

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



# PSY KOL OGI

Vol.54 nr.12 2017

**Medfølelse for  
spiseforstyrrelser**

*Fagessay*

---

**UTMATTET OG  
MISFORSTÅTT**

*Aktuelt, Fra praksis*

---

**PPT  
- den hemmelige  
tjenesten**

*Meninger*

ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-12



9 770332 647006 12

RETURUKE 02 150 NOK

# PSY KOL OGI

Vol. 54 **nr. 12** 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** Bøk 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

# Punktueringer

**DEN SOM FÅR** definere hvor et samspill begynner og slutter, får ofte gjennomslag for sin virkelighetsforståelse. Vi ser det i samfunnsdebatter, i organisasjoner og i samliv, og familieterapeuter omtaler dette gjerne som punktuering: Maser far fordi barnet gamer, eller gamer barnet fordi far maser? Måtte ledelsen ta grep fordi fagforeningen strittet imot, eller måtte foreningen kjempe for helt nødvendige rettigheter i møtet med en profittthungrig ledelse? Gi samspillet tilstrekkelig mange omdreining, og det er ikke helt enkelt å si hva som egentlig er årsak, og hva som er virkning. Men den som får definere hva som utløste samspillet, og hva konsekvensen ble, vinner gjerne frem med sin forståelse av både problem og løsning.

**I mange år har** en (bedrifts)økonomisk forståelse fått punktuere mang en debatt om tjenesteutvikling i offentlig sektor med ordene «i siste instans er det bunnlinja som teller». Men bunnlinja er lite annet enn et uttrykk for årets verdiskapning. Og disse verdiene skal igjen forvaltes på ulikt vis. Kanskje i fond og sparing for å dekke pensjoner og andre fremtidige forpliktelser. Eller investeres i (helse)tjenester, infrastruktur eller utallige andre formål. Alt med tanke på igjen å skape virksomhet som genererer nye verdier. Problemet oppstår først når bunnlinjemantraet forblir det siste ordet. Da ser vi ikke kretsløpet mellom virksomhet, verdiskaping og reinvesteringer, og slik mister vi samfunnsutviklingens dynamikk av syne.

**Også jussen kan** med ordene «slik er loven» punktuere diskusjoner om tjenesteutviklingen.

Når dekan ved Samfunnsvitenskapelig fakultet Nils Henrik von der Fehr, i tilknytning til klinikkstriden ved Psykologisk institutt i Oslo, sier at de «måtte være helt sikre på at klinikkdriften var i samsvar med lovverket» (se reportasje i forrige utgave), signaliserer det at dagens helselovgivning legger stramme føringer på praksis. Og når Fylkesmannen i Hedmark konkluderte med lovbrudd i sin gjennomgang av Stangehjelpa, er det vanskelig å si noe annet enn at loven skal følges. Men oppleves loven som udiskutable steintavler, stenger man av for viktige diskusjoner om de mange gråsonene praksis opererer i, enten vi snakker tvang, bruk av SMS og e-post i terapi, dokumentasjonsplikt, menneskerettigheter eller risikovurderinger.

**Det er heller ikke slik at** helseprofesjonenes forståelse er den endelige. Brukerorganisasjonene fikk mer kraft fra jussen enn klinikken i sin kamp for brukerrettigheter og endret regulering av tvang. Og når jussen er mer kritisk til bruk av teknologiske løsninger i samhandling med klienter enn mange klinikere, handler det også om at jurister har en mer prinsipiell forståelse av personvern og hvem som eier dine helsedata, enn hva pragmatiske yrkesutøvere har. Og slike prinsipielle avklaringer trengs parallelt med utvikling av praktiske løsninger i møtet med dagens hjelpesøkende.

**Verken** økonomer, jurister, klinikere eller brukere bør derfor søke det siste ordet når fremtidens helsetjenester utvikles. Rett og slett fordi det gir dårligere løsninger for oss alle. ✕



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Opplevs loven som udiskutable steintavler, stenger man av for viktige diskusjoner om de mange gråsonene praksis opererer i



# 1138

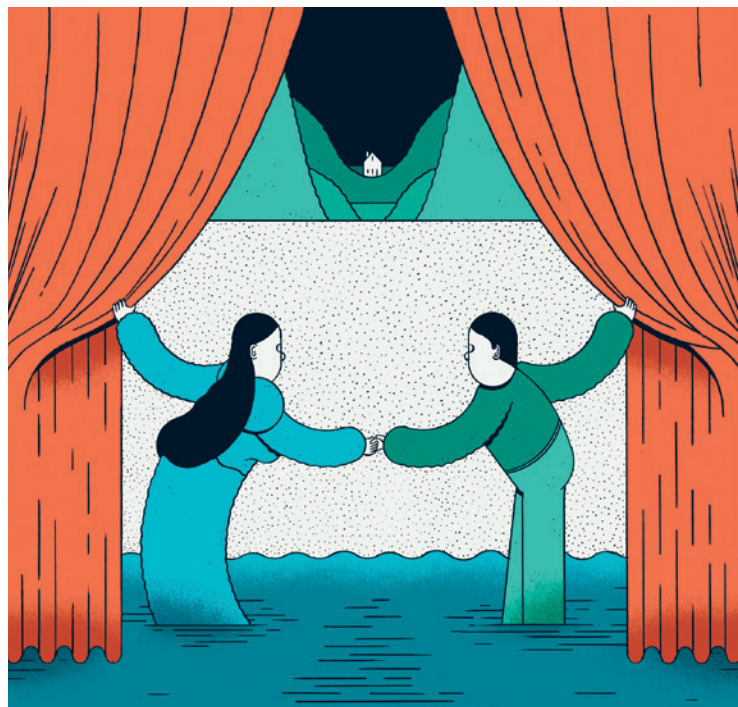


## EN UTMATTENDE KAMP

Familier med ME-syke barn føler seg mistenkeliggjort av hjelpetjenestene. Ikke sjelden blir det sendt bekymringsmelding til barnevernet. Alise (bildet) forteller sin historie i denne reportasjen.

*Aktuelt og Fra praksis*

# 1174



## IBSENS SKJEBNESJOKK

Ellen Hartmann analyserer en rekke av Ibsens dramaer i lys av begrepet skiebnesjokk. I sjokket ligger muligheten for empati og forsoning.

*Fagessay*

# 1184

*Skam og selvkritikk forekommer ofte ved spiseforstyrrelser, og betraktes som viktige transdiagnostiske prosesser*

Fra praksis-bidrag om medfølelsesfokusert terapi ved spiseforstyrrelser



# 1158



## SIGNIFIKANTE TILBAKEMELDINGER

Hvordan vet man egentlig om en pasient i terapi har fått det bedre? Tomas Formo Langkaas (bildet) og kolleger ved Modum Bad mener å ha funnet et godt svar.

*Intervju og vitenskapelig artikkel*

# Innhold

- 1133 **Punktueringer**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 1136 **Premierer ikke lokalt samarbeid**  
NÅ: Catharina Elisabeth Arfwedson Wang | Per Olav Solberg
- 1138 **ME-syke kjemper for å bli trodd**  
Aktuelt | Nina Strand
- 1150 **Profesjonell nærhet**  
Derfor | Nina Strand
- 1151 **- Psykologforeningen står sterkere**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 1153 **Barnepsykolog med sterk kritikk mot avhør av barn**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 1158 **Som man spør får man *ikke* svar**  
Forskningsintervjuet: Tomas Formo Langkaas | Per Olav Solberg
- 1160 **Klinisk signifikans i praksis**  
Vitenskapelig artikkel | Tomas Formo Langkaas et al.
- 1168 **Hvem er fagperson og hvem er amatør?**  
Fra praksis | Ketil Jakobsen
- 1174 **Ibsens skjebnesjokk**  
Fagessay | Ellen Hartmann
- 1184 **Medfølelse for spiseforstyrrelser**  
Fagessay | Malin Elisabeth Olofsson & KariAnne R. Vrabel
- 1189 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: Psykologiens hemmelige tjeneste (s. 1190)  
Debatt: Striden om studentklinikken (s. 1194-1201),  
Vitenskapsteori (s. 1202)
- 1204 **INNTRYKK**  
Bokessay: Ett barn mindre som miljøtiltak (s. 1204)  
Bokanmeldelser: Det banale som det basale (s. 1208), I  
mediestormen (s. 1210)
- 1211 **Minneord: Ragnar Rommetveit (1924-2017)**
- 1212 **Kurskalenderen**
- 1213 **Annonser**
- 1219 **Stillingsannonser**



**IDEALIST** Catharina E.A. Wang har vært en ildsjel for å få til samarbeid mellom UiT og førstelinjen. Men bør det være idealisme som bestemmer hvordan universitetet skal forholde seg til omverdenen?

#### UNIVERSITENES ROLLE:

# PREMIERER IKKE LOKALT SAMARBEID

Psykologisk institutt ved Universitetet i Tromsø er opptatt av å utvikle tjenester i førstelinjen i samarbeid med kommunen. Men akademisk uttelling gir det ikke.

**– I lov om universiteter og høyskoler fra 2005 presiseres det at man i større grad skal samarbeide tett med samfunnsliv, kulturliv og næringsliv. Var dette årsaken til at dere begynte å samarbeide med Tromsø kommune?**

– Nei, vi begynte i 2003. Forebyggende helsetjenester i Tromsø kommune hadde startet opp helsestasjon for ungdom på ungdomshuset Tvibit, og en psykologistudent skulle skrive hovedoppgave om tilbudet. Hun oppdaget at

#### TEKST

Per Olav Solberg

#### FOTO

Bjørn-Kåre Iversen

mange av ungdommene hadde behov for psykologisk hjelp og rådgivning. Hun spurte meg om hun kunne få ha hovedpraksis der, og jeg syntes det var en god idé. Dette ble forløperen til det som i dag heter Psykhjelpen på Tvibit, et førstelinjetilbud som driftes som et samarbeid mellom helsestasjonen og Institutt for psykologi. Da lovendringen kom i 2005, var vi altså allerede i gang, men endringen har gjort oss mer bevisste på denne delen av samfunnsoppdraget vårt. I dag samarbeider vi med kom-

munen om flere psykologiske lavterskeltilbud som kommer lokalbefolkningen til gode, og som er blitt viktige fremtidsrettede praksisarenaer for våre studenter. Jeg tenker at helse skapes der folk lever og bor, ikke på universitet og sykehus.

**– Akademias belønningssystem er i stor grad knyttet opp mot forskning, publisering og tellekanter. Kommer denne prioriteringen i konflikt med ønsket om å bidra til lokal tjenesteutvikling?**

– Det er noen paradokser her som gjør at du må ta noen verdivalg. Én bevegelse går mot større internasjonalisering, der ressurser går til å søke om EU-midler til større forskningsprosjekter og til å publisere forskning i anerkjente internasjonale tidsskrifter. Dette binder opp mye tid, og da blir det selvsagt mindre tid til andre ting, som for eksempel å fange opp lokale utfordringer og få til lokalt samarbeid og forskning. Universitetssystemet belønner internasjonal forskning. Har man ambisjoner om å klatre i systemet og få professorkompetanse, er det ikke lett å prioritere tjenesteutvikling lokalt, selv om det også ligger i mandatet vårt. Her tror jeg også de enkelte psykologiske instituttene tenker noe ulikt.

**– Betyr det du sier her, at lokalt samarbeid mellom universitet og for eksempel kommune er helt avhengig av ildsjeler blant universitetsansatte?**

– Det betyr i hvert fall at du må ha en genuin interesse for å bli kjent med hva som foregår lokalt, og at du har et ønske om å bruke tid og ressurser til dette arbeidet. Det er naturlig at de ansatte har forskjellige interesser og preferanser, det som er bra hos oss, er at instituttledelsen legger godt til rette for lokalt samarbeid.

**– Modellen ved Institutt for psykologi i Tromsø innebærer at mange studenter har internpraksis i førstelinjen. Har det gjort noe med studentenes holdning til å jobbe der?**

– Definitivt. Før vi opprettet Psykhjelpen, var svært mange av studentenes store drøm å starte opp privatpraksis etter først å ha jobbet i spesialisthelsetjenesten. Dette har endret seg radikalt. Internpraksisen de får i førstelinjen, er én

## Hvorfor NÅ?

- Med bakgrunn i striden ved Psykologisk institutt i Oslo, undersøker Psykologtidsskriftet psykologiprofesjonens rolle, både i og utenfor akademia.
- Catharina Elisabeth Arfwedson Wang er professor og psykologspesialist ved Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø. Hun har i en årrekke engasjert seg i utviklingen av psykologiske lavterskeltilbud i kommunen. Nylig fikk hun Helsefakultetets formidlingspris for arbeidet sitt.

årsak. Men like viktig tror jeg modell-læringen fra universitetet er: Vi som ansatte har et stort ansvar for å gjøre studentene i stand til å ta morgendagens psykologjobber og å vise dem hvilke oppgaver som er viktige å ta fatt på og løse. Gjennom for eksempel Psykhjelpen opplever de helt konkret å hjelpe ungdommer som har det vanskelig. De lærer at tidlig innsats og forebygging ikke bare er ord, men fungerer i praksis.

**– Begrepet ‘akademisk frihet’ er interessant når universiteter utdanner helsearbeidere som er underlagt helselovgivning. Hva skal veie tyngst av frihet og lovgivning?**

– Det vil være uheldig om internklinikker skal underlegges lov om spesialisthelsetjenester. I Tromsø får studenter et halvt års praksis fra spesialisthelsetjenesten i sin hovedpraksis i femte studieår, og da får de selvsagt god kjennskap til helselovgivningen. De som argumenterer for at vi må underlegges spesialisthelsetjenesten, forstår lite av hva klinisk psykologisk opplæring egentlig handler om. Det er å lære å stå i en terapeutisk relasjon og å være profesjonell i den rollen, og det handler om å ha en kritisk reflekterende holdning til fagfeltet. Det er en rolle som tar tid å lære, og som krever tett oppfølging, skjermet fra spesialisthelsetjenesten, som stadig underlegges nye rammer, regelverk og politiske føringer. Her er det altså viktig at vi har en akademisk frihet.

**– Til slutt: Hva slags psykologer skal fremtidens universiteter utdanne?**

– Det er et stort og vanskelig spørsmål. En bekymring jeg kan ha, er at psykologstudiet i for stor grad blir en yrkesskole som skal fylle svært mange roller i samfunnet. Nytteperspektivet kommer i sentrum, og jeg synes jeg merker dette fokuset allerede. Hva skjer da med det kritiske perspektivet, som jo er det viktigste et universitet skal lære bort? Jeg ønsker meg ikke psykologer som bare gjør det de får beskjed om. Rollen handler grunnleggende sett om å stoppe opp, reflektere, stille spørsmål og være kritisk til både det man selv og andre tenker og gjør, og til organiseringen og utviklingen av samfunnet. ✘



# ME-syke kjemper for å bli trodd

Familier med ME-syke barn føler seg mistenkeliggjort av hjelpetjenestene. Ikke sjelden blir de meldt til barnevernet. Familien Kallevik fikk to barnevernssaker på rad.

TEKST Nina Strand | FOTO Grethe Nygaard

**D**a jeg var liten, møtte jeg leger som smilte til meg og var hyggelige. Men etterpå sa de til mamma at jeg måtte lære å ta meg sammen, at sykdommen min var psykisk.

Alise, 20 år, fortviler ved tanken på de mange møtene med mistro blant noen av dem som skulle hjelpe og støtte henne og familien. Hun mener hjelpetjenestene la sten til byrden. Fra hun var 7 år har Alise i lange perioder vært svært syk. Det har gått sterkt ut over skolegangen, og ført til at hun lever et ganske annerledes liv enn sine jevnaldrende. Diagnosen ME (myalgisk encefalomyelitt/encefalopati) ble satt i 2007. Senere fikk hennes to yngre søsken – og deretter moren – samme diagnose. Bare far i huset har gått fri.

## IMOT SELVHJELPSKULTUREN

Det er høstferie en regntung oktobermorgen. I avgangshallen på flyplassen yrer det av barnefamilier og skoleungdommer med trillekofferter og ryggsekker. Forventningsfulle ansikter sjekker lystavla. Er det snart tid



for å sjekke inn? Noen kilometer unna, i en enebolig med vakker utsikt til fjorden, har familien Kallevik avlyst den planlagte hytteturen. I stedet skal foreldrepåret med tre ungdommer og to livlige hunder være hjemme i høstferien. Den hardt ME-rammede familien har prioritert å ta imot besøk av en journalist og en fotograf. Det krever dager med ekstra ro og hvile både før og etterpå.

Familien møter oss med vennlige håndtrykk og smil. Kaffe, frukt og vann står klar på stuebordet – bare forsyn dere! Men egentlig er de redde, kommer det frem etterhvert. Vil vi lytte og begripe? Eller vil de nok en gang oppleve å bli fortolket fra et ståsted de ikke kjenner seg igjen i? Det er sårbart å åpne hjemmet for



**AKTIV LIGGENDE** Alise har lang trening i å være aktiv og samtidig spare energi. Lesing på egen hånd må erstatte mye tapt skolegang.

en journalist og en fotograf som har makt til å fremstille dem i sitt bilde.

For sykdommen familien lever med, har lav sosial status. Det finnes ikke sikre svar på årsaken til ME, det finnes ingen anerkjent kur. Dette er mennesker som i lange perioder er ute av stand til å gå på skolen eller å fylle selv en lav jobbprosent. Foreldrene til ME-syke barn argumenterer for at barna deres trenger sterke begrensninger i aktivitet og sosial kontakt, der en av konsekvensene er omfattende skolefravær. Familien har erfart at hjelpeapparatet trekker raske konklusjoner: «Det er vel noe psykisk. Familien er fanget av sine negative tanker og innbiller seg at de er syke.» Kanskje ikke så merkelig. Et sterkt behov for langsomhet og frihet fra

impulser bryter med dagens tro på produktivitet og selvrealisering, og «den evige jakten på det optimaliserte selvet», som filosof og psykolog Ole Jacob Madsen kaller det. ME-familiens livsform er imot selve kulturen. I tillegg mangler forskningen klare svar, og fagfolk strider om hva som er god hjelp.

#### UAVKLART OG OMSTRIDT

CFS/ME er en sykdom uten kjent og entydig årsak. Pasientgruppen er sammensatt, men felles for dem er *anstrengelsesutløst sykdomsfølelse eller symptomforverring*. Dette er det viktigste symptomet på ME og som må være til stede for at diagnosen på ME skal kunne stilles. Disse pasientene har lav terskel for fysisk og mental trøtthet. Samtidig er det typisk at restitusjonsperioden, altså den tiden det tar å komme seg etter anstrengelsen, er unormalt lang. Utmattelsen kan oppstå umiddelbart, eller den kan komme etter timer eller flere dager. I tillegg til utmattelsen kommer en rekke symptomer. Det kan dreie seg om alt fra eksempelvis muskelsmerter og hodepine, hukommelses- og konsentrasjonsproblemer, blodtrykks- »





**FELLES GLEDER** Å lese bøker passer godt med et liv der forbruket av energi må porsjoneres. Harry Potter-bøkene er en felles favoritt for mor og datter.

## CFS/ME

- På bakgrunn av internasjonale tall, antas det at ca. 10.000 - 20.000 mennesker i Norge har diagnosen ME, avhengig av kriteriene som brukes.
- Man kjenner ikke årsaken til ME, og pasientgruppen er sammensatt.
- Det viktigste symptomet er anstrengelsesutløst sykdomsfølelse og symptomforverring, med unormalt lang restitusjonstid.
- Utmattelsen kan skyldes fysisk, mental eller sosial anstrengelse
- Forverringen kan komme umiddelbart, men kan også oppstå forsinket, fra timer til dager etter anstrengelsen.
- Vanlige tilleggssymptomer er bla. mangel på forfriskende søvn, smerter i muskler og ledd, hodepine, svekket hukommelse, redusert konsentrasjonsevne, rask kognitiv tretthet, blodtrykksfall, overfølsomhet for sanseintrykk, feberfølelse, sår hals og ømme lymfeknuter.
- Til tider er sykdommen invalidiserende, og forløpet for den enkelte kan variere sterkt.

*Kilder: helsenorge.no og me-foreningen.info*

fall, svimmelhet, overfølsomhet for sanseinntrykk og influensalignende symptomer (se også Faktaboks om ME på denne siden).

Sykdomsbildet er altså komplekst, og i lengre eller kortere perioder kan disse personene være svært syke. Det at man mangler fundamental kunnskap om årsaker, mekanismer og behandling, er nok en av grunnene til den høye temperaturen i debatten blant fagfolk og i brukermiljøer. Frontene er steile. Det er også nærliggende å tenke at uenighetene har konsekvenser for møtet mellom pasienter og hjelpere. I brukerundersøkelsene ME-foreningen har gjort, rapporterer mange ME-syke at de føler seg mistenkeliggjort av helsepersonell og andre hjelpere. Andre svarer at de møtes med velmenende, men kunnskapsløse råd som føles krenkende (se Ketil Jakobsen side 1166).

Men hva skal hjelpere navigere etter når kunnskapsgrunnlaget er så usikkert? I Legetidsskriftet 11.6.2009 gir Bjørkum, Wang og Waterloo et enkelt svar: «Kunnskap om årsaksforhold og behandling er begrenset. Pasientenes egne erfaringer er derfor viktige».



## LIVET INNE

Eldstedatter Alise (20) halvt ligger på hjørnesofaen i stua. Hun er godt forberedt. Årelang erfaring med sykdommen har lært henne å økonomisere med kreftene. Hun vet at samtalen vår vil få konsekvenser. Jo mer tid og energi hun bruker, dess verre og mer langvarig blir forverringen. Men hun vil ta et oppgjør med psykologiseringen hun og familien mener de møter i hjelpetjenestene. Alle de fire ME-syke i familien har vært gjennom psykologiske undersøkelser som skulle avdekke om traumer eller psykiske problemer kunne være en del av sykdomsbildet. Det ble ikke funnet noe slikt, og Alise er grundig lei av gjentatte spørsmål om disse temaene.

– «Psyiskisk» hørtes for meg ut som at jeg *ville* være syk, og at jeg ikke ville være på skolen. Hvis de hadde trodd på meg når jeg sa at alt var ok hjemme, da ville de ikke spurt meg så mange ganger om det samme. De ville ha droppet teoriene sine. For jeg elsker skolen. Jeg elsker familien min.

– *Hvordan ser en vanlig uke ut for deg?*

– Jeg hviler mye, minst tre timer ekte hvile hver dag. Selv når jeg ikke hviler, tilbringer jeg mye tid i senga. Ellers driver jeg med aktiviteter jeg trives med, gjerne ting som lett kan gjøres i senga. Jeg leser en god del, og driver med håndarbeid, for eksempel, sier 20-åringen, som forteller at hun har problemer med å sitte oppreist og å stå. Blodet havner i beina og kommer ikke opp igjen.

– Naturlig nok tilbringer jeg mye tid med familien. Vi som er friske nok spiser alle måltider sammen, og vi tre søsknene oppsøker hverandre for å prate sammen, gjerne om ting vi leser og filmer vi ser. Vi har et nært forhold, sier Alise, og forteller at familien har en fast filmkveld i uka, der de bytter på å bestemme hvilken film de skal se. Og så elsker alle ungdommene fantasy. Hennes eget forhold til sjangeren begynte en gang hun var syk.

– Jeg hadde mye vondt og fikk ikke sove. Mamma leste Harry Potter høyt for meg. Senere har jeg lest mye annen fantasy, men akkurat nå er det bøker om greske guder.

Etter hvert er Harry Potter blitt familiens felles greie. Alle har lest bøkene, de snakker mye om dem, og leser dem stadig om igjen.

– Forrige jul strikket jeg til og med julekuler med Harry Potter-mønster, ler Alise.

Ordene kommer raskt og naturlig. Veloverveid. Det er ikke første gang hun formulerer seg om disse temaene. Men brått er det som hun forstår at fortellingen hennes om de tette båndene i familien kan virke litt spesielt. Kanskje ikke helt bra? Hun setter et sterkt blikk i meg. Stemmen er fast.

– Jeg er ikke ensom. Jeg er mye sammen med søsknene mine og den nærmeste familien. Vi har sterke bånd. Men jeg har også en bestevenn som kommer på besøk rundt annenhver uke. Og en venninne som selv har ME. Hun og jeg har mest kontakt når vi chatter på Facebook. Her hjemme får vi av og til besøk av slektninger og venner, og av mormor, for eksempel. Eller jeg drar selv for å besøke slektninger og venner. Jeg prøver å få til en sånn ting ca. en gang i uka.

Hun vet det er lite sammenlignet med det sosiale livet jevngamle jenter har. Men hun forsikrer at selv om hun har vært bedre enn hun er i dag, har hun også vært mye dårligere. For tiden er hun den friskeste av de tre søsknene, og dermed den som er mest sosial og aktiv av dem.

– *Hender det at du gjør ting du vet du blir dårlig av?*

– Selv om jeg stort sett holder meg innenfor grensene, bryter jeg dem ofte. Jeg betaler med smerte for alt jeg gjør. Jeg velger å besøke familien min, eller å bake, og betaler for det. I sommer besøkte jeg farmor og far- »

– «Psyiskisk» hørtes for meg ut som at jeg *ville* være syk, og at jeg ikke ville være på skolen

*Alise (20)*

far og slekta på Østlandet sammen med pappa. Det betalte jeg for i ukevis. Men det var verdt det. Og for en tid siden hadde vi konfirmasjon her, det var fantastisk gøy og fantastisk utmattende. Jeg betalte dyrt for det også.

Det er slike øyeblikk som gjør det verdt å leve, synes hun. Venner og familie, eller de helt små tingene i hverdagen. Derfor gjør hun det igjen og igjen: presser grensene og tar betalingen etterpå.

– *Snakker dere om sånne ting i familien?*

– Vi i familien er hverandres venner og psykologer. Vi kan snakke også om det som er tungt. Vi tre søsknene har mistet mye av barndommen og hele ungdomstiden, nesten all vennekontakt og skremmende mye skolegang. Hobbyene vi var glad i, klarer vi ikke lenger. Samtidig minner vi hverandre på det som er fint.

Hun smiler.

– Jeg og bestevennen min bygger drømmeslott sammen. Vi vil reise til Spania og til Trondheim. Vi snakker om hvordan vi ser på livet, og om ønskene våre for framtiden.

### BEKYMRINGSMELDING TIL BARNEVERNET

Et av Alises beste minner fra kontakten med helsetjenesten er møtet med hun som familien kaller ME-spesialisten, en lege med spesialkompetanse på ME. Det var i 2014. Alise måtte reise for å møte denne legen. Hun var svært sliten, men merket straks at dette var en fagperson som kjente til sykdommen.

– Hun tilbød meg å legge meg ned hvis jeg trengte det, og spurte meg om hvilket lysnivå som var komfortabelt. Hun lyttet til mine erfaringer, sier 20-åringen, som deler fagfolk og hjelpere i to grupper: Den første er villig til å lytte, og erkjenner at hun selv kjenner kroppen sin best – slik at når hun sier det er vondt, da er det vondt. Den andre gruppa lytter til synelatende, men trekker konklusjoner hun ikke kjenner seg igjen i, og foreslår tiltak som strider imot erfaringene hun har.

– De kan mene det så godt de vil. Men jeg har prøvd psykologiske metoder, og det hjalp ikke.

De verste minnene Alise har, er fra de to barnevernssakene familien fikk mot seg. Det startet i mai 2012, da barnevernet i familiens hjemkommune fikk et brev fra skolesjefen. Skolesjefen var bekymret for skolegangen til de tre barna i familien, som på grunn av ME-sykdom hadde hatt et høyt og økende skolefravær. Han ba barnevernet undersøke om barna fikk rettighetene de hadde etter opplæringsloven, og om de fikk god og riktig hjelp. Undersøkelsene resulterte i at Fylkesmannen om høsten samme år uttrykte bekymring for at barna ikke var forsvarlig utredet og diagnostisert, og at de ikke fikk forsvarlig behandling.

I november 2012 fremmet kommunen begjæring om omsorgsovertakelse av alle de tre barna. Et sjokk for familien, ikke minst for barna som ble sterkt påvirket. De var livredde for å miste foreldrene sine og hverandre.

Ifølge saksopplysningene i fylkesnemndvedtaket var barnevernet bekymret for barnas utdanning og sosiale liv, men også for samspillet og dynamikken i familien. Særlig mente de at mor i familien var svært kontrollerende og sykdomsorientert, siden hun regulerte både sosial aktivitet og skolegang for barna. Barnevernet mente at moren dikterte skolens opplegg for barna, og at hun også la premisser for behandlingstilbudet barna fikk i helsetjenesten. Resultatet var, etter barnevernets vurdering, at både skoletilbudet og behandlingen i helsevesenet ble begrenset. «Mor

har lite endringspotensiale. Hun er fastlåst i sitt syn. En kan ikke se at det er aktuelt med hjelpetiltak som kan avhjelpe barnas omsorgssituasjon», fastslår barnevernet, og konkluderer dermed med omsorgssvikt, og at barna bør flyttes til fosterhjem, og møte foreldrene sine fire ganger i året under tilsyn.

Ved forhandlingene i fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker i mars 2013 møtte det 18 vitner – blant dem familie, lærere, fastlege og flere spesialister på ME. Kommunen fikk ikke medhold i kravet om omsorgsovertakelse. I slutningen fra april 2013 la nemnda vekt på at de tre søsknene hadde en diagnose det ikke finnes noen kurativ behandling for, men at det likevel finnes forskjellige typer behandling som kan gjøre pasienten bedre i stand til å leve med sykdommen. Nemnda konstaterer at barna får behandling i form av aktivitetsavpassning, energiøkonomisering, hvile og diett, og at dette krever mye av foreldrene, som må strukturere hverdagen og sørge for at barna får en god balanse mellom hvile og aktivitet. Ikke minst stilles det store krav til foreldrenes emosjonelle omsorg, som det å ha en realistisk oppfatning av barna og realistiske forventninger til barnets mestring, påpekes det.

Nemnda trekker også fram smerten og frustrasjonen over å ha så syke barn, og skriver at det kan være en utfordring å ikke bli for forsiktig på barnas vegne. Den kan likevel ikke se noen problematisk sykeliggjøring eller overbeskyttelse av barna. «Behandlingen som barna mottar er så langt nemnda kan se, i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger», skriver fylkesnemnda, som konkluderer med at grunnvilkåret for omsorgsovertakelse ikke er til stede.

Fylkesnemnda uttrykker likevel bekymring for barna, og mener det er viktig å få i gang frivillige hjelpetiltak som kunne avlaste foreldrenes praktiske og emosjonelle omsorgsbyrde.

### NY BEKYMRINGSMELDING

Familien forteller at fram til første barneverns-sak hadde de løpende kontakt med kommunens helse- og omsorgstjenester. De hadde blant annet prøvd fysioterapeut, psykolog og støttekontakt, men erfarte at disse ga mer symptomforverring enn nytte. De opplevde at tjenestene for praktisk hjelp og avlastning ikke var ikke tilrettelagt for ME-syke, og bestemte seg for heller å klare seg selv. Det fant barnevernet bekymringsfullt, så vinteren 2013, valgte »



**I ARKIVET** Mor Ellen omgitt av papirbunker som dokumenterer en lang historie med ME. Fire familiemedlemmer har ME-diagnose, og bunkene er sortert etter temaene forskning om ME, hjelpesøknader til kommunen, korrespondanse med PPT/skoler, leger, barnevernet med mer. Fotoapparatet brukes særlig til å vare på gode minner.

- Det tok lang tid før en uanmeldt bil i nedkjørselen foran huset ikke lenger var skremmende. Det kunne jo være barnevernet som hadde fattet akuttvedtak

*Mor Ellen*





familien å søke om ulike typer hjelp. De ønsket oppfølging fra ME-spesialist med biomedisinsk tilnærming til sykdommen, brukerstyrt personlig assistent (BPA) og frikjøp av far i 20 prosent stilling. Helt i tråd med legens anbefalinger, ifølge foreldrene.

Høsten 2014 fikk familien avslag på alle ønskene. Fylkesmannen påpekte imidlertid at kommunen måtte gi et egnet hjelpetilbud. Fylkesmannen påla også ny vurdering av avslaget på BPA, og i desember 2014 fikk familien vedtak om BPA.

Men tidlig i november 2014 får barnevernet på nytt en bekymringsmelding, denne gangen fra NAV. Igjen gjelder bekymringen barnas svært begrensede skolegang og sosiale liv, og at familien ikke får nok hjelp. Ellen forteller:

– Saksbehandleren mente at jeg ikke kunne «hvile meg frisk», og mente at jeg burde prøve både kognitiv terapi og gradert trening. Jeg visste at aktivitetsnivået mitt allerede var høyere enn godt var – vi hadde jo tre syke barn å ta oss av – så enhver form for trening ville være farlig. Jeg hadde dessuten vært gjennom vurdering hos psykiater, som ikke fant noe å behandle. Og både barna og jeg hadde allerede testet ut mange kognitive mestringsteknikker og behandlingstilnærminger. Det hjalp ikke, og gjorde ett av barna langvarig mye sykere. Det finnes heller ikke dokumentasjon på at disse behandlingsformene hjelper for ME-syke definert etter strenge sykdomskriterier, sier Ellen. – Brukerundersøkelser viser

dessuten at flere blir sykere enn friskere av de aktuelle behandlingstilnærmingene.

Trebarnsmoren etterlyste dokumentasjon på behandlingsmetodene NAV foreslo, og ba også om hjelp fra en advokat.

– Da ga NAV seg, men de mente altså at aktivitetstilpasningen vi praktiserte var så betenkelig at de sendte bekymringsmelding til barnevernet, sier hun. Bekymringsmeldingen fra NAV nevner spesielt at aktivitetstilpasning styrer mye av familiens hverdag. – Rimelig nok, det er slik aktivitetstilpasningen virker, kommenterer Ellen.

#### SAKKYNDIGE KOBLES INN

Foreldrene innkalles til møte med barnevernet i midten av desember 2014.

– Vi får beskjed om at barnevernet allerede har engasjert sakkyndig psykolog. De har skrevet et mandat med fokus på samspillproblemer og på å vurdere omsorgsovertagelse. ME nevnes ikke, forteller foreldrene, som kontaktet





**IKKE BARE SYKDOM** Disse bildene er fra et informasjons-fotoalbum moren lagde om datteren Alise for å vise hjelpeapparatet at familien fokuserte på mye mer enn sykdom. Men i lange perioder har Alise vært svært syk. Foto: Privat

advokat, og til slutt fikk gjennomslag for at sykdommen ME skulle tas hensyn til i mandatet.

Både foreldrene og barna ga etter dette uttrykk for sterk mistillit til den lokale barnevernslederen. En uke før julaften skrev barna som da var 12, 15 og 18 år, et brev til Fylkesmannen. «De vi sloss mot, er de som er ment til å hjelpe oss. Derfor klager vi på behandlingen fra barnevernet i (...)», skriver barna, og krever settebarnevern, altså at et annet barnevernkontor fikk ansvar for saken. Det ble avvist.

Familien krevde at det måtte velges en sakkyndig med ME-kompetanse, som familien kunne ha tillit til, men barnevernet avslo også dette, forteller Ellen.

– Men da barnevernets sakkyndige ba om å få en medsakkyndig med ME-kompetanse, ble det akseptert

Foreldrene opplevde de to psykologenes sakkyndighetsarbeid som grundig. Det ble gjort omfattende observasjoner både ved middagsbordet, på sengekanten og av hverdagen i sin alminnelighet. Rapporten avslutter slik: «Den foreliggende utredningen konkluderer med at det ikke er bekymringer knyttet til foreldrenes ivaretagelse av barna. [...] Vi anbefaler derfor at barnevernstjenesten henlegger saken.»

Sakkyndigrapporten anbefaler også at familien får hjelp fra det ordinære hjelpeapparatet. Tjenestene de foreslår, sammenfaller i stor grad med det familien selv hadde søkt om vinteren 2013.

– Vi opplever at våre  
dyrekjøpte erfaringer  
ikke tas på alvor,  
og at vi påtvinges  
behandling som gjør  
oss sykere

*Barnas foreldre*

»



**HVERDAG** Alise må hvile mye i løpet av en dag. Forrige jul strikket hun julekuler med Harry Potter-motiv. Familiens nakenhunder har de hatt siden Alise var liten jente.

### ETTERDØNNINGER

Alise mener barnevernet trakk for raske konklusjoner om de tre søsknene, og hun fikk inntrykk av at de visste lite om ME.

– De virket ikke interessert i å snakke med oss. De trodde visst at vi tre søsknene var hjernevasket, siden vi var enige med foreldrene våre. Den konklusjonen nådde de etter kun ett kort møte. De spurte heller ikke hva vi ønsket. Dette er imot barnevernsloven. Mamma og pappa skjerner oss slik at vi ikke skal bli sykere. Men det forstår ikke barnevernet, siden de ikke har medisinsk kompetanse og ikke forstår sykdommen. Jeg mener derfor at omsorgsovertakelse var en konklusjon barnevernet ikke hadde kompetanse til å trekke.

Hun forstår likevel at barnevernet ville undersøke familien.

– Vi er en familie på fem der fire av oss er rammet av en sykdom som det allment er dårlig forståelse for. Vi har mistet mye skole. Problemet var måten de opptrådte på. De skaffet seg ikke kompetanse om sykdommen, mente at mamma var overbeskyttende og at vi var sykdomsorienterte. Når vi ikke ville gjøre det de ba oss om, som å gå tur og andre ting vi av erfaring visste ville gjøre oss dårligere, stemplet de oss som lite samarbeidsvillige. Jeg vet hvilken skade det kan gjøre å overskride det vi tåler, for jeg har gjort det, sier hun bestemt.

Ifølge 20-åringen snakket barnevernet heller ikke med skolen eller med nettverket deres. Derfor ble nok barnevernet overrasket over hva eksempelvis skolene sa om dem under rettssaken, tror hun.

Alise tar en liten pause, stemmen skjelder litt.

– Det å vite at de ville ta meg vekk fra dem jeg er glad i, der jeg føler meg trygg, var sinnssvakt skremmende. Og det tok veldig mye på. Alle vi ble sykere etterpå, og vi fikk ikke tatt oss av bestefar som var dødssyk.

Familien vant barnevernssakene. Alise sier at det å lese fylkesnemndvedtaket etter første barnevernssak var noe av det beste hun har opplevd.



– Men det å oppleve en ny barnevernssak, var noe av det verste. Det gjorde at søsteren min ble alvorlig syk. Hun er fortsatt veldig dårlig. Hun svelger hardt. Det blir stille.

### TRAUMATISERENDE OG UTILGIVELIG

Nesten to år etter siste barnevernssak oppsummerer far i familien at de to barnevernssakene har vært enorme overbelastninger for familien. Alle er fortsatt sykere enn før, og han mener prognosene deres nå er mye dårligere. Det oppleves usigelig urettferdig.

– Ja. Og de ødela tryggheten vår, legger mor Ellen til.

– Det tok lang tid før en uanmeldt bil i nedkjørselen foran huset ikke lenger var skremmende. Det kunne jo være barnevernet som hadde fattet akuttvedtak.

– Forstår du hvorfor barnevernet opprettet sak på dere?

– Ja, den første gangen. Jeg kan forstå at de ville sjekke ut en familie med fire langvarig ME-syke når de først hadde fått bekymringsmelding. Derimot forstår jeg ikke hvorfor det ble sendt bekymringsmelding. På det tidspunktet hadde alle barna diagnoser, de hadde et godt opplegg på skolen og oppfølging fra både fastlege og en lege som hadde spesialisert seg på



ME, sier mor Ellen, som mener fylkesnemnd-saken kunne vært unngått hvis barnevernet hadde skaffet seg oppdatert ME-kunnskap.

– Og jeg har ikke forståelse for barneverns-sak nr. 2. Den skulle aldri vært startet.

Mor Ellen hadde vært sykmeldt i lang tid før barnevernssakene. Hun forsto barnevernet slik at hvis hun var så syk som hun sa, kunne hun ikke ta seg av ungene.

– Vi *ville* ha hjelp, men tilbudene vi fikk var ikke nyttige. Så vi fikk barnevernssaker i stedet. Det er paradoksalt, mener trebarnsmoren.

### IKKE SÅ UVANLIG

Pasientens rett til å velge behandling står på spill her, mener familien Kallevik. De hevder også at både barnevernstjenesten og NAV tok i bruk maktmidler da de som pasienter avviste tiltak de mente ikke ville hjelpe dem.

