

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

# PSY KOL OGI

Vol.55 nr.3 2018

**Foreldreveiledning  
framfor ADHD-  
medisiner**

*NÅ*

**FRYKT OG  
OVERLEVELSE**

Joseph E. LeDoux

**Nestekjærighet  
i psykoterapi**

*Fagessay*

ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-03



9 770332 647006

RETURUKE 15 150 NOK



# PSY KOL OGI

Vol. 55 **nr. 3** 2018

**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

# Brukermakt gir brukeransvar

**I PASIENTENS HELSETJENESTE** er brukermedvirkning et selvsagt begrep. Men når retningslinjer utvikles, er det likevel ekspertenes vektlegging av kontrollerte og kvantifiserende studier som blir styrende, og ikke brukernes egne erfaringer. Berit Overå Johannesen og Gjertrud Selnes Moe utfordrer dette kunnskapshierarkiet (se side 207), med henvisning til at de nasjonale retningslinjene for ADHD-behandling slik kan stå i veien for brukertilpassede tiltak.

**Signaler om brukermedvirkning** og pasientens helsetjenester lar seg ikke alltid så enkelt forene med krav om at helseprofesjonene skal drive evidensbasert og følge offentlige retningslinjer. Da helseminister Bent Høie vedtok å etablere tilbud om medikamentfri behandling for pasienter i psykisk helsevern, fikk han støtte fra brukerorganisasjoner som i lengre tid hadde etterspurt slike tilbud. Samtidig fikk han kritikk fra flere fagpersoner, som mente at manglende forskning på feltet gjorde at vedtaket bryter med idealene om forskningsbasert praksis.

**Også i innlegget til Hedda Bratholm Wyller og Vegard Bratholm Wyller om ME/CFS-behandling** (se forrige utgave av Psykologtidsskriftet) ser vi at ekspertens kunnskap og brukernes subjektive kunnskap vektet forskjellig. De mener at forskningens objektive status må vektlegges mer enn pasientens subjektive erfaringer når behandlingstilbud skal gis.

**Behandling må basere seg på** beste tilgjengelige kunnskap, og i vår kultur er det anerkjent vitenskap, skrev Elisabeth Swensen i våre spalter (august 2016). Og fortsatte: Det betyr at pasienten ikke kan ha ansvar for tjenestetilbudet. Slik synliggjør hun et lite diskutert tema: Hvilket ansvar har brukerorganisasjonene for tjenestetilbudet når de får større innflytelse på utviklingen av det?

**Med økt makt følger vanligvis økt ansvar.** Men der profesjonenes ansvar for tjenestetilbudet er regulert gjennom lovgivning, retningslinjer, veiledere og «skikk og bruk» (praksis), er det sjelden man behandler brukernes ansvar for tjenestetilbudet. Spisset kan man spørre seg om vi i fremtiden kan se for oss at en pasient saksøker en brukerorganisasjon for feilbehandling. For makt er makt, enten den utøves av brukere eller helseprofesjoner. På samme vis som unges erfaringer med å leve med ADHD bør påvirke de nasjonale retningslinjene, trenger vi derfor å tydeliggjøre hvilket ansvar brukerorganisasjoner har for tjenestetilbudet. ✖



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

[bjornar@](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no)

[psykologtidsskriftet.no](mailto:bjornar@psykologtidsskriftet.no)



Spisset kan man spørre seg om vi i fremtiden kan se for oss at en pasient saksøker en brukerorganisasjon for feilbehandling

# 172



FOTO: JANINGE HAGA

## DEN SUBJEKTIVE FRYKTEN

Nevroforsker Joseph E. LeDoux tenker nytt om følelsen frykt. Psykologtidsskriftet har møtt en av verdens fremste emosjonsforskere.

*Intervju, Forskningsintervju,  
Vitenskapelig artikkel*

# 166



ILLUSTRASJON: PIXABAY.COM

## BEHANDLING OG RETTSPROSESS

Flere aktører ønsker nå en prinsipiell diskusjon om forholdet mellom rettsprosesser og behandlingsprosesser. BUP Haugesund får kritikk etter at en mann i 40-årene først ble dømt for incest, deretter frikjent, så dømt til å betale erstatning. Helse Fonna gransker nå saken.

*Aktuelt*



## EVIDENSBASERT VISDOM

Hva kan forskning fortelle oss om virkningen av kontemplativ praksis inspirert av buddhismen? Jon Vøllestad har lest to nye bøker om meditative praksiser.

*Bokessay*

# Innhold

- 161 **Brukermakt gir brukeransvar**  
Leder | Bjørnar Olsen
- 164 **Svakt kunnskapsgrunnlag og tilfeldig oppfølging**  
NÅ: Charlotte Lunde | Per Olav Solberg
- 166 **Advarer om falske minner**  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 172 **Frykt og overlevelse**  
Intervju: Joseph E. LeDoux | Ida Holth, Bjørnar Olsen & Kjersti Gulliksen
- 177 **Angst som råmateriale for endring**  
Forskningsintervju: Gerd Kvale og Bjarne Hansen | Kjersti Gulliksen
- 181 **Den subjektive opplevelsen av emosjoner: et fryktsomt overblikk**  
Vitenskapelig artikkel | Joseph E. LeDoux & Stefan G. Hofmann
- 188 **Velegnet for ungdom**  
Faglig innspill | Sigmund Karterud
- 190 **Team-utredning av ADHD**  
Faglig innspill | Reiel Andreas Storheil Pedersen
- 194 **Bør nevrotikeren lære å elske sin neste?**  
Fagessay | Geir Overskeid
- 201 **MENINGER**  
På egne premisser (s. 202)  
Hovedinnlegg | Berit Overå Johannesen & Gjertrud Selnes Moe  
Debatt: Sakkyndighet (s. 205), Avtalespesialister (s. 206), Kronisk utmattelsessyndrom (s. 208), Journal (s. 210), Behandling og rettsprosess (s. 212), Psykologrollen (s. 213), Psykologtidsskriftet (s. 214)
- 215 **INNTRYKK**  
Bokanmeldelser: Levende og let om vidnepsykologi (s. 216)  
Evidensbasert visdom (s. 218)  
Bokessay | Jon Vøllestad
- 227 **Minneord: Gerd Kjær (1943-2017)**
- 228 **Kurskalenderen**
- 229 **Annonser**
- 241 **Stillingsannonser**



**UROLIG** Lege Charlotte Lunde, for tiden på vinterferie, mener de nye kunnskapsoppsummeringene om ADHD må få konsekvenser for det norske behandlingsregimet.

