

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

# PSY KOL OGI

Vol. 54 nr. 6 2017

Kari Lossius:  
**Rusfeltet må  
avkriminaliseres**  
*NÅ-intervjuet*

---

**RUSPOLITISK  
RORSCHACH**

*Reportasje*

---

**Kroppen  
i terapi**  
*Bokessay*

ISSN 0332-6470

INTERPRESS 2008-06



RETURUKE 28 150 NOK



# PSY KOL OGI

Vol. 54 **nr. 6** 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)

**Markedskordinator** 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

# Frafallsmyster

**DET ER TVERRPOLITISK** enighet om at frafall i skolen er et onde. Temaet har fått bred medie-dekning de siste årene: Et søk i Atekst på kombinasjonen «frafall» og «videregående» viser 5 saker i 1995 og 62 saker i 2005, mens det både i 2010 og 2016 gir rundt 1200 oppslag. Det paradoksale faktum at gjennomføringsgraden har vært historisk høy og stabil både på yrkesfag og studiespesialisering de siste 20 årene, har fått mindre oppmerksomhet.

**Det er sosiolog Kristoffer Chelsea Vogt** som i årets første utgave av *Tidsskrift for samfunnsforskning* problematiserer en virkelighetsforståelse som gjør hver tredje elev til et samfunnsproblem. En særnorsk forståelse av frafall gjør at vi forventer at nær all norsk ungdom skal være klar for enten videre yrkesliv eller studier senest det året de fyller 21 år. Legger vi isteden EUs definisjon av frafall til grunn, er frafallsprosenten i Norge helt på gjennomsnittet i EU: 10 prosent. Et ganske annet utgangspunkt for debatten enn 30 prosent frafalne, som den norske tellemåten leder til.

**Dessuten finnes det** strukturelle årsaker til at folk havner i den norske frafallsstatistikken. Hver tredje elev på yrkesfag får ikke lærekontrakt, og bedriftene ønsker seg ofte eldre lærlinger. Når studieforløpet i tillegg legger opp til 2+2 år, er det vanskelig å se for seg hvordan idealet om å være ferdig innen eleven er 21 år, kan realiseres. Det skjer da heller ikke: Flertallet som avlegger fag- og svenneprøver, gjør det langt senere i livet. Ja, faktisk er gjennomsnittsalderen for ferdig yrkesfaglig utdanning 28 år.

«**Det normale er blitt veldig smalt**», påpeker professor Catharina Elisabeth Arwedson Wang i en telefonsamtale med *Psykologtidsskriftet*. Og fortsetter: «Ordet frafall gjør noe med dine egne opplevelser og psyke.» Opplevelsen av utenforskap forsterkes av den nærmest mytiske antagelsen om at frafall leder til uføretrygd. Vi vet imidlertid lite om en slik sammenheng, bortsett fra at svært få av de som faller fra, blir uføretrygdet. Ingen blir heller ufør av å mangle videregående.

**Ved å pakke opp frafallsbegrepet** ser vi at ikke alt er like problematisk som debatten tilsier. Vi ser også at byråkratiske målindikatorer dekker til konkrete utfordringer for elevene. Som at yrkesfag skiller seg fra studiespesialisering. At strukturelle hindringer som mangel på lærlingeplasser og psykiske helseplager selvsagt må gripes an forskjellig. At vi må se hvordan innvandrerbakgrunn og regionale forskjeller påvirker frafallet. I tillegg tar de unge en rekke selvstendige og individuelle valg, som å velge bort en studieretning de ikke trives med, ta et friår, glemme å søke seg inn på andreåret i studiet – eller de trenger rett og slett en nyorientering i livet.

**Vi bør heller ikke glemme** at den aller største gruppen av de som faller fra, omfatter de som får seg jobb og/eller fortsetter utdanning etter ulike opphold og omveier. Disse perspektivene trengs for å nyansere debatten. ✕



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Ingen blir ufør av å mangle videregående

# 522

FOTO ANA BRIGIDA



## PORTUGAL - EN RUSPOLITISK RORSCHACH

Portugal har avkriminalisert brukerdoser med narkotika. Nå ser «alle» til Portugal, men hva ser vi? Psykologtidsskriftet har fulgt det portugisiske gateteamet Crescer i deres arbeid med rusavhengige i Lisboa.

Les også intervju med Kari Lossius om moralisme i rusfeltet (s. 520). Tor Levin Hofgaard har skrevet debattinnlegg om Psykologforeningens ruspolitikk (s. 562).

*Reportasje*

# 538

FOTO SEBASTIAN WIERTZ / FLICKR.COM / MODIFISERT



## MINDFULNESS VED PSYKOSE

En systematisk litteraturgjennomgang indikerer at det foreligger liten risiko for at pasienter med psykose vil bli dårligere av terapi der mindfulness inngår som en komponent i behandlingen.

*Vitenskapelig artikkel*

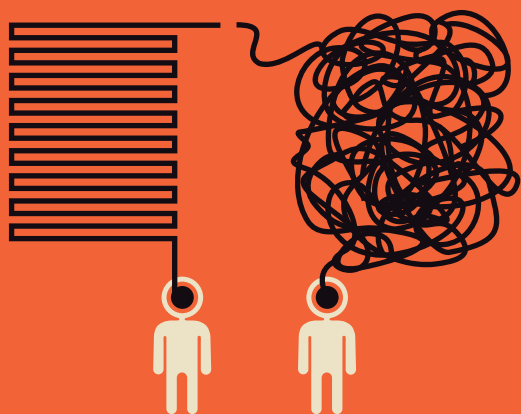
# 546

*Målet med COS-P er å legge til rette for skiftet fra innstillingen «Hva ønsker barnet fra meg?» til «Jeg ser hva barnet trenger»*

Fra praksis

## Innhold

- 517 **Frafallsmyter**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 520 **Kritisk til båstenkning**  
NÅ: Kari Lossius | Per Olav Solberg
- 522 **En ruspolitisk Rorschach**  
Reportasje | Bjørnar Olsen
- 534 **Bråk om Barnesakkyndig kommisjon**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 536 **Helseforetak får skylden for få avtalehjemler**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 538 **Mindfulness for pasienter med psykose**  
Vitenskapelig artikkel | Vidar Rømme & Tor Erik Nysæter
- 546 **En god sirkel**  
Fra praksis | Jorunn Helle et al.
- 558 **Fra dumme til smarte grupper**  
Oppsummert | Knut Ivar Karevold
- 561 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: Veivalg i ruspolitikken (s. 562)  
Debatt: Barnevern (s. 566), Vitenskapsteori (s. 569),  
Sykeliggjøring (s. 570), Fagkritikk (s. 572, s. 575),  
Brukerkritikk (s. 576)
- 578 **INNTRYKK**  
Bokessay: Gi kroppen mer plass (s. 579)  
Bokanmeldelse: Vi skal bli bedre (s. 584)
- 586 **Kurskalenderen**
- 587 **Annonser**
- 595 **Stillingsannonser**



### FAGKRITIKKEN FORTSETTER

Psykologiens mulighet til å bestå som velfundert vitenskapelig i 100 år til er liten, mener professor Paul Moxnes. Det mener han nå og det mente han for 40 år siden.

*Meninger*



**FAGDIREKTØR** ved Bergensklinikkene Kari Lossius synes det er absurd at det stilles høyere krav til ruspasienter enn til andre typer pasienter i psykisk helsefeltet. Foto: Marita Aarekol / Bergens Tidende

## KRITISK TIL BÅSTENKNING

Kari Lossius mener vi skiller for mye mellom rus og psykiske lidelser.

**TEKST** Per Olav Solberg

– Når statistikk om psykisk helse presenteres, nevnes angst, depresjon og rusavhengighet som de tre vanligste psykiske helseplagene. Du er skeptisk til denne inndelingen. Hvorfor?

– Det er et uheldig skille mellom rus og andre psykiske lidelser. Folk med alvorlige rusproblemer har nesten uten unntak også en psykisk lidelse. Dette er årsaken til at de begynte å ruse seg i utgangspunktet. Jeg har møtt tillitsvalgte i Psykologforeningen som tenker at folk i rusfeltet ikke kan terapibehandling. Det er helt feil. Jeg opplever at Psykologforeningen henger noe etter og ikke har rus tilstrekkelig på dagsordenen.

– Hva er grunnen til at rus har blitt behandlet som noe annet enn andre psykiske lidelser?

– Det har historiske årsaker. Få fagfolk ville jobbe med de rusavhengige før etter andre verdenskrig. Det var de kristne organisasjonene som tilbød en form for behandling, men den var ikke forankret i fag eller forskning. Det skjedde en gradvis endring utover i 70-årene da psykologer og fagfolk kom mer inn i bildet. Først i 2004 ble rusbehandling en del av spesialisthelsetjenesten i psykisk helsevern, med ytterligere kompetanseheving som konsekvens. Men feltet er fortsatt farget av denne religiøse politiske forhistorien, der moralismen ligger rett under overflaten.

– Hva er «state of the art»-behandlingen i rusfeltet nå?

– De behandlingsmetodene man tar i bruk ellers i psykisk helsefeltet og ved distriktspsykiatriske sentre, tar man også i bruk her: På Bergensklinikkene bruker vi blant annet motiverende intervju, kognitiv atferdsterapi og mentaliseringsbasert behandling. I tillegg må vi selvsagt jobbe konkret med selve rusen og måter å få redusert forbruket på.

– Norge skårer fortsatt høyt på overdosedødsfall. Statistikken over antallet rusavhengige er mangelfull. I hvilken grad vet vi at dagens rusbehandling virker?

– Da må vi først spørre: virker i forhold til hva? Absurd nok har man stilt strengere krav til ruspasienter enn til andre typer pasienter. En vellykket behandling har vært ensbetydende med å bli helt rusfri. Vi har ikke stilt så strenge krav til de fleste andre pasientgruppene, så hvorfor til rusmiddelavhengige? Slik tenker vi heldigvis ikke lenger. Nå er vi mye mer på pasientens banehalvdel og setter opp et mål for behandlingen ut fra hva pasienten selv ønsker. At rusbehandling virker, er godt dokumentert i forskning og oppfølgingsstudier. Ofte ser vi at pasienter som har vært inne til behandling noen måneder, får tilbakefall og begynner å ruse seg igjen. Har behandlingen da virket? kan man spørre seg. Jeg mener ja, tilbakefall er en del av prosessen.

– Er det ikke lett å bli resignert på pasientenes vegne når man ser hvor stor makt rusavhengigheten har, og hvor mye som skal til for å få et bedre liv?

– Vi har ikke lov til å bli resignerte, og vi får stadig mer kunnskap som vil bidra til bedre behandling. I dag vet vi for eksempel mye mer enn før om hvordan avhengighet virker inn på hjernen. Hjerneforskere som Jørg Møland påpeker at enkelte må være rusfrie i hele tre år før hjernen er «normalisert» igjen. Når man vet dette, forstår man også hvorfor tilbakefall er så vanlig.

– Men hva er veien ut når «et skudd» i dag er så mye mer fristende enn et langt og krevende behandlingsløp?

– Nøkkelordet her er behandling med høy kvalitet, der relasjonen mellom terapeut og pasient har en særlig betydning. Ruspasienter er utstøtt av samfunnet og har ofte alvorlige traumer fra oppveksten grunnet overgrep, mobbing eller

## Hvorfor NÅ?

- Psykolog-tidsskriftet ser nærmere på ruspolitikk i denne utgaven, blant annet gjennom en reportasje fra Portugal, der de delvis har avkriminalisert narkotikabruk (side 522).
- Lossius er fagdirektør ved Stiftelsen Bergensklinikkene og har jobbet innenfor rusfeltet i over 30 år.

andre årsaker. Rus er en urettferdig lidelse, har du det dårlig i utgangspunktet, får du det enda verre med et rusmisbruk i tillegg. Men nøkkelen til et meningsfullt liv er ikke så komplisert. Har du noen som er glad i deg og noen som har bruk for deg, da har du kommet ganske langt. Å få til disse gode og sunne relasjonene er imidlertid vanskelig når tidligere rusmisbrukere blir plassert i sosialboliger ved siden av hverandre, nærmest i gettoer. Da er veien tilbake til rusen ofte kort.

– Hvilken rolle kan kommunepsykologen spille for ruspasienter?

– Jeg tror de har mye å tilby. Blant annet i å følge opp pasienter etter behandling i spesialisthelsetjenestene. Så er det de helt praktiske tingene knyttet til hjelp med og håndtering av bolig, med sosialisering og det å finne gode møteplasser. Men kommunepsykologene kan også bidra til å lage systemer som gjør det litt lettere for ruspasientene å lykkes. Vi trenger eksempelvis å skape tettere samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene og mellom arbeidslivet og helsevesenet.

– Psykologforeningen har nylig vært i Portugal for å få innsikt i deres avkriminaliseringslinje. I innlegget presidenten skriver i denne utgaven (side 562), konkluderer han med at rusfeltet må utredes enda mer. Enig?

– Når det gjelder avkriminalisering, er rusfeltet mer enn godt nok utredet. Vi vet svært mye om hva som virker, og hva de rusavhengige trenger for å få et bedre og mer verdig liv. At feltet må avkriminaliseres, har vært gjengs oppfatning i rusfeltet svært lenge, nå kommer politikerne etter. Vi beveger oss sakte, men sikkert mot Portugal.

– Hva vil en eventuell avkriminalisering av narkotikamisbruk ha å si?

– Jeg tror det vil ha en stor symbolsk betydning. Du blir ikke lenger sett på som en kriminell når du inntar et morfinpreparat som hjernen er avhengig av. Isteden er du en bruker som lider og trenger helsehjelp. I tillegg har du det strukturelle: alle pengene og ressursene som må flyttes over fra justissektoren til helsesektoren. Vi må dimensjonere hjelpeapparatet med tanke på at mange mennesker bokstavelig talt blir flyttet fra fengslene til behandlingsinstitusjonene. ✘



**GATEHVERDAG** Hver dag reiser gateteamene ut. Rita Lopes og Andreia Rodrigues Alves fra Crescer betoner viktigheten av at noen tar jobben med å si hei, vi ser deg, vi kommer til å være her i morgen også. - Vi er her hver dag, alltid tilstede, uten å dømmе, forteller Alves. Etter å ha fulgt gateteamene gjennom dagen, er det ikke vanskelig å legge merke til varmen, latteren, roen og alvorret i samtalen med rusavhengige.





Portugal:

# En ruspolitisk Rorschach

«Vi har ingen løsning å selge, men vi har noe å vise frem.» Det forteller portugiserne selv om sin egen ruspolitikk, som har vakt både internasjonal og norsk oppsikt.

TEKST Bjørnar Olsen | FOTO Ana Brígida



Rett ved 25. april-broen i Lisboa finner du Alcantara. Løft blikket i retning av kirkegården Cemitério dos Prazeres på toppen av åskanten, og du skimter restene av Casal Ventoso. Det er en grunn til at Psykologtidsskriftet er nettopp her. Gjennom 1990-tallet var dette en rønneby som huset rundt 1000 tunge rusmisbrukere og daglig tok imot 5000 mennesker på jakt etter sin heroin og kokain. Skitne sprøyter og søppel var like vanlig som HIV og hepatitt. Å se folk sette sprøyter på dagtid var dagligdags, akkurat som det å finne døde personer liggende på gaten var det.

Casal Ventoso ble omtalt som Europas dopbasar. Langerne kjøpte seg plass i rommene på gateplan for 100 euro timen. Køene slynget seg gjennom de smale gatene, og omsetningen i en døråpning kunne være 30 000 euro i døgnet.

Casal Ventoso var unik i sin synlighet. Men dens grunnlag – narkotika – angikk hele Portugal.

## FRIHET, ÅPENHET OG NAIVISME

– Under diktaturet fra 1926 til 1974 hadde vi knapt noe rusproblem i det hele tatt, forteller João Castel-Branco Goulao, leder av SICAD<sup>1</sup> og helt sentral i arbeidet med den portugisiske ruspolitikken. – Før revolusjonen fikk nesten ingen portugisere lov til å reise ut av landet, mens svært få utlendinger ville reise inn i landet. Men med nellik-revolusjonen i 1974 kom det en eksplosjon av frihet og åpenhet.

40 år med et totalitært regime var over, og portugiserne omfavnet friheten. De neste 15 årene ga frihet på mange vis: ytringsfrihet og rettssikkerhet – og frihet til å ruse seg.

Revolusjonen betydde også slutten på Portugals kolonikriger. Kolonienes soldater og byråkrater vendte hjem igjen, men ofte med manglende jobbutsikter. Mange bosatte seg i havneområdene i Alcantara, der rekken av verftsarbeidere som slet med å finne arbeid, var lang. De hjemvendte var mer vant til narkotikabruk, og for flere av soldatene var heroin og kokain måter å mestre livet på etter krigshandlinger.

.....

1. SICAD: Direktoratet for intervensjon mot avhengighet og avhengighetspreget adferd

– Vi var naive, visste ikke stort om narkotika, og det ble eksperimentert mye, sier Goulao videre.

Ekspperimentene gikk på tvers av alle sosiale lag, og med økt bruk så kriminelle organisasjoner et marked. Det skal likevel bemerkes: Antall misbrukere i Portugal var lavt sammenlignet med mange andre land. Men i andre land utgjorde lettere stoffer en vesentlig del av bruk og misbruk. I Portugal dominerte derimot tynge stoffer. Over tid ble det etter hvert vanskelig å finne familier som ikke var affisert av problematisk rusbruk, ikke minst heroinmisbruk, på ett eller annet vis.

Slik gikk Portugal fra å være et av landene med minst narkotikabruk til å være et land med 100 000 heroinister. Med en befolkning på 10 millioner utgjør det én prosent av befolkningen.

Det var på tide å gjøre noe.

## AVKRIMINALISERING

På 90-tallet var narkotika blitt befolkningens største bekymring. Kanskje fordi brukerne ikke var mennesker på utsiden av samfunnet, men vanlige mennesker i alle sosiale klasser.

– Det var ikke noe oss og dem, det gjaldt oss alle. Fordi det var så synlig, ble det også et stort politisk problem, forteller Goulao. Selv sto han sentralt i regjeringens arbeidsgruppe for en ny narkotikapolitikk, og i 2001 ble deres strategi til lov: Som første land i verden avkriminaliserte de alt fra marihuana til heroin, så lenge man ble tatt med mengder som ikke tilsvarte mer enn 10 dagers personlig forbruk. Tanken var at rusavhengige ikke er kriminelle som trenger straff, men syke som trenger hjelp. Slik flyttet de handlingsrommet fra rettssalen til hjelpeapparatet.

Grepet var trolig likevel mindre radikalt enn hva den internasjonale oppmerksomheten skulle tilsi. I hvert fall for portugiserne selv. Snarere formaliserte loven det som allerede var landets faktiske håndheving av loven fra 1993: Behandling er viktigere enn straff.

– Avkriminalisering løser ikke all verden i seg selv, men er et bidrag til å gjøre behandlingen mer common sense, sier Goulao. Selv om avkriminaliseringen ikke representerte et dramatisk brudd med fortiden, ga den både praktisk og symbolsk støtte til vendingen fra straff til behandling.



»



**UTESTENGT** Ikke en gang et utsnitt av ansiktet ønsker han avbildet, for han opplevde at en avis likevel trykket hele ansiktet hans. Men ryggen kan vi avbilde. Skepsisen mot fotografer og journalister er velbegrunnet, for mediedekningen får store konsekvenser for de rusavhengiges hverdag. Nylig var det en debatt om man skulle åpne for sprøyterom, og mediene filmet og fotograferte fra Casal Ventoso. Den ferske betongen forteller hvordan myndighetene taklet debatten som fulgte: Åpningene som ledet inn til rommene hvor de i ro og fred kunne trekke inn og bruke stoff ble murt igjen over natten. Det er i denne hverdagen Rita Lopes (bildet nederst) og de andre i Crescer gjør sin innsats.



**NAVET** Américo Nave leder organisasjonen Crescer, som blant annet jobber med frafall i skolen, sosial boligpolitikk, oppsøkende rusteam og arbeidstiltak. Matlageret i bakgrunnen distribueres ut i omsorgsveven, som til ulike forsamlingslokaler rundt om i Lisboa hvor de rusavhengige kan komme for kaffe, en dusj, hårklipp, sosialt samvær eller sitte for seg selv og male.

## VANLIG HJELP OG VANLIG LIV

– En viktig følge av avkriminaliseringen er at folk oppsøker hjelp i det vanlige helse-systemet når de trenger det, forteller psykolog Américo Nave. Han hadde alt jobbet noen år med rusavhengige i Alcantara da han i 2001 startet organisasjonen Crescer na Maior. Her jobber de prosjektbasert med alt fra frafall i skolen, sosial boligpolitikk og oppsøkende rusteam til arbeidstiltak. De har også en drop-in-klinikk for narkomane og et arbeidskontor.

– Den nye linjen har også ført til mindre stigmatisering, og familier trenger ikke lenger skjule rusmisbruket innad i familien i redsel for straff, sier Nave. Han mener det i det hele tatt har blitt enklere både å søke hjelp og leve et vanlig liv.

Nettopp hjelp og et vanlig liv virker viktigere enn avkriminaliseringen. Kanskje det viktigste signalet den nye loven gir, er at samfunnet i stedet for å straffe den narkomane, forplikter seg til å yte hjelp, enten det er behandling, hjelp til bolig, rene sprøyter eller ved å skape arbeidsplasser for misbrukerne.

## RIV OG BYGG

I dag er Casal Ventoso for det meste forlatt, også den dagen Psykologtidsskriftet går rundt i området med ett av Crescers oppsøkende rusteam. Det skyldes ikke minst at så å si hele rønnebyen ble sanert av myndighetene rundt årtusenskiftet. Det som fremsto som et supermarked for narkotika, er i dag nær borte. I stedet er området beplantet med trær og gress.

Mange fryktet at rivingen skulle føre til at tusenvis av tungt rusavhengige ble spredt rundt om i hele Lisboa. Det skjedde ikke. Kanskje fordi man samtidig reiste en rekke blokker i Alcantara-dalsøkket på nedsiden, leiligheter som også ble tilbudt til rusavhengige. Og mange takket ja. Så mange at man på et tids-



punkt anslo at rundt 30 prosent av Alcantaras innbyggere hadde hatt tilhørighet til Casal Ventoso.

– Bolig er fortsatt øverst på Crescers agenda, forteller Nave. Rundt møtebordet på kontoret hans nikker de andre psykologene og sosialarbeiderne bekreftende. Bolig er ofte grunnlaget for å få orden på resten av livet. Og de mener et hjem ikke kan være en seng i et hospits, men bør være et ordentlig hjem der en person eller familie kan leve et vanlig liv.

Crescer legger seg ikke opp i hvordan de lever sitt liv i leilighetene som tilbys. Ruser man seg, ruser man seg, og man kan ikke tvinge rusfriheten på folk. Men de må forplikte seg til jevnlig hjemmebesøk av sosialarbeidere eller psykologer. Slik at man kan få hjelp til å koble seg på hjelpesystemet hvis det er behov.

– De vi hjelper med boliger, følger opp sin egen helse bedre, og de tilpasser seg en mer vanlig hverdag, et vanlig liv med vanlige rammer for dagen, forteller Nave. Og vanlige dager involverer arbeid.

– Folk ønsker å være selvstendige, og da trenger vi arbeidsplasser slik at de har penger og vanlig lønn, sier Nave. – Kan man bare jobbe noen »

**BYGG LIV** Her bodde 1000 tunge misbrukere i hjemmesnekrede kåker og ruiner, mens rundt 5000 mennesker hver dag valfartet hit for å kjøpe sine daglige doser. Rett etter millenniumsskiftet ble hele området sanert, og beplantet med trær og gress. En gangvei ble anlagt ned den bratte åssiden, og fører hele veien ned til blokkene som ble bygd i stedet i bunnen av dalen. Nesten alle som tidligere bodde i Casal Ventoso, flyttet inn i leilighetene og Alcantaraområdet. Undersøkelser anslår at rundt 30 prosent av befolkningen i Alcantara tidligere tilhørte Casal Ventoso.



**ROT FOR SPRØYTEROM** Gateteamene i Crescer deler ut 30 000 forpakninger med pipe, rensutstyr, sprøyter, kondomer og mer til hvert år. Det setter sine spor på bakkenivå. Gateteamene ønsker seg sprøyterom for å forhindre overdoser og forsøpling. I tillegg ville barnefamilier kunne bruke grøntområdene rundt Casal Ventoso uten å frykte sprøytespisser.

timer, må vi være fleksible. I det hele tatt handler det om å se potensialet og ikke patologien. Det er et slikt blick for ressurser som gjør noen til en god psykolog.

Samtidig gjør den økonomiske krisen det utfordrende å finne arbeidsplasser til rusavhengige.

– Vi hadde et program som hjalp rusavhengige inn i arbeidslivet, forteller Goulao. – Arbeidsgiveren fikk skattereduksjon i seks måneder, og hele 80 prosent av dem vi skaffet jobb på denne måten, forble i arbeid.

Men de aller fleste av de 10 000 arbeidsplassene som ble etablert, var i mindre selskaper, og da den finansielle krisen kom, var det disse selskapene – og arbeidsplassene – som forsvant. Det gjorde at flere både vendte tilbake til tidligere rusvaner og til Casal Ventoso.

– At vi ikke har klart å skaffe disse menneskene nye jobber, gjør dem både sinte og fortvilte, sier Goulao. – Dessuten har de mistet tiltroen til oss, for de opplever at vi har sviktet dem i vår oppgave med å skaffe dem jobb. På ett eller annet vis må vi finne en måte å hjelpe disse menneskene på.

Hos Crescer er også arbeidsplasser til rusavhengige høyt på agendaen for tiden.

– Vi ønsker å skape virksomheter som tilbyr arbeidsplasser for folk med rusproblemer. Vi samarbeider for eksempel med en kokk som holder på å lage en restaurant der personer med rusproblemer skal jobbe, forteller Nave.

Men ikke alle er klar for arbeidslivet. Blant de hjemløse finner vi mange med rusproblemer, og det er blant annet disse Crescers oppsøkende rusteam ønsker å nå.

## DER FOLK ER

– Vi må være der folk er, først da får vi en rolle i deres liv. Da kan vi også bevege oss inn i en klinisk rolle, sier psykolog Marta Correia i Crescer. – Har vi først kontakt, kan vi hjelpe dem inn i andre systemer når tiden er inne.

Ønsket om å være der folk er, gjør at både hun og Inês Costache, den andre halvparten av teamet, heller vil være samfunnspsykologer enn klinikere som sitter ventende bak en dør.

Men det er ikke alltid de oppsøkende psykologene får anledning til å bygge bro mellom menneskene på gata og hjelpesystemet. Tidligere på dagen parkerer vi foran en lund i Bairro da Cruz Vermelha med et annet av Cres-

cers gateteam. Rita Lopes og Andreia Rodrigues Alves leder oss inn blant gultunge grener som dekker inngangen til et langt mer åpent skogsområde. På en vanlig dag er det vanligvis flere misbrukere og prostituerte her, men i dag er det rolig. Kun i den hjemmesnekrede hytta med trærne som bæreelementer er det liv.

Livet tilhører Carlos. Fra innsiden av hytta forteller han at han flyttet hit for ett års tid siden, da han ikke lenger orket at kona skulle se og forholde seg til hans misbruk. Han forteller også at misbruket startet da arbeidsplassen forsvant i kjølvannet av finanskrisen.

På et tidspunkt var Lopes, Alves og Carlos enige om å få ham inn i et terapeutisk samfunn. Men den byråkratiske prosessen dro ut, og da mistet han, som så mange andre, motivasjonen.

– At mennesker som ønsker hjelp, ikke får et tilbud raskt nok er et problem, forteller Lopes. – De får støtte av oss når de skal inn i hjelpesystemet, men tar det for lang tid, mister vi dem på veien. Vi har ikke anledning til å vente opptil tre måneder på at de skal få hjelp.

Akkurat: Hjelp. Bedre hjelp til flere. Det er det ruspolitikken handler om. Ikke spørsmålet om fri tilgang til stoff.

## UTEN RULLEBLAD

– Dette handler ikke om legalisering. Det er fortsatt forbudt å bruke og produsere stoff, sier Goulao.

– Unges motivasjon for å la være å bruke narkotika er ikke redselen for straff, men redselen for å bli narkoman eller syk, så hvorfor skal vi da kriminalisere slik bruk, spør psykologen Nuno Capaz. Han mener at den nordiske modellen har tatt Nancy Reagens «just say no» for langt. Det har medført mye feilinformasjon, og han tror at skremselsbildet gjør at unge slutter å stole på de voksnes råd og informasjon.

Et viktig mål med avkriminaliseringen er å lede folk inn i hjelpeapparatet og vekk fra rettsvesenet. Blir du tatt med stoffmengder som utgjør mindre enn tidagers bruk, havner du ikke i rettsvesenet. I stedet får du beskjed om å møte opp foran en kommisjon som består av en person med juridisk kompetanse og to personer som kommer fra helse- og sosialsektoren. Slik holdes saken på utsiden av rettsapparatet, og du slipper å få et rulleblad. Samtidig møter du sterke føringer på å ta imot hjelp.

Capaz sitter selv i en slik kommisjon. Han anslår at 80–90 prosent av de som møter kommisjonen, ønsker hjelp til å slutte. Blir du tatt gjentatte ganger, kan du få samfunnsstraff, men ikke bot. Kommisjonen ber i stedet rusbrukerne om å oppsøke det offentlige helsevesenet for månedlig testing og behandling.

Grensene er absolutte og rigid definert i lovgivningen: Du kan for eksempel ha opptil ett gram heroin, to gram kokain, 25 gram cannabis og 5 gram hasj uten å straffes. Politiet veier ganske enkelt stoffmengden du er tatt med: Er du over, havner du i rettsvesenet, er du under, er det kommisjonsløpet som teller.

En som er veiet og funnet for tung for kommisjonen, er Jorge. Det betyr ikke at han er avskåret fra hjelp.

## SPRØYTESKREKK

– Selv etter 30 år som rusavhengig kvier jeg meg for sprøyter, også når jeg må oppsøke sykepleiere, forteller Jorge. Derfor er ikke sprøyterom helt hans greie, men gjerne et brukerrom der man bruker stoff mer generelt.

Vi inviteres inn i hans hjemmelagde skur på friområdet blant innfartsveier og boligblokker i Picheleira. Men når han tar frem pipa og gjør kokainen klar, må de to hjelperne fra Crescer gå ut. Han vil ikke at mennesker han respekterer skal se ham bruke stoff. Fotografen og skribenten skal han trolig aldri møte igjen, så vi får bli.

Jorge er blant de som ikke bare er bruker, men som i perioder har tjent gode penger på å lange. Men nå er pengene og vennene borte, og ikke bare det: Han ble tatt igjen. Med mengder langt over lovens grenser. To år og ti måneder i fengsel venter ham. Men han ser optimistisk på det.

– Fengsel er et sted hvor jeg klarer å kvitte meg med rusbruken, det har jeg erfart før, forteller Jorge. Denne gangen tenker han at fengselet vil være en anledning til å se livet sitt på nytt. Han trenger å ordne opp i familieproblemene sine, ellers klarer han ikke å holde seg rusfri når han kommer ut.