I 2016 gjorde ME-foreningen på vegne av Helsedirektoratet en spørreundersøkelse blant familier med ME-syke barn og ungdommer. De ble spurt om sitt møte med skole, helsetjeneste og hjelpeapparat – og med barnevernet. Rundt 700 familier deltok. Ifølge undersøkelsen svarte en av fire familier at de hadde blitt «truet med barnevernet» av enten skole, helsevesen eller andre aktører i hjelpeapparatet. En av fem pårørende til barn under 18 år svarte at det har blitt sendt inn en bekymringsmelding til barnevernet som gjaldt omsorgen for barnet. Oppsummeringen viser også at «Foreldre har gått med på behandlingsopplegg som de mente ville være skadelig for barnet fordi de ble truet med barnevernet. I flertallet av disse tilfellene ble barnet dårligere.».

Assisterende generalsekretær Trude Schei i Norges ME-forening mener skolen vet for lite om hvordan den anstrengelsesutløste symptomforverringen ved ME fungerer. Utmattelse, smerter og andre symptomer først kommer i ettertid, når barnet er vel hjemme fra skolen.

– Barnet virket frisk på skolen, og lærerne kan bli bekymret for om barnet sykeliggjøres av foreldrene. Men lærerne ser ikke helheten, og at barnet må sove og hvile i timer eller dager når de kommer hjem.

### MISTRO - OG STØTTE

Ellen og ektemannen er enige om at varianter av psykosomatisk tankegang går igjen i alle problemene familien har møtt. Det vil si at hjelperne mener feilaktig tankegang ligger til grunn for sykdommen. Ekteparet minner om »

– Vi tre søsknene har mistet mye av barndommen og hele ungdomstiden, nesten all vennekontakt og skremmende mye skolegang

*Alise (20)*

- Det å vite at de ville ta meg vekk fra dem jeg er glad i, der jeg føler meg trygg, var sinnssvakt skremmende

Alise (20)

#### DOKUMENTASJON

Reportasjen bygger på en rekke dokumenter, blant annet bekymringsmeldingene til barnevernet, dommen i Fylkesnemnda 2013, barnas klage til Fylkesmannen 2015 og sakkyndighetsrapporten fra 2015.

#### GODKJENNING FRA DE TO YNGSTE

De to søsknene som ikke er intervjuet har begge lest gjennom hele reportasjen, og godkjent at den publiseres.

diagnosen magesår, som i lang tid ble forklart med stress og påkjenninger – inntil man fant at årsaken var en bakterie. De ser paralleller til de av dagens hjelpere som mener at ME kan «avlæres», at man kan tenke seg frisk, eller i alle fall friskere.

Altså måtte det være noe feil med deres motivasjon, tanker og handlinger, eller med familiesituasjonen siden de ikke ble bedre.

Også hjelpere som prøver å bygge behandlingsallianser for å få gjennomslag for kognitivt orientert behandling, oppleves som krevende.

– Psyke og soma påvirker hverandre. Det vet alle, og vi har jo også forsøkt mange kognitivt orienterte behandlings- og mestringstilnærminger. I beste fall var de unyttige, i verste fall skadelige ved at de syke ble sykere. Vi opplever at våre dyrekjøpte erfaringer ikke tas på alvor, og at vi påtvinges behandling som gjør oss sykere, sier de.

Pasient- og brukerrettighetsloven fastslår pasientens rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder, og at helsehjelp normalt bare skal gis med pasientens samtykke. Ellen gjorde seg noen tanker om dette da bestefar i familien fikk kreft. Hans erfaring med helsetjenesten sto i sterk kontrast til den holdningen hun selv og barna ble møtt med, mener hun.

– De var opptatt av hva *han* mente. Vi opplever ikke denne lydhørheten.

Samtidig vil foreldrene trekke fram fagfolk og hjelpere som støttet dem og som trodde på dem, blant andre barnas faste leger, og ikke minst skolene og lærerne som har fulgt barna i mange år. Lærerne var også blant dem som i barnevernssaken beskrev barna som trygge og ressurssterke, men veldig syke. Familien er svært takknemlig for all støtten de får.

Alise roser skolene:

– Personalet på skolene vi har gått på, har vært fantastiske. De så at jeg var syk, at jeg måtte legge meg ned innimellom. De fulgte mine oppturer og nedturer. Lærerne trodde på oss, og dermed gjorde rektor også det. Dette har hatt en enorm verdi for meg. Jeg lærte, ikke så mye som jeg ville, men lærte. Det var flotte folk.

#### ET FORSØK PÅ Å BLI FORSTÅTT

Familien mener det er strukturen og planleggingen som muliggjør den vesle graden av sosialt liv de faktisk klarer. Antakelig setter de større pris på sosialt samvær og høytidsmarkeringer enn de fleste andre, tror Ellen. I 2010, da Alise hadde avsluttet ungdomsskolen, lagde Ellen et fotoalbum om Alises oppvekst. Her ser vi Alise i korpsuniform, på feriereise, og når familien arrangerer «Jeg er bedre-fest» for henne på Lekeland. Men det finnes også bilder av henne i rullestol, i sykehussenga og på sofaen under et pledd. Foreldrene har lagt inn opplysninger om behandlingsforsøk og sykehusopphold.

Egentlig er det et informasjonshefte, forklarer Ellen. Det ble laget fordi hjelpeapparatet stadig ba om detaljert informasjon om sykdomsforløp og behandlingsforsøk, samtidig som mange av dem lette etter tegn på sykeliggjøring og overbeskyttelse. Heftet skulle informere, og samtidig vise at familiens fokus i stor grad er på andre ting enn sykdom. Men heftet har ikke hjulpet dem.

– Folk tolker inn det de ventet å se, tror jeg. ✕

Se også Fra praksis side 1168: «Hvem er fagperson og hvem er amatør?», om ungdommer med ME og deres møter med hjelpetjenestene.

# Kommentarer til ME-reportasjen

Personer og instanser som blir omtalt i reportasjen ble invitert til å komme med sine tilsvar og perspektiver. De har lest hele reportasjen. Siden familien er delvis anonymisert, er også disse personene anonymisert.

## NAV I KOMMUNEN

Lederen ved NAV i familiens hjemkommune har vært ansatt siden oktober 2017. Han påpeker at han ikke vet hvordan dialogen i møtene har fortonet seg, men svarer etter å ha satt seg inn i saken.

NAV-kontoret har i oppfølgingen arbeidet for å avklare arbeidsevne, i tråd med regelverket. I dette arbeidet har det vært vesentlig å ta hensyn til og anerkjenne situasjonen til moren i familien. På generelt grunnlag ønsker jeg å få mulighet til å si noe om hvordan NAV-veiledere jobber i oppfølgingen av personer på arbeidsavklaring. NAV-veilederen skal, sammen med personen det angår, lage en plan som inneholder aktiviteter som skal avklare arbeidsevne. Denne planen skal også følges opp. Etter regelverket skal aktiv behandling gjennomføres, eller arbeidsevne prøves ut i tiltak, for et en skal kunne motta arbeidsavklaringspenger. I oppfølgingen skal NAV være med på å synliggjøre muligheter, samtidig skal vi sikre at det skjer innenfor et gitt regelverk. Dette er en balanse mange veiledere i NAV kjenner på ofte, og vi har et stort ansvar for å opprettholde denne balansen, og kommunisere dette i møte med brukeren.

I oppfølgingen NAV-veilederen hadde med moren, ble det etter hvert klart at hverken arbeidsrettede tiltak eller foreslått behandling var aktuelt i hennes situasjon. Hun fikk innvilget uførepensjon da at hun søkte om dette.

Når NAV sender bekymringsmelding til barnevernet er det alltid barnas beste som ligger til grunn, og som offentlige tjenestemenn er NAV-veiledere pliktig å varsle fra om bekymringsverdige forhold. I slike situasjoner sitter

vi ikke med all informasjon, men gjør da vurderinger med bakgrunn i de opplysninger som er tilgjengelig. Det er Barnevernet som utreder om det da er grunn til bekymring og om eventuelle hjelpetiltak skal iverksettes.

## BARNEVERNLEDER I KOMMUNEN

Barneverntjenesten har etter loven en plikt til å undersøke saken når det kommer inn en bekymringsmelding. Jeg har stor forståelse for at kontakten med barneverntjenesten kan oppleves som en belastning for familien, og synes det er trist at barna har vært redde.

Etter at saken var behandlet i Fylkesnemnda i 2013 ønsket ikke familien tiltak fra barneverntjenesten. Saken ble derfor avsluttet fra barneverntjenesten sin side, selv om Fylkesnemnda konkluderte med at familien trengte omfattende hjelp.

Den andre bekymringsmeldingen kom ca. 1 ½ år senere; fra en annen offentlig instans enn den første bekymringsmelding. Dette utløser, etter barneverntjenestens vurdering, en plikt til å gjennomføre ny undersøkelse. Med bakgrunn i sakens kompleksitet ble det besluttet å oppnevne sakkyndig psykolog. Denne fikk et bredt mandat for å undersøke barnas omsorgssituasjon. Mandatet inneholdt 15 punkter som den sakkyndige skulle kartlegge og vurdere, og der det ble bedt om anbefaling i forhold til eventuelle videre tiltak. Den sakkyndige ble gitt frihet til å skaffe seg den informasjon som var nødvendig for å gjennomføre oppdraget, herunder kunnskap om ME-sykdommen.

Den sakkyndige anmodet selv om en medsakkyndig med ME kompetanse. Dette ble imø- >>



tekommet av barneverntjenesten, og med-sakkyndig ble oppnevnt med tilhørende begrenset mandat. Barneverntjenesten har deretter fulgt de sakkyndiges anbefaling fullt og helt i denne saken.

Saken illustrerer at det er svært utfordrende å vurdere omsorgssituasjonen i en familie der samtlige barn og en av omsorgspersonene er rammet av ME.

### TIDLIGERE SKOLESJEF I KOMMUNEN

Siden barna hadde stort skolefravær, var det min plikt som skolesjef å involvere meg med tanke på å gi barna og familien best mulig og relevant hjelp. Både kommunale hjelpeinstanser og Fylkesmannen mente da at det var en bekymringsmelding til barnevernet som måtte til. I bekymringsmeldingen bad jeg derfor om at familien måtte få relevant hjelp og støtte. På bakgrunn av tett kontakt med skolene og lærerne, var det ikke mitt inntrykk at disse barna var sterkt preget av manglende skolegang. Heller var det slik at de fikk maksimalt ut av det de var i stand til å ta imot av undervisning. Selv hadde jeg altså ingenting å påpeke av svikt.

Dette er et område med liten kunnskap. Etter mitt syn blir ME-rammede familier ofte møtt med manglende forståelse. Jeg syntes familien ble mistenkeliggjort, og at man var ensidige i sitt syn på dem. Jeg har derfor på generelt grunnlag engasjert meg i at dette er et område som trenger større oppmerksomhet fra myndighetene gjennom blant annet forskning og kunnskapsdeling.

### FYLKESLEGE/ AVDELINGSДИРЕКТОР I FYLKET

Viser til din vedlagte artikkel. Jeg har, med hjelp fra utdanningsavdelingen her hos oss, gjennomgått sakene vi har vedrørende familien har hos Fylkesmannen i Aktuelt fylke.

Det stemmer at utdanningsavdelingen hadde en sak i 2012, og Helse, sosial og barnevernavdelingen hadde saker i 2014, som gjaldt BPA, og i 2015, der det ble bedt om settebarnevern. Svaret vedrørende settebarnevern ble sendt til advokaten som representerte familien i januar 2015, mindre enn en måned etter at begjæringen ble framsatt. ✘

## DERFOR

Redaksjonen begrunner sine valg

# Profesjonell nærhet

**REDAKSJONEN SENDTE MEG** på reportasjetur til en hardt ME-rammet familie. Vi kjente til at mange med denne diagnosen føler seg mistrodd av hjelpetjenestene og av barnevernet. Nå hadde vi funnet en familie som ville fortelle om sine erfaringer som kulminerte i to barnevernssaker.

Vi har hatt mye kontakt på epost før jeg reiser. Jeg får vite at familiens motiv for å stille til intervju er å hjelpe andre i samme situasjon. Samtidig er de redde, skriver far i familien, og sender meg en rekke dokumenter fra saken i håp om at jeg skal forstå familiens situasjon. Vi diskuterer anonymisering og vinkling, og jeg forklarer at hvis det kommer anklager fra familien, må de det gjelder få svare i samme utgave som den journalistiske saken presenteres.

**Det blir et sterkt møte** med familien, og spesielt med 20-åringen Alise, som forteller konkret og nært om livet med årelange smerter, utmattelse og skuffelse over ikke å klare skolegangen og å miste vennskap med jevnaldrende. Aller verst var angsten for å bli skilt fra foreldre og søsken da barnevernet innstilte på det, forteller hun. Min journalistiske distanse slår sprekker. Det er umulig å ikke bli berørt.

**Jeg kjenner på rollekonflikten.** Jeg føler empati for mine intervjuobjekter. De åpnet opp, og fortalte meg om sine vondeste opplevelser. Neste skritt for meg er å kontakte partene som må få uttale seg: NAV, barnevernet, Fylkesmannen og en skolesjef. De har rett til å imøtegå familiens fremstilling og til å begrunne sine valg. For å kunne gjøre det, må familien frita dem fra taushetsplikten – de må fylle ut skjemaer og sende sin ID. Det blir min jobb å kontakte familien, og jeg vet det vil trigge angst og bekymring hos dem. De har vært i konflikt med både NAV og barnevernet, som nå skal kunne imøtegå deres fremstilling offentlig.

**Som menneske** føler jeg på at jeg setter dem i en vond situasjon, og at det er jeg som nå overlater dem til andres vurdering og fortolkning. Som journalist står jeg fullt inne for presseetikken: De anklagede må få svare. Saken blir bedre av det.

**Er jeg uprofesjonell** når jeg ønsker å være en omsorgsfull journalist? Etikkforsker Anita Ekeberg mener at empati med kilden ikke trenger å stå i motsetning til å være kritisk journalist. Men nærheten må ikke forveksles med intim fortrolighet, skriver hun i en vitenskapelig artikkel fra 2011. «Nærheten må snarere forstås som en profesjonell nærhet.» Jeg lytter gjennom lydfilen med familiens fortelling, og begynner skrivingen. Jeg ønsker å gjenskape møtet med familien i teksten – og å vekke gjenklang hos leserne. Samtidig må saken få flere nyanser ved at de involverte får en stemme. Jeg tror det er i denne kombinasjonen utfordringene og styrken i journalistikken ligger. Samtidig vet jeg at noen ganger er det fristende å gå langt – kanskje for langt – inn på kildens banehalvdel for å få informasjonen man ønsker. ✘

*Nina Strand, journalist i Tidsskrift for Norsk psykologforening*



**VANT** Akademikerne og forhandlingsleder Rune Frøyland vant fram i arbeidsretten nylig. I bakgrunnen Bjørn Ove Ekern Kvavik, seksjonssjef og advokat i Legeforeningen. Foto: Psykologforeningen

# - Psykologforeningen står sterkere

Seieren i arbeidsretten er bra for arbeidstakere flest, og den er bra for psykologer, mener forhandlingsleder Rune Frøyland.

**KAN RIKSLØNNSNEMNDA TVINGE** sykehuslegene til å jobbe med vide unntak fra arbeidsmiljølovens bestemmelser om arbeidstid? Nei, konkluderte arbeidsretten den 6. november i konflikten mellom Spekter og Akademikerne helse. Dommen ble avsagt med dissens.

## - PSYKOLOGFORENINGEN STERKERE

Psykologforeningen står ifølge forhandlingsleder Rune Frøyland sterkere etter dommen.

– Dommen sier at fagforeninger skal lyttes til, og at det er fagforeninger som best kan vurdere hva som er forsvarlige arbeidsvilkår når det skal arbeides ut over arbeidsmiljølovens grenser. Det betyr at også Psykologforeningen står sterkere til å definere nødvendige vernehensyn som må tas når vi er med på å tillate arbeidstid ut over arbeidsmiljølovens grenser.

Slike tillatelser har også Psykologforeningen gitt, for eksempel om barneverntiltaket MST, ifølge Frøyland.

Multisystemisk terapi (MST) er et behandlingstilbud som drives av Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat). I MST møter terapeuten familien hjemme, på tidspunkter som passer for familien. Foreldrene har mulighet til å ta kontakt med terapeuten hvis de har behov for det, 24 timer i døgnet, sju dager i uka.

– *Er det noe du vil framheve i dommen som kan ha spesiell interesse for psykologer?*

– Arbeidstidsspørsmål kan bli en vanligere sak på dagsorden fremover, også for psykologer, og det er bra at fagforeningens rolle nå er slått fast, sier Frøyland, som også er visepresident i Norsk psykologforening med ansvar for lønns- og arbeidsmarkedspolitikken.

## TEKST

Øystein Helmikstøl



Visepresidenten fremholder at psykologer har interesse av samarbeid i hovedorganisasjonen Akademikerne.

– Det er flott for psykologer og for Psykologforeningen at prosessen med streik og arbeidsrett har vist et felles, sterkt og handlingskraftig akademikersamarbeid.

### HISTORISK

Det er første gang arbeidsretten behandler en sak som denne.

Dommen er ifølge Rune Frøyland historisk og viktig for alle fagforeninger ettersom den sier at Rikslønnsnemnda ikke har ubegrenset myndighet til å fastsette løsninger på streikekonflikter.

– Dette er ikke slått fast tidligere. Tvert imot har Arbeids- og sosialdepartementet prøvd å definere at en rikslønnsnemnd har fullstendig myndighet og makt til å fastsette nye avtaler mellom parter i konflikt. Dommen sier det motsatte, og gjør at arbeidsgivere fremover ikke så trygt kan spekulere i at en streik skal havne i rikslønnsnemnd, slår Frøyland fast.

Han håper nå at arbeidsgivere i større grad vil kjenne presset på å finne løsninger ved hjelp av forhandlinger og mekling. Dette gjør forhandlingsretten mer reell, ikke bare i helsesektoren, men i hele arbeidslivet, mener han.

– Utfallet av arbeidsrettens behandling er vi svært tilfreds med. Dommen bygger opp om demokratiet og medbestemmelse i norsk arbeidsliv, noe som er bra for arbeidstakere og for den vellykkede «norske modellen». Dommen gjør at både arbeidsgivere og lønnsnemnd mer nøye må vurdere sin instruksjons- og styringsrett. Det er bra for arbeidstakere flest, og det er bra for psykologer som jobber i situasjoner som ikke bare er på dagtid mellom 08.00 og 17.00, skriver Frøyland i en e-post.

### - UOVERSIKTLIG

Da Psykologtidsskriftet gikk i trykken, var det fortsatt uklart hvordan en ny tariffavtale mellom partene skal se ut.

Dagens Medisin har kontaktet flere sykehusdirektører og RHF-direktører for å høre hvordan de vurderer situasjonen etter dommen.

Helse Vest-direktør Herlof Nilssen karakteriserer det som en uoversiktlig situasjon. Han vil ikke kommentere om det var en uklok dom.

Fafo-forsker Åsmund Arup Seip er ifølge Dagens Medisin overrasket over legedommen, som han mener vil vanskeliggjøre konfliktløsning også i andre bransjer.

– Dommen gir fagforeninger et pressmiddel. Dommen gjør jobben vanskeligere for Rikslønnsnemnda, sa han til Dagens Medisin 9. november. Til Psykologtidsskriftet utdyper han:

– Det største problemet er kanskje at rikslønnsnemnda nå ikke kan fylle sin funksjon i det norske forhandlingssystemet. Derfor vil myndighetene i fremtiden ved lov sikre at rikslønnsnemnda får den nødvendige kompetansen til å løse sine oppgaver. Dagens situasjon kommer nok ikke til å vedvare. ✘

### AKTUELT

## Populært om utviklingstraumer

– Kunnskapen om utviklingstraumer forplikter, uttalte barnepsykolog Kerstin Söderström til et fullsatt cafélokale under lanseringsseminaret for temanummeret om utviklingstraumer.

– Flytt ressursene over der liv og relasjoner skapes, uttalte skribent og pasient Birgit Udem på seminaret den 9. november, som var et samarbeid mellom PsykOpp og Psykologtidsskriftet. Café Sting i Stavanger var fylt til randen av psykologihungrige mennesker. Billettene hadde på forhånd blitt revet bort, for i byen var det samlet over 1000 helsearbeidere til den årlige konferansen Schizofrenidagene. Tema for samtalen var utviklingstraumer – og hvilke konsekvenser kunnskapen bør få for hvordan vi skaper helsetjenester.

Foruten Birgit Udem, besto panelet av barnepsykolog Kerstin Söderström og ISTDP-terapeut Henning Melhus. Gjesteredaktør Dag Nordanger innledet samtalen og sjefredaktør Bjørnar Olsen styrte ordet.

Panelet var enige om at behandlingsapparatet har problemer med å fange opp utviklingstraumer. Effektivitetskravet i psykisk helsevern skaper rammer som begrenser tilbudet, hevdet Melhus. Söderström uttalte at kunnskapen om traumers betydning for barns utvikling har vært der lenge, men ny forskning fra nevrovitenskapen gjør at kunnskapen «står på fast».

– Vi har en forpliktelse med denne kunnskapen, fremmet hun.



FOTO: JANINGE HAGA

Fra venstre: Birgit Udem, Henning Melhus, Kerstin Söderström og Bjørnar Olsen.

Forpliktelsen handler om å komme inn tidlig for å hjelpe de aller minste, understreket Söderström.

Samtalen om utviklingstraumer ble streamet, og videoen ligger ute på Psykologtidsskriftets Facebook-side.

*Psykologtidsskriftet*





**FRIKJENT** En helsefagarbeider (45) fra Buskerud ble frikjent for alle anklager om seksuelle overgrep i en rettsak i Borgarting lagmannsrett nylig.

## AKTUELT

# Barnepsykolog med sterk kritikk mot avhør av barn

Avhørsekspert og barnepsykolog Annika Melinder kommer med sterk kritikk mot politiet for manipulerende teknikker i to avhør av barn. Retten nektet å høre hennes vurderinger i en påstått overgrepssak, der en 45-åring nylig ble frikjent.

**TEKST** Øystein Helmikstøl | **FOTO** Fartein Rudjord

**E**n 45-årig helsefagarbeider ble i Borgarting lagmannsrett i Drammen nylig frikjent fra alle anklager om overgrep mot datteren. Mannen var i tingretten dømt til fire år og tre måneders fengsel.

En utspørring foretatt av en fostermor, og to avhør gjennomført ved Statens barnehus i Oslo av spesialutdannet politi, ble anført som det sentrale beviset mot Buskerud-mannen.

### - MANIPULERENDE TEKNIKKER

Etter tingrettsdommen mot helsefagarbeideren, og før ankesaken skulle opp i Borgarting lagmannsrett, fikk psykologiprofessor og barnepsykolog Annika Melinder i oppdrag fra forsvarer Nora Hallén å vurdere de to avhørene ved Statens barnehus.

Melinder brukte 24 timer på en sakkyndigvurdering i saken, der mandatet fra forsvarer var å vurdere om avhørene på til sammen fire timer er gjennomført på en korrekt måte, herunder hvordan spørsmålene er utformet, og hvordan de stilles.



## Dette er saken

### 29. september 2015:

Dommeravhør ved Statens barnehus Oslo av en helsefagarbeiders (45) datter.

### 2. oktober 2015:

Nytt regelverk om avhør av barn: Avhørene blir overført fra domstolene til politiet.

### 5. oktober 2015:

Tilrettelagt avhør ved Statens barnehus Oslo av datteren.

### 27. juni 2016:

Tiltale tatt ut etter ordre fra Riksadvokaten.

### 7. desember 2016:

Helsefagarbeideren dømmes til fengsel i 4 år og 3 md. i Kongsberg og Eiker tingrett for seksuelle overgrep mot datteren. I tillegg må mannen betale 175 000 kroner i erstatning. Mindretallet ved lekdommer Øivind Bjarne Kvinge vil frifinne.

### 31. oktober 2017:

Sakkyndigrapport: Avhørsekspert og barnepsykolog Annika Melinder med sterk kritikk av de to avhørene ved Statens barnehus.

### 7. til 10. november 2017:

Ankesak i Borgarting lagmannsrett i Drammen tinghus. Helsefagarbeideren og 15 vitner forklarte seg.

### 10. november 2017:

Helsefagarbeideren blir frikjent.

### 13. november 2017:

Enstemmig frifinnelse for siviltvil krav om erstatning.

Se også *Dagsavisen Fremtiden*  
fredag 17. november

– Flere forhold er problematiske ved vurderingen av påliteligheten i informasjonen som kom frem i avhørene.

Det skriver Melinder i sakkyndigrapporten om de to avhørene.

Melinder er leder av en forskningsenhet ved Psykologisk institutt i Oslo som blant annet har undersøkt temaer knyttet til avhør, tilrettelagte avhør og sekvensielle avhør av barn. Som klinisk psykolog har Melinder arbeidet med barn og unge innen psykisk helsevern og barnevern. Hun har vært medlem av Den rettsmedisinske kommisjon og er i dag leder for utvalget i rettspsykologi og sakkyndighet i Norsk psykologforening.

Psykologtidsskriftet har sett de to avhørene av datteren både i tingretten og i lagmannsretten, og vi har også fått tilgang til den ti sider lange sakkyndigrapporten der Melinder vurderer dem.

– Ledende og gjentatte spørsmål, press vekselvis med belønninger, hypotetiske spørsmål og bruk av for fornærmede viktige personer som referanser og manipulerende teknikker går igjen i avhørene. Avhører har et sett med informasjon som hun søker bekreftet, er en av Melinders konklusjoner.

Sekvenser både i det første og oppsummeringene i det andre avhøret er ifølge psykologiprofessoren sammensatt av ledende og gjentatte spørsmål, hypotetiske spørsmål og selektert emosjonell inntoning fra avhørers side.

– Jeg er nokså skeptisk til påliteligheten i jentas responser, avslutter Melinder sin rapport om de to avhørene.

### VITNEPSYKOLOGI VS. TRAUMEFORSTÅELSE

Statsadvokat Jan Eivind Norheim fra Oslo statsadvokatembete var aktor i saken. Han ville ikke at retten skulle høre psykologiprofessor Annika Melinders vurderinger. Aktor fikk medhold av lagmannsretten.

Annika Melinder ble nektet å legge fram sin rapport og konkrete vurderinger, hun forklarte retten om avhør av barn på generelt grunnlag.

Politioverbetjent og fagspesialist for tilrettelagte avhør Tone Davik fra Kripos var sakkyndig vitne fra påtalemyndighetens side. Hun påpekte på generelt grunnlag at det viktige er å se på hvordan mistanken om overgrep kom frem, og hvem som har snakket med barnet.

I retten kom det frem at hun ikke bestrider det Annika Melinder sa om vitnepsykologi, men hun fremholdt at politiet de siste årene har tatt inn kunnskap fra traumefeltet.

Hun forsvarte at politiet konfronterer barn med noe de skal ha sagt i en annen sammenheng.

– Det ideelle er en fri forklaring, men er det realistisk? spurte Davik.

Davik har tidligere uttalt seg sterkt kritisk til psykolog Miriam S. Johnsons konklusjoner fra sin forskning<sup>1</sup>.

Forsvarer Nora Hallén trakk nettopp fram Johnson, som i en landsrepresentativ studie av 224 barneavhør i overgrepssaker gjennomført i perioden 2002-2012 forsket på hvilke typer spørsmål politietterforskere stiller.

Johnsons funn viser at andelen av de mest anbefalte spørsmålene, åpne spørsmål, utgjør en svært lav prosentandel. I løpet av en periode på 22 år er det ingen positiv utvikling i form av økt bruk av åpne spørsmål, ifølge Johnsons funn.

1. Aftenposten 28. oktober 2015: «Politiet stiller like mange ledende spørsmål i barneavhør som før»

Ledende spørsmål påvirker avhøret svært negativt og kan ifølge Johnson få barn til å fortelle om hendelser som ikke har skjedd<sup>2</sup>.

### INGEN BEVIS

Det var som i mange andre lignende straffesaker ingen tekniske bevis mot helsefagarbeideren.

Også aktor påpekte svakheter ved hele utgangspunktet for straffesaken, både utspørringen av jentas fostermor og de to avhørene gjennomført av politiet.

– Denne typen spørsmål kan innby til svar i en viss retning, sa aktor Norheim om en utspørring hos jentas fosterfamilie.

I retten kom det fram at jentas fostermor helt fra starten av omsorgsovertakelsen i april 2014 hadde mistanke om at barnet var utsatt for overgrep, selv om jenta ikke hadde fortalt noe om det. Det er heller ikke rapportert at hun har snakket om overgrep i andre sammenhenger. Ingen andre som har forklart seg i saken, mistenkte overgrep.

Jenta fikk en bok av fostermor om overgrep og omsorgssvikt. Fostermoren hennes ba jenta svare på ja- og nei-spørsmål om overgrep. Hun svarte ja på fostermorens spørsmål om faren hadde berørt hennes kjønnsorgan, og hun svarte ja på spørsmål om hun hadde berørt farens kjønnsorgan. Jenta var på tidspunktet for utspørringen og avhørene ikke fylt åtte år. Forholdene hun svarte bekreftende på, skulle ha skjedd da hun var mellom tre og et halvt og fem og et halvt år.

Jentas fosterforeldre varslet barnevernet, og forholdet ble anmeldt til politiet. Hun ble avhørt høsten 2015. Jenta forteller ikke fritt om overgrep i avhørene. Når avhører til slutt konfronterer jenta med det hun skal ha svart fostermor, bekrefter jenta dette.

### KNALLHARD KRITIKK

– Kanskje man kan kritisere avhører for måten hun stiller spørsmål på, antallet ganger hun stiller spørsmål og tar opp ulike temaer, sa aktor Norheim i prosedyren.

Lagdommer Halvor Aas gikk enda lenger i en tydelig rettsbelæring.

– Vi mennesker er slik at det er vanskelig å gå tilbake på det man har sagt. Og barn vil i en

.....

2. <https://www.sv.uio.no/psi/forskning/aktuelt/arrangementer/disputaser/2015/Sinkerud/presse.html>



**SAKKYNDIG** Psykologiprofessor Annika Melinder var sakkyndig i en straffesak nylig, der en mann fra Buskerud ble frikjent for overgrep mot datteren. Foto: UiO.

del tilfeller forsøke å tilpasse seg til det barnet tror den det snakker med, ønsker. Her er det to lange avhør, der fornærmede særlig mot slutten av det første er tydelig sliten. Avhører, antakelig ubevisst, gir signaler med blant annet kropp og stemme når fornærmede forteller noe som avhører finner interessant, sa Aas og fortsatte:

– Når barn i en slik situasjon konfronteres direkte med at «jeg vet hva du har sagt», er det naturlig at barnet forsøker å tilpasse forklaringen til det man tror avhører vil høre, sa Aas og fortsatte:

– Det er uheldig at avhører, etter at fornærmede har blitt konfrontert med hva hun har sagt tidligere til fostermor, ikke forsøker å finne og avklare alternative forklaringer. Det er på mange områder slik at man finner bekreftelser på det man leter etter, ut fra den hypotesen man har.

### – KARDINALFEILEN

Advokat og partner i Advokatfirmaet Elden, Nora Hallén, forsvarte helsefagarbeideren i Buskerud-saken, både i ting- og lagmannsretten. Hun mener manglene og svakhetene ved de to barneavhørene kom godt fram i saken.

I prosedyren understreket Hallén at jenta blir konfrontert åtte ganger i avhørene med det hun skal ha fortalt fostermoren. Hun viste til utskrift av avhørene, som viser at først på den 48. av 57 sider inn i det første avhøret, kommer det bekreftende svar på spørsmål om overgrep.

– Hva mener du er de største svakhetene ved de to avhørene av frikjentes datter?

– Kardinalfeilen er at politiet bruker en samtale som har skjedd i forkant, som en sannhet i avhøret med barnet. I samtalen i forkant har ikke barnet fritt fortalt noe som helst, men hun blir konfrontert med ledende og lukkede spørsmål. Så blir datterens svar i denne samtalen brukt av politiet som konfrontasjon i avhøret med henne, etter at hun heller ikke i avhøret, lenge, forteller noe som helst om overgrep. Dette er kardinalfeilen, som følger begge avhørene, sier Hallén.

– I tillegg bruker politiet mer eller mindre alle typer pressmidler i begge avhørene.





**I RETTEN** Aktor Jan Eivind Norheim og forsvarer Nora Hallén like etter at en mann fra Buskerud ble frikjent for anklager om overgrep. Foto: Øystein Helmikstøl

## Relaterte saker

Psykologtidsskriftet har som eneste representant for pressen, og stort sett som eneste tilhører, fulgt prosessen mot **helsefagarbeideren** i Buskerud både i ting- og lagmannsretten.

Vi har også fulgt prosessen mot en **bilmekani-ker** (45) fra Oslo med utenlandsk opprinnelse i Oslo tingrett og i Borgarting lagmannsrett. Mannen ble den 22. mai 2017 dømt til fengsel i 8 år og 6 md. for seksuelle overgrep mot datteren. Det var ingen tekniske bevis i saken. Avhør av barn var sentralt.

Psykologtidsskriftet skal følge en ankesak i Gulating lagmannsrett den 4. desember mot en **oljearbeider** (43) som i Haugaland tingrett den 31. mars 2016 ble dømt til fengsel i 9 år for overgrep mot datteren. Avhør av barn var sentralt.

### - GAL RETNING

*- Hvordan er standarden på barneavhør i Norge i dag?*

- Jeg kan bare snakke ut fra de sakene jeg har hatt. Den opplevelsen jeg har, er at politiet dessverre ofte går inn i denne type saker med en tanke om at noe har skjedd, og da handler det om å få dette bekreftet. Da skal det fram. Politiet burde i større grad gått mer åpent inn i avhørene med den tanken at det kanskje ikke har skjedd noe, sier Hallén.

Hun mener at politiet gjennomgående bruker for mye ledende spørsmål og for mange lukkede spørsmål.

- Politiet fremstår heller ikke så oppmerksomme på at barn i så stor grad kan la seg lede.

*- Skiller avhørene i denne saken seg fra avhør i lignende saker?*

- Jeg var ikke forsvarer da avhørene ble gjennomført, men reagerte sterkt da jeg både så og leste dem. Men tendensen i lignende avhør er den samme.

- Generelt vil jeg si at endringen som ble gjort med tilrettelagte avhør, der det nå er en påtaleleder som er ansvarlig for avhørene, og det ikke nødvendigvis er forsvarer til stede, var en utvikling i gal retning. Det er svært problematisk at det ikke gjennomgående er forsvarer til stede i samtlige avhør av barn. Endringen ble blant annet begrunnet med at det ville gi siktede bedre mulighet til å stille spørsmål i et eventuelt supplerende avhør, etter å ha sett det første.

Hallén mener Buskerud-saken er et godt eksempel på at om man gjennomfører det første avhøret på en metodisk lite tilfredsstillende måte, vil det andre avhøret fort kunne bli en bekreftelse av det første.

- Min opplevelse med å være i avhør med en dommer kontra en påtaleleder er at dommerne var mer nøytrale. De stanset flere avhør hvis de mente at man ikke skulle presse barnet lenger.

## GRÅT AV GLEDE

Den frikjente Buskerud-mannen gråt av glede da jurylederen leste opp frifinnelsen.

– Jeg er så lettet og glad etter å ha kjempet i to og et halvt år for sannhet og rettferdighet. Folk har løyet om meg, jeg er blitt spyttet på i gata og har blitt kalt pedofil. Det har vært en episode der noen la avføring på trappa mi. Det er en fantastisk følelse å være frikjent, jeg har ikke ord, sa mannen til Psykologtidsskriftet like etter at juryen svarte nei på alle spørsmålene om skyld.

Jentas bistandsadvokat Skjalg Jarnang kommenterer frifinnelsen slik til Psykologtidsskriftet:

– Lagretten har gjort sin vurdering, og jeg tar frifinnelsen til etterretning.

Bistandsadvokaten ønsker ikke å kommentere de to politiavhørene eller det som ellers kom fram i retten.

Riksadvokaten hadde nettopp fått saken da Psykologtidsskriftet gikk i trykken, og skal på vanlig måte vurdere hvorvidt dommen skal ankes.

– Bevisbedømmelsen under skyldspørsmålet kan uansett ikke ankes Høyesterett, så det er bare aktuelt å anke hvis det er noe som tyder på at lagmannsretten har anvendt loven uriktig, noe som vanligvis er umulig å vite, i og med at juryen ikke begrunner sin avgjørelse, eller har begått saksbehandlingsfeil, skriver Guri Lenth, førstestatsadvokat ved Riksadvokatembetet i e-post.

## – ORDNINGEN BØR EVALUERES

Avhører som foretok avhørene av jenta ved Statens barnehus Oslo er en ansatt politi ved politidistriktet i Buskerud. Vedkommende er kjent med kritikken, men det har foreløpig ikke lyktes å få en kommentar.

Leder ved Statens barnehus Oslo, Astrid Johanne Pettersen, sier dette:

– Jeg kan ikke kommentere på enkeltsak. Men, det er de siste 10 årene arbeidet hardt innen justissektoren for å utvikle og bedre kvaliteten på avhør av barn, unge - og særlige sårbare voksne. Her er Norge i front i Europa. Ordningen med tilrettede avhør fra oktober 2015 er et skritt i riktig retning.

Hun understreker likevel at de har utfordringer.

– I det daglige arbeidet er utfordringene de strenge tidsfristene som gir politiet et svært begrenset tidsrom for forberedelse av avhørene og tilrettelegging rundt avhøret generelt. Sakene er svært sammensatte og krevende. Ordningen bør evalueres, ikke minst med tanke på ressurssetting. Fagmiljøene må styrkes og evaluering av kvaliteten på arbeidet er, og må være, høyt prioritert på alle nivåer i straffesakskjeden.

Fostermor som foretok utspørring til jenta om overgrep, skriver følgende i en sms til Psykologtidsskriftet: «Da saken tross alt har vært en stor belastning for meg, ønsker jeg å legge den bak meg. Derfor ønsker jeg ikke å gi ytterligere kommentarer i saken.» ✕

## – Må konfrontere barnet

Statsadvokat Jan Eivind

Norheim svarer på kritikken mot barneavhørene i Buskerud-saken.

**STATSADVOKAT JAN EIVIND** Norheim, som var aktor i Buskerud-saken, opplyser til Psykologtidsskriftet at han tar til etterretning at lagretten svarte nei på skyldspørsmålet.

– *Hva vil du si om kritikken mot de to barneavhørene som kom fram i retten, blant annet i rettsbelæringen?*

– Jeg noterer meg at rettens leder redegjorde utførlig i rettsbelæringen for hva han mente var mangelfullt med avhørene av fornærmede, og hvilken betydning han mente dette måtte få. Det kom også tydelig fram under utspørring av vitner hva dommerne mente måtte bli sakens utfall, mener Norheim.

Han skriver i e-post at på generelt grunnlag er det stor variasjon i hvordan barn ter seg i avhør, og på hvilken måte informasjon fra barnet fremkommer.

– Under etterforskningen må politiet – som når voksne avhøres – fra tid til annen måtte konfrontere barnet med annen informasjon som ligger i saken. Så får en vurdere den nærmere bevisverdien av avhøret deretter. Den konkrete kritikken kan jeg ikke kommentere, utover at det etter min erfaring er uvanlig at rettens leder går så langt i å legge føringer for hvordan lagretten bør bedømme bevisene i saken.

Lagdømmer Halvor Aas skriver dette i en e-post:

– Det vil være feil av meg å gi kommentarer til saken eller til de øvrige aktørers kommentarer, ut over å vise til avgjørelsen.



# Som man spør får man *ikke* svar

Hvordan vet man egentlig om en pasient i terapi har fått det bedre eller ikke? Et forskningsmiljø ved Modum Bad mener å ha funnet et godt svar.

## TEKST

Per Olav Solberg

en vitenskapelig artikkel i denne utgaven av Psykologtidsskriftet (se side 1160), skriver Tomas Formo Langkaas og kollegaer om en metode som skal gjøre det sikrere å finne ut om en pasient i terapi har fått det signifikant bedre eller ikke. Metoden går ut på å bruke tilbakemeldingsskjema som pasienten fyller ut, gjerne før hver time, knyttet til pasientens spesifikke lidelse. Deretter sammenlignes svarene pasienten gir, mot publiserte normdata som finnes for skjemaet som er brukt. Over tid kan man da få et bilde av om terapien går i riktig retning.