# Svakt kunnskapsgrunnlag og tilfeldig oppfølging

Barn som går på ADHD-medisiner, får ingen fast oppfølging fra fastlege eller helsevesenet for øvrig.

– Dette er urovekkende, særlig når vi vet så lite om langtidseffektene, sier BUP-lege Charlotte Lunde.

**TEKST** Per Olav Solberg | **FOTO** Privat

– **Flere og flere barn får ADHD-diagnosen, og den desidert vanligste behandlingen er medikamenter. Hvorfor er det grunn til å slå alarm nå?**

– Hovedgrunnen er nye studier som har sett på effektene av medisiner over lang tid. Disse studiene avdekker helt andre resultater enn korttidsstudiene. I sum dokumenterer disse kunnskapsoppsummeringene at effekten av medisiner avtar svært mye etter 14 måneders bruk. Selv om noen pasienter forteller at de erfarer effekt over tid, viser ikke langtidsstudier på gruppenivå at det er noen effekt. Dette burde få konsekvenser for hvordan helsevesenet følger opp disse barna.

– **I 2004 var det rundt 9000 barn og unge under 19 år som hadde ADHD-diagnosen. I 2016 var dette tallet økt til 18 500. Det er en økning på over 100 prosent. Av dem fikk hele 89 prosent medisiner. Hvis det du sier er riktig, da lukter det vel en helsepolitisk skandale her?**

– Jeg tenker at man skal ha en nyansert tilnærming til dette feltet. For noen vil nok medikamenter ha god virkning, også over tid, sær-

lig i kombinasjon med annen type behandling. Men den nye kunnskapen om langtidsvirkninger bør få konsekvenser for hva slags behandling man i utgangspunktet tilbyr. Jeg tror mange barn som opplever uro og oppmerksomhetsvansker, for raskt sluses inn i spesialisthelsetjenesten. Når du kommer dit, får du en diagnose, og da er veien til medisiner ofte kort, slik statistikken fra reseptregisteret viser.

**– Hvor solid er den nye forskningen som betviler virkningen av ADHD-medisiner?**

– Utgangspunktet er blant annet den såkalte MTA-studien fra 1994,<sup>1</sup> som er en svært kjent og stor studie innenfor ADHD-feltet. I denne studien fulgte man 579 ADHD-barn i 14 måneder. Man delte barna i fire grupper og ga ulik behandling til de fire gruppene. De to gruppene som fikk medikamentell behandling, opplevde langt større reduksjon i ADHD-symptomer enn de gruppene som fikk henholdsvis atferdsbehandling og «treatment as usual». Resultatet førte til stor medieoppmerksomhet og en omfattende medisineringspraksis utover på 2000-tallet, også i Norge. Det interessante er at oppfølgingsstudiene til den opprinnelige MTA-studien avdekket helt andre resultater. Oppfølgingsstudier både 8 og nå 16 år etter viser at det ikke går noe bedre med de som har fått medisiner, enn de som ikke har fått medisiner. Disse funnene har fått langt mindre oppmerksomhet enn de første funnene fra 1999. Når det er sagt: Jeg mener ikke at man skal frata barn som kan ha nytte av medisiner, muligheten til å få det, men vi er ikke der at vi kan forsvare medisineringsmed at den retter opp en medfødt biokjemisk ubalanse i hjernen.

**– Hva bør konsekvensene bli for ADHD-feltet hvis disse nye funnene er riktige?**

– Jeg tenker at vi må bli langt mer forsiktige med å sette ADHD-diagnosen enn vi er i dag. For mye plasseres under denne merkelappen, og man har fortsatt ikke klart å finne noen entydig biomedisinsk årsak til ADHD. Mange barn og unge strever med disse symptomene, men

.....

1. Multimodal Treatment Study of ADHD

## Hvorfor NÅ?

- Charlotte Lunde og Henrik Vogt skrev nylig en kronikk i Legetidsskriftet der de er kritiske til omfattende psykofarmakabruk i behandling av ADHD hos barn.
- Charlotte Lunde (f. 1971) er lege i spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri ved Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus.

årsakene er svært sammensatte. Førstevalget i behandling bør være en standardisert og kvalitetssikret foreldreveiledning, ikke medisiner. Flere BUP-er tilbyr slik veiledning i dag, men det er helt avhengig av hvor du bor i landet. For alle de barna som bruker medikamenter, burde det vært en årlig medikamentkontroll der effektene av medisinene vurderes. Slik systemet er i dag, er det helt tilfeldig hvorvidt denne oppfølgingen finner sted, selv om det i veilederen fra Helsedirektoratet står at disse barna bør få årlig oppfølging. Hvem som konkret skal stå for oppfølgingen, er ikke definert. I praksis er det opp til idealistiske fastleger om oppfølgingen skjer eller ikke. Dette blir for tilfeldig og personavhengig, og her bør noe skje. Jeg mener BUP burde ha et ansvar for at en slik årlig kontroll gjennomføres.