På utsiden igjen står Psykologtidsskriftet og overhører en halvtimes samtale mellom Jorge og Inês Costache og Marta Correia. Alt foregår på portugisisk. Likevel er det lett å skjønne hva som sies. Innledningsvis er det latteren som preger samtalen, men etter hvert kommer >>







**UTEKONTOR** - Hvis ikke vi er her, er det ingen her for dem, forteller de to samfunnspsykologene Marta Correia og Inês Costache. Og ved å være der jevnlig, hver dag, kan de gripe fatt i mennesker som Jorge når de åpner for det. Gjøre avtaler, hjelpe dem inn i hjelpeapparatet eller bare si hei og vi kommer tilbake. >>



**LIVET PÅ INNSIDEN** Fra innsiden av hytta forteller Carlos at han flyttet hit for ett års tid siden, da han ikke lenger orket at kona skulle se hans rusbruk. Misbruket startet da arbeidsplassen forsvant i kjølvannet av finanskrisen. For en tid tilbake hadde både Carlos og uteteamet et håp om hjelp gjennom et terapeutisk samfunn. Men den byråkratiske prosessen dro ut, og da mistet han, som så mange andre, motivasjonen. At mennesker som ønsker hjelp, ikke får et tilbud raskt nok er et problem, forteller Crescers hjelpere.

alvoret inn. Jorge stopper opp, reflekterer, blir tenksom. Og det er her de to helperne spør om han ønsker støtte og assistanse. Jorge gir ikke et definitivt ja der og da. Kanskje i morgen, når de møtes igjen?

## INTENDENTES KVINNER

Langt de fleste av brukerne Crescers gateteam møter, er menn. Grunnen er at kvinnene ofte er prostituerte, og derfor sjeldnere er på gaten. Men i bydelen Intendente er det annerledes.

Dette er et gammelt prostitusjonsområde, og selv om gentrifiseringen har rykket inn også her, finner vi tydelige spor av fortiden i øvre del av Rua dos Anjos. Det betyr at psykologene Marta Correia og Inês Costache ikke bare tar med seg de vante forpakningene med sprøyter, piper, renseutstyr og kondomer. Her

pakkes det også ned ekstra kondomer og gli-demiddel.

To yngre rusavhengige argumenterer sterkt for at det er umoralsk å dele ut kondomer, da det oppfordrer til prostitusjon i deres øyne. Men Correia og Costache smiler opptrinnet vennlig unna, og fortsetter sitt arbeid, som inkluderer å bygge en mulig kontakt til de muslimske mennene.

Mens vi står der, kommer flere kvinner innom for både aluminiumsfolie til røyking av kokain og heroin, og for nye strimler med kondomer. Så går vi videre langs gaten, for å se om det er andre personer som trenger hjelp, enten det er for å snakke eller for å få utstyr. Crescer-helperne viser også de rusavhengige hvordan de setter sammen og bruker pipen som følger med hver av de 30 000 pakene med sprøyter, kondomer, renseutstyr og mer til. Nettopp det å få misbrukerne over fra

sprøyter til røyking har vært viktig, og forteller om grunnholdningen i mye av det praktiske rusarbeidet: Det handler først og fremst om skadereduksjon, ikke om å holde fast ved idealer om rusfrihet misbrukeren selv ikke nødvendigvis deler.

Det handler om pragmatiske løsninger, som utdeling av metadon.

## METADONMETRONOMEN

At en taxi parkerer rett ved jernbanestasjonen Santa Apolónia er knapt oppsiktsvekkende. Men at sjåføren går bort til kassevognen som fungerer som utleveringssted for metadon, får et lite plastbeger med tilmålt metadondose, setter det til munnen, svelger ned, setter seg inn i bilen og kjører videre, akkurat *det* er ikke norsk hverdag.

– Så lenge man er på en stabil dose metadon, er ikke dette problematisk, forteller Capaz oss senere på dagen.

Metadonbussen er én av to som tråkler seg rundt og over Lisboa syv åser, til faste steder og faste utleveringssteder. Flere titalls personer er innom mens vi står der, til sammen er det snakk om rundt 700 mennesker om dagen.

Ønsker du å delta i metadonprogrammet, må du registrere deg. Men det er ikke noe krav om ID, kun en urinprøve som viser at du har opiater i kroppen (og for kvinner: en graviditetstest). Deretter signerer du på at du har fått informasjon om farene ved metadonbehandling, og at du aksepterer de generelle reglene for programmet – som at det er obligatorisk å screenes for HIV, hepatitt, syfilis og tuberkulose. Så er det bare å møte opp ved bussen, oppgi ditt registreringsnummer, og så får du din tilmålte dose som konsumeres der og da. Hjemmekonsumpsjon er ikke tillatt.

Bussen fungerer også som utleveringsplass for medisiner og rene sprøyter for de som trenger det, i tillegg til at vi også her finner hjelpere som kan støtte dem som ønsker det, videre inn i andre deler av hjelpeapparatet.

Den portugisiske ruspolitikken startet åpenbart ikke i 2001. For organisasjonen Ares do Pinhal har i mer enn 30 år levert ut metadon fra sine metadonbusser – nok en illustrasjon av at den nye lovgivningen i mange henseender formaliserte det som alt var gjengs praksis.

## EN RUSPOLITISK RORSCHACHTEST

Portugisernes avkriminalisering har av flere blitt beskrevet som en narkotikapolitisk Rorschachtest: Enhver ser det de ønsker å se i deres politikk. For når politikere og samfunnsdebattanter peker til Portugal i narkotikadebatten, peker de ikke på det samme. Og skulle de peke på det samme, er det likevel ikke slik at de ser det samme.

Selv virker portugiserne svært så avslappet til sin egen politikk. Som psykolog Nuno Capaz i Sicad uttrykker det: – Dette er et så komplekst problem at det ikke finnes noen enkel løsning.

Ikke har de funnet noen løsning heller, betoner de. De har bare funnet en mer fornuftig og human måte å jobbe med denne gruppen mennesker på. En pragmatisk ordning som gir flere veier inn for å yte hjelp. Derfor ønsker de ikke å aksle noen gul ledertrøye når det kommer til fremtidens narkotikapolitikk.

– Vi er komfortable med vår modell, har oppnådd konsensus rundt de grepene som er tatt, sier Goulao. – Vi har heller ikke det samme presset på oss om å måtte gjøre noe med rusproblemene, slik vi hadde for 20 år siden. Det gjør at vi har ro nok til å kunne være nysgjerrige på andre lands politikk, og slik får vi evidens for hva som er fremtidige kloke grep.

Egen forskningsinnsats er de mindre fornøyd med: – Vi gjør for lite forskning på våre tiltak, forteller Nave. Selv om midlene til drift har blitt opprettholdt selv i økonomisk vanskelige tider, er det vanskelig å få støtte til forskning. Også Sicad sier at det er drift og behandling, ikke systematiske evalueringer som prioriteres. – Men brukerevalueringene vi gjør viser gode resultater, sier Nave.

Goulao mener heller ikke at den portugisiske narkopolitikken uten videre kan anvendes i Norge. I hvert fall ikke som et hele. I stedet betoner både han og Capaz viktigheten av å bryte opp den komplekse rusvirkeligheten når den diskuteres. Det er ikke hensiktsmessig å slå legaliseringsdebatt, sprøyterom, behandlingstilbud, arbeidsmarkedstiltak og boligpolitikk for rusavhengige og narkotikautsalg sammen i et stort hele.

Den som ønsker å bruke Portugals erfaringer for å argumentere entydig for egen politikk og egne løsninger, tar da ikke med seg den viktigste lærdommen: Det finnes ikke en løsning. Men det betyr ikke at man kan la være å hjelpe. I hvert fall ikke når lovgivningen forplikter samfunnet til å yte hjelp og behandling. ✕



**EKSPERTNETTVERK** Frittstående nettverk for kvalitet i barnevern (KIB) ønsker diskusjon om alternativer til Barnesakkyndig kommisjon. Fra venstre Harald Koht (leder), Einar C. Salvesen og Kjell Olaf Edvardsen. Foto: Fartein Rudjord.

# BRÅK OM BARNESAKKYNDIG KOMMISJON

Først ble Frittstående nettverk for kvalitet i barnevern (KIB) stiftet. Så ble det intern strid om Barnesakkyndig kommisjon.

## TEKST

Øystein Helmikstøl

**FRITTSTÅENDE NETTVERK FOR** kvalitet i barnevern (KIB) ble i slutten av mars stiftet hjemme hos psykologspesialist Einar Columbus Salvesen i Oslo. Nettverket har nå fått ca. 30 medlemmer, hovedsakelig sakkyndige psykologer. De ønsker at politikerne i valgkampen diskuterer omfattende endringer i hele barnevernssystemet.

## VIL FJERNE BSK

Organisasjonen, som etter at den ble stiftet i mars, har hatt møter med Barneombudet og Bufdir, har ifølge talsperson Einar Salvesen flere forslag til tiltak som ifølge organisasjonen vil bedre barnevernet. KIB mener Norge bør utvikle støtteprogrammer for at nettverket til barnet skal brukes i mye større grad enn

i dag. Organisasjonen ønsker også innført en lovfestet plikt til å prøve familieplasseringer og bruk av familieråd, slik at plassering av barn hos fremmede blir unntaket. KIB støtter Særdomsstolsutvalget, som går inn for å overføre sakene fra fylkesnemndene til tingretten, og gjøre tingretten til første instans i barnevernsaker.

Psykologtidsskriftet skrev i maiutgaven at organisasjonen vil fjerne Barnesakkyndig kommisjon. KIB vil heller utvikle et veiledningssystem for sakkyndige.

### MELDTE SEG UT

To av interimsstyrets medlemmer, psykologene Sverre Asmervik og Judith van der Weele, meldte seg ut av styret like etter at KIB ble stiftet. Psykologtidsskriftet er gjort kjent med at van der Weele er uenig i KIBs syn på Barnesakkyndig kommisjon. Selv ønsker hun ikke å kommentere saken overfor Psykologtidsskriftet. Heller ikke Asmervik ønsker å kommentere årsaken til at han trakk seg fra styret.

– Interimsstyret i KIB har notert oss at van der Weele på bakgrunn av uenighet om Barnesakkyndig kommisjon har valgt å trekke seg fra KIBs styre og som medlem i organisasjonen. Det beklager vi.

Det sier psykologspesialist Kjell Olaf Edvardsen til Psykologtidsskriftet. Han opplyser at van der Weele ikke støtter KIBs forslag om at Barnesakkyndig kommisjon bør nedlegges og i framtiden erstattes med et system for veiledning og intern kvalitetssikring av sakkyndige.

### - VERKEBYLL

Edvardsen sier at mange sakkyndige frykter at de ikke får oppdrag hvis de kritiserer Barnesakkyndig kommisjon.

– Den frykten er ubegrunnet. Jeg har selv stått åpent fram med kritikk av kommisjonen, uten å oppleve sanksjoner. Spørsmål rundt Barnesakkyndig kommisjon er en verkebyll som vi må kunne diskutere åpent. Det vil KIB aktivt bidra til, sier Edvardsen, på vegne av den nystiftede organisasjonen. ✘

Se innlegg av Foreningen for sakkyndige psykologer på side 566.



**UENIG** Psykologspesialist Judith van der Weele meldte seg ut av KIB like etter at organisasjonen ble stiftet. Foto: Fartein Rudjord.

## Barnesakkyndig kommisjon

- Skal vurdere alle rapporter avgitt av sakkyndige i barnevernssaker.
- Særdomsstolsutvalget<sup>1</sup> går inn for at utredninger i foreldretvister også skal forelegges for kommisjonen.
- I 2015 ferdigbehandlet kommisjonen 847 saker. For 57,9 prosent av de sakkyndigrapportene som ble behandlet dette året, var utfallet at kommisjonen ikke hadde merknader.
- Det enkelte kommisjonsmedlem brukte gjennomsnittlig 106 minutter per rapport.

1. NOU 2017:8 Særdomsstoler på nye områder? – Vurdering av nye domstolsordninger for foreldretvister, barnevernssaker og utlendingssaker

# HELSEFORETAK FÅR SKYLDEN FOR FÅ AVTALEHJEMLER

Regjeringen ønsker flere avtalespesialister, men antall avtalehjemler øker ikke. Psykologforeningen vil doble antallet og mener Helse Sør-Øst trenerer.

## TEKST

Øystein Helmikstøl

- **VI HAR** bedt de fire regionale helseforetakene inngå flere driftsavtaler med avtalespesialister, slik at antall avtalte årsverk i hver region i år blir vesentlig høyere enn tidligere. Det skriver statssekretær Anne Grethe Erlandsen (H) i Helse- og omsorgsdepartementet i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Dette er i tråd med erklæringen til Solberg-regjeringen der det står at regjeringen vil «øke antall hjemler og bruke avtalespesialistene mere».

Virkeligheten er en annen: Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) for 2014 til 2015 viste en nedgang på tre årsverk avtalepsykologer. 2016-tall kommer i juni.

Det er til sammen i overkant av 1500 avtalespesialister i Norge, av disse er det 400 årsverk avtalespesialister i psykologi, de andre er legespesialister i somatiske fag, og psykiatere. Avtalespesialistene står for omtrent 30 prosent av all poliklinisk behandling i landet, ifølge Psykologforeningen.

Avtalespesialist er en legespesialist (inkludert psykiatri) eller klinisk psykologspesialist som har driftsavtale med et regionalt helseforetak.

## VIL DOBLE

Psykologforeningen mener antallet avtalespesialister i psykologi må dobles for at tilbudet skal være godt nok.

- Helseministeren sa i sykehusavtalen 2017 at det er på tide å øke kapasiteten i denne delen av helsetjenesten. Han sier at antall driftsavtaler i 2017 skal være vesentlig høyere enn i 2016, påpeker Psykologforeningens visepresident Rune Frøyland til Psykologtidsskriftet.

## - MYTER

Statssekretær Erlandsen viser til at det i 2014 og 2015 var dialog om avtalepraksis mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Norsk Psykologforening, Den norske legeförening og de regionale helseforetakene.

- Her ble vi enige om retningen for videreutvikling av avtalepraksis. Dette arbeidet pågår, dels i regi av de regionale helseforetakene, dels i regi av Helsedirektoratet, skriver Erlandsen.

Psykologforeningens visepresident Rune Frøyland viser til en pågående utredning i Helse Sør-Øst RHF som nå er i slutfasen.

- Helse Sør-Øst foreslo å vente med å etablere nye hjemler for privatpraksis i psykologi. Begrunnelsen deres var at de ikke kan være helt sikre på at det er pasienter med det største behovet som får behandling hos avtalespesialistene.

Frøyland sier til Psykologtidsskriftet at han ble sjokkert over denne begrunnelsen.



**VIL HA FLERE AVTALEHJEMLER** Regjeringen med helseminister Bent Høie (H) i spissen vil at helseforetakene inngår flere driftsavtaler med avtalespesialister. Foto: Erik Sundt

**I SLUTTFASEN** Fagdirektør Geir Bøhler opplyser at Helse Sør-Øst RHF er i sluttfasen av en regional plan for prioriteringer og aktivitet for leger og psykologer. Foto: Helse Sør-Øst RHF.

– Det er myter, og de er avlivet, noe også helseministeren har slått fast, sier Frøyland.

Like før Psykologtidsskriftet gikk i trykken, har Helse Sør-Øst nå korrigert den endelige rapporten, ifølge Frøyland.

### REGIONAL PLAN

Så hvorfor blir det ikke flere avtalehjemler, selv når det er så sterke politiske signaler? Vi har spurt om Helse Sør-Øst sitt syn på dette.

– De nye rammeavtalene var på plass i januar 2016, og intensjonen var blant annet å gjøre avtaleverket bedre rustet til å møte fremtidens behov. I de reforhandlede avtalene er det lagt stor vekt på samarbeid mellom helseforetak og avtalespesialister. Det skriver fagdirektør Geir Bøhler i Helse Sør-Øst RHF til Psykologtidsskriftet.

Han viser til at i rammeavtalene er også kravet om at det skal utarbeides en regional plan, presisert.

– Helse Sør-Øst er nå i sluttfasen med dette planarbeidet. I planen ser vi på kapasiteten ved helseforetakene opp mot de geografiske variasjonene i forbruket av tjenester hos avtalespesialistene. På denne bakgrunnen ønsker vi å vurdere om det foreligger en uhensiktsmessig variasjon i tjenestene, både når det gjelder de enkelte fagområdene og den geo-

grafiske tilgangen til avtalespesialister, opplyser Bøhler.

Ved å se på dette samlet kan de ifølge fagdirektøren få et best mulig utgangspunkt for å vurdere den totale kapasiteten i spesialisthelsetjenesten innenfor de enkelte fagområdene.

### - GODT BESLUTNINGSGRUNNLAG

– Helse Sør-Øst RHF vil, når den regionale planen er ferdigstilt, ha et godt beslutningsgrunnlag for å oppfylle den politiske målsettingen om å øke antallet avtalehjemler. Det er ikke naturlig for oss å kommentere diskusjonene i arbeidsgruppen eller de konkrete forslagene i planen før den er ferdigstilt, skriver Bøhler.

Det svaret er ikke Psykologforeningens vise-president fornøyd med.

– Rapporten fra Helse Sør-Øst sier jo noe helt annet enn det generelle svaret til Geir Bøhler. Rapporten sier at man avventer å utlyse nye hjemler, det vil si at det ikke vil bli utlyst, men heller trenert. Vårt syn er at rapporten er et tynt grunnlag for denne avgjørelsen, og ikke et godt beslutningsgrunnlag slik Bøhler påstår, sier Frøyland. ✕





## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2017 S. 538-545 FAGFELLEVDERT

VIDAR RØMMA, Enhet for førstegangpsykose, Psykiatrisk sykehusavdeling, Sørlandet sykehus, Arendal,

TOR ERIK NYSÆTER, Seksjon for Ø-hjelp, Psykiatrisk sykehusavdeling, Sørlandet sykehus, Arendal\*

KONTAKT Vidar.romma@sshf.no

# MINDFULNESS FOR PASIENTER MED PSYKOSE

- en litteraturgjennomgang

Denne litteraturgjennomgangen indikerer at det foreligger liten risiko for at pasienter med psykose vil bli dårligere av terapi der mindfulness inngår som en komponent i behandlingen.

Psykose er en fellesbetegnelse på en rekke beslektede symptomer som innbefatter perseptuelle, kognitive, emosjonelle og atferdsmessige forstyrrelser (Dickerson & Lehman, 2011). Symptomer som hallusinoser og vrangforestillinger er vanlige ved psykose. Ved enhver psykotisk tilstand foreligger det en større eller mindre grad av virkelighetsbrist. Ofte er det likevel mulig å kunne trekke ut begripelige enkelthendelser fra det som fremstår som uklare og uforståelige psykotiske forestillinger. Årsaken til psykose kjenner man fortsatt ikke, selv om det generelt antas at både genetiske og miljømessige faktorer er involvert. Det er i dag økt fokus på å utvikle psykoterapeutiske tiltak rettet inn mot å lindre symptomer ved psykoselidelser (Dickerson & Lehman, 2011).

Mindfulness, eller oppmerksomt nærvær, som det gjerne blir oversatt med, er en type mental tilstand eller bevissthetskvalitet utviklet fra buddhistisk meditasjonstradisjon. Mindfulness ble først introdusert i Vesten på 1970-tallet (Shonin et al., 2014), og har i økende grad fått inn-

## ABSTRACT

### *Mindfulness-based treatment for psychosis: a literature review*

Mindfulness interventions are increasingly popular in the treatment of mental disorders. Few studies have examined how this intervention may affect patients with psychosis.

The aim of this literature review was to investigate if mindfulness-based interventions can be effective and safe interventions for patients with non-affective and non-organic psychosis.

The results indicated that mindfulness-based interventions reduce subjective distress associated with psychotic symptoms. In addition, no harmful effect was documented.

In conclusion, there is little risk for doing harm to patients by participating in therapies where mindfulness is involved. Furthermore, mindfulness-based interventions seem to reduce the negative impact of hearing voices and other psychotic symptoms on subjective well-being.

*Keywords: psychosis, mindfulness, psychotherapy review*

\* Artikkelen bygger på spesialistoppgaven til Rømma. Nysæter var veileder på oppgaven.

pass i vestlig klinisk forskning og praksis. Mindfulness er en måte å forholde seg mindre reaktivt overfor det som skjer her og nå på. Man aksepterer øyeblikket slik det er, og unnlater å bedømme det som behagelig eller ubehagelig. I tilfellet man likevel ikke klarer å unngå å gjøre seg slike bedømminger, så aksepterer man også at bedømmingen tilhører øyeblikkets flyktighet (Shonin et al., 2014). Mindfulness-tilnærmingen har også vært med på å sette sin signatur på det som av enkelte omtales som den tredje bølge innenfor den kognitive terapien (Tai & Turkington, 2009). Her finner vi terapier som metakognitiv terapi (MCT), Acceptance and commitment therapy (ACT), dialektisk atferdsterapi (DBT) og Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT).

Mindfulness antas å kunne være nyttig ved psykose, fordi mindfulness beforder perseptuell distanse til forstyrrede kognitive og affektive prosesser, og fordi denne metatilstedeværelsen fremmer reguleringen av habituelle uhensiktsmessige responser (Shonin et al., 2014). Mange med psykosesyntomer har erfart hvordan øyeblikk forstyrres av skremmende eller plagsomme tanker og perseptuelle inntrykk. Det kan oppleves kontraintuitivt å skulle hengi seg til øyeblikket og ikke forsøke å flykte, kontrollere eller distrahere seg. Likevel er det nettopp erfaringene fra mindfulness moderne terapiformer etter hvert har begynt å utforske, også med henblikk på psykose. Pasienter med psykosespektrumlidelser benytter seg ofte av uhensiktsmessige strategier i forsøk på å mestre symptomer. Vanlig brukte strategier er unngåelse (f.eks. rusmiddelbruk), distraksjon (f.eks. høy musikk) og motsatsen som er å bli oppslukt i symptomene (f.eks. å bli liggende i sengen og lytte til stemmene). Intervensjoner som er lette å lære seg, som kan kombineres med annen behandling, vil være av verdi. Da særlig intervensjoner som kan endre pasientens forhold til og forståelse av symptomene slik at man opplever mer kontroll og mindre følelsesmessig belastning.

I en litteraturgjennomgang undersøkte Shonin og kolleger (2014) blant annet om mindfulness kunne være skadelig for pasienter med psykose. I denne gjennomgangen unnlot de bevisst å ta med mindfulness-intervensjoner som inngikk som en del av nyere strukturerte tidsavgrensede terapiformer (f.eks. ACT

og MBCT). Litteraturgjennomgangen viser til case-studier både fra 1979 og 1992 blant deltakere som fra før hadde psykose eller psykose-lignende tilstander, samt en studie fra 2003 der to individer uten tidligere psykoselidelse angivelig ble psykotisk etter å ha praktisert meditasjon. Konklusjonen var at det er grunn til å være forsiktig i meditasjonsbasert behandling av psykotiske lidelser, men at man samtidig ikke kan tillegge disse studiene for mye vekt da de besto av få deltakere og en til dels intensiv praktisering av meditasjon (inklusive tilfeller med 18 timers meditasjonssesjoner). Helgason og Sarris (2013) har også gjort en litteraturstudie der de blant annet presenterer tre case-studier der det ble rapportert om negative konsekvenser av meditasjon. Også i denne studien blir intensiv, langvarig praktisering oppgitt som mulig årsak til at resultatene her var negative. Ingen av disse to litteraturstudiene inkluderer nyere strukturerte terapiformer.

En metastudie av Khoury og kolleger (2013) fokuserte utelukkende på effekten av mindfulness-intervensjoner som inngikk i nyere strukturerte terapiformer, som blant annet de kognitivt orienterte. Bare randomiserte-kontrollerte studier (RCT) ble inkludert, og effektstørrelsene for mindfulness-intervensjoner var små til moderate sammenlignet med en kontrollgruppe (venteliste, TAU eller annen behandling). Videre fremhever Khoury og kolleger at selv om intervensjonene i mindfulness ikke har som mål å påvirke symptomer direkte, så viser resultatene likevel at de var moderat effektive i henhold til negative og affektive symptomer og ga bedret funksjon og livskvalitet for pasientene. For positive symptomer ble det funnet en liten effektstørrelse. Styrken til denne metastudien var at den inkluderte til sammen 468 pasienter, men alle inkluderte studier benyttet seg av mindfulness som et tillegg til mer konvensjonelle behandlingstilnæringer og ikke mindfulness som en selvstendig intervensjon.

#### Problemstilling og avgrensning

Hovedformålet med denne litteraturgjennomgangen var å gå bredere ut enn tidligere litteraturgjennomganger ved å inkludere flere studiedesign enn kun RCT for å undersøke om ulike former for terapi, der mindfulness inngår som en komponent i behandlingen, kan gi symp-

tomlette for pasienter med primær psykoselidelse. Vi ønsket også å se om det er dokumentert i disse studiene at mindfulness er skadelig for personer med psykose.

Primær psykoselidelse vil si psykoselidelse der man antar at det ikke foreligger andre psykiske lidelser til grunn for psykoseutviklingen (f.eks. affektive lidelser, ruslidelser osv.). Det er effekter på typiske positive symptomer det først og fremst fokuseres på her, eksempelvis vrangforestillinger og hallusinasjoner. Også funn som peker i retning av effekt på negative symptomer er tatt med. Vi vil i hovedsak bruke betegnelsen schizofreni, siden denne diagnosen utelukker nettopp de sekundære psykosene samt de affektive psykosene, som for eksempel bipolar affektiv lidelse med episoder av psykose. Likeledes ekskluderes andre psykoselidelser som kan ligne mye på schizofreni, som for eksempel de uspesifiserte ikke-organiske psykosene, eller de mer kortvarige akutte psykosene. Dette siden de ikke tilfredsstillende generelle kriteriene ved schizofreni når det gjelder varighet og/eller symptomatologi.

### METODE

Søket etter litteratur foregikk ved hjelp av databasene PubMed og PsychINFO. Søk ble gjennomført februar 2015 av førsteforfatter. Søkeordene «schizophrenia» og «mindfulness» ble benyttet, der «schizophrenia» gav 112 913 treff og «mindfulness» gav 2393 treff. Kombinasjonen gav tilsammen 39 treff.

Et inklusjonskriterium var at deltakerne skulle være diagnostisert med schizofreni. Studier der ulike diagnosegrupper inngår, og der schizofrenigruppen er mulig å skille ut fra de andre resultatmessig, ble også tatt med. Kun studier som fokuserer på terapeutisk effekt av mindfulness, ble inkludert. Studier på annet språk enn engelsk eller skandinavisk ble ekskludert. Artiklene som er med i metastudien av Khoury og kolleger (2013), er merket med \* i tabell 1. Av 39 treff ble 21 studier inkludert i denne litteraturgjennomgangen. Følgende artikler ble ekskludert:

- Fem artikler som omhandlet affektive psykoser, bl.a. en som var inkludert i metastudien til Khoury og kolleger (2013).
- Tre artikler på grunn av språk (dvs. nederlandsk, fransk, polsk).
- Tre artikler der forfatterne undersøkte nevrofysiologiske eller anatomiske forhold ved psykose.
- Fire redaksjonelle kommentarer.
- En artikkel om mindfulness for mennesker med psykisk utviklingshemming.
- To artikler der forfatterne kun undersøkte psykometriske kvaliteter ved selvrapportinstrumenter.

### RESULTATER

Tjuen studier er tatt med, inklusive 13 fra en metastudie av Khoury og kolleger (2013). Av de 21 studiene er 9 RCT-studier. Ellers består utvalget for det meste av prospektive studier med pre-post-design. Fire av studiene kan regnes som kasus- eller kvalitative studier. Antall deltakere varierer fra 2 til 107.

Alle disse studiene konkluderer med at det foreligger en eller flere målbare, helsebringende effekter av terapeutiske tilnærminger der mindfulness inngår som en del av psykosebehandlingen. For en oversikt over studiene, se tabell 1.



Fellesnevneren for de 21 inkluderte studiene var at mindfulness-baserte intervensjoner hadde en positiv innvirkning på psykosesyntomer

**Tabell 1** Oversikt over inkluderte studier

Studie	Type studie (N)	Type terapi	Hovedfunn
Bach & Hayes, 2002*	RCT (80)	ACT vs. TAU	ACT: Mindre tro på de positive symptomene, færre innleggelser vs. TAU ved 4 md. FU.
Bach et al., 2012*	RCT (80)	ACT vs. TAU	Reduksjon av antall innleggelser i ACT-gruppen vs. TAU ved 1 års FU.
Bacon et al., 2014	Kvalitativ (9)	ACT	Ingen endring i hyppighet av symptomer, men reduksjon av opplevd intensitet og ubehag.
Brown et al., 2010	Pilotstudie (15)	Mindfulness	Mindfulness opplevdes avslappende. Opplevd symptomlette.
Chadwick et al., 2005*	Pilotstudie (10)	Mindfulness + CBT	Pre-post: Bedre generell klinisk fungering ved mindfulness og CBT.
Chadwick et al., 2009*	RCT (22)	Mindfulness + MCT vs. venteliste	MCT-gruppen; sign. bedret klinisk fungering og mindfulness i forhold til plagsomme tanker og forestillingsbilder vs. ventelistekontroll.
Chien & Lee, 2013*	RCT (96)	Mindfulness+ psyk.ed. vs. TAU	Signifikant bedring i sykdomsinnsikt, symptomtrykk og fungering, færre reinnleggelser for Mindfulness-gruppen.
Chien og Thomson, 2014	RCT (107)	Mindfulness vs. TAU vs. psyk.ed.	Generell symptomlette, bedre psykososial fungering, økt sykdomsinnsikt, kortere varighet av reinnleggelser for Mindfulness-gruppen.
Dannahy et al., 2011*	Prospektiv (62)	PBCT-gruppe	Bedring i velvære, mindre ubehag og opplevd mer kontroll på stemmer.
Davis et al., 2007	Pilotstudie (5)	Mindfulness	Opplevd bedret håndtering av situasjoner, inkludert bedre evne til å roe seg ned.
Gaudiano & Herbert, 2006*	RCT (40)	ACT vs. TAU	ACT-gruppen: Signifikant færre affektive symptomer, mindre ubehag av hallusinasjoner, mindre sosial hemmethet. Redusert reinnleggelser etter 4 md. i ACT-gruppen.
Johnson et al., 2011*	Pilotstudie (18)	LKM	Mindre negative symptomer og økte positive følelser, mer opplevd kontroll og tilfredshet med livet.
Khoury et al., 2015	Pilotstudie (17)	CAM-gruppe	Bedret emosjonell selvregulering. Ikke endring i sosial fungering.
Laithwaite et al., 2009*	Prospektiv (19)	CMT-gruppe	Signifikant bedring i sosial funksjon, økt selvaktelse og færre generelle psykiske plager.
Langer et al., 2012*	RCT (23)	MBCT vs. venteliste	MBCT-gruppen: Signifikant bedret evne til å respondere «mindfullt» på stressende tanker og forestillingsbilder.
Miller, 2012	Pilotstudie (10)	Mindfulness	Redusert stress knyttet til ahedoni, ikke reduserte symptomer, ikke opplevd bedret livskvalitet.
Newman Taylor et al., 2009	Casestudie (2)	Mindfulness	Mindre opptatthet av stemmens betydning, færre følelsesmessige reaksjoner på stemmene.
Shawyer et al., 2012*	RCT (44)	ABCBT vs. støtteterapi	ABCBT: Bedre symptomreduksjon. Støtteterapi: redusert opplevd ubehag av kommanderende stemmer.
Singh et al., 2014	Case-serie (3)	Mindfulness	Redusert sinne. Betydelig redusert verbal og fysisk aggresjon.
van der Valk et al., 2013*	Prospektiv (17)	MBT-gruppe	Ingen signifikant endring i psykosesymptomer, men noe mindre angst.
White et al., 2011*	RCT (27)	ACT vs. TAU	ACT-gruppen: Signifikant reduksjon av negative symptomer og depresjonstrykk.

ACT = Acceptance and Commitment therapy; ABCBT = Acceptance-Based Cognitive behavior therapy; CBT = Cognitive behavioral therapy; CMT = Compassionate mind training; CORE = Clinical Outcomes in Routine Evaluation; FU = Follow-up; LKM = Loving-kindness meditation; MBT = Mindfulness-based therapy; MCT = Metakognitiv terapi; PBCT = Person-based cognitive therapy; Psyk.ed = psykoedukasjon; RCT = Randomisert kontrollert studie; TAU = Treatment as usual; TORCH = Treatment of Resistant Command Hallucininations.