– *Hvorfor er det ikke nok å ha dialog med pasienten om opplevd endring og bedring?*

– Dette er ikke tenkt som et alternativ til dialog om hvordan det går, men som et tillegg. Man skal selvsagt spørre pasienten, men det ligger noen feilkilder her: Selv om pasienten sier at det går bedre, kan det være vanskelig å vite hva pasienten sammenligner med. Som terapeut kan jeg da tro at det går bedre enn det faktisk gjør. Og motsatt: Jeg som terapeut kan tenke at nå har pasienten oppnådd bedring, nå kan vi avslutte. Men det kan likevel vise seg at pasienten er et godt stykke unna et normalt fungeringsnivå, det er derfor grunn til å gjøre mer. Tilbakemeldingsskjemaer kan gi informasjon som er vanskelig å fange opp i dialogen, og som gjør det lettere å justere kursen, forklarer Formo Langkaas.

## STARTET MED PTSD

Som mye annen forskning startet prosjektet med et praktisk problem som skulle løses, ca. ti år tilbake i tid, på Modum Bad.

– Vi var et team som skulle trene oss opp til å bli gode på behandling av posttraumatisk stresslidelse (PTSD). Vi ville begynne med behandlingsforskning, men først ønsket vi å trene oss opp til å bli gode behandlere. Da ønsket vi å få god informasjon underveis om hvor stor endring vi fikk til. Vi begynte å lete i forskningslitteraturen og fant fram til den metodikken vi nå har skrevet en vitenskapelig artikkel om, sier han.

En av de mest interessante erfaringene fra PTSD-prosjektet på Modum var at behandlerne, gjennom skjemaene, klarte å fange opp pasienter der det ikke skjedde vesentlige endringer til det bedre. Behandlerne kunne tenke at pasienten var blitt bedre, men da de stilte fokuserte spørsmål med utgangspunkt i tilbakemeldingsskjemaet, oppdaget de at det hadde skjedd lite eller ingen signifikant endring.

– Metodikken hjalp oss til å holde fokus i behandlingen der vi trengte å gjøre en ekstra innsats. Vi hadde ikke like lett fanget opp dette uten dette verktøyet, slår han fast.

– *Hvordan skiller metodikken seg fra andre tilbakemeldingsverktøy (f.eks. KOR) som har blitt vanlig å ta i bruk?*



**TOMAS FORMO LANGKAAS** ønsker å bruke verktøy i behandlingen som er nyttige for både behandler og pasient. Foto: Simon Grahl

– De mer etablerte tilbakemeldingssystemene er mer generelle og kan brukes på alle typer lidelser. De fanger ikke like godt opp konkrete problemer knyttet til spesifikke psykiske problemer. Vår metode kan brukes på alle typer spesifikke lidelser, så lenge det er utviklet et tilbakemeldings-skjema for lidelsen og det finnes tilgjengelige og relevante normdata å sammenligne med.

Ifølge Formo Langkaas er det heller ingenting i veien for å bruke metoden for pasienter som sliter med flere diagnoser samtidig, såkalt komorbiditet.

– Hvis behandleren finner ut at pasienten sliter både med angst og depresjon, så kan du bruke to ulike skjemaer som fanger opp disse diagnosene. Forskjellen er at pasienten da fyller ut to skjemaer istedenfor ett.

– *Jeg får følelsen av at streng diagnosetenkning ligger bak bruken av disse skjemaene: Først finner man diagnosen, deretter leter man fram et skjema som passer til diagnosen, til slutt svarer pasienten på spørsmålene i det relevante skjemaet knyttet til diagnosen psykologen har gitt. Hva med alt som ikke fanges opp, eller hvis man diagnostiserer feil?*

– Metoden er i utgangspunktet ikke knyttet til diagnoser, men til psykologiske problemer. De som utviklet metodikken i sin tid, brukte dette i parterapi for å måle hvor godt parforholdet fungerte. Så lenge et problem er mulig å måle eller definere, kan denne metodikken være nyttig.

## RESSURSBRUK VS. NYTTE

En gjennomgående kritikk av psykisk helsevern de siste årene, sett fra psykologhold, har blant annet handlet om New Public Management, økt krav til dokumentasjon, mer tid brukt på administrasjon som kan gå utover tid med pasienter, for å nevne noe.

– *Er ikke skjemaveldet i psykisk helsevern stort nok som det er? Vil ikke metodikken deres kunne oppleves som nok en tidstyv?*

– Jeg er opptatt av at de verktøyene vi bruker i psykisk helsevern, skal være nyttige og hjelpe oss til å gjøre en bedre jobb. Dette verktøyet opp-

stod på grunn av et klinisk behov, det var ikke noe vi ble pålagt å bruke. En interessant konsekvens var at vi kunne dokumentere for ledelsen at vi ikke hadde nok ressurser til å få til det vi ønsket for PTSD-pasientene. Denne målingen bidro til at vi på lengre sikt fikk bedre rammebetingelser, utdyper han.

Formo Langkaas savner en mer helhetlig tenkning i psykisk helsevern, der ressursbruk og nytte ses i sammenheng.

– Tallene og dataene vi skal rapportere inn som klinikere, dreier seg ofte om ressursbruk og hva vi bruker tiden vår på. Men det kreves lite dokumentasjon på hva vi får til i behandling. Dette er et paradoks. Vi trenger god informasjon både om ressursbruk og hva vi oppnår. Når det siste i liten grad er til stede, er det vanskelig å forsvare den tiden vi bruker på å dokumentere ressursbruk. Som behandler er det vrient å se på dette misforholdet. Det handler om kost-nytte-vurderinger, men nytte-perspektivet er ikke med, avslutter han. ✘

Les den vitenskapelige artikkelen til Langkaas og medarbeidere på de neste sidene.





## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2017 S. 1160-1167 FAGFELLEVDERT

TOMAS FORMO LANGKAAS<sup>a</sup>, SVERRE URNES JOHNSON<sup>a</sup>, KJERSTI STENSHORNE<sup>b</sup>, CECILIE COLLIN-TILLER<sup>b</sup> og KARIANNE R. VRABEL<sup>b\*</sup><sup>a</sup>Modum Bad og Universitetet i Oslo, <sup>b</sup>Modum Bad

KONTAKT tomas.langkaas@gmail.com

# KLINISK SIGNIFIKANS I PRAKSIS

Klinisk signifikans er ikke bare nyttig på gruppenivå. Den statistiske tilnærmingen kan også brukes for å se på endring i enkeltpasienters behandlingsforløp.

Å følge med på pasienters utvikling er en sentral del av klinisk praksis. Innenfor psykoterapifeltet i dag finnes det to hovedtilnæringer til dette. Man kan enten gjøre det (1) gjennom vanlig klinisk observasjon eller (2) ved å ta i bruk et etablert tilbakemeldingssystem som eksempelvis *Outcome Questionnaire* (OQ; Lambert, 2015) eller *Partners for Change Outcome Management System* (PCOMS; Duncan & Reese, 2015). Det er fordeler og ulemper ved begge tilnæringer. Fordelen med etablerte tilbakemeldingssystemer er at de kommer med normer og tolkningsregler som gir vitenskapelig basert kunnskapsgrunnlag for å vurdere behandlingsutvikling. Ulempen er at disse systemene er svært generelle og i begrenset grad gir informasjon om utvikling på spesifikke behandlingsmål i spesifikke saker. Her har derimot vanlig klinisk observasjon en fordel fordi man kan følge med på helt spesifikke behandlingsmål og i større grad finjustere behandlingstilnærming etter disse observasjonene. Ulempene ved klinisk observasjon er at det ofte vil være usikkerhet ved i hvor stor grad en observert endring gjenspeiler reell endring, samt risiko for å overfortolke observerte endringer til å være av større betydning enn det er faktisk grunnlag for.

Studier viser at behandlere ofte er i overkant optimistiske om behandlingsutvikling og i for liten grad fanger opp uheldig behandlingsutvikling (Hannan et al., 2005; Walfish, McAlister, O'Donnell, & Lambert,

## ABSTRACT

### *Clinical significance in practice*

The aim of this paper is to present how clinical significance as a scientifically founded and clinically relevant methodology can be implemented to monitor specific treatment goals in clinical practice. The rationale, clinical use, and implementation of clinical significance are described. Examples illustrate how clinical significance provides relevant information and feedback for decisions both in individual cases and on group level data. We conclude that clinical significance is well suited for use in regular outcome monitoring of specific treatment goals in routine clinical practice.

*Keywords: clinical significance, routine outcome monitoring, progress monitoring and feedback*

\* Tomas Formo Langkaas arbeider nå ved Drammen DPS. Cecilie Collin-Tiller arbeider nå ved PPT Modum, Sigdal og Krødsherad.



2012). Dette har vært sentrale argumenter for å få behandlere til å bruke tilbakemeldingssystemer med tilhørende normer og feilmarginer for tolkning. Samtidig ser det ut til at det fungerer dårlig å pålegge behandlere å bruke standardisert måling. Garland, Kruse og Aarons (2003) fant at 92 % av behandlere som ble pålagt systematisk måling, valgte å ikke forholde seg til disse målingene når de tok kliniske beslutninger. Under søkelsen deres viste videre at vanlige motforestillinger mot måling så ut til å ordne seg i tre hovedtemaer: (1) Systematisk måling oppleves som ressurskrevende, (2) det er usikkerhet rundt målingenes gyldighet og relevans, og (3) det oppleves vanskelig å tolke måleresultater på en måte som er nyttig i enkeltsaker.

Slik sett ser det ut til at en ideell tilnærming til systematisk måling i klinisk praksis vil være et fleksibelt tilbakemeldingssystem, med mulighet for å måle ulike behandlingsmål i ulike saker, basert på vitenskapelige måleinstrumenter med normer og kjente feilmarginer, med en tilnærming til tolkning som har klar og direkte relevans for kliniske beslutninger i enkeltsaker. I denne artikkelen presenterer vi nettopp dette som en tredje mulig tilnærming: Gitt relevante publiserte normdata kan klinisk signifikans (Jacobson & Truax, 1991) anvendes for å omgjøre et hvilket som helst måleinstrument til et vitenskapelig basert tilbakemeldingsverktøy for å følge enkeltpasienters behandlingsutvikling.

### KLINISK SIGNIFIKANS

Klinisk signifikans (Jacobson & Truax, 1991) er en statistisk tilnærming for å vurdere den praktiske betydningen av endring i resultater fra enkeltpasienters behandlingsforløp. Ideen om klinisk signifikans oppsto som en reaksjon på at klinisk forskning i hovedsak fokuserte på statistisk signifikante gruppeforskjeller, og dermed at statistisk signifikant endring feilaktig kan tolkes som at det er påvist klinisk endring av praktisk betydning. I tillegg kan rapportering av forskjeller på gruppenivå gi inntrykk av at alle endringer går i samme retning, og dermed dekke over viktig informasjon om endringer som fordeler seg ulikt blant pasienter. Ved å fastsette den kliniske betydningen av endring hos hver enkelt pasient er det mulig både å formidle klinisk relevant informasjon om endring hos den enkelte og å formidle informasjon om hvordan disse endringene fordeler seg på gruppenivå. Jacobson og Truax anbefalte derfor å definere klinisk signifikant endring hos enkeltpasienter som kombinasjonen av (1) statistisk signifikant endring og (2) funksjonsnivå tilsvarende det som er normalt blant friske personer.

Ulike metoder for klinisk signifikans har vært foreslått (for en oversikt, se Jacobson, Roberts, Berns, & McGlinchey, 1999), men tilnærmingen til Jacobson og Truax (1991) ser i dag ut til å ha etablert seg som en standard (Lambert & Ogles, 2009). Denne tilnærmingen er basert på å besvare to spørsmål ved en målt endring hos en enkeltpasient: (1) Er endringen større enn feilmarginer for endringsmåling, og (2) er siste måling på samme nivå som kan forventes av friske personer?

Alle målinger og observasjoner har begrensninger i presisjon, og det kan være av stor betydning å kjenne til størrelsen på feilmarginene. Dersom en observert endring er mindre enn feilmarginen for målemetoden, kan dette skyldes tilfeldig variasjon som følge av begrenset presisjon ved målemetoden. En mekanisk badevekt kan for eksempel ha en feilmargin på noen hundre gram, og dersom en slik vekt viser en vektøkning på 100 gram, stoler man ikke umiddelbart på at dette dokumente-

rer en faktisk økning i vekt. Det samme gjelder for andre måleinstrumenter, og dersom vi kan tallfeste feilmarginen for å påvise endring, kan vi avgjøre om en observert endring er stor nok til å anta at forskjellen representerer en faktisk endring. Dette gir mulighet for å besvare det første spørsmålet i klinisk signifikans.

Dersom vi vet at badevekten er presis nok til å påvise en økning på 100 gram, er neste spørsmål om denne endringen er av noen praktisk betydning. Det er bakgrunnen for det andre spørsmålet i klinisk signifikans. Dette avhenger naturligvis av om det er et mål å øke i vekt, og hva det faktiske vekt målet er. Utgangspunktet for psykologisk behandling er vanligvis at en pasient har et problem som betyr at vedkommende ikke fungerer som andre. En deprimert pasient kjennetegnes ofte ved mangel på initiativ og mestringsglede, og et spesifikt mål vil da være å gjenvinne initiativ og mestringsglede, noe som vil kunne føre til at pasienten fungerer på samme nivå som andre friske personer. Det vil si at pasientens målinger skifter fra å være på et klinisk nivå til å være på et normalt nivå.

La oss illustrere konkret bruk av klinisk signifikans med en fiktiv pasient som blir behandlet for depresjon og rapporterer en nedgang i depressive symptomer fra 26 til 19 målt med *Beck Depression Inventory II* (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996). Med utgangspunkt i publiserte normdata og psykometriske egenskaper kan vi anslå at måling av endring i depresjon med BDI-II har en feilmargin på  $\pm 9,5$  poeng (tekniske detaljer er beskrevet i appendiks). Nedgangen på 7 poeng (fra 26 til 19) er for liten til å kunne si at det har skjedd noen målbar endring. Det er selvfølgelig fullt mulig at pasienten er blitt mindre deprimert, men endringen er i så fall for liten til å kunne fanges opp med BDI-II. Når svaret på det første spørsmålet er nei, kategoriseres endringen som *uendret*. En økning på 10 poeng eller mer ville vært kategorisert som *verre*.

Med utgangspunkt i publiserte normdata kan vi anslå at målinger under 16 på BDI-II er vanligere for ikke-deprimerte personer enn for deprimerte (tekniske detaljer er igjen beskrevet i appendiks). En annen fiktiv pasient har en nedgang på 21 poeng (fra 27 til 6). Siden denne pasienten både har en nedgang på 10 poeng eller mer og en siste måling under 16, kategoriseres dette som *frisk*. Dersom siste måling hadde vært 16 eller høyere samtidig som ned-

gangen hadde vært på 10 poeng eller mer, ville endringen vært kategorisert som *bedre*. Bruk av endringskategorier i klinisk signifikans er vist i tabell 1.

Ved å anvende publiserte normdata sammen med statistisk teori for å besvare disse to spørsmålene har Jacobson og Truax laget en tilnærming til klinisk signifikans som er statistisk basert, og som samtidig kategoriserer endring på en måte som er klinisk relevant i enkeltsaker. I praksis er tilnærmingen enkel å anvende: Den forutsetter kun kjennskap til to tall, minste målbare endring ( $\pm 10$  på BDI-II) og grensen som angir området for normale resultater ( $< 16$  på BDI-II). Tilnærmingen kan brukes for et hvilket som helst måleinstrument der det finnes relevante publiserte normdata. Dette åpner for å velge måleinstrumenter tilpasset spesifikke behandlingsmål i hvert enkelt behandlingsforløp og gjør dermed at spesifikke måling kan tilpasses hver enkelt pasient.

### EKSEMPLER FRA PRAKSIS

#### Eksempel 1 – sammensatt angst og depresjon

En pasient var innlagt på avdeling for angstlidelser ved Modum Bad med sammensatt problematikk. Ved behandlingsstart var pasienten diagnostisert med generalisert angstlidelse, sosial fobi og tilbakevendende moderat depresjon. Behandleren hadde tilgang på spesifikke måleinstrumenter for hver enkelt av disse diagnosene, og kunne dermed valgt å bruke flere måleinstrumenter samtidig for å måle utvikling på alle diagnoser. I samråd med pasienten valgte behandleren å kun bruke ett ukentlig mål på endring og anvendte BDI-II for dette.

Figur 1 viser pasientens ukentlige målinger gjennom behandlingsforløpet. Pasienten rapporterer liten endring de to første ukene, i uke 3 ser det ut til å ha vært en målbar bedring, men i uke 4 er målingen tilbake innenfor området for ingen målbar endring – innenfor feilmarginene for endringsmåling. Behandleren konkluderer med at det ikke har skjedd noen målbar endring på dette tidspunktet. Fra tidligere pasienter som har blitt friske i løpet av behandling, har behandleren lagt merke til at målbar endring oftest skjer før uke 5. Behandleren tolker den manglende endringen som et dårlig tegn og tar med seg videoopptak fra behandlingen til veiledning. På opptaket fremkommer ulike former for unnvikelser som tidligere ikke er til-

**Tabell 1.** Beslutningstabell for endringskategorier i klinisk signifikans

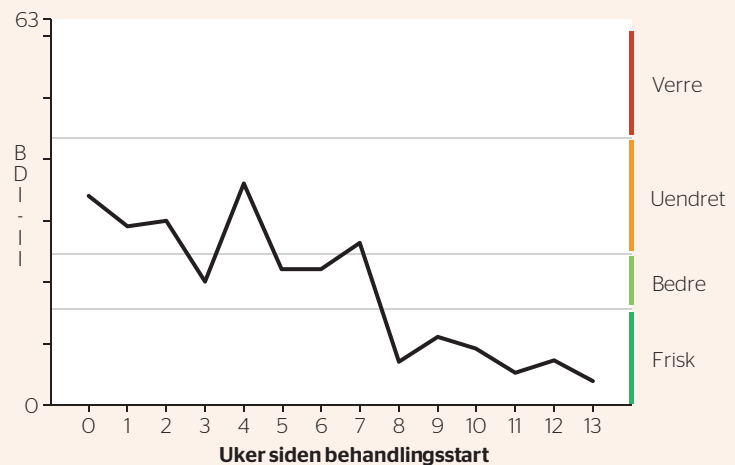
1. Målbar endring?	2. Siste måling innenfor område for normal funksjon?	
	Ja	Nei
Ja, til det bedre	Frisk	Bedre
Nei, innenfor feilmargin	Uendret	Uendret
Ja, til det verre	Verre	Verre

Endringskategoriene *frisk*, *bedre*, *uendret* og *verre* tilsvarer endringskategoriene *recovered*, *improved*, *unchanged* og *deteriorated* brukt i OQ-systemet (Lambert, 2015).

strekkelig tematisert. Unnvikelsen og den manglende endringen drøftes med pasienten i påfølgende behandlingstime, og de gjør sammen noen endringer i behandlingstilnærmingen. Etter dette skjer det også vedvarende målbar endring i resultatene. Resultatene går kraftig ned i uke 8 og befinner seg innenfor området hvor pasienten anses som *frisk* i henhold til endringskategorier for klinisk signifikans. Resultatene holder seg på dette nivået videre i behandlingsforløpet, og målingene samsvarer med behandlerens og pasientens oppfatninger av forløpet.

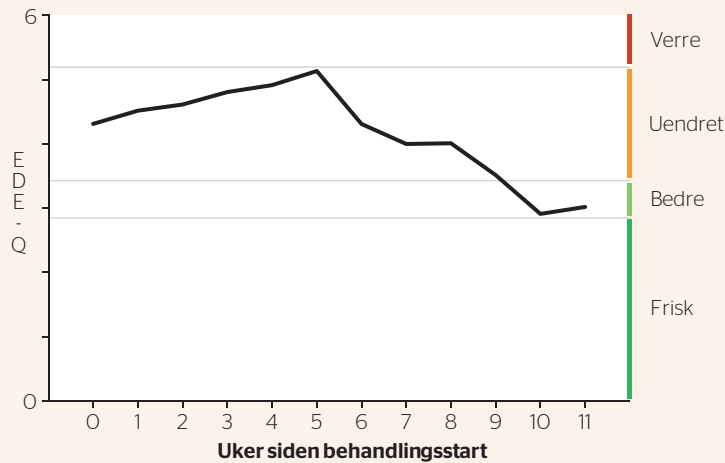
#### Eksempel 2 – spiseforstyrrelse

En pasient ble innlagt på avdeling for spiseforstyrrelser med diagnosene bulimi og moderat depresjon. Pasientens depressive symptomer var på innleggelsestidspunktet vanskelig å skille fra en vedvarende sorgreaksjon etter å ha mistet et nært familiemedlem 1 ½ år før innleggelsen. I samråd med pasienten ble behandlingsmål å arbeide med å normalisere egen vekt, spise regelmessige normale måltider uten bruk av kompenserende strategier og å tåle og akseptere egen kropp. Behandleren valgte *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994) som ukentlig mål for å følge behandlingsutvikling hos pasienten. Figur 2 viser pasientens målinger gjennom behandlingsforløpet.



**FIGUR 1.** Klinisk signifikans anvendt på behandlingsutvikling målt med Beck Depression Inventory II (BDI-II) i eksempel 1.





**FIGUR 2.** Klinisk signifikans anvendt på behandlingsutvikling målt med *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q) i eksempel 2.

Behandlingsmålene viste seg raskt å bli vanskelige for pasienten. Pasienten opplevde aktivisering av sterke forsinkede sorgreaksjoner, strevde med å spise og startet samtidig med trening av tvangspregede karakterer for å håndtere de vanskelige tankene og følelsene som ble aktivert. Personalet rundt pasienten rapporterte at pasienten viste tegn til forverring. Endringene som ble observert i de innledende ukene var derimot mindre enn feilmarginer for endringsmåling og ble av behandleren ikke tolket som reell forverring. Samtidig var det tydelig at pasienten ikke viste tegn til bedring. Behandleren valgte å drøfte med pasienten om hun fortsatt ønsket å arbeide med behandlingsmålene og å ta opp mulige unnvikelsesstrategier som så ut til å opprettholde tilstanden fremfor å endre den. De neste ukene fremkommer det en gradvis nedgang i måleresultater, men først i uke 10 er endringen større enn feilmargin for endringsmåling og tolkes som tegn på reell bedring.

### Eksempel 3 - klinisk signifikans på gruppenivå

På avdeling for angstlidelser ble det opprettet et nytt behandlingstilbud for posttraumatisk stresslidelse (PTSD), og behandlerne brukte *PTSD Symptom Scale, Self-Report* (PSS-SR; Foa, Riggs, Dancu & Rothbaum, 1993) som ukentlig mål for å følge behandlingsutviklingen hos hver enkelt

**Tabell 2.** Fordeling av klinisk signifikant endring hos 112 pasienter

Endringskategori	Organisering av behandling	
	Opprinnelig (n = 40)	Endret (n = 72)
Frisk	35 %	53 %
Bedre	18 %	8 %
Uendret	40 %	38 %
Verre	5 %	0 %
Mangler data	3 %	1 %

Fordeling av klinisk signifikant endring hos 112 pasienter behandlet for PTSD etter 10 ukers behandling organisert på to ulike måter. Behandlingsutvikling er målt med *PTSD Symptom Scale, Self-Report* (PSS-SR), normdata for beregning av klinisk signifikans er hentet fra Foa, Cashman, Jaycox og Perry (1997).

pasient. Ved behandlingsslutt registrerte behandlerne hvilken endringskategori pasienten endte opp i, og kunne dermed se hvordan behandlingsresultatene fordelte seg. Etter å ha behandlet 40 pasienter, ble 35 % av pasientene vurdert som friske, mens 5 % ble vurdert som målbart verre ved behandlingsslutt.

Avdelingen hadde høyere ambisjonsnivå enn de foreliggende resultatene og iverksatte derfor en rekke endringer i organisering av behandlingen, blant annet å skjerme mer tid for pasientene og behandlerne til å arbeide traumefokusert. Etter at 72 nye pasienter hadde vært gjennom behandling med endret organisering, ble det foretatt en ny gjennomgang. Behandlingsresultatene er oppgitt i tabell 2 og viste seg å ha blitt bedre.

### OM Å TA KLINISK SIGNIFIKANS I BRUK I PRAKSIS

I prinsippet er det lite som skal til for å ta klinisk signifikans i bruk dersom kvantitative måleinstrumenter allerede anvendes i behandling. Ved å undersøke litteraturen kan man finne normdata som kreves for (a) å beregne feilmarginen for endring og (b) å beregne hvilke resultater som ligger innenfor et normalt funksjonsnivå. Tabell 3 viser tall for å anvende klinisk signifikans for et utvalg av spørreskjemaer som i skrivende stund er tilgjengelige via nettsidene til enten Helsebiblioteket.no ([www.helsebiblioteket.no](http://www.helsebiblioteket.no)) eller Norsk Forening for Kognitiv Terapi ([www.kognitiv.no](http://www.kognitiv.no)).

Vi har i egen praksis valgt å plote inn grafer ved hjelp av regneark (MS Excel) der vi også kunne vise grensene for de enkelte endringskategoriene (som vist i figur 1 og 2), noe som har gjort det enkelt å gi informativ tilbakemelding til pasientene våre. Vi kjenner så langt ikke til annen programvare som gjør det enkelt å vurdere behandlingsutvikling med bruk av klinisk signifikans utenom eksisterende programvare for OQ-systemet og PCOMS, som er bundet til disse systemenes måleinstrumenter.

### BEGRENSNINGER VED BRUK AV KLINISK SIGNIFIKANS

Som med all annen ukontrollert observasjon av endring kan ikke klinisk signifikans brukes for å påvise effekt av behandling. Dette er en generell begrensning ved all observasjon og måling av endring i vanlig praksis og er ikke spesifikt for denne tilnærmingen. Tilnærmingen kan

**Tabell 3.** Tall for å anvende klinisk signifikans for et utvalg av tilgjengelige måleinstrumenter

Instrument	Endringsmåling av	Klinisk signifikans		Normgrunnlag				
		Minste målbare endring	Område for normal funksjon	$m_i$	$s_i$	$m_k$	$s_k$	$r$
PHQ-9 <sup>a</sup>	Depresjon	± 6	< 7	3,3 <sup>a</sup>	3,8 <sup>a</sup>	13,0 <sup>a</sup>	6,5 <sup>a</sup>	0,89 <sup>a</sup>
GAD-7 <sup>b</sup>	Generalisert angstlidelse	± 4	< 8	3,0 <sup>c</sup>	3,4 <sup>c</sup>	14,4 <sup>b</sup>	4,7 <sup>b</sup>	0,92 <sup>b</sup>
OCI-R <sup>d</sup>	Tvangslidelse	± 17	< 23	18,82 <sup>d</sup>	11,10 <sup>d</sup>	28,01 <sup>d</sup>	13,53 <sup>d</sup>	0,81 <sup>d</sup>
BSQ <sup>e</sup>	Panikk lidelse	± 0,86	< 2,31	1,80 <sup>e</sup>	0,59 <sup>e</sup>	3,05 <sup>e</sup>	0,86 <sup>e</sup>	0,87 <sup>e</sup>
MI <sup>f</sup> (alene)	Agorafobi	± 0,67	< 1,65	1,25 <sup>f</sup>	0,24 <sup>f</sup>	3,30 <sup>f</sup>	0,99 <sup>f</sup>	0,94 <sup>f</sup>
EDE-Q <sup>g</sup>	Spiseforstyrrelse	± 0,90	< 2,50	1,25 <sup>h</sup>	1,10 <sup>h</sup>	4,00 <sup>h</sup>	1,32 <sup>h</sup>	0,94 <sup>j</sup>

PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9, GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7, OCI-R = Obsessive Compulsive Inventory-Revised, BSQ = Body Sensations Questionnaire, MI = Mobility Inventory (merk at det er tall for skalaen *unngåelse alene* som er oppgitt), EDE-Q = Eating Disorder Examination Questionnaire,  $m_i$  = gjennomsnitt ikke-klinisk normgruppe,  $s_i$  = standardavvik ikke-klinisk normgruppe,  $m_k$  = gjennomsnitt klinisk normgruppe,  $s_k$  = standardavvik klinisk normgruppe,  $r$  = reliabilitet. <sup>a</sup>Kroenke, Spitzer og Williams (2001), <sup>b</sup>Spitzer, Kroenke, Williams og Löwe, (2006), <sup>c</sup>Löwe et al., (2008), <sup>d</sup>Foa et al. (2002), <sup>e</sup>Chambless, Caputo, Bright og Gallagher (1984), <sup>f</sup>Chambless et al. (1985), <sup>g</sup>Fairburn og Beglin (1994), <sup>h</sup>Rø, Reas og Stedal (2015), <sup>j</sup>Rø, Reas og Lask (2010).

derimot brukes for å anslå hvilke pasienter som oppnår såpass stor endring at de fungerer innenfor det som kan regnes som normalt. En utfordring er at det eksisterer ulike måter å beregne klinisk signifikans på (for en oversikt, se Atkins, Bedics, McGlinchey & Beauchaine, 2005, og Jacobson, Roberts, Berns, & McGlinchey, 1999). Dette gjør det vanskelig å sammenligne egne resultater med behandlingsresultater fra publiserte studier, med mindre det klart fremgår at klinisk signifikans er beregnet på helt samme måte.

I likhet med mange andre statistiske tilnærminger tar metoden til Jacobson og Truax (1991) utgangspunkt i at fordelingene av både målefeil, kliniske resultater og ikke-kliniske resultater kan beskrives som normalfordelte. Ved større avvik fra denne forutsetningen er det derfor teoretisk mulig at metoden kan gi misvisende resultater, men det er så langt vi kjenner til uvisst i hvilken grad dette ville representere et faktisk problem.

En annen begrensning gjelder tilgang på normdata. For enkelte instrumenter finnes det ikke relevante publiserte normdata for å kunne anvende klinisk signifikans. Jacobson og Truax (1991) advarer tydelig mot å bruke egne data som normdata. Ved tilgang på begrensede publiserte normdata, for eksempel kun kliniske normgrupper, beskriver Jacobson og Truax (1991) alternative måter å angi funksjonsnivå på. I praksis vil dette føre til helt andre resultater enn når alle relevante normdata foreligger,

og vår løsning på dette har vært å kun anvende klinisk signifikans på måleinstrumenter der det er mulig å finne alle relevante normdata i forskningsslitteraturen.

Ideelt sett bør det anvendes norske eller skandinaviske normdata, dersom dette finnes. En vanlig begrensning er nemlig at dette ikke finnes, og da er alternativet å anvende utenlandske normdata i håp om at de likevel kan gi et representativt bilde av normgruppene. Flere av eksemplene i denne artikkelen anvender utenlandske normdata, med de forbehold dette medfører.

#### KONKLUSJON

I denne artikkelen har vi vist hvordan systematisk måling kan gjennomføres på en måte som er forankret i kliniske behov for å måle spesifikke endringsmål i hvert enkelt behandlingsforløp. Bruk av klinisk signifikans tar hensyn til presisjonsnivå i målinger og minsker dermed risikoen for å tolke tilfeldig variasjon og målefeil som endring. Samtidig er klinisk signifikans forankret i empiriske grunnlagsdata om hva som tilsvarer normalt funksjonsnivå, noe som gjør det lett å vurdere klinisk betydning av en endring. En slik tilnærming er fleksibel og imøtegår vanlige motforestillinger behandlere har mot måling; behandlere får kontroll over valg av måleinstrument for hver enkelt sak og tilgang på tolkning av endring som er enkel å anvende direkte for kliniske beslutninger.



Ideelt sett bør det anvendes norske eller skandinaviske normdata, dersom dette finnes



## APPENDIKS - BEREGNING AV KLINISK SIGNIFIKANS

For å angi feilmargen for endringsmåling tar Jacobson og Truax (1991) utgangspunkt i sannsynlighetsfordelingen for differanseskårer gitt ingen forskjell. Ved å beregne standardmålefeilen for differanseskårer kan en målt endring omregnes til en standardskåre ( $Z$ -skåre) i denne fordelingen. Jacobson og Truax omtaler skalaen for disse skårene som *reliable change index* (RCI) og fastsetter bruk av grensene til et tosidig 95 % konfidensintervall som grenser for å vurdere en målt endring som mer enn tilfeldig. Det vil si at RCI-skårer som er mer enn 1,96 standardskårer fra null, regnes som målbar endring. I praksis er omregningen til RCI-skårer unødvendig. Siden grensene for målbar endring er fastsatt til  $\pm 1,96$  RCI-skårer, kan man i stedet regne om hva 1,96 RCI-skårer tilsvarer på måleinstrumentets opprinnelige skala, og dermed finne den minste endringen som regnes som målbar endring. Minste målbare endring beregnes som

$$d = 1,96SE_{diff} = 1,96s_k \sqrt{2(1-r)}$$

der  $SE_{diff}$  er standardmålefeilen for differanseskårer<sup>1</sup>,  $s_k$  er standardavvik i den kliniske normgruppen, og  $r$  er måleinstrumentets reliabilitet. Av formelen kan man se at økning i standardavviket vil bidra til å øke størrelsen på minste målbare endring, og at økning i reliabilitet vil bidra til å redusere den. Lambert og Ogles (2009) anbefaler å anvende intern konsistens som reliabilitetsmål (*Cronbachs alfa*) der hvor dette foreligger.

For BDI-II kan vi beregne minste målbare endring med utgangspunkt i grunnlagsdata fra Beck, Steer og Brown (1996), der  $s_k = 12,15$  og  $r = 0,92$  for måling av depresjon. Dette gir  $d = 1,96 \times 12,15 \times (2 \times (1 - 0,92))^{0,5} = 9,5256$ . Siden endringsskårer på BDI-II er begrenset til heltall, kan vi angi minste målbare endring som 10.

For å angi hvilke resultater som vurderes som mer sannsynlige å tilhøre den ikke-kliniske normgruppen enn den kliniske, beregner Jacobson og Truax (1991) punktet som skiller den kliniske normgruppen fra den ikke-kliniske normgruppen, nærmere bestemt det punktet mellom normgruppens gjennomsnitt der avstanden i standardskårer er den samme. Dette punktet beregnes som

$$c = \frac{m_i \times s_k + s_i \times m_k}{s_k + s_i}$$

der  $m_i$  og  $s_i$  er gjennomsnitt og standardavvik i den normale normgruppen og  $m_k$  og  $s_k$  er gjennomsnitt og standardavvik i den kliniske normgruppen.

For BDI-II kan vi beregne dette punktet med utgangspunkt i kliniske normdata fra Beck, Steer og Brown (1996), og ikke-kliniske normdata fra Aasen (2001), der  $m_i = 8,12$ ,  $s_i = 7,51$ ,  $m_k = 26,57$  og  $s_k = 12,15$ . Dette gir  $(8,12 \times 12,15 + 7,51 \times 26,57) / (12,15 + 7,51) = 15,17$ . Siden målinger på BDI-II er begrenset til heltall, kan vi angi at resultater under 16 vurderes som mer sannsynlige å tilhøre den ikke-kliniske normgruppen enn den kliniske. ✕

## REFERANSER

- Atkins, D.C., Bedics, J.D., McGlinchey, J.B., & Beauchaine, T.P. (2005). Assessing clinical significance: Does it matter which method we use?. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(5), 982–989. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.982>
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, K. (1996). *Beck Depression Inventory. Version 2*. San Antonio: The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Co.
- Chambless, D., Caputo, G., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090–1097. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.52.6.1090>
- Chambless D.L., Caputo G.C., Jasin S.E., Gracely, E.J., & Williams, C. (1985). The mobility inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23(1), 35–44. [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90140-8](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(85)90140-8)
- Duncan, B.L., & Reese, R.J. (2015). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS) revisiting the client's frame of reference. *Psychotherapy*, 52(4), 391–401. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20111>
- Fairburn, C.G., & Beglin, S.J. (1994) Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363–370.
- Foa, E., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of PTSD: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445–451. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445>
- Foa, E.B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485–496. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V., & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459–473. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490060405>
- Garland, A.F., Kruse, M., & Aarons, G.A. (2003). Clinicians and outcome measurement: What's the use? *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(4), 393–405 <http://dx.doi.org/10.1007/BF02287427>
- Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K., & Sutton, S.W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155–163. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20108>

1. Formelen for standardmålefeilen for differanseskårer,  $SE_{diff} = (2 \times SE^2)^{0,5}$ , forutsetter utregning av standardmålefeilen,  $SE = s \times (1 - r)^{0,5}$ . Ved å kombinere disse formlene kan standardmålefeilen for differanseskårer regnes ut direkte som  $SE_{diff} = s \times (2 \times (1 - r))^{0,5}$ .



- Jacobson, N.S., Roberts, L.J., Berns, S.B., & McGlinchey, J.B. (1999). Methods for defining and determining the clinical significance of treatment effects: description, application, and alternatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 300–307. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.3.300>
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12>
- Kroenke, K., Spitzer, R.L., & Williams, J.B. (2001). The phq-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Lambert, M.J. (2015). Progress feedback and the OQ-system: The past and the future. *Psychotherapy*, 52(4), 381–390. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000027>
- Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Psychotherapy Research*, 19(4–5), 493–501. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300902849483>
- Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P.Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical Care*, 46(3), 266–274. <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e318160d093>
- Rø, Ø., Reas, D.L., & Lask, B. (2010). Norms for the Eating Disorder Examination Questionnaire among female university students in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 64(6), 428–432. <http://dx.doi.org/10.3109/08039481003797235>
- Rø, Ø., Reas, D.L., & Stedal, K. (2015). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) in Norwegian Adults: Discrimination between Female Controls and Eating Disorder Patients. *European Eating Disorders Review*, 23(5), 408–412. <http://dx.doi.org/10.1002/erv.2372>
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Williams, J.B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. <http://dx.doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M.J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639–644. <http://dx.doi.org/10.2466/02.07.17.PRO.110.2.639-644>
- Aasen, H. (2001). An empirical investigation of depression symptoms: norms, psychometric characteristics and factor structure of the Beck Depression Inventory II. Bergen: Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen. Hentet fra <https://bora.uib.no/handle/1956/1773>

## FORSKNINGSNOTIS:

Tilbakemeldingssystemer



FOTO EDUARD MILITARJUNSPASH.COM

## Virksomt verktøy

**Tilbakemeldingsverktøyet PCOMS har solid støtte i forskning, ifølge en vitenskapelig artikkel som oppsummerer studier om denne typen verktøy.**

PCOMS står for The Partners for Change Outcome Management System og er et tilbakemeldingsverktøy som brukes i behandling. Metodikken handler om at pasienter som går i terapi jevnlig gir tilbakemelding om behandlingen gjennom to enkle skjemaer som kun inneholder fire elementer hver. Det ene måler den terapeutiske alliansen mens det andre måler terapeutisk utbytte/effekt.

I artikkelen «The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS). Recisiting the Client's Frame of Reference» (2015) går forfatterne Duncan og Reese gjennom fem RCT-studier om PCOMS som systematisk feedbackmetode. Forfatterne avdekker at metoden gir signifikant økt behandlingsutbytte etter terapi, og bedrer også den terapeutiske alliansen. Studiene ser på utbytte ved henholdsvis individualterapi, parterapi og gruppeterapi for voksne. FIT/KOR (feedback informerte tjenester) sorterer under PCOMS og benytter de skåringsverktøyene som er undersøkt i disse studiene.

I studien har man sammenlignet personer som mottok ordinær behandling med personer som fikk terapi hvor tilbakemeldingsverktøy ble brukt. De som tok i bruk dette verktøyet viste blant annet høyere utbytte av behandling, raskere endring og mindre sjanse for å droppe ut av behandling.

Ifølge artikkelen til Duncan og Reese er effekten av PCOMS i individual-, par- og gruppeterapi for voksne støttet av de fem randomiserte kontrollerte studiene nevnt ovenfor. Disse studiene viser effektstørrelser fra 0,28 (gruppeterapi) til 0,54 (individualterapi). I de to studiene som omhandlet individuell terapi, opplevde brukerne i gruppen som mottok PCOMS omtrent dobbelt så stor effekt av behandlingen sammenlignet med de som fikk ordinær behandling, ifølge artikkelen.

**Kilde:** [napha.no/pcoms\\_duncan\\_forskning/](https://napha.no/pcoms_duncan_forskning/)

Ungdommer med CFS/ME møter helsepersonell:

# Hvem er fagperson og hvem er amatør?

Overflatiske og forhastede råd fra helsepersonell skaper grobunn for mistillit overfor helsevesenet. Da velger mange unge å bryte kontakten med behandlerne.