**– I voksenpsykiatrien har man innført medikamentfrie tilbud som brukere kan velge hvis de ønsker det. Slik er det ikke i barnepsykiatrien.**

– Det synes jeg er rart. Det betyr at du er svært prisgitt det behandleren tenker er best for ditt barn. Du skal være sterk som forelder for å stå imot hvis du ikke ønsker medikamentell behandling og behandler mener det er det beste. Jeg vil likevel understreke at mange barn også har nytte av disse medisinene og får en bedre funksjon. Mitt poeng er at ikke alle disse barna der skolen mistenker ADHD, nødvendigvis hører hjemme i spesialisthelsetjenesten. Hvordan et problem blir forstått, har betydning for hva slags hjelp man søker. Man bør ha større muligheter til å utforske hva dette handler om i skolen, *før* barna havner i helsevesenet.

**– Dette er vel også en ressursdiskusjon. Medikamenter er en mindre ressurskrevende løsning enn å jobbe med psykososiale intervensjoner. Spiller det også inn?**

– Ja, det har nok vært en driver. Og mange opplever effekt av medisiner, spesielt til å begynne med. Jeg tror likevel at svært mange foreldre har et ønske om å prøve noe annet først. Selv om veilederen også sier at andre tiltak skal forsøkes før medisiner, er mitt inntrykk at dette varierer mye fra kommune til kommune. ✕

# Advarer om falske minner

Psykologspesialist Anders Skuterud er sterkt kritisk til BUP Haugesunds behandling av en jente (5) i en overgrepssak. Saken reiser debatt om forholdet mellom behandling og rettsprosess.

## TEKST

Øystein Helmikstøl

**- DETTE ER JO NESTEN OPPSKRIFTEN** på hvordan skape falske minner, sier psykologspesialist Anders Skuterud.

Han har nettopp sett videoen fra BUP i Haugesund der en behandler forteller en jente (5) i detalj hva hun skal ha blitt utsatt for av seksuelle overgrep fra far.

Behandlerne på BUP bygger blant annet på det mor har fortalt skal ha skjedd. I tillegg mener de at jenta har traumelekt i terapitimene, og at det underbygger at hun er blitt utsatt for seksuelle overgrep.

## - SKREMMENDE

Den syv minutter lange videoen fra BUP-behandlingen ble vist i retten under ankebehandling av en straffesak i Gulating lagmannsrett i desember i fjor.

– Det er relativt skremmende å se denne filmen, sier Anders Skuterud til Psykologtidsskriftet.

En mann i 40-årene fra Haugalandet ble frikjent av juryen. I ettertid er han dømt av fagdommerne til å betale erstatning, de mener det er klar sannsynlighetsovervekt for at han har begått overgrep. Psykologtidsskriftet fulgte hele ankesaken.

– Behandlingen jenta har fått, er så uansvarlig og klanderverdig at tilsynsmyndighetene bør foreta en gjennomgang av tidligere behandlinger gjort ved denne poliklinikken, sa psykolog og førsteamanuensis ved Politihøgskolen Ellen Margrethe Wessel til Psykologtidsskriftet i januar. Hun var sakkyndig vitne oppnevnt av forsvarer under rettssaken.



**KRITISK** Psykologspesialist Anders Skuterud mener BUP Haugesund kan ha skapt falske minner hos en jente (5) som har fortalt om overgrep fra far. Foto: Norsk psykologforening

Hun får faglig støtte fra psykologspesialist Anders Skuterud, som uttaler seg som fagperson.

– Det som kommer fram på denne videoen fra behandlingen, ligner veldig på de historiene som den amerikanske psykologen Elizabeth Loftus forteller om, sier Skuterud.



Skuterud omtaler Loftus som «de falske minners mor». Den amerikanske psykologen har gjort omfattende forskning på hukommelse, feilinformasjonseffekten og hvordan falske minner oppstår.

### BARNETS OPPLEVELSE

Overlege Sissel Øritsland ved BUP Haugesund ønsker ikke å kommentere kritikken. Hun sa til Psykologtidsskriftet i januar at BUPs oppdrag er utredning og behandling, og at BUP ikke har noen primærrolle i å bevise forhold for retten.

– Hele poenget er å få tak i barnets opplevelse. Små barn har små symptomer. Eksplisitt verbal hukommelse forventes å være aktiv fra omtrent treårsalder. Før den tid er det den implisitte hukommelsen vi prøver å adressere i terapien, sa BUP-overlegen til Psykologtidsskriftet.

I retten avviste hun at behandlingen hadde skapt falske minner hos barnet. Rettsoppnevnt sakkyndig psykolog Tori Mauseths vurdering er at faglige anbefalinger og retningslinjer er ivaretatt gjennom utredning og behandlingstilbud ved BUP Haugesund, opplyste hun til retten. Det har foreløpig ikke lyktes Psykologtidsskriftet å få et intervju med Mauseth. Behandleren i BUP ønsker ikke å kommentere saken.

### DOMMEN

I dommen<sup>1</sup> fra Gulating lagmannsrett, der mannen i 40-årene blir frifunnet, men må betale erstatning, legger fagdommerne til grunn at det har skjedd flere overgrep, og at det har skjedd hjemme og på en ferietur til USA. Fagdommerne legger vekt på «en del hovedtrekk i datterens forklaringer, sammenholdt med opplysninger om atferdsendringer før og etter sommeren 2015.» Fagdommerne viser til tingrettsdommen<sup>2</sup>, der det framgår at jenta fortalte om overgrep lenge før BUP-behandling.

### RETTSSAMMENHENG

Skuterud mener det er uheldig at behandlingen i BUP brukes i en rettsammenheng. Behandlingen her er for lukket og er ikke eksplorative, mener han. – Generelt må det sies at tolkninger av barnet i terapi må brukes med stor forsiktighet i rettslig sammenheng.

– Barnet rister jo faktisk på hodet når terapeuten forteller henne om overgrep hun er blitt utsatt for. Det forholder ikke terapeuten seg til overhodet.

Under seansen der barnet blir fortalt om overgrepene mens behandler holder hendene sine på knærne hennes, virker jenta ubekvem. Hun fikler med en liten ball i hendene.

