker, familier, pårørende og grupper, herunder også utredning og diagnostisering
- Utadretta arbeid, kor psykologen inngår i forpliktande tverrfagleg og / eller fleirfagleg samarbeid, eksempelvis gjennom organisering i team eller samlokalisering med øvrig personell / tjenester

**Kvalifikasjonar:** Autorisert psykolog

**Me kan tilby:** Ein spanande arbeidsstad med stor variasjon i arbeidsoppgåvene, innanfor eit arbeidsfelt med engasjerte medarbeidarar og kollegaer som har stort fokus på tverrfagleg samarbeid. Gode moglegheiter for å utvikla eigen arbeidsplass, samt væra med og vidareutvikla det psykiske helsearbeidet på mange plan i ein kommune i vekst.

God pensjonsordning og løn etter gjeldande tariff.

**Søknadsfrist:** 21.05.17

Spørsmål om stillinga kan rettast til einingsleiar Helse- og rehabilitering, Tore Bøe Olsen på tlf. 53 74 82 11 / 974 10 814 eller e-post [tbols@sveio.kommune.no](mailto:tbols@sveio.kommune.no)

Sveio kommune oppmodar alle våre søkjarar til å nytta vårt digitale søknadssenter <https://e-skjema.no/sveio>



Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten, region øst

## Terapeut til fast 100 % stilling i MST (Multisystemisk terapi) i MST-teamet i Hamar

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

I Region øst drives det totalt seks MST-team. Et team består av tre-fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Behandlingen er tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for MST-terapeuter, og er godt økonomisk kompensert. Stillingen innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig veiledning og regelmessige fagseminarer.

**Søknadsfrist:** 14. mai 2017

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

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



## Fast stilling som seniorrådgiver/psykolog eller psykologspesialist

**Vi søker:** En faglig kreativ medarbeider som evner å belyse, berøre og bevege våre målgrupper gjennom kompetanseformidling og fagutvikling.

**Søknadsfrist: 15. mai 2017**

Kontaktpersoner: Leder Ivar Kjellevik, tlf. 913 60 803, ivar.kjellevik@bufetat.no, eller fagleder/psykologspesialist Heine Steinkopf, tlf. 481 42 436, heine.steinkopf@bufetat.no

*Regionalt Ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, region sør (RVTS Sør) er et ledende fagmiljø innen psykologiske traumer og selvmordsforebygging. RVTS Sørs overordnede samfunnsoppdrag er å bidra til å styrke kompetansen og kvaliteten i relevante hjelpetjenester. Senteret skal være en tjeneste for tjenestene og for den forebyggende virksomheten i kommunene, spesialisthelsetjenesten og det statlige barne- og familievernet. Senterets hovedarbeidsoppgaver er knyttet opp mot 4 temaområder; traumer og traumatisk stress; herunder psykososial beredskap, vold og overgrep, forebygging av selvmord og selvskading, og flyktninghelse og tvungen migrasjon. [www.rvtsost.no](http://www.rvtsost.no)*

## 2 faste stillinger som **PROFESSOR/ FØRSTEAMANUENSIS** i klinisk barne- og ungdomspsykologi

Institutt for psykologi ved NTNU søker fagpersoner til to ledige faste 100 % stillinger som professor/førsteamanuensis i klinisk barne- og ungdomspsykologi. Arbeidsoppgavene er primært knyttet til undervisning, veiledning og forskning innen fagområdet. Den som tilsettes må ha universitetsutdanning i psykologi, vitenskapelig kompetanse på minimum doktorgradsnivå i relevant fagområde og spesialistkompetanse i klinisk psykologi med fordypning i barn og unge.

Arbeidssted: Trondheim

**Søknadsfrist: 28.05.2017**

Søknad merkes: SU-27

Se fullstendig utlysningstekst på [www.ntnu.no/ledige-stillinger](http://www.ntnu.no/ledige-stillinger)



### - Trygghet når du trenger det mest

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

### Arendal

## Psykolog - Psykiatrisk sykehusavdeling

Vi har ledig en 100 % fast stilling for psykolog ved enhet for førstegangpsykose.

Enheden gir tilbud til pasienter med førstegangpsykose, dag-, ambulant- og poliklinisk oppfølging av pasienter fra Aust-Agder.