## TEKST

Ketil Jakobsen,  
psykologspesialist  
BUP Orkdal, St. Olavs  
hospital

## KONTAKT

ketil.jakobsen@  
stolav.no

**DET HAR LENGE** vært pekt på at pasienter med CFS/ME (Chronic Fatigue Syndrom / Myalgic encephalomyelitis) møter store utfordringer som i for liten grad ivaretas av tjenestetilbudet (Helsedirektoratet, 2015). Dette henger selvfølgelig sammen med at vi ikke har noen kurativ behandling for tilstanden, samtidig som det også foreligger faglige kontroverser om diagnostiske kriterier, klassifikasjon og prognose. Ikke minst er det stor usikkerhet om hva som er god hjelp for pasienten, noe vi stadig erfarer i vår oppfølging av ungdom med CFS/ME. De gjør seg mange tanker selv om kvaliteten på den helsehjelpen de får, og noen ganger faller rådene på stengrunn. Vi synes at ungdommenes egne erfaringer er verdt å lytte til, og artikkelen vil illustrere deres fortvilelse over forhastede og overfladiske råd.

## MISTILLIT OG FORTVILELSE

Ved BUP Orkdal St. Olavs hospital har vi utviklet et tilbud for barn og ungdom med CFS/ME. Vi har også gjennomført et pilotprosjekt ved St. Olavs hospital, BUP-klinikk, der vi fulgte

13 ungdommer med CFS/ME gjennom et år (se boks). I samtaler med ungdommene som har hatt oppfølging fra oss, viste det seg at flere av dem hadde brutt kontakten med helsepersonell fordi de opplevde å ikke bli tatt på alvor når de beskrev sin egen opplevelse av sykdommen. Når vi systematiserte hvorfor de utviklet mistro, så vi at det i flere av tilfellene dreide seg om at ungdommen selv besitter oppdatert kunnskap om sykdommen, mens behandlerens kunnskap om CFS/ME framstår som mangelfull og overfladisk. Eller som Beatrizz (17 år) sa det:

– Å gå til helsesøster er jo nytteløst, hun er jo ikke interessert i å høre på hvordan kroppen min egentlig er, den har nemlig avgått med døden for lenge siden. Gang på gang kommer det fra helsesøster: «Er det sikkert at det ikke er noe galt på skolen, at du egentlig er hjemme fordi du mistrives?» Jeg har aldri hatt slike problemer, alltid hatt venna, alltid trivdes på skolen, ingen vits å prate med henne, hun hører jo ikke på meg, hun kan ingenting om ME.



**AVMAKT** Manglende respekt for ungdommens egen forståelse og referanseramme bidrar til avmakt, fortvilelse og brutte behandler-relasjoner, skriver psykologspesialist Ketil Jacobsen Foto: Scanpix

### TANKER OM TANKEMØNSTER

Vi vet ikke om helsepersonell i Norge generelt har adoptert teorien om at sykdommen opprettholdes av dysfunksjonelle tanker og forestillinger. Men ser vi på ungdommens beskrivelser av sine møter med helsepersonell, synes det som om sistnevnte raskt definerer «ungdommens tankemønster» som problemet. Den biopsykososiale modellen (Harvey & Wessely, 2009) argumenterer for at et dysfunksjonelt samspill mellom tanker, følelser og ulike atferdsmønstre kan hindre tilfriskning, og at disse må tas tak i og utfordres terapeutisk. Hvis en ungdom med CFS/ME hver time, alle dager, bruker energi til å tenke at «livet mitt ligger i grus, jeg kommer aldri til å bli bedre» eller «jeg blir jo helt blåst bare etter 5 minutter i dusjen», vil terapeuten arbeide ut ifra en hypotese om at ungdommen har dysfunksjonelle tanker som bidrar til å opprettholde utmattelsen. Tankene kan blant annet manifestere seg i form av såkalte falske sykdomsantagelser eller «katastrofetanker om egen sykdom». Gjennom atferdseksperimenter, eksponeringsøvelser og »

## Pilotprosjekt ved BUP Orkdal

- Tretten ungdommer med CFS/ME i alderen 14-19 år ble kartlagt og fulgt opp gjennom et år i pilotprosjektet Rehabiliteringsprogram for ungdom med CFS/ME ved BUP Orkdal, St. Olavs hospital.
- De mottok psykoedukasjon, aktivitetstilpasning, bistand til kognitiv mestring og opplæring i biofeedback for å regulere hjerteratevariabilitet.
- I tillegg til de kvalitative data vedrørende endringer i opplevd utmattelse og livskvalitet (publiseres i egen rapport) var vi også opptatt av hvordan ungdommene hadde opplevd møtet med helsepersonell.
- Da vi viet tid til deres egen historie om sykdommen, fant vi at de satt med en rekke erfaringer fra møtene med psykologer og annet helsepersonell.



## - Jeg er ikke sliten av og til, jeg er det hele tida

Sofia

reformuleringer vil ungdommen gjøre seg nye erfaringer om at en forsiktig økning av aktivitetsnivået ikke er farlig, og de opplevde somatiske symptomene vil avta. Når fysiologiske responser ikke lenger blir opprettholdt av de dysfunksjonelle tankemønstrene, er pasienten på vei til å bli frisk, og behandlingen kan avsluttes (Chalder, Deary, Husain & Walwyn, 2010; Knoop, Prins, Moss-Morris, & Bleijenbergh, 2010; Stahl, Rimes, & Chalder, 2014).

Klinisk forskning viser at det er mange uavklarte spørsmål omkring effekten av kognitiv terapi. Noen studier viser en viss effekt, men ingen kontrollerte studier har vist endringer på objektive mål relatert til aktivitetsøkning (Twisk & Maes, 2009; Adamowicz, Caikauskaitė & Friedberg, 2014; Wilshire, Kindlon, Matthees & McGrath 2016). Det er derfor et åpent spørsmål om slike kognitive skjema har noen større betydning i sykdomsutviklingen for CFS/ME enn for andre sykdommer som leddgikt, diabetes, MS eller andre alvorlige kroniske sykdommer, selv om de selvsagt kan ha en betydning for hvordan en lærer å leve med sykdommen og symptomene.

### UNGDOMMENS EGNE TANKER

I prosjektet hadde flere av ungdommene ønsker om å formidle sine erfaringer med helsevesenet. Noen syntes møtene med helsevesenet hadde vært vanskelige, spesielt der hvor behandlerne utfordret deres tankesett og forståelse av sykdommen. Om behandlerens strategi var å korrigere dysfunksjonelle tanker, kan vi bare gjette, men ungdommenes egne reaksjoner syntes vi uansett var interessante. De kan kaste lys over hvordan ungdom opplever å få sine kognitive skjema korrigert og implisitt få beskjed om at det de tenker er feil. La oss se på tre eksempler på hvordan ungdommene selv opplevde å bli konfrontert med dysfunksjonelle tanker.

#### ME er noe alle opplever

Sofia (17 år) fortalte om sine erfaringer fra et tverretattlig samarbeidsmøte på skolen, der en psykolog utfordret henne på den antatte dysfunksjonelle tanken om at det er noe fysisk som er alvorlig galt i kroppen hennes. Psykologen fortalte henne:

- Vi vet ikke om ME er en sykdom egentlig, en finner jo aldri noe galt, alle kan jo bli litt sliten av og til.

Sofia kommenterte møtet med psykologen slik:

- Hun klarte i en kort setning å si tre feil: 1: ME er en sykdom, det står en diagnose i papirene mine. 2: Min slitenhet er helt annerledes enn hennes. Når hun er sliten etter en lang dag med pasienter, kan hun gå på spa og stashe seg opp og komme fresh på jobb dagen etterpå. Går jeg på spa, blir jeg liggende en uke, hun har jo ikke forstått hva ME er. 3: Jeg er ikke sliten av og til, jeg er det hele tida, hvert minutt, hver dag, hver natt, til og med mens jeg sover.

Vi har etter hvert fått en del kunnskap om hva som karakteriserer opplevelsen av utmattelse ved CFS/ME, og vi vet en del om hva som skiller den fra annen utmattelse. Den såkalte anstrengelsesutløste utmattelsen (postexertional malaise – PEM) som inntreffer når en overskrider toleran-

segrensen, kan være en helt spesifikk fysiologisk respons kvalitativt ulikt annen utmattelse som ledsager andre tilstander. Det foregår mye forskning på blant annet energiomsetning i muskelcellene (Rutherford, Manning & Newton, 2016) og oksygenopptak (Keller, Pryor & Giloteaux, 2014) som antyder at den typiske langvarige utmattelsen som gjerne manifesterer seg først dager etter aktivitetsøkningen, opptrer akkurat som Sofia beskriver. Enkelte forskere har foreslått å gå bort fra begrepet utmattelse i denne sammenheng, og mener at reaksjonen bedre kan omtales som en systemisk bredspektret neuroimmun respons (Morris & Maes, 2013), der opplevd utmattelse bare er en av flere komponenter. Forskningen er imidlertid kommet for kort til at vi har avslørt alle aspekter ved anstrengelsesutløst utmattelse, men de ulike målbare fysiologiske avvikene under PEM som forskningen viser konturene av, antyder at Sofia er mer faglig oppdatert enn sin behandler.

### Trening er god behandling for ME

Steffen på 15 år fortalte fra et møte hos rådgiver på ungdomsskolen, som hadde innkalt til et tverretattlig samarbeidsmøte med fysioterapeut, PP-rådgiver og foreldre. Steffen var fortvilet fordi fraværet var stort, og rådgiver formidlet at han hadde mistet vurderingsgrunnlag i flere fag. Steffen syntes lærerne var greie, de skulle ordne med taxi og ekstra veiledning i matte, men så ville fysioterapeuten utfordre hans angivelig dysfunksjonelle tanke om at det er best å unngå trening. Det gjorde fysioterapeuten slik:

- Jaja, det er fint du får taxi til skolen, men ME eller ikke, det er aldri farlig å trene litt forsiktig i frisk luft.

Steffens kommentar etter møtet med fysioterapeuten lød:

- Ja, der ser du hvordan folk tenker. Jeg bare venta på at de skulle avbestille taxien og be meg ta en frisk morgentur til skolen. Jeg har trent siden jeg var 7 år, allidrett, fotball og kulekjøring. Idrett har vært livet mitt! Jeg har prøvd og prøvd siden jeg ble syk, hver gang går jeg i grøfta. Hun treffer meg på min største sorg, uten i det hele tatt å spørre om hvordan kroppen min fungerer. Kanskje kan andre trene seg ut av ME. Det kan ikke jeg.

Når det gjelder effekten av gradert trening for pasienter med CFS/ME, er litteraturen tvetydig. Selv om noen studier antyder en viss effekt (Moss-Morris, Sharon, Tobin & Baldi, 2005), er andre forskere kritiske til studiene og mener trening utover toleransegrensa snarere kan utløse PEM og på sikt lengre gi ytterligere symptomøkning (Twisk & Maes, 2009). Når opptrening gir ulikt resultat i studiene, kan det skyldes at det innenfor sykdomskomplekset CFS/ME finnes pasienter som responderer ulikt på forsøk på gradert opptrening (Maes, Anderson & Berk, 2013). Generelle råd uten en individuell vurdering av hvordan en responderer på aktivitetsøkning, kan derfor bli helt feil. Steffen er sannsynligvis nærmere den evidensbaserte forskningen enn fysioterapeuten når han forstår at han må stole på egne erfaringer ut ifra hvordan sykdommen virker på ham, framfor generelle råd eller anekdotiske historier fra noen som har lyktes.

**- Hun treffer meg på min største sorg, uten i det hele tatt å spørre om hvordan kroppen min fungerer. Kanskje kan andre trene seg ut av ME. Det kan ikke jeg**

*Steffen*

## - Jeg har mistet tillit til sykehuset. De ga meg falske forhåpninger om hvordan livet mitt skulle bli

*Konstantina*

### Alle blir friske

Konstantina fikk diagnosen CFS/ME etter utredning i spesialisthelsetjenesten, rett før hun fylte 14 år. Tre år senere husker hun hva psykologen på barneavdelingen sa:

- Nei, du er verken psykisk eller fysisk syk, det er bare for mye stress i kroppen din etter at du hadde kysseyske. Neste sesong tror jeg du kan kjøpe deg heiskort igjen, det er viktig at du tenker positivt om framtiden din. Ungdommer med ME blir friske.

Selv kommenterer Konstantina hendelsen slik i dag:

- Jeg har mistet tillit til sykehuset. De ga meg falske forhåpninger om hvordan livet mitt skulle bli. Jeg har prøvd med halvdagskort, og ja, det funka – én dag. Og så var den sesongen over. Jeg vet at forskningen viser noe helt annet enn det psykologen forteller. De må da skjønne at vi ikke er så dumme, jeg har fått en alvorlig kronisk sykdom som kan vare lenge.

Konstantina virker bedre oppdatert enn psykologen når det gjelder forskning om prognose. I internasjonal litteratur er det tre studier som ofte refereres (van Geelen et al., 2010; Brown et al., 2012; Nyland, Naess, Birkeland & Nyland 2014), som viser at minst halvparten av barn, ungdom eller unge voksne med CFS/ME har et langt forløp foran seg med mange års utmattelse og redusert livskvalitet. Nylands studie fra Haukeland sykehus antyder at kun et mindretall av pasientene kommer tilbake til full jobb eller utdanning, selv etter 10 år. Vi har heller ingen kunnskap om hvem som blir frisk, hvem som opplever bedring, og hvem som blir kronisk syk i tiår framover. Det er mange etiske dilemma omkring å formidle prognose ved alvorlige kroniske tilstander, men Konstantina har gjennom sine erfaringer gitt oss et godt råd når det gjelder å gi realistisk, forskningsbasert informasjon slik som vi gjør ved annen sykdom.

### VANSKELIGE MØTER

Beatrizz ble spurt om hun egentlig feilte noe annet, Sofia fikk høre at hun har en liksom sykdom, Steffen ble korrigerert på at han ikke skulle være redd for å trene, og Konstantina fikk villedende informasjon om framtidsutsiktene sine. Selv uttrykte flere av ungdommene at de i stedet for trøst og overflatiske råd foretrakk riktig og forskningsbasert informasjon om sykdommen. Ikke minst trengte de hjelp til å forstå de skremmende forandringer som skjedde med kroppen gjennom sykdomsforløpet. Noen uttrykte også et behov for å ta opp alle de vonde følelsene som følger av å ha en kronisk sykdom, og å få satt ord på sorgen over alt de mister gjennom ungdomsåra. I stedet ble de møtt med at problemet egentlig var noe annet, nemlig deres egne angivelige dysfunksjonelle tanker om sykdommen. De valgte derfor ikke overraskende å bryte med sine behandlere.

Vi vet ikke om helsepersonellet som er sitert, har hatt en kommunikasjonsstrategi basert på å utfordre dysfunksjonelle tanker, eller om de også mangler oppdatert faglig kunnskap om de dilemmaer sykdommen skaper for ungdommene. Uansett har møtene blitt oppfattet som vanskelige for ungdommene. Behandlerne har oversett at ungdommene selv kan ha egne erfaringer og opplevelser omkring sin sykdom som må utforskes og tematiseres hvis dialogen skal bli konstruktiv. Dette betyr selvsagt ikke at noen ungdommer med CFS/ME eller andre kroniske syk-

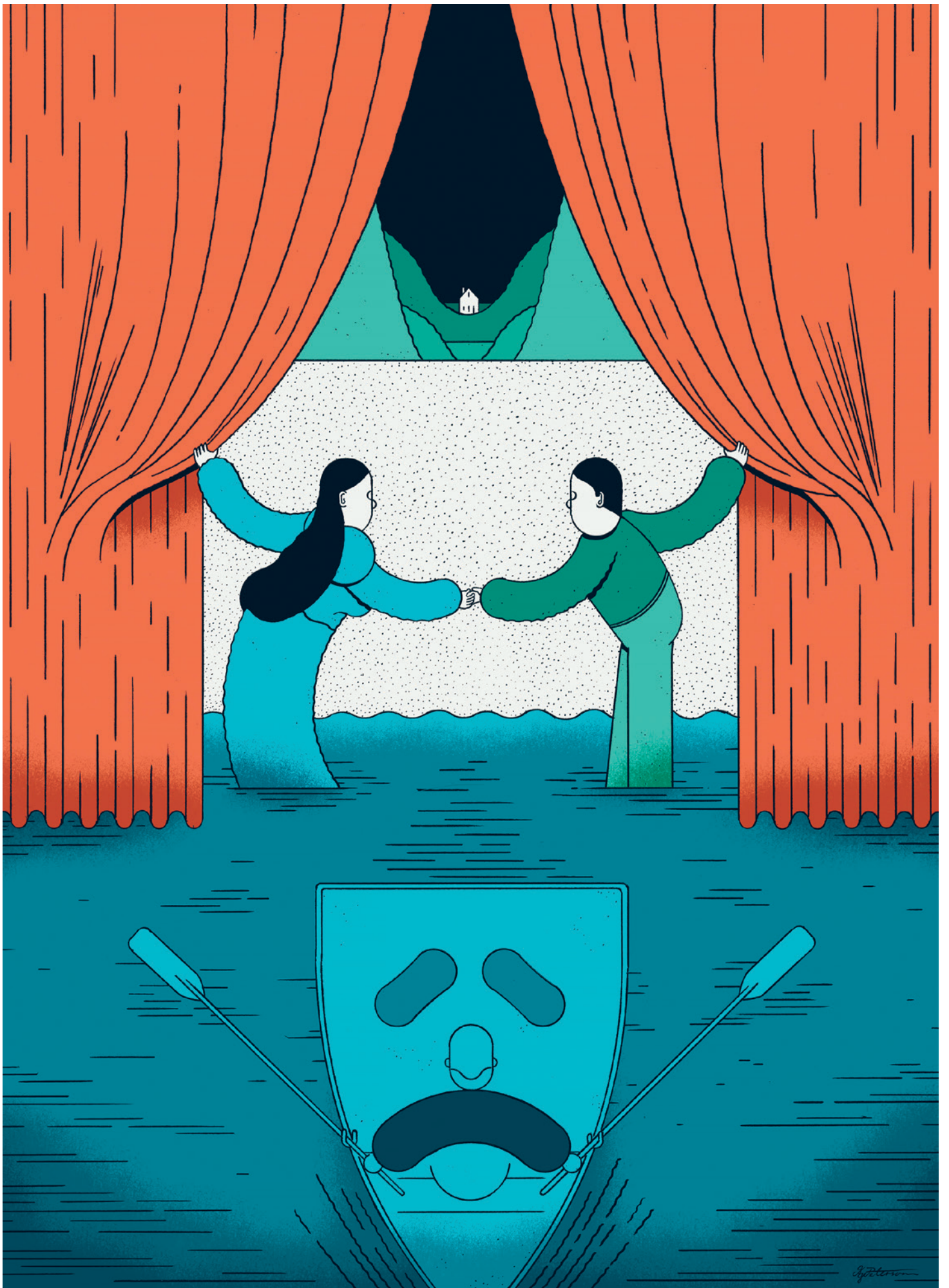


dommer ikke kan ha dysfunksjonelle tanker som bidrar til å opprettholde symptomer og lidelse. Men skal en utforske dette terapeutisk, må en som i alle andre sammenhenger ha en god og trygg behandlerrelasjon som utgangspunkt. Manglende respekt for ungdommens egen forståelse og referanseramme bidrar til avmakt, fortvilelse og brutte behandlerrelasjoner. Mange av rådene og synspunktene de har blitt møtt med, kunne vært gode generelle råd for andre plager og sykdommer, men for våre ungdommer har de blitt oppfattet som lettvinne og irrelevante. Erfaringene fra prosjektet antyder at møtene med helsepersonell som lanserer egne overfladiske forklaringer og synspunkter, blir en tilleggsbelastning for ungdommene og en kime til mistillit overfor helsevesenet. Som helsepersonell må vi ta inn over oss at vår manglende fagkunnskap i noen sammenhenger kan bidra til at sykdom og lidelse utvikler seg i feil retning, og ærlighet omkring det vi ennå ikke vet og forstår, står seg ofte best i lengden. ✕

Se også reportasjen side 1138:  
«ME-syke kjemper for å bli trodd.»

## REFERANSER

- Adamowicz, J.L., Caikauskaite, I., & Friedberg, F. (2014). Defining recovery in chronic fatigue syndrome: a critical review. *Quality of Life Research*, 23(9), 2407–2416. doi:10.1007/s11136-014-0705-9
- Brown, M.M., Bell, D.S., Jason, L.A., Christos, C., & Bell, D.E. (2012). Understanding long-term outcomes of chronic fatigue syndrome. *Journal of Clinical Psychology*, 68(9), 1028–1035. doi:10.1002/jclp.21880
- Chalder, T., Deary, V., Husain, K., & Walwyn, R. (2010). Family-focused cognitive behaviour therapy versus psychoeducation for chronic fatigue syndrome in 11- to 18-year-olds: a randomized controlled treatment trial. *Psychological Medicine*, 40(8), 1269–1279. doi:10.1017/s003329170999153x
- Harvey, S.B., & Wessely, S. (2009). Chronic fatigue syndrome: identifying zebras amongst the horses. *BMC Medicine*, 7, 58. doi:10.1186/1741-7015-7-58
- Helsedirektoratet (2015): Nasjonal veileder. Pasienter med CFS/ME: Utredning, diagnostikk, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg.
- Keller, B.A., pryor, J.L., & Giloteaux, L. (2014). Inability of myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome patients to reproduce VO<sub>2</sub>peak indicates functional impairment. *Journal of Translational Medicine*. 23 (12):104. doi: 10.1186/1479-5876-12-104
- Knoop, H., Prins, J.B., Moss-Morris, R., & Bleijenberg, G. (2010). The central role of cognitive processes in the perpetuation of chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(5), 489–494. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.01.022
- Maes, M., Anderson, G., Morris, G., & Berk, M. (2013). Diagnosis of Myalgic Encephalomyelitis; were are we now? *Expert Opinion on Medical Diagnosis*. 2013, 7(3), 221-225. doi: 10.1517/17530059.2013.776039.
- Morris, G., & Maes, M. (2013). A neuro-immune model of Myalgic Encephalomyelitis/Chronic fatigue syndrome. *Metabolic Brain Disease*. 28(4):523–540. doi: 10.1007/s11011-012-9324-8.
- Moss-Morris, R., Sharon, C., Tobin, R., & Baldi, J.C. (2005). A randomized controlled graded exercise trial for chronic fatigue syndrome: outcomes and mechanisms of change. *Journal of Health Psychology*. 10(2):245–259.
- Rutherford, G., Manning, P., & Newton, J.L. (2016). Understanding Muscle Dysfunction in chronic fatigue syndrome. *Journal of Aging Research*. Article ID:2497348. doi: 10.1155/2016/2497348
- Stahl, D., Rimes, K.A., & Chalder, T. (2014). Mechanisms of change underlying the efficacy of cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in a specialist clinic: a mediation analysis. *Psychological Medicine*, 44(6), 1331–1344. doi:10.1017/s0033291713002006
- Twisk, F.N., & Maes, M. (2009). A review on cognitive behavioral therapy (CBT) and graded exercise therapy (GET) in myalgic encephalomyelitis (ME) / chronic fatigue syndrome (CFS): CBT/GET is not only ineffective and not evidence-based, but also potentially harmful for many patients with ME/CFS. *Neuroendocrinology Letters*, 30(3), 284–299.
- Van Geelen, S.M., Bakker, R.J., Kuis, W., & Van de Putte, E.M. (2010). Adolescent chronic fatigue syndrome: a follow-up study. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164(9), 810–814. doi:10.1001/archpediatrics.2010.145
- Wilshire, C., Kindlon, T., Matthees, A., & McGrath, S. (2016). Can patients with chronic fatigue syndrome really recover after graded exercise or cognitive therapy? A critical commentary and preliminary re-analyses of the PACE trial. *Fatigue: Biomedicine, Health and Behavior*. Published online 14<sup>th</sup> december.



# Ibsens skjebnesjokk

Dramatikeren Bernhard Shaw hevdet at voldsomme hendelser kan gjøre oss alle medfølende for et øyeblikk. Mange av Ibsens menn blir i likhet med dikteren selv utsatt for slike skjebnesjokk. Men reagerer de humant av den grunn?

**B**ernhard Shaw kommer i essayet *The quintessence of Ibsenism* (1922) med en interessant, men tvetydig påstand om Rita og Alfred Allmers' reaksjoner på sønnens plutselige død i stykket *Lille Eyolf* (1894): «the shock of such an accident makes us all human for a moment» (s. 123).

Slike sjokk kaller jeg *skjebnesjokk*. Med det mener jeg uventede skjebnesvangre hendelser som krever en reaksjon fra de som utsettes for dem. Mange mannlige overhoder i Ibsens familiedramaer blir – i likhet med Alfred Allmers og dikteren selv – utsatt for slike sjokk: Karsten Bernick i *Samfundets støtter* (1877), Torvald Helmer i *Et dukkehjem* (1879), Hjalmar Ekdal i *Vildanden* (1884) og Dr. Wangel i *Fruen fra havet* (1888). Men i strid med Shaws argument er deres sjokkreaksjoner ofte lite *medfølende*. Jeg syns likevel at linsen *skjebnesjokk* kaster et interessant lys over disse mannlige karakterene, og tydeliggjør Ibsens skarpe blikk på og samtidig dype forståelse for alle sine skikkelser, både kvinner og menn.

## DET FØRSTE SJOKKET

Som syvåring fikk Ibsen *sitt* første skjebnesjokk. Hans rike, vellykkede far, forretningsmannen Knud Ibsen, gikk økonomisk fallitt. Familien som hadde levd herskkelig i den fornemme Altenburggården i Skien, måtte flytte på landet til et strevsomt liv på den nedslitte gården Venstøp. Faren prøvde å gjenreise familiens økonomi, men klarte det aldri. Han ble etter hvert en autoritær, alkoholisert og ganske voldelig far og ektefelle og endte sine dager eienomsløs og fattig. Moren opplevde at ektefellen som familiens overhode og økonomisk eneansvarlige forspilte hennes solide farsarv. Heller ikke hun klarte omstillingen til livet på Venstøp godt. Fra å være utadventt og livlig ble hun innesluttet. Hun levde i sin egen verden, malte akvareller og lagde tredukker, på bekostning av deltakelse i livet på gården. Foreldrene kranglet mye og skled til slutt helt fra hverandre (Ferguson, 1996; Templeton, 1997).

Henrik begynte, inspirert av moren, å male og lage dukker. Fra 12-årsalderen arrangerte

## TEKST

Ellen Hartmann

## ILLUSTRASJON

Åge Peterson







Som psykolog er det opplagt at en så observant og følsom syvåring som mye tyder på at Ibsen var, merket seg og husket de ydmykende og smertefulle endringene i familiens liv

han dukketeaterforestillinger som folk kom langveis fra for å se. Men etter konfirmasjonen var det slutt på lek og skolegang. Faren skaffet ham stilling som apotekerlærling i Grimstad. Henrik likte dette dårlig, men reiste lydig av sted med frakteskuten *Lykkens prøve*. Mens han bodde i Grimstad, var han bare på ett hjemmebesøk, og 22 år gammel – på vei til Christiania – besøkte han familien for siste gang. Senere skal han bare ha truffet søsteren Hedvig. Det virker som Ibsen aldri kom over sjokket som familiens vanære og endrede liv medførte. Avvisningen av faren og familien var like total som avvisningen av den uekte sønnen han fikk bare 18 år gammel mens han bodde i Grimstad – Ibsens andre skjebnesjokk.

Ibsens seneste biograf Ivo de Figueiredo (2010) mener skammen rundt farens fall ikke var så skjebnesvanger for sønnens utvikling og diktning som tidligere biografier har hevdet, for «vekst og fall var tidens rytme.» (s. 33) Gutten var så ung. «Husket han noe særlig av det?» (s. 33) spør historikeren retorisk. For meg som psykolog er det opplagt at en så observant og følsom syvåring som mye tyder på at Ibsen var, merket seg og husket de ydmykende og smertefulle endringene i familiens liv, og i foreldrenes forhold til hverandre og til barna.

På tilsvarende måte hevder Figueiredo at Ibsen kanskje ikke tok det å få et illegalt barn så tungt fordi det var ganske vanlig å få barn utenfor ekteskap. Jeg tror Figueiredo tar feil. Det *allmenne* ved økonomisk ruin og uønsket farskap kan nok dempe den ytre fordømmelsen, men ikke nødvendigvis den indre skamfølelsen. Først *etter* farens død ber Ibsen (1877) per brev en fjern onkel overbringe gjenlevende slektninger en takk for hva de «i kærlighed har påtaget sig af min pligt og min skyldighed». Litt senere begynte Ibsen å skrive på sin selvbiografi, *Fra Skien til Rom*, men ga fort opp. I likhet med Ibsen-forskeren Bjørn Hemmer (2003) mener jeg at både brevet og den avbrutte selvbiografien tilsier at Ibsen aldri kom fri fra eller ble forsonet med fortiden. Farens fallitt, den uønskede sønnen, og ikke minst hvordan han selv senere unnvek alt som minnet om barne- og ungdomsårene, må ha plaget ham samtidig som han ikke maktet å forholde seg direkte til opplevelsene fra oppveksten. I stedet forkommer temaer som skam og svik, livslange, ødeleggende konsekvenser av sosiale fall og redsel for konkurs, skandaler og tap av offentlig anseelse påfallende ofte i Ibsens dramaer. Det kan virke som slike tema i likhet med barns vanskjebne (se Hartmann, 2016) har tvunget seg inn i Ibsens diktning som uimotståelige, tvangsmessige mer eller mindre bevisste forsøk på å reparere ubearbeidede livshendelser fra barne- og ungdomsårene. Men uansett hvor intendert dette var fra Ibsens side, bare en stor dikter makter å omskape skjebnesvangre livshendelser til dramatiske mesterverk.

#### BORGERSKAPET PÅ IBSENS TID

Handlingen i Ibsens samtidsdramaer er lagt til borgerskapet på hans tid – det tidlige kapitalistiske samfunnet på 1800-tallet i Norge. Helge Rønning (2006) har beskrevet dette samfunnet som liberalistisk, patriarkalsk og kjønnsdiskriminerende med en familiestruktur der mannen satt på toppen og arbeidet utenfor familien, mens kvinnen var hjemmeværende og underordnet ektefellen. Barna kom under foreldrene igjen. Innenfor familien rådde en autoritær maktutfoldelse med strenge moralske samlivsregler som *hele* familien led under (Hemmer, 2003; Rønning, 2006), og der medfølelse og empati hadde trange kår.

Ibsen har gjennom sine kvinneportretter og tragiske barneskjebner vist hvor psykologisk uutholdelige vilkårene var for kvinner, og hvordan barn

døde eller fikk livet sitt ødelagt fordi foreldrene ikke maktet å ta godt nok vare på dem innenfor dette patriarkalske familielivet (Hartmann, 2008, 2016a; Hemmer, 2003; Rønning, 2006; Templeton, 1997; Vederhus, 2008). I opptegnelsene til *Vildanden* (1884) skriver Ibsen: «Fribårne mænd er en floksel. Der findes ingen. Ægteskabet, forholdet mellem mand og kvinde har fordærvet slægten, satt slavemærket på alle» (Ibsen, 1928–1957, bind 10). Ibsens påpeking at også mennene ble ufrie og led overlast på grunn av samfunnets motsetningsfylte krav og forventninger, har imidlertid fått mindre oppmerksomhet.

### TERJE VIGEN

Et skjebnesjokk finner vi alt i det kjente diktet *Terje Vigen* (1862). Da Terje kommer hjem etter den tragiske roturen til Danmark og de påfølgende lange årene i engelsk fangenskap, er konen og datteren døde av sult. Terje arbeider som los, men sorg og intense ønsker om hevn gjør ham bitter og ensom. Skjebnesjokket inntreffer når han skal redde en yacht i nød og gjenkjenner lorden som tok ham til fange og slik indirekte forvoldt datterens og konens død. Nå kan Terje få hevn. Han hugger hull i båten og minner lorden, som husker ham, om hvordan han lå på kne og forgjeves bad om nåde. Men så ser Terje lordens barn, besinner seg, stopper hærverket og redder den skipbrudne familien. Da lorden og hans lady kommer for å takke, protesterer Terje: «nei, den som frelste da verst det knep, det var nok den lille der» (s. 379). Terje maktet ikke å redde sitt barn, men fordi han blir medfølende, redder han et annet barn. Gjennom denne handlingen kommer Terje fri fra og forsoner seg med fortiden og blir «igjen seg selv» (s. 378). Hverken Ibsen eller de fleste av hans fiktive menn reagerte like humant og derved frigjørende overfor sine skjebnesjokk.

### DET ENSOMME MAKTMENNESKET

Konsul Bernick i *Samfundets støtter* er familiens ubestridte overhode – en fremgangsrik og handlekraftig forretningsmann innenfor det øvre borgerskapet; rik og mektig som Knud Ibsen i sine velmaktsdager. Men som mange av Ibsens skikkelser har Bernick en hemmelighet – *ett mørkt punkt* (s. 73)<sup>1</sup> som ligger skjult i fortiden. Han arvet farens skipsverft, men fikk samtidig sitt første skjebnesjokk. Han oppdaget: «hva der måtte holdes i dypeste hemmelighet, et så godt som ruinert hus .... Hva hadde jeg, sønnen, den eneste sønn, annet å gjøre enn å se meg om etter et redningsmiddel?» (s. 59). Bernicks reaksjon ble å bruke alle slags midler for å redde familiebedriften, fremme egen sosial status og økonomi og samtidig fremstå som en plettfri mann.

Som ung hadde Bernick «mot til selv å tenke fritt og stort» (s. 58) og valgte den radikale Lona som sin hemmelige forlovede. Men som fremadstrebbende samfunnsborger og forretningsmann vraket han henne. Hun var for frittalende og fattig, og han i stor pengened. Han giftet seg med Lonas rike halvøsteren Betty. «Det var for pengenes skyld likefrem; jeg var nødt til det; jeg måtte sikre meg dem» (s. 59). Derneft fikk Bernick svogeren Johan til å ta ansvaret for en pinlig elskovsaffære. Og verre, Bernick ga næring til falske rykter om at Johan, før han emigrerte til

Amerika, hadde stjålet en stor pengesum fra «enkefru Bernicks kasse» (s. 65). Intet var stjålet, men verftet manglet likviditet, som kunne forklares med de stjalne pengene.

Bernicks begjær etter makt og penger er uforenlig med kjærlighet, god moral og empatisk forståelse for hvordan hans handlinger påvirker andres liv. Det er ingen fortrolighet mellom ham og Betty. Hun får aldri ta del i det som opptar ham, og vet ingenting om hans forretninger enn si hans mer korruperte virksomheter: «Å, kjære Betty, hvor kan nå det interessere deg?» (s. 24). Han er en opportunist uten lojalitet til noen, men samtidig et ensomt menneske: «Lona, du kan ikke fatte hvor usigelig ensom jeg står her» (s. 100). Lona og Johan kommer hjem fra Amerika for å oppfordre Bernick til å fortelle sannheten om hans forkastelige handlinger. Men det vil Bernick ikke: «Jeg skulle frivillig ofre min familielykke og min stilling i samfunnet!» (s. 61).

Bernick tukter sin opprørske tenåringssønn Olaf hardt. Sønnen er viktig, ikke som et kjært barn, men som en forlengelse av ham selv: «det er min sønn jeg arbeider for; det er for ham jeg legger et livsverk til rette» (s. 101). Farens strenghet og planene for ham får Olaf til å rømme med *Indian Girl*, skipet Bernick sender til Amerika, vel vitende om at det er synkeferdig. Bernick tror feilaktig at svogeren Johan er om bord og dermed vil ta trusselen om å avsløre Bernicks svik med seg i døden. Konsulen får sitt avgjørende skjebnesjokk når han forstår at Olaf er blindpassasjer på dette skipet. Men Betty har skjønt at Olaf ville rømme, og har klart å stoppe skipet. Sjokket over nesten å ha forvoldt Olafs og sjøfolkens død og lettelsen over at de er i live, gjør Bernick i stand til å tilstå både sviket overfor Johan og andre korruperte handlinger, alt for å fremme familiebedriften, byens næringsliv og seg selv. På retorisk mesterlig vis fremstiller Bernick seg både som angrende synder og som byens sterke mann. Borgere og familien tilgir ham, og viktigst, Bernick setter sønnen fri, slik Ibsens far aldri formådde å sette Ibsen fri: «Herefter skal du få lov til å vokse opp, ikke som arvtager til min livsgjærning, men som den der selv har en livsgjærning i vente ... du skal få bli deg selv, Olaf» (s. 115).

Den engelske Ibsen-tolker James McFarlane (1966) har poengtert at Bernick tilstår tidligere ugjæringer, men tier om sitt *mørkeste punkt*; at han med overlegg risikerte Johans og sjø- >

1 Sitatene fra Ibsens skuespill er hentet fra Ibsen; Samlede Verker 10. utgave ved Didrik Arup Seip (1952) i 6 bind, Samfunnets støtter og Et dukkehjem (Bind 3), Vildanden og Fruen fra havet (Bind 5) og Lille Eyolf og Terje Vigen (Bind 6). Sideanvisning står i parentes etter siteringen.

folkenes liv da han lot *Indian Girl* seile. «Jeg har ennå meget å angre; men det vedkommer kun min samvittighet» (s. 113). Et urovekkende utsagn. Den som bare gjør opp med seg selv, endrer seg neppe fundamentalt. På ett punkt tror jeg likevel slutten innebærer en genuin forandring. Olaf får velge *sin* vei. Skjebnesjokket gjør faren medmenneskelig, i alle fall for et øyeblikk, og i stand til å sette Olaf fri. Men Bernick forblir nok *slavemærket* – et ærgjerrig og opportunistisk maktmenneske som snart gjenopptar sine kriminelle gjøremål og aldri får et fortrolig forhold til noen.

Shaw (1922) mener at Ibsen skapte Bernick så uhederlig at han neppe ville blitt akseptert som en troverdig samfunnsstøtte. Jeg syns Bernick-skikkelsen gir et realistisk bilde av en ambisiøs mann med makt og penger. Slike mennesker ser på seg selv som så enestående og uovertrufne at juridiske og moralske regler ikke gjelder for dem. Urovekkende ofte oppnår de stor anerkjennelse fra samfunnet de lever innenfor. Prisen de betaler, er imidlertid ensomhet, ødelagte kjærlighets- og familieforhold og manglende verdighet.

#### DEN FEIGE EKTEFELLEN

Ibsen var nøye med å gjøre advokat Torvald Helmer i *Et dukkehjem* til en «uangripelig embetsmann» (s. 161) – Helmers oppfatning av seg selv – men ga ellers få opplysninger om ham. Vi får ingen hint om vanskelig oppvekst eller mørke punkter; bare at Torvald og Nora traff hverandre da han hjalp faren hennes ut av noen tvilsomme forretninger – noe Torvald antakelig bare var villig til fordi han var forelsket i sin kommende *lerkefugl*. Torvald betror også Nora at det er pinlig for ham at han er dus med sakfører Krogstad. Helmers rettskaffenhet er altså ikke absolutt og hans personlighet «smålig» (s. 162), slik Nora antyder; men kriminell som Bernick er han ikke.

Ekteparet Helmer lever i tilsynelatende harmoni. Advokat Helmer er på vei oppover i borgerskapets hierarki. Han skal bli direktør i Aktiebanken. Men som Rønning (2006) påpeker, har Torvald en underliggende frykt for uventet død, ulykke og sosialt fall: «Sett nå jeg lånte tusen kroner i dag, og du satte dem over styr i juleuken, og jeg så nyttårsaften fikk en takstein i hodet og lå der» (s. 120). Torvald og Nora betrakter hverandre som ideelle ektefeller og foreldre. Men ekteskapet deres er ikke preget

av gjensidig fortrolighet og nærhet. De kan nok flørte og være betatt av hverandre. Hun som hans *lille ekorn*, og han som hennes formynder og oppdrager, men de snakker aldri sammen om «alvorlige ting» (s. 198). De er heller ikke gode foreldre. Torvald er en fraværende far. Når barnepiken kommer hjem med barna, erklærer han: «nu blir her ikke utholdelig for andre enn mødre» (s. 140). Nora syns det er artig å leke med barna. Men som i de fleste borgerlige hjem på den tiden er det barnepiken og ingen av foreldrene som er Helmer-barnas egentlige omsorgsperson.