Ingen av studiene rapporterer at intervensjonene har medført uhelse eller skade for deltakerne. Tre randomiserte kontrollerte studier med relativt store utvalgsstørrelser viser til reduserte antall innleggelser sammenlignet med kontrollgruppen (Bach and Hayes 2002; Bach et al., 2012; Chien & Lee 2013; Gaudiano & Herbert, 2006). Så godt som alle studiene fant at mindfulness førte til mindre ubehag av psykiske symptomer.

Ut over ovennevnte funn synes det ikke å være noen iøynefallende trend blant studiene som inngår i denne litteraturgjennomgangen. Selv om flere av mindfulness-intervensjonene gir lovende effekter på enkelte symptomer, er det vanskelig ut fra denne oversikten å se at det danner seg noen klare mønstre på tvers av studiene. Et mulig unntak er noe bedring i kognitiv mestring, om en ser på dette begrepet i en nokså vid forstand: Mindre tro («believability») på de positive symptomene (Bach & Hayes, 2002), mindre sosial hemming (Gaudiano & Herbert, 2006), bedring med hensyn til sosial sammenligning og selvaktelse (Lait-hwaite et al., 2009), opplevd mer kontroll på stemmer (Dannahy et al., 2011), mer selvaktelse og mer kontroll (Johnson et al., 2011), mer avslappet holdning til plagsomme tanker og forestillingsbilder (Langer et al., 2012), bedring i sykdomsinnsikt og fungering (Chien & Lee, 2013; Chien & Thomson, 2014), mindre opptatt-het av stemmenes makt og betydning (Newman Taylor et al., 2009), opplevd bedret håndtering av situasjoner (Davis et al., 2007) samt mer hensiktsmessige måter å tenke på (Brown et al., 2010).

Det er flere av studiene som viser til funn som kan virke lovende med tanke på symptomlette av klassiske psykosesymptomer, det vil si henholdsvis positive førsterangssymptomer og såkalte negative symptomer. I en studie av Bach og Hayes (2002) nyanseres effekten av behandling ved at den fremhever at deltakere ikke rapporterer færre positive symptomer, men snarere svekket tro på deres riktighet. Svekket tro på symptomene medførte en halvering av re-innleggelser sammenlignet med TAU i oppfølgingsperioden på fire måneder. Det viste seg at alle subgrupper av pasienter med positive førsterangssymptomer i denne studien rapporterte den samme tendensen, rent bortsett fra en subgruppe de betegnet som «delusional», som benektet symptomer.

## DISKUSJON

Fellesnevneren for de 21 inkluderte studiene var at mindfulness-baserte intervensjoner hadde en positiv innvirkning på psykosesymptomer, og det er ikke rapportert om at intervensjonene medførte skade eller forverring av psykosesymptomer.

### Mulig virksomme faktorer

Litteraturgjennomgangen indikerer at det kan se ut til at mindfulness-intervensjoner bedrer kognitiv fungering og mestring av psykosesymptomer i bred forstand, noe som er i tråd med en studie av Bach og Hayes (2002). Dette kan ha sammenheng med at mindfulness innebærer øvelser i å gjøre seg fri fra uhensiktsmessige og automatiserte tankemønstre. Tai og Turkington (2009) påpeker at de forskjellige versjonene av mindfulness-intervensjoner som inngår i det etter hvert nokså store mangfoldet av tredjegerasjon kognitiv terapi, har en del ulikheter både med hensyn til teoretisk orientering og teknisk gjennomføring. Felles for intervensjonene er et element av kontemplasjon, der oppmerksomheten rettes mot noe, eller der personen konsentrerer seg om noe eller fokuserer på noe. I mange tilfeller inngår det også elementer av holdningsendring til en selv og andre: vektlegging av «loving kindness», det vil si medfølelse, generøsitet og en ikke-dømmende, empatisk holdning overfor seg selv og andre.

En annen skoleretning innenfor psykoseforskningen som gjerne omtales som den fenomenologiske, kan muligens bidra til en forståelse av nytten av mindfulness-intervensjoner. Nelson og kolleger (2008) framhever at i den fenomenologiske tilnærmingen til psykose legger man vekt på at psykoselidelsen ofte starter med en forstyrrelse av opplevelsen av selvet («ipseity») og intersubjektivitet. Forstyrrelsen rammer en form for apriori-opplevelse av å være et integrert og gjenkjennelig «jeg». I tidlig utvikling av en psykoselidelse kan denne forstyrrede opplevelsen av selvet innta ulike former. Nelson og kolleger (2008) nevner forstyrret opplevelse av å være til, være til stede, forstyrrelse i bevissthetsstrømmen, forstyrrelse av opplevelsen av egen kropp, grensen mellom seg selv og andre og eksistensiell reorientering, som sentralt ved psykose. De forandringene som individet opplever ved slike forstyrrelser, innbyr til granskning og grubling, »



Det er ikke rapportert om at intervensjonene medførte skade eller forverring av psykosesymptomer



Det er stor variasjon med hensyn til hva som legges i mindfulness-begrepet

i et forsøk på å akkomodere de fremmede og ofte skremmende opplevelsene til eksisterende skjema. I forsøket på å prøve å forstå sine opplevelser blir den rammede personen ofte hyperrefleksiv. Hyperrefleksjon er en form for overdreven selv-bevissthet og forhøyet årvåkenhet overfor aspekter ved ens opplevelser. Det er denne tendensen til hyperrefleksjon som lett kan bli videreført gjennom standard CBT, argumenterer fenomenologene. I så måte ser de fordeler ved de nyere såkalte tredjegenasjons-tilnærmingene som tar i bruk blant annet mindfulness-teknikker. Mindfulness-teknikkene vektlegger som tidligere nevnt verdien av en ikke-dømmende (ikke-reflekterende) innstilling til øyeblikkets realiteter. Samtidig nevner også fenomenologene en tilen-relasjonen i terapisisituasjonen som en viktig arena for utviklingen av empati og erfaring av den andre og en selv som subjekter. Også dette rommer en dimensjon av anerkjennelse og respekt.

I «Acceptance and commitment therapy» (ACT) (Harris, 2013) antas det at aksept og oppmerksomt nærvær bidrar med å forme en mer grunnleggende anskuelse som påvirker det kvalitative bevissthetsinnholdet. Samuel (2015) argumenterer for at mindfulness-teknikker kan avhjelpe et hardt prøvet kognitivt system, samt tilføre et verktøy som gjør oppfattelsen av situasjoner mindre angstbefordrende, provoserende eller mistrøstige. Chadwick (2014) er inne på det samme når han viser til erfaringer av at de pasientene som klarer seg best, er de som evner å skape mer aksept og toleranse for, samt mer distanse til, de tankene og forestillingsbildene som plager dem. Disse to komponentene, påpeker han – aksept og distanse – er nettopp viktige aspekter ved mindfulness. I tillegg til at holdningen ved mindfulness er å ikke gi særbehandling til visse typer sansestimuli: Mindfulness-holdningen er å gi alt som fanger oppmerksomheten i hvert enkelt øyeblikk, lik behandling – noe som gjør at ikke noen spesiell oppmerksomhet («excessive salience») blir gitt til enkeltvis interne eller eksterne stimuli slik at de «tar over oppmerksomheten» og setter i verk uforholdsmessige reaksjoner.

#### Begrensninger ved litteraturgjennomgangen

Det har vært vanskelig å påpeke forskjeller mellom de ulike formene for terapi i denne

studien da dette ikke er en kvantitativ meta-analyse av effekter. Selv om det synes klart at det er en effekt mellom pre- og post-, og også mellom eksperimentgrupper og kontrollgrupper, kan man ikke si noe om eventuell forskjell mellom de ulike formene for mindfulness-tilnærminger da ingen av studiene har sammenlignet dette direkte. Da det dessuten er stor variasjon i intervensjonene og i utfallsmål, kombinert med en forholdsvis liten andel studier å ta av, er det ikke uventet at det blir på denne måten. Replikasjonsstudier kan gi et mer solid grunnlag for å vurdere nytten av tilnærmingen. Det er verd å bemerke at Shonin og kolleger (2014) også nevner problemet med «intervention heterogeneity», selv om de altså gjorde et langt «smalere» litteratursøk enn det som ble gjort i denne studien. Operasjonalisering er også et moment; det er stor variasjon med hensyn til hva som legges i mindfulness-begrepet. Når en møter formuleringer som at gruppen har blitt mer «mindful», er det ikke entydig hva som menes med dette på tvers av studiene som er inkludert i denne litteraturgjennomgangen. Likeledes savnes det forskning på hvilke faktorer som bidrar til at man ikke klarer å følge opp behandling og eventuelt slutter («drop-out»), noe som har implikasjoner for tilrettelegging av behandling.

#### Konklusjon

Den aktuelle litteraturgjennomgangen søkte å finne svar på om terapier der mindfulness inngår som en større eller mindre komponent av behandlingen, kan gi symptomlette for pasienter med psykose, og om mindfulness-intervensjoner kan være skadelige for pasienter med psykose. Resultatene indikerer at det foreligger liten risiko for at pasienter med psykose skal bli dårligere av å praktisere terapi der mindfulness inngår som en komponent i behandlingen. Resultatene indikerer i tillegg at terapi der mindfulness inngår som en del av behandlingsopplegget, gir lette i symptomer og opplevelse av mer tilfredshet i hverdagen hos psykosepasienter. ✘

## REFERANSER

- Bacon, T., Farhall, J. & Fossey, E. (2014). The active therapeutic processes of acceptance and commitment therapy for persistent symptoms of psychosis: clients' perspectives. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 402–420.
- Bach, P. & Hayes, S. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1129–1139.
- Bach, P., Hayes, S. & Gallop, R. (2012). Long term effects of brief acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Modification*, 36, 165–181.
- Brown, L., Davis, L., LaRocco, V. & Strasburger, A. (2010). Participant perspectives on Mindfulness Meditation Training for Anxiety in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 3, 224–242.
- Chadwick, P., Taylor, K. & Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 351–359.
- Chadwick, P., Hughes, S., Russel, D., Russel, I. & Dagnan, D. (2009). Mindfulness groups for Distressing voices and paranoia: a replication and randomized feasibility trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37, 403–412.
- Chadwick, P. (2014). Mindfulness for psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 204, 333–334.
- Chien, W. & Lee, I. (2013). The mindfulness-based psychoeducation program for Chinese patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 64, 376–379.
- Chien, W. & Thompson, D. (2014). Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 205, 52–59.
- Dannahy, L., Hayward, M., Strauss, C., Turton, W., Harding, E. & Chadwick, P. (2011). Group Person-based cognitive therapy for distressing voices: pilot data from nine groups. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 111–116.
- Davis, L., Strasburger, A. & Brown, L. (2007). Mindfulness: An intervention for Anxiety in schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45, 23–29.
- Dickerson, F. & Lehman, A. (2011). Evidence-Based Psychotherapy for Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 8, 520–526.
- Gaudio, B. & Herbert, J. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: pilot results. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 415–437.
- Harris, R. (2013). ACT – enkelt og greit. En innføring i aksept- og forpliktelsesterapi. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Helgason, C. & Sarris, J. (2013). Mind-body Medicine for Schizophrenia and Psychotic Disorders: A review of the Evidence. *Clinical Schizophrenia & Related Psychosis*, 3, 138–148.
- Johnson, D., Penn, D., Fredrickson, B., Kring, A., Meyer, P., et al. (2011). A pilot study of loving-kindness meditation for the negative symptoms of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129, 137–140.
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudio, B. & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150, 176–184.
- Khoury, B., Lecomte, T., Comtois, G. & Nicole, L. (2015). Third wave-strategies for emotion regulation in early psychosis: a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 9, 76–83.
- Laithwaite, H., O'Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L. et al. (2009). Recovery after psychosis (RAP): a compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive psychotherapy*, 37, 511–526.
- Langer, Á., Cangas A., Salcedo, E. & Fuentes, B. (2012). Applying mindfulness therapy in a group of psychotic individuals: a controlled study. *Behavioural and Cognitive psychotherapy*, 40, 105–109.
- Miller, J. (2012). *Teaching Mindfulness to Individuals with Schizophrenia* Ph.D.-avhandling: University of Montana, USA.
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE]. 2011. *Common mental health disorders: Identification and pathways to care*. NICE: UK.
- Nelson, B., Sass, L. & Skodlar, B. (2008). The Phenomenological Model of Psychotic Vulnerability and Its Possible Implications in the Ultra-High Risk ('Prodromal') Population. *Psychopathology*, 42, 283–292.
- Newman Taylor, K., Harper, S. & Chadwick, P. (2009). Impact of mindfulness on cognition and affect in voice hearing: evidence from two case studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42, 397–402.
- Samuel, G. (2015). The contemporary mindfulness movement and the question of nonself. *Transcultural Psychiatry*, 52, 485–500.
- Shawyer, F., Farhall, J., Mackinnon, A., Trauer, T., Sims, E., et al. (2012). A randomized controlled trial of acceptance-based cognitive behavioural therapy for command hallucinations in psychotic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 110–121.
- Shonin, E., van Gordon, W. & Griffiths, M. (2014). Do mindfulness-based therapies have a Role in the treatment of psychosis? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 124–127.
- Singh, N., Lancioni, G., Karaszia, B., Winton, A., Singh, J. & Wahler, R. (2014). Shenpa and Compassionate Abiding: Mindfulness-Based Practices for Anger and Aggression by Individuals with Schizophrenia. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12, 138–152.
- Tai, S. & Turkington, D. (2009). The Evolution of Cognitive Behavioral Therapy for Schizophrenia: Current Practice and Recent Developments. *Schizophrenia Bulletin*, 5, 865–873.
- Van der Valk, R., van de Waardt, S., Meijer, C., van den Hout, I. & de Haan, L. (2013). Feasibility of mindfulness-based therapy in patients recovering from a first psychotic episode: a pilot study. *Early Intervention in Psychiatry*, 7, 64–70.
- White, R., Gumley, A., McTaggart, J., Rattrie, L., McConville, D., et al. (2011). A feasibility study of Acceptance and Commitment Therapy for emotional dysfunction following psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 901–907.

# En god sirkel

Circle of Security Parenting (COS-P) er et psykoedukativt program der målet er å hjelpe foreldre i foreldrerollen. Siden våren 2012 har Solli DPS drevet COS-P-grupper for pasientene. Tilbakemeldingene har vært positive.

## TEKST

Jorunn Helle<sup>1</sup>, Mari-Janne Oosterman Boonstra<sup>1</sup>, Kirsten Runeberg Broch<sup>1</sup>, Bernt Ingve Rød<sup>1</sup>, Jon Vøllestad<sup>1,2</sup>

<sup>1)</sup> Solli DPS

<sup>2)</sup> Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

**KONTAKT** jorunn.beate.helle@solli.no

## ILLUSTRASJONER

Åge Peterson

**F**oreldres psykiske helse påvirker barns utvikling. Barn av psykisk syke har økt risiko for internaliserende og eksterntaliserende vansker samt for selv å utvikle en psykisk lidelse (bl.a. Abela et al., 2005; Dean, Mortensen, Murray, Walsh, & Pedersen, 2010). Helsepersonelloven § 10a fra 2010 omhandler helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende. I rundskrivet «Barn som pårørende» legger Helsedirektoratet vekt på at helsepersonell skal hjelpe foreldre med psykiske vansker til bedret foreldrefungering (IS-5/2010:5).

Psykisk helsevern for voksne har vært kritisert for ikke å forholde seg til at pasientene har barn, og for ikke å snakke med dem om rollen som foreldre. Undersøkelser har vist at barna av psykisk syke i liten grad blir ivaretatt, og at de ofte blir glemte og usynliggjort (Mevik & Trymbo, 2002). Mevik og Trymbo viste at pasientene strever med bekymring og skyldfølelse overfor barna, og ofte opplever at disse følelsene blir bagatellisert av behandlere. På samme

tid hadde de fleste pasientene et ønske om at behandleren skulle snakke med dem om barna.

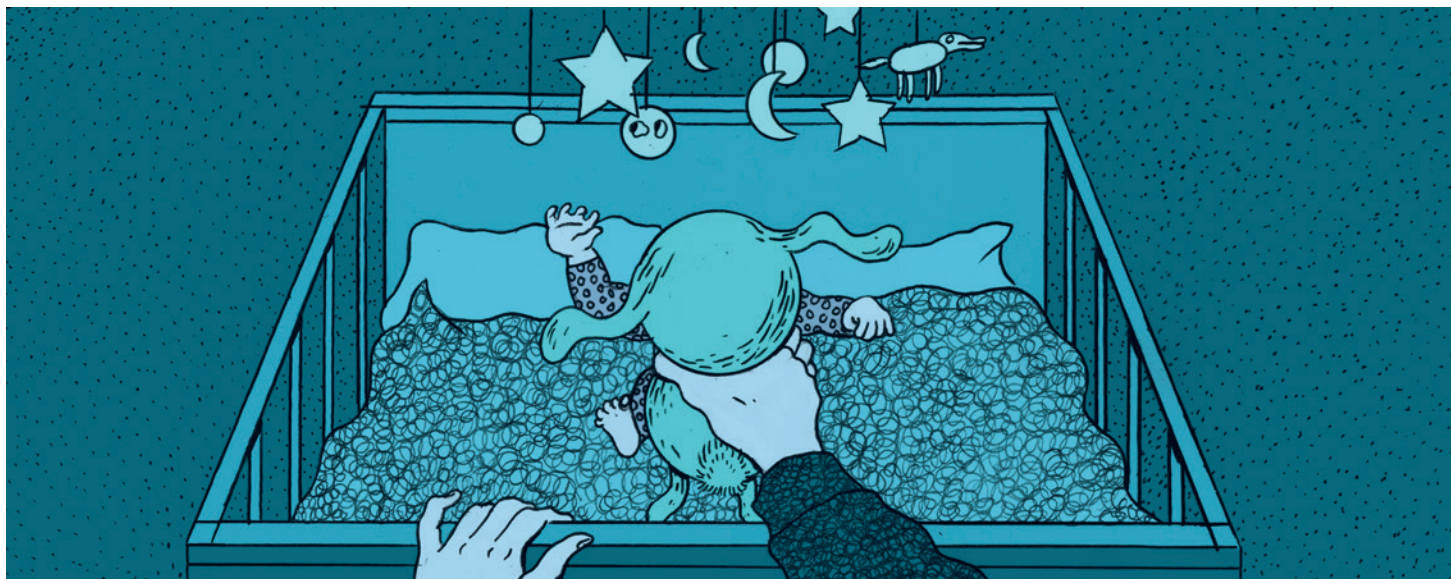
Det er imidlertid ikke foreldrenes psykiske symptomer i seg selv som virker negativt på barnet, men i hvilken grad disse påvirker foreldrefungering. Når foreldrefungeringen svekkes på grunn av psykisk sykdom, er det særlig de minste barna som er mest sårbare (Hart, 2009; Murray, Cooper & Hipwell, 2003). Jo yngre barnet er, jo større innvirkning vil mangelfull eller skadelig foreldrefungering ha. På samme tid er det ofte ikke før et stykke opp i barndommen og tenårene at de negative konsekvensene ved å vokse opp med en psykisk syk forelder kommer tydelig til uttrykk.

Fordi foreldrefungering er så avgjørende for barns utvikling og senere fungering, er det av stor betydning at behandlere i psykisk helsevern for voksne tilegner seg kunnskap om og metodikk for å styrke foreldrefungering. På den måten kan vi som fagpersoner være med på å bidra til å forebygge vansker i neste generasjon.

I denne teksten vil vi se nærmere på noen av utfordringene foreldre med en psykisk lidelse kan ha i foreldrerollen, samt presentere et strukturert kursopplegg innrettet mot å styrke foreldreferdigheter. Circle of Security Parenting (COS-P) er et psykoeduka-

\* Interessekonflikter: Ingen av forfatterne har økonomiske interesser av å publisere stoffet. Det er heller ikke organisasjoner eller institusjoner som har interesse av at materialet presenteres på en spesiell måte.





tivt foreldreveiledningsprogram som bygger på tilknytningsteori og dynamisk teori og er forskningsbasert. COS-P har som sin primære målsetting å hjelpe foreldre til bedret foreldrefungering gjennom økt evne til mentalisering av barnet. Vi vil gi en kort redegjørelse for innholdet i COS-P, og presentere erfaringer med implementering av programmet på en voksenpsykiatrisk poliklinikk ved Solli DPS.

#### BARN AV PSYKISK SYKE

Antallet barn i Norge som har foreldre med psykiske lidelser, er anslått til 410 000, eller 37,5 % av alle barn (0–18 år) i befolkningen. Av disse har anslagsvis 115 000 foreldre med alvorlige psykiske lidelser, det vil si 10,5 % av alle barn i Norge (Torvik & Rognmo, 2011). Barn som vokser opp med foreldre med psykiske vansker, har selv økt risiko for å utvikle sosiale og emosjo-

nelle problemer (Elgar et al., 2007). Dean og medarbeidere (2010) fant i en dansk undersøkelse at når en av foreldrene hadde en psykisk lidelse, hadde barnet dobbelt så høy risiko for selv å bli registrert med en psykiatrisk diagnose sammenlignet med barn av foreldre uten psykiske lidelser. Om begge foreldrene hadde en psykisk lidelse, var risikoen 3,4 ganger høyere.

I forskningen på sammenhengen mellom psykiske vansker og foreldrefungering har effekten av depresjon i forbindelse med svangerskap og fødsel fått særlig oppmerksomhet. Dette henger sammen med den økte risikoen for depresjon i denne perioden i tillegg til omfattende kunnskap om betydningen av samspillet mellom spedbarnet og de primære omsorgspersonene for barnets utvikling. En undersøkelse fant at behovet for bruk av psykisk helsehjelp er mer enn doblet i de første tre månedene etter fødsel, og risikoen for depresjon er tredoblet i de første fem månedene etter fødsel, sammenlignet med et år senere (Munk-Olsen et al., 2006). Mange mødre med depresjon har også partnere med psykiske vansker. Goodman og medarbeidere (1993) fant at 55 % av mødre med unipolar depresjon hadde partner med en psykiatrisk diagnose.

For at barnet skal utvikle stabil selvopplevelse og kapasitet til affektiv og biologisk selvregulering, er det avhengig av sensitive omsorgspersoner som gir kontingente responser til barnets signaler (Hart, 2009). Studier av deprimerete



**Helsepersonelloven § 10a fra 2010 omhandler helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende**



mødre i samspill med sine spedbarn har karakterisert mødrenes foreldrestil som mer passiv og tilbaketrukket, eller røff og invaderende (Murray, Cooper & Hipwell, 2003). Disse mødrene er mindre følsomme overfor barnets signaler, uforutsigbare og lite kontingente i sine responser. I en studie av deprimerte fedre til ett år gamle barn fant man at de rapporterte fire ganger høyere forekomst av fysisk avstraffelse av barnet sammenlignet med ikke-deprimerte fedre (Davis, Davis, Freed, & Clark, 2011). De samme fedrene rapporterte også at de leste mindre for sine barn enn de ikke-deprimerte fedrene.

I de senere år har det også vært økt fokus på hvordan ulike personlighetsforstyrrelser virker inn på foreldrefungering. Wilson og Durbin (2012) fant i en «ikke-klinisk» populasjon at foreldre med relativt mild grad av personlighetspatologi viste dysfunksjonelt samspill med sine barn. I en engelsk studie som fulgte barn av psykisk syke gjennom flere år, fant Rutter og Quinton (1984) at det gikk dårligst med de barna som hadde foreldre med en personlighetsforstyrrelse preget av fiendtlighet. Barn av foreldre med Cluster B personlighetsforstyrrelse (emosjonelt ustabile, antisosiale og narsissistiske) utgjør en høyrisikogruppe for selv å utvikle psykiske vansker (Berg-Nielsen, 2010). Foreldre med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er kjennetegnet ved konfliktfylte interpersonlige relasjoner, og det er funnet at mødre med denne lidelsen har dysregulert kommunikasjon med sine spedbarn (Hobson, Patrick, Hobson, Crandell, Bronfman & Lyons-Ruth, 2009).

#### TILKNYTNINGSTEORI OG MENTALISERING

Barns tilknytning til sine primære omsorgspersoner fremmer deres sosioemosjonelle utvik-

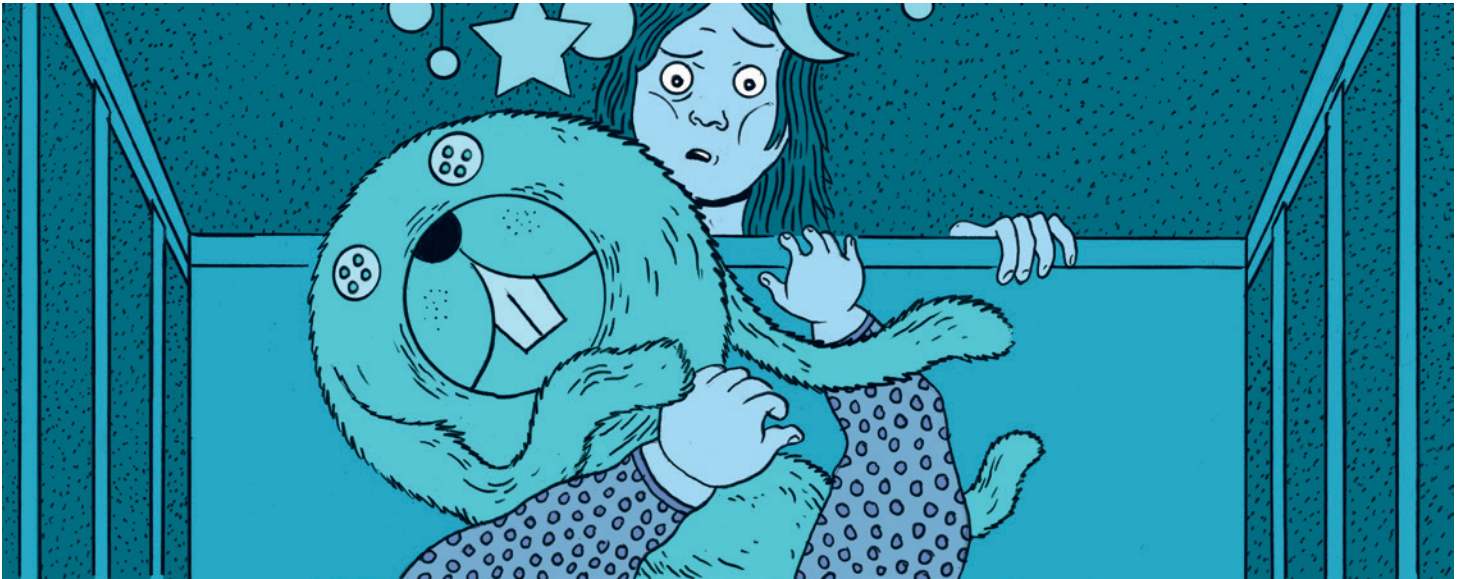
ling (Waxler, Thelen & Muzik 2011). Tilknytning er beskrevet som barnets indre drift til å søke nærhet til sine omsorgspersoner for å sikre trygghet og overlevelse (Ainsworth & Bowlby, 1991). Tilknytningspersonen fungerer som en «trygg base» for utforskning (Hart, 2009). Ifølge Schore (2001, 2008) utgjør reguleringen av barnets affekter og affektuttrykk kjernen i den menneskelige tilknytning. Ved trygg tilknytning vil foreldre bidra til å minimalisere barnets negative affekttilstand og maksimere de positive. Schore (2001, 2008) hevder at tilknytningspersonen former barnets psykofysiologiske system for stresshåndtering.

Tilknytning er et universelt fenomen og utvikles hos alle barn. Kvaliteten i tilknytningen vil imidlertid variere avhengig av omsorgspersonens atferd og evne til sensitivitet og emosjonell tilgjengelighet. *Trygt tilknyttede barn* vil i situasjoner hvor de blir stresset eller oppbrakt, sende tydelige signaler til sine omsorgspersoner, som igjen vil være i stand til å møte barnets behov for trøst og beroligelse. *Utrygge unnnvikende barn* vil ikke være i stand til å gi uttrykk for ubehaget sitt. *Utrygge ambivalente barn* vil vise sterke ambivalente følelser overfor omsorgspersonen, samtidig som de vanskelig lar seg trøste. En fjerde gruppe barn er de som mangler en klar strategi for å håndtere stress i interaksjon med sine foreldre. Disse er beskrevet som *desorganiserte eller desorienterte* (Main & Solomon, 1990). Foreldre med desorganisert tilknyttede barn viser ofte atferd som kan karakteriseres som skremmende eller skremt. De tidlige samspillserfaringene barnet gjør med omsorgspersonene, er med på å danne «indre arbeidsmodeller» (IAM) som er mentale representasjoner, eller indre bilder av selvet og tilknytningspersonen.

Barnets tilknytningsmønster dannes i første leveår og er relativt stabilt gjennom hele livet (Main & Cassidy, 1988). Trygg tilknytning er beskrevet som «psykologisk immunforsvar» og medfører at barnet senere i livet bedre vil kunne takle belastninger og traumer. Det er også funnet en stabil sammenheng mellom tilknytningsmønster og kognitive prestasjoner (Jacobsen, Edelstein & Hofmann, 1994; Stams, Juffer & van IJzendoorn, 2002). I en metaanalyse fant van IJzendoorn, Dijkstra og Bus (1995) at utrygg tilknytning var assosiert med lavere nivå av kognitiv fungering og språkferdighet-



**Det er ikke foreldrenes psykiske symptomer i seg selv som virker negativt på barnet, men i hvilken grad disse påvirker foreldrefungering**



ter. Tilknytningsmønster påvirker også sentrale utviklingsmål som evnen til å stole på seg selv, evne til emosjonsregulering og sosial kompetanse (Groh et al., 2014; Sroufe et al., 2005). Forskning tyder videre på at utrygg tilknytning øker risiko for både eksternaliserende (Fearon et al., 2010) og internaliserende (Madigan, Atkinson, Laurin & Benoit, 2013) vansker hos barn.

Det er sammenheng mellom foreldres mentale representasjoner av egne tilknytningsopplevelser, målt gjennom Adult Attachment Interview (AAI), og barnets tilknytningsmønster (van IJzendoorn, 1995). Når foreldre selv har opplevd tap og traumer knyttet til sine omsorgspersoner, vil dette øke sannsynligheten for at barnet utvikler et utrygt eller desorganisert tilknytningsmønster. Foreldrepopulasjonen innenfor psykisk helsevern kjennetegnes ofte ved at de har opplevd ulike former for omsorgssvikt og traumer. Fonagy og medarbeidere (1996) fant for eksempel store forskjeller mellom en gruppe psykiatriske pasienter og en «frisk» kontrollgruppe i måten de beskrev sine erfaringer med omsorgspersonene i AAI på.

En mulig mekanisme for overføring av tilknytningsstil fra en generasjon til den neste er mentalisering eller reflekterende fungering. Dette er evnen til å forstå sin egen og andres atferd ut fra indre mentale tilstander som tanker, følelser, impulser, behov og ønsker (Sharp & Fonagy, 2008). Evnen til å mentalisere utvi-

kles innenfor tilknytningsrelasjonen og fortsetter å være tett bundet til relasjoner (Luyten, Fonagy, Lowyck & Vermote, 2012b). Forskning viser at foreldres evne til å mentalisere barnet, det vil si å leve seg inn i barnets indre psykologiske tilstand, er en viktig faktor for å predikere trygg tilknytning (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011; van IJzendoorn 1995). Omvendt finnes det en tilsvarende forbindelse mellom mangelfull mentalisering og utrygg tilknytning hos barnet. Det er foreldres mentaliserende forståelse, evnen til å oppfatte barnet som et separat individ og som en mental agent med indre, intasjonelle hensikter, som skaper den trygge tilknytningen (Wennerberg, 2011).