– Den uroen som barnet viser mens behandlingen foregår, er også problematisk. Den kan jo like gjerne skyldes at hun må forholde seg til noe som er for krevende å skjønne for henne, tenker jeg. Og hvis hun skjønner det, er det komplisert å forholde seg til. Et barn vil jo bli urolig hvis det skjønner hva som snakkes om her. Det tenker jeg vil skje uansett om det er sant eller usant.

Skuterud mener at man ikke kan konkludere med om overgrep har skjedd eller ikke, ut fra behandlingen han har sett på film.

BUP konkluderte med at det var stor faglig sikkerhet for at seksuelle overgrep har skjedd.

.....

1 16-062300AST-GULA/AVD1

2 15-169536MED-HAUG/

– Man kan oppdage for lite, og man kan oppdage for mye. Og vi vet at begge deler skjer. Vi hører jo historier om overgrep som aldri ble oppdaget

*Anders Skuterud, psykologspesialist*



### HAUGALANDET-SAKEN

Psykologtidsskriftet omtalte saken i januar.

### Bakgrunn

En mann i 40-årene fra Haugalandet ble i Haugaland tingrett i 2016 dømt til ni års fengsel for incest. I desember i fjor ble han frikjent av juryen i Gulating lagmannsrett. I januar i år ble han av fagdommerne enstemmig dømt til å betale 250 000 kroner i erstatning.

»



**FRIKJENT OG DØMT** Gulating lagmannsrett frikjente en 40-åring for anklager om incest. Deretter ble mannen dømt til å betale erstatning av fagdommerne Rune Voll (i midten), Arild Oma og Arne Landmark. Foto: Jan Inge Haga

### PTSD

Etter inntakssamtalen med den da fireårige jenta mente BUP at det var stor sannsynlighet for at jenta led av PTSD. Rettsoppnevnt sakkyndig psykolog Tori Mauseth støttet BUP Haugesunds vurderinger i retten. Sakkyndig psykolog på forsvarers side mente konklusjonene BUP gjorde ut fra observasjoner av jenta, er spekulative.

Når Anders Skuterud ser video fra behandlingen, kan han ikke se symptomer på lidelse.

– Alt det jeg ser, kan like gjerne være tegn på en ubehagelig situasjon fordi det kommer inn en fremmed, altså intervjusituasjonen. Jeg kan ikke tolke et eneste sykkelighetssymptom inn i det.

– Men hvis vi glemmer at dette blir brukt i en retts sak, er det god behandling?

– Jeg mener at terapeuten går altfor langt i å legge ord i munnen på barnet.

– Men terapeuten forteller vel bare det barnet selv ifølge moren har sagt tidligere?

– Jeg kjenner ikke saken godt nok til å si så mye om det, men hvis man ser denne sekvensen løsrevet, så er det å plassere ting inn i barnet. Etter det jeg har lest om saken, er det vel tvetydig hva barnet faktisk sa til mor, som utgangspunkt. Det kan være normale omsorgshandlinger fra far som ligger til grunn her, for alt jeg vet.

### PENDEL

Skuterud advarer mot det han kaller A-farer og B-farer om overgrepssproblematikk.

– Man kan oppdage for lite, og man kan oppdage for mye. Og vi vet at begge deler skjer. Vi hører jo historier om overgrep som aldri ble oppdaget. Og vi ser av forskningen, for eksempel ved NKVTS, at mange overgrepserfaringer aldri er blitt fanget opp av voksne.

– Men så har vi Bjugn-saken og mange andre lignende saker, der vi fagfolk også går i den motsatte grøfta. Vi ser ting der det ikke er noe. Her risikerer vi å komme i den situasjonen at når vi tror det, så ser vi det stadig vekk.

– Jeg er så gammel nå at jeg har fulgt med dette feltet fra den tiden da vi ikke trodde på omtrent noe, på 70-tallet. På 80-tallet snudde det til at vi trodde at barn alltid snakket sant. Vi har pendlet faglig litt for mye i ytterpunkter. Spesielt som behandlere bør vi ha en uhyre stor ydmykhet når det gjelder hva som er sannhet.

### GJENNOMGANG

Helse Fonna HF er i gang med en gjennomgang av den aktuelle saken, opplyser klinikkdirektør for psykisk helsevern Kenneth Eikeset til Psykologtidsskriftet. Det blir brukt eksterne fagfolk i arbeidet.

– Hovedoppgaven til BUP er å utgreie og behandle barn og unge med psykiske problemer. Når det blir reist kritikk til utgreiing og behandling, er det noe vi tar på alvor. Det er da naturlig å gå gjennom den aktuelle saken for å kvalitetssikre den behandlingen vi gir, skriver klinikkdirektøren i en e-post.

Rapporten vil ifølge Eikeset bli sendt til Fylkeslegen når den er klar, trolig før påske.

– *Har ledelsen ved Helse Fonna tillit til at behandlingen av barn ved BUP Haugesund er faglig forsvarlig?*

– BUP Haugesund gir forsvarlig utgreiing og behandling av barn og unge med psykiske lidelser. Det vil alltid være en risiko for svikt i pasientbehandling ettersom det er komplekse tilstander en behandler i spesialisthelsetjenesten, men det er etablert omfattende kvalitetssikrings-



**GRANSKNING** Kenneth Eikeset ved Helse Fonna opplyser at helseforetaket skal gjennomgå BUP Haugesunds behandling av jenta i saken. Foto: Eirik Dankel/Helse Fonna

## – Advokaten blander

Også psykologspesialist og forsker Dag Nordanger ønsker en prinsipiell diskusjon om forholdet mellom rettsprosesser og behandlingsprosesser.