Nora har imidlertid en indre styrke, hennes mørke punkt som *ikke* passer inn i samlivet med Torvald, og som tilsier at hun er mer selvstendig og modig enn hun ofte er blitt oppfattet som. Hun lånte penger av Krogstad – fullt klar over at Torvald aldri ville tillatt det – slik at hun og Torvald, som var alvorlig syk, kunne reise til Syden for at han skulle bli frisk. «Aldri gjeld Nora! ... Det kommer noe ufritt, og altså også noe uskjønt, over det hjem som grunnes på lån og gjeld» (s. 121). Nora undertegnet derfor gjeldsbrevet i farens navn og lot Torvald tro pengene var en gave fra svigerfaren. Senere klarte hun å tjene og spare penger samtidig som hun spilte rollen som ødeland, alt for å betale renter og avdrag uten at Torvald fattet mistanke.

Krogstad er redd for å miste stillingen i Aktiebanken. Han bruker det falske gjeldsbrevet som press på Nora for å få Helmer til å la ham beholde jobben. Men Helmer misliker Krogstad: «Tenk deg blott hvordan et sånt skyldbevisst menneske må *lyve* og *hykle* og forstille seg til alle sider, må gå med maske på overfor sine aller nærmeste, ja like overfor sin egen hustru og sine egne barn. Og dette med barna, det er nettopp det forferdeligste, Nora ... Nesten alle tidlig forvorpne mennesker har hatt løgnaktige mødre» (s. 152). Ordene ryster Nora. Hun innser at hun ikke er en ideell hustru og mor, men en uvitende kvinne, et leketøy for ektefellen og en dukke for barna. Selverkjennelsen rokker imidlertid ikke ved hennes tro på *det vidunderlige*. Torvald *må* være den ideelle mannen som vil ofre alt for å redde henne. Så lenge Torvald føler seg trygg, befester han hennes illusjoner: «Når det riktig gjelder, kan du tro jeg har både mot og krefter. Du skal se, jeg er mann for å ta alt på meg» (s. 163).



Men Torvald er ingen modig mann. Da han får *sitt* skjebnesjokk, gjennom Krogstads brev med trussel om å offentliggjøre gjeldsbrevet med Noras forfalskede underskrift, tar han ikke på seg all skyld, men «naturally enough flies into a vulgar rage» (Shaw, 1922, s. 88). Han kaller Nora «en hyklerske, en løgnerske, – verre, verre, en forbryterske!» (s. 194). Shaw fant det *naturlig* at Torvald ble fly forbanna, mens mange i dag ser på Torvald som feig og vettskremt for skandale. Et nytt brev fra Krogstad der han gir gjeldsbrevet til Nora, får Helmer til å rope: «Jeg er frelst! Nora, jeg er frelst!». «Og jeg?» spør hun. «Du også, naturligvis», svarer han (s. 195–196). Da faren er over, snur Torvald: «Å, du kjenner ikke en virkelig manns hjertelag, Nora. Det er for en mann noe så ubeskrivelig søtt og tilfredsstillende i dette å vite med seg selv at han har tilgitt sin hustru, – at han har tilgitt henne av fullt og oppriktig hjerte. Hun er jo derved liksom i dobbelt forstand blitt hans eiendom» (s. 197).

Shaw (1922) hevder at frem til dette punktet kunne *Et dukkehjem* fremstått som et godt skrevet melodrama, kanskje med en tilsvarende slutt som i *Samfundets støtter*. Men akkurat her lar Ibsen Nora gjøre noe uventet og utenkelig. Hun sier enkelt, men myndig: «Sett deg her, Torvald; Det blir langt. Jeg har meget å tale med deg om» (s. 198). Fra nå av dreier dramaet seg om etiske spørsmål fra dagliglivet, spørsmål som angår alle, men som det ikke finnes entydige svar på, og som Torvald ikke forstår. Når Nora understreker at dette er første gang «vi har vekslet et alvorlig ord om alvorlige ting», svarer han i Bernicks ånd: «Skulle jeg idelig og alltid innvie deg i bekymringer som du dog ikke kunne hjelpe meg med å bære?» (s. 198). Når hun beskriver hvordan hun ser på ekteskapet deres, spør han sint og forvirret: «Nora, hvor du er urimelig og utakknemlig! Har du ikke vært lykkelig her?» (s. 199). Langsomt erkjenner han likevel: «Der er noe sant i, hva du sier» (s. 199), men ser ikke Noras forvandling: «Men herfra skal det bli annerledes. Lekens tid er forbi; nå kommer oppdragelsens ... Både din og barnas, min elskede Nora» (s. 199–200). Torvald forstår ikke at hans tid som hennes oppdrager er forbi, mens Nora skjønner at hun må oppdra seg selv, og gir derved Torvald nok et skjebnesjokk: «Det må jeg være alene om. Og derfor reiser jeg nå fra deg» (s. 200). Igjen reagerer Torvald autoritært og feigt: «Du er avsigdig! Du får ikke lov!

Jeg forbyr deg det! ... Og du tenker ikke på hva folk vil si?» (s. 200–201).

Etter hvert skjønner Torvald at Nora ikke lenger elsker ham: «hvordan har jeg forspilt din kjærlighet?» ... «Det var i aften da det vidunderlige ikke kom ... tenkte jeg så usvikelig sikkert at du ville tre frem og ta alt på deg» (s. 202) forklarer Nora. «Men der er ingen som ofrer sin ære for den man elsker», svarer Torvald (s. 203). Og Nora, som selv har risikert alt for å redde Torvald liv, slår rolig fast: «Det har hundre tuseener kvinner gjort» (s. 203). Torvald håper fortsatt på forsoning: «Der er visselig kommet en avgrunn imellom oss. – Å, men Nora, skulle den ikke kunne utfylles?» ... «Akk, Torvald, da måtte *det vidunderligste* skje», svarer hun. «Nevn meg dette vidunderligste!» spør han. «Å, Torvald, jeg tror ikke lenger på noe vidunderlig» svarer hun. «Men jeg vil tro på det. Nevn det! Forvandle oss således at?» insisterer Torvald. «At samlivet mellom oss to kunne bli et ekteskap» (s. 204–205), svarer Nora og går. Skjebnesjokket *hun* fikk da Torvald ikke levde opp til hennes forventninger, har utvetydig endret og frigjort henne. Hun forstår at samlivet med Torvald er uutholdelig for henne og må drastisk endres eller brytes. Kan Helmers sjokk frigjøre ham? Torvald synker sammen: «Nora! Nora! Tomt. Hun er her ikke mer. (Et håp skyter opp i ham): Det vidunderligste –?! Nedenfra høres drønnet af en port som slås i lås» (s. 205). Vi får aldri vite om sjokket sammen med troen på det vidunderligste kunne gjøre Torvald i stand til å forholde seg til Nora som et selvstendig, jevnbyrdig menneske, samt forstå at å tilgi henne vil si å ha empatisk forståelse for hennes livssituasjon og er totalt forskjellig fra å gjøre henne *i dobbelt forstand til sin eiendom*.

Jeg tror Ibsen gjorde Helmer-skikkelsen så historieløs og respektabel for at vi skal forstå at slik Helmer tenker og handler, er kontekstuel bestemt av at han er overhodet i en familie innenfor datidens borgerskap, og *ikke* skyldes psykologiske forhold. Som Hemmer (2003) hevder: «Det er ikke *mennesket* i ham [Torvald] som taler til Nora under deres oppgjør, det er samfunnets autoriteter og institusjoner som taler gjennom ham» (s. 260). Eller med Ibsens (1928–1957, bind 8) ord fra opptegnelsene til *Et dukkehjem*: «Denne mann står med all hverdagslig hederlighet på lovens grund og ser saken med mannlig øye.» Torvald forblir nok ufri, redd og ensom; en slave av det autoritære og undertryk-



Terje Vigen maktet ikke å redde sitt barn, men fordi han blir medfølende, redder han et annet barn



kende mannssamfunnet han verdsetter så høyt, men som samtidig ikke kan hjelpe ham til å bli en mann som Nora kunne elsket.

### DEN SKADESKUTTE FAREN

I *Vildanden* som i *Et dukkehjem* presenterer Ibsen oss for en familie i tilsynelatende harmoni. Både Torvald og Hjalmar er uvitende om ektefellens fortid. Nora og Gina (Hjalmars ektefelle) røper ikke hemmelighetene sine frivillig. Det er Krogstad og Gregers Werle (mulige halvbror til Hedvig) som tvinger frem den truende fortiden som kommer like uforberedt og sjokkartet på Hjalmar som på Torvald.

Ibsen har gitt flere opplysninger om Hjalmar. Han er en av de mest skadeskutte og livsudugelige av Ibsens mannlige hovedpersoner. Hans første skjebnesjokk var at han mistet moren som liten gutt. Han ble oppdratt av to gamle tanter som forgudet og overbeskyttet ham. Dette har nok medvirket til at han fremtrer som sjarmerende, men forfengelig og selvmedlidende, med en indre sårbarhet og helt urealistiske drømmer om å bli en stor oppfinner. Som ungdom fikk Hjalmar nok et skjebnesjokk. Familien ble, i likhet med Ibsens egen familie, rammet av en stor skandale som medførte et dramatisk sosialt og økonomisk fall. Faren ble dømt til mange års fengsel og fratatt offisersgraden på grunn av ulovlig hogst. Fra å ha tilhørt det rike borgerskapet er Hjalmar nå en fattig mann som har måttet gifte seg under sin stand og klare seg uten tjenestefolk. Dette har forsterket hans sårbarhet. Nå lever han og faren Gamle Ekdal, i likhet med Ibsens mor, på siden av samfunnet. De trives best inne på det forunderlige mørkeloftet – som har mange likhetstrekk med loftet på Venstøp, der Ibsen sov og lekte som barn – der de kan gå på lissomjakt og stelle med duene, hønsene og villanden.

Hjalmar skammer seg over faren. Likevel er han, som Jørgen Lorentzen (2007) understreker, ivaretagende overfor ham. Han bebreider ikke faren hans forseelser, men har medfølelse med ham, lar ham bo hos seg, overser farens alkoholbruk og håper at hans oppfinnelse skal vekke farens «selvfølelse fra de døde» (s. 63). Gamle Ekdals fall er langt mer fatalt enn Knud Ibsens. Ibsens far gikk ikke konkurs og satt aldri i fengsel. I sterk kontrast til sin uforsonlige holdning til *sin* far lar Ibsen Hjalmar ta påfallende godt vare på faren sin. Det er fristende å se dette som dikterisk anger og forsøk på reparasjon.

Men Hjalmar er hverken en god forsørger eller en ivaretagende ektefelle og far. Det er Gina og datteren Hedvig som sammen med gamle Ekdal står for familiens økonomi. Hjalmar har stor makt over Hedvig. Han lar henne tro at de har et helt spesielt forhold: «Du og jeg, Hedvig, vi to!» (s. 78). Forholdet mellom dem har incestuøse undertoner. Doktor Relling advarer foreldrene: «Hedvig er i en vanskelig alder. Hun kan finne på alt det som galt er» (s. 84).

Hjalmar er en slagen mann. Skjebnesjokk har ingen mulighet til å styrke hans medmenneskelighet eller virke frigjørende for ham. I stedet blir han destruktiv og selvsentrert når sjokkene rammer ham. Dette blir klart når Hjalmar får sitt neste skjebnesjokk når Gina innrømmer at hun ikke vet om det er Hjalmar eller grosserer Werle som er Hedvigs biologiske far. Hjalmar er for selvusikker og sårbar til å ta farsansvar for et barn som han etter Ginas innrømmelser ikke lenger tror er hans. Når hans drømmeverden faller sammen, blir han bare opptatt av seg selv. Han avviser Hedvig. «Få henne vekk fra meg, sier jeg! ... I de siste øyeblikk, jeg tilbringer i mitt fordums hjem, ønsker jeg å forskånes for uvedkommende» (s. 105).

Hjalmar kaller barnet han har hatt et svært nært forhold til, for *uvedkommende*. Det er et voldsomt svik, der Hjalmar ikke er i stand til å vise medfølelse med datteren og ta hensyn til hennes fortvilelse og desperate kjærlighet til ham.

Selv det siste hjerteskjærende sjokket – Hedvigs selvmord – forandrer bare tilsynelatende Hjalmar. Han bebreider seg selv: «Og jeg som jog henne fra meg som et dyr! Aldri få gjøre det godt igjen!» (s. 116). Men han forblir selvmedlidende og skriker: «Å, du der oppe -! – Hvis du er da! Hvi gjorde du meg dette!» (s. 116). Hennes selvmord er hans tragedie, ikke hennes. Det er den jordnære Gina som må støtte ektefellen og tilby fellesskap: «Den ene må hjelpe den annen. For *nu* er vi halvt om henne, vet jeg» (s. 117). For Gregers er det nødvendig at Hedvig ikke døde forgjeves. «Så De [Relling] hvorledes sorgen frigjorde det storladne i ham [Hjalmar]?» (s. 117), men får til svar: «Storladne blir de fleste når de står i sorg ved et lik. Men hvor lenge tror De den herligheten varer hos ham? ... Innen tre fjerdingår er lille Hedvig ikke annet for ham enn et vakkert deklamasjonstema» (s. 117). Relling har nok rett i at den skadeskutte Hjalmars medfølelse og empati med Hedvigs skjebne vil vare omtrent så lenge.

### DEN FRIGJØRENDE EKTEMANNEN

Vi får vite litt om Dr. Wangels fortid i *Fruen fra havet*. Etter at hans første kone døde, giftet han seg med den unge, vakre Ellida. Hun vokste opp ved havet, men ektefellen har plassert henne sammen med sine to halv voksne døtre i en trang fjordbunn der hun vantrives. Ellida har også en hemmelighet, et mørkt punkt. Som ung ble hun betatt av en fremmed sjømann. De lovet hverandre troskap. Han skulle komme tilbake og hente henne. Kort tid etter giftet hun seg likevel med den velstående Wangel for å oppnå sosial trygghet og for å glemme den fremmede og sin skremmende draging mot ham.

Wangel valgte Ellida av kjærlighet og fortalte henne om sitt lykkelige ekteskap, mens hun ikke våget å røpe noe om den fremmede. Deres ekteskap ble derfor ikke preget av fellesskap, gjensidighet og fortrolighet. «Det liv vi to lever med hinannen, – det er i grunnen ikke noe ekteskap», slår Ellida fast, og Wangel svarer: «Der sa du et sant ord. Det liv vi *nu* lever, er ikke noe ekteskap» (s. 287). Sønnen deres døde som spebarn. Fra da av opplevde Ellida ekte-

skapet som et svik mot den fremmede og hans krav om reservasjonsløs lidenskap, og unngikk derfor all seksualitet med ektefellen.

Da teppet går opp, er Ellida og ekteskapet på randen av sammenbrudd. Samtalene mellom Wangel og Ellida utgjør kjernen i skuespillet. De viser hvordan ektefellene sammen hjelper *henne* til å gjenvinne psykiske helse og *begge* til et nytt fellesskap. Det er Wangel som tar initiativ til samtalene: «Nå vil vi tale litt sammen» (s. 244). Hun uforstående: «Om hva?» ... «Om deg. Og så om vårt forhold, Ellida. Jeg ser nok at det kan ikke bli sånn ved.» Hun undrende: «Hva skulle komme i stedet, mener du?» Han: «Full fortrolighet, kjære. Samliv mellom oss, – som før.» «Å, om det kunne! Men det er så rent umulig!» (s. 245) svarer hun. I starten går det heller ikke bra. Wangel ter seg som en autoritær, bedrevitende lege som *vet* hva pasienten hans trenger. De må flytte «ut et steds ved åpne havet» der hun «ville vinne sunnhet og fred i sinnet» og han «vinne deg igjen, du kjære» (s. 247).

Ellida vet at flytting ikke vil hjelpe. I motsetning til Nora og Gina velger hun derfor frivillig å avsløre fortiden: «si deg all ting like ut. Slik som det er» (s. 247). Om hvordan den fremmede kom og maktstjal henne. Hvordan hun lot ham kaste en nøkkelhank med ringene deres ut på havdypet og slik vie dem til hverandre og til havet. Wangel hører tilsynelatende hva hun forteller, men reaksjonen hans: «Nå skal vi forsøke en annen kur for deg. En friskere luft enn her inne i fjordene» (s. 252) viser at han ikke forstår henne. Hun avviser kuren: «jeg får ikke velttet det av meg der ute heller» (s. 252). Det vekker Wangels empati. Han begynner å lytte: «Kjære – hva mener du egentlig?» (s. 252). «Det grufulle, mener jeg. Denne ubegripelige makt over sinnet ... den redsels skyld som står av den fremmede ... det usigelige ... barnets øyne skiftet farge etter sjøen ... Å, jeg så det nok, jeg, selv om du ikke så det» (s. 252). Wangel er egentlig overbevist om at Ellidas oppfatning av barnets øyne skyldes hennes mentale ubalanse. Men her prøver han ikke å overbevise henne om at hun tar feil. I stedet spør han undrende og åpnende: «Hm, – la så være da. Men selv om så var?» (s. 255). Slik kan Ellida hviskende og bevende dele det mest skremmende med ham: «Barnet hadde den fremmedes øyne ... Nu må du vel forstå hvorfor jeg aldri mer *vil*, – aldri mer *tør* leve med deg som din hustru!!» Det vek-

ker hans medfølelse: «Ellida, – Ellida. Min stakers ulykkelige Ellida!» (s. 255).

Nettopp her lar Ibsen den fremmede tre inn på scenen. Ellida føler en gruffull angst for ham, men drages samtidig mot ham og både vil og vil ikke følge ham. Først når den fremmede understreker: «Vil Ellida være med meg, så må hun reise frivillig» (s. 268), får dragningen overtaket. Wangel har hjulpet Ellida til å fortelle om den fremmede, slik han fortalte om det lykkelige ekteskapet sitt. Det å dele hverandres fortid er vesentlig for fortrolig samliv, men Ellida trenger mer. Hun må komme fri fra den redselsfulle skylden – at sønnen døde som straff for hennes utroskap, både overfor den fremmede og overfor Wangel. Ektefellen må «la handelen gå om igjen» (s. 288) slik at hun kan velge på nytt. Først faller Wangel tilbake i rollen som autoritær og bedrevitende lege: «Derfor trenger du til at din mann – og din lege også – tar makten fra deg – og handler på dine vegne» (s. 296). Men så «i stille smerte» erkjenner han: «Jeg ser det vel, Ellida! Skritt for skritt glir du fra meg. Kravet på det grenseløse og endeløse – og på det uoppnåelige, – det vil drive ditt sinn helt inn i nattemørket til slutt.» «Å ja, ja – jeg føler det – som sorte lydløse vinger» (s. 309) bekrefter hun. Wangel ser at Ellida er i ferd med å bli gal, og at han mister henne for alltid. Dette er *hans* skjellsettende skjebnesjokk. Men i motsetning til Helmer og Hjalmar forstår han hva som står på spill. Han innser at han har vært for opptatt av å *eie sin frue fra havet*. Slik blir han medmenneskelig og rede til frivillig å gi fra seg makten over henne: «Nå kan du velge din vei – i full – frihet ... Og under eget ansvar, Ellida.» «Mener du det – av ditt innerste hjerte? ... Kan du la det skje?» spør hun. «Jeg kan det – fordi jeg elsker deg så høyt», svarer han. «Så nær – og så inderlig – skulle jeg være kommet inn til deg» (s. 309), avslutter hun.

Wangels kjærighet og Ellidas frivillige åpenhet om fortiden sin gjør ham i stand til å forholde seg medfølelse til henne som et likeverdig og ansvarlig menneske, og la henne velge mellom seg og den fremmede. Slik gir han henne både tilgivelse og mulighet til ny vekst. I det hun føler seg fri og ansvarlig, forsvinner dragningen mot den fremmede og den ubegrensede og uforpliktende friheten han representerer. I stedet velger hun menneskelig fellesskap med Wangel. Når Wangel i glede slår fast: «Å, tenke seg til at nå kan vi to få leve helt



Det er ikke gitt hvilke reaksjoner som mobiliseres når skjebnesjokk inntreffer. Hvorfor blir noen mer menneskelige – og andre ikke?





for hverandre», tilføyer Ellida «og med felles livsminner. Dine – så vel som mine ... og for våre to barn.» Wangel ser forvandlingen hos Ellida og i forholdet mellom dem: «Våre kaller du dem» (s. 311). Gjenforent som to avgrensede og ansvarlige, men samtidig nære individer velger de å akseptere jordlivet både som seksuelle partnere og som foreldre med alle de gleder og de farer det innebærer. Nærmere Noras drøm om det vidunderligste lar ikke Ibsen noen andre av sine menn eller kvinner komme.

### FORELDRE SOM FORVANDLES

*Lille Eyolf* handler som alt antydnet om hvordan ekteparet Alfred og Rita Allmers reagerer på skjebnesjokket når deres eneste barn, den ni år gamle handikappede sønnen Eyolf, plutselig dør. Ekteparet Allmers tilhører den rike overklassen. Den selvsentrerte og antakelig impotente Alfred giftet seg med Rita, ikke av kjærlighet, men fordi han var fattig og hun «så fortærende deilig» (s. 144) og rik – «guldet og de grønne skoge» (s. 144). Slik kunne han «arbeide og studere, – alt etter egen lyst» (s. 111) på sitt filosofiske verk *Det menneskelige ansvar* og samtidig forsørge sin altfor kjære og langt yngre halvsøster Asta. Alle tre lever av hennes formue. Det har gitt Rita en sterk ekteskapelig posisjon. Hun har selvstendighet nok til å kunne irettesette Alfred: «Kommer du med det tøveri igjen, så banker jeg deg opp» (s. 113) på en måte som hverken Nora, Betty eller Gina kunne gjort. Men Rita er først og fremst lidenskapelig styrt av ønsket om å *eie* ektefellen: «Jeg bryr meg bare om dig! Om dig alene i verden!» (s. 119). Hun er sjalu på Alfreds studier, på Asta, som Alfred stadig diskuterer arbeidet sitt med, og på Eyolf, som hun fikk ikke fordi hun ønsket seg barn, men for Alfreds skyld: «Jeg var skikket til å bli mor til barnet. Men ikke til å være mor for det» (s. 120).

Alt som bitte liten tok Eyolf for stor plass. Mens faren skulle passe sitt sovende barn, kom Rita og lokket ham til seg, så han «glemte både barnet og alt annet» (s. 140). Under foreldrenes samleie falt Eyolf ned fra stallebordet og ble alvorlig skadet. Omstendighetene rundt sønnens fall er ekteparets felles mørke punkt og fortiede skjebnesjokk. Ingen av dem orker å vedstå at de har skyld i at sønnen er krøpling, enn si fortelle ham at han aldri vil klare seg uten krykken, aldri kunne leke som andre barn, lære å svømme eller klatre i fjellet slik han drømmer om. Denne ikke-erkjente skylden blir en destruktiv verkebyll mellom dem.

Kvelden før stykket starter, kom Alfred hjem fra en syv ukers fjelltur – hans første lengre fravær fra Rita. Hun hadde kledd seg i hvitt, slått ut håret, de var alene og det «var champagne på bordet» (s. 121), men det ble ingen elskov. Alfred «var så oppfylt av alvorsfulle tanker» (s. 121). Han har bestemt seg for å legge vekk sitt filosofiske verk og i stedet konsentrere seg om Eyolfs utvikling. Tidligere har Alfred vært «Som en skolemester ... men ikke som en far» (s. 113) for sønnen, som på sin side har prøvd å leve opp til farens krav gjennom å lese så iherdig at moren og tanten er bekymret for gutten og redd faren vil gjøre ham til vidunderbarn. Nå vil Alfred i stedet «prøve på å lyse opp i alle de rike muligheter som demrer i hans barnesjel ... skape lykkefølelse i hans sinn ... Eyolf skal fullføre mitt livsverk ... være den fullverdige i vår slekt» (s. 114). Disse forblommede og fullstendig urealistiske målene viser at Alfred *ikke ser* eller har empatisk forståelse for sønnen og hans åpenbare handicap. Det er heller ikke farskjærlighet, slik han selv tror, som driver ham, men tvil om egne evner, slik Rita påpeker: «du var begynt å tvile på at du hadde noe stort kall å leve for i verden ... Og så trengte du noe nytt, som kunne

fylle deg» (s. 139). Alfreds fornyede interesse for sønnen øker Ritas sjalusi. Hun vil ikke dele ektefellen med noen. Må hun dele ham med sønnen, «ville jeg ønske, at jeg aldri hadde født ham» (s. 120).

Like før denne uttalelsen har familien fått besøk av Rottejomfruen. Rottejomfruen er en forunderlig skikkelse som i likhet med den fremmede i *Fruen fra havet* er en lite realistisk skikkelse, ladet med symbolsk mening. Hun lokker med seg rotter og tar dem med til havet der de drukner. Hun tilbyr å fjerne det «som gnager her i huset» (s. 106), men Rita og Alfred mener det ikke finnes noe slikt i deres hjem, mens *det som gnager* – Eyolf – blir trollbundet av Rottejomfruen. Mens de voksne er opptatt av hverandre, «går Eyolf varsomt og ubemerket ut» (s. 109) og følger etter Rottejomfruen, ut av hjemmet, vekk fra mor og far, helt ytterst ute på bryggekannten står han alene og stirrer etter henne og liksom svimler, faller eller lar seg falle utfor og drukner.

Herfra handler stykket i hovedsak om foreldrenes reaksjoner på sønnens død – deres andre fatale skjebnesjokk. Alfred opplever først – som Hjalmar – Eyolfs død som en urett mot ham selv og ikke som sønnens tragedie: Han «skulle fylle min tilværelse med glede og stolthet» (s. 128). Begge foreldre plages av Eyolfs store, åpne «onde barneøyne» (s. 138) og beskylder hverandre for manglende kjærlighet og omsorg for sønnen og indirekte for hans død. «Nå har vi fått det, – slik som du ønsket, Rita» (s. 137). «Å, du har i grunnen aldri hatt riktig kjærlighet til ham, du heller» (s. 139), repliserer hun. «Sorgen gjør ond og stygg» (s. 138), konstaterer Alfred.

Motstrebende nærmer de seg hverandre. Han: «Og allikevel så går vi her og sørger så bitterlig over ham.» Hun: «Ja, er det ikke underlig å tenke seg? Gå her og sørg slik over en liten fremmed gutt» (s. 139). «Vi har forbrutt oss, begge to» – både for lenge siden under «den fortærende deilige stund ... da ... lille Eyolf ble krøpling» (s. 144) og fordi vi «Tålte ikke å se *den* – han måtte slepe på – krykken» (s. 141). Rita er redd «dette må bære inn i fortvilelse, – like inn i vanvidd for oss begge to. For vi kan jo aldri, – aldri gjøre det godt igjen» (s. 141).

De orker ikke å leve, men innser at de ikke makter å følge etter Eyolf. For «her i jordlivet, hører vi levende hjemme» (s. 142). Men hvordan klare jordlivet? Alfred vil forlate Rita. Men idet

han skal fortelle dette, høres larm og skrål fra strandstedet. Mennene er kommet hjem. «Drukne, som de pleier. Pryler børnene ... og kvinnene hylter om hjelp for dem» (s. 162), rapporterer Alfred, som ønsker «hele stedet jevnet med jorden» (s. 163) som hevn for at ingen der nede prøvde å redde Eyolf. Men så tenker Rita på *barna* og blir for første gang medfølelse og empatisk. De uskikkelige guttene er jo like forsømte og ikke-verdsatte som Eyolf var. Som Nora tar hun en uventet beslutning. De fattige, forkomne barna «skal få bo i Eyolf stuer. De skal få lese i hans bøker. Få leke med hans småsaker» (s. 163). «Dette her er jo det rene vanvidd å høre på! Jeg vet ikke det menneske i verden som er mindre skikket til noe slikt enn du» (s. 163), er Alfreds realistiske reaksjon. Men som påpekt av Joan Templeton (1997) svarer Rita i Noras ånd: «Så får jeg oppdra meg til det. Opplære meg. Oppøve meg» (s. 163). Og i motsetning til Torvald Helmer, men i likhet med doktor Wangel, innser Alfred at det må ha «foregått en forvandling» (s. 163). Rita vet at det ikke er kjærlighet som driver henne. «I alle fall ikke ennu» (s. 164). Men hun har lyttet når Alfred har diskutert *Det menneskelige ansvar* med Asta, og vil nå «prøve meg videre frem selv. På *min* måte» (s. 164). Hun vil handle, vise medfølelse og ta ansvar. Gjennom å lindre fattigbarnas livsskjebne håper hun å få tilgivelse fra «de store, åpne øynene» (s. 165) og slik forsone seg med fortiden og finne en vei fremover. Dette beveger Alfred: «Kanskje jeg kunne få være med? Og hjelpe deg, Rita?» «Ville du det?» spør hun, og han svarer sakte: «La oss forsøke om det kunne gå.» Rita (neppe hørlig): «La oss det, Alfred ... Det vil bli en tung arbeidsdag foran oss, Rita» (s. 165).

Er dette selvopptatte rike ekteparet i stand til å bli empatiske medmennesker som kan oppdra og ha omsorg for andres barn? Betyr *Aldri, aldri gjøre det godt igjen* noe mer dyptgripende og endrende for Rita og Alfred enn for Hjalmar, slik at de kan reagere *medfølelse*, og som Terje Vigen slik bli fri til å leve et tungt, men forhåpentlig meningsfylt liv?

Som mange Ibsen-forskere, lesere og tilskuere har jeg hatt store problemer med å tro på Ritas og Alfreds forvandling. Sist vinter og nå igjen i høst har jeg imidlertid sett Sofia Jupithers fine oppsetning av *Lille Eyolf* på Nationaltheatret. Pia Tjelto og Kåre Conradis betagende spill i hovedrollene ga meg ny tro på *håpet* i Ibsens tekst og Shaws påstand: Mennesker i sjokk og dyp psykologisk nød *kan* mobilisere medmenneskelighet og en indre vilje til endring som ingen visste var der.

Som Henrik Ibsen viser oss i sine stykker, og som denne gjennomgangen forsøker å få fram, er det ikke gitt hvilke reaksjoner som mobiliseres når skjebnesjokk inntreffer. Hvorfor blir noen mer menneskelige – og andre ikke? Ibsen gir oss noen hint, men ingen klare svar. Endring henimot medmenneskelighet skjer bare innenfor et fortrolig og gjensidig fellesskap. Karsten Bernick, Torvald Helmer og Hjalmar Ekdal er så fastlåste i datidens nedlatende kvinnesyn at et slikt fellesskap med deres ektefeller ikke er mulig. Doktor Wangel og Ellida når frem til et gjensidig fellesskap gjennom de mange fortrolige samtalene dem imellom. Rita og Alfred vil for første gang i deres samliv prøve i fellesskap å være medmenneskelige overfor de forsømte guttene fra strandstedet. Om de virkelig vil lykkes, er i sluttscenen et åpent spørsmål. ❧

## REFERANSER

- Ferguson, R. (1996). *Mellom evne og higen*. (Oversatt av B.A. Hermann). Oslo: J.W. Cappelens Forlag AS.
- Figueiredo, I. de (2006). *Henrik Ibsen. Masken*. Oslo: Aschehoug forlag.
- Hartmann, E. (2008). Ibsen's motherless women. *Ibsen Studies, Vol. 4(1)*, 80–91.
- Hartmann, E. (2016a). Ibsens skamskutte barn. *Tidskrift for Norsk psykologforening, Vol. 53(1)*, 60–67.
- Hemmer, B. (2003). *Ibsen – Kunstnerens vei*. Bergen: Vigmostad & Bjørke.
- Ibsen, H. (1877). Brev 18. juni 1877. I: *Henrik Ibsens skrifter* (2003). Oslo: Aschehoug forlag.
- Ibsen, H. (1928–1957). *Samlede verker: Hundreårsutgaven* 1–21, ved Francis Bull, Halvdan Koht, Didrik Arup Seip. Oslo: Gyldendal norsk forlag.
- Lorentzen, J. (2007). Ibsen and fatherhood. *New Literary History, 37*, 817–836.
- Rønning, H. (2006). Den umulige friheten. Henrik Ibsen og moderniteten. Oslo: Gyldendal.
- Shaw, B. (1922). The Quintessence of Ibsenism. Now completed to the death of Ibsen. I: *Major critical essays* (3. utg., s. 23–176). London: Penguin Books.
- Templeton, J. (1997). *Ibsen's women*. Cambridge: Cambridge University press.
- Vesterhus, P. (2008). Hvorfor dør Ibsens barn? *Tidskrift for den norske Lægeforening, 24*, 2851–2854.

# Medfølelse for spiseforstyrrelser

Pasienter med spiseforstyrrelser kjenner ofte på skam og selvkritikk, og mange har problemer med følelsesregulering. Medfølelsesfokusert terapi tilpasset spiseforstyrrelser (CFT-E) er en ny og lovende behandlingsform for nettopp disse problemstillingene.

## TEKST

Malin Elisabeth Olofsson, stipendiat/psykolog, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KariAnne R. Vrabel, PhD/psykologspesialist, Forskningsinstituttet, Modum Bad

## KONTAKT

m.e.olofsson@psykologi.uio.no

**MEDFØLELSESFOKUSERT TERAPI** (eng. Compassion-focused therapy; CFT) er en integrativ, transdiagnostisk behandlingsmodell med utgangspunkt i blant annet evolusjonsteori, nevrovitenskap og tilknytningsteori. Sentralt i modellen er utvikling av en medfølende holdning overfor seg selv og andre, samt regulering av følelser (Gilbert, 2009). Det psykologiske begrepet 'medfølelse' omfatter disse egenskapene eller holdningene: vishet, styrke, varme og aksept. Medfølelse er på samme tid en affekt, en tanke, en motivasjon og en handling. Begrepet kan oppsummeres som evnen til «å være oppmerksom på og motivert til å prøve å redusere lidelse samt øke velbehag» (Goetz, Keltner & Simon-Thomas, 2010, s.2).

CFT ble utviklet etter oppdagelsen av at noen pasienter, spesielt de med mye skam og selvkritikk, ikke responderte tilfredsstillende på intervensjoner, som for eksempel kognitiv restrukturering. De forsto logikken bak teknikkene, men klarte ikke å *føle* annerledes grunnet redusert tilgang på affektive systemer. Derfor

retter CFT seg eksplisitt mot følelsesreguleringssystemet med formålet å minske skam og selvkritikk, og derigjennom redusere psykiatriske symptomer (Gilbert, 2009). CFT har blitt anvendt som tilnærming for en rekke psykologiske lidelser, inklusive schizofreni, depresjon, post-traumatisk stresslidelse (PTSD), angst og spiseforstyrrelser (Beaumont, Galpin, & Jenkins, 2012; Goss & Allan, 2010; Lucre & Corten, 2012). Foreløpige resultater viser bedre effekt enn ingen behandling og tilsvarende effekt som «treatment as usual» (Leaviss & Uttley, 2014). CFT er en relativt ny tilnærming, og forskningsresultatene er inntil videre begrenset.

CFT er blitt tilpasset spiseforstyrrelser under forkortelsen CFT-E (Goss & Allan, 2010) og blir nå prøvd ut for inneliggende pasienter og evaluert via to forskningsprosjekter. Vi ønsker derfor å gi en kort innføring i CFT-E som et lovende behandlingsalternativ for spiseforstyrrelser, med forbehold om at mer forskning må til for å klargjøre modellens langsiktige effekt.

\* Ingen av forfatterne har noen oppgitte interessekonflikter.



## HVORFOR CFT-E?

Kognitiv terapi ved spiseforstyrrelser, forkortet CBT-E (Fairburn, 2008), har over noen tid vært gullstandarden i behandling av spiseforstyrrelser, og betraktes som førstevalget (f.eks. Murphy, Straeblér, Cooper, & Fairburn, 2010; NICE, 2004). Av pasienter med spiseforstyrrelser er det imidlertid 50 prosent som ikke responderer på denne behandlingen, og de med traumer i barndommen har blitt identifisert som en slik subgruppe (Statens Helsetilsyn, 2000). Studier av bakgrunnshistorier til pasienter med spiseforstyrrelser viser en betydelig andel av emosjonelt, fysisk og seksuelt misbruk (f.eks. Backholm, Isomaa & Birgegård, 2013; Brewerton, 2007). Komorbide tilstander som depresjon, PTSD, dissosiasjon og rusmisbruk er vanlig, og drop-out og tilbakefall er dramatisk høyere hos de *med* en traumatisk bakgrunn sammenlignet med de *uten* (Mahon, Bradley, Winston, Harvey & Palmer 2001). Vår egen studie viste at spiseforstyrrelsespasienter med seksuelle overgrep i barndommen og unnvikende personlighetsforstyrrelse hadde en dårligere prognose og et lengre sykdomsforløp enn dem som ikke oppviste slik tilleggsproblematikk (Vrabel, Hoffart, Ro, Martinsen & Rosenvinge, 2010). Pasienter med spiseforstyrrelser og traumehistorier har lav responsrate for standard behandling, høyt symptomtrykk og høy tilbakefallsrate, og det blir viktig å spørre hvordan vi kan forbedre behandlingen for denne svært behandlingstrengende pasientgruppen (f.eks. Kazdin, 2011).

Skam og selvkritikk forekommer ofte ved spiseforstyrrelser, og betraktes som viktige transdiagnostiske prosesser for både utvikling og vedlikehold av lidelsen (Barrow, 2007; Ferreira, Pinto-Gouveia & Duarte, 2013). Færre medfølende tanker og handlinger samt mer frykt for ulike medfølende uttrykk fra andre henger dessuten sammen med mer skam og mer spiseforstyrrelsepatologi (Kelly, Carter, Zuroff & Borairi, 2013). Skam har også vist seg å være en vedlikeholdende faktor i PTSD (Økte-dalen, 2015). På bakgrunn av dette er det rimelig å tenke at CFT-E, som er spesifikt rettet mot akkurat disse problemstillingene, kan være effektiv ved spiseforstyrrelser. CFT-E kan også være effektiv mot noen av de vanlige komorbide tilstandene, for eksempel senskader etter oppveksttraumer, som vi med de eksisterende behandlingsformene ikke klarer å behandle på en tilfredsstillende måte.

## HVA ER CFT-E?

CFT-E tar utgangspunkt i at opplevelser av både indre og ytre trusler aktiverer vårt medfødte trusselsystem, og at vi instinktivt søker beskyttelse for å sikre vår egen og i forlengelsen også artens overlevelse («better safe than sorry»). Høye nivåer av skam og selvkritikk har ofte sin grobunn i vanskelige oppvekstvilkår, som fysisk og psykisk mishandling, neglekt eller mangel på kjærlighet. Mangelen på omsorg i tidlige relasjoner fører til at man får vansker med å være vennlig, trøstende og medfølende med seg selv når trusselsystemet blir aktivert, hvilket det også naturlig nok oftere blir hos personer med mye skam og selvkritikk (Gilbert, 2010). Dette betyr at mens noen lærer måter å berolige seg selv, opplever andre i stedet mer frykt, ensomhet og utsatthet ved opplevelser av trusler. Det er altså ikke kun nærvær av det som oppleves som truende, men også fravær av det som kan fungere trygghetsskapende, som kan aktivere ytterligere frykt og utrygghet i mennesker. Selvkritikk betraktes som en sikkerhetsstrategi for å håndtere skam, da det fra et overlevelsesperspektiv er mer risikabelt for et barn å finne feil hos tilknytningspersonen enn hos seg selv; barnet er helt avhengig av omsorgspersonen, men ikke omvendt. I CFT-E ønsker vi å aktivere indre opplevelser av trygghet ved å eksponere for opplevelser av medfølelse ved hjelp av for eksempel den terapeutiske relasjonen og ferdighetstrening (Andersson & Viotti, 2013).