Det er utviklet flere tilknytnings- og mentaliseringsbaserte programmer, som *Minding the Baby* (Slade, Sadler, Dios-Kenn, Webb Currier-Ezepchick & Mayes, 2005), *Mothering From the Inside Out* (Suchman, Pajulo, Kalland, De Coste & Mayes, 2012) og *Circle of Security* (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell 2002; Hoffman, Marvin & Powell 2006). Felles for disse er at de søker å fremme omsorgsgivers sensitivitet for og mentale representasjon av barnet samt fremme godt samspill og trygg tilknytning (Ramsauer et al., 2014). Flere av disse programmene involverer både foreldre og barn. Vi ønsket å gi et tilbud til voksne pasienter i behandling ved vårt DPS, og valgte å bruke COS-P, fordi programmet er utviklet for å arbeide med foreldrene alene. »

### CIRCLE OF SECURITY

I tilknytningslitteraturen beskrives trygge relasjoner som relasjoner der barn uanstrengt kan søke trøst og beskyttelse når de trenger det, og få støtte til autonomi og utforskning når de har behov for det (Brandtzæg et al., 2011). Av intervensjonsformer med målsetting om å styrke foreldrefungering, er Circle of Security den som bygger mest på tilknytningsteori (Berlin, Zeanah, & Lieberman, 2008). Intervensjonen er både rettet mot å fremme innsikt i egne følelser og reaksjoner og mer konstruktiv foreldre-atferd. Intervensjonen kombinerer psykoedukasjon med teknikker og forståelsesmåter fra både den kognitive og psykodynamiske tradisjonen (Ramsauer et al., 2014). Forskning hittil tyder på at COS-intervensjonen er egnet til å bedre foreldrefungering og trygg tilknytning (for en oversikt, se Yaholkoski, Hurl & Theule, 2016). Den beskrives også som en mentaliseringsfremmende metode (Brandtzæg et al., 2011).

Det opprinnelige COS-programmet består av 20 sesjoner av to timers varighet, og inkluderer en innledende videokartlegging av samspill og tilknytning mellom foreldre og barn. COS-P er en nyere og kortere versjon av det opprinnelige programmet som ikke inkluderer kartleg-

gingen av faktisk samspill og tilknytning. Programmet gjennomføres i grupper med 8 til 12 deltagere. Det er utviklet visuelt materiale, en DVD og en manual. DVD-en består av 8 kapitler. I gruppen veksler man mellom å se klipp fra DVD-en og reflektere rundt det som vises, og etter hvert knytte det til egne erfaringer, både når det gjelder til egne foreldre og samspillserfaringer med egne barn.

### SENTRALE BEGREPER I COS-P

Trygghets sirkelen (se illustrasjon s. 552) er en illustrasjon som skal bidra til forståelse av barnet og barnets behov og hjelpe foreldre til å fremme trygg tilknytning. Toppen av sirkelen representerer barnets utforskingssystem, bunnen av sirkelen tilknytningssystemet, og hendene representerer foreldre som henholdsvis trygg base og trygg havn. Utforskingssystemet og tilknytningssystemet er gjensidig utelukkende, og barnet vil kontinuerlig veksle mellom disse to systemene (Powell, Cooper, Hoffman, & Marvin, 2014). Toppen av sirkelen representerer barnets behov ved utforskning: «pass på meg», «gled deg over meg», «hjelp meg» og «gled deg sammen med meg». Funksjonen ved utforskningsatferd er å fremme læring og mestring. Bunnen av sirkelen representerer barnets behov: «beskytt meg», «trøst meg», «gled deg over meg» og «organiser mine følelser». Funksjonen ved tilknytningsatferd er å oppnå trøst og beskyttelse. Å organisere følelser handler om å hjelpe barnet når det ikke forstår sine egne følelser. Det skjer ved at foreldrene gjenkjenner, setter ord på og gir mening til indre opplevelser som barnet har. Gjennom denne samhandlingen blir barnet mer kompetent i å håndtere følelser, både alene og i relasjon til andre (Powell et al., 2014). Hendene på sirkelen representerer foreldre som trygg base for utforskning (toppen av sirkelen) og trygg havn når barnet trenger trøst og beskyttelse (bunnen av sirkelen).

Målet med COS-P er å legge til rette for skiftet fra innstillingen «Hva ønsker barnet fra meg?» til «Jeg ser hva barnet trenger». Målsettingen er at foreldre via sirkelen ikke bare skal bli i stand til å forstå barnets behov, men også å identifisere og regulere sine egne kognitive og affektive responser på barnets atferd og følelsesuttrykk. I hvilken grad foreldre er i stand til å tåle og å møte barnets affekter på en måte som fremmer trygg tilknytning, avhenger av

## Målene for COS

- Øke omsorgspersoners reflekterende fungering (RF).
- Hjelpe omsorgspersoner til å utvikle mer nøyaktige indre representasjoner av selvet og andre (særlig ved å ha fokus på negative attribusjoner av barnet).
- Forbedre omsorgspersoners internaliserte «trygg base»-script ved å gi dem et kart (se figur 1) av barns tilknytningsbehov.
- Støtte omsorgspersonens emosjonsregulering gjennom forståelse av deres egne omsorgserfaringer, og gjennom å utvikle mer forståelse for hvordan uregulerte følelser i forelderen forårsaker ubehag hos barnet.
- Hjelpe omsorgspersonen til mer hensiktsmessige og sensitive responser på barnets følelser.
- Øke omsorgspersonens evne til å fungere som trygg base og trygg havn.
- Øke sannsynligheten for bedre tilknytning for barn som er i fare for utrygg eller desorganisert tilknytning.

(Powell, 2011)



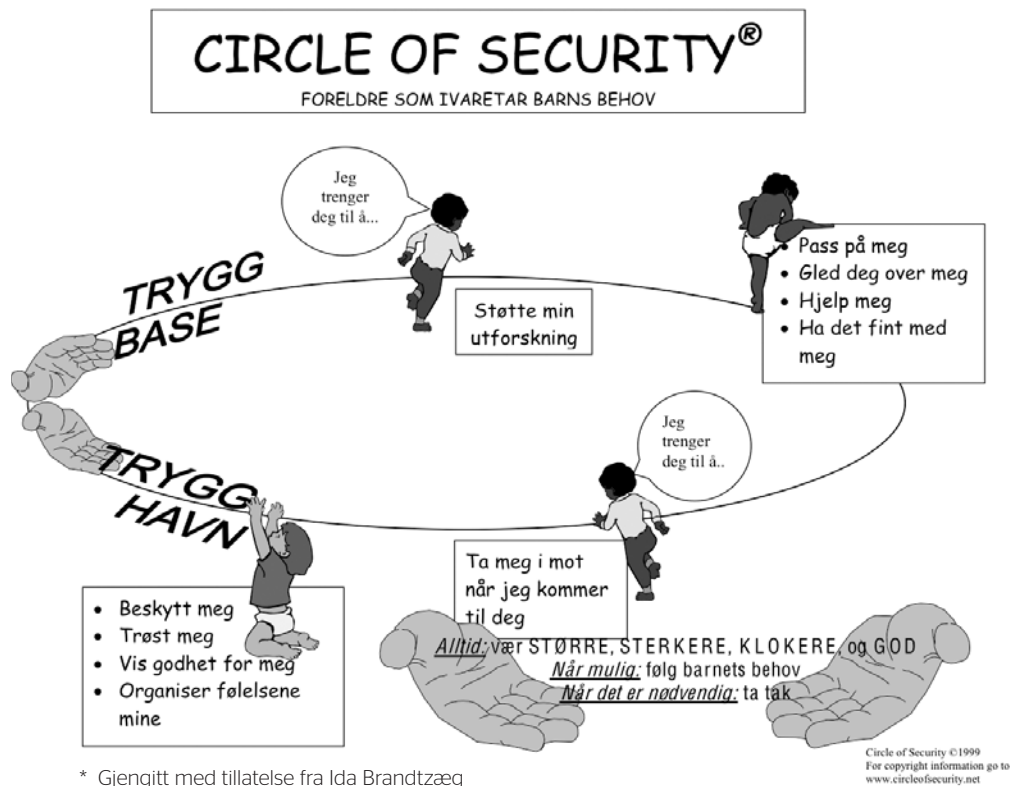
foreldres erfaringer med egne omsorgspersoner. I COS-P bruker man begrepet «haimusikk» som en metafor for den uroen som oppstår i foreldrene som respons på et følelsesuttrykk hos barnet. Denne uroen kan være knyttet til egne omsorgserfaringer, som i noen tilfeller kan stå i veien for en god respons på barnets følelsesuttrykk. For eksempel kan det være utfordrende å tåle sinne hos barnet, dersom forelderens selv har vokst opp i en familiekultur der sinne ikke ble akseptert. Dersom foreldre har vansker med og opplever ubehag ved atskillelse fra barnet, kan barnet kjenne ambivalens knyttet til å skifte fra behovet for tilknytning til behovet for utforskning. Om dette blir et gjentakende mønster, vil barnet kunne utvikle et utrygt ambivalent tilknytningsmønster. Om foreldre opplever ubehag ved fysisk og emosjonell nærhet, kan dette lære barnet å unngå å søke beskyttelse, og barnet utvikler et utrygt unnvikende tilknytningsmønster (Powell et al., 2014).

I kjernen av å utvikle trygg tilknytning er barnets opplevelse av at omsorgspersonen er emosjonelt tilgjengelig, kalt «being with» – å være der når barnet trenger det. Å ha «en annen» som er tilgjengelig for å forstå og empatisk regulere vanskelige og forvirrende opplevelser hos barnets gryende selvopplevelse. Elementene i «being with» er inntoning, resonans, akseptering, og kontingent respons på barnets behov – det Winnicott (1992) kaller et «holding environment».

#### ORGANISERING OG RAMMER FOR COS-P VED SOLLI DPS

Ved Solli DPS har vi siden januar 2012 drevet COS-P-grupper. Vi har nå åtte sertifiserte terapeuter. De første gruppene ble tilbudt pasienter med barn i alderen 0–6 år og gravide i siste trimester. I 2013 ble tilbudet utvidet med grupper for pasienter som har barn i alderen 7–15 år, og det ble åpnet opp for gravide i andre trimester. Erfaringen med å utvide aldersspennet i «begge retninger» er utelukkende positiv. Vi erfarer at pasienter etter hvert som de forstår Trygghetssirkelen, også bruker denne forståelsen overfor sine tenåringer og overfor egen partner. Gruppene består av 8–12 deltagere som møtes en gang i uken, en og halv time over 12 ganger. Etter drøfting med Bert Powell, en av intervensjonens opphavsmenn, ble det besluttet å la gruppene gå over 12 ganger istedenfor 8, slik det ellers praktiseres. Bakgrunnen for dette var at mange av våre pasienter har erfaringer med traumer og/eller omsorgssvikt i sin bakgrunn, og vi ønsket at gruppen også kunne brukes til samtaler om hvordan disse erfaringene påvirket deres foreldrefungering.

Alle pasienter ved DPS-et som er foreldre, får tilbud om å delta i COS-P. Vi har laget en brosjyre som inviterer til foreldrekurs, og som distribueres til alle behandlere. Det er imidlertid noen eksklusjonskriterier: pågående rus, psykose og aktiv suicidalitet. For å lette oppstart i gruppen får alle deltagere i forkant informasjon »

TRYGGHETS-  
SIRKELEN\*

\* Gjengitt med tillatelse fra Ida Brandtzæg

om tilbudet fra en av gruppelederne sammen med sin hovedbehandler. Fordi deltagelse i COS-P-gruppen for de fleste pasienter aktiverer «eget materiale» og sterke affekter, er det viktig med mulighet for dialog med hovedbehandler. Alle deltakere skriver under på en kontrakt ved oppstart av gruppen, der de gir tillatelse til at gruppelederne kan samhandle med hovedbehandler. Pasienten forplikter seg til å følge hele kurset. Det siste punktet i kontrakten omhandler gjensidig taushet om hvem de andre gruppedeltagerne er, og hva andre gruppedeltagere forteller.

Som nevnt vil det psykoedukative materialet hos mange pasienter kunne vekke sterke emosjonelle reaksjoner. For terapeutene er det derfor en viktig oppgave å bidra til å regulere sterke affekter som oppstår både i gruppen og hos den enkelte pasient. Våre pasienter har mye erfaring med «being without», det vil si at de ikke har opplevd å få egne følelser møtt på utviklingsstøttende måter. Vi har derfor valgt å være tre terapeuter til stede i gruppen. Dersom en deltager overveldes av egne affekter og forlater gruppen, følger alltid en av terapeutene med og er sammen med pasienten til han eller hun er klar til å returnere til gruppen. Ved at tera-

peuten velger «being with», kan pasienten få en korrigerende erfaring med hvordan egne affekter kan reguleres i samhandling med en annen. Tre terapeuter gjør det også mulig å innta ulike roller og ha ulike funksjoner i gruppen.

Fordi alle deltagerne er pasienter ved DPS-et, har vi ikke tilbud for foreldrepar, slik COS-P-tilbudet ellers praktiseres i andre deler av hjelpeapparatet. Vi har heller gitt tilbud om en partnerkveld der pasientenes partnere får en gjennomgang av de viktigste begrepene i COS-P. Partnerne kan enten møte alene eller sammen med pasienten.

**ERFARINGER SÅ LANGT**

Å sette søkelys på utøvelse av foreldrerollen er for mange foreldre sårbart – og det gjelder kanskje i enda større grad for foreldre med psykiske vansker. Ofte vil foreldre med psykiske vansker være tilbakeholdne og kvie seg for å motta hjelp til å utøve foreldreskap, fordi de da opplever seg som mislykkede foreldre (Ytterhus, 2012). Foreldre med psykiske vansker vil ofte kjenne skyldfølelse, skam og utilstrekkelighet (Halsa, 2012). Moran og medarbeidere (2004) fant i en gjennomgang av mer enn 2000 internasjonale artikler og fagbøker om forel-

drestøttende tiltak at den avgjørende faktoren for at disse skal lykkes, er at hjelperne lykkes i å etablere *tillitsbaserte* arbeidsrelasjoner til foreldrene. COS-P innebærer en respektfull holdning til pasienters utfordringer i foreldre-rollen. For behandlere i psykisk helsevern for voksne kan COS-P derfor være et svært potent verktøy for tematisering og endring av forelderollen.

Halsa (2012) hevder at institusjoner som har et behandlingsansvar for foreldrene, er i en spesielt gunstig posisjon for å identifisere foreldres behov for familiestøttende tiltak. Når foreldrene er i behandling, er ikke sykdommen tabuisert, og behandlerne vet hvilke vansker mor eller far har. Å delta i en gruppe der en vet at også de andre deltagerne sliter med psykiske vansker, kan senke terskelen for å engasjere seg og dele egne erfaringer. Dette er også i tråd med våre erfaringer.

COS-P er et tiltak som primært søker å endre foreldres opplevelse av barnet gjennom å øke reflekterende fungering, samt bidra til å øke forståelse for barnets behov og signaler. En kan derfor jobbe med foreldre uten at barna er direkte involvert i behandlingen. COS-P har også et vesentlig fokus på hvordan egne oppveksterfaringer påvirker foreldrefungeringen. I en pasientpopulasjon som ofte har oppveksterfaringer preget av traumer og omsorgssvikt, vil dette kunne aktivere mye eget materiale. I tillegg til COS-P-gruppen trenger mange å jobbe videre med dette i individualterapi. Når gruppeledere og pasientenes hovedbehandlere samarbeider tett, er det slik mulig å ivareta foreldrene på en annen måte enn når COS-P-tilbudet er knyttet til hjelpeapparatet for barn og unge.

Vi erfarer også at det er lettere å jobbe i en pasientrelasjon enn i en pårørenderelasjon,



**Våre pasienter har mye erfaring med «being without», det vil si at de ikke har opplevd å få egne følelser møtt på utviklingsstøttende måter**

når foreldereren skal utforske hvordan egen foreldrefungering henger sammen med egne oppveksterfaringer. Selv om COS-P bygger på et psykoedukativt materiale og i tid er avgrenset til 12 ganger, erfarer vi at mange av de prosessene som oppstår, er de samme som i andre mer lengrevarende terapeutiske grupper. Ved å tilby COS-P i gruppe ser vi at kjente gruppeprosesser som resonans, speiling, gjenkjenning og progressiv kommunikasjon bidrar til økt evne og vilje til å reflektere rundt egne erfaringer hos gruppedeltagerne. Det psykoedukative materialet bidrar til å styre prosessen og gjør at gruppen fort når stadiet kjennetegnet ved samarbeid, organisering, struktur og bevisst oppgavefokus. Det er vår erfaring at det er en klar fordel å ha klinikere med gruppeterapeutisk utdanning når en skal drive COS-P-grupper i psykisk helsevern for voksne, men det er ingen forutsetning.

COS-P har som målsetting å øke foreldres refleksive funksjon i forholdet til egne barn. Manglende mentaliseringsevne kan blant annet identifiseres ved såkalt teleologisk forståelse, det vil si at intensjoner utledes av resultatet av handlinger (Karterud, 2011, 2013). I gruppen får vi mange eksempler på dette ved at pasienter i starten beskriver barnet som vanskelig, som «gjør ting for å plage», som motarbeider eller ikke liker mor eller far. I løpet av kurset opplever vi at historiene som pasientene forteller fra situasjoner med barnet, endrer seg, og det blir etter hvert tydelig at pasienten prøver å forstå barnets følelser og intensjonen bak barnets handlinger på en ny måte.

Forståelse av foreldres bidrag til barnets regulering, og etter hvert verbalisering av affekter, er sentralt i COS-P. I løpet av kurset opplever vi ofte at pasienter kommer tilbake og forteller om hvordan de ved å være sammen med barnet i affekten og validere affekten («being with»), opplever endret atferd hos barnet og dermed at samspillet mellom dem endrer seg i en positiv retning. En av pasientene fortalte om en episode hvor hun hadde vært sammen med sin 2 år gamle datter og sin egen mor. Datteren ble etter hvert trøtt og grinete, og pasientens mor prøvde å avlede barnet, noe som bare gjorde barnet mer urolig. Pasienten fortalte hvordan hun hadde stoppet moren for deretter å ta barnet opp og trøste det. I løpet av kort tid roet barnet seg, og pasienten forklarte sin egen mor prinsippet med «being with». Dette »



## Å sette søkelys på utøvelse av foreldrerollen er for mange foreldre sårbart – og dette gjelder kanskje i enda større grad for foreldre med psykiske vansker

er en pasient som gjennom sin oppvekst systematisk har opplevd manglende forståelse og plass for å gi uttrykk for egne følelser.<sup>1</sup>

Nettopp fordi egne emosjonelle relasjonsmønstre er så viktig for hvordan foreldrefunksjonen utøves, har en i voksenpsykiatrien unike rammer for å kunne bruke COS-P. Pasientene gir selv uttrykk for at de ikke ville kunnet jobbe på samme måte og delt egne erfaringer dersom kurset hadde vært gitt innenfor rammene av for eksempel helsestasjon eller barnehage. Når gruppene drives innenfor rammene av psykisk helsevern for voksne, er deltagerne i utgangspunktet innstilt på og åpne for å snakke om egne vansker. Mange bruker også timene med hovedbehandleren til å fortsette å snakke om de prosessene som er startet i COS-P-gruppene, og på den måten kan deltagelse i gruppen bidra til å fasilitere individualterapien og gi tilgang til nye viktige temaer.

### PASIENTERS TILBAKEMELDINGER

De fleste deltagerne rapporterer at deltagelse i COS-P bidrar til økt forståelse av barnet og nye samspillserfaringer. Som ledd i intern kvalitets-sikring har alle deltagerne etter fullført kurs anonymt fylt ut COS Parent Feedback Questionnaire (Powell, 2011). Dette er et spørreskjema der foreldre blir bedt om å vurdere i hvilken grad de opplever å ha oppnådd de ulike målene for COS-P, og hvor fornøyd de er med kurset. Til nå har 61 deltagere fullført kurset, og 59 har anonymt besvart evalueringsskjemaet. På en 6-punkts skala fra 1 (dårlig) til 6 (svært bra) rangerte 53 % kurset som svært bra, 37 % ga skåren 5, og 10 % ga

.....

1. Eksempelet er gjengitt med tillatelse fra pasienten.

skåren 4. Den klare majoriteten av deltagerne er med andre ord godt fornøyd med kurset.

På spørsmål om hvordan foreldrekurset har påvirket stressnivået som mor/far, svarte 75 % at de opplevde redusert stress etter kurset. 22 % opplevde ingen endring, og 3 % rapporterte økt stressnivå. 80 % rapporterte at synet på barnets atferd hadde endret seg, 15 % var usikre, og 5 % svarte nei. Dette tyder på at de fleste opplevde endringer i tråd med kurssets intensjon.

93 % svarte at de ville anbefalt foreldrekurset til andre foreldre, mens 7 % oppga at de var usikre. Dette tyder på at deltagerne opplever kurset som gjennomførbart og relevant. At pasientene opplever COS-P som meningsfullt og nyttig, viser seg også gjennom stabilt oppmøte til gruppene og lite frafall.

### AVSLUTNING

Erfaringer gjort så langt, har vist at å drive COS-P-grupper i psykisk helsevern for voksne er meningsfylt og gir resultater. For de fleste behandlere i psykisk helsevern for voksne er teorien bak COS-P kjent. Det unike er hvordan COS-P-programmet bidrar til å formidle komplisert teori på en pedagogisk og tilgjengelig måte. Selv om erfaringene fra COS-P-gruppene og pasientenes tilbakemeldinger er svært positive, er det likevel noen viktige ubesvarte spørsmål. Er den endringen hos foreldrene, som følger av deltagelse i COS-P-gruppen, stor nok til å skape en signifikant endring for barnet? For å svare på dette spørsmålet trengs videre systematisk forskning.

En annen utfordring er hvem som skal jobbe videre med foreldre–barn-relasjonen i de sakene der vi opplever at behovet og vanskene er langt større enn det deltagelse i COS-P-gruppene kan bidra til å endre. Om ikke barnet viser tydelige symptomer, til tross for at foreldre beskriver samspill som vi vet vil kunne ha store negative konsekvenser for barnet på lengre sikt, kan det være vanskelig å få oppfølging fra barnefeltet.

Erfaringene med å ta i bruk COS-P i psykisk helsevern for voksne har for oss også reist spørsmålet om hvor hensiktsmessig organiseringen av hjelpeapparatet med relativt vannrette skott mellom voksenpsykiatrien og barna og ungdomspsykiatrien er. Om organiseringen hadde vært tilrettelagt for et tettere og mer pågående samarbeid mellom barne- og voksenfeltet, ville vi i mange tilfeller vært i stand til å gi et mer helhetlig og bedre tilbud til hele familien. ✕



## REFERANSER

- Abela, J.R.Z., Hankin, B.L., Haigh, E.A.P., Adams, P., Vinokuroff, T., & Trayhern, L. (2005). Interpersonal vulnerability to depression in high-risk children: The role of insecure attachment and reassurance seeking. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 34*, 182–192.
- Ainsworth, M.S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist, 34*, 932–937.
- Ainsworth, M.S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist, 46*, 333–341.
- Allen, J.G. (2012). Trauma. I: A.W. Bateman & P. Fonagy (red.): *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (s. 419–444). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Berg-Nielsen, T.S. (2010). Barn av foreldre med Cluster B personlighetsforstyrrelse. I: V. Moe, K. Slinning, & M.B. Hansen (red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 360–373). Oslo: Gyldendal.
- Berlin, L.J., Zeanah, C.H. & Lieberman, A.F. (2008). Preventing and intervention program s for supporting early attachment security. I J. Cassidy & P.R. Shaver, (red.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Application* (2. Ed.) (s. 745–761). New York/London: The Guilford Press.
- Brandtæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparatorer. Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Davis, R.N., Freed, G.L., & Clark, S.J. (2011). Fathers' depression related to positive and negative parenting behaviors with 1-year-old children. *Pediatrics, 127*, 612–618.
- Dean, K., Stevens, H., Mortensen, P.B., Murray, R.M., Walsh, E., & Pedersen, C.B. (2010). Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Archives of General Psychiatry, 67*, 822–829.
- Elgar, F.J., Mills, R.S.L., McGrath P.J., Waschbusch, D.A., & Brownridge, D.A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: The mediating role of parental behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*, 943–955.
- Fearon, R.P., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., Lapsley, A.M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Development, 81*, 435–456.
- Fonagy, P., Bateman, A. W., & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. I A.W. Bateman & P. Fonagy, P. (red.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (s. 3–42). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 22–31.
- George, C., & Solomon, J. (2011). Caregiving helplessness. The development of a screening measure for disorganized maternal caregiving. I J. Solomon & J. George, *Disorganized Attachment & Caregiving* (s.133–163). New York/London: Guilford Press.
- Goodman, S.H., Brogan, D., Lynch, M.E., & Fielding, B. (1993). Social and emotional competence in children of depressed mothers. *Child Development, 64*, 516–531.
- Groh, A.M., Fearon, R.P., Bakermans-Kranenburg, M.J., Van IJzendoorn, M.H., Steele, R.D., & Roisman, G.I. (2014). The significance of attachment security for children's social competence with peers: A meta-analytic study. *Attachment & Human Development, 16*, 103–136.
- Halsa, A. (2012) Foreldre som velferdsaktører. I B.S.M. Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov, *Barn som pårørende* (s. 150–170). Oslo: Abstrakt forlag.
- Hart, S. (2009). *Den følsomme hjernen*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Helsedirektoratet. *Barn som pårørende-Mor-far er syk*. Oslo: IS-5/2010.
- Hobson, R.P., Patrick, M.P.H., Jessica, A., Hobson, J.A., Crandell, L., Bronfman, E., & Lyons-Ruth, K. (2009). How mothers with borderline personality disorder relate to their year-old infants. *The British Journal of Psychiatry, 195*, 325–330.
- Hoffman, K.T., Marvin, R.S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1017–1026.
- Jacobsen, T., Edelstein, W., & Hofmann, V. (1994). A longitudinal study of the relation between representations of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental Psychology, 30*, 112–124.
- Karterud, S. (2013). Emosjoner i mentaliseringsbasert terapi (MBT). *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 50*, 759–764.
- Karterud, S., & Bateman, A. (2011). Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012b). Assessment of Mentalization. I A.W. Bateman & P. Fonagy, (red.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (s. 43–65). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Luyten, P., Mayes, L., Sadler, L., Fonagy, P., Nicholls, S., Crowley, M., Vesper, A., Moble, A., Stewart, T., Close, N., & Slade, A. (2009). *The Parental Reflective Functioning Questionnaire -1 (PRFQ-1)*. Upubl.
- Madigan, S., Atkinson, L., Laurin, K., & Benoit, D. (2013). Attachment and internalizing behavior in early childhood: A meta-analysis. *Developmental Psychology, 49*, 672–689.
- Main, M., & Cassidy, J. (1988). Categories of response to reunion with the parent at age 6: Predictable from infant attachment classifications and stable over a 1-month period. *Developmental Psychology, 24*, 415–426.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation. I M.T. Greenberg, D. Cicchetti, & E.M. Cumming (red.), *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Interventions* (s. 121–160). Chicago: University of Chicago Press.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & Human Development, 4*, 107–124.

- Mevik, K., & Trymbo, B.E. (2002). *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitetsforlaget
- Moran, P., Ghate, D., & van der Merwe, A. (2004). *What Works in Parenting Support? A Review of the International Evidence*. London: Department of Education and Skills. Research Report RR574.
- Munk-Olsen, T., Munk Laursen, T., Bøcker Pedersen, C.B., Mors, O., & Mortensen, P.B. (2006). New parents and mental disorders. A population-based register study. *The Journal of the American Medical Association*, 296, 2582–2589.
- Murray, L., Cooper, P., & Hipwell, A. (2003). Mental health of parents caring for infants. *Archives of Women's Mental Health*, 6, 71–77.
- Philips, B., Kahn, U., & Bateman, A.W. (2012). Drug addiction. I A. W. Bateman & P. Fonagy (red.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (s. 445–462). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Powell, B. (2011). The Circle of Security. Program evaluation consideration. Unpubl.
- Powell, B., Cooper, G., Hoffman, M., Marvin, B. (2014). The Circle of Security intervention. Enhancing attachment in early parent-child relationships. New York: The Guilford Press.
- Ramsauer, B., Lotzin, A., Mühlhan, C., Romer, G., Nolte, T., Fonagy, P., & Powell, B. (2014). A randomized controlled trial comparing Circle of Security Intervention and treatment as usual as interventions to increase attachment: Study protocol. *BMC Psychiatry*, 14, 1.
- Raval, V., Goldberg, S., Atkinson, L., Benoit, D., Myhal, N., Poulton, L., & Zwiars, M. (2001). Maternal attachment, maternal responsiveness and infant attachment. *Infant Behavior and Development*, 24, 281–304
- Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853–880.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social Development*, 17, 737–754.
- Schore, A. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22, 7–66.
- Schore, A., & Schore, J. R. (2008). Modern attachment theory: The central role of affect regulation in development and treatment. *Clinical Social Work Journal*, 36, 9–20.
- Stams, J.M., Juffer, F., & van IJzendoorn, M.H. (2002). Maternal sensitivity, infant attachment, and temperament in early childhood predict adjustment in middle childhood: The case of adopted children and their biologically unrelated parents. *Developmental Psychology*, 38, 806–821.
- Slade, A., Sadler, L., Dios-Kenn, C.D., Webb, D., Currier-Ezepchick, J., & Mayes, L. (2005). Minding the Baby: A reflective parenting program. *Psychoanalytic Study of the Child*, 60, 74–100.
- Sroufe, L.A. (2005) Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment & Human Development*, 7, 349–367.
- Suchman, N., Marjukka, P., Kalland, M., De Coste, C., & Mayes, L. (2012). At-risk mothers of infants and toddlers. I A. W. Bateman & P. Fonagy (Red.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (s. 309–346). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Toth, S.L., Rogosch, F.A., Manly, J.T., & Cicchetti, D. (2006). The efficacy of toddler-parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1006–1016.
- Torvik, F.A., & Rognmo, K. (2011). Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: Omfang og konsekvenser. Rapport nr. 4. Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- van IJzendoorn, M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387–403.
- van IJzendoorn, M.H., Dijkstra, J., & Bus, A.G. (1995). Attachment, intelligence and language: A meta-analysis. *Social Development*, 4, 115–128
- van IJzendoorn, M.H., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1996). Attachment representations in mothers, fathers, adolescents, and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 8–21.
- Waxler, E., Thelen, K., & Muzik, M. (2011). Maternal perinatal depression – Impact on infant and child development. *European Psychiatric Review*, 4, 41–47.
- Wennerberg, T. (2011). Vi er våre relasjoner. Om tilknytning, traumer og dissosiasjon. Oslo: Arneberg forlag.
- Wilson, S., & Durbin, C.E. (2012). Parental personality disorder symptoms are associated with dysfunctional parent-child interactions during early childhood: A multilevel modeling analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3, 55–65.
- Winnicott, D.W. (1992). *The child, the family and the outside world*. London: Perseus Publishing
- Yaholkoski, A., Hurl, K., & Theule, J. (2016). Efficacy of Circle of Security Intervention: A meta-analysis. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychiatry*, 15, 95–103.
- Ytterhus, B. (2012). Hva er et «pårørende barn»? Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I B.S.M. Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov (red.), *Barn som pårørende* (s. 18–44). Oslo: Abstrakt forlag.
- Zeanah, C. H., & Benoit, D. (1995). Clinical applications of a parent perception interview in infant mental health. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4, 539–554.