Psykologspesialist, forsker og forfatter Dag Ø. Nordanger. Foto: Paul S. Amundsen

– Men advokaten (se advokat Thomas Randbys uttalelser i hovedsaken) blander dette spørsmålet med spørsmålet om hva som er riktig behandling for jenta. Advokaten burde holdt seg til det første, som han er i posisjon til å uttale seg om. Saken har blitt vinklet mot en kritikk av behandlingen som er gitt. Men det er ikke jentas terapeuter som har funnet opp behandlingsformen, skriver Nordanger i en e-post.

– Det virker som man har forsøkt å gi den hjelpen som har best forskningsmessig støtte, ut fra en faglig vurdering av at jenta er traumatisert. Vi har ennå mye å lære om hva den beste traumebehandlingen er, men det er en annen diskusjon.

Den prinsipielle diskusjonen saken reiser, er ifølge Nordanger hva som skal ha forrang av straffesporet og behandlingssporet, altså om hensynet til rettsprosessen skal veie tyngre enn hensynet til en persons behandlingsbehov.

– Randbys enkle svar har implikasjoner man bør tenke gjennom. Han kan gjerne mene at vurderingen som her er gjort, er feil, men det prinsipielle spørsmålet blir om helsepersonell skal la være å gi den behandlingen man tross alt vurderer som riktig, fordi det potensielt kan ødelegge for en straffesak. Ved alvorlige fysiske skader ville man ikke holdt tilbake helsehjelpen for ikke å forspille bevis – man hadde ikke overlatt den medisinske vurderingen til politiet og avventet klarsignal fra dem, slik Randby foreslår. Det prinsipielle spørsmålet blir da hvorfor man skal tenke annerledes om psykiske skader.

## Haugalandet-saken

### Sommeren 2014

Jenta (4) forteller om overgrep fra far, ifølge mor.

### 22. juli 2014

Mor anmelder til politiet.

### 28. juli 2014

Jenta undersøkes av lege.  
Ingen merker eller spor av overgrep.  
Legen henviser til BUP.

### 15. august 2014

Første dommeravhør av jenta.

### 9. oktober 2014

Inntakssamtale BUP Haugesund.  
- Stor sannsynlighet for PTSD, ifølge første journalnotat.

### 24. oktober 2014

Politiet foreslår henleggelse.  
Behandlingen hos BUP fortsetter, uten at politiet kjenner til hva som skjer i BUP.

### 13. februar 2015

Telefonsamtale mellom bistandsadvokat Elisabeth Rød og BUP-overlege Sissel Øritsland, ifølge BUP-journal.  
Rød ønsker en mer spesifikk vurdering i saken.

### 16. februar 2015

Uttalelse fra overlege Sissel Øritsland i BUP:  
- Stor faglig sikkerhet for at seksuelle overgrep har skjedd.

### 10. mars 2015

Statsadvokaten ber om ytterligere etterforskning.

### 16. mars 2015

Politiavhør av overlege Sissel Øritsland.  
Politiet informerer overlegen om at de vurderer nytt dommeravhør av jenta.

### 17. mars 2015

BUP intensiverer behandlingen av jenta.

### 25. mars 2015

BUP gjennomfører behandlingen «Narrativ far».  
BUP-behandler forteller i detalj til jenta om hva hun har opplevd av seksuelle overgrep fra far.

### 5. mai 2015

Andre dommeravhør av jenta.

### 1. april 2016

Far enstemmig dømt til ni års fengsel i Haugaland tingrett.

### 13. desember 2017

Nye bevis.  
Far frikjent i Gulating lagmannsrett.

### 19. januar 2018

Fagdommerne dømmer far til å betale 250 000 kroner i erstatning.  
- Klar sannsynlighetsovervekt for overgrep, mener fagdommerne.  
Saken ankes til Høyesterett.

systemer for å redusere risikoen for svikt. Vi tar innspill og kritikk på alvor og beklager selvsagt om vi gjør feil, svarer Eikeset.

Den frikjentes forsvarer, advokat Thomas Randby, ønsker en prinsipiell diskusjon om i hvilken grad oppstart og innhold i behandling av barn bør influeres av at det allerede er satt i gang en politietterforskning.

Under enhver omstendighet mener Randby at behandlerne bør informere og helst få klarsignal fra politiet dersom det i etterforskningsperioden gjennomføres metoder og grep i behandlingen som kan påvirke barnets forklaring om det som er tema for etterforskningen.

- BUPs opptreden er i dette tilfellet høyst problematisk idet behandlerne, etter anmodning fra mor og bistandsadvokat, velger å tre inn og spille en aktiv rolle i straffesaken ved å uttale seg «med stor faglig sikkerhet» om pålitelighet og «den objektive sannhet». Jenta hadde ikke selv fortalt om overgrep til BUP, og man hadde valgt å ikke ta kontakt med far. BUPs håndtering går over i det klart kritikkverdige når man dernest, uten å informere politiet verken før eller senere, planlegger og gjennomfører «nye» grep i behandlingen som åpenbart kan påvirke barnets forklaring for eksempel ved å skape falske minner. Dette ble gjort til tross for at behandlerne i forkant hadde fått informasjon om at politiet tok sikte på et snarlig nytt avhør av barnet, skriver Randby i en e-post.

Barnets bistandsadvokat Elisabeth Rød er sterkt uenig med advokat Thomas Randby:

- Skal barn som utsettes for noe av det verste en kan oppleve, ikke få noen som helst hjelp fordi behandlingen settes på vent i årevis mens saken behandles i rettssystemet? undrer bistandsadvokaten, som understreker at det i seg selv vil være et overgrep (*se hennes utfyllende svar i Meninger-delen på side 212*).

Direktør for psykisk helsevern i Helse Fonna, Kenneth Eikeset, skriver i en e-post at de ikke kommenterer enkeltsaker i media, men registrerer kritikk fra en forsvarer i en sak der Helse Fonna har vært i retten som vitne.