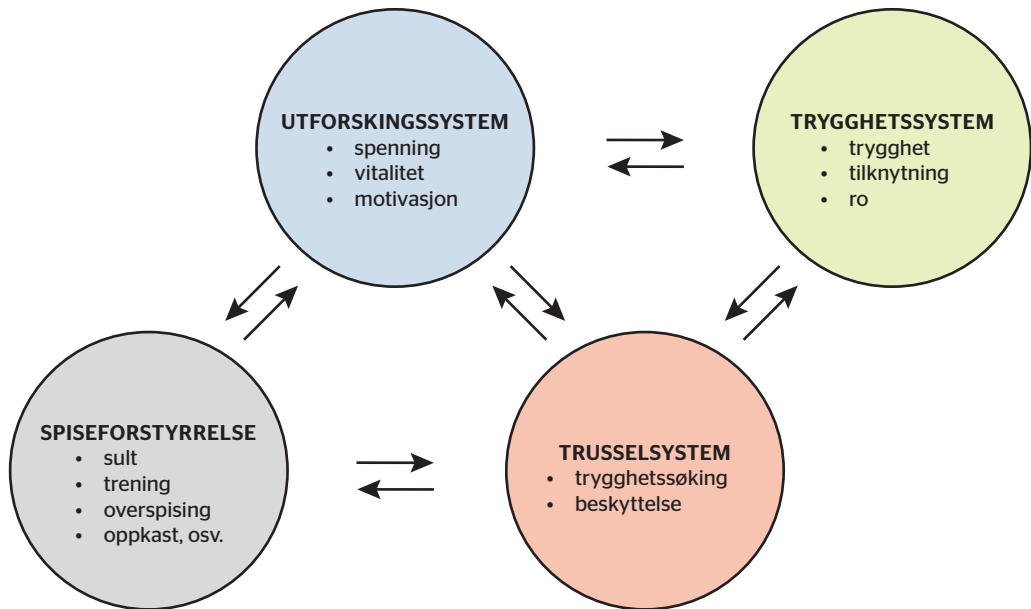
For å illustrere dette på en enkel måte deler modellen i figur 1 inn følelsesregulering i tre delsystemer. Trusselsystemet (rød) handler om å oppdage trusler for å oppnå beskyttelse og trygghet. Utforskingssystemet (blå) har fokus på vitalitet og oppnåelse, og henger sammen med engasjement og «driv», mens trygghetssystemet (grønn) omfatter ro, tilfredshet og det å nærme seg andre.

Ifølge modellen er balanse mellom systemene en forutsetning for å fungere godt: Når vi over tid opplever et altfor aktivt trusselsystem eller lite/ingen tilgang på trygghet og tilknytning, blokkeres evnen til å aktivt være del av gjensidige medfølende relasjoner, og i forlengelsen også evnen til selvomsorg og selvregulering. Spiseforstyrrelsen fungerer i stedet regulerende og som en falsk trygghet, det vil si som et substitutt for manglende tilgang på trygghetssystemet. I CFT-E ønsker man å



Medfølelsesfokustert terapi retter seg eksplisitt mot følelsesregulerings-systemet med formålet å minske skam og selvkritikk





FIGUR 1. Tersirkelmodellen for spiseforstyrrelser (etter Goss & Allan, 2010).

bryte den negative sirkelen via oppbygging av ferdigheter til selvregulering slik at balansen i systemet blir gjenopprettet. På den måten øker tilgangen på trygghetssystemet, og spiseforstyrrelsen, som en kortsiktig måte å regulere et overaktivt trusselsystem på, blir overflødig (Goss & Allan, 2010).

Et annet sentralt fundament i CFT-E er inndelingen i en gammel og en ny hjernestruktur som har utviklet seg under ulike evolusjonære stadier for å tjene ulike formål: De to kommuniserer ikke alltid med hverandre på en gunstig måte, og er derfor ikke alltid enkle å håndtere. En viktig del i CFT-E er derfor psykoedukasjon rundt hjernens funksjoner, med det formål å oppnå økt forståelse for egen fungering og økt innsikt i at vi ikke kan ha full kontroll over hjernen («det er ikke min feil»), samtidig som vi anerkjenner et ansvar for de aspekter som vi ønsker å forbedre (Gilbert, 2010).

#### HVORDAN CFT-E?

CFT-E for inneliggende pasienter på Modum Bad bygger i praksis på regelmessig spising parallelt med psykologisk endring i form av økt medfølelse for seg selv og andre samt bedret evne til følelsesregulering. En innledende kasusformulering kartlegger utløsende og vedlikeholdende faktorer, og skiller mellom tilsiktede og utilsiktede konsekvenser av lidel-

sen. Dette for å fremme en forståelse av symptomene som funksjonelle på kort sikt, samtidig som de har negative konsekvenser over tid. Kasusformuleringen er ofte en første skamreduksjon i prosessen mot økt medfølelse med seg selv, som er en rød tråd i behandlingsforløpet. Individualterapien har fokus på eventuelle blokkeringer mot medfølelse samt andre individuelle problemstillinger som kommer opp parallelt med at spiseforstyrret atferd ikke lenger blir tatt i bruk som en reguleringsmetode. Gruppeterapien fokuserer primært på psykoedukasjon sammen med et relasjonelt fokus på utveksling av medfølelse i tanke, følelse og handling mellom deltakerne. I forlengelsen er det hensiktsmessig om opplevelsene generaliseres, med økt tilgang på støtte fra eget sosiale nettverk i den grad det er mulig.

En annen sentral komponent i CFT-E som også foregår i gruppeformat, er ferdighetstreningen, Compassionate Mind Training (CMT). CMT har likheter med mindfulness med fokus på pust og tilstedeværelse, men består i tillegg av visualiseringsøvelser. Ved visualisering aktiveres de samme områdene i hjernen som ville blitt aktivert hvis det samme scenarioet skjedde i virkeligheten, og på den måten skal øvelsene (pust, tilstedeværelse, visualisering) fremme selvomsorg samt operere som motgift mot følelser (f.eks. skam) som bidrar til aktive-

ring av trusselsystemet. Det kan dreie seg om at man i fantasien konstruerer et trygt sted, eller en trygg person, og ser for seg at man utveksler medfølelse. Slik er det tenkt at øvelsene skal bidra til en gradvis framvekst av fysiske fornemmelser, følelser eller andre erfaringer som assosieres med trygghetssystemet (Gilbert, 2010).

## KONKLUSJON

CFT-E er en nylig utviklet behandlingsform for spiseforstyrrelser som er rettet mot å bedre evnen til følelsesregulering og redusere skam, selvkritikk og psykiatriske symptomer gjennom kognitiv, følelsesmessig og atferdsmessig

utøving av medfølelse. CFT-E blir nå prøvd ut ved Modum Bad med formål å forbedre behandlingen for de pasienter som de eksisterende behandlingsformene frem til nå ikke klarer å favne, for eksempel de med komorbide barn-domstraumer. Det er dog fortsatt ikke klarlagt om behandlingen fungerer for denne pasientgruppen, som i utgangspunkt har utfordringer med følelsesregulering og relasjoner til andre. Effekten av modellen blir derfor nå evaluert gjennom to forskningsprosjekter. Med bakgrunn i den totale psykologiske og økonomiske byrden for pasienter med spiseforstyrrelser er det svært viktig at behandlere er oppdatert på kunnskapsbasert behandling av sykdommen. ✕



Individual-  
terapien har  
fokus på  
eventuelle  
blokkeringer  
mot med-  
følelse

## REFERANSER

- Andersson, C., & Viotti, S. (2013). *Compassion-fokuserad terapi*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Backholm, K., Isomaa, R., & Birgergård, A. (2013). The prevalence and impact of trauma history in eating disorder patients. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 1–8.
- Barrow, A. (2007). *Shame, self-criticism, and self-compassion in eating disorders*. [Doktorgradsavhandling]. University of Leicester, Leicester, United Kingdom.
- Beaumont, E., Galpin, A., & Jenkins, P. (2012). 'Being kinder to myself': a prospective comparative study, exploring post-trauma therapy outcome measures, for two groups of clients, receiving either Cognitive Behaviour therapy or Cognitive Behaviour Therapy and Compassionate Mind Training. *Counselling Psychology Review*, 27, 31–43.
- Brewerton T.D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. *Eating disorders*, 15(4), 285–304.
- Fairburn, C. (2008). *Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders*. New York: Guildford Press.
- Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2013). Self-compassion in the face of shame and body image dissatisfaction: Implications for eating disorders. *Eating behaviors*.
- Gilbert P. (2010). *Compassion-focused Therapy*. London & New York: Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15, 199–208.
- Goetz, L.J., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: an Evolutionary Analysis and Empirical Review. *Psychological Bulletin*. Vol. 136, 3, 351–374.
- Goss, K. & Allan, S. (2010) Compassion focused therapy for eating disorders. *International Journal of Cognitive Therapy* 3, 141–158.
- Kazdin, A.E. (2011). *Single case research design (2nd ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Kelly, A.C., Carter, J.C., Zuroff, D.C., & Borairi, S. (2013). Self-compassion and fear of self-compassion interact to predict response to eating disorders treatment: a preliminary investigation. *Psychotherapy Research*, 23, 252–264.
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015) Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review. *Psychological Medicine*, 45(5), 927–945.
- Lucre, K.M. & Corten, N. (2012). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 387–400.
- Mahon J., Bradley S.N., Harvey P.K., Winston A.P., Palmer R.L. (2001). Childhood trauma has dose-effect relationship with dropping out from psychotherapeutic treatment for bulimia nervosa: a replication. *The International journal of eating disorders*, 30(2), 138–148.
- Murphy, R., Straebl, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. 33(3), 611–627.
- NCCMH (2004). *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. Leicester and London: The British Psychological Society and the Royal College of Psychiatrists.
- Statens helsetilsyn (2000). *Alvorlige spiseforstyrrelser. Retningslinjer for behandling i spesialisthelsetjenesten*. Utredningsserie 7. Oslo.
- Vrabel, K.R., Hoffart, A., Ro, O., Martinsen E.W., & Rosenvinge, J.H. (2010). Co-occurrence of avoidant personality disorders and child sexual abuse predicts poor outcome in long-standing eating disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(3), 623–629.
- Øktedalen, T. (2015). *Are trauma-related shame and guilt part of the PTSD construct?* [Doktorgradsavhandling]. Universitetet i Oslo.



Fra arkivet: 2004

## Andrepersons-psykologi: Ragnar Rommetveit intervju

- Vi veit at «andrepersons-psykologi» har vore eit viktig tema for deg, særleg dei seinare åra. Kan du utdjupa kva du legg i det?

- Ein dogmatisk naturvitskapleg psykologi er ein vitenskap om mennesket utanfrå, ein «tredjepersons-psykologi». Når eg har brukt ordet «andrepersonspsykologi» er det i refleksjon over grunnlagsproblem i humanistisk orientert psykologisk forskning. Eit heilt vesentleg aspekt ved slik forskning er *ein subjekt-subjekt-relasjon mellom forskar og informant*. Samtala dei imellom er ein dialog mellom eit «eg» og ei «du», og kunnskap basert på slik samtale har som føresetnad at dei to talar same språk. Det er kunnskap «innanfrå» i den forstand at forskaren si eiga intuitive meistring av språket og subjektivt forankra innsikt i det menneskeleg meiningsfylte er ein naudsynleg ressurs, ja sjølve innfallsporten til – og fundamentet for – humanistisk-psykologisk kunnskap.

- I så måte deler eg langt på veg Jan Smedslunds syn på relasjonen mellom «common sense»-psykologisk terminologi og humanistisk-psykologisk fagspråk. Folkelege ord som «glede», «sinne», «tiltru» kan og må tena som innfallsportar til kunnskap om informanten som eit «du». Men humanistisk-psykologisk teori er noko anna og meir enn tolking og stringent logisk kartlegging av visdomen innebygd i vår intuitive meistring av eit felles språk. Han er basert på, men innsikta mot overskriding av vår subjektivt forankra innsikt i det menneskeleg meiningsfylte.

- Er ikkje dette eit etisk perspektiv, som handlar om likeverd og dialog?

- Jo, kanskje det. I og med at forskaren møter informanten som eit «du» blir informanten på eit vis medforfattar av humanistisk-psykologisk teori. Og fordi teorien har ei forankring i lekmansspråk om psykologiske fenomen, kan han i prinsippet formidlast til lekfolk i eit språk dei kan forstå. Dette er i sin tur ein føresetnad for emansipatorisk verknad: At formidling av humanistiskpsykologisk teori kan føra til større sjølvinnsikt og auka kontroll over eige liv. Men eg har lita tru på formidling av psykologisk innsikt «ovanfrå og ned». Den beste popularisator av psykologisk fagkunnskap er den som kan få lesaren til å engasjera seg og ta del i forskaran si undring.

*Fra Elisabeth Backe-Hansens intervju med Ragnar Rommetveit i temanummeret «Mannlige pionerer i norsk psykologi», februar 2004*

## Aktuelt



FOTO: ARKIV

## St. Olavs orden til Per Isdal

**Per Isdal ble i november tildelt St. Olavs orden, Ridder av 1. klasse, for sitt arbeid med stiftelsen Alternativ til vold.**

Ordenen tildeles som «belønning for utmerkede fortjenester for Norge og menneskeheten» som det heter på nettsidene til kongehuset.

- Dette er stort, litt større enn jeg føler meg, sa Isdal i et intervju på psykologforeningens nettsider da det ble klart at han fikk utmerkelsen.

Alternativ til vold (ATV) ble stiftet i 1987 og var det første spesialiserte behandlingstilbudet for voldsutøvere. Senere har ATV utvidet tjenestetilbudet til også å omfatte voldsofre og familiemedlemmer som er berørt av volden. Tilbudet har også blitt en eksportartikkel til andre nordiske land og deler av Europa. Stiftelsen har i dag 14 kontorer i Norge med 66 ansatte.

- Skal vi tro de politiske signalene vi får, vil vi om ti år kunne tilby tjenester til 200 psykologer, sier han i det samme intervjuet.

Han ser med bekymring på en utvikling hvor flere menn mellom 25 og 50 år havner utenfor arbeidsstyrken:

- Økende utenforskap er en risikofaktor for vold og andre ekstreme handlinger. Vi må derfor nærme oss voldsproblematikk med et bredt samfunnsperspektiv, ikke bare med individuelle hjelpetiltak, sier han.

*Psykologtidsskriftet*

# Meninger



FOTO: FARTEN RUDJORD

## Debatten om studentklinikkene i Oslo fortsetter.

Se side 1194-1201.

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.





*Silke Nansen 2017*



# Psykologiens hemmelige tjeneste

«Det er som om vi jobber i en av landets hemmelige tjenester», uttalte en kollega av meg som også jobber i PP-tjenesten. Hvorfor er det sånn?

**PPT ER SOM EN KOLLEGA NYLIG SA** en «gullposisjon» for en psykolog som ønsker å gjøre en varig forskjell i hverdagen til mange barn. Samtidig får man inntrykk av at det er en lite prioritert og anerkjent psykologjobb, og at psykologer som søker seg til PPT, raskt søker seg vekk når de får jobb i helsevesenet. Det som innføres av kommunepsykologer og livsmestring som fag, er vel og bra, men hvilke tanker har man for fremtiden til PP-psykologen? Er det tenkt at vi skal forlate posisjonen vår, eller mangler det kunnskap om hva PPT er, hva psykologer i tjenesten gjør, og hvilket potensial som ligger i PP-psykologen?

Ved vitnemålsutdelingen etter endt studium holdt presidenten vår en tale. Et av budskapene hans var at psykologer skulle ut i verden og ikke bare sitte på et kontor. Vi tok presidentens ord på alvor og begynte å jobbe i den virkelige verden, nærmere bestemt i skolen, da vi fikk vår første og nåværende jobb i PP-tjenesten.

I begynnelsen var det flere ting som overrasket. For det første hadde vi aldri forestilt oss mangfoldet av problemstillinger man kommer borti. For det andre merket vi hvor mye av faget vi fikk brukt i hverdagen. Og for det tredje kjente vi på hvor utrolig mye det er å lære. I rollen som PP-rådgiver er dagene sjelden like, tempoet er høyt, og bredden i hva du bør kunne litt om, er omfattende. I tillegg kreves det mye kunnskap om systemet, om lovverk og om læreplaner, noe man i liten grad blir kjent med i studiet.

Noe som også overrasket oss, var at PPT-feltet av mange ble sett på som en «startjobb», en rolle som er perifer i forhold til hva psykologer «skal» jobbe med, og en jobb som i liten grad får oppmerksomhet i studiet, i den faglige diskursen og generelt i samfunnet. Som en kollega i et nettforum skrev: «Det er som om vi jobber i en av landets hemmelige tjenester.» Dette synes vi er synd. PP-tjenesten er et sted der psykologi trengs, og der psykologer kan utrette svært mye. »

## TEKST

Aleksandra Marković,  
ped.psyk.-rådgiver/  
psykolog i Bærum  
kommune, og  
Camilla Bärthel  
Flaaten, ped.psyk-  
rådgiver/psykolog i  
Bærum kommune,  
master i kognitiv  
nevrovitenskap

## ILUSTRASJON

Hilde Thomsen

## PP-TJENESTEN

### DEN VARIERTE HVERDAGEN

Til de som ikke kjenner til hverdagen som PP-rådgiver: Den er hektisk, og man er i aller høyeste grad «ute i verden». Utarbeidelse av sakkyndige vurderinger når det er behov for spesialundervisning, tar opp mye av tiden. Dette innebærer observasjon, testing, samtaler og møter, i tillegg til den faglige vurderingen, der man skal uttale seg svært spesifikt om hvilket opplæringstilbud en elev bør få, gitt dennes læreforutsetninger og rammene for opplæringen. I tillegg kommer systemarbeidet, bestående av kompetanseheving ut mot skoler. I arbeidet med begge mandater kommer man inn på et bredt spekter av problematikk: spesifikke lærevansker, generelle lærevansker, konsentrasjonsvansker, atferdsvansker og problematisk skolefravær for å nevne noe.

Behovet for psykologisk kunnskap er kanskje mest åpenbart når det gjelder emosjonelle problemer og atferdsvansker blant elever. Barn som strever, kan være vanskelige å forstå for lærere og foreldre, og det er ofte mye frustrasjon i sakene vi kommer inn i. Å hjelpe systemet rundt med å nøste i vanskene, forstå dem og iverksette effektive tiltak kan gjøre en stor forskjell. Det er ofte indirekte arbeid, med kartlegging og samtaler med skole og foreldre, men også samtaler med elevene. Ingen sak er lik, og det er sjelden noen «quick fix» i sikte. Under veiledning med lærerteamet rundt eleven kommer ofte kunnskaper om psykoterapi til nytte. Det gjelder å forstå at også for læreren kommer mestring før motivasjon. Å bedre lærerens emosjons- og relasjonskompetanse kan være avgjørende, og komme hele klasser til gode.

Imidlertid er faget vårt, slik vi ser det, minst like viktig i arbeidet med lærevansker. Vi er på farten med testbager (eller iPader), og det er viktig at man som PP-psykolog kjenner sin WISC (eller WPPSI, eller WAIS). Å uttale seg om læreforutsetninger og vurdere generelle eller spesifikke lærevansker krever forståelse for de underliggende kognitive funksjonene man søker å måle med testen, og hvordan de påvirkes av andre faktorer. Her har psykologer et klart bidrag å komme med. Vi har kunnskaper om metode, statistikk, psykometri, kognisjon og utviklingspsykologi som skal gjøre oss gode på dette. En god kognitiv vurdering kan bane vei mot bedre tilpasninger i skolen, og om ikke annet føre til en annen forståelse og empati for en elev som strever.

### PP-PSYKOLOGEN - EN GLEMT RESSURS?

Det er bra at livsmestring og psykisk helse kommer mer inn i skolen, men vi kan ikke unngå å tenke at det er enda bedre å bruke psykologien til å styrke systemet rundt elevene før et lite problem blir et stort. Vi er førstelinje, vi er i posisjon til å gjøre en tidlig innsats. Vi er også i posisjon til å formidle råd fra helsetjeneste til skolen på et språk lærere forstår, og der de er i stand til oversette forståelse til tiltak.

Vi er i en posisjon til å koordinere innsats og gå i samarbeid med andre instanser rundt en elev. Å bidra til god tilpasset opplæring, spesialundervisning av god kvalitet og bedre relasjonskompetanse i skolen tenker vi har mye større potensial til å forebygge vansker og utenforskap enn psykoedukasjon. Uansett hva man putter inn i en læreplan, er det ikke sikkert at det når frem til Karsten med konsentrasjonsvansker, og som læreren oppfatter som intensjonelt forstyrrende. Eller til Stine med språkvansker, som kanskje ikke forstår så mye av språklig basert undervisning hvis den ikke er tilrettelagt ordentlig. Eller til Birgit,<sup>1</sup> som har

.....

1. De tre fornavnene som er brukt her, er fiktive.

trøblete hjemmeforhold og kanskje ikke kommer seg på skolen i det hele tatt. Vi vet at varig atferdsendring hos barn skjer gjennom varig atferdsendring hos de voksne rundt barnet. Som PP-psykolog har man dermed mulighet for å hjelpe mange barn som strever psykisk så vel som faglig.

Små kommuner har få kommunepsykologer, og flere av disse kommunene har ikke PP-psykologer i det hele tatt. Psykologene som er i PPT, er ofte nyutdannet, og en del av dem skifter jobb relativt fort. Dette er synd. PPTs mandat om systemrettet arbeid blir svekket av høy turnover, med den konsekvens at gullposisjonen i PPT ikke utnyttes fullt ut. Det er i dette landskapet man nå kjører en stor satsning på kommunepsykologer, der formålet er at alle landets kommuner skal ha en kommunepsykolog innen 2020. Hva er det som gjør at man tenker at dette vil gi bedre resultater enn for eksempel en prioritering av psykologene i PPT?

Årsakene er flere: Arbeid i PPT er ikke i fokus i løpet av utdanningen, i hvert fall ikke da vi studerte ved Universitetet i Oslo. For en del av oss har det vært både manglende kunnskap om PPT og en klar prioritering av psykisk uhelse i psykologutdanningen. Det har gjort det naturlig å ha en oppfatning om PPT som perifert, lavstatus og et midlertidig arbeid før man søker seg til klinisk arbeid i spesialisthelsetjenesten. Dette henger, mener vi, sammen med en klar nedtoning av flere viktige områder av normalpsykologien og et snevert syn på hva en psykolog er og kan være. Vi jobber ikke i helsetjenesten, men opplever oss ikke som mindre psykolog av den grunn. Hver eneste dag får vi brukt utdanningen vår, like mye som vi hadde gjort på et DPS. Alle har en psykisk helse, og psykologifaget omfatter også kunnskap om læring, utvikling, kognisjon, relasjoner, gruppedynamikk, og emosjoner hos helt vanlige (og mer uvanlige) barn.

Vi ser også en manglende vilje hos det offentlige til å satse på oss. Vi er dyre for kommunene å betale for, og svært dyre å spesialisere. Det gjør oss lette å prioritere vekk i tider med stramme budsjett. Mulighetene for spesialisering i PPT er svært begrenset. Samfunns- og allmennpsykologi er eneste spesialisering som kan tas i sin helhet i PPT, men den er ikke kun rettet mot PPT. Det er heller ikke sånn at samfunns- og allmennpsykologi er den eneste spesialiseringen man kan ha nytte av i tjenesten; vi ser hos oss god nytte av spesialister i barne- og ungdomspsykologi og nevropsykologi. Vi mener også at spesialister i familiepsykologi kunne vært verdifulle i PPT. Vi ser en manglende vilje både fra Norsk psykologforening (NPF) og fra Kommune-Norge til å satse på oss. Vi tenker at en styrking av det etablerte for å ta ut potensialet som ligger i tjenesten, vil kunne gi mye forebygging for pengene. Det koster mindre å satse på et eksisterende rammeverk enn å bygge noe nytt fra bunnen i mange kommuner.

Derfor har vi følgende spørsmål til slutt: Hva er tanken med PP-psykologen oppi alt snakk om tidlig innsats, tett på og forebygging? Og hva tenker kunnskapsministeren om å bruke penger på å bygge nytt heller enn å styrke en tjeneste med så mye å gi? Menes det virkelig at tjenesten i fremtiden ikke skal være en arbeidsplass for psykologer, og på hvilket grunnlag? Hva kan gjøres for å sørge for stabile, kompetente psykologressurser i PP-tjenestene, slik at man får hentet ut det enorme potensialet som ligger i dem? ❖



Det koster mindre å satse på et eksisterende rammeverk enn å bygge noe nytt fra bunnen i mange kommuner



# David møter Goliat



Vi er overrasket over at det skulle være så vanskelig å få sin stemme hørt på Psykologisk institutt.

**JULIE WASMUTH, EIR TORVIK, LARS HENRIK KAASEN THORESEN, MARIA JORDET** og **CAROLINE MIDTTUN ROSTRUP**, studenter ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo.

## STRIDEN OM STUDENTKLINIKKENE

**PRAKSIS VED STUDENTKLINIKKENE** på Psykologisk institutt (PSI), også kalt «praktikum», regnes av mange som den viktigste delen av profesjonsutdanningen i psykologi ved Universitetet i Oslo (UiO). Da studiene begynte denne høsten, fikk studentene vite at internpraksisen vår stod i fare for å bli drastisk endret. Dette uten en skikkelig debatt og konsekvensutredning i forkant. Instituttledelsen ønsket å flytte klinikkene til Lovisenberg Diakonale Sykehus, til tross for at studenter og fagansatte var sterkt imot. Studentene opplevde at våre forsøk på å nå fram ble ignorert, og at prosessen fra ledelsens side var forvirrende og ureddelig.

I september demonstrerte vi for å beholde praktikum på PSI. I forrige utgave av Psykologtidsskriftet står det at instituttleder deltok i en «heftig diskusjon» med studentene i forbindelse med studentaksjonen. Selv om instituttleder kom ut og tok imot et notat med argumenter og et hundretalls underskrifter, resulterte det korte møtet dessverre ikke i noen dialog. På neste aksjon var hele studentmassen med. Vi satt innledningsvis med tape over munnen, som uttrykk for vår opplevelse av ikke å bli hørt i flere saker som omhandler vår utdanning. Heller ikke denne aksjonen resulterte i noen reell dialog.

## BETYDNINGEN AV PRAKTIKUM

I en årrekke har studentene rangert praktikum som noe av det viktigste og mest nyttige på profesjonsstudiet. Før internpraksis har vi opparbeidet oss kunnskap i de brede basalfagene i psykologi, vi har hatt tre korte forpraksiser og et halvt års hovedpraksis i det offentlige helsevesenet. De fleste av oss har vært i spesialisthelsetjenesten i flere omganger. Internklinikken gir studentene en mulighet til å komme tilbake til universitetet for å reflektere over det

vi har erfart i eksternpraksis, og fordype oss klinisk og teoretisk.

Klinikkenes hovedformål er å drive opplæring i å omsette vitenskapelig kunnskap til klinisk praksis. Det intensive fokuset på hver enkelt pasient gir tid og rom til å tenke gjennom flere sider av fagutøvelsen. Den grundige veiledningen bidrar til bevisstgjøring av egne væremåter og begrensninger som terapeuter. Undervisningen inspirerer og er av høy kvalitet. Student-terapeutene får en oppfølging som de ikke har vært i nærheten av tidligere i studieløpet. Disse kvalitetsaspektene, som omfatter både pasientbehandlingen og studentenes opplæring, falt helt i skyggen i høstens diskusjon om avvik. Å innlemme internklinikken i spesialisthelsetjenesten er av flere grunner ikke forenelig med å videreføre dagens modell. Der som et sykehus sitter med ansvaret for behandlingene, kan ikke klinikkenes faglige autonomi garanteres. Derfor protesterte vi mot endringsforslagene.

## ABSURDITETENE

Midt i kampens hete stengte universitetsledelsen klinikkene på dagen. Vedtaket var åpenbart overilt og uinformert. Studentene ble i denne perioden stadig innkalt til allmøter og informasjonsmøter, men kommunikasjonen gikk én vei: fra ledelse til studenter og fagansatte. Universitetsdirektøren sa på et slikt allmøte (17.10.) at det hastet med «å gi et klart signal om at det er uakseptabelt å drive en praksis med den mest alvorlige kategori pasienter i vårt samfunn på et universitet med studenter uten veiledning». Viserektor uttalte at de var redde for at «noe kunne skje» når vi «opererte på egenhånd». Som psykologstudenter var det vanskelig å vite om vi skulle le eller gråte i møte med slike uttalelser. Om vi kunne ha snakket med ledelsen på forhånd, kunne mange misforstå-

elser vært unngått. Vi undrer oss også over hva slags syn på mennesker med psykiske vansker som ligger bak en del av uttalelsene vi har møtt i denne saken.

Ledelsen ignorerte både at pasientene som behandles ved internklinikkene, er nøye selektert, og at å jobbe selvstendig med pasienter er en ordinær og nødvendig del av utdanningen vår. Vi har dessuten hele tiden hatt veiledning ved internklinikkene. Også i ekstern praksis tidligere på studiet arbeider vi «på egen hånd» – ofte med pasienter som har langt mer alvorlige vansker enn det vi møter ved studentklinikkene. Da er vi også på en arbeidsplass der andre psykologer som regel er fysisk tilgjengelige, men ikke alltid. Derfor er det godt å ha en veileder å ringe til, slik vi også alltid har hatt i internpraksis.

### STUDENTGRUPPEN KARIKERES

En annen gjenganger har vært å bortforklare studentenes engasjement, eller å bli bedt om å roe oss helt ned. Universitetsdirektøren introduserte sitt første allmøte med at hun forventet folkeskikk fra studentene. Instituttlederen beskriver vårt engasjement som et resultat av en kognitiv feilslutning, mens en tidligere dekan og instituttleder mener vi «skyter spurv med kanoner». På den andre siden stiller Psykologtidsskriftet spørsmål om de fagansatte har skjøvet oss foran seg. Studentene tildeles en merkelig kombinasjon av roller – vi er saueflokk, usiviliserte rebeller og marionettedukker på samme tid. Selv om vi argumenterer for *vår* sak, framstilles vi som talerør for andres agendaer. Når vi reagerer på at våre argumenter avfeies og blir stående ubesvarte, mangler vi folkeskikk og er korttenkte. Morgenbladet rapporterte fra møtet med universitetsledelsen at studentene sukket og lo av ledelsens forsøk på å understreke avvikenens alvorlighet. Reaksjo-

nene skyldtes at vi var oppgitte over ledelsens håndtering av saken, og opplevde oss umyndiggjort. Vi er selvfølgelig opptatt av at avvikenene rettes.

### MAKTPERSPEKTIVET

Ledelsens uttalelser og Psykologtidsskriftets framstilling av saken synes å ta utgangspunkt i at praktikumsaken er en diskusjon mellom likeverdige parter. Det er den ikke – innsatsen som må til for at studentene skal få innflytelse, er fullstendig uproporsjonal til den makten ledelsen har i kraft av sin rolle. Vi synes bildet av David og Goliat er talende i denne anledning. Det er problematisk at ledelsens maktutøvelse ikke får større plass under lupen i Psykologtidsskriftet. Samtidig ønsker vi nå å se framover. Vi er villige til å gi ledelsen en ny sjanse til å vise, med konkrete følger, at de lytter til de fagansvarlige og studentene – både i utforming av hvilke valg som skal tas, og i selve beslutningsprosessene.

### SEIEREN OG VEIEN VIDERE

Studentene har gjort det vi har kunnet for å redde det vi mener er det viktigste året på profesjonsutdanningen. Med manges innsats og noen omkostninger har vi lyktes et godt stykke på vei. I siste liten fungerte også universitetsstyret som et korrektiv til egen ledelse på styremøtet 24. oktober. Universitetsstyret kritiserte UiO-ledelsens håndtering av saken, og vedtok å tilbakeføre spørsmålet om klinikkens framtid til ordinære fag- og styringsorganer. Fortsatt gjenstår altså en endelig avklaring for å sikre klinikkens framtid. Universitetsstyrets vedtak understreker at modellene for mulig fremtidig organisering skal sikre faglig autonomi. Vi ser dermed fram til et vedtak om at klinikkene fremdeles skal ligge utenfor spesialisthelsetjenesten, og drives av Psykologisk institutt! ✕



Studentene tildeles en merkelig kombinasjon av roller – vi er saueflokk, usiviliserte rebeller og marionettedukker på samme tid

Faksimile fra novemberutgaven av Psykologtidsskriftet.



# En prinsipiell strid

Skal utdanningen til fremtidige psykologer være styrt av helsemyndighetenes krav og terapeutiske trender eller forskningsbasert kunnskap?



**REIDAR SCHEI JESSEN, IDA SUND MORKEN, JEPPE RIEGELS, CAROLINE FURUHOLMEN, ELISABETH ADAMS KVAM og LIV LOHNE-KNUDSEN,** psykologer siden 2016, uteksaminert ved Universitetet i Oslo.

**STRIDEN OM STUDENT-KLINIKKENE**

**I NOVEMBERUTGAVEN** av Psykologtidsskriftet hevdet Fanny Duckert at internklinikken ved Psykologisk institutt i Oslo ikke har hengt med i timen. De er for autonome og har siden 1975 «fått lov til å holde på med sitt». Ifølge Duckert er det en «diskrepans mellom hva samfunnet ønsker og trenger, og hva slags psykologer vi faktisk leverer».

**SYSTEMUAVHENGIG OG FORSKNINGSNÆR**  
Vi er fem av psykologene som Universitetet i Oslo har levert til samfunnet i løpet av de siste to årene. I motsetning til Duckert er vår opplevelse at den systemuavhengige og forskningsnære undervisningen i terapiens «abc» har vært en forutsetning for å kunne gjøre en god jobb som praktiserende psykologer. Etter hovedpraksis var det viktig å komme tilbake til universitetet det siste året for å utvikle oss som klinikere, i intim dialog med forskningsbasert kunnskap om hva som utgjør god behandling. Ved internklinikken hadde vi muligheten til å følge terapeutiske endringsprosesser over lengre tid enn det som er vanlig innenfor mange områder av det offentlige behandlingsappa-

ratet, med tett oppfølging av psykologer med erfaring fra klinikk og forskning. På denne måten fikk vi mulighet til å reflektere over vår terapeutiske holdning – altså hvordan vi tenker om pasienter og behandling – og integrere dette med terapeutisk teknikk og kunnskapen vi har lært tidligere.

### NØDVENDIG AUTONOMI

Duckert er kritisk til at internklinikken har fått operere uten krav fra omverdenen, men det er nettopp denne autonomien som er nødvendig for å utdanne selvstendige psykologer. Det er ikke alltid samsvar mellom det forskningen viser er best psykologisk behandling, og ønskene til de som finansierer, enten det er amerikanske forsikringsselskap eller norske helseforetak. Som psykologer i offentlig sektor blir vi møtt med krav om å effektivisere. Desto viktigere har det vært med en uavhengig klinikkundervisning, som forankrer psykologisk behandling i forskningsbasert kunnskap om virksomme faktorer, og ikke i de til enhver tid rådende behandlingsideologier. Selvsagt må vi som psykologer forholde oss til det systemet vi er en del av. Desto





# Historien Psykologtidsskriftet ikke forteller

Som fagmiljø reagerer vi på Psykologtidsskriftets fremstilling av striden om internklinikkene ved Psykologisk institutt.

**EVA AXELSEN, KIRSTEN BENUM, IDA BERNHARDT, SIRI GULLESTAD, MARGRETHE SEEGER HALVORSEN, ELLEN HARTMANN, HANNE HAAVIND, BJØRN KILLINGMO, ANNA VON DER LIPPE, TORI MAUSETH, JON MONSEN, SVEIN MOSSIGE, HELENE NISSEN-LIE, HANNE WEIE ODDLI, SISSEL REICHELDT, FRIDA GULLESTAD RØ, HELGE RØNNESTAD, MARIT RÅBU, LINE STÅNICKE, HANNE STRØMME, NORA SVEAASS, ODD ARNE TJERSLAND, ANDERS ZACHRISSON, GURO ØIESTAD**

viktigere har det vært å kunne utvikle oss som terapeuter og fagpersoner ved internklinikken, med tid til faglig fordypning og prinsipiell tenkning. Evnen til å representere en motvekt til rådende styringsideologier er vår forpliktelse overfor pasientene, men også en forutsetning for å fremme faglig utvikling i de systemene vi jobber i.

## KRAV ELLER FORSKNING?

På denne måten blir striden om hvorvidt internklinikken skal inn under spesialisthelsetjenesten og utdanne psykologer som tilfredsstillende systemet, slik Duckert ønsker, prinsipiell: Skal utdanningen til fremtidige psykologer være styrt av helsemyndighetenes krav og terapeutiske trender eller forskningsbasert kunnskap? Det er nettopp kombinasjonen av akademisk skoleing og praktiske ferdigheter som utgjør psykologers unike kompetanse. For oss har undervisningen ved internklinikken vært en forutsetning for å integrere grunnleggende terapeutferdigheter med forskningsbasert kunnskap om god behandling. ✕

## STRIDEN OM STUDENTKLINIKKENE

**SOM LÆRERE OG FORSKERE** som er eller har vært tilknyttet Fagavdeling for klinisk psykologi ved Psykologisk institutt, UiO, ønsker vi med dette innlegget å sette søkelyset på forhold som ikke ble omtalt i Psykologtidsskriftets dekning av situasjonen ved klinikkene ved Psykologisk institutt (TNPF, november, 2017). Det dreier seg om forhold vi mener er av betydning for å forstå bakgrunnen for konflikten rundt internklinikkene og den dramatiske stengningen av dem. Tidsskriftets reportasje er preget av mangel på undersøkende, kritisk journalistikk: Påstander fremføres og blir hengende i luften, ukommentert og til dels udokumentert.

Lederen i nummeret har tittelen «Helsemakt». Den fremholder at med økt makt for psykologer følger økt ansvar, ikke bare for å gi god behandling, men også for å sørge for at den faglige virksomheten er i tråd med gjeldende lovverk. Vi deler dette synspunktet. Slik Psykologtidsskriftets reportasje viser, har tilsyn avdekket mangelfulle systemer ved driften av internklinikkene ved Psykologisk institutt i Oslo. Det reportasjen *ikke* sier noe om, er at de manglene som ble avdekket, kunne vært utbedret – i ro og fred og i godt samarbeid med internrevisjonen ved UiO – uten det flomlys av negativ oppmerksomhet som stengningen av klinikkene medførte. For ikke å snakke om de dramatiske og helt utilbørlige konsekvensene stengningen fikk

Faksimile fra  
novemberutgaven av  
Psykologtidsskriftet.



for våre studenter og deres pasienter. Vanligvis får virksomheter anledning til å rette opp lovbrudd og systemavvik i løpet av en gitt tidsfrist. Det skjedde ikke ved internklinikken på Psykologisk institutt.

### UNØDVENDIG STENGNING

I stedet for en forsvarlig behandling av en situasjon der det var mistanke om avvik, ble klinikkene altså stengt på dagen av universitetets øverste ledelse. Stengningen skjedde uten forvarsel, uten noen form for kontakt eller samarbeid med klinikansvarlige og uten at det forelå en plan for ivaretagelse av berørte pasienter og studenter. At en klinikk med ansvar for pasientbehandling stenges uten konkret begrunnelse og varsling i forkant, har – som påpekt av Aslak Syse, professor emeritus i helseerett – ikke skjedd tidligere. Stengningen, som varte i fire uker, har vært skadelig for mange parter: Pasientene på klinikkene fikk uten forvarsel avbrutt behandlingsløpet de var inne i. Stengning kan bare rettfærdiggjøres hvis det er fare for liv og helse – og det var det ikke snakk om her. Studentene ble påført brudd i sin opplæring og stor usikkerhet det siste året av sin psykologutdanning. Omdømmet til klinikkene, Psykologisk institutt og Universitetet i Oslo har

lidt skade, også på grunn av selve håndteringen av saken.

Hvordan kunne det skje? Beslutningen om stengning ble tatt av universitetsdirektøren ved UiO, i samråd med universitetsledelsen, ut fra et føre-var-prinsipp. Bakgrunnen var at «man hadde grunn til å tro at helse og sikkerhet ville kunne komme i fare.»<sup>1</sup> I etterkant ble en rapport fra advokatfirmaet Kluge av 17.10.17 brukt for å rettfærdiggjøre stengningen. Men klinikkene ble stengt den 10.10.17, en uke før denne rapporten forelå. I en redegjørelse fremlagt for universitetsstyret, ble det blant annet fremholdt at studenter satt alene på kveldstid med pasienter med alvorlig psykopatologi. Bildet som ble tegnet, var nærmest av «vill-vest»-tilstander. Opplysningene om pasientgrunnlaget var imidlertid feilaktige.