Fra arkivet: 2000

## Evidensbasert kunnskap og konsekvenser for klinisk praksis

Diskusjonen om evidensbasert behandling går dypest sett på forholdet mellom forskning og klinisk praksis. Norske kliniske psykologer har helt minimal forskningsmessig støtte i universitetsmiljøene, og norsk klinisk psykologi er selv et meget forskningssvakt område. Vi er atskillig verre stillet i så henseende enn psykiaterne (sammenlign antallet doktorgrader) og kanskje også sykepleierne. Evidensbasert behandling er det sterkeste argumentet vi har for en tett kontakt mellom forskning og klinikk. I dette perspektivet er avstanden mellom klinisk psykologisk virksomhet og forskning slik den utfolder seg i Norge helt uakseptabel, med mindre man ser den fra en skjervheim'sk synsvinkel.

**Stortingsmelding nr 39 (1989–99)** *Forskning ved et tidsskille* er meget eksplisitt i kravet om at forskningsbasert behandling skal være basis i helsevesenet: «Forskningsbasert kunnskap og forståelse er helt vesentlig i utdanningen av den enkelte og for livslang medisinsk læring» (kap 4.4.3). Det finnes ingen kommentarer som tilsier at denne selvsagtheten ikke også skulle gjelde psykologer, tvert imot.

**Stortingsmeldinga gjør altså** forskningsbasert kunnskap til basis i det som kalles livslang faglig læring. Problemet er at norsk klinisk psykologi, også på universitetene, med sin filosofi- og begrepsberuselse, ikke bare står i fare for å realisere sin «psykologi i forandring» (...) som en større feilnavigasjon. Mange psykologer stiller seg også ambivalente til dette nasjonale forskningsprosjekt i frykt for at empirien skal diktere praksis, eller for at forskningen skal bli for «tradisjonell». Men Ekeland ser det altså ikke slik: I det han oppfatter som jakten på «det standardiserte psykologiske antibiotika» (sic!) ser han evidensbaserte behandlere gå «til åtak på» pasientens frihet! Jeg har i løpet av mine ca. 25 år i norsk psykiatri sett (og vært med på) så mange angrep på menneskelig frihet i form av dårlig behandling (under dekke av bl.a. terapeutisk frihet) at jeg er lite bekymret over muligheten til at det kan bli stort verre.

*Fra Knut W. Sørugaards kritikk av Tor-Johan Ekelands artikkel «Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak». Publisert oktober 2000*



## Psykologtidsskriftet best på design

Psykologtidsskriftet stakk av med Tidsskriftforeningens hederspris «God design 2017» under årets prisutdeling som fant sted 11. mai i Fritt Ords lokaler i Oslo. Juryen berømmer tidsskriftets typografi- og formvalg, som de mener gir ro og rytme til det redaksjonelle innholdet. Psykologtidsskriftets faste illustratører får ros for å løfte tekstene og gi dem ekstra idétyngde: «Totalinntrykket er drivende gode tekster og velvalgt visuell presentasjon.», står det i jurybegrunnelsen.

Sjefredaktør Bjørnar Olsen er glad for prisen:

– Prisen anerkjenner det redaksjonelle arbeidet med å koble ideer, tekst og illustrasjoner sammen til en helhetlig og mangfoldig leseropplevelse.

Designbyrået Laboremus står for formgivningen av Tidsskriftet. Bendik Kaltenborn, Åshild Irgens og Åge Peterson var illustratører i 2016.

Under den samme prisutdelingen ble Nytt Norsk Tidsskrift kåret til «Årets tidsskrift» mens tidsskriftet Prosa fikk prisen «Språk og formidling 2017».

*Psykologtidsskriftet*

# Fra dumme til smarte grupper

Hvis du vil fatte bedre beslutninger på jobb, dyrk tvilen og still spørsmål.



## TEKST

Knut Ivar Karevold, organisasjonspsykolog, førsteamanuensis II ved UiO og Handelshøyskolen BI, og direktør for GreeNudge

**PSYKOLOGER FATTE BESLUTNINGER** - på egen hånd og i samråd med kolleger. Bli beslutningene best når de tas alene, eller hjelper det å spørre andre til råds? Hva skjer hvis man involverer flere kollegaer og gjør valget i en gruppe?

De siste tiårenes forskning på beslutningsfeller (Gilovich, Griffin & Kahneman, 2002; Kahneman, 2003; Kahneman, 2011; Tversky & Kahneman, 1990) tilsier at også psykologer kan fatte dårligere beslutninger på egen hånd, og spesielt når de har det travelt. Selv eksperter kan gå i de velkjente fellene uten å vite det. Det er fort gjort å overse opplysninger som avviker fra forventningene, bli for sterkt påvirket av enkeltopplysninger og overvurdere hva nye saker har til felles med tidligere erfaringer. Det som er lett å huske, oppfattes som mest sannsynlig. Selvtillit regnes som den farligste fellen: Hvorfor tvile når man har rett, og hvorfor spørre andre til råds når svaret er klart? Nobelprisvinneren og psykologen Kahneman anbefaler å dyrke tvilen og stille spørsmål for å gjøre bedre beslutninger på egen hånd og sammen med andre (Kahneman, Lovallo & Sibony, 2011). Ved å involvere kollegaer i egne valg og lytte til motforestillinger, kan beslutningene bli bedre.

## BESLUTNINGSFELLER I GRUPPER

Betyr dette at gruppebeslutninger alltid er bedre? Dårlige gruppeprosesser kan komme i veien for gode beslutninger, og beslutningsfellene kan faktisk forsterkes av dårlig gruppedynamikk (Sunstein & Hastie, 2015).

Dårlig gruppedynamikk kan slå ut på flere måter. Travle, ustrukturerte møter hindrer dialog om alternative perspektiver. Tverrfaglige grupper kan ende med å snakke om det alle har til felles, og ikke få med unike eller avvikende oppfatninger. Selv de dyktigste i gruppen kan bli påvirket til å uttale seg slik at de blir godt likt av de andre i gruppen, og holde tilbake motforestillinger eller kritiske innvendinger.

Grupper kan også bli påvirket av den som tar ordet først, slik at uttalelsene til de mest ivrige snevrer inn den påfølgende debatten. I dårlig fungerende grupper kan optimistiske eller pessimistiske følelser smitte. Forskning viser at sosialt velfungerende grupper gjør det bedre enn grupper med smarte medlemmer.

Beslutningsfellene kan oppstå i alle typer grupper. Jeg har erfart at det på noen arbeidsplasser i helsetjenesten er lite rom for tvil og spørsmål, og møtene så hektiske at det ikke er



tid til diskusjon. Noen steder er miljøet så dårlig at tvil oppfattes som tegn på inkompetanse, og spørsmål tolkes som kritikk og angrep: De som tviler, risikerer kritikk, og de som får spørsmål, kan føle seg krenket. Andre steder er miljøet bedre, men beslutningene fattes i lukkede rom, og møtene brukes til informasjon og orientering. Den største fellen er at de mest kompetente er overbevist om egen fortreffelighet og ikke vil høre andres oppfatninger.

Det finurlige med beslutningsfellene er at de er vanskelige å oppdage. Intuitive valg foregår raskt, assosiativt og uten bevisst kognitiv kontroll. Det finnes heldigvis flere veier til bedre gruppebeslutninger.

#### PLANLEGGING OG STRUKTUR ER NØKKELEN

Det lønner seg å planlegge og lede møtene godt (Sunstein & Hastie, 2015), ha en agenda der det går klart frem hva sakene skal dreie seg om, og sørge for at alle er godt informert om hver sak på forhånd. Det lønner seg også å ramme inn sakene tydelig når møtet starter, og si klart hva gruppen skal diskutere. Diskusjonene blir ofte bedre av å fokusere på fellesskaps mål og interesser, heller enn av hva den enkelte mener er best for egen del. Det er også lurt å invitere til motforestillinger, passe på at alle får sagt sin mening, og at lederen eller den med høyest status uttaler seg til slutt. Avslutt med å si klart fra om hvilken beslutning som er fattet.

Et annet råd er å dele beslutningsprosessene i to faser (Sunstein & Hastie, 2015), først en åpen innovativ fase og så en lukkede og konkluderende fase. I den åpne fasen er det lurt å fremme og anerkjenne alternativer nytenkning, og i den konkluderende lønner deg seg å være kritisk og fokusere på hindringer og vanskeligheter.

**SMART SAMARBEID** Det lønner seg å utvikle gode sosiale relasjoner innad i gruppen for å fatte gode beslutninger, skriver Knut Ivar Karevold. I den årlige Santa Tecla-festivalen i Catalonia samarbeider folk om å bygge tårn av mennesker. Foto: Alessandra Pezzotta / Flickr.com / Creative commons

## Hva sier forskningen?

- Travle psykologer kan gjøre bedre valg ved å involvere kolleger
- Grupper kan forsterke den enkeltes tendens til raske, intuitive valg - slik at beslutningene faktisk blir dårligere
- Gruppebeslutninger kan bli bedre ved å strukturere og styre møtene godt
- Felles mål, klare roller og trygge relasjoner kan fremme god kommunikasjon og smarte beslutninger i grupper

## GODE MØTER ER IKKE NOK

Hvorfor går det galt selv om møtene er planlagt godt? Årsakene kan være sammensatte: Det kan handle om enkeltmedlemmer i gruppen, relasjonene mellom medlemmene, relasjonene mellom faglige og sosiale konstellasjoner eller uklarheter i gruppens organisering.

Sårbarhet og utrygghet er én årsak til at uenigheter blir til vanskeligheter i grupper (Argyris, 1991). Mange profesjonsutøvere opplever liten avstand mellom faglig identitet og personlig identitet. Man har investert så mye i lang utdanning, faglig utvikling og faglig praksis at andres motforestillinger tolkes som personlig kritikk. Hvis noen i gruppen føler seg såret, blir det vanskelig å snakke om meningsforskjeller, og diskusjonen stopper opp før man kommer frem til en god felles beslutning.

For den enkelte psykolog kan det være vanskelig å se hvordan man selv bidrar til dårlig kommunikasjon og svake relasjoner. Det er lett å se andre som problemet, og tenke at andre bør endre mening eller oppførsel. Det er vanlig å holde fast på egne meninger når man møter motstand, og noen kan bli enda mer overbevist av motforestillinger. De to mest vanlige handlingsstrategiene er å argumentere aktivt for eget syn eller trekke seg fra diskusjonen.

På noen arbeidsplasser har jeg observert at faglige konfliktlinjer undergraver gode beslutningsprosesser: Legene, sykepleierne, sosionomene og psykologene er stort sett enige seg imellom, men uenige med hverandre, uansett hva man snakker om. Eller de mer erfarne psykologene står mot de yngre, ferske, eller skillelinjene går mellom ulike behandlingstradisjoner. Profesjonell tvil forvandles til fastlåste uenigheter og konflikter mellom grupperingene. Forslag møtes alltid med konkurrerende motforslag, ideer kritiseres i hjel før de kan modnes til løsninger. Dynamikken forsterkes av faglig lojalitet og forpliktelse, og hindrer grupper i å utnytte mangfoldet av kompetanse og perspektiver i beslutningene.

## LEDEREN HAR ANSVARET

Det kan være vanskelig å vite hvor man skal starte for skape gruppedynamikk som gjør at beslutningene blir bedre. Noen er redde for at snakk om vanskelighetene vil gjøre vondt verre, de trekker seg unna og isolerer seg på kontoret. I mange tilfeller kan beslutningsprosessene bli bedre når man tydeliggjør hvordan gruppen er organisert. Dette er ledernes ansvar, og dreier seg om å klargjøre mål, roller, regelverk, systemer, rutiner og kommunikasjons- og beslutningsprosesser. Mange psykologer opplever at uklarhet om disse grunnleggende forholdene skaper forvirring, usikkerhet og utrygghet, slik at samhandling og dermed beslutninger svekkes. Noen ganger eskalerer faglig uenighet til personkonflikter fordi de involverte mangler kjennskap til lover og regelverk for helsetjenesten.

## PSYKOLOGENES BIDRAG

Som alle andre trenger også psykologen kloke motforestillinger fra kolleger for å fatte gode beslutninger. Da lønner det seg å sjekke at man har forstått hva andre mener, og stille utdypende spørsmål om andres oppfatninger, selv om man er uenig – og uten å virke kritisk. Det lønner seg også å utvikle gode sosiale relasjoner, ved å vise at man liker hverandre og foreslå noe man kan gjøre for at beslutningen skal bli bra for alle. Psykologen kan bidra til bedre beslutninger ved å være tydelig på hva hun selv mener. Har du lederansvar, kan du bidra til bedre beslutningsprosesser gjennom å tydeliggjøre organisering, roller, ansvar og god møtestruktur. ✘

## REFERANSER

- Argyris, C. (1991). Teaching smart people how to learn. *Harvard business review*, 69(3).
- Edmondson, A.C. & D.M. Smith (2006). Too hot to handle? How to manage relationship conflict. *California Management Review*, 49(1), 6–31.
- Gilovich, T., Griffin, D.W. & Kahnemann, D. (Red.) (2002). *Heuristics and biases: The psychology of intuitive judgment*. Cambridge: Cambridge university press.
- Kahneman, D. (2003). A perspective on judgment and choice: mapping bounded rationality. *American psychologist*, 58(9), 697.
- Kahneman, D. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York, NY: Farrar, Straus and Giroux.
- Kahneman, D., Lovallo, D. & Sibony, O. (2011). Before you make that big decision. *Harvard business review*, 89(6), 50–60, 137.
- Sunstein, C.R. & Hastie, R. (2015). *Wiser: Getting beyond groupthink to make groups smarter*. Boston, MA: Harvard Business Press.
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1990). Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. I Moser, P.K. (Red.), *Rationality in action: Contemporary approaches* (s. 171–188). New York, NY: Cambridge University Press.

## SKRIV I «OPPSUMMERT»

Ny psykologisk innsikt?  
Betydningsfulle forskningsfunn?  
Nettopp disputert?

### Ta kontakt:

ida.holth@psykologtidsskriftet.no

# Meninger



FOTO: PAL NORDSETH / FLICKR.COM / CREATIVE COMMONS

## «Ved å bevisst sykeliggjøre normaliteten tydeliggjør man at fellesskapet skal ha et ansvar for å hjelpe»

Fagsjef i Psykologforeningen, Andreas Høstmælingen, svarer psykiater Marianne Mjaalands kritikk av psykologer som sykeliggjør.

Debatt, side 570



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.



2017



# Veivalg i ruspolitikken

Vi må spørre oss selv om vi har lyktes i «krigen mot narkotika». Hvis svaret er nei: Hva kan vi gjøre annerledes?

**FØR PÅSKE BESØKTE** jeg Portugal. Det gjorde jeg sammen med resten av Psykologforeningens sentralstyre og fagfolk i sekretariatet. Reisen var ment som en oppdagelsesferd. For hva er årsaken til at landet som har snudd 180 grader i narkotikapolitikken, er blitt valfartssted for helsepolitikere og fagfolk fra hele Europa?

Også delegasjoner av norske folkevalgte har vært på besøk. Vi ser tydelige spor i stortingspartienes programmer som har vært til behandling denne våren. Både Arbeiderpartiet og Høyre varsler en omlegging av narkotikapolitikken i retning av mer behandling, som er stikkordet for Portugals veivalg. Diskusjonen angår Psykologforeningen både som samfunns- og profesjonsorganisasjon. Å møte stoffproblemer og de sosiale konsekvensene av dem er en del av svært mange psykologers kliniske hverdag. Vi vet hvor steinhardt misbruk kan

ramme; både mennesket som står i problematikens sentrum, og familie og nettverk. Vi vet at narkotika og avhengighet har en sosioøkonomisk slagside og utfordrer samfunnet på tvers av tunge sektorer som helse, sosial, jus og arbeidsliv.

## INGEN SUKSESSHISTORIE

Vi som bor i det som er kåret til «verdens beste nasjon», har ikke sluppet unna. Det har aldri vært «typisk norsk» å bekjempe tunge stoffer som heroin med suksess. Vi vaker i toppen av internasjonale statistikker over overdosedødsfall. Vi har fått uønsket internasjonal oppmerksomhet for hvor synlig misbruksmiljøene er i gatebildet. Politiets beslag kan variere fra år til år, men det er lite som tyder på at vi beveger oss mot varige positive endringer i misbruksmønsteret.



## TEKST

Tor Levin Hofgaard,  
president i Norsk  
psykologforening

## ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

## RUSPOLITIKK



Utviklingen har imidlertid ikke stått stille. Både blant politikere, fagfolk og legfolk har vi hatt en vedvarende debatt om hvordan narkotikaproblemet skal forstås. Forståelsen har gradvis dreid i retning av å se misbruket i et sykdomsperspektiv. Holdningsendringen har satt spor i språket: Tidligere ble mennesker med narkotikaproblemer betegnet som *misbrukere*. I dag snakker vi først og fremst om *rusmiddel-avhengige*.

At det er kriminelt å bruke narkotiske stoffer, kan bidra til stigmatisering og til å «fryse» den stoffavhengige fast i kriminelle miljøer og utenforskap, og dermed vanskeliggjøre behandling. Vi må spørre oss selv om det vi har gjort til nå, har fungert godt nok, eller om det er en økende grad av pragmatisme som slår inn over oss når de tyngste politiske aktørene bruker talerstolen sin til å drøfte ny kurs i narkotikapolitikken.

#### TILFELLET PORTUGAL

Noen land har allerede erfaring med å tenke annerledes, erfaringer som vi kan lære av og eventuelt la oss inspirere av. Et av dem er Portugal. Vi dro dit i lyttemodus. Portugals narkotikahistorie er i liten grad sammenliknbar med andre lands. Fram til Salazar-diktaturets fall gjennom den såkalte nellikrevolusjonen i 1974 var stoffmisbruk som samfunnsproblem nærmest ikke-eksisterende. Men da den portugisiske nasjonen samtidig møtte sitt endelikt som kolonimakt og store deler av soldatene og folk i koloniadministrasjonen vendte desillusjonerte hjem, ble både misbruk og rusmidler med på flyttelasset.

Kombinert med en generell liberalisering av samfunnsforholdene vokste narkotikamisbruket til å bli et betydelig samfunnsproblem. Kriminelle organisasjoner etablerte seg. Misbruk utviklet seg i alle sosiale lag. HIV/AIDS og hepatitt ble en omfattende helseutfordring. «Alle» ble berørt, enten direkte eller gjennom venner og familie, og det var først og fremst justissektoren som fikk ansvar for å ordne opp. Men etter hvert vokste utfordringene seg så store at myndighetene ble nødt til å møte dem med noe annet enn ordensmakt. Erfaringene viste imidlertid at fengsling av førstegangsbrukere som regel hadde negative effekter. For mye av politiets ressurser gikk dessuten med til å ta brukerne, ikke bakmennene. Holdningsendringen skjedde

ikke over natten. I 1999 fikk den lovs form med avkriminaliseringen av bruk og besittelse av narkotika (produksjon og distribusjon er fortsatt forbudt). Den nye holdningen ble tuftet på to søyler:

- Humanisme, ved å ivareta brukerens verdighet og se hele mennesket som del av en kontekst
- Pragmatisme, ved å satse på en udogmatisk og kunnskapsbasert narkotikapolitikk

Holdningen lå til grunn for «Law 30/2009», som sier: «Den rusavhengige er en person som trenger helse- og sosialhjelp.» Portugal har altså et bredt bio-psyko-sosialt perspektiv på sykdom.

Rusmisbrukere som blir tatt av politiet med 10 brukerdoser eller mindre, slipper fengselsstraff. Isteden må vedkommende møte til samtale hos den såkalte «kommisjonen» (Commission for the Dissuasion of Drug Addiction – CDT). I kommisjonsmøtet – et tilbud man knapt sier nei til – treffer man i løpet av 72 timer psykolog, sosialarbeider og en med juridisk kompetanse. Kommisjoner er plassert rundt i hele landet og foretar omfattende psykososiale utredninger. Poenget er å komme inn tidlig og få kartlagt narkotikabruk, informere om farer ved bruk og tilpasse hjelpetiltak. I bytte mot en potensiell straffereaksjon pålegges du en plikt til å ta imot hjelpetiltak.

Resultatene oppsummeres slik av portugisiske helsemyndigheter:

- Betydelig nedgang i narkotikarelatert HIV/AIDS
- Lavt antall overdoser (selv om statistikken på dette området virker noe uklar)
- Noe nedgang i antall pasienter behandlet for bruk av ulovlige stoffer (26 993 i 2015) og en viss oppgang i antall som ble behandlet for alkoholproblemer (12 498 i 2015)
- Økt forebyggende arbeid
- Noe nedgang i totalforbruket av narkotika (prisnedgang) og vesentlig nedgang i sprøytebruk
- Vesentlig mindre belastning på politi og rettsvesen

#### AVKRIMINALISERING

Et av stikkordene i den portugisiske modellen er altså «avkriminalisering». Fagfolkene vi

møtte, er ivrige etter å streke opp skillet mot «legalisering». Prinsippet er altså at du ikke nødvendigvis blir straffet, selv om en handling er ulovlig. All tilvirkning, omsetning, besittelse og bruk av narkotiske stoffer er fortsatt forbudt. Men bruken, eller besittelse av mindre doser, straffes ikke. Isteden pålegges den enkelte å møte for CD-kommisjonen.

Det er flere spørsmål det er verdt å stille til den portugisiske modellen. Ikke minst når det gjelder innholdet i tilbudet til dem som har møtt kommisjonen. Hvor bredt og mangfoldig er tilbudet, og hvor mye kan det tilpasses den enkelte? Utover at de tyngste misbrukerne får bedre somatisk oppfølging, hva er det egentlig de får tilbud om annet enn å erstatte heroin med metadon?

Et viktig utgangspunkt for den portugisiske reformen var den sterke økningen i forekomsten av HIV/AIDS og hepatitt. Det trigget et sterkt behov for alternativer til illegal bruk av heroin. Løsningen ble lav terskel til metadonprogrammet. Cirka 25 000 er i dag mottakere av regelmessige metadon-doser (i en befolkning på om lag 10 millioner). Det har ført til et betydelig fall i sprøyterelaterte sykdommer. Men disse menneskene er fortsatt fastlåst i misbruk. Skal vi slå oss til ro med det?

På den annen side: I møte med dem som administrerer metadonprogrammet i Lisboa, foran metadonbussen, fikk vi inntrykk av en positiv dreining i synet på stoffmisbrukere, fra sterkt stigma og kriminalitet til en mer åpen holdning. Noe mer fredsommelig og «normalt» enn dem som ventet i den saktegående køen av stoffavhengige på vei mot sitt daglige pappbeger, inkludert en taxisjåfør på jobb, skal du lete lenge etter. Men la oss ikke være naive: Portugals narkotikapolitikk har garantert skyggesider som ikke fanges opp av offisielle statistikker eller norske gjester i møte med myndighetspersoner.

### POLITISK HOLDNINGSSKIFTE

Det er liten tvil om at vi i neste stortingsperiode vil oppleve de første reelle skrittene mot et ruspolitisk holdningsskifte der helsehjelp og sosial bistand i stigende grad vil erstatte straff som virkemiddel. Bøter til rusavhengige har en tendens til å samle seg opp og bli «betalt» i form av fengselsopphold. En plikt til å ha samtaler med representanter for helse- og sosialfaglige programmer som første reaksjon kan vise seg å være et mer konstruktivt utgangspunkt for å kunne yte god hjelp. Diskusjonen som nå seiler opp, bør Psykologforeningen ha en faglig sterk stemme i, og vi ønsker å bidra til at debatten blir så kunnskapsbasert som mulig. Allerede nå anbefaler vi regjeringen å utrede hvordan norsk ruspolitikk eventuelt kan endres i tråd med erfaringer fra land der det har vært gjennomført – eller pågår – reformer. Det er særlig avkriminalisering av rusmiddelbruk som må utredes.

Det vi henter av lærdom og inspirasjon under andre himmelstrøk, må vi anvende på en måte som er tilpasset norsk virkelighet. Skal vi eventuelt endre politikk på dette området, er det viktig at vi utreder det godt først. Det er en omfattende, krevende og uhyre spennende øvelse. Jeg inviterer alle gode krefter i foreningen med på laget. ✖



Det er liten tvil om at vi i neste stortingsperiode vil oppleve de første skrittene mot et ruspolitisk holdningsskifte der helsehjelp og sosial bistand i stigende grad vil erstatte straff som virkemiddel

# Kritikken blir for ensidig

Frittstående nettverk for kvalitet i barnevern (KIB) er for unyanserte til at vi kan støtte dem.

**BODIL SOLHEIM**

(leder) og

**INGOLF FOSSE**

(styremedlem)

i Foreningen

for sakkyndige

psykologer (FOSAP)

**BARNEVERN**

**VI KJENNER TIL** Frittstående nettverk for kvalitet i barnevern (KIB) fra møter, media og utspill fra enkeltmedlemmene. I utgangspunktet er vi positive til fagkritikk og initiativ for å heve kompetansen blant sakkyndige og i barnevernet. Vi anerkjenner at det i nettverket sitter medlemmer som har gått i spissen for kompetanseheving på viktige områder. Men selv om vi er enige om noen enkeltsaker, kan vi ikke på generelt grunnlag støtte KIB.

**BARNEPERSPEKTIVET MANGLER**

KIB er et nettverk med mange og sprikende synspunkter. Det gjør det vanskelig å ta stilling til KIB samlet. Gruppen har en uttalt kritisk holdning til barneverntjenesten og sakkyndige psykologer. Vi mener de fremstår unyanserte og ensidige i sin kritikk, og at barneperspektivet ofte mangler i argumentasjonen. For eksempel er det påfallende at KIB ikke formulerer bekymring for alle de barna som ikke får hjelp i tide av barneverntjenesten. Forening for sakkyn-

dige psykologer (FOSAP) er bekymret for denne gruppen barn. Vi er bekymret for at manglende kompetanse og kapasitet fører til at saker ikke får rask nok eller fullgod behandling, og at det medfører at barn blir værende for lenge i en situasjon med omsorgssvikt.

Noen av de sakene nettverket ønsker å fronte, gjelder temaer som FOSAP og andre lenge har vært opptatt av. Det gjelder blant annet behovet for økt kompetanse i barnevernet og blant sakkyndige psykologer. Et eksempel er økt kunnskap om barneoppdragelse i minoritetsfamilier. Et annet er nødvendigheten av å få ned antallet akuttsaker. Et tredje eksempel er økt bruk av familie og øvrig nettverk som ressurs og plasseringssted for barn som lever med omsorgssvikt.

Å gjøre disse spørsmålene til kampsaker er å sparke inn åpne dører siden de allerede er satt på dagsorden, blant annet i regjeringens forslag til endringer i barnevernloven og i barne- og likestillingsministerens «Barnevernreform».



## VARSLER

KIB ønsker å varsle i saker der de mener den faglige utredningen ikke holder god nok kvalitet. Det er vanskelig å se for seg hvordan KIB vil gjøre dette. Nettverket har verken posisjon eller kompetanse til å overprøve barnevernfaglige vurderinger, sakkyndige uttalelser og fylkesnemnder og domstolene.

Forening for sakkyndige psykologer har som formål å utvikle sakkyndigrollen og å arbeide for sakkyndige psykologers interesser. Dette skal skje ved å høyne faglige og etiske standarder, stimulere til generell fagutvikling og fremme samarbeid med andre yrkesgrupper.

Vi representerer sakkyndige psykologer som har særskilt kompetanse til å supplere barnevernets utredninger med psykologisk forståelse. Sakkyndige i barnesaker for domstolene er godkjente spesialister med lang erfaring og en 2-årig tilleggsutdanning, med kurs og krav til praksis og veiledning.

Vi utreder barnevernssaker på et selvstendig faglig grunnlag. I noen tilfeller vil utredningen lande på en anbefaling om omsorgsovertakelse. Andre ganger vil den sakkyndige psykologen foreslå hjelpetiltak som medfører at barn og foreldre kan fortsette å bo sammen.

Årsaken til at mange psykologiske sakkyndighetsvurderinger støtter omsorgsovertakelse, er at barnevernet bruker sakkyndige i de mest alvorlige sakene, ikke at sakkyndige er forpliktet til å støtte barneverntjenestens syn.

De gangene sakkyndige møter i fylkesnemnda eller retten i forbindelse med omsorgsovertakelser, må vi stå til rette for og begrunne arbeidsmåter, faglig utgangspunkt og vurderinger.

Bruken av sakkyndige psykologer styrker etter vårt syn beslutningsgrunnlaget i barnevernssaker.

På generelt grunnlag mener FOSAP at foreldres rettssikkerhet er god.

## STØTTES IKKE

Frittstående nettverk for kvalitet i barnevern (KIB) glemmer barneperspektivet i kritikken sin, skriver leder, Bodil Solheim, og styremedlem, Ingolf Fosse, i FOSAP, som ikke vil støtte organisasjonen. Her er representanter for KIB fra oppstartsmøtet deres tidligere år, fra venstre: Einar Columbus Salvesen (talsperson), Ester Solberg (nestleder), Harald Koht (leder), Kjell Olaf Edvardsen (kasserer) og Elvis Chigozie Nwosu (sekretær). Foto: Fartein Rudjord.





Det er påfallende at KIB ikke formulerer bekymring for alle de barna som *ikke* får hjelp i tide av barneverntjenesten

En stor andel av barnevernssakene ankes, og i noen tilfeller behandles sakene årlig så lenge barna bor i fosterhjem. Dette er en stor belastning for mange barn.

Klageordninger som omfatter alle aktørene i barnevernssakene, er tilgjengelige. De gjelder både for påståtte brudd på faglige og fagetiske prinsipper og på saksbehandlingen.

Helsetilsynet har fått i oppdrag å gå gjennom et utvalg omsorgsovertakelser og akuttvedtak for å belyse kvaliteten i barnevernet. Det er planlagt andre prosjekter som blant annet ønsker å vurdere en del rapporter fra sakkyndige. Prosjekter som dette, med forankring i forskningsmiljøer eller tilsynsorganer med integritet og tillitt, støtter FOSAP fullt ut.

### BARNEVERNPOLITIKK

FOSAP har ikke som mandat å drøfte og representere et samlet syn på utviklingen av norsk barnevern. KIB fremmer på sin side synspunkter på dette. Eksempelvis ønsker de at det blir etablert en barnevernfaglig andrelinjetjeneste. Regjeringen har i sin «Barnevernreform» foreslått å styrke det kommunale barnevernet, og Bufetat skal få mer ansvar for utredning av de minste barna. Vi i FOSAP følger med på politiske signaler og endringer og prøver etter beste evne å bidra med uttalelser når det er mulig.

KIB går også inn for nedleggelse av «fylkesnemndssystemet». FOSAP støtter konklusjonene i «NOU 2017: 8 Særdomstoler på nye områder?». Her behandles spørsmålet grundig og seriøst, og meldingen konkluderer med at det bør høre under tingrettene å avgjøre foreldretvister og saker om tvang etter barnevernloven i første instans, samt at en ønsker å sikre at sakene behandles i et sterkt fagmiljø.

KIB ønsker å legge ned Barnesakkyndig kommisjon (BSK). Mange sakkyndige har vært skeptiske til BSK, noe som også kommer fram i besvarelsene fra sakkyndige i forbindelse med «Evalueringsrapport om utvidet ansvarsområde» fra 2015. Rapporten konkluderte med at BSK har bidratt positivt til kvaliteten på sakkyndige rapporter i barnevernssaker.

FOSAP har hatt flere møter med kommisjonen der vi har drøftet erfaringer og muligheter for forbedringer, men vi er ikke for nedleggelse av BSK.

Barnevernet er utsatt for kritikk fra mange hold. Kritikken kommer også fra grupper som ikke aksepterer at samfunnet har rett til å gripe inn i privatlivet for å beskytte barn når det er nødvendig. Norge har vært et foregangsland i arbeidet med barns rettigheter og vern av barn. Sakkyndige psykologer arbeider innenfor rammene til et lovverk som ivaretar dette. Det betyr ikke at det ikke er rom for forbedringer. Men unyansert kritikk skremmer foreldre, og kan føre til at barn ikke får den hjelpen de trenger.