- Helse Fonna sin rolle er til enhver tid å behandle pasienter som er i behov av spesialisert behandling. For Helse Fonna sine behandlere er det til enhver tid forsvarlig behandling som er det viktigste, ikke politiet sine etterforskningsskritt i de ulike sakene, skriver Eikeset. ✘

## Psykologi og rettssikkerhet

Psykologtidsskriftet har tidligere arbeidet med den såkalte Prestesaken, der en mann ble dømt for vold og seksuelle overgrep mot stedatteren.  
*Se prestesaken.wordpress.com.*

Etter Prestesaken har vi fulgt flere straffesaker der påstand har stått mot påstand. Vi har blant annet fulgt prosessen mot en helsefagarbeider i Buskerud. Avhør av barn var sentralt. Se desemberutgaven i fjor.

## Aktuelt

**12 måneders løp for ELTE-studenter**

Rundt 200 tidligere ELTE-studenter får nå en lettere vei til norsk autorisasjon som psykolog.

Kandidater som startet på masterutdanningen ved ELTE-universitetet før Helsedirektoratet endret godkjenningspraksis i 2016, skal få tilbud om et eget opplegg som kan føre til norsk autorisasjon som psykolog.

- Jeg har besluttet at de berørte ELTE-kandidatene skal tilbys et avgrenset opplegg med intensive samlinger og mulighet å arbeide på lisens mens de er under veiledning, sier Høie i en pressemelding fra Helsedepartementet.

Det er Helsedirektoratet som skal utarbeide opplegget som skal være ferdig før påske. Helsedirektoratet og universitetene hadde opprinnelig fore-

slått et omfattende løp med fulltidsstudier i 2,5 år for disse studentene. Departementet antyder nå at 12 måneder kan være aktuelt. Når direktoratet har forslaget klart i mars, er målet å få det på plass så snart som mulig, skriver departementet i pressemeldingen.

*Psykologtidsskriftet*

## Aktuelt

**Psykologforeningen brøt likestillingsloven**

Likestillings- og diskrimineringsombudet mente Psykologforeningens overgangsordning for godkjenning av spesialistutdanning diskriminerte en nybakt mor. Nå gjør foreningen endringer.

Saken gjelder spørsmål om diskriminering på grunn av foreldrepermisjon ved gjennomføring av spesialistutdanning i barne- og ungdomspsykologi. En psykolog søkte om forlenget frist for å gjennomføre spesialistutdanning etter gammel ordning, fordi hun var i foreldrepermisjon under overgangsperioden. Psykologforeningen avsto søknaden, og i januar 2017 ble Psykologforeningen innklaget til Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO).

Ombudet vurderte saken, og kom til at foreningens praksis om at ingen innvilges forlengelse på overgangsordningen, kan anses som indirekte diskriminering. «At Norsk psykologforening ikke vurderer søknader om forlengelse av overgangsordningen er i utgangspunktet en nøytral praksis, men en praksis som stiller de som får barn under overgangsperioden dårligere enn andre», skrev ombudet på [www.ldo.no](http://www.ldo.no) den 31. januar 2017.

Ombudet konkluderte med at «Norsk psykologforenings overgangsordning for godkjenning av spesialistutdanning er i strid med likestillingsloven § 5, siden den ikke åpner for forlengelse på grunn av foreldrepermisjon.» Ombudet kom også til at foreningen hadde brutt likestillingsloven § 5 «ved å avslå psykologens søknad om utsettelse av frist for gjennomføring av spesialistutdanningen på grunn av foreldrepermisjon uten å vurdere søknaden nærmere.»

Bjørnhild Stokvik er utdanningssjef i Norsk psykologforening.

- Har dere manglet likestillingsperspektivet i utformingen av reglene for overgangsordning i spesialistutdanningen?

- Vi har alltid vært opptatt av likestillingsperspektivet, og la til grunn at dette var ivaretatt i overgangsordningen på fem år. Det er viktig for Psykologforeningen at vårt regelverk er i samsvar med likestillings- og diskrimineringslovgivningen, og praksis er derfor lagt om, svarer Stokvik.



**ENDRER** Utdanningssjef Bjørnhild Stokvik vil ha ordninger som er i tråd med likestillings- og diskrimineringslovgivningen. Foto: Norsk psykologforening.

- Hvordan påvirker denne kritikken utdanningsavdelingens videre arbeid?

- Vi forholder oss til vedtakene som gjøres av besluttede organer i spesialistutdanningen. Foreningens sentralstyre fattet i februar følgende vedtak om overgangsordninger: «Psykologforeningen vil i forbindelse med overgangsordninger i spesialistutdanningen åpne for vurderinger av søknader om utsatt frist for gjennomføring av spesialistutdanningen på bakgrunn av Likestillings- og diskrimineringsloven. Dette vil gjelde for psykologer som har startet sin spesialistutdanning før ikrafttredelse av aktuell overgangsordning.»

*Psykologtidsskriftet*



**RYDDER OPP** Nevroforsker Joseph E. LeDoux er kjent for begrepet "den emosjonelle hjernen". De siste årene har han vært opptatt med et begrepsmessig opprydningsarbeid i emosjonsforskningsfeltet.

# Frykt og overlevelse

Nevroforsker Joseph LeDoux vil ta frykten ut av amygdala. Og gi den tilbake til hver og en av oss.

**TEKST** Ida Holth, Bjørnar Olsen og Kjersti Gulliksen, redaktører i Psykologtidsskriftet<sup>1</sup> | **FOTO** Jan Inge Haga

**A**ngst er gitt oss i fødsels gave, og i terapirommet fremtrer følelsen i et utall drakter. Joseph E. LeDoux, en av verdens fremste nevroforskere, arbeider med å fange og forstå den flyktige fornemmelsen og lammende følelsen. Ved hjelp av rottestudier og boken *The emotional brain* (1998) tegnet han på 90-tallet opp hjernens fryktnettverk for den gjengse psykolog – men nå vil han tegne det om igjen. Under Schizofrenidagene i Stavanger møtte Psykologtidsskriftet den 69-årige vitenskapsmannen til en samtale om frykt, rotter og musikk som beroligende middel.