Pasientgruppen som ivaretas er i alderen fra 18 – 35 år.

Opplysninger: Rådgiver Hilde Thomassen, tlf. 37 01 44 00

**Søknadsfrist: 21. mai 2017**

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

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseselgere.



frantz.no



### BUP poliklinikken Volda - PHBU

Klinikk for kvinner, barn og unge

## Psykologspesialist/Psykolog

Vi har ledig 100 % vikariat for psykolog/psykologspesialist, i perioden 20. juni 2017 - 31. august 2018.

Avdelinga har eit breitt samansett og spanande fagmiljø som gir differensierte polikliniske behandlingstilbod til barn, unge og deira familier i kommunane på Sunnmøre.

### Kontaktinformasjon:

Kari Standal, seksjonsleiar, tlf. 70 05 85 70

**Søknadsfrist: 23. mai 2017**

**Søknad blir sendt elektronisk via [www.helse-mr.no](http://www.helse-mr.no) - der du òg finn fullstendig utlysningstekst.**

*Vi ønsker ikkje kontakt med annonseselarar.*



frantz.no

## Helse Sør-Øst RHF søker:



### Ledig 100 % avtalehjemmel i psykologi lokalisert til Akershus Øst

100 % avtalehjemmel for spesialistpraksis i klinisk psykologi er ledig for snarlig tiltredelse.

Praksisen skal lokaliseres til Akershus øst.

**Nærmere opplysninger:** rådgiver Kari Iren Austad Borge, tlf. 02411 / kari.iren.austad.borge@helse-sorost.no

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

**Søknadsfrist: 23. mai 2017**

frantz.no

HELSE  SØR-ØST



## Enebakk kommune

Enebakk kommunes visjon "Mulighetenes Enebakk" skal understøtte vår viktigste oppgave som er å levere gode tjenester og service til våre innbyggere. Kommunen ligger fire mil øst for Oslo sentrum, mot køen og har ca. 10 600 innbyggere. Enebakk kommune er en spennende og fremtidsrettet organisasjon med fokus på å fremme arbeidsglede hos våre ansatte. Enebakk kommune har ca. 550 årsverk.

### Enhet for psykisk helsearbeid og rus

## PSYKOLOG

Psykolog til kommunalt psykisk helse - og rusarbeid. Vikariat f.o.m. 15.6.2017 - 01.08.2018.

Fullstendig stillingsutlysning finner du på [www.enebakk.kommune.no](http://www.enebakk.kommune.no).

**Søknadsfrist 10. mai 2017.**

I henhold til ny offentlighetslov gjøres det oppmerksom på at opplysninger om søkeren kan bli gjort offentlig.

frantz.no

Mer om kommunen finner du på: [www.enebakk.kommune.no](http://www.enebakk.kommune.no)

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

## Psykolog

Ved Stord DPS søker vi psykologar til fast stilling og vikariat på eitt år.

Stillingane inneber mellom anna vurdering, utgreiing, diagnostikk og behandling av pasientar og rettleiing overfor samarbeids-partnarar. Du deltar i fagleg utvikling og planlegging av undervisning og teamarbeid. Våre medarbeidarar skal ha god fagkompetanse og vi legg til rette for vidare- og etterutdanning.

Vi ser etter deg som har eller er i gang med fordjuping i klinisk vaksenpsykologi eller rus- og avhengigheitspsykologi. Du er kreativ og nytenkande og vil bli ein del av eit godt fagmiljø med kjekke kolleger.

Kontakt: Olav Koppang Sævareid, funksjonsleiar. Tlf: 53 49 12 10. E-post: [olav.koppang.savareid@helse-fonna.no](mailto:olav.koppang.savareid@helse-fonna.no)

Les meir og søk på [www.helse-fonna.no/jobb](http://www.helse-fonna.no/jobb) innan 14.05.2017.

### Velkommen til Stord!

Stord har 18 000 innbyggjarar, eigen høgskule, eit levande bysentrum og eit rikt næringsliv. Sjø, fjell og isbre gir fantastiske naturopplevingar. Stord har flyplass med daglege avgangar til Oslo. Haugesund er 45 minutt unna og Bergen når du på to timar. Stord DPS er samlokalisert med BUP. Stord sjukehus, legevakt og ambulansesetasje held til i nabobygningane.