FOSAP støtter ikke KIB på generelt grunnlag. Vi er uenige både i form og innhold i mye av kritikken KIB reiser mot barnevernet.

Vi er imidlertid enige i at kompetansen hos alle aktører i barnevernssakene må heves. Når det gjelder sakkyndige psykologer, forsøker FOSAP å bidra til det. ✕

# Reduksjonistisk syn på klinisk forskning

Det foretas verdivurderinger også i klinisk forskning, til og med når den innebærer randomisering og kontrollering.

**HENRIK BERG SKRIVER** i maiutgaven av Psykologtidsskriftet om fakta og verdier i psykoterapi og forskning. Jeg er usikker på om han eller redaktøren har valgt ingressen, som lyder: «I psykoterapi som praktisk virksomhet foretas det verdivurderinger hele tiden. I psykologi som evidensbasert praksis er imidlertid dette sentrale elementet fraværende.»

Som kliniker og forsker involvert i flere randomiserte kontrollerte studier er det vanskelig å forbigå denne tendensiøse påstanden i stillhet. Jeg er nysgjerrig på hvordan Berg ser for seg den kliniske forskerens arbeidshverdag. Hvordan tror han studiene våre planlegges? Hvilke vurderinger tror han ligger til grunn for våre beslutninger? Hvilket grunnlag har han for å påstå at verdivurderinger er fraværende i mitt arbeid?

La meg først slå fast at gjennomføring av randomiserte kontrollerte studier medfører verdivurderinger. La meg så gå noen av de videre påstandene til Berg nærmere etter i sømmene, og se dem i lys av den kliniske forskerens virkelighet.

Berg skriver: «Vi bør kontinuerlig evaluere forutsetningene for enhver vitenskapelig praksis.» Enig. Dette er også essensen i den kliniske forskerens tenkning og arbeid. Spørsmålene Berg mener vi bør stille, som «Hva er et godt menneskeliv? Hva er lidelse, og hva er lidelsens årsak? Hva kjennetegner et godt menneskelig livsløp?» er blant kjernespoørsmålene i min forskning. Grundige etiske vurderinger, brukerinvolvering, og forbehold om egne skygger er blant hovedingrediensene i den kli-

niske forskningen som har som mål å forsøke å besvare nettopp disse grunnleggende verdivurderingene.

Berg hevder at randomiserte kontrollerte studier «har lav ytre validitet». Dette er ingen allmenngyldig sannhet. Faktorer som setting, utvalgsstørrelse og strenghet i inklusjonskriterier påvirker klart generaliserbarheten av studier, og intervensjoner som virker på gruppenivå, virker ikke nødvendigvis på hvert unike individ. Dette er kliniske forskere smertelig klar over, og feltet er i kontinuerlig utvikling for å optimalisere den praktiske nytteverdien av klinisk forskning.

Berg lar oss få vite at randomiserte kontrollerte studier «simpelthen» undersøker hvorvidt ulike behandlingsformer er virksomme. Dette stemmer ikke. Denne type studier kan bidra med omfattende kunnskap om blant annet risiko- og beskyttelsesfaktorer for ulike tilstandsbilder, kompliserende faktorer, intervensjonssvakheter, brukertilfredshet, terapeutatferder og prosessfaktorer, for å nevne noen eksempler. Psykoterapi medfører betydelige personlige og samfunnsmessige kostnader. Å forsøke å dokumentere (manglende) effekter av slik virksomhet bør ikke reduseres til et «simpelthen». Slik dokumentasjon bør snarere representere viktige verdier for individer og samfunn. Berg avslutter med å slå fast dette: «Psykoterapi handler dypest sett om å hjelpe menneskene som mottar behandling, til å skape et bedre liv.» Dypest sett handler min kliniske forskning også om dette, selv med randomisering og kontrollering som del av bildet. ✕



**KRISTER W. FJERMESTAD**,  
førsteamanuensis,  
Psykologisk institutt,  
Universitetet i Oslo

VITENSKAPSTEORI

# Et forsvar for sykeliggjøring

Regjeringen har foreslått å lovfeste psykologer i norske kommuner. Psykiater Marianne Mjaaland har i debatter gitt uttrykk for at dette er et skritt i gal retning fordi psykologer sykeliggjør normale problemer. Men er det unormalt å trenge hjelp?



**ANDREAS  
HØSTMÆLINGEN,**

fagsjef i Norsk  
psykologforening

SYKELIGGJØRING

**MEDIKALISERING ELLER SYKELIGGJØRING** kan beskrives som en prosess der ikke-medisinske problemer blir omdefinert og behandlet som medisinske. Fenomenet blir med jevne mellomrom tatt opp av fagfolk som ser dette som en negativ utvikling. En bekymring som går igjen, er at folk klarer seg godt selv, helt til de blir manipulert til å tro at de trenger hjelp for ting som er normalt. Ifølge Marianne Mjaaland er psykologprofesjonen et talende eksempel. Vi invaderer normaliteten ved å jobbe for at folk skal få lettere tilgang til hjelp og forebyggende tjenester.

## PROBLEMATISK PREMISS

Kritikken av medikalisering og sykeliggjøring er imidlertid basert på et problematisk premiss. Når man er bekymret for å inkludere ikke-medisinske tilstander i sykdomssfæren, legger man til grunn at det eksisterer et objektivt skille mellom sanne og falske sykdommer. De plagene kreften gir oss, kan vi spore tilbake til svulsternes herjinger. Når vi ligger til sengs med influensa, kan vi legge skylda på viruset. Disse lidelsene er «ekte» fordi de skyldes en påviselig fysisk årsak. Men med psykiske lidelser mangler vi en konkret «maskinfeil» som problemene kan spores

res tilbake til. Selv om det er vondt å være deprimert, kan vi ikke peke på en konkret ting som har invadert kroppen og forårsaket smerten. Da blir det også vanskelig å vite når man krysser grensen fra å være normalt trist til sykt deprimert. Dette er grunnen til at noen inntar en posisjon der psykiske lidelser ikke finnes. De er bare normale fenomener vi har definert som syke.

Denne måten å tenke på baserer seg på et essensialistisk perspektiv, der sykdom antas å ha en selvstendig objektivt påviselig eksistens (essens), uavhengig av hvem som har den. Over mange år har diagnosemanualene est ut med beskrivelser av menneskelig lidelse som har blitt anerkjent som sykdommer. I et essensialistisk perspektiv er dette en sykeliggjøring av normalitet der vi gjør pasienter av friske folk. Hvis man ikke er syk, bør man heller ikke belaste tjenesteapparatet og ta ressurser vekk fra dem som virkelig trenger det.

Men kan vi påstå at lidelser uten kjent fysisk årsak ikke eksisterer? Det hadde i så fall blitt en absurd virkelighet. I første halvdel av 1900-tallet dreide en av de store grunnlagsdiskusjonene i psykologien seg om hva som burde være psykologiens temaområde – tanker (kognisjon) eller



atferd. Behavioristene hevdet at atferd var essensen, fordi en vitenskap med respekt for seg selv må holde seg til begreper som lar seg observere. Men en psykologi som ikke har plass for tanker og følelser, faller på sin egen urimelighet. De er vanskelige å observere, men få er villige til å nekte for at de kan få høyst reelle konsekvenser. Når vi har det fælt, fungerer vi dårlig. Vi blir dårligere foreldre, vi blir mindre effektive på jobben, vi konsentrerer oss dårligere på skolen, og vi blir slemmere mot folk vi er glad i.

### SYKT NORMALT

Med et funksjonsbasert sykdomsbegrep – til forskjell fra essensialismen – oppfattes en person som syk dersom hun har en funksjonssvikt som kan beskrives og dokumenteres, men ikke nødvendigvis med krav om biologiske funn. Hovedpoenget er ikke om man har en «sann» sykdom, men hvordan konsekvensene av plagene slår ut. Funksjonssvikten blir bakt inn i sykdomsbeskrivelsen. I dette perspektivet gir det mindre mening å sette opp syk som en motsetning til normalt. Det er mange normale fenomener som i visse tilfeller skaper så mye trøbbel at vi ikke fungerer. Når vi lager diagnostiske begreper for lidelser som er helt vanlige i et liv, er det åpenbart at vi sykliggjør normaliteten. Men dette trenger ikke bare være negativt. Det er også et uttrykk for en kultur som anerkjenner at et normalt liv er vanskelig. Det er normalt å ha det fælt, og vi kan alle rote oss inn i måter å føle og tenke på som setter oss ut av spill.

En ikke-essensialistisk sykdomsforståelse åpner for at fenomener som sorg og engstelse kan flyte inn og ut av det vi betegner som sykt. For mange blir sykliggjøring da et gode. I stedet for at «normalt» blir uttrykk for ting man må takle på egen hånd, blir det også akseptabelt å søke hjelp for vanlige problemer.

For politikere er ikke sykdom bare et rent medisinsk, men også et samfunnsøkonomisk spørsmål. Mister mange evnen til å fungere i jobb eller skole, fører det til store kostnader for fellesskapet, og man kan ikke avvise problemet ved å vise til at de som lider, ikke har ekte sykdommer. Lidelsen oppleves som høyst reell, og konsekvensene blir store. Da må man se på hva man kan gjøre for å få folk på beina igjen. Ved å bevisst sykliggjøre normaliteten tydeliggjør man at fellesskapet skal ha et ansvar for å hjelpe deg med det. ✕



Når vi lager diagnostiske begreper for lidelser som er helt vanlige i et liv, er det åpenbart at vi sykliggjør normaliteten. Men dette trenger ikke bare være negativt

## Kommunepsykologer til voksne

**Antall kommunepsykologer for voksne økte med 40 prosent.**

Voksne synes nå å være en prioritert målgruppe ved bruk av psykologkompetansen, konkluderer Helsedirektoratet, og refererer til Sintef-undersøkelsen *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid 2016: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene*. Den viser at antall psykologstillinger rettet mot voksne innenfor kommunalt psykisk helse- og rusarbeid økte med 40 prosent fra 2015 til 2016.

Økningen har ikke gått på bekostning av målgruppen barn og unge, men kommer i tillegg, mener Helsedirektoratet.

- Dette er en ønsket utvikling. Vi har hatt et mål om å få kommunene til å bruke kompetansen bredere for å kunne svare bedre på lokale behov, sier avdelingsdirektør Anette Mjelde.

Utviklingspotensialet ligger ifølge Helsedirektoratet i at kommunene oftere benytter psykologer i rusarbeidet, særlig med barn og unge.

*Psykologtidsskriftet*

# Et gjensyn med «Faget som ville være naturvitenskap»

Smedslunds fagkritikk gir nye tanker og ny kraft til en 40 år gammel kronikk.

## PAUL MOXNES,

psykolog og professor i organisasjonspsykologi<sup>1</sup>

### FAGKRITIKK

**JAN SMEDSLUND HAR** de siste årene gjort det til sitt varemerke å fremsette påstander av typen 1) at psykologien ikke er noen velfundert enhetlig vitenskap, 2) at det kan reises tvil om faget overhodet kan være en empirisk vitenskap som kan danne grunnlag for profesjonelt arbeid, 3) at de akademiske psykologene har havnet i en århundrelang blindgate, og 4) at psykologene må gi opp drømmen om å bygge akkumulerende ny empirisk kunnskap.

Hans essay i aprilutgaven av Psykologtidsskriftet vekket til minne en kronikk jeg skrev for Dagbladet for 40 år siden<sup>2</sup>. Den gang skrev jeg at i psykologien legges ikke stein møysommelig på stein, at vi mangler et grunnfestet system for viten, og at teorier og teknikker har en tendens til å gravlegges ikke lenge etter deres opphavsmenn.

Jeg mener dessverre at Smedslund har rett.

## KRITIKKEN FRA 1970-TALLET

På 70-tallet var jeg en ung forsker, nytilsatt i fast stilling og nettopp ferdig med doktorgradsarbeidet, og ønsket å smelle av noen kritiske

.....

1. Invitert bidrag. Takk til Psykologtidsskriftets redaksjon for å ha lagt inn partier fra originalkronikken i teksten til følgeskrivet, og for forslag til endringer.
2. «Faget som ville være naturvitenskap», Dagbladet 21. feb. 1977

kronikker om psykologien og den sosialvitenskapelige forskningen. «Smellet» gikk stort sett upåaktet hen, selv om jeg lente meg på den tids mest profilerte kritiker av psykologisk kunnskap, professor Sigmund Koch. Hans budskap til oss unge var at den vitenskapelig psykologien var historien om en illusjon. Utsagnet bekreftet hva jeg som stipendiat i mitt stille sinn hadde følt og tenkt. Så satte jeg like så godt i gang med en smule offentlig tilgrising av det reiret jeg nettopp var tilsatt i. Den vitenskapelige psykologien var blitt 100 år, men fremsto for meg som langt mer umoden enn den var fremstilt som i lærebøkene fra studietiden. Jeg fikk meg ikke til å synes at jeg nå i rollen som forsker drev med «ordentlig» vitenskap. Kanskje var kronikken et produkt av en (ubevisst) forhåpning om å få høre fra autoriteter hvor feil jeg tok? Men fra psykologene hørte jeg ingenting.

## GJENSYN MED GAMMEL KRITIKK

Etter å ha lest Smedslunds kritikk tenkte jeg at det kunne være litt interessant å hente frem noen av momentene i kronikken fra den gang, fordi de fortsatt virket relevant:

I psykologien og andre samfunnsvitenskaper, langt mer enn i naturvitenskapene, er forskeren selv med på å skape et bilde av det han utforsker



Faksimile fra aprilutgaven av Psykologtidsskriftet.

som samtidig påvirker dette. Forskeren kan umulig leve opp til et, ofte misforstått, ideal om nøytralitet, objektivitet og interesseløshet. Forskeren kan ikke, om han aldri så mye måtte ønske det, være en uhildet og mekanisk registrator og katalysator. Forskeren er selv fanget av sin kultur, sitt livsforhold og sin bakgrunn. Og dette vil nødvendigvis sette farge på det forskningsresultatet han presenterer og det vitenskapssyn han forfekter. Er det da slik at psykologen kan vise til kunnskap som er fullt ut pålitelig? Er hans vitenskapelige utgreiinger ikke annet enn godt kamouflerte (også for ham selv) meninger, holdninger og interesser? Det er fristende å hevde nettopp dette. Psykologien (og for det meste også psykiatrien) kan da heller ikke vise til noen etablert form for viten eller kunnskap ut over kunnskapen om disse vitenskapers egen begredelige historie. Psykologien og psykiatrien har hittil hatt det til felles at de begge er forbrukere av teorier og metoder etter bruk-og-kast prinsippet. Og dette har lenge vært en pinefull kjensgjerning for de psykologer som ønsker å sammenlikne seg med naturvitenskapen. For i psykologien er ikke stein møysommelig lagt på stein, kunnskap på kunnskap som f.eks. i medisin og fysikk. I psykologien har ennå ingen elev kommet lenger på mesterens vei enn mesteren selv. Et grunnfestet system av viten eksisterer ennå ikke. Tvert imot har teorier og teknikker hatt en tendens til å bli gravlagt ikke lenge etter deres opphavsmenn.

Psykologiens (og psykiatriens) historie er stort sett en samling av foreldede og avlagte forestillinger. Til og med det hittil største byggverket innen psykiatri og psykologi – psykoanalysen – er i dag på god vei til å bli historie. Nye retninger som sosial atferdsteori (Bandura), transaksjonsanalyse (Berne) og miljøterapeutiske samfunn (Jones) er i ferd med å tilkjempe seg sin del av det psykologiske markedet.

Etter nye 40 år kan listen over retninger som har kommet og gått, forlenges. Systemisk teori, narrative og språkfilosofiske tilnærming, ja, selv

kognitiv terapi møter etter hvert motbør. Men nye retninger kommer til (som emosjonsforskningen), slik at vi kan fortsette som før.

### IKKE ETT, MEN FLERE FAG

Inspirert av Sigmund Koch mente jeg at «Psykologisk institutt» burde erstattes av «Institutt for psykologiske studier», slik at vi ikke ble forledet til å tro at det finnes en enhetlig vitenskapelig erkjennelse kalt «psykologi». (Slik sett er det kanskje et sunnhetstegn at vi har fått flere masterstudier i psykologi i tillegg til profesjonsstudiet – det forteller jo at faget er mange fag.) I kronikken skrev jeg:

Forskere innen psykologi og psykiatri har ingen enhetlig faglig erkjennelse å vifte med. Det forskningen stort sett har gjort på disse 100 årene er å utvikle et vitenskapelig språk på grunnlag av klassifiseringer og opptegnelser av menneskelig atferd. Men dette gir ingen ny kunnskap, bare et nytt språk.

Det er på tide at psykologien kaster av seg sin vitenskapelige ham og fremstår som det den er – nemlig en tjener i en interessekamp, en anskuelsesform, og et administrativt system som er ment å ivareta visse behov i samfunnet. Den som vil benyttes seg av en psykolog, vet neppe hva han får. Til tross for psykologlov >>



Psyko-  
logiens  
mulighet til  
å bestå som  
velfundert  
enhet-  
lig viten-  
skapelig  
i 100 år  
til synes  
mager

og 6–7 års utdanning har psykologene ikke stort annet til felles enn et fagspråk, og knapt nok det.

### BRICOLEUR

Smedslund mener at rasjoalet for profesjonell psykologi kan ligge i sunn fornuft og en bricoleur-modell – en slags altnuligmann som forholder seg til det konkrete (unike personer i unike livssituasjoner), og da har abstrakte målbare variabler meget begrenset verdi. Jeg mener som Smedslund at psykologien må forkaste empirisk forskning i henhold til det ortodokse naturvitenskapelige paradigmat. Den gang skrev jeg:

Tilbake blir psykologien likevel som *fag*, ikke som ortodoks vitenskap. Det er som *fag* psykologien de siste årene er blitt kjent, og det er ut fra samfunnets behov for et slikt fag at psykologien er vokst fram. Psykiatrien (ikke psykologien) har gjort sine «behovsanalyser». Disse viser at 30 % av unge norske menn, 20 % av skoleungdommen og 30–50 % av almenpraktiserende legers pasienter har psykiske lidelser i en eller annen form. Spørsmålet blir da ikke *om* behovet for ekspertise finnes, men om *hvem* som skal administrere/behandle all denne «patologi» – legene, psykologene, lærerne, sosionomene, juristene, ergo-terapeutene, sykepleierne, fengselsbetjentene, prestene, diakonene, foreldrene?

Siden jeg skrev kronikken, har psykologene vokst frem som en ressurssterk gruppe, som også har produsert en rekke data som gir nyttige, men kontekstavhengige innsikter – ikke generelle lovmessigheter. Som også Smedslund skriver: «Empirisk forskning i psykologi kan (...) bare gi resultater som er tidsbegrenset og lokale.» Eller med 40 år gamle ord:

Det beste av denne litteraturen tar da heller ikke – å la naturvitenskapene – sikte på å konstatere de evige fenomener, men nøyer seg med å beskrive en begrenset og foranderlig type av erfaringer. For psykologien representerer en type viten som stadig overskrider seg selv. Forskning og erfaringer avstedkommer mer en prosess enn en endelig avklaring. Den er nok avdekkende, men det den konstaterer vil alltid ha begrenset gyldighet. Det som er sant i dag er ikke nødvendigvis sant i morgen. Naturvitenskapene viser forakt for psykologi-

ens «uvitenskapelighet» og forstår ikke dens «panta réi». Men for psykologen betyr det at han må lære hurtig. Gjør han ikke det, blir han fort et fossil i eget fag.

### I DAG

I dag, 40 år og noen millionerstudier senere, føler jeg fasiten er nær. Psykologiens mulighet til å bestå som velfundert enhetlig vitenskapelig i 100 år til synes mager. Det har vokst frem et stort og økende antall kritiske stemmer til psykologiens vitenskapelige grunnlag.

På mitt eget fagområde, sosialpsykologien, har vi de siste årene fått dokumentert faglig juks av tidligere ukjente dimensjoner gjennom Stapel-skandalen, en skandale som synes å ha foregått også på systemplan, ifølge Tilburg-universitetets granskningskommisjon. Og som alle nå vet, klarer den empiriske psykologien bare å reproducere tidligere funn i mindre enn halvparten av tilfellene. Kanskje tøyet også jeg mine data i doktorgraden noe – i hvert fall prøvde jeg å fortolke dem slik at bildet jeg ble sittende igjen med, ble vakrest mulig. Og det har fungert godt i min psykologiske praksis.

Fortsatt finner jeg glede i artikler med empiriske data som skaper merforståelse i en i hovedsak konseptuell sammenheng. Teori, når den er bygd på systematisering av egne og andres tanker og erfaringer, er godt nok for meg. Teorier kan jeg bruke i egen praksis med langt større nytte enn kunnskaper om korrelasjoner og effektstørrelser, selv om disse skulle være hentet fra meta-analyser – for heller ikke disse er lenger helt til å stole på.

I årevis har jeg hatt en fantasi om et avskjedsbrev til min arbeidsgiver som lyder slik (hentet fra nyutgivelsen av min bok *Fasettmennesket*):

I came to the science of psychology not to participate in an endless debate, but to find some facts. I have, after more than thirty years of fact-finding efforts, come to the conclusion that any significant facts are not possible to restore. I therefore resign my role as a professor of psychology from the approved date. Sincerely, Paul Moxnes

Hvor går fremtiden? Sannsynligvis vil vi få nye hundre år med målinger av psykologiske variabler, med magre, men likevel løfterike resultater – mange nok til å holde håpet oppe og gjøre akademikere lykkelige. ✕

# Psykologisk empiri er som virvlene i en bekk

Det vi finner i psykologien, er mer eller mindre tids- og situasjonsbegrenset.

**JAN SMEDSLUND**, professor emeritus, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

## FAGKRITIKK

**STEVEN RAY WILSON** fra Kjemisk institutt mener jeg er for resignert på den empiriske vitenskapens vegne og hans kommentar krever et tilsvarende svar.

En grunnforutsetning for et empirisk resonnement er at det man observerer, forventes å gjenta seg, eller i det minste er relevant, i fremtiden. Induktiv tankegang forutsetter stabilitet. Psykologiske prosesser er irreversible. Vi lever i tiden og kan aldri komme tilbake til der vi var. Vi lærer av erfaring, og vi kan ikke helt avlære våre erfaringer.

De regelmessigheter vi allikevel observerer i psykologien, opprettholdes av stabile kontekster og konsekvenser. Noen kan være svært så stabile, som f.eks. individers personlighet, som opprettholdes av kompliserte systemer av stabiliserende mekanismer, men i psykologi er ingenting tidløst. Over hundre års forskning har lært oss at det er lite som er stabilt i psykologifaget, og at «lover» ikke finnes. Det samme har de øvrige samfunnsvitenskapene og historievitenskapen erfart. Samfunnsformer endres og forsvinner, økonomiske modeller svikter, historien gjentar seg aldri. Det som finnes av stabilitet, er menneskeskapt – sosiale lover, regler og skikker.

Jeg er tilhenger av empiri overalt hvor den er mulig, som i naturvitenskapene. Men i psykologi vet vi at det vi finner, er mer eller mindre tids- og situasjonsbegrenset. Mest bruk for empiri har vi i arbeidet med unike personer i unike livssituasjoner. Det vi da observerer, har ofte en viss grad av stabilitet. Men prøv å forutsi et selvmordsforsøk.

Jeg synes lite om bruken av statistikk i moderne psykologi fordi den praktiske nytten av små korrelasjoner og minimale forskjeller er så liten og kontekstbegrenset. Jeg vil ønske min kjemiske kommentator til lykke med sin empiriske forskning, men ber om forståelse for at psykologer ikke har det like lett. ❌

## Debattert

# Ungt frafall

**Særnorsk bekymring** Aldri før har så store andeler av hvert ungdomskull gjennomført videregående på så kort tid som de gjør i dag, og når det gjelder voksenutdanning, er Norge i verdenseliten. (...) Økende bekymring over stabile frafallstall er et uttrykk for at vi som samfunn, uten nødvendigvis å ønske det, blir stadig mer utålmodig med våre unge.

*Kristoffer Chelsom Vogt i Byggmesteren 12. mai*

**Helskinnet** Kommer barn og unge seg helskinnet gjennom skolen og får en trygg fot innenfor arbeidslivet, forrefter effekten seg i den forstand at de kan bygge en trygg fremtid for sine barn igjen. Derfor er det et varsku til våre myndigheter når helsedirektøren går ut og påpeker at Norge har det største frafallet i videregående skole i Nord-Europa.

*Tor Levin Hoffgaard i VG 15. mai*

**Forskjell** Hvem som blir ufør er altså ikke bare et spørsmål om hvordan ulike personer fungerer ulikt, men et spørsmål om hvilke insentiver det er i arbeidsmarkedet for å ta høyde for at folk er forskjellige.

*Kristian Kise Haugland i Stavanger Aftenblad 15. mai*

**Uro** – Det er veldig urovekkende at det allerede alarmerende høye antallet unge uføre fortsetter å stige. Når vi i tillegg vet at 15 prosent av menn 30-årene står utenfor arbeidslivet, har vi en meget stor utfordring.

*Jonas Gahr Støre til VG 16. mai*

# Behov for profesjonalisering

Profesjonalisering av brukerstemmen bidrar til at «svake» stemmer løftes.

**DAGFINN BJØRGEN,**  
**JUNI RAAK**  
**HØISETH, KARL**  
**JOHAN JOHANSEN**  
og **INGVILD M.**  
**KVISLE**, jobber ved  
Kompetansesenter  
for brukererfaring  
og tjenesteutvikling i  
Midt-Norge (KBT)

## BRUKERKRITIKK

**INNLEGGET TIL NASJONALT** senter for erfaringskompetanse i *Psykologtidsskriftet* nr. 6/2016, som motsvar til Odd Voldens innlegg i nr. 4/2016, er interessant lesning. Odd Volden følger opp Heidi Tessands (2014) blogginnlegg om «Proffe brukerstemmer».

Volden løfter frem behovet for å profesjonalisere brukerstemmen som et virkemiddel mot tunge fagprofesjoner. Erfaringskompetanse stiller spørsmålet: «Kanskje er det en styrke at brukerkunnskapen ikke profesjonaliseres så mye at den blir utilgjengelig for andre aktører?» De etterlyser andres synspunkter på feltet. Vi vil argumentere for at profesjonalisering av brukerstemmen i visse tilfeller ser ut til å være nødvendig for at de «svake» stemmene skal få større tyngde i møte med fagprofesjonene.

Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling i Midt-Norge (KBT) er ett av fem regionale brukerstyrte sentre som jobber for at brukererfaringer skal bidra til tjenesteutvikling. Sentrene er etablert ut fra en politikk om at «det er viktig å øke brukernes kunnskap slik at de kan stille krav til tjenestene og være pådrivere i tjenesteutviklingen. Samtidig må brukerkunnskap gyldiggjøres og formidles for å bidra til reell brukermedvirkning» (St.prp. nr. 1 (2009–2010).

### ERFARING SOM GRUNNLAG FOR PROFESJON

Profesjonalisering brukes her i vid betydning, fra det å få mer kunnskap og ferdigheter til det å være lønnet arbeidstaker i brukerfeltet. Larsen og Andersen har gjort en studie der de har gjennomgått 12 selvbiografier skrevet av mennesker med personlige erfaringer som brukere av psykisk helsevern i Skandinavia i perioden 1918 til 2008 (Larsen & Andersen 2011). Funnene viser at brukerne ikke blir møtt på sine behov eller med en opplevelse av respekt. Dette til tross for at det har skjedd store faglige og organisatoriske endringer over den 90 år lange tidsperioden studien baserer seg på. Enkeltbrukernes erfaringer ser ikke ut til å bli gyldiggjort i møte med hjelpeapparatet, og står derfor i fare for å bli borte i samfunnsdebatten.

Det finnes flere eksempler på hvordan profesjonalisering av brukerstemmen kan gi større tyngde i møte med tjenesteapparatet. Både gjennom profesjonalisering av enkeltstemmer og gjennom at det blir gjort systematisk innhenting av brukererfaringer. Eksempler på profesjonalisering av enkeltstemmer er blant andre Patricia Deegan og Arnhild Lauveng. Begge fikk en schizofrenidiagnose som unge og utdannet seg senere til psykologer og forskere. Gjennom forfatterskap og utdanning profesjonaliserer de brukerstemmen blant annet gjennom å beherske fagspråket. Med dette bidrar de til at brukerens perspektiv blir gjort gjeldene i forskning og fagutvikling.

Ansettelse av erfaringskonsulenter er et signal fra tjenestesiden på at det er et behov for profesjonalisering som kan ivareta og styrke brukerperspektivet både på individ- og systemnivå. En evaluering av KBTs kurs for erfaringskonsulenter og arbeidsgivere i desember 2016 viste at både faget og brukere får en bedre dialog når man jobber sammen profesjonelt.

### DOKUMENTASJON OG DIALOG

Profesjonalisering av brukerstemmen kan blant annet skje ved at brukerbevegelsene selv blir profesjonelle nok til å fremskaffe dokumentasjon og argumentere for de «svake» stemmene. Tessand og Erfaringskompetanse påpeker i sine innlegg at det er viktig at både brukere, pårørende, fag- og forskningsfeltet og tjenesteytere kan føre en dialog. KBT har lang erfaring med betydningen av hvordan vi tilrettelegger for en dialog mellom fagfolk og brukere, og hvordan brukerbevegelsen selv kan drive systematisk innhenting av informasjon som dokumenterer brukerperspektivet.

Med Habermas (1999) som inspirasjonskilde for å søke mot den herredømmefrie samtalen har KBT fokusert på hvordan man kan tilrettelegge for diskusjon slik at det gyldige argument blir tellende uavhengig av hvilken profesjon du tilhører. Et konkret eksempel er den dialogbaserte evalueringsmetoden Bruker Spør Bruker (BSB) (<http://kbtmidt.no/nb/>)



Faksimile fra Psykologtidsskriftet april 2016.

hva-vi-tilbyr/bruker-spor-brukere) Her får brukere og tidligere brukere av en hjelpetjeneste grundig opplæring i fokusgruppemetodikk og analyse. Deretter gjennomfører de utdannede intervjuerne intervjuer med nåværende brukere om deres erfaringer med hjelpen de mottar fra ulike tjenester. I etterkant av en slik evaluering inviteres både brukerne og fagfolkene fra tjenesten som har blitt evaluert, til en dialogkonferanse der man i fellesskap får diskutert og validert funnene som har blitt gjort. Dette har bidratt til at svært mange brukere får en dialogarena sammen med fagmiljøene om hvordan hjelpetjenestene fungerer, og hva som skal til for å bidra til tjenesteutvikling. BSB bidrar i så måte til å profesjonalisere brukerstemmen gjennom at folk med egenerfaring benytter forskningsmetoder. Dette kan gi de «svake» stemmene større tyngde.

### Å PÅVIRKE KUNNSKAPSGRUNNLAGET

Innenfor psykisk helse og rus er den faglige hjelpen ofte omdiskutert, og forståelsen av psykisk sykdom spriker. Debatten som har kommet som følge av medisinfrie tilbud, viser hvor vanskelig det er for faget å konstruktivt imøtekomme brukerorganisasjonenes krav. Det mangler kunnskaps-sammenstillinger som er viktige fra brukernes perspektiv, blant annet analyser av hvilken forskning og behandling som vinner frem.