## FØLELSER ER KOGNISJONER

LeDoux er slaktersonnen og forretningsmannen, som ved en tilfeldighet, ifølge ham selv, dumpet borti nevropsykologien gjennom en kamerat som forsket på hjernen.

– Wow, jeg visste ikke at dette var noe du kunne holde på med. I laben hans ble jeg betatt, sier LeDoux.

Etter å ha observert hjernen til slaktede dyr da han vokste opp forteller forskeren at han satt med en «manuell forståelse» av hjernen. Den ble nyttig da han begynte som assistent for kameraten. Senere fikk han innpass i laboratoriet til den kjente bevissthetsforskeren Michael Gazzaniga. Gazzaniga forsket på bevissthet ved hjelp av split-brain-pasienter. LeDoux var imidlertid mer interessert i *emosjonell* bevissthet, så de to forskerne «delte forskningen mellom seg». Gazzaniga fikk bevissthetsdelen, og LeDoux tok emosjonsdelen, og vendte seg så mot studier av rotter.

– Jeg forsket på implisitte, eller ikke-bevisste, følelser, sier LeDoux, og legger raskt til at dette er noe han ikke lenger mener er realistisk å snakke om.

– Alle følelser er bevisste, men på den tiden tenkte jeg på det som ubevisste følelser.

I en artikkel fra 2017 argumenterer han og filosofen Richard Brown for at emosjonelle erfaringer hos mennesker ikke kan omtales som ubevisste. Det gir ikke mening å si at emosjoner er «programmerte» i medfødte subkortikale og ubevisste hjernenettverk, hevder de. Følelser prosesseres alltid i nettverk i korteks.

Og det er kun *selvbevisste* organismer som kan kjenne frykt, mener LeDoux. Så når forskere sier at rotter er redde, er dette en misforståelse. Frykt, angst og uro er alle komplekse »

1. Takk til Roar Fosse for nyttige innspill i forarbeidet til intervjuet.

kognitive emosjoner, uavhengig av den automatiske, instinktive fight-or-flight-responsen.

– Jeg tror en følelse er en form for kognisjon. Men kanskje er verken følelse eller kognisjon særlig nyttige begreper, kanskje trenger vi nye begreper for å beskrive dette klart.

LeDoux har de seneste årene blitt kjent for et begrepsmessig opprydningsarbeid i emosjonsforskningsfeltet. Han mener vi må skille mellom *basale overlevelsesnettverk* i hjernen og *kognitive emosjonsnettverk* når vi snakker om en følelse som frykt. Begge disse nettverkene vil vanligvis være i sving når en person reagerer på en fare, og den lille hjernestrukturen amygdala aktiveres, men selv om nettverkene interagerer, er de likevel også forskjellige. En rotte som værer fare, går i forsvar eller unnviker faren, fordi et overlevelsesnettverk er aktivert. Men er rotta redd? Nei, mener altså LeDoux.

## FØLELSER ER ALDRI FEIL

Når forskere ikke skiller mellom emosjoner og overlevelsesmekanismer utviklet for å forsvare organismen, får vi uklare og upresise begreper, mener LeDoux. Og når vi bringer kunnskapen fra dyrestudier inn i klinikken, og begrepene er utydelige, så kan dette få konsekvenser for den behandlingen vi tilbyr mennesker med invaliderende angst. Han hevder at han selv var skjødesløs med språkbruken tidlig i karrieren. Den siste boken hans *Anxious – Using the Brain to Understand and Treat Fear and Anxiety* (2015) – er et forsøk på å rydde opp i uklarhetene.

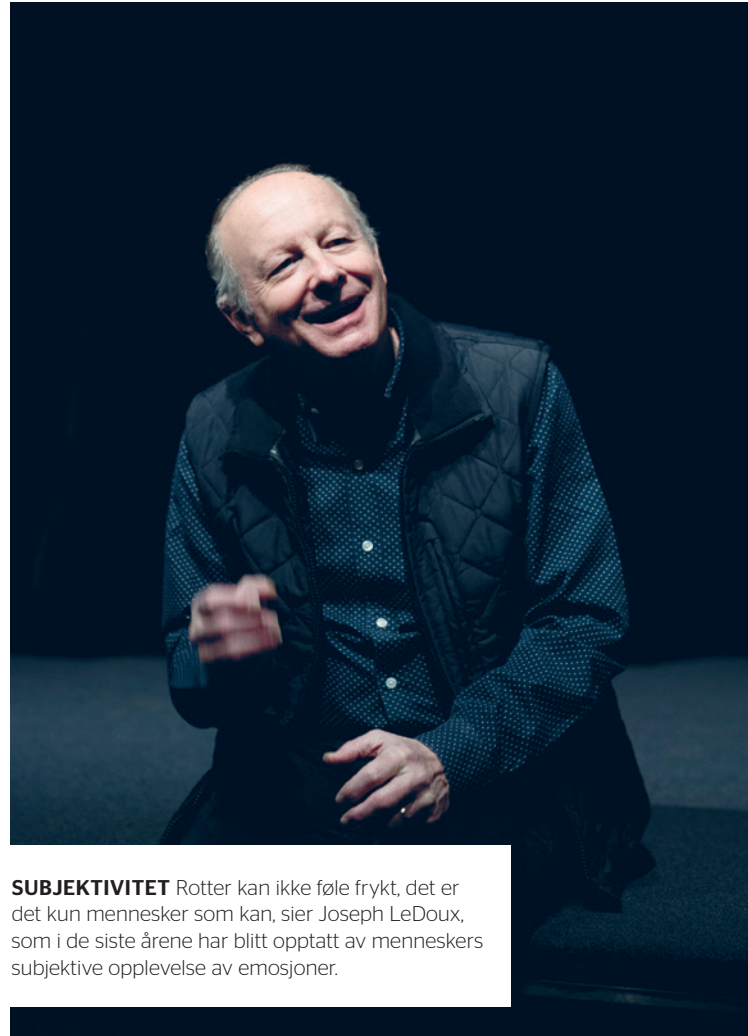
– *Bør forskere holde seg borte fra folkepsykologiske begreper, fordi disse hverdagsbegrepene flyter inn i forskningen og skaper forvirring?*

– Vel, når det gjelder følelsene våre, så er folkepsykologiske begreper korrekte. Det blir ofte sagt: «du tar feil, du følte ikke det», men du kan ikke ta feil om følelsene dine. Det eneste vi kan ha fullstendig tillit til, er vår umiddelbare erfaring.