 HELSE FONNA

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

## Psykologspesialist/psykolog

Psykiatrisk poliklinikk for personar med utviklingshemming (PPU) er eit multidisiplinært team med psykiater, psykologspesialist (PhD) og to fagkonsulentar. Teamet arbeider med vaksne personar med utviklingshemming og psykiske lidningar.

Vi søker psykolog, primært psykologspesialist, til toårig vikariat frå 5. juni 2017. Spesialisering i habilitering eller klinisk voksen blir vektlagt.

Teamet har regional funksjon i relasjon til barn og vaksne med utviklingshemming, autisme og alvorlege tilleggslidingar. Teamet støtta DPS-a i føretaket med undervisning og rettleiing. PPU er eit engasjert team med høgt fokus på kvalitet og fagutvikling.

Stillinga inneber utgreiing av psykisk utviklingshemming og autismespektrumforstyrningar, samt årsak til dette, utgreiing og behandling av psykiske lidningar i målgruppa (dobbeltdiagnose), rettleiing til kommunal psykiatri og omsorgstenesta i arbeid med, oppfølging av og tilretteleiing for personar med dobbeltdiagnose.

Kontakt: Oddbjørn Hove, funksjonsleiar. Tlf: 924 02 743.

Les meir og søk på [www.helse-fonna.no/jobb](http://www.helse-fonna.no/jobb) innan 19.05.2017.

 HELSE FONNA

## 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

ragnhildkrokke@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

##### Karen Maria Dreier

Ludianos  
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

##### Elise Constance Fodstad

ecgr@sus.no  
930 07 971

#### Sogn og Fjordane

##### Karen-Merete Bruland

karen-merete.bruland@  
bufetat.no  
991 08 520

#### Sør-Trøndelag

##### Morten Thorsen

morten.thorsen@nav.no  
73 43 81 80

#### Telemark

##### Birgitte Lindøe

birgitte.lindoe@  
borgestadklinikken.no  
473 83 123

#### Troms

##### Elisabeth Growen Borch

elisabeth@njaal.net  
988 75 422

#### Vest-Agder

##### Ann Birgithe S. Eikhom

abseikhom@gmail.com  
971 29 052

#### Vestfold

##### Anne-Kristin Imenes

anne.kristin.imenes@  
gmail.com  
907 55 410

#### Østfold

##### Harald Sandnes

har-sa@online.no  
930 94 209

#### FAGETISK RÅD

##### Svanhild Mellingen, leder

Rådgivningstelefon  
480 58 723, onsdager  
kl 1500–1700

#### ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

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

#### LØNNS- OG ARBEIDS- MARKEDSUTVALGET

##### Rune Frøyland, leder,

tlf. 450 30 522

##### Birgit Aanderaa, nestleder,

tlf. 917 12 983

##### Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter-helse, tlf. 909 98 052

##### Ingvild Gregersen, Spekter-

helse, tlf. 957 27 801

##### Lone Løvschall, KS,

tlf. 952 28 184

##### Marianne Sand, Stat,

tlf. 930 56 103

##### Helene Kindle-Skau, Virke/

HUK, tlf. 924 28 703

##### Knut Follesø, Privatpraksis,

tlf. 920 37 744

##### Erik Holand, Helse Nord,

tlf. 958 28 018

##### Mats Larsen, Helse Sør-Øst,

tlf. 952 80 577

#### FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

##### Rune Frøyland, leder,

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

#### 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 lisenæs@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-post joergen.  
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  
**Karsten Karlsøen**,  
kommunikasjonssjef  
og myndighetskontakt,  
e-post karsten@  
psykologforeningen.no,  
tlf. 976 11 591

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

**NORSK PSYKOLOGFORENING**

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

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

## TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

### FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

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

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

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

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

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

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

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

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

# Fremtidens testing er her!



## Q-interactive

Q-interactive er en digital testplattform som samler manualer, protokoller, stimulusbøker, skåringsprogram, tidtaking og lydinnspilling på ett og samme sted.



## Oppdag fordelene med WISC-V

WISC-V er omarbeidet siden den forrige versjonen, med ny struktur og ny konstruerte deltester for å gi en mer fullstendig forståelse av barn og unges evner.