Volden har et godt argument når han stiller spørsmål om hvorvidt kunnskapsutvikling ut fra subjektets erfaring kan løses gjennom et nasjonalt kompetansesenter alene. Her deler vi Voldens syn på at det er viktig med lokale aktører som gjør det mulig for flere stemmer å komme frem gjennom blant annet ulike dialogarenaer. Det behøves ulike metoder og arenaer for å tilrettelegge for innhenting av livserfaringer. Brukerstemmene må innsamles som reelle erfaringer lokalt, og dialogen må føres nærmere der brukerne bor, og der tjenestene utføres. Regionale brukerstyrt sentre utøver en viktig rolle her. Vi mener profesjonalisering bidrar til at de «svake» stemmene løftes, og til tjenesteutvikling der brukernes kunnskap blir tilgjengelig og gyldig for andre aktører. ✕

### REFERANSER

- Habermas, J. (1999). *Kraften i de bedre argumenter*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Hem, H., Hoel, T. L., Svendsen, E. M., & Skjeldal, E. Når brukerstemmen profesjonaliseres. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol. 53, nr. 6, 2016, s. 472–473
- Larsen, I. B. & Andersen, A. J. W. «Tvangstrøye og ensomhet, blomstervaser og kjærlighet». *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol. 8 nummer 2, 2011, s. 120–130. KBT <http://kbtmidt.no/nb/hva-vi-tilbyr/bruker-spor-brukere>
- Proposisjon til Stortinget, Prop. 1 S 205 (2009–2010)
- Tessand, H. Proffe brukerstemmer 26.5.2014. <http://www.psykologforeningen.no/publikum/blogger/heidi-tessands-blogg/Proffe-brukerstemmer>
- Volden, O. Brukerorganisasjonene må tåle kritikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol. 53, nr. 4, 2016, s. 298–301

### DEBATT OM BRUKERMEDVIRKNING

#### Tidligere innlegg:

- Nr. 8 - 2016** Fortsatt tveetydig (Odd Volden)
- Nr. 6 - 2016** Når brukerstemmen profesjonaliseres (Hilde Hem, Tone Larsen Hoel, Eva Marit Svendsen og Eskil Skjeldal)
- Nr. 5 - 2016** Behov for proft samarbeid (Heidi Tessand)
- Nr. 4 - 2016** Brukerorganisasjonene må tåle kritikk (Odd Volden)

# Inntrykk

---



**SANSELIG** De gode, sanselige erfaringene i kroppen må få mer plass i terapirommet, skriver Linn Rødevand, som har lest boken *Kroppen i psykotterapi* av Anne Kristine Bergem (red.). Poeten og kunstmaleren William Blake har laget denne illustrasjonen ved navn *The reunion of Sould and Body. From Blair's Grave*.



# Gi kroppen mer plass

Det er på tide å oppgradere kroppens posisjon i terapirommet. En mangefasettert bok om kroppen i psykoterapi er et godt startpunkt.

**I**nnenfor psykoterapi har det lenge vært en tendens til å fokusere på den verbale dialogen med pasienten, mens kroppslige forhold har blitt nedprioritert. Denne tendensen gjenspeiles i uttrykket «samtaletterapi», som ofte brukes for å omtale psykoterapi. Navnet gir inntrykk av at psykoterapi er en behandlingsform som handler om det som kommuniseres gjennom ordene. Det er på tide å oppgradere kroppens posisjon i terapirommet. Siktemålet til boken *Kroppen i psykoterapi*, skrevet av ti fagpersoner og to som har egne erfaringer med sykdom, er nettopp å belyse hvordan klinikere i større grad kan inkludere pasientens kropp i vurdering og behandling. Boken tilbyr teoretiske perspektiver og eksempler på kliniske intervensjoner.

Flere av forfatterne legger vekt på at vår vestlige kultur har hatt en tendens til å dele mennesket i to – i kropp og sinn. Finn Skårderud skriver: «Når vestlig kultur har vært påfallende dyktig til å kløyve mennesket i to [...] handler det kanskje om at det kan *kjennes* slik. Vi *kjenner* ikke sinnets kroppslighet, at tanker og følelser også er elektrisitet og kjemi i full aktivitet»

(s. 14). Sentralt i boken står ideen om at dualismen mellom kropp og sinn er kunstig og hindrer en god forståelse av mennesket som en helhet. Det er derfor behov for å se personens kropp og sinn i et helhetsperspektiv. Selv har jeg erfart viktigheten av et slikt perspektiv i møte med ungdom med kronisk utmattelse på Ahus/Rikshospitalet og mennesker med langvarige smerter på Avdeling for smertebehandling, der jeg jobbet inntil nylig. Slike langvarige plager utvikles og opprettholdes av et samspill mellom fysiske, psykiske og sosiale faktorer, og utfordrer det klassiske skillet mellom psyke og soma.

## KROPPEN SOM VERKTØY

I min kliniske hverdag på Avdeling for smertebehandling møtte jeg pasienter som først og fremst kom på grunn av smerter i kroppen. Kropp og fysiske plager ble derfor brakt naturlig inn i dialogen allerede fra starten av: Pasientene fortalte hvor de hadde vondt, hvor sterke smertene var, og hvor utmattet de følte



**ANNE KRISTINE BERGEM (RED.)**

*Kroppen i psykoterapi*, Gyldendal, 2016. 204 sider

## TEKST

Linn Rødevand, utdannet psykolog ved Universitetet i Oslo. Stipendiat ved Norment K.G. Jebsen senter for psykoseforskning

seg. Flere ga også uttrykk for andre viktige sider ved kroppen enn de plagene de kjente i den, og som flere av forfatterne etter min mening belyser på en god måte. Blant annet understreker Skårderud at «den kultiverte kroppen er et instrument for sinnet og for sosial anerkjennelse» (s. 110). Med andre ord forsøker noen å endre kroppen for å få bedre selvfølelse og oppnå andres anerkjennelse. De prøver å forandre det ytre i håp om at det vil endre det indre og øke bekreftelsen utenfra.

Når det gjelder å endre «det indre», handler det ikke kun om å bedre selvfølelsen, men ofte også om å regulere følelser. Boken inneholder gode eksempler på mennesker som bruker kroppen som verktøy for å nettopp regulere følelser og få utløp for indre spenninger. I et forsøk på «evakuere» overveldende følelser tyr noen til selvskading. For andre blir «løsningen» å puste anstrengt og spenne muskulatur for å kjenne mindre. Noen forsøker å skaffe seg ro ved å søke kroppens renhet – gjennom å sulte seg, kaste opp og overtrene.

## KROPPEN – ET LITE EGNET SPRÅK

I alle eksemplene ovenfor er kroppen ikke bare et verktøy for å regulere følelser, men også et uttrykk eller et språk for psykiske plager: «Selvskadingen blir et konkret uttrykk for den psykiske smerten ved å være overveldet og hjelpeløs. Sårene blir mer meningsbærende enn hennes verbale språk», skriver Line Stänicke i sitt kapittel om en av sine pasienter (s. 60). Problemet er at kroppen er et ganske skjørt og lite egnet språk for å kommunisere om sammensatte følelser og komplekse livstemaer. Kroppen som språk for følelser er ofte for konkret og unyansert.

Selvskading er et interessant eksempel på et kroppslig uttrykk for psykiske vansker fordi handlingen er full av paradokser: «Den både skjuler problemer og åpner for å bli forstått på samme tid» skriver Line Stänicke (s. 57). Sårene er synlige og tyder på at noe er galt, men det er uklart hva som er galt. Et annet paradoks er at selvskading både kan være et uttrykk for at noe er vanskelig, og bidra til å holde det vanskelige under kontroll og på avstand, slik Stänicke påpeker. Et tredje paradoks er at selvskading innebærer et forsøk på å fjerne smerte ved å forårsake smerte. Men fremfor å snakke om

å «fjerne» smerte bør vi kanskje heller omtale selvskading som «transport» av smerte, fra emosjonell smerte til kroppslig smerte. Imidlertid går ikke denne «transporten» helt på skinner: Man får frem fysisk smerte, men «forlater» den emosjonelle smerten kun for et øyeblikk. Dermed sitter man igjen med både fysiske og emosjonelle sår.

## KROPP I PSYKOTERAPI

Selvskading og de andre eksemplene ovenfor illustrerer at kroppen ofte ikke strekker til som kommunikasjonsmiddel. Men ikke bare det kroppslige, også det verbale språket har sine begrensninger. Skårderud utdyper dette poenget i sitt kapittel: «Vi kan bli utydelige. Vi lyver for et godt ord, eller vi bedriver tomprat. [...] Vi kan anvende språket for å slippe å snakke om viktige ting» (s. 104). Som kliniker har jeg undret meg over om enkelte pasienter snakker for å holde meg på avstand, for å hindre meg i å kommentere eller stille utfordrende spørsmål. I slike og flere andre tilfeller kommer den verbale dialogen til kort. Da tydeliggjøres viktigheten av å trekke inn kroppslige forhold i terapirummet.

*Kroppen i psykoterapi* har potensialet til å inspirere til det å gi kroppen større plass, takket være forfattere som dekker et bredt spekter av perspektiver på og tilnærminger til kropp i terapi. Mens noen av forfatterne fokuserer på pasientens tanker og holdninger til sin egen kropp og hvorvidt disse holdningene er hemmende eller fremmede for psykisk helse, er andre mer opptatt av kroppslige aspekter som respirasjon, muskelforhold og ansiktsuttrykk. Boken inneholder også eksempler og refleksjoner fra klinisk praksis. Svein Øverland peker på muligheten for å bryte ut av den tradisjonelle måten å sitte overfor hverandre på i terapikonstellasjonen. Det å sitte øyne mot øyne på leting etter ord egner seg ikke for alle pasienter og kan hindre god kommunikasjon, særlig med pasienter som har sterke eller skamfulle følelser. Enkelte opplever paradoksalt nok bedre kommunikasjon og kontakt ved å unngå ansiktskontakt: «Øyekontakten blir mindre skaminduserende dersom man går en tur eller kjører bil mens man snakker, og sinnet blir vanligvis mindre hemmende dersom man beveger seg» (s. 91), skriver Øverland.

## FYSISK AKTIVITET I BEHANDLINGEN

Bevegelse har vært særlig relevant i mitt arbeid med smertepasienter, som ofte har tanker om at kroppen eller deler av den er alvorlig skadet, og at fysisk aktivitet derfor er uaktuelt og gjør vondt verre. Mange utvikler dermed bevegelsesfrykt med inaktivitet og redusert fysisk kapasitet som konsekvenser. En viktig del av behandlingen er å legge til rette for at pasienten med smerter får erfare at han eller hun ikke blir dårligere av å være i aktivitet, og at det tross alt er bedre å være i god fysisk form og ha smerter enn å være i dårlig fysisk form og ha smerter. I tillegg kan pasienten oppleve at fysisk aktivitet har positiv effekt på deres psykiske helse, slik man ser hos folk flest og hos personer med psykiske lidelser (Cooney et al., 2013; Martinsen, 2000; 2011). Gjentatte erfaringer av denne typen kan virke korrigerende på pasientens negative antakelser om og frykt for aktivitet.

Enkelte vil kanskje innvende at klinikerer ikke burde bruke tid på fysisk aktivitet i psykoterapi, men heller bruke tiden på mer «klassiske» terapeutoppgaver som å bevisstgjøre og utfordre uhensiktsmessige tanker og regulere følelser. Etter min oppfatning behøver ikke det ene å utelukke det andre. Det psykoterapeutiske arbeidet blir ikke nødvendigvis mindre effektivt av at pasienten beveger seg. Tvert imot synes enkelte pasienter å oppleve at følelser slipper til og reguleres mer naturlig, og at nye alternative tanker lettere dukker opp gjennom aktivitet. I tillegg kan det å konsentrere seg om bevegelsene som pasienten skal gjennomføre, bidra til at han eller hun flytter noe av oppmerksomheten bort fra smerter og bekymringstanker, i hvert fall for et øyeblikk. Noen opplever det motsatte – at fokus på og opplevelse av smertene øker, og at tanker om at noe er galt, melder seg. Det behøver ikke være et problem at slike reaksjoner oppstår i terapitimen. Det kan like gjerne være en fordel at smerteintensivering og bekymringstankene oppstår når en behandler er til stede, fordi det gjør det mulig å jobbe med disse reaksjonene der og da.

Selv om de gunstige virkningene av trening og fysisk aktivitet er godt dokumentert og bevisstheten om betydningen av trening for psykisk helse generelt har økt siden 80-tallet, er mitt inntrykk at trening har for lav prioritet i psykisk helsevern. Også i boken om kroppen i psykoterapi er nytten av fysisk aktivitet viet relativt lite plass. Bidragsyter Per Vaglum omtaler kort nytten av fysisk aktivitet, og legger til at ikke alle mennesker med psykiske lidelser opplever bedring etter å ha vært i bevegelse. Hos noen kan den avslapningen som oppstår etter trening, redusere muskelforsvaret for mye slik at utålelige følelser kommer til overflaten. Det er godt mulig denne påstanden stemmer, men jeg savner dokumentasjonsgrunnlag for den. Selv har jeg noe erfaring med pasienter som beskriver aktivering av overveldende følelser som redsel og fortvilelse etter trening, men da ofte som reaksjon på økt smerte og ikke redusert «muskelforsvar». Et like stort eller kanskje større problem enn at trening kan bidra til å utløse intense følelser, er følgende: Flere synes å bruke fysisk aktivitet som «avverge». Det vil si at de synes å unngå eller holde vanskelige følelser og tanker på avstand ved å holde seg i aktivitet. Noen løper bokstavelig talt vekk fra følelsene sine. Dermed blir trening en form for unnvikelse og lite psykisk helsebringende.

Selv om det er en fare for at trening blir til overtrening eller brukes som avverge, vil jeg argumentere for å innlemme fysisk aktivitet som en del av behandlingen i psykisk helsevern i større grad enn det som virker vanlig »



Kroppen er et ganske skjørt og lite egnet språk for å kommunisere om sammensatte følelser og komplekse livstemaer

i dag. Så lenge treningen tilpasses den enkelte og formålet med treningen er hensiktsmessig og ikke dreier seg om å unngå eller løpe vekk fra sider ved seg selv, er trening helsebringende. Jeg mener også det er viktig å gi økt prioritet til fysisk aktivitet for å ivareta den *somatiske helsen*, som lenge har blitt neglisjert av helsepersonell hos mennesker med psykiske lidelser. Denne neglisjeringen kan skyldes mangelfull kunnskap og liten interesse blant helsepersonell for det kroppslige ved psykiske lidelser. (Jørgensen, 2012).

## PSYKEN I SOMATIKKEN

På samme måte som kroppen generelt har hatt en perifer plass i psykisk helsevern, har psyken vært underprioritert i somatikken. Personen bak somatiske sykdommer og plager har dermed ikke blitt ivaretatt godt nok. Torkil Berge og Elin Fjerstad går et steg videre i sitt kapittel i *Kroppen i psykoterapi* ved å hevde at *personen* har blitt forsømt i somatikken. De gir flere illustrasjoner av hvordan kroppslige sykdommer kan gi mentale følger – eksempelvis endringer i identitet, selvfølelse og kroppsbilde. Endringene behøver ikke være negative. Som Fjerstad og Berge påpeker, kan personer som lever med sykdom, oppleve takknemlighet for at kroppen tross alt fungerer noenlunde. Dette er et viktig budskap i et samfunn der det å leve et godt liv ofte synes å sidestilles med friskhet eller fravær av plager. Videre skriver Fjerstad og Berge kort om hvordan langvarig utmattelse kan forandre opplevelsen av hvem man er, og gi en følelse av å miste kontrollen over kroppen. Fordi langvarig eller kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME) rammer stadig flere, også unge, og fordi syndromet kanskje mer enn noen annen lidelse utfordrer det klassiske skillet mellom kropp og psyke (Rødevand & Jacobsen, 2016), etterlyser jeg mer om denne tematikken i boken.

## PASIENTERFARINGER

En styrke ved boken er kapitlene til dem som deler egne erfaringer med å leve med psykisk lidelse. Etter min mening er deres bidrag blant bokens mest engasjerende og opplevelsensnære beskrivelser. Den sterke forbindelsen mellom emosjonell smerte og fysiske plager kommer

også frem i deres kapitler. For eksempel beskriver Rigmor Galtung en redsel for at hjertet ikke skal tåle påkjennningene av å ha det så ekstremt vondt på innsiden: «Det tar på å være i mørket og ha angst sittende som en klo i brystet i ukevis» (s. 77). Juni Raak Høiseth formidler med et godt billedlig språk hvordan det er å leve med spiseforstyrrelser: «Når jeg har deg (spiseforstyrrelsen) er jeg trygg, du passer på meg. Dersom du ikke er hos meg, vil jeg bli tom. En del av meg vil forsvinne» (s. 133). Dette språket har ikke alltid vært tilgjengelig for Høiseth. Det er interessant å lese hvordan dannelsen av et eget språk skjer parallelt med tilfriskningsprosessen. Det ser ut til å skje en utvikling fra kroppsliggjøring av følelser til å navngi dem.

## NÅR KROPPEN ER UTE AV FOKUS

Boken *Kroppen i psykoterapi* har åpenbart klinisk relevans og henvender seg til klinikere. I tillegg inneholder den perspektiver som angår samfunnet for øvrig, eksempelvis hvordan kroppen kan brukes som verktøy for å både regulere følelser, bedre selvfølelsen og oppnå bekreftelse utenfra. Mitt inntrykk er at dette ikke kun gjelder personer i psykoterapi, men også mange andre i vår tid.

Et annet perspektiv i boken som angår både klinikere og samfunnet generelt, er *hvordan* vi fokuserer på kroppen: Når kroppen først er gjenstand for vår oppmerksomhet, er det vanligvis på en *negativ* måte. Slik var det på Freuds tid, og slik er det fremdeles. Freud (1953) var opptatt av kramper og besvimelser som han mente signaliserte mentale vansker hos såkalte hysteriske pasienter. Tidsaktuelle eksempler på at kroppen primært trer frem som problematisk i terapirommet, er spiseforstyrrelser, selvska- ding, utmattelse og smerter. Det er altså vanligvis når noe er galt, at kroppen melder seg. Også utenfor terapirommet og i samfunnet for øvrig er kroppen ofte nærværende på en negativ måte, som i mediene, der vi stadig kan lese om kroppspress, usunne kroppsidealer og faresignaler på sykdom. Kroppen når forsidene først og fremst når noe er bekymringsfullt eller problematisk, kan det se ut til. Det er ikke dermed sagt at mediene bør slutte å rette et kritisk blikk på urealistiske skjønnhetsidealer og risikofaktorer for sykdom. Jeg mener selvsagt heller ikke at kroppslige plager eller

vanskelig forhold til kropp ikke skal være et tema i terapi. Poenget mitt er å mane til økt bevissthet om *hvordan* vi fokuserer på og snakker om kroppen, særlig i møte med pasienter der kroppen eller kontakten med den er problematisk.

Hvis det er slik at kroppen primært er i fokus når det er noe galt, kan man tenke seg at vi er mer fornøyde om vi ikke fokuserer på kroppen. Filosofen og legen Drew Leder (1990) mener at vi er mer tilfredse når vi ikke tenker på kroppen, men i stedet *braker* kroppen til å leve livet og utforske verden. Med andre ord mener han at vi trives best når vi benytter oss av kroppen til å delta i meningsfulle aktiviteter og ha kontakt med andre. Da er ikke oppmerksomheten rettet mot kroppen i seg selv, men *fra* kroppen og *utover mot* verden. Dette er et sentralt budskap i en kultur der kroppen synes å oppta en uforholdsmessig stor plass i oppmerksomheten til mange. Vi lever i en kultur der vellykkethet sidestilles med å ha kontroll, særlig over kroppen, påpeker Galtung i sitt bidrag. Problemet er at det er lett å miste kontrollen over det som skulle bidra til kontroll, ifølge Skårderud. Trening kan bli til overtrening, og fokuset på sunnhet kan bli en besettelse. Disse eksemplene antyder at vi ikke har godt av å ha kroppen som prosjekt i livet eller i hovedfokus.

Beretningene til flere pasienter jeg har møtt, som har langvarig smerte og utmattelse, tyder på det samme: De er relativt samstemte i hva som bidrar til bedre livskvalitet og funksjon, og det er å bli opptatt av noe *utenfor* kroppen og dens plager. Det innebærer ofte å *engasjere seg i noe de er opptatt av* – enten det er jobb, studier eller frivillighetsarbeid. Det kan også være idrett så lenge målet med aktiviteten ikke er å unngå følelser. Smerter, utmattelse og andre plager forsvinner ikke nødvendigvis selv om pasientene opplever interesse, mestring og sosial kontakt i hverdagen, men det blir mer mulig å leve med plagene. Med andre ord blir det for mange mulig å leve med det *vonde*, både kroppslig og psykisk, *uten* at det ødelegger for det *gode*. Det forutsetter at kroppen ikke står i sentrum.

## Å RETTE BLIKKET UTOVER

Her kan det virke som jeg har tatt en helomvending, fra å argumentere for økt fokus på kroppen til å mene at vi ikke skal fokusere på den. Det er ikke min intensjon. Jeg mener fortsatt at kroppen fortjener økt plass i terapirommet, men ikke på en hvilken som helst måte. For det er vesentlig *hvordan* vi innretter oppmerksomheten. Hvis vi begrenser oss til å fokusere på de plagsomme opplevelsene og de negative holdningene og følelsene til kroppen, kan kroppen bli plagsomt nærværende. Derfor må det også være rom for de gode, sanselige erfaringene i kroppen. Som for eksempel varmen man kjenner i brystet når man føler nærhet til en annen, og kriblingen i magen når man er ivrig og interessert. For å få tilgang til de gode erfaringene vil jeg oppfordre til å rette blikket utover, mot andre mennesker og det vi ønsker å engasjere oss i her og nå. Det kan også bidra til å frigjøre ressurser, som energi og motivasjon, som kan benyttes til å leve et mer aktivt og innholdsrikt liv. Det kan igjen føre til en mer velfungerende kropp. En kropp som fungerer relativt godt, er stort sett selvgående og lar oss fokusere på andre ting enn kroppen, ifølge Leder (1990). Skårderud understreker dette poenget i sitt kapittel: «Den sunne kroppen retter seg mot verden. Den syke kroppen vender seg mot seg selv» (s. 111). ❌

## REFERANSER

- Cooney, G. M., Dwan, K., Greig, C. A., Lawlor, D. A., Rimer, J., Waugh, F. R., ... Mead, G. E. (2013). Exercise for depression. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12 (9), CD004366. doi:10.1002/14651858.CD004366.pub6
- Freud, S. (1890/1905). Physical (or mental) treatment. I: J. Strachey (red.). *The standards edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol 7, s. 283–301). London: The Hogarth Press, 1953.
- Jørgensen, P. (red.). (2012). *Psykiske sykdomme og kroppen*. København: Munksgaard Danmark.
- Leder, D. (1990). *The absent body*. Chicago: University of Chicago Press.
- Martinsen, E. W. (2000). Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120, 3054–3056.
- Martinsen, E. W. (2011). Kropp og sinn. Fysisk aktivitet – psykisk helse – kognitiv terapi. (2. utg.) Bergen: Fagbokforlaget.
- Rødevand, L. & Jacobsen, H. B. (2016). Kronisk utmattelsessyndrom og affektbevissthet hos ungdom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(10), 798–805.

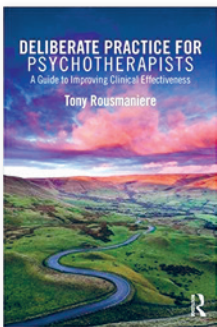
### Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

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.

# Vi skal bli betre

Tony Rousmaniere vil at *eg* skal bli betre som terapeut, at *du* skal bli betre. Han vil vi skal trene. Som lesar blir eg dratt inn.



**TONY ROUSMANIERE**  
*Deliberate Practice for Psychotherapists. A Guide to Improving Clinical Effectiveness*, Routledge, 2017. 220 sider

**TONY ROUSMANIERE BRENN** for målretta trening for å styrke terapeuteffektivitet – verkeleg brenn. Han hikar etter å bli betre som terapeut, stadig betre, for å kunne lukkast med dei klientane han elles ikkje klarer å hjelpe. «The other 50 %» er mantraet. Korleis skal vi hjelpe dei? Han vil at *eg* skal bli betre som terapeut, at *du* skal bli betre, at vi som psykoterapeutar verkeleg tek grep for å jobbe systematisk med korleis vi kan bygge og styrke ekspertise og effektivitet. Engasjementet hans strøymer ut av sidene og smittar. Som lesar blir du dratt inn. Det å stadig ville forbetre seg som terapeut treff mange og kjende strengar. Nye klangar blir utvikla i møtet mellom eigne erfaringar og praksis og boka sin bodskap om målretta trening.

Som lesar blir du tatt med på ei reise – ei personleg reise der fagutvikling er målet. Rousmaniere deler levande og raust, ærleg og uredd, om situasjonar som viser korleis han tviler på seg sjølv, blir engasjert, opplever nederlag i behandlingsforløp, og korleis han med vekslende hell arbeider for å forbetre seg som terapeut. Heile vegen viser han fram landskap etter landskap med kunnskap og forskning som er relevant for reisa han tek oss med på, og plassen han vil vi skal ende.

## SÅRBAR – OG KUNNIG

Forfattaren balanserer praktfullt mellom det å vise seg sårbar og menneskeleg feilbar og det å vise seg som kunnig med ei imponerende bredde i kunnskap som er relevant for utvikling av ekspertise for psykoterapeutar. Og heile tida gjer han dette utan å ta æra for andre sitt arbeid. Han viser inngåande kjennskap til psykoterapi og til gleder og utfordringar knytt til det å vere terapeut. Han analyserer og samanliknar og viser korleis arbeidet vårt på mange

måtar skil seg frå andre område der ein utviklar ekspertise. Ulikt andre felt jobbar vi i lukka rom der vi aktivt må oppsøke tilbakemelding, og der ekspertisen vår ikkje kan basere seg på automatikk og overinnlærte ferdigheiter.

Vi kan likevel lære frå andre område, meiner Rousmaniere, og går i andre delen av boka gjennom korleis medisin, utøvande fag og åndeleg praksis kan gi oss peikepinnar om viktige element vi må ha med om vi skal utvikle målretta trening for psykoterapi.

Denne delen av boka mistar likevel noko av dragkrafta på meg som lesar. Eg forventar ei tydelegare historie om korleis målretta trening skjer innanfor desse andre fagområda, og at Rousmaniere si historie difor kjem meir i bakgrunnen. Når dette ikkje skjer, blir eg som lesar frustrert, men eg heng framleis med. Og godt er det. For i tredje og fjerde del utdjupar Tony korleis ein, med prøving og feiling, kan utvikle ein rutine for målretta trening som ein kan nytte uavhengig av om ein er nybyrjar eller ein svært erfaren terapeut.

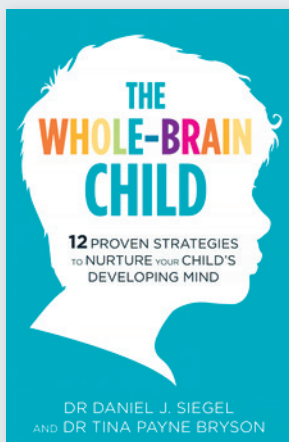
## ØVINGAR OG UTFORDRINGAR

Denne delen er inspirerende å lese, og svært hjelpsam, fordi han inneheld konkrete øvingar ein kan nytte. Samstundes vedkjenner forfattaren at målretta trening er krevjande og gir plass til utfordringane knytt til å etablere målretta trening som ein naturleg følgjesven gjennom yrkeslivet. Så står vi att, då, med desse fem: observasjon av eige arbeid; eksperttilbakemelding; små, stegvise læringsmål rett utanfor noverande kompetansenivå; gjenteken øving på spesifikke ferdigheter og kontinuerlig vurdering av eigen prestasjon ved bruk av klientrapporterte utfallsmål. Ta dei med deg, grunn på dei – og bruk dei! ❌

## ANMELDT AV

Signe Hjelen Stige, førsteamanuensis i klinisk psykologi ved Institutt for klinisk psykologi, UiB.

## KLASSIKEREN



### Jeg skyr ikke lenger de mer kompliserte temaene i møte med barn og voksne

Daniel Siegel og Tina Bryson, *The Whole Brain Child*, 2012

Som nyutdannet psykolog i førstelinjen forsto jeg raskt at det ville være nyttig for meg å tilegne meg et nytt språk for mye av kunnskapen og vurderingene jeg opplevde som så vesentlig å formidle videre. Under studiene var jeg særlig interessert i nevropsykologi, og etter flere år med dypdykk i hjernens kriker og kroker opplevde jeg det som utfordrende å formidle selv enkle ting uten at det ble komplisert. Samtidig ville jeg unngå å snakke så forenklet at essensen forsvant. Så leste jeg *The Whole Brain Child: 12 Revolutionary Strategies to Nurture Your Child's Developing Mind* av Daniel Siegel og Tina Bryson. Siegels håndmodell av hjernen, tegninger og tegneserier med forklaringer, og et språk beregnet nettopp på foreldre – om mer eller mindre komplekse konsepter i det fagfeltet Siegel har døpt *interpersonal neurobiology* – var befriende. Jeg skyr ikke lenger de mer kompliserte temaene i møte med barn og voksne. Denne boka har hjulpet meg ett skritt nærmere målet om å mestre balansen mellom god formidling og god faglighet.

*Andrea Kanavin Grythe oppfordrer  
Therese Wie til å ta stafettpinnen videre.*

## Ferskvare



### Systemisk

Systemisk praksis er ikke en teknikk eller metode, men en måte å forstå og samtale om psykososiale, relasjonelle vansker på, skriver Fagbokforlaget

om Liv Frøylands bok *Systemisk samtale. Psykososialt samarbeid med barn, ungdom og foreldre*. Boka skal gi en praksisnær og lettfattelig oversikt over systemisk teori, og en innføring i de viktigste verktøyene i systemiske samtaler. Den illustrerer også hvordan en gir råd med en systemisk holdning.



### Konflikt og ledelse

I *Konflikthåndtering for ledere* (Gyldendal Akademisk) vil Halvor Nordby vise hvordan ledere kan bruke kommunikasjon

som virkemiddel for å forebygge, avverge og løse konflikter. Målet er å tydeliggjøre hvordan konflikter er forankret i mellommenneskelige relasjoner, og og å vise hvordan kunnskap om ulike konflikttyper kan gi ledere gode forutsetninger for å håndtere medarbeiderkonflikter tidlig, før de får destruktive konsekvenser.



### Posttraumatisk vekst

Boka *Å endres gjennom smerte - historier om posttraumatisk vekst* (Abstrakt forlag) av Kristiane M. Hansson, Trine Giving Kalstad og Kjersti

Wold (red.) handler om muligheter for endring, modning og vekst etter livsveltende hendelser. Den henvender seg til mennesker i krise og til deres sosiale nettverk – i tillegg til frivillige hjelpere og helse- og annet fagpersonell. Sju personer forteller om sitt eksistensielle jordskjelv og gjenoppbyggingen etterpå. I tillegg skriver psykologene Gertrud Sofie Hafstad og Johan Siqueland om hvordan posttraumatisk stress kan artes seg.



# 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.

## SEPTEMBER

---

### Kurs i Psykbase

Sted: Radisson Blu Scandinavia, Oslo

Dato: Tirsdag 5. september kl. 9–16

– Innføringskurs

Dato: Onsdag 6. september kl. 9–16

– Kurs for viderekomne

Påmelding: Frist for påmelding til en eller begge kursdager er 1. august.

<http://www.psykbase.no/kurs/kursoversikt/>

### Den 14. norske psykologikongressen

De nære ting

7.–8. september

For mer informasjon og påmelding

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

## OKTOBER

---

### Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

12.–13. oktober

For mer informasjon og påmelding

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

### Lovkurs; Tvangsvedtak i psykisk helsevern

16.–17. oktober

For mer informasjon og påmelding

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

## NOVEMBER

---

### Nordisk konferanse om vold og behandling

Arrangør: Alternativ til Vold

Oslo, 15.–16. november 2017

For mer informasjon og påmelding

[www.atv-stiftelsen.no](http://www.atv-stiftelsen.no)



NYHET!