Den subjektive opplevelsen av en følelse er spesifikk for personen som opplever den, mener LeDoux. Derfor ønsker han nå å slå et slag for subjektiv rapportering av følelser som valid materiale å arbeide med for forskere.

– Subjektiv rapportering har et dårlig rykte, men vi må spørre om konteksten den blir brukt i.

Han understreker at verbale tilbakemeldinger er ferskvare, de er nyttige i øyeblikket. Etter som tiden går, er ikke gjengivelsen lenger til å



**SUBJEKTIVITET** Rotter kan ikke føle frykt, det er det kun mennesker som kan, sier Joseph LeDoux, som i de siste årene har blitt opptatt av menneskers subjektive opplevelse av emosjoner.

stole på, for da belager vi oss på hukommelsen, og den innebærer fortolkning. Hvorfor-spørsmål er heller ikke særlig å stole på som subjektiv rapportering, og her viser han til erfaringen med split-brain-pasienter.

– Når vi spør den høyre hjernehalvdelen om å reise seg opp, og spør den venstre hvorfor den gjorde det, sier den venstre hjernehalvdelen: Jeg trengte å strekke på meg. Den finner opp en historie for å matche hva det ubevisste systemet har gjort.

Hvorvidt følelser er felles og delte, eller unike og individuelle, berører en av kjerne-diskusjonene i psykologifaget: diskusjonen om hvilke grunnleggende følelser mennesket har på tvers av kulturer.

– Jeg er en grunnleggende emosjonsteoretiker når det gjelder atferds- og fysiologiske responser, men ikke når det handler om subjektive tilstander.





– Er da det vi lærer om grunnleggende emosjoner på psykologistudiet, teoriene til Paul Ekman og Jaak Panksepp, litt feil i ditt perspektiv?

– Litt (ler). Antagelig er teoriene våre 90 prosent like.

Den resterende 10-prosenten handler om menneskets subjektive emosjonelle opplevelse, sier LeDoux. Her skiller mennesket seg fra andre dyr, mener han.

– Jeg tror ikke vi kan studere subjektive erfaringer hos mennesker [i laboratoriet]. Panksepp vil si at en rotte og en person responderer på samme måte, de har den samme erfaringen, men jeg tror heller at det trusselen gjør med amygdala, blandes med hva frykten gjør med korteks.

Amygdala trenger ikke å være aktivert for at en person skal kjenne angst og frykt, understreker LeDoux i sine siste utgivelser, og argumenterer på denne måten imot sitt tidligere akademiske selv. Denne lille hjernekjernen amygdala har i løpet av de siste tiårene blitt kjent som 'fryktens hjem', blant annet takket være LeDoux selv, som med boken *The emotional brain* fra 1996 plasserte menneskelig frykt her. I 2013 ble imidlertid antagelsen om at frykt «stammer» fra amygdala, utfordret: Mediene kunne fortelle om en kvinne med amygdalaskade som fremdeles kjente frykt. I et foredrag uttaler LeDoux at dette egentlig ikke burde være overraskende – basert på forskningen hans. Han trekker også frem »

## Joseph E. LeDoux

- Født 7. desember 1949
- Professor ved New York University Langone Medical Center
- Grunnlegger av Emotional Brain Institute (EBI)
- Har studert det nevrologiske grunnlaget for følelser og hukommelse, særlig hjernemekanismer knyttet til angst/frykt
- Vokalist og låtskriver i bandet The Amygdaloids
- Bøker: *The Emotional Brain* (1998), *The Synaptic Self* (2002), *Anxious* (2015)

Kilder: *Psychology Today*, Wikipedia

at medisiner som skal dempe amygdalaaktiviteten, ikke nødvendigvis lindrer fryktfølelsen. Disse funnene utfordrer de rådende angstmodellene våre, skriver LeDoux (se side 181).

## NEDETID

Selv om LeDoux hevder at ethvert individs følelsesverden på et plan er unik, og at subjektive opplevelser ikke egner seg for laboratoriestudier, mener han likevel at funn fra laboratoriet kan være nyttige for å forbedre psykoterapeutiske metoder. Vi ber ham utdype denne tilsynelatende diskrepansen:

– Arbeidet mitt er ikke relevant for enhver form for terapi. Men dyrestudiene kan bli brukt til å forbedre hvordan eksponeringsterapi fungerer. Et problem med eksponeringsterapi fra mitt grunnforskningsperspektiv er at eksponeringen er en relativt liten del av behandlingen.

LeDoux postulerer at det vi tror er virkningsmekanismen i eksponeringsterapi, nemlig utslokking av en lært respons, ikke får sin rettmessige plass når terapeuter driver denne typen behandling. Eksponeringsterapi innebærer i dag kompliserte prosedyrer med avspenningstrening og verbal interaksjon mellom pasienten og terapeuten, sier LeDoux. Han mener at alt dette kan forstyrre muligheten til at en lært, betinget atferd faktisk utslokkes.

– Utslokking er enkel stimulusrepetisjon. Når du introduserer mye «top-down»-prosessering, får du ressurser i hjernen til å konkurrere om tilgang. Arbeidshukommelsen gjør sitt, langtidshukommelsen henter opp minner, amygdala prøver å gjøre sitt, medial prefrontal korteks forsøker å regulere