Da advokatfirmaet Kluge i juni 2017 fikk i oppdrag å utrede det juridiske grunnlaget for internklinikken, trengte de informasjon om pasientgrunnlaget til klinikkene. Denne informasjonen fikk de, ifølge Kluges siste rapport, gjennom en e-post fra instituttleder. Den må ha

1. Sitatene er fra Fremleggsnotat til møte i universitetsstyret, 24. oktober 2017.

gitt inntrykk av at pasientene kunne representere en langt større risiko (herunder voldsrisiko, suicidrisiko) enn det som er tilfellet. Det ville da være uheldig at det – selv unntaksvis – foregikk terapier uten veileder i umiddelbar nærhet. Men denne informasjonen er ikke riktig: Pasientene ved klinikkene er nøye selektert ut fra både sikkerhets- og forvarlighets-hensyn og at de egner seg for behandling ved en opplæringsklinikk for viderekomne psykologstudenter. Det betyr at de har en bredde av lette til moderate psykiske helseplager, mens alvorligere former for psykopatologi, og ikke minst risiko for utagering eller suicid, alltid har vært eksklusjonskriterier ved klinikkene.

I Kluges siste rapport er denne feilen rettet opp: «De faktiske opplysninger om inntakspraksis som vi nå er forelagt, avviker vesentlig fra det faktum vi ble forelagt forut for vårt notat 19. juni 2017» (understreket i rapporten). Med riktige opplysninger til grunn konkluderer Kluge i sin siste vurdering at klinikkene ikke hører inn under spesialisthelsetjenesten. Slik vi oppfatter det, var ledelsens opprinnelige ønske om å definere klinikkene som del av spesialisthelsetjenesten ledd i et forsøk på å få klinikkene ut av instituttet.

### MANGEL PÅ DIALOG

Utvisomt påpeker Kluges siste rapport mangler i klinikkdriften som måtte utbedres. Like utvisomt, slik vi ser det, ble retorikken omkring avdekkede lovbrudd preget av at den skulle rettferdiggjøre en dramatisk stengning som de fleste jurister med kompetanse på helserett anser som uberettiget – fordi den bryter med viktige pasientrettigheter. Universitetsstyret, Universitetet i Oslos øverste beslutningsorgan, ble i møte 24.10. bedt om å vedta at stengningen av klinikkene var «helt nødvendig». Dette ble avvist av et enstemmig styre. Vi synes det er oppsiktsvekkende at Psykologtidsskriftet ikke stiller ett kritisk spørsmål til stengningen av klinikkene.

Bekymringer knyttet til mulige lovbrudd ved klinikkene ble ikke tatt opp med de ansatte ved klinikkene, verken av institutt-, fakultets- eller universitetsledelse. Vi ville ha tatt det imot, slik vi har vist at vi har tatt avvikene som ble avdekket, på alvor og har arbeidet intensivt med å lukke dem. Riktignok sier instituttleder til Psykologtidsskriftet at han forsøkte å ta opp bekymringer knyttet til klinikkdrift, men at han ikke «nådde frem». Hvilke initiativ han viser til her, er uklart. Det er ikke blitt innkalt til møter med dagsorden og referat der temaet er klinikkdrift og bekymringer vedrørende mulige lovbrudd. I den grad klinikkvirksomheten ble drøftet på dialogmøter i juni, var temaet ledelsens ønske om å flytte internklinikken til Lovisenberg og mulig integrering av disse i spesialisthelsetjenesten, mot de ansattes ønske og vilje. Vi må her understreke at dette er undervisningsklinikker som inngår som en integrert del av den opplæring som instituttets lærere og forskere står for, der fagmiljøet bør ha full faglig autonomi, og der pasientene som rekrutteres, må egne seg for en slik undervisningsklinikk.

Tidsskriftet fremstiller en skjev historie med sin dekning av saken ved Psykologisk institutt. Det finnes en annen underliggende historie her enn den om ledere som forsøker å ta opp sine bekymringer, men ikke klarer å nå frem. Den historien handler blant annet om det å foreta viktige endringer i profesjonsutdanningen uten å legge til rette for en reell dialog med det berørte fagmiljøet og studentene. Denne historien velger Psykologtidsskriftet å ikke undersøke. ❌



Vi synes det er oppsiktsvekkende at Psykologtidsskriftet ikke stiller ett kritisk spørsmål til stengningen av klinikkene



# Uforsvarlig drift eller politisk maktspill?



Klinikkene på Psykologisk institutt, UiO, har gjenåpnet. Nå gjenstår kampen om virkelighetsforståelsen.

## MARGRETHE SEEGER HALVORSEN

førsteamanuensis, spesialist i klinisk voksenpsykologi, konstituert systemansvarlig klinikkleder, Psykologisk institutt, UiO

## STRIDEN OM STUDENT-KLINIKKENE

**SYSTEMER OG RUTINER** ved internklinikene ved Psykologisk institutt i Oslo har utvilsomt vært mangelfulle. Det tar vi på det største alvor, og avvikene som ble avdekket, er enten rettet opp eller i ferd med å bli det. Det som kan diskuteres, er om stengningen av klinikkene best skal forstås som en konsekvens av uforsvarlig drift eller av et politisk maktspill.

Stengningen av klinikkene skjedde midt i en annen konflikt på PSI – som har vart siden i våres – rundt organisering av klinikkdriften. Ledelsen ønsket å flytte klinikkene til Lovisenberg Diakonale Sykehus og integrere dem i spesialisthelsetjenesten. Ansatte og studenter var kritiske, og reagerte på manglende involvering. Da det ble bråk om dette, skiftet plutselig konflikten spor. Med ett var det klinikkdriften det var noe galt med.

Direktøren valgte å stenge klinikkene før hun hadde mottatt rapporten hun selv hadde bestilt fra advokatfirmaet Kluge. Det må derfor ha vært mye annen informasjon som kom henne for øre før hun valgte å stenge. Etter at stengingen var et faktum, har retorikken vært sterk for å legitimere handlingen.

## UTENFORSTÅENDE SANNHETSVITNER

Jeg er glad for at Psykologtidsskriftet ønsker å belyse saken. Det er imidlertid problematisk når en dagsaktuell nyhetssak dekkes i et månedsmagasin. Mye hadde skjedd siden Psykologtidsskriftet gikk i trykken. Noen viktige eksempler:

- Internrevisjonsrapporten, datert 23.10., plasserer ansvaret for mangelfull drift på ulike ledd i hele universitetssystemet.

- Vedtaket fra styret ved UiO 24.10. fastslår at beslutninger om videre klinikkdrift skal tas i demokratiske organer, og sikrer involvering av studenter og ansattes medbestemmelse.
- Rektor Svein Stølen tok i Universitas 02.11. selvkritikk for mangelfull kommunikasjon og involvering.
- Instituttleder Pål Kraft tok på et allmøte 25.10. selvkritikk og sa at prosessen har vært dårlig håndtert, og at han har kommunisert for dårlig og involvert de berørte for lite.
- Det ble nedsatt en arbeidsgruppe, som jeg selv har ledet, som fikk i oppdrag å lukke avvikene. Vi leverte vår rapport 27.10. Arbeidet la grunnlaget for at direktøren gjenåpnet klinikken 31.10. Klinikken har nå vært i drift siden mandag 06.11.
- Det er avsatt betydelige ressurser til å samle og styrke klinikkdriften ved PSI.

Det er også prisverdig at Psykologtidsskriftet ønsket å belyse saken bredt, med perspektiver fra aktører også utenfor PSI. Det oppleves imidlertid problematisk når det hentes inn «sannhetsvitner» – som uten blygsel, og med stor sikkerhet, uttaler seg om driften av klinikken, og om meg og mine kollegers arbeid og kompetanse.

Fanny Duckert, tidligere instituttleder og dekan ved SV-fakultetet, mener å vite at det vi driver med, er utdatert og ikke det studentene trenger når de skal ut i yrkeslivet. Hva bygger hun dette på? Duckert har aldri vært ansatt på klinikkene, og det er ti år siden hun gikk av som leder ved PSI. I mellomtiden har hun vært dekan. Alle som har vært på UiO, vet at det er langt mellom klinikkene og dekanatet – både fysisk og mentalt. Til Duckerts og andres informasjon kan jeg opplyse at alle veilederne

er spesialister. Halvparten har doktorgrad i klinisk psykologi, og halvparten er ansatt i offentlig psykisk helsevern – enten i heltids- eller deltidstillinger. Vi har med andre ord relevant forskningskompetanse, og direkte og fersk erfaring fra de tjenestene som studentene skal ut i. Det er derfor underlig å lese at Duckert – uimotsagt – kan påstå at vi er en lukket virksomhet, som ikke følger med i timen.

Kjetil Sundet, også han tidligere instituttleder, påstår at klinikksaken tydeliggjør at «vi hadde behov for en ledelse fri for lojalitetsbinding til interne forhold og som evner å ta tak i vanskelige saker». Dette er etter min mening en høyst tvilsom påstand. Ja, Pål Kraft er instituttets første ansatte leder. Kraft var eneste søker. Han hadde tidligere vært ansatt som professor ved PSI, og han satte som betingelse at han skal tilbake i en professorstilling ved PSI etter endt lederskap. Å kalle ham en leder fri for bindinger til enheten, er derfor en sannhet med store modifikasjoner. Dette handler etter min mening om lederstil, ikke om han er ansatt eller valgt.

Det er to ting ved Pål Krafts uttalelser i Psykologtidsskriftet jeg reagerer på. Det ene gjelder forskningssamarbeid med Lovisenberg. Det er svært positivt at ledelsen nå ønsker å satse på klinisk forskning. I våres ble jeg selv bedt om å sitte i utvalget som skulle se på mulig forskningssamarbeid mellom PSI og Lovisenberg. Det var derfor overraskende å lese at det allerede er laget en strategisk forskningsplan for dette de neste ti årene. Meg bekjent har ingen fra det kliniske forskningsmiljøet vært med på å utvikle denne strategien.

Videre hevder Kraft at han har forsøkt å meddele sin bekymring om klinikkdirften til de ansatte, men ikke nådd fram. Det er spesiell lesning. Verken jeg eller mine kollegaer har på noe tidspunkt registret at Kraft har tatt opp en slik bekymring. Jeg har deltatt på de aller fleste møtene mellom ledelsen og klinikkene, og der jeg ikke har deltatt, har jeg fått referat. Muntlig vel å merke, siden det ikke finnes skriftlige referater. Med unntak av ett, ført i pennen av Kraft selv. Det var etter et møte i juni der kontroversen om hvorvidt klinikkene er spesialisthelsetjeneste eller ikke, ble diskutert. Notatet var en blanding av møtereferat og situasjonsanalyse. Selve referatet kjente ikke de andre deltagerne seg igjen i, og det er således ikke godkjent. Situasjonsanalysen var spissfindig – der han karakteriserte sine ansattes motstand som at de var ofre for «group-think».

Alle vet at konflikter har flere sider. Framstillingen av saken i siste nummer av Psykologtidsskriftet ble dessverre unyansert og med fullstendig fravær av en maktkritisk vinkling. ❌



Det er underlig å lese at Duckert – uimotsagt – kan påstå at vi er en lukket virksomhet, som ikke følger med i timen

## - Viktig å se framover

Innlegget til Margrethe Seeger Halvorsen inneholder faktaopplysninger knyttet til instituttleder Pål Kraft som utløser samtidig imøtegåelse. Kraft har følgende kommentar: «Med tanke på hva vi som institutt har vært igjennom de siste månedene er det nå viktig at alle ser fremover og samarbeider om å etablere en god og trygg klinikkdirft.»

# Vi prøver igjen: Hvordan arbeider egentlig psykologer?

I dagliglivet ville ingen være fornøyd hvis løfter, avtaler, regler og lover bare ble opprettholdt litt oftere enn tilfeldig. I forskningen som den praktiserende psykolog må støtte seg på, blir derimot også svake sammenhenger veiledende.



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

## VITENSKAPSTEORI

**JEG ANTAR AT** Jan Skjerve og Sissel Reichelt er enige med Berndt Brehmer, som en gang skrev «sannheten er ikke manifest». Mange andre har også pekt på at data i seg selv er tause, og at all «evidens» er flertydig. Vi må gi den mening (tolke den). Forskning er å lete etter tolkninger som er nyttige fordi de på en eller annen måte sier noe om fremtiden.

### KONSEKVENT TENTATIVE INTERVENSJONER

Psykologi handler om irreversible kontekstfølsomme prosesser. Forsøk over mer enn hundre år har gjennomgående funnet små og svake statistiske sammenhenger. En mulig kilde til uenighet mellom Reichelt, Skjerve og meg kan ligge i hva vi mener om hvor stor en sannsynlighet må være for å kunne brukes i praksis. Ingen i dagliglivet ville være fornøyd hvis løfter, avtaler, regler og lover bare ble opprettholdt litt oftere enn tilfeldig. Når det gjelder forskningen som den praktiserende psykolog skal støtte seg på, publiseres derimot også svake sammenhenger som veiledende. «Personer med diagnose X har trekk Y oftere enn kontrollgruppen, og forskjellen er signifikant.» Man kan spørre om hvor stor en sannsynlighet må være for at man skal ta hensyn til den, men det finnes neppe noe enkelt svar, og jeg tror ikke det fører videre å diskutere dette. Derimot tror jeg vi kanskje er enige om at også svake statistiske tendenser kan spille en rolle som bakgrunnsmuligheter. Vi kan tenke at noe hender «ofte» eller «av

og til», jf. eksemplet Pattersons familiemønstre (se Skjerve og Reichelts innlegg i august og påfølgende innlegg i debatten). Men vi vet også hele tiden at spesielle forhold i hver sak kan overskygge små generelle sannsynligheter. Det dreier seg om en balanse mellom perspektiver.

Hva gjør de fleste psykologer i denne situasjonen? Jo, de er konsekvent *tentative* i sine intervensjoner, og følger og samarbeider med klientene om å finne hva *de* etter hvert ser som muligheter. Man *prøver seg frem* i unike og stadig skiftende kontekster.

Jeg tror at Skjerve og Reichelt mener at det som til enhver tid foreligger av lokale (tid- og områdebegrensede) statistiske sammenhenger, kan være nyttig. Men det er kanskje pretensiøst å kalle svake og lokale sammenhenger for «vitenskapelig kunnskap», som om den er etablert og stabil. Den er jo hverken generell eller permanent. Men uansett terminologi tror jeg et kjernepunkt i vår diskusjon er hvilken rolle statistiske sammenhenger spiller i praksis.

### KRAFTEN I DET VI ALLE VET

En annen tråd i diskusjonen er om empirisk psykologisk forskning kan føre til noe grunnleggende nytt i betydningen noe som vil merkbart forandre menneskenes språk og former for samhandling (praksis), slik de er utformet gjennom utallige generasjoner. Kanskje vi er uenige her, og vi vet ikke hvem av oss som får rett. Selv er jeg tilbøyelig til å underskrive og argumentere for det ordtaket jeg for lenge siden hørte



av min lærer David Krech: «What is new in psychology is not good, and what is good is not new.» Men det er kanskje for unyansert.

Til slutt, i spørsmålet om profesjonsutdanningen er jeg selvfølgelig enig i at den ikke foregår i et sosialt vakuum. Det forlanges dokumentasjon, og vår dokumentasjon er som vi vet øredøvende kraftig. De fleste sier at de har hatt utbytte av å gå til psykolog. Men bak mystikken rundt hva psykologer egentlig gjør, skjuler det seg, etter min mening, *ikke* en stortilt anvendelse av data fra empirisk forskning, men derimot en strategi som bunner i avledninger fra og analyse av hva vi alle vet om hva det vil si å være menneske. Konkret betyr det at *vi vet at det må virke å møte noen som i utgangspunktet stiller seg åpen («ikke-vitende»)*, og som konsekvent behandler deg med genuin respekt, omsorg, forståelse, egenkontroll og selvkontroll i en skjernet situasjon. Denne strategien har vi ikke utviklet ved å samle inn data i kontrollerte situasjoner, men ved gjennomtenkning av hva vi alle vet om det å være menneske, og hvor avgjørende viktig det er å bli akseptert og fungere som et fullverdig medlem av et samfunn.

### UNIKE STRATEGIER

Når det gjelder optimisme for profesjonen, tror jeg at vi vil gjøre det enda bedre når vi ser klart at det dreier seg om å utvikle *strategier* for å møte stadig nye unike klienter i unike livssituasjoner, enn når vi som nå strever i et sidespor med å samle inn data, utvikle diagnosesystemer og manua-ler, og når bildet av de unike klientene hele tiden trues med å bli overskygget av statistikk om av hva som er det vanlige. Jeg tror vi er enige i at psykologer har noe å fare med som samfunnet trenger. Jeg tror også vi er langt på vei enige om hva vi faktisk gjør, men vi ser forskjellig på innholdet i denne kompetansen. Jeg tror ikke den bygger på empirisk baserte teorier, men på logisk nødvendige premisser som er gitt *a priori*, med andre ord som er innebygget i det vi vet ved å være mennesker. Psykologisk forskning blir da ikke å prøve ut empiriske teorier og å samle inn data, men å analysere, nyansere og videreutvikle våre begreper og strategier.

Jeg tror og håper at vi etter hvert kan lytte bedre til nyansene i hver- andres standpunkter og diskutere videre det vi undrer over i faget. ✕

### DEBATT OM VITENSKAPSTEORI

#### Tidligere innlegg:

- Nr. 4 - 2017 Det kommer an på (Smedslund)
- Nr. 5 - 2017 Smedslunds hjertesukk (Ray Wilson)
- Nr. 6 - 2017 Et gjensyn med «Faget som ville være naturvitenskap» (Moxnes)
- Nr. 6 - 2017 Psykologisk empiri er som virvlene i en bekk (Smedslund)
- Nr. 8 - 2017 Varsel om en katastrofe (Skjerve og Reichelt)
- Nr. 10 - 2017 Ingen katastrofe for psykologien (Smedslund)
- Nr. 11 - 2017 Vitenskapelig absolutisme en gang til (Skjerve og Reichelt)

### Debattert

## Ressurser, senger og stillinger

**Dyr innleige** Sjølv om ein tidvis lykkast med å rekruttere nødvendig personell, så er det for få, og ein del sluttar også, slik at ein dessverre ofte må ty til svært kostbar innleige av fagpersonar frå private vikarbyrå i periodar.

*Romsdals Budstikke siterer fra sakspapirene til styret i Helse og Romsdal, 21. november*

**Ressursnedgang** Med en omfordeling av 5.5 stillinger bort fra BUP Kristiansund oppleves ikke dette som en prioritering av barn og unge men snarere at vi skal behandle flere barn og unge med færre ressurser. (...) Vi stiller oss undrende til hvordan helseforetaket tolker og praktiserer den gylne regel og vekst innenfor psykisk helse for barn og unge.

*Joakim Varvin, i Tidens Krav 21. november*

**Færre hjelpere** Barn og unge i psykisk helsevern i Molde og Kristiansund får færre til å hjelpe seg. En rekke spesialister og andre stillinger overføres til Sunnmøre. (...) - Vi har fått vite at vi skal gå ned til 30 stillinger. I 2013 og -14 var vi 38,5, det betyr kutt på 8,5 stillinger på kort tid

*Morten Hjelle til Sunnmørsposten 21. november*

**Nedbygging** Det er en villet politisk utvikling at en større andel av behandlingen innen psykisk helsevern skal foregå poliklinisk, men nedbyggingen av sengeplasser de siste tiårene har gått altfor langt. SV foreslår derfor i vårt alternative statsbudsjett for 2018 å bevilge øremerkede midler til opprettelse av 40 nye brukerstyrte plasser ved landets DPS - for frihet og trygghet i hverdagen for de sykeste.

*Janne Grøttumsbråten i Budstikka, 22. november*

# Inntrykk

---



**TABU** Å snakke om befolkningsvekst som et problem er fullstendig tabu i miljøbevegelsen, skriver Erik Nakkerud. Heller ikke klimapsykolog Per Espen Stoknes berører temaet i boken sin, skriver Nakkerud. Foto: Johner/Scanpix

# Ett barn mindre som miljøtiltak

Klimapsykolog Per Espen Stoknes inspirerer til konkret handling. Men han overser det mest effektive tiltaket, nemlig å få ett barn mindre.

**UNDER ÅRETS VALGKAMP** hadde Miljøpartiet De Grønne (MDG) et stunt der man kunne legge seg ned på en divan og få en miljøpsykologisk samtale med økonom og klimapsykolog Per Espen Stoknes. Hans bok *Det vi tenker på når vi prøver å ikke tenke på global oppvarming* kom ut på norsk tidligere i år, og er definitivt mer opptatt av klimakommunikasjon og endring av miljøatferd enn klassisk psykoterapi.

Stoknes viser hvordan sosialpsykologiske, kognitive, evolusjonspsykologiske og utviklingspsykologiske perspektiver kan forklare vår tenkning og (manglende) handling knyttet til klima- og miljøutfordringer. Han koker dette ned til fem stikkord som han mener betegner tradisjonell klimakommunikasjon: 1) Distanse: Klimasaken er fremdeles fjern for mange av oss. 2) Dømmegad: Fryktbudskap gjør at vi unngår klima- og miljøtemaer. 3) Dissonans: Mangelen på handlingsmuligheter gjør at klimaholdninger svekkes – fordi det er lettere å endre holdning enn handling. 4) Benektelse: Neddysing og unngåelse av klimautfordringene beskytter oss mot frykt og skyld. 5) Identitet: Klimasaken har en kobling til spesifikke politiske og sosiokulturelle miljøer, noe som kan skape klimamotstand hos personer som ikke identifiserer seg med disse.

Videre argumenter Stoknes for at disse fem problemene bør erstattes av fem hovedstrategier for klimakommunikasjon: 1) Bruk kraften

i sosiale nettverk, 2) bruk språklige innramminger som støtter budskapet med positive følelser, 3) gjør det enkelt og praktisk å handle klimavennlig, 4) bruk kraften i visjonære fortellinger til å skape mening og fellesskap og 5) bruk flere sosiale indikatorer som kan signalisere hvordan samfunnet klarer å respondere på klimakrisen.

Kort sagt argumenterer Stoknes overbevisende for hvordan klimakommunikasjon og klimastrategier må gå fra problemfokustert til løsningsorientert, fra skam til stolthet og fra strevsomt til praktisk.

## SPREDNINGSEFFEKTER

I forskningen på miljøtiltak er såkalte spredningseffekter («spillover effects») et viktig begrep. Stoknes bruker det ikke eksplisitt, men han viser blant annet til litteratur om spredningseffekter. La oss ta et eksempel: Hvis jeg selger bilen og kjøper en elsykkel, hva gjør det med min tilbøyelighet til å igangsette andre miljøtiltak? Er jeg fornøyd med min egen miljøinnsats og tenker at det var tilstrekkelig («moral licensing»), eller fører det ene miljøtiltaket til at jeg igangsetter flere miljøtiltak, lik en snøball som begynner å rulle?

Spredningseffekter gjelder ikke bare privatforbruket, det kan også handle om indirekte miljøtiltak, for eksempel hva man stemmer ved



### PER ESPEN STOKNES

*Det vi tenker på når vi prøver å ikke tenke på global oppvarming.* Tiden forlag, 2017. 350 sider

### TEKST

» Erik Nakkerud





Stoknes legger ikke skjul på at miljøtiltak som resirkulering i seg selv ikke vil redde verden

et stortingsvalg. Stoknes legger ikke skjul på at miljøtiltak som resirkulering i seg selv ikke vil redde verden, men peker på at det å gjøre slike tiltak kan føre til endrede holdninger som igjen kan føre til at vi stemmer på politiske partier med offensiv klima- og miljøpolitikk. Videre brukes begrepet om spredningseffekter mest på individuelt plan, mens Stoknes er minst like opptatt av hvordan sosiale signaler og atferd sprer seg mellom individer. Et eksempel på dette er noe som kalles naboeffekten, der man blant annet har sett at innstallering av solcellepanel kan være «smittsomt» i nabolag.

På tross av Stoknes' inspirerende argumentasjon for at det grønne skiftet kan begynne med mindre krevende miljøtiltak, er imidlertid litteraturen knyttet til spredningseffekter langt ifra entydig. Truelove og kollegaer (2014) har oppsummert studiene på feltet, og konkluderer med tre tommelfingerregler for hvordan miljøtiltaksintervensjoner kan sikre positive spredningseffekter: Spill på miljøidentitet framfor frykt og skyld, øk indre framfor ytre motivasjon og prioriter krevende foran enkle tiltak. Det siste punktet har bakgrunn i studier som viser at krevende tiltak har større sannsynlighet for å følges av flere miljøtiltak, mens enkle tiltak har mindre sannsynlighet for det samme. Thøgersen og Crompton (2009) spekulerer på om det kanskje må være et element av offer inne i bildet for at miljøatferd skal styrke miljøidentitet og føre til ytterligere miljøatferd.

Konklusjonen om at krevende tiltak bør komme før enkle, sår altså tvil om hvorvidt igangsetting av enkle miljøtiltak vil gi endring i holdninger og politiske preferanser. En amerikansk studie har faktisk vist at flaskepanting gjør at de med liberal politisk orientering *reducerer* sin støtte til grønne fond. Nevnte Thøgersen og Crompton argumenterer for at miljøforkjempere som vektlegger enkle miljøtiltak, løper en dobbel risiko: For det første fremmer de en tilnærming som i seg selv sannsynligvis ikke monner, og for det andre gir de legitimitet til politikere som kan føle de har gjort sitt bare ved å oppfordre befolkningen til enkle atferdsendringer.

Disse innvendingene mot Stoknes' argumentasjon gjør at en tilnærming basert på spredningseffekter plutselig framstår som mer utfordrende. Man støter fort på en variant av det som i anvendt etikk kalles utilitarismens problem: Hvis en handling skal vurderes ut ifra

alle dens konsekvenser, hvor trekker man da grensen? Og for miljøtiltak: Når man skal måle summen av spredningseffektene, hvor trekker man da grensen? Til Stoknes' forsvar skal det sies at han ikke tar til orde for å overskue alle konsekvenser av alle miljøtiltak, han argumenterer heller for at miljøhandling vil følges av holdningsendring og deretter støtte til miljøpolitikk. Men også dette er det som sagt knyttet usikkerhet til.

### ETT BARN MINDRE

På grunnlag av punktene ovenfor er det fristende å spørre seg om ikke psykologien kan ha helt andre tilnærminger til klima- og miljøspørsmålene. Det siste året har det gått en debatt om nettopp dette i tidsskriftet *American Psychologist*. Forskerne bak en artikkel om psykologiens mulige bidrag til miljøforskningen fikk nemlig kritikk for ikke å berøre spørsmål knyttet til reproduksjon og overbefolkning. Det endte med at disse forskerne sa seg enige i kritikken: «The environmental crises that confront society require everyone to consider the environmental implications of reproductive options and decisions, as well as of their research agendas. Population must be part of the discussion for psychologists and policymakers alike.»

På NRKs Dagsnytt 18 1. september 2017 ble Stoknes faktisk konfrontert med befolkningsspørsmålet. Han svarte da at omfordeling av ressurser og endring av forbruk er viktigere enn å se på befolkningsveksten. Men omfordeling til tross, det er vanskelig å se bort ifra forskningen til for eksempel Wynes og Nicholas (2017). De tok utgangspunkt i de samlede utslippsdata fra 39 kilder i såkalte utviklede land, og fant at det å få ett barn mindre var tiltaket med suverent størst utslippseffekt.

Wynes og Nicholas gikk også gjennom myndighetenes miljøråd i EU, USA, Canada og Australia, og svært sjelden var reproduksjon eller andre krevende miljøtiltak nevnt. I tråd med dette sa miljøhistoriker Bredo Berntsen i NRK-programmet Verdibørsen 2. september 2017 at det å snakke om befolkningsvekst som et problem er fullstendig tabu i miljøbevegelsen. Er ikke dette en invitasjon til psykologien, et fag som bør ha forutsetninger for å snakke om de vanskelige tingene, de tingene ingen andre vil snakke om? Hva betyr det for oss mennesker å anse færre barn som et miljøtiltak?

## KLIMAPSYKOLOG PÅ STORTINGET

I inneværende stortingsperiode er Stoknes vararepresentant for MDG. Når førstekandidaten skal ut i permisjon, betyr det at vi vil få se klimapsykologen på Stortinget. På denne måten blir Stoknes et personifisert eksempel på de samfunnsendringene han tar til orde for i boka: Miljøvennlig atferd vil skape miljøvennlige holdninger, som igjen vil gi økt støtte til grønn politikk. Det er i den siste fasen – den politiske – at grunnlaget for substansielle endringer ligger, slik jeg leser Stoknes. Tiden vil vise om det politiske handlingsrommet er der, eller om vi først trenger enda mer endring på grasrotnivå. Og hvor miljøpsykologien går – det er også et åpent spørsmål. ✕

## REFERANSER

- Clayton, S., Carrico, A., Steg, L. Swim, J.K., Bonnes, M., & Devine-Wright, P. (2017). Psychologists and the problem of population growth: Reply to Bridgeman (2017). *American Psychologist*, 72(4), 388–389.
- Graziano, M., & Gillingham, K. (2015). Spatial patterns of solar photovoltaic system adoption: The influence of neighbors and the built environment. *Journal of Economic Geography*, 15, 815–839.
- Thøgersen, J., & Crompton, T. (2009). Simple and painless? The limitation of spillover in environmental campaigning. *Journal of Consumer Policy*, 32, 141–163.
- Truelove, H.B., Carrico, A.R., Weber, E.U., Raimi, K.T., & Vandenbergh, M.P. (2014). Positive and negative spillover of pro-environmental behavior: An integrative review and theoretical framework. *Global Environmental Change*, 29, 127–138.
- Truelove, H.B., Yeung, K.L., Carrico, A.R., Gillis, A.J., & Raimi, K.T. (2016). From plastic bottle recycling to policy support: An experimental test of pro-environmental spillover. *Journal of Environmental Psychology*. Manuskript akseptert. doi:10.1016/j.jenvp.2016.03.004
- Wynes, S., & Nicholas, K.A. (2017). The climate mitigation gap: Education and government recommendations miss the most effective individual actions. *Environmental Research Letters*, 12(7), 074024.

## KLASSIKEREN



## Fanger tidsånden i prestasjonssamfunnet

***Hvordan gi litt mer faen. Antiselveutvikling for helt vanlige mennesker, av Wigtil og Kalseth (2016)***

Fra tiden som psykologstudent var det noen utsagn i bøker eller på forelesninger som festet seg. «Validering før endring» er et av dem, og det ble tidlig i karrieren en av mine kjepphester. Jeg er opptatt av korrigerende emosjonelle og relasjonelle erfaringer som vi kan skape i terapirommet.

Et utsagn som festet seg litt senere i karrieren, er at vi må lære pasientene det vi vet. Jeg, som mange, hadde ikke trodd jeg skulle bli som min far. Han er lærer. De siste årene har jeg blitt en mer aktiv terapeut. Jeg er opptatt av psykoedukasjon, jeg gir flere hjemmeoppgaver, og er mer opptatt av at pasientene ser og bruker sine ressurser.

*Hvordan gi litt mer faen* fanger tidsånden i prestasjonssamfunnet. Mange strever med urimelig høye krav til seg selv, de har en hard indre kritiker, og bruker mye tid på grubling og bekymring. Boken gir ikke alle svarene, men den presenterer en aksepterende og normaliserende holdning til våre tanker og følelser.

Med tiden har jeg gitt mer ansvar og tillit til pasienter, for at de skal kunne håndtere livet sitt. Jeg er fortsatt opptatt av validering, av å skape en god relasjon og arbeidsallianse, og jeg jobber fortsatt med bearbeiding av traumer der dette er nødvendig. Samtidig er jeg bevisst på å ikke gjøre pasientene for avhengig av meg som terapeut, men ruste dem opp til bedre å håndtere livets utfordringer og å styrke relasjonene i livet sitt. Denne boken representerer noe av en dreining i min psykologrolle. Jeg søker i større grad å gi kunnskap, slik at pasienter kan frigjøre seg og bli sine egne terapeuter.

*Hektor Hovgaard oppfordrer Erlend Skaar til å ta stafettpippen videre*

# Det banale som det basale

En bok for dem som jobber med ROP-pasienter, både med forebygging og i spesialisthelsetjenesten.



**ROLF GRÅWE (RED.)**  
*Kombinerte behandlingstiltak for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse.*  
 Fagbokforlaget, 2016.  
 250 sider

## ANMELDT AV

Jon-Aksel T. Jacobsen, master i klinisk helsearbeid, psykisk helsearbeid. Fagkonsulent Dalsbergstien hus, Velferdsetaten, Oslo kommune.

**DET ER I DAG** økt interesse for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse (ROP-lidelser). I 2012 kom ROP-retningslinjene, og integrert behandling er i dag det som anbefales, i motsetning til tidligere, da denne gruppen ofte ble behandlet i ulike tiltak: enten rusomsorgen eller i psykisk helsevern. Og dermed ikke får den hjelpen de trenger. Boken *Kombinerte behandlingstiltak for personer med samtidig rus- og psykisk lidelse* er en behandlingsmanual, ikke en lærebok. Den er delt i ni moduler som følger behandlingsforløpet, i tillegg til en egen arbeidsbok for pasienter.

Modulene beskriver de enkelte delene av behandlingsforløpet fra motivering og inntak, via behandling og til avslutning av behandlingen i spesialisthelsetjenesten. Behandlingstiltakene retter seg mot den største gruppen av personer med ROP-lidelser, de som har angst, depresjon og andre mindre alvorlige psykiske lidelser i tillegg til rusproblemer.

## TRO PÅ BEDRING

Boken fremmer et recovery-perspektiv på rus og psykisk helse. Hjelperne skal alltid tro på at man kan komme seg, bidra til håp og vise at endring er mulig. Å komme seg fra ROP-lidelser kan være en lang prosess som går opp og ned. På denne måten kan flere av de temaene som presenteres i boken, være relevante for andre enn de som jobber i spesialisthelsetjenesten, de som møter folk i forkant av behandling, eller som har vært i behandling. Selv jobber jeg i lavterskel/skadereduksjon, altså i forkant

av behandling, men møter også mange med ROP-lidelser som har vært i behandling tidligere. Jeg leser boken med dette utgangspunktet, ikke som fagperson i spesialisthelsetjenesten, og ser at de enkelte modulene boken beskriver, godt kan brukes hver for seg, avhengig av hvor man jobber.

Flere av modulene gir konkrete forslag til hvordan fagpersoner kan bidra til å gi gode opplevelser, og introdusere andre måter man kan håndtere sine følelser og utfordringer på. Tilfriskning handler om det som skjer før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten, enten man blir rusfri, eller man fortsetter med rus. Dette gjør boken relevant også utenfor den behandlingssettingen den er skrevet for.

Som leser fester jeg meg særlig ved vektleggingen av de basale tingene som viktige for bedring, og av behovet for sammenheng i tjenestene. Dette oppleves som viktig også fra mitt ståsted. Modulen om fysisk aktivitet trekker frem «det banale som det basale» (s. 128). Her beskrives alle de positive sidene ved fysisk aktivitet, men også i andre moduler pekes det på basale ting i livet som viktige for endring, som venner og fritidsaktiviteter. Dette er elementer som også er viktige for å holde på bedring etter behandlingsopphold.

Fysisk aktivitet er også et eksempel på noe man kan starte med før behandling, gå tur, spille ball, osv. Dette kan ha positive effekter både på rusen og på den psykiske helsen selv om personen ikke er rusfri. I denne modulen kommer recovery-perspektivet klart frem, med





**AKTIVITET** Modulen om fysisk aktivitet trekker frem «det banale som det basale», skriver vår anmelder, der forfatterne beskriver alle de positive sidene ved fysisk aktivitet for pasienter med ROP-lidelser. Foto: Shutterstock

mål om at fysisk aktivitet bidrar til mestring og muligheten til å ta styring i eget liv ved at dette blir noe som pasienten tar med seg videre også etter behandling.

#### NÆR PASIENTENE

Sammenheng mellom tjenestene og hvem som har ansvaret for den enkelte pasienten med ROP-lidelse, har vært mye diskutert. I Boken tematiserer dette, og forfatterne viser hvordan det er tenkt, og hvordan dette kan løses. Videre peker forfatterne også på hvilke typer tjenester som bør være på plass i kommunene i oppfølgingen av denne pasientgruppen. Her er det nok fortsatt en vei å gå mange plasser. Kunnskap og kompetanse nær pasientene har også betydning for hvordan pasientenes problemer forstås i behandlingsapparatet. Som det vises til, har kommunene et omfattende ansvar for denne pasientgruppen, og fortsatt utbygging av behandlingsmodeller for samarbeid mellom førstelinje- og andrelinjetjenesten vil gjøre at en når pasienten på en bedre måte.

Dette er en spennende bok som gir innblikk i ulike sider ved det å komme seg fra ROP-lidelser. De enkelte modulene gir mange nyttige innspill også om man jobber med denne gruppen utenfor spesialisthelsetjenesten. Boken er også nyttig i debatten om hvordan man kan utvikle tjenester og samarbeidsmåter til beste for mennesker med ROP-lidelser. ✘

”

Hjelperne skal alltid tro på at man kan komme seg, bidra til håp og vise at endring er mulig

#### 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.

# I mediestormen

Når mediene værer skandale, rammes enkeltmennesker.



**FANNY DUCKERT  
OG KIM EDGAR  
KARLSEN.** *I mediens  
søkelys. Eksposering,  
stress og mestring.*  
Gyldendal Akademisk,  
2017. 296 sider

**FANNY DUCKERT OG** Kim Edgar Karlsen har i denne boken gitt stemme til enkeltmenneskene som rammes når mediene værer skandale. Teksten bygger på dybdeintervjuer med mennesker som gjennom sin yrkesrolle blir kastet ut i mediens søkelys og gjennomlever et ragnarok for åpen scene. Forfatterne tar ikke stilling til det journalistiske innholdet og de pressefaglige avveiningene som er gjort underveis i de enkelte sakene. Ei heller tar forfatterne stilling til sakene de impliserte har vært involvert i. Det er den subjektive opplevelsen som er prosjektets anliggende.

Boken er basert på resultatene fra forskningsprosjektet «I mediens kritiske søkelys», som er gjennomført ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo fra 2002 til 2015. Den forskningsmessige tilnærmingen har vært kvalitativ og eksplorerende.

## TAP AV KONTROLL

Hva skjer med mennesker som plutselig må takle pågang fra journalister døgnet rundt? Hvilke psykologiske reaksjoner og mekanismer mobiliseres, og hvordan påvirkes ulike livsarenaer? Hvordan prøver de eksponerte å beskytte seg selv mot belastningene? Hvordan forsto individene sitt liv, og hvordan dannet de mening i sin situasjon? Dette er bare noen av spørsmålene som stilles.

Boken favner bredt. Foruten toppledere som gjennom jobben opplever å bli satt under den kritiske lupen, er det også intervjuer med toppidrettsutøvere og trenere på elitenivå, politikere og programledere på TV. De enkelte kapitlene er spekket med sitater fra forskningsintervjuene, der intervjuobjektene i varierende grad gir uttrykk for sjokk, overveldelse og tap av kontroll, med de psykiske og fysiske følger det får: fra lettere plager til posttraumatiske symptomer, fra kortvarig krise for den det gjelder, til langtidsvirkninger. Verst er det når medieomtalen oppleves som personlig krenkende, og angriper sentrale egenskaper som vedkommende selv setter høyt, som kompetanse, integritet og redelighet. Menneskene bak de nådeløse overskriftene forteller sine historier til ettertanke for leseren.

Det siste kapitlet handler om hvordan man kan hjelpe personer som er utsatt for kri-

tisk medieomtale, og gir råd om psykologisk førstehjelp og praktisk og følelsesmessig krisehåndtering.

## GJELDER FLERE GRUPPER

Boken kan leses som en selvhjelpsbok for mennesker som opplever og vil oppleve å bli røft behandlet av pressen. For fagfolk er den en oversiktlig påminnelse om hvilke psykologiske mekanismer som trer i kraft når katastrofen rammer.

Boken har etter mitt syn også en generaliseringsverdi fordi mange av reaksjonene intervjuobjektene forteller om, er alminnelige reaksjoner når man rammes av uforutsigbare og ikke kontrollerbare hendelser. Den kan derfor leses med flere målgrupper for øyet, ikke nødvendigvis bare dem som er i mediens kritiske søkelys. Dagens arbeidsliv byr for eksempel på tilstrekkelig mange utfordringer som bidrar til at enkeltpersoner kan miste selvbildet, fotfestet og oversikten, selv om belastningene aldri når overskriftene.