# PEGASUS

## Et psykoedukativt kursopplegg for voksne med ADHD og deres nærmeste

PEGASUS er et standardisert gruppekurs som er ment å gi generell kunnskap om ADHD og relaterte utfordringer, samt informasjon om tilgjengelig behandling og ulike støtteordninger i samfunnet. Kurset utgjør et godt første trinn i behandling etter diagnostisering, og følger norsk nasjonal faglig retningslinje.

Kursmaterialet består av en kursmanual for kursansvarlig og en kursbok for deltakere, samt forelesninger og arbeidsmateriell.

Kurset kan holdes av fagpersoner som tradisjonelt finnes innen psykisk helsevern og rusbehandling. For å få mest mulig ut av kursmaterialet anbefales opplæring av kursansvarlige.

For mer informasjon om opplæring og kursmateriell se: [www.hogrefe.no](http://www.hogrefe.no)

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

 **hogrefe**

- ledende på psykologiske tester i Europa



Institutt for  
Psykologisk  
Rådgivning

## Otto Kernberg om personlighetsforstyrrelser og psykodynamisk terapi

Litteraturhuset Bergen 30.–31. oktober



*Personality Disorders,  
Narcissistic Psychopathy  
and Transference Focused  
Therapy*

To dagers foredrag avsluttes  
med personlig kveldsintervju  
med Kernberg i IPR-praten  
«Fornuft om Følelser».

Institutt for Psykologisk Rådgivning (IPR) arrangerer.  
Godkjent av NPF som 14 t vedlikeholdsaktivitet.

Påmelding og info på [www.ipr.no](http://www.ipr.no)

### CheckWare for enkeltstående behandlere



Reduser tidsforbruk med en sikker nettbasert løsning som  
erstatte dagens manuelle og papirbaserte rutiner ved  
psykometrisk testing og skåring.

- over 200 tilgjengelige tester
- pasientene besvarer hjemme eller på klinikken
- umiddelbar tilgang til skåringsrapporter
- benyttes via mobil, nettbrett eller pc

Årlig abonnement fra kr 345,- ekskl. mva per måned.

Kontakt oss på [info@checkware.com](mailto:info@checkware.com) eller telefon 47805144.

 CheckWare®



## Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization  
and Reprocessing

Trinn 1 Oslo 5. – 7. september 2017

Trinn 1 Oslo 9. – 11. januar 2018

Trinn 2 Oslo 29. nov.– 1. des. 2017

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,  
EMDR Europe Approved Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:  
[www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

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)

Neste utgivelse er **3. juli**, frist for  
å bestille annonse til juli-utgaven er

**19. juni**

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



## Kurs i PsykBase

Dagene før Psykologikongressen holder vi kurs.

Sted: Radisson Blu Scandinavia, Oslo.

- Tirsdag 5. september kl.09.00-16.00 - Innføring
- Onsdag 6. september kl 09.00-16.00 - Viderekommende

Meld deg på innen 1. august.

## Møt oss

Vi er også å treffe på Psykologikongressen 2017.  
Kom gjerne innom vår stand.

Sted: Oslo Kongressenter, 7.-8. september.



Kurs for spesialister i voksen og barn/ungdom som ønsker vedtakskompetanse

## Lovkurs; Tvangsvedtak i psykisk helsevern

Kurset retter seg mot psykologspesialister som jobber med barn/unge eller voksne, og som skal fatte tvangsvedtak. Kurset egner seg også som vedlikehold for spesialister som fatter vedtak.

Kurset tilfredsstillende kravene til lovkunnskap hos den faglig ansvarlige for vedtak innen psykisk helsevern. Det vil være innlegg fra aktører med ulike perspektiv på psykisk helsefeltet. Økt vektlegging på brukermedvirkning og medbestemmelsesrett medfører en styrket bevissthet. Kurset gir en god innføring i de fire helselovene.

### Aktuelle tema:

- Tvangens etikk
- Oversikt over grunnprinsippene i norsk helserett og helselovgivning
- Psykisk helsevernloven
- Psykologspesialistens rolle i forvaltning av Psykisk helsevernloven, ansvarlig for tvangsvedtak
- Erfaringer med behandling og tvang i psykisk helsevern
- Psykologspesialistens møte med Kontrollkommisjonen
- Endringer i Psykisk helsevernlov, erfaringer og praksis. Samtykkekompetanse
- Hvilken betydning har nevropsykologiske svekkelser for pasienters samtykke?

Kurset er godkjent som 16 timers fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet.

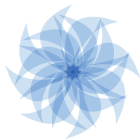
Sted og dato: Oslo, 16.-17. oktober 2017

Påmeldingsfrist: 11. september 2017

Medlemspris: kr 6 900

Kursnr.: 115-17

Påmelding via [www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/Kurs%20og%20utdanning)



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

# Toårig fordypningsprogram til spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi

Starter våren 2018

*Programmet er utarbeidet i tråd med Psykologforeningens nye bestemmelser for obligatorisk program i spesialistutdanningen, for spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi. Programmet består av seks kurs à to dager på til sammen 96 timer, 96 timer gruppeveiledning, samt øvingsdager på 8 timer per semester. Første samling er i januar 2018.*

Se [www.iapnett.no](http://www.iapnett.no) for beskrivelse av programmet.

## **Veiledning:**

Veiledning med psykologspesialist i grupper på fire inngår i programmet. Veiledningen foregår i Oslo, men det kan opprettes lokale grupper, hvis det er nok deltakere til å danne gruppe og det er praktisk mulig. Det forutsettes også deltakelse på øvingsdagene.

## **Kostnader:**

6 kurs på kr 6 500 per kurs. Utgifter til veiledning i gruppe (kr 7 500 per semester) kommer i tillegg, samt utgifter til reise og opphold. Merk at en av samlingene holdes utenfor Oslo.

Forutsetning for deltakelse er at psykologen er i klinisk praksis, hovedsakelig med barn og/eller ungdom. Videre at veiledning i gruppe lar seg ordne praktisk.



Frist for påmelding: **1.10.2017**.

Gå til IAPs hjemmeside  
<http://www.iapnett.no/>  
for påmeldingsskjema.

Eventuelle spørsmål kan rettes  
til koordinator Henriette Linnea Alsaker,  
e-post: [henriette.alsaker@gmail.com](mailto:henriette.alsaker@gmail.com),  
mobil: 997 22 725.

Med forbehold om mindre endringer.



# Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

## Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

## Innhold

- metodeproblemer i selvmordsforskningen
- selvmord – et lavfrekvent og et multikausalt betinget fenomen
- viktige funn i suicidologisk forskning, som effekter av begrensning i adgang til selvmordsmetoder og spredningseffekter som følge av mediaomtale
- kunnskap om hvordan det går med personer som har utført et alvorlig selvmordsforsøk
- kunnskap om hvorfor det er så vanskelig å predikere selvmord på individnivå, samt den essensielle forskjellen mellom et prospektivt og et retrospektivt perspektiv
- kronisk suicidalitet og selvskading
- profesjonelles reaksjoner på selvmord og depresjon hos pasienter
- egne reaksjoner i møte med suicidalitet, overføring og motoverføring
- etiske dilemma ved selvmordsforebyggende tiltak på individnivå
- det anvendes reelle og anonymiserte eksempler

Det forventes at psykologen vil få økte forutsetninger for å vurdere risiko- og beskyttelsesfaktorer, samt å dokumentere selvmordsrisikovurderinger i journal.

## Om kursleder

Psykologspesialist Kim Larsen er tilknyttet Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Øst/Sykehuset Østfold og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

Kurset godkjennes som 16 timers fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet.

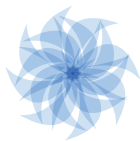
**Sted og dato:** Oslo, 12.–13. oktober 2017

**Påmeldingsfrist:** 7. september 2017

**Medlemspris:** kr 6 900

**Kursnr.:** 119-17

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



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

# EMOTION REVOLUTION

Don't just talk about it!



**Bergen 17.-19. april 2018**

Hvordan kan emosjonell lidelse bli til gode følelseskompass?

Vi inviterer deg til å delta på en konferanse hvor ledende fagfolk kommer samme for å presentere ulike måter å skape emosjonell bevegelse i fastlåst smerte. Gjennom demonstrasjon, dialog og diskusjon vil våre foredragsholdere skape psykoterapihistorie, samtidig som du får nye verktøy til din egen praksis!

**Keynote speakers:**

Allan Abbass, Diana Fosha, Leslie Greenberg, Janina Fisher, Paul Gilbert, Steven Hayes

Meld deg på kongressen på [www.emotionrevolution.no](http://www.emotionrevolution.no)



Norsk Institutt for  
Emosjonsfokusert Terapi

## SPESIALISERING I PSYKOTERAPI

# Emosjonsfokusert terapi

### Oppstart av Modul 1 – Bergen 2017

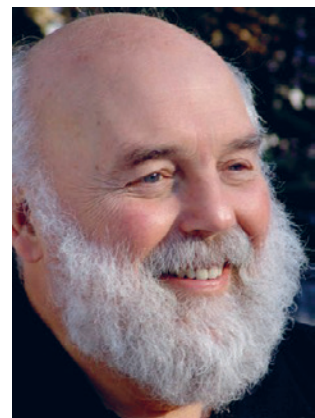
Ta modulen som en innføring i EFT eller som en del av vår 3-årige spesialisering i psykoterapi.  
**Forelesere:** Leslie Greenberg, Jan Reidar Stiegler m. fl.

1. **SAMLING:** 20.–23. november 2017
2. **SAMLING:** 29. januar–1. februar 2018
3. **SAMLING:** 28.–31. mai 2018

Alle samlinger arrangeres i Bergen i våre lokaler i Christian Michelsens gate.

Les mer på [www.nieft.no](http://www.nieft.no)

Du kan kontakte oss på e-post [post@nieft.no](mailto:post@nieft.no) eller tlf. 55 31 74 25.





## Åse Gruda Skards Pris

### for popularisering av psykologisk kunnskap

*I 2005 var det 100 år siden Åse Gruda Skard ble født. Norsk psykologforening opprettet i den anledning Åse Gruda Skards Pris for popularisering av psykologisk kunnskap.*

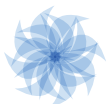
Prisen er en anerkjennelse av psykologer som bidrar til å gjøre psykologisk kunnskap tilgjengelig og til nytte for folk flest. Prisen skal oppmuntre psykologer til å anstrenge seg for å nå ut til alle grupper i folket med psykologisk kunnskap. Prisen tildeles for arbeid som er i Åse Gruda Skards ånd og gjerne bruker nye måter for å spre psykologisk kunnskap.

Frist for å foreslå kandidater er **15. juni 2017**. Forslag må begrunnes.

Prisen vil bli utdelt i forbindelse med Psykologikongressen 7.9.2017. Vinneren vil bli presentert i Tidsskriftet.

Priskomiteen består av Magne Raundalen, Anders Skuterud og Gøril Wiker.

Forslag sendes til [anders@psykologforeningen.no](mailto:anders@psykologforeningen.no) eller til Norsk psykologforening, Postboks 419 Sentrum, 0103 Oslo. Merk e-post/konvolutter med «Åse Gruda Skards Pris».



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

## 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 adresse-ændring slik at Psykologtidsskriftet leveres til deg. Adresse kan du endre ved å logge deg inn på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) min medlemside eller sende en e-post til [medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no).

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





Fruktkommunen **Sauherad** har ca. 4.300 innbyggere og ligger i Midt-Telemark mellom Bø og Notodden. Her er godt utbygd skole- og barnehage tilbud, med videregående skole og høyskole i nabokommunene. Her finner du trygge oppvekstområder med et rikt kulturliv og nærhet til urbane tilbud. Et naturskjønt område med landets beste klima gir gode muligheter for friluftsliv sommer og vinter.



# PSYKOLOG

Søknadsfrist: 02.07.2017 Utlyst dato: 15.05.2017 Vår ref.: 251

## Kort om stillingen

Hel nyopprettet stilling innenfor Helse, omsorg og velferd i kommunene Bø og Sauherad, hvor Sauherad er vertskommune. Tiltredelse 01.10.2017, eller etter avtale med enhetsleder. Fra 01.01.2020, vil Bø og Sauherad være en felles kommune.

## Ansvars- og arbeidsområde

Kommunepsykologen vil være tilknyttet helseadministrasjonen i de 2 kommunene, f.t. lokalisert i Bø, sammen med bl.a. kommuneoverlege og enhetsleder for fagfeltet. Stillingen inneholder bl.a. system- og samfunnsretta arbeid: Planarbeid knytt til forebygging og folkehelse, nært samarbeid med kommuneoverlege og helseadministrasjon. Tverrfaglig team-arbeid innen psykisk helse og rus, skolehelsetjeneste, helsestasjon, familievern. Tiltrettelegge/delta i samarbeid med DPS/BUP/spesialisthelsetjeneste. Noe av stillingen vil også være knyttet til helsestasjonstjeneste og oppfølging av familier, barn og unge, sammen med helsestasjonslege, helsesøster, barnevern, familievernkontor m.fl. Klinisk arbeid retta mot særlig barn, unge og familier vil være prioritert.

## Utdanning/Kvalifikasjonskrav

Autorisert psykolog eller psykologspesialist.

## Personlige egenskaper

Vi ønsker deg som er: faglig engasjert, arbeider selvstendig, evne og vilje til godt samarbeid, bidrar positivt i arbeidsmiljøet, initiativrik og fleksibel, personlig egnethet vil bli vektlagt.

## Søknad sendes

Søkerne må benytte seg av elektronisk søknad, via valget «Søk på stilling». Vi anbefaler at du skriver søknadsteksten i et tekstbehandlingssystem før du starter søkeprosessen. Da kan du kopiere teksten inn i søknaden. Når du begynner å registrere søknaden må du gjennomføre de 5 hovedpunktene før du sender søknaden ved hjelp av det siste punktet, det er ikke mulig og mellomlagre søknaden. Vi anbefaler at du huker av for at du vil ha dokumenter og annen kommunikasjon tilsendt elektronisk, da vil du også få en epost med kvittering om at søknaden er mottatt.

## Kontaktperson

Ingunn Espesett Vreim, enhetsleder, tlf.: 950 76 931, e-post: ingunn.espesett.vreim@sauherad.kommune.no  
Kristin Sekse, kommuneoverlege, tlf.: 409 13 939, epost: kristin.vikane@sauherad.kommune.no

## Kommunen kan tilby

Variasjon i arbeidet, engasjerte kollegaer, gode samarbeidsforhold, faglig utvikling.

Hva kan du forvente av ledelsen i Sauherad kommune? Profesjonelle i sin leder- og arbeidsgiverrolle, til å stole på, setter seg mål, og sikrer resultat gjennom endring og utvikling. Hva forventer lederen av deg? En god kollega, lojal, løsningsorientert og fleksibel.

For nærmere informasjon ta kontakt med kontaktpersonene.

## Lønnsvilkår

Tilsetting vil skje i samsvar med aktuelle lover, reglement og avtaler, og medlemskap i gjeldende pensjonskasse.

## Spesielle krav

Den som tilsettes må levere politiattest jfr. Lov om helsepersonell §18.

## Annet

Søkere må ha førerkort klasse B, og stille bil til disposisjon. Aktuelle søkere vil bli kalt inn til intervju. De som blir innkalt til intervju må ta med seg kopi av attesterte vitnemål og attester.

Diakonhjemmet Hospital is an ideal, non-profit corporation owned by the Diakonhjemmet Foundation. The hospital is responsible for general hospital services for approximately 135 000 inhabitants in particular sectors of the western part of Oslo. Diakonhjemmet Hospital specializes in the fields of rheumatology and rheumatic surgery. The hospital is also responsible for psychiatric care within its sector, and for geriatric psychiatry towards a large sector of Oslo.

engasjert for mennesker

## Postdoctoral Research Fellowship

A Postdoctoral Research Fellowship is available at the K.G. Jebsen Centre for Psychosis Research – TOP study, Institute of Clinical Medicine, University of Oslo (UiO), Oslo University Hospital and Diakonhjemmet Hospital. The fellowship is a three year position **starting as soon as possible**.

### Contact:

Professor Ingrid Agartz, tel. +47 22 02 99 53 / +46 734 14 14 10

PhD fellow Kjetil Jørgensen, tel. +47 957 58 334

For more information see our website

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



frantz.no



Kristiansand kommune  
Helse og sosial  
Virksomhet oppfølging

**ER DU PSYKOLOG** og er interessert i å veilede medarbeidere og arbeide med mennesker med kognitive funksjonsnedsettelse?

Oppfølgingstjenesten har en nyopprettet stilling for psykolog.

**Interessert ???**

Ring psykolog Kenneth Haugjord, tlf. 901 44 059 for informasjon eller se [www.kristiansand.kommune.no/jobb](http://www.kristiansand.kommune.no/jobb)

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

**Alderspsykiatrisk eining ved Haugesund sjukehus søker fortrinnsvis spesialist innan gerontologi, klinisk vaksen eller nevropsykolog til fast stilling. Psykolog kan også søkje.**

Alderspsykiatrisk eining i Klinikk for psykisk helsevern består av sengepost og poliklinikk. Pasientane kjem frå heile Helse Fonna sitt opptaksområde, primært frå førstelinetenesta, psykisk helsevern og somatikk.

Seksjonen vår har sterkt miljø for utgreiing av kognitive funksjonar. Vi har i tillegg til den alderspsykiatriske eininga nevropsykologisk eining og poliklinikk i psykisk helsevern for utviklingshemma. Alderspsykiatrisk eining har eit aktivt forskningsmiljø. Alle spesialistar får 4 mnd. utdanningspermisjon per 5 år dei arbeider i føretaket. Vi tilbyr komplett løp for psykolog i spesialisering.

Kontakt: Turid Mattson, funksjonsleiar. Tlf: 52 73 27 31.  
Monica Haraldseid Breivte, funksjonsleiar. Tlf: 916 41 047.

Les meir og søk på [www.helse-fonna.no/jobb](http://www.helse-fonna.no/jobb) innan 18.6.2017.



PSY  
KOL  
OGI

### SØKER DU JOBB?

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

Send e-post til [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) og meld din interesse.

Helse Vest RHF (regionalt helseforetak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest RHF eig seks helseforetak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseforetaka har om lag 27 300 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

## Helse Vest RHF

### 100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Stavangerområdet

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Stavangerområdet er ledig frå 01.01.2018, eller etter avtale.

#### Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

- erfaring og praksis, medrekna erfaring som spesialist
- innretning av praksis
- eigenskapar for heimelen
- samarbeid med andre

Praksis skal drivast i samsvar med den til kvar tid gjeldane rammeavtale mellom Helse Vest og Norsk psykologforening.

Avtalespesialisten skal bidra til å oppfylle «sørge for»-ansvaret til Helse Vest. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten foretar undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen.

Avtalespesialisten skal ha eit nært fagleg samarbeid med Helse Stavanger HF ved / Stavanger DPS om oppgåvefordeling og for å sikre gode pasientforløp. Avtalespesialisten skal også i et visst omfang kunne ta imot pasientar som blir tilvist frå Helse Stavanger HF ved / Stavanger DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle driftsavtalen.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil også bli gjenstand for drøftingar mellom Helse Vest og aktuell søkjar – før det vert gitt tilbod om avtaleheimelen.

#### Spørsmål om heimelen kan rettast til Helse Vest ved Torleiv Bergland, tlf. 51 96 38 22.

Skriftleg søknad med relevante opplysningar, CV og sannkjende kopiar av attestar og godkjenningar skal sendast til **Helse Vest RHF, Postboks 303 Forus, 4066 Stavanger.**

**Søknadsfrist** er tre veker etter utlysing.



# Psykologspesialist/psykolog

Ved Jæren DPS poliklinikk er det ledig vikariater for psykologspesialist/psykolog

Poliklinikken består av 13 psykologer (8 spesialister), 5 leger (3 spesialister), 6 psykiatriske sykepleiere, ergoterapeut, prest, kunst- og uttrykksterapeut, fysioterapeut og kontorfagansatte. Vårt arbeidsmiljø er preget av humor, åpne dører og kreativitet.

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

**Arbeidsoppgaver:** Utredning og kartlegging/diagnostiske vurderinger, individual/gruppebehandling, veiledning/konsultasjon og undervisning eksternt og internt.

**Kvalifikasjoner:** Norsk autorisasjon. Vi søker etter spesialist i klinisk voksenpsykologi. Det kan også være aktuelt å ansette en psykologspesialist med annet fordypningsområde eller en autorisert psykolog som ikke er ferdig spesialist. Må beherske norsk skriftlig og muntlig.

Du kan se full annonstekst og søke på stillingen via [www.jucan.no](http://www.jucan.no), ref.nr. 3438841692.

**Søknadsfrist: 15. juni 2017**

For flere opplysninger ring 51 77 69 00 og spør etter Kirsti Hansen.



**Jæren dps**

N.K.S. Jæren distriktpsikiatriske senter AS

**- Trygghet når du trenger det mest**

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

**Lister****Psykologspesialist/psykolog - ABUP, Poliklinikk****Poliklinikken i Lister har følgende stillinger ledig:**

- 1 x 100 % st. fast for psykologspesialist/psykolog fra 14.08.2017
- 1 x 100 % st. vikariat for psykologspesialist/psykolog med varighet fra 14.08.2017-13.08.2018

Stillingene har arbeidssted p.t. i Flekkefjord eller Farsund etter avtale.

Opplysninger: Enhetsleder Siv Sandnes, tlf. 957 22 327.

**Søknadsfrist: 18. juni 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/annonselegere.**

frantz.no

**- Trygghet når du trenger det mest**

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

**Flekkefjord****Psykologspesialist - DPS Lister, poliklinikk**

Vi har ledig 100 % st. fast som psykologspesialist ved voksenpsykiatrisk poliklinikk.

DPS Lister er organisert i 3 enheter med tilbud om både døgn, dag og poliklinisk behandling.

Poliklinikken kliniske problemstillinger er svært varierte og dekker et bredt spekter av behandlingsmessige utfordringer, tilnærminger og metodevalg.

Opplysninger: Enhetsleder Eli Lende Lindeland, tlf. 38 32 73 70.

**Søknadsfrist: 18. juni 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/annonselegere.**

frantz.no

**- Trygghet når du trenger det mest**

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

**Kvinesdal****Psykologspesialist/psykolog - DPS Lister døgnpost**

Det er ledig 100 % st. fast som psykologspesialist/psykolog med påbegynt spesialisering eller psykolog som er villig til å spesialisere seg. Psykologspesialist vil bli foretrukket. Tiltredelse etter avtale.

DPS Lister Kvinesdals kliniske problemstillinger er svært varierte og dekker et bredt spekter av behandlingsmessige utfordringer, tilnærminger og metodevalg.

Opplysninger: Avdelingsjef Anne Dorte Lyken, tlf. 411 73 873.

**Søknadsfrist: 30. juni 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/annonselegere.**

frantz.no



Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

**Senter for psykisk helse og rusbehandling Ofoten****Psykolog/psykologspesialist**

100% Fast stilling som autorisert psykolog ved døgnenheten i Håkvik utenfor Narvik.

Psykologens arbeidsoppgaver er varierte med innhold av bl.a. klinisk arbeid, utredninger, individuelle samtaler, gruppeterapi, tverrfaglig samarbeid og videreutvikling av et godt behandlingstilbud.

Vi har et tett samarbeid med VPP og Ambulant akutteam, og med alle kommuner i vårt opptaksområde.

Kontakt: Enhetsleder Beathe Fridfeldt, tlf. 76 96 89 30 eller Elise Mari Roberstson, tlf. 76 96 89 34.

**Søknadsfrist: 12. juni 2017**

Fullstendige annonsetekster, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på [www.unn.no/jobb](http://www.unn.no/jobb)

Vi ønsker ikke kontakt med annonselegere!

frantz.no





# POLITIET

## Psykologspesialist til fagteam ved Statens barnehus Kristiansand Psykologspesialist / Psykolog - Agder politidistrikt



**STATENS BARNEHUS**  
Et tverrfaglig kompetansehus

Kristiansand

*Statens barnehus Kristiansand er et tverrfaglig, samlokalisert tiltak rettet mot barn og unge samt særlig sårbare voksne hvor det mistenkes at de har vært utsatt for seksuelle overgrep, vold eller har vært vitne til vold. På barnehuset gjennomføres tilrettelagte avhør, rettsmedisinsk undersøkelse, rådgivning, oppfølging og behandling. Det er vår oppgave å medvirke til at barns og særlig sårbare voksnes rettssikkerhet styrkes. Statens barnehus Kristiansand er administrativt tilknyttet Felles enhet for påtale, Agder politidistrikt.*

**Kontakt:**

Leder Anne-Lise Farstad, tlf. 916 31 862

Ved Statens barnehus Kristiansand er det ledig fast stilling som offentlig godkjent psykologspesialist. Stillingen er en av totalt seks fagstillinger som skal ivareta saksansvar, oppfølging og behandling av målgruppen vår. Dersom det ikke er kvalifiserte søkere til stilling som psykologspesialist, kan det bli ledig stilling som psykolog.

Psykologspesialist-stilling ved barnehuset innebærer tverrfaglig arbeid i tett samarbeid med andre fagkulturer enn det helsefaglige. Arbeidet er variert, akutt, spennende og utfordrende. Det innebærer daglige møter med barn og familier i vanskelige situasjoner, og krever allsidig og kreativ bruk av psykologfaglig kompetanse.

Vi søker en fagsterk og engasjert psykologspesialist som skal medvirke til at barnehuset driver kvalitativt godt faglig arbeid overfor barnehusets målgruppe.

For fullstendig utlysning se

[www.nav.no](http://www.nav.no) | [www.finn.no](http://www.finn.no) | [www.politi.no](http://www.politi.no) | [www.politijobb.no](http://www.politijobb.no)

Søknadsfrist: 18. juni.

### 2.GANGS UTLYSING

## Ledig stilling for psykolog

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

Les mer og søk via  
[www.tannhelse Rogaland.no](http://www.tannhelse Rogaland.no)



TANNHELSE  
ROGALAND

## ALTERNATIV TIL VOLD

Alternativ til Vold (ATV) er et behandlings- og kompetansesenter på vold, med særlig vekt på vold i nære relasjoner. Stiftelsen har behandling, utadrettet virksomhet, kunnskapsformidling og forskning som sitt hovedmandat. Klientgruppen er i hovedsak voksne utøvere av vold, men noen kontorer arbeider også med voldsutsatte voksne, ungdom og barn. Stiftelsen har 59 ansatte fordelt på 11 kontorer rundt om i Norge, hovedsakelig psykologer.

### Alternativ til Vold i Oslo søker psykolog/psykologspesialist i 1 års engasjement i 100 % stilling

ATV-Oslo har lyse og trivelige lokaler sentralt i Oslo sentrum. ATV i Oslo gir et behandlingstilbud for mennesker som utøver vold i nære relasjoner, både kvinner og menn. Vi arbeider også i noen grad med utsatte for vold og med utøvere og utsattes foreldrekompetanse. Fra og med 2017 har Oslo klinikken fått et barne-mandat. Arbeidet med volden vil ofte innebære samarbeid med barnevern, familievern, helsestasjon og andre tilbud til barn og familier. Hovedoppgaven for stillingen er å gi psyko-terapeutisk behandling til utøvere av vold i nære relasjoner enten individuelt eller i grupper. Å bidra til en videre utvikling av familiemandat vil stå sentralt. Ansatte i ATV har også oppgaver knyttet til undervisning og veiledningsoppgaver.

ATV søker engasjerte medarbeidere som er motivert for kontinuerlig faglig oppdatering og som ønsker å delta i et engasjerende og spennende faglig fellesskap. Videre må søkeren ha et eksplisitt ønske om å lære mer om vold og behandling. 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: 16.06.2017**

Søknader sendes på e-post til: [jobb@atv-stiftelsen.no](mailto:jobb@atv-stiftelsen.no)

Spørsmål om stillingen rettes til leder ved ATV – region Øst v/leder og psykologspesialist Ragna Lundgaard, mobil 416 11 003.



**Stord kommune** er ein industrikommune i Hordaland med nær 19 000 innbyggjarar. Stord er kommunikasjons-senter og regions-senter for Sunnhordland.

## Psykolog (ID 1277)

Stord kommune søker etter 100 % stilling i eining for psykisk helse og rus f.o.m. 01.09.17.

Fullverdig utlysningstekst ligg på [www.stord.kommune.no/ledig-stilling](http://www.stord.kommune.no/ledig-stilling)

**Søknadsfrist:** 16.06.17



## Psykolog/ psykologspesialist

Vi har ledig 100 % fast stilling som psykolog/psykologspesialist. Stillingen kan tillegges ledelse av Arbeidsrådgivningskontoret i Telemark.

Vi søker deg som er opptatt av forholdet mellom arbeid og helse, og som ønsker å bidra til at flere kan få mulighet til å komme i eller beholde arbeid.

Hovedoppgaven i stillingen vil være å jobbe med faglig veiledning overfor unge brukere med psykiske og fysiske helseutfordringer, samt tett samarbeid med bl.a. veiledere i NAV og arbeidsgivere.

Arbeidssted: **NAV Arbeidsrådgivning Telemark**  
Søknadsfrist: **8. juni 2017** Ref.nr: **0896-2017-01**

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

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



Sarpsborg  
kommune

## PSYKOLOG

– Enhet forebyggende tjenester

Stillingen er knyttet opp mot et familiesenter, se fullstendig utlysningstekst på [www.sarpsborg.com/ledigstilling](http://www.sarpsborg.com/ledigstilling)

Søknad sendes elektronisk via [www.sarpsborg.com/ledigstilling](http://www.sarpsborg.com/ledigstilling) innen **15.06.2017**.



1–3 FASTE STILLINGER SOM

## Professor/ førsteamanuensis i klinisk voksenpsykologi

Institutt for psykologi ved NTNU søker fagpersoner til 1–3 ledige faste 100 % stillinger som professor/førsteamanuensis i klinisk voksenpsykologi. Arbeidsoppgavene er primært knyttet til undervisning, veiledning og forskning innen fagområdet. Den som tilsettes må ha avlagt cand.psychol.-grad, vitenskapelig kompetanse på minimum doktorgradsnivå i relevant fagområde og spesialistkompetanse i klinisk voksenpsykologi godkjent av Norsk psykologforening.

**Arbeidssted:** Trondheim  
**Søknadsfrist:** 25.06.2017  
**Søknad merkes:** SU-44

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



Fylkesnemndene for  
barnevern og sosiale saker

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

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

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

Ønsker du å bidra til barnets beste?

Les mer her:

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

og se **fagkyndige medlemmer** for kriterier for oppnevning, søknadsskjema, samt mer informasjon.

**Søknadsfristen er  
15. september 2017.**

## 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 lisenaes@online.no,  
tlf. 55 90 06 63

**Psykoterapi**

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

**Voksenpsykologi**

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

**Nevropsykologi**

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

**Psykologisk habilitering**

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

**Arbeidspsykologi**

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

**Samfunn- og allmennpsykologi**

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

**Organisasjonspsykologi**

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

**Klinisk helsepsykologi**

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

**GODKJENNINGS-UTVALGET**

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

**ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER**

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

**FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET**

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

**STUDENTPOLITISK UTVALG**

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

**FORSKNINGSPOLITISK UTVALG**

**Roger Hagen**, leder, e-post  
roger.hagen@svt.ntnu.no,  
tlf. 481 09 789

**MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET**

**Nora Sveaass**, leder, e-post  
nora.sveaass@psykologi.uio.  
no, tlf. 958 09 001

**TESTPOLITISK UTVALG**

**Jens Egeland**, leder, e-post  
jens.egeland@piv.no,  
tlf. 908 91 121

**YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG**

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

**VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING**

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

**SEKRETARIATET**

Tlf. 23 10 31 30  
**Ole Tunold**, generalsekretær  
**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 Ogden, Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU)

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:**  
 19.06, 17.07, 18.08, 18.09, 18.10, 17.11