Til tross for at forfatterne presiserer at de ikke tar stilling til det journalistiske innholdet og de pressefaglige avveiningene, savner jeg en problematisering av pressens rolle. Må vi ha en pressedekning som på mange punkter ikke forholder seg til Vær Varsom-plakaten? Som huser opp skandalevinkelen når vi vet hva aktørene – enkeltmennesker og noen ganger deres familier – utsettes for? Er det greit at vi har en fjerde statsmakt som herjer med folk? Selvfølgelig handler også pressens oppdrag etter hvert om å selge og tjene penger, men det har en pris.

## BURDE SPISET BUDSKAPET

I den grad psykologer har et samfunnsoppdrag som også favner det forebyggende aspektet, synes jeg det er synd at ikke slike spørsmål er stilt.

Tanken bak prosjektet er riktignok at innsikt i de psykologiske prosessene kan bidra til bedre psykologisk forståelse, klokere rådgivning og en opplyst presseetisk debatt. For å lykkes med dette prosjektet tror jeg forfatterne måtte ha spisset det budskapet bedre. ❌

## ANMELDT AV

Aase Prøitz, spesialist i klinisk familiepsykologi, privatpraksis, Asker. Tidligere journalist

## MINNEORD

## RAGNAR ROMMETVEIT

1924–2017



**RAGNAR ROMMETVEIT** døde 11. juni, nær 93 år. Med han er en bauta i norsk psykologi gått bort.

Etter lærerskolen på Stord begynte Ragnar i 1948 å studere psykologi med tanke på magistergrad og forskerkarriere. Han tok doktorgraden i 1953, ble dosent i 1954 bare 29 år gammel og fem år senere professor. Han var da den andre – etter Harald K. Schjelderup – som ble utnevnt til professor i psykologi som egen disiplin ved Universitetet i Oslo. I 1994 gikk han av for aldersgrensen. Han publiserte en lang rekke bøker og artikler, var gjesteforsker ved universiteter i USA, Nederland og Sverige og var høyt anerkjent både nasjonalt og internasjonalt. Han var en aktiv forsker og en dyp tenker med store kunnskaper og en klar tverrfaglig tilnærming. Samtidig var han ydmyk, spørrende, raus og inkluderende – både som lærer, kollega og venn.

Da Ragnar begynte å studere psykologi, var det få lærere i faget. Den som fikk størst betydning for ham, var ingen psykolog, men filosofi-professor Arne Næss. Ragnar hadde også tett kontakt med Institutt for samfunnsforskning, som sto helt sentralt i etableringen av norsk samfunnsvitenskap. Instituttet inviterte en rekke amerikanske gjesteforskere, og skapte et aktivt forskningsmiljø.

Fra tidlig på 60-tallet var Ragnars hovedfokus språk og kommunikasjon. Hans tilnærming er grunnleggende sosialpsykologisk. Han ville forstå språk som innfelt i kommunikasjon, og understreket at mening ble skapt av samtalepartnere sammen. Han tok klart avstand fra rent individualpsykologiske og kognitive tilnærminger, som han fant i store deler av den amerikanske psykolingvistiske forskningen, representert, blant annet, av lingvisten Chomsky og psykologen G.A. Miller. Selv var han inspirert av europeiske tenkere, som Wittgenstein, senere også av russiske som Vygotsky og Bakhtin. Med dem kom språket som kulturbærer tydeligere fram i tekstene hans. Ragnar beskrev sin tilnærming som dialogisk og som et alternativ til den dominerende monologiske.

Ragnar kunne ha en nesten utopisk målsetting med arbeidet sitt. Han ønsket å arbeide fram en måte å forstå språket på som kunne gi et felles teoretisk grunnlag for eksempelvis psykologi, språkvitenskap og filosofi. Han ville være en brobygger mellom fagene. Og han ønsket mer enn det. Han ønsket at hans vitenskapelig dypt forankrede kunnskap skulle være av en slik art at den kunne formidles til en god venn mens de sammen fisket en stille og vakker kveld på fjorden utenfor Stord.

Jeg har kjent Ragnar fra tidlig i min studietid og helt til han døde. Da jeg vokste opp, var diskusjoner om språk et tilbakevendende tema rundt middagsbordet i min familie. Som psykologistudent leste jeg derfor med stor nysgjerrighet det lærebøkene skrev om dette. Men jeg ble alltid skuffet. Så, tidlig på 60-tallet, startet Ragnar åpne seminarer om språk og kommunikasjon. Jeg gikk. Undervisningen fenet, og jeg ble værende. For første gang møtte jeg diskusjoner som kunne knyttes til, og utvide, den kunnskap jeg som vanlig menneske hadde med meg om språk og kommunikasjon.

Takk, Ragnar, for vennskap, kunnskaper, inspirasjon og utfordringer for tanken. Jeg – og mange med meg – vil stadig vende tilbake til det du har skrevet.

*Astri Heen Wold*



# Kurskalenderen

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

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

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

## JANUAR

---

### Organisasjon og ledelse: Forutsetninger for ledelse

Oslo, 10.–11. januar

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

### Systembasert arbeid med familier

Oslo, 24.–25. januar

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

## FEBRUAR

---

### Veiledning for psykologer som skal veilede andre yrkesutøvere

Oslo, 15.–16. februar

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

## MARS

---

### Klinisk helsepsykologi - den 3. nasjonale konferansen

Oslo, 12.–13. mars

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

### Skjematerapi - nytt spesialiseringsprogram i psykoterapi

Oslo, 14.–16. mars

For mer informasjon og påmelding se  
[www.kognitiv.no](http://www.kognitiv.no) (se under fagnettverk) eller  
[www.psykologbehandling.no/utdanning](http://www.psykologbehandling.no/utdanning)

### Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

Oslo, 15.–16. mars

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





NYHET!

# CFT 20-R

## – En nonverbal evnetest for barn og voksne

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

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

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

 **hogrefe**

- ledende på psykologiske tester i Europa

# moment



I 20 år har vi vært Psykologbistand for arbeidslivet. 20 år med utvikling av organisasjoner og menneskene som utgjør dem. Tøffe tak og herlige løft. Dette feirer vi ved å gi oss selv et nytt navn i gave!

20-åringen heter Moment. Navnet betyr «den kraften du trenger for å få til en bevegelse». Og det synes vi passer fint! Det er det vi jobber med: Å tilføre kraft for å få til endring. En etterlengtet endring, en nødvendig endring eller en inspirerende endring. For medarbeidere, team og ledere. Og for hele organisasjoner.

**Moment. For organisasjoner og menneskene som utgjør dem.**

Vi søker nye kolleger,  
se [www.moment.consulting](http://www.moment.consulting)



## 1-ÅRIG ETTERUTDANNING I

### Nevroaffektiv personlighets- utvikling og psykoterapi

Intervensjoner til nærmeste utviklingszone

3x4 dager med oppstart september 2018  
ved Marianne Bentzen

for mer informasjon kontakt kursarrangør  
Karen Margrethe Sæbø: [km@kamaklinikken.com](mailto:km@kamaklinikken.com)  
[www.kamaklinikken.com](http://www.kamaklinikken.com)

## KLINISK BRUK AV HYPNOSE VED ANGST, DEPRESJON, STRESS OG SMERTER

Læring og bruk av metoden.

Oslo, 25.-26. januar 2018,  
påmeldingsfrist 22. desember

Godkjent for spesialitetene.

**Kursansvarlig:** Dr. Gunnar Rosén, tlf. 900 39 441,  
[Gunnar@hypnoseforening.no](mailto:Gunnar@hypnoseforening.no)

For program, info og påmelding  
se [www.hypnoseforening.no](http://www.hypnoseforening.no)



## Stempel med medlemslogo for psykologer

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

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



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

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



# Møter du mennesker som har det vanskelig?

## Da er kunnskap om selvhjelp til stor nytte.

**Selvorganisert selvhjelp** tar utgangspunkt i mennesker som på eget initiativ ønsker å gjøre noe med problemer de sliter med.

For noen er selvhjelpsgrupper et selvstendig alternativ, for andre et supplement til annen hjelp. Eller det kan være en del av en forebyggende eller rehabiliterende aktivitet for bedre å sette seg i stand til å håndtere livet.

I en selvhjelpsgruppe møtes mennesker for å jobbe med problemene sine, dele erfaringer og utforske muligheter. Det handler ikke alltid om å bli kvitt problemene, men om å finne nye måter å håndtere dem på. Menneskers erfaringer er den viktigste kunnskapen i dette arbeidet. Selvorganisert selvhjelp er gratis.

**Selvhjelp Norge** er et nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp som arbeider på oppdrag fra **Helsedirektoratet**. Selvhjelp er satt på dagsorden gjennom Nasjonal plan for selvhjelp (IS-2168).

**Møter du mennesker** som kan ha nytte av å snakke med andre i en liknende situasjon som dem?

Kontakt oss for mer informasjon eller bestill materiell på våre nettsider.

Selvhjelp Norge • Kirkeveien 61, 0364 Oslo • [post@selvhjelp.no](mailto:post@selvhjelp.no) • 23 33 19 00





## Diagnostikk og differensialdiagnostikk ved traumerelaterte og dissosiative lidelser | SUZETTE BOON, PHD

Bergen, 12. og 13. april 2018

Traumatiserte personer får ofte diagnoser som Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, Bipolar Lidelse eller Schizofreni, og det kan lett bli faglige konflikter i forhold til hva pasientens symptomer er uttrykk for, og hvilken type hjelp personen trenger. Suzette Boon har lang erfaring med utredning og diagnostisering, og vil på dette kurset gå gjennom viktige differensialdiagnostiske vurderinger. I tillegg vil hun gå gjennom et nytt diagnostisk intervju for dissosiative lidelser, TADS, som er oversatt til norsk, og en vil bli sertifisert til å bruke dette ved deltakelse på kurset.

For påmelding og mer informasjon:  
[www.krisepsyk.no](http://www.krisepsyk.no)

**OSLO.** Stort og hyggelig kontor i psykologfelleskap på Frogner ved Åpent bakeri til leie fra 1.1.2018. Ledig hele og halve dager, også på kveldstid. Henvendelse: **tlf. 909 60 908.**



## Ny kontingentsats

Sentralstyret har fastsatt kontingent for 2018 til kr 7 044. Månedlig kontingent øker med kr 13.

Retningslinjer for nedsettelse og betaling av medlemskontingent finner du på våre hjemmesider: [www.psykologforeningen.no/medlem/medlemskap/kontingent](http://www.psykologforeningen.no/medlem/medlemskap/kontingent)

Søknad om nedsatt kontingent sendes til [medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no) eller per post til:



Norsk psykologforening  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

Følg Tidsskrift for  
Norsk psykologforening på

**facebook**

## Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



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

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

## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

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

UTGAVE	UTGIVELSE	BESTILLINGSFRIST
01/18	2. januar	14. desember
02/18	1. februar	18. januar
03/18	1. mars	15. februar





## Sensorimotorisk Psykoterapi Videreutdanning Nivå 2

**Oppstart i Trondheim  
5.- 7. mars 2018**

**Påmeldingsfrist: 3. januar**

For mer informasjon: [www.rvtsmidt.no](http://www.rvtsmidt.no)

### NeuroAffective Relational Model® – NARM Utviklet av dr. Laurence Heller

NARM er en helt ny presis klinisk behandlingsmetode for både utviklings- og sjokktraumer. I NARM terapi får vi verktøy og erfaringen av å knytte sammen kropp, følelser, tanker og spiritualitet her og nå.

NARM kombinerer traume- og personlighetsteori og er en ressursorientert, ikke-regressiv modell.

NARM har fått stor oppmerksomhet blant terapeuter i både Europa og USA. Se også boken «Utviklingstraumer», Reitzel 2014

**2-ÅRIG SERTIFISERINGSPROGRAM for erfarne klinikere**  
– nå for første gang i Norge. Oppstart **4.–8. juni 2018**

**INTRODUKSJONSKURS 2.–3. mars 2018**  
på Sagene Samfunnshus i Oslo.

Psykologspesialist Tove Mejdahl vil stå for undervisningen i samarbeid med erfarne assistenter.

Norsk psykologforening har godkjent NARM som vedlikeholdsaktivitet. Utdannelsen over 2 år teller som 72 timer. Introduksjonskurset teller som 14 timer.

Se mer og påmelding på [www.NARM.no](http://www.NARM.no)



### Introduksjonskurs i mentalisering og mentaliseringsbasert terapi (MBT)

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

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

25.-27. januar 2018, Grand hotel.

### Videregående kurs i mentaliseringsbasert individualterapi (MBT-I)

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

Kurset er fordelt over 8 samlinger, med oppstart 2. februar.

Avholdes på Hotel Bristol.

### Fjerde nordiske konferanse om mentalisering og mentaliseringsbaserte terapier

Mentalisering er et begrep som har blitt vist en betydelig interesse de siste årene. Institutt for mentalisering i Norge og faglige miljøer i Danmark og Sverige inviterer nå til den fjerde nordiske konferansen innenfor mentaliseringstradisjonen. I løpet av de to dagene vil det bli holdt flere seminarer og workshops som dekker et vidt felt.

Velkommen til et av høydepunktene i 2018.

31. mai – 1. juni 2018.

Avholdes på Gamle museet, Oslo.

**Påmelding og informasjon: [mentalisering.no](http://mentalisering.no)**

Besøk vår hjemmeside  
[www.mentalisering.no](http://www.mentalisering.no)

Kontakt oss  
[post@mentalisering.no](mailto:post@mentalisering.no)





# 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 ressurscenter 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.

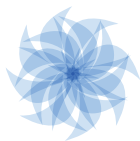
**Sted og dato:** Oslo, 15.-16. mars 2018

**Påmeldingsfrist:** 8.februar 2018

**Medlemspris:** kr 6 900

**Kursnr:** 101-18

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



Eide kommune har ca. 3500 innbyggere liggende på Nordmøre i Møre og Romsdal fylke. Kommunen er sentralt plassert mellom byene Molde og Kristiansund. Eide kommune har ca. 350 ansatte fordelt på 14 enheter. Vi har en flat organisasjonsmodell/struktur dvs. to-ledernivå der enhetslederne rapporterer direkte til rådmannen. For nærmere opplysninger om kommunen og de forskjellige avdelinger – se Eide kommunes hjemmesider.

## Kommunepsykolog for Eide og Fræna kommune

Ledig 100 % nyoppretta fast stilling som psykolog for snarlig tiltredelse.

Stillingen er organisatorisk plassert i Mestringsenheten, som er en interkommunal enhet for Eide og Fræna kommune med Eide som vertskommune. Enheten leverer tjenester til personer fra og med ungdomsskolealder, som har behov for bistand i forhold til psykisk helse og/eller rusproblemer i Eide og Fræna kommune. Det vil bli et tett samarbeid med fastlegene, skolehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, andre fagpersoner i Mestringsenheten, og øvrig helsetilbud. Tiltaket «rask psykisk helsehjelp» er nå under etablering og det er svært ønskelig med psykolog-kompetanse inn i tiltaket.

Mestringsenheten er under omorganisering og er inne i det andre av tre år for å bygge opp enheten i tråd med helsedirektoratets veileder «sammen om mestring».

### Hovedoppgaver:

- Psykologen skal arbeide med utgangspunkt i et bruker- og familieperspektiv med personer som på grunn av psykiske vansker eller rusmiddelavhengighet opplever funksjonsnedsettelse i hverdagen
- Individuelle samtaler med personer i livskriser og/eller personer med milde til moderate vansker
- Psykologen skal delta i tverrfaglig arbeid på tvers av kommunale tjenester og bidra til bedret samhandling på både system og individnivå
- Det vil være aktuelt å tilby korttidsbehandling, gruppetilbud, foreldreveiledning, kartlegging og utredningsoppgaver
- Bistå øvrige ansatte i enheten ved håndtering av utfordrende og kompliserte saker, veiledning, være tilgjengelig for drøfting, råd og involvering i enkeltsaker
- Bidra med kompetansehevende tiltak i kommunene
- Det blir spesielt lagt vekt på et samarbeid om behandling av lettere og moderate psykiske lidelser
- Bidra til at enheten bygges opp og leverer tjenester i tråd med veilederen i lokalt psykisk helse og rusarbeid for voksne

### Kvalifikasjoner:

- Norsk godkjenning som psykolog
- Gode kommunikasjonssevner, norsk muntlig og skriftlig
- Førerkort klasse B

### Vi ønsker at du:

- Har klinisk erfaring og erfaring fra forebyggende oppgaver
- Har gode evner til kommunikasjon og relasjonsbygging
- Har evne til å takle en hektisk arbeidssituasjon
- Er løsningsorientert
- Kan bidra til et godt arbeidsmiljø

### Vi tilbyr:

- Et aktivt og engasjert tverrfaglig arbeidsmiljø
- Spennende og varierte arbeidsoppgaver, hvor en kan være med å forme tjenestetilbudet og egen stilling
- Veiledning av psykologspesialist (jobber med å få dette på plass)
- God oppfølging og opplæring
- Samarbeid med andre enheter i kommunen og spesialisthelsetjenesten
- Tilsetning i samsvar med lov og avtaleverk
- Lønn etter avtale

### Søknad:

Elektronisk søknad fylles ut og sendes via [www.eide.kommune.no](http://www.eide.kommune.no). Vi kan ikke ta i mot elektroniske vedlegg av attester og vitnemål. Disse må leveres eller sendes til Eide kommune v/lønn og personal, 6490 Eide.

**Søknadsfrist:** 03.01.2018

### Kontaktperson:

For nærmere opplysninger eller uforpliktende samtale, ta kontakt med enhetsleder Anders Høe, tlf. 926 84 205, e-post [Anders.hoe@eide.kommune.no](mailto:Anders.hoe@eide.kommune.no)

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 IKTAS. Helseforetakene 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 på Stord

**100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi på Stord 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
- eigenskapar for heimelen
- innretning av praksis
- 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 at Helse Vest kan oppfylle «sørge for»-ansvaret. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten utfører undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen.

Avtalespesialisten skal ha ein forpliktande samarbeidsavtale med Helse Fonna ved Stord DPS. Avtalespesialisten skal samarbeide med Helse Fonna ved Stord DPS om oppgåvedeling og for å sikre gode pasientløp. Avtalespesialisten skal også i et visst omfang kunne ta imot pasientar som er vurdert i Helse Fonna ved Stord 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.



Kunnskap for en bedre verden

## Professor/førsteamanuensis i utviklingspsykologi

Institutt for psykologi ved NTNU søker fagperson til en fast 100 % stilling som professor/førsteamanuensis i utviklingspsykologi.

Arbeidsområder er forskning tilknyttet utviklingspsykologi, undervisning innen fagområdet og veiledning av mastergrads-, profesjons- og doktorgradsstudenter.

Til stillingen kreves det universitetsutdanning i psykologi eller relaterte fagfelt, samt vitenskapelig kompetanse i utviklingspsykologi på minimum doktorgradsnivå.

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved å kontakte instituttleder Ute Gabriel på telefon 73 59 17 78 eller e-post [ute.gabriel@ntnu.no](mailto:ute.gabriel@ntnu.no).

**Søknadsfrist:** 08.01.2018

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

#### - Trygghet når du trenger det mest

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

#### Arendal

### Psykologspesialist / psykolog - ARA, Poliklinikken

100 % st. fast

Arbeidsoppgaver består bla i utredning, diagnostisering og behandling av rusmiddelavhengige, selvstendig klinisk arbeid i samarbeid med et tverrfaglig team, samarbeid med eksterne instanser og veiledning av personal, herunder psykologveiledning.

Kvalifikasjoner: Norsk autorisasjon som psykolog evt med spesialisering (innen rus, voksen, barn e.l.), ønskelig med erfaring innen rusfagfeltet.

Opplysninger: Enhetsleder Frode Nordhelle, tlf. 37 01 95 00.

**Søknadsfrist: 17. desember 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/annonseselsgere.**







## LEVE, SMAKE, HØSTE, OPPLEVE. HITRA NÅR DU VIL

Hitra kommune - en attraktiv arbeidsgiver

Hitra er en øykommune på trøndelagskysten to timers reise fra Trondheim og Kristiansund N på Nordmøre. Forbundet til fastlandet med undersjøisk tunnel. Kommunen er på god vei mot 5000 innbyggere og er en kommune i vekst. Næringslivet preges av havbruk med oppdrett og foredling av laks, primærnæringer og turisme. Du finner også Europas største krabbefabrikk her. På Hitra har du store muligheter for et variert friluftsliv med jakt og fiske, dykking, kajakk og båtliv.

# Hitra og Frøya kommuner søker kommunepsykolog!

For fullstendig utlysningstekst se [www.hitra.kommune.no](http://www.hitra.kommune.no)

Hitra og Frøya kommuner er tildelt prosjektmidler fra Helsedirektoratet til å ansette psykolog i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Vi søker derfor etter klinisk psykolog til 100 % fast stilling.

### **Om Enhet for helse, familie og rehabilitering:**

Stillingen legges til Enhet for helse, familie og rehabilitering, avdeling psykisk helsetjeneste. Hitra kommune er vertskommune, men du vil jobbe med brukere i begge kommuner ut fra behov og nærmere praktisk organisering.

### **Til stillingen ligger prioriterte kommunale oppgaver som:**

- Utredning, diagnostisering samt lavterskel behandling til enkeltpersoner, familier, pårørende og grupper – barn og ungdom særlig vektlagt
- Veiledning og fagstøtte til andre ansatte i helse- og oppvekst
- Deltagelse i system- og planarbeid
- Psykososialt kriseteamarbeid

Kommunene har tidlig innsats og forebyggende arbeid blant barn og unge som satsningsområde, så du vil inngå som en del av det tverrfaglige arbeidet for målgruppen. Naturlige samarbeidspartnere vil være psykisk helsetjeneste, lege, helsestasjon, skolehelsetjeneste, rådgiver barn/unge og øvrige helse- og oppveksttjenester.

### **Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til:**

- Enhetsleder Hege Lie Rønningen på tlf. 72 46 52 81/ 902 39 877
- Assisterende rådmann Harald M. Hatle på tlf. 72 44 17 07/ 950 22 869

**Søknadsfrist:** 31. desember 2017. Søknad sendes via [www.hitra.kommune.no](http://www.hitra.kommune.no)

Legg utdanningsdokumentasjon, attester og tjenestebevis som et vedlegg til søknaden. Originale vitnemål/attester må fremlegges ved et eventuelt intervju.

Gyldig politiattest må framlegges før tiltredelse i stilling.

Opplysninger om søkere kan bli gjort offentlig tilgjengelig iht. Offentleglova § 25.

## Helse Sør-Øst RHF søker:



### 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Ringerike eller Kongsberg

100 % avtalehjemmel for godkjent spesialist i klinisk psykologi er ledig for tiltredelse etter nærmere avtale. Praksisen skal lokaliseres til Ringerike eller Kongsberg.

Praksis skal drives i samsvar med den til enhver tid gjeldende rammeavtale mellom Helse Sør-Øst RHF og Norsk Psykologforening.

**Nærmere opplysninger:** rådgiver Kari Iren Austad Borge eller rådgiver Tina Cecilie Sanders ved Kapasitet og tjenesteoppfølging, tlf. 02411

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

**Søknadsfrist:**  
22. desember 2017



frantiz.no

## Helse Sør-Øst RHF søker:



### 100 % avtalehjemmel i barne- og ungdomspsykiatri lokalisert til Oslo Øst

100 % avtalehjemmel for spesialistpraksis i barne- og ungdomspsykiatri er ledig for snarlig tiltredelse.

Praksisen skal lokaliseres til Oslo Øst.

**Nærmere opplysninger:** rådgiver Kari Iren Austad Borge eller rådgiver Tina Cecilie Sanders ved Kapasitet og tjenesteoppfølging, tlf. 02411

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

**Søknadsfrist:** 5. desember 2017



frantiz.no

## Helse Sør-Øst RHF søker:



### 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Alna, Grorud eller Stovner

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

Praksisen skal lokaliseres til bydel Alna, Grorud eller Stovner i Oslo.

**Nærmere opplysninger:** rådgiver Kari Iren Austad Borge eller rådgiver Tina Cecilie Sanders ved Kapasitet og tjenesteoppfølging, tlf. 02411

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

**Søknadsfrist:** 22. desember 2017



frantiz.no

## Helse Sør-Øst RHF søker:



### 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Holmlia i Oslo

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

Praksisen skal lokaliseres til Holmlia i Oslo.

**Nærmere opplysninger:** rådgiver Kari Iren Austad Borge eller rådgiver Tina Cecilie Sanders ved Kapasitet og tjenesteoppfølging, tlf. 02411

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

**Søknadsfrist:** 22. desember 2017



frantiz.no



## BÆRUM KOMMUNE

Barneverntjenesten i Bærum kommune er en av Norges største barneverntjenester med cirka 125 faste stillinger. Barneverntjenesten består av barnevernsjef, avdeling stab og fem fagavdelinger; avdeling mottak, undersøkelse og barnevernvakt, avdeling barn, avdeling ungdom, avdeling omsorg og avdeling tiltak.

Barneverntjenesten i Bærum har i samarbeid med Asker barneverntjeneste etablert et behandlingsteam som det første i Norge av denne type. Det spesielle for barnevernet her er at familiene får både terapeutisk og praktisk intervensjon av en instans og av ett team. MST CAN – Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect, er en tidsavgrenset evidensbasert behandlingsmetode for familier med barn og ungdom hvor det forekommer fysisk mishandling og/eller omsorgssvikt. Terapeutene jobber i hjemmet med hele familien og i dens nærmiljø og skole for å forhindre omsorgsovertagelse og plassering utenfor hjemmet. Behandlingen er tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. MST CAN er utviklet i USA, og implementeringen skjer i samarbeid med Nasjonalt utviklings-senter for barn og unge (NUBU). Et MST CAN-team består av en leder/veileder som er faglig og personaladministrativ leder av teamet, tre terapeuter og en miljøterapeut. Stillingene innebærer en unik mulighet for opplæring i en behandlingsmodell som har vist gode resultater for familier med barn og unge utsatt for alvorlig omsorgssvikt. Spesiell opplæring innen MST CAN vil bli gitt. Den som tilsettes må kunne delta på opplæring i Oslo i forbindelse med tiltredelse i stillingen. Den som tilsettes må ha mulighet til å kunne arbeide svært fleksibelt. Veileder er tilgjengelig for terapeutene 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. MST-veilederes tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for MST-veiledere, og er godt økonomisk kompensert. Mer informasjon om MST CAN finner du her: [www.mstcan.com](http://www.mstcan.com) Informasjon om NUBU finner du her: [www.nubu.no](http://www.nubu.no)

### Bærum kommune søker Psykologspesialist/psykolog

til MST CAN teamleder/veileder – Barneverntjenesten, som skal ha faglig og administrativt ansvar for teamet. Teamleder vil ha ansvar for ukentlig veiledning av terapeutene og skal sikre at behandlingen er i tråd med MST CANs kliniske modell.

Les mer om stillingen på:  
[www.baerum.kommune.no/jobb](http://www.baerum.kommune.no/jobb)

Søknadsfrist 3. januar 2018

Bærum kommune –  
kanskje ditt viktigste valg



Stiftelsen Fredheim er en institusjon for voksne rusavhengige med sammensatt psykisk og somatisk helseproblematikk. Humanistisk tankegang og livssynsnytralt grunnsyn. Mål for behandling er å redusere skader av rusavhengighet, motivere til økt livskvalitet og få bistand til å endre sin livssituasjon gjennom gradvis bedring av mestrings- og funksjonsnivå. Sentrale elementer i behandling er kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju. I tillegg til psykologisk behandling, er det fokus på ADL, arbeidstrening, aktivitet og fysisk trening. Fredheim tilbyr både tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i avtale med Helse sør-øst, og rehabilitering i avtale med Oslo kommune. Det er til sammen 40 ansatte.

## PSYKOLOG 50 % STILLING

Vi har ledig 50 % fast stilling for psykolog. Stillingen er knyttet til TSB med 27 innlagte pasienter.

#### Arbeidsoppgaver:

- Kartlegging og vurdering
- Individualterapi og behandlingsfaglig ansvar for enkeltpasienter i samarbeid med spesialister
- Tverrfaglig team med hovedkontakter og miljøarbeidere
- Behandlingsmøter TSB
- Dokumentasjon og henvisninger

#### Kvalifikasjoner:

- Godkjenning som psykolog
- Gode tverrfaglige samarbeidsevner
- Evne til målrettet og systematisk arbeid i en kompleks organisasjon

#### Det er ønskelig med interesse for:

- Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Miljøterapi i døgntilbud
- Kognitiv atferdsterapi
- Motiverende samtale


#### Vi tilbyr:

- Tilrettelegging for spesialisering
- Veiledning fra spesialist
- Tverrfaglig behandlingstilbud i utvikling
- Lønn etter avtale
- Pensjons- og forsikringsordning i KLP

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved henvendelse til

psykologspesialist **Wenche Bergaust**, tlf. 401 45 370 eller fagsjef **Juliane Hemstad**, tlf. 401 45 361.

Søknad sendes på e-post til **morten.engebakk@fredheim.no**  
senest 31. desember 2017.



**DPS Molde**  
Poliklinikk psykisk helse

## Psykologspesialist / psykolog


Vi har ledig eit vikariat i 100 % stilling som psykologspesialist / psykolog i vårt almenteam. Arbeidsstad vil være Poliklinikk psykisk helse, DPS Molde. St. nr. 2017/5930.

**Kontaktinformasjon:**  
Seksjonleiar Henning Nedberg, tlf. 936 36 396.


**Søknadsfrist: 21. desember 2017**

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

*Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.*

 **HELSE MØRE OG ROMSDAL**

frantz.no



**DPS Molde**  
Poliklinikk psykisk helse

## Psykologspesialist / psykolog


Det er no ledig ei 100 % fast stilling for psykologspesialist/ psykolog i vårt ROP team. Arbeidsstad vil vere Poliklinikk psykisk helse, DPS Molde. St. nr. 2017/5847.

**Kontaktinformasjon:**  
Seksjonleiar Henning Nedberg, tlf. 936 36 396 eller Teamkoordinator / psykologspesialist Siri Brunvand, e-post [Siri.Johanne.Brunvand@helse-mr.no](mailto:Siri.Johanne.Brunvand@helse-mr.no).


**Søknadsfrist: 21. desember 2017**

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

*Vi ønskjer ikkje kontakt med annonseselarar.*

 **HELSE MØRE OG ROMSDAL**

frantz.no



**Oslo universitetssykehus**

## Psykologspesialist

**Psykosomatisk seksjon**


Nasjonalt behandlingstjeneste for transseksualisme (NBTS) har i nært samarbeid med den øvrige ekspertise ved sykehuset ansvar for utredning av pasienter som vurderes med tanke på hormonell og/eller kjønnskorrigerende kirurgi. Vi tilbyr en spennende stilling som psykologspesialist i et tverrfaglig team.

Kontaktinfo: Seksjonsleder Kjersti Gulbrandsen, tlf. 23 07 42 49 eller HR-leder Line Benedicte Nyborg, tlf. 976 98 712.

**Ref.nr. 3629988044**      **Søknadsfrist: 17.12.2017**

**For fullstendig annonse se: [www.oslo-universitetssykehus.no](http://www.oslo-universitetssykehus.no)**

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionsykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 17 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.



frantz.no

**PSY  
KOL  
OGI**

### SØKER DU JOBB?

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

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



Helse Fonna HF omfattar sjukehusa Haugesund, Stord, Odda og Valen og fire distriktpsikiatriske 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

**Akuttpost, seksjon spesialisert behandling, Haugesund sjukehus**

Fast stilling i 100 % knytt til behandlersteam som har ansvar for akuttpost og liaisonverksemd ved Haugesund sjukehus. Teamet har overlegar, psykologspesialistar, LIS 1-3 og rus-/liaisonsjukepleiar. Stillinga inneber behandling ved akuttpost og tilsyn med pasientar innlagt ved somatiske sengepostar for vurdering av behandlingsbehov/suicidalitet m.m.

Akuttposten har ti senger og dekker eit opptaksområde med over 110 000 innbyggjarar. Vi har nær 600 innleggingar årleg som mottaks- og behandlingspost. Avdelinga er i ein spennande prosess med nybygg og integrering av psykiatrisk og somatisk mottak. I Helse Fonna skjer mykje spennande forskning. Tre i seksjonen har fullført PhD og fleire har pågåande PhD-prosjekt.

Kontakt: Heine Hagenberg, seksjonsleiar: 942 46 548.

Les meir og søk på [www.helse-fonna.no/jobb](http://www.helse-fonna.no/jobb) innan 17.12.2017.



*Blå Kors Haugaland A-senter er et behandlings- og utredningssenter for rusmiddel-, livsstil- og avhengighetsproblemer. Institusjonen arbeider på oppdrag fra Helse Vest HF og inngår som integrert del av spesialisthelsetjenesten. Blå Kors Haugaland A-senter eies av Blå Kors Norge. Vi er i stadig vekst og har de senere årene utviklet nye og spennende tilbud, både organisatorisk og faglig.*

## Blå Kors Haugaland A-senter søker til sitt behandlingsteam: PSYKOLOG/PSYKOLOGSPESIALIST

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

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

Personlig egnethet og evne til samarbeid tillegges betydelig vekt. Menn oppfordres til å søke stillingen.

### Før nærmere opplysninger kan du kontakte:

Klinikkjef Geir H. Iversen eller leder for behandlersteamet Johanna S. Bjørkavåg på telefon 52 73 30 00.

**Søknadsfrist: 17.12.2017**

For mer informasjon og elektronisk søknadsskjema se:

[www.blakors.no](http://www.blakors.no) eller

[www.jobbdirekte.no/haugaland-asenter](http://www.jobbdirekte.no/haugaland-asenter)

*Søknader som sendes utenfor søknadsskjema, vil ikke bli vurdert.*



Helse Fonna HF omfattar sjukehusa Haugesund, Stord, Odda og Valen og fire distriktpsikiatriske 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

**Karmøy DPS har eit godt tverrfagleg miljø. Tilbodet omfattar tenester som døgnbehandling, langtids rusbehandling for ungdom, psykosepoliklinikk og LAR-utdeling, i tillegg til allmenn- og ruspoliklinikk.**

No har vi ledig fast stilling som psykolog i 100 %. Vi søker deg som trivs med samarbeid og er trygg i rolla som psykolog. Du er spesialist, gjerne innan rus- og avhengighetspsykologi. Søklarar med påbegynt spesialisering vil bli vurderte.

Hos oss får du gode moglegheiter til å påverke behandlingfeltet, personleg og fagleg utvikling og gode arbeidsvilkår.

### Arbeidsoppgåver

- Utgreiings- og behandlingsansvar for pasientforløp
- Deltaking i tverrfagleg spesialisert team
- Vere pådrivar for fagutvikling og kvalitetsarbeid
- Samhandling, samarbeid og rettleiing internt og med eksterne samarbeidspartnarar
- Inntaksarbeid.

Kontakt: Håvard Wester Breistein, funksjonsleiar: 932 41 877.

Les meir og søk på [www.helse-fonna.no/jobb](http://www.helse-fonna.no/jobb) innan 10.12.2017.



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

## Psykolog

**Poliklinikken ved Folgefonn DPS Valen søker psykolog til vårt tverrfaglege behandlersteam. Hos oss får du gode moglegheiter til spesialisering, vidareutdanning og å delta i forskingsprosjekt.**

Stillinga inneber utgreiing, diagnostisering og behandling av allmennpsykiatriske lidningar og rettleiing av samarbeidande personell i kommune. Vi er eit tverrfagleg team med psykologspesialist, psykiater, ruskonsulent og spsjalsjukepleiar. Det er aktuelt å delta i behandlingstilboda gruppebehandling, TSB poliklinikk og ADHD-team.

Vi søker deg som arbeider godt sjølvstendig og i team og som har relevant erfaring og praksis.

Kontakt: Dag Gunnar Milje, poliklinikleiar: 53 46 65 90. Hege Lægred Røsland, seksjonsleiar: 53 46 64 12.

Les meir og søk på [www.helse-fonna.no/jobb](http://www.helse-fonna.no/jobb) innan 20.12.2017.



## 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

ragnhildkstokke@gmail.com  
414 21 366

##### Ingvild Gregersen

ingvildg@gmail.com  
957 27 801

##### Arnhild 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

##### Helene Kindle-Skau

hkindleh@hotmail.com  
924 28 703

#### 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

sak.andrew@gmail.com  
416 25 149

#### Hedmark

##### Eline Berg

bergeline3@gmail.com  
996 23 191

#### Hordaland

##### Bjarte Bruntveit

bjartebruntveit@yahoo.no  
909 98 052

#### Møre og Romsdal

##### Ragnhild Ese

ragnhild.es@gmail.com  
920 11 528

#### Nord-Trøndelag

##### Tirill Sten Ingebrigtsen

tirillst@gmail.com  
407 23 159

#### Nordland

##### Iris Anette Söderholm

irisanette@gmail.com  
909 34 857

#### Oppland

##### Iver Sørli Røhr

iversr@gmail.com  
916 35 382

#### Oslo

##### Inger Marie Andreassen

ingermarieandreassen@  
hotmail.com  
992 33 966

#### Rogaland

##### Elise Constance Fodstad

ecgr@sus.no  
930 07 971

#### Sogn og Fjordane

##### Ida Smedbold

ida.smedbold@gmail.com  
986 14 212

#### Sør-Trøndelag

##### Morten Thorsen

morten.thorsen@nav.no  
464 14 174

#### Telemark

##### Birgitte Lindøe

birgitte.lindoe@  
borgestadklinikken.no  
473 83 123

#### Troms

##### Elisabeth Growen Borch

elisabethborch@gmail.com  
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

##### Øyvind Nordhus

nordhus@me.com  
911 61 779

#### 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

##### Ingvild Gregersen,

nestleder, tlf. 957 27 801

##### Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter-helse, tlf. 909 98 052

##### Birgit Aanderaa, Spekter-

helse, tlf. 917 12 983

##### Inger Marie Andreassen,

KS, tlf. 924 28 703

##### Bjørn Arne Øvrebo, Stat,

tlf. 982 49 732

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

HUK, tlf. 924 28 703

##### Grete Schau, Privatpraksis,

tlf. 909 19 372

##### Torstein Winger, Oslo

kommune, tlf. 415 80 567

##### Hanne Indregard Lind,

Helse Sør-Øst, tlf. 948 05 153

---

#### FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

##### Rune Frøyland, leder,

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

---

#### SPECIALITETSRADET

##### Heidi Tessand, leder,

e-post heidi.tessand@  
psykologforeningen.no  
tlf. 916 67 804

**KVALITETSUTVALGET**

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

**FAGUTVALGENE**

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

**Barne- og ungdomspsykologi**

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

**Familiepsykologi**

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

**Psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblemer**

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

**Eldrepsykologi**

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

**Psykoterapi**

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

**Voksenpsykologi**

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

**Nevropsykologi**

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

**Psykologisk habilitering**

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

**Arbeidspsykologi**

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

**Samfunn- og allmennpsykologi**

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

**Organisasjonspsykologi**

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

**Klinisk helsepsykologi**

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

**GODKJENNINGS-UTVALGET**

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

**ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER**

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

**FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET**

**Annika Melinder**, leder,  
e-post a.m.d.melinder@  
psykologi.uio.no,  
tlf. 930 80 618

**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

**MENNESKERETTIGHETSUTVALGET**

**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 Ogdén**, 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 spesialistoppgave.

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

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

**Frist for innlevering av annonser:**  
 14.12, 18.01, 15.02, 16.03, 17.04, 16.05,  
 18.06, 18.07, 17.08, 17.09, 18.10, 16.11



# Hva er egentlig samtykkekompetanse?

Det nye, innenfor psykisk helsevern, er at pasienter som har samtykkekompetanse, har rett til å godta eller nekte at en ny behandling skal startes opp. De har også rett til å velge om en påbegynt behandling skal fortsettes eller avsluttes. Disse valgene gjelder selv om behandleren mener behandlingen er nødvendig.

Det er ett unntak fra denne regelen: situasjoner hvor det er stor fare for at pasienten kan skade seg selv eller andre alvorlig innen kort tid. I slike situasjoner er det fortsatt lov til å bruke tvang, for å redde liv og forebygge alvorlig helseskade.

I dette heftet går vi derfor gjennom hva samtykkekompetanse betyr, hvem som har det, hvem som ikke har det og hvordan samtykkekompetanse kan vurderes.



Besøk [www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no) og kjøp heftet i dag. Pris: 50,-.



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

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse



CFT  
ME

Hva er CFT og ME?

Betegnelsen ME (Myalgisk  
encefalomyelitt/encefalopati)  
oppstod i 1956 og betyr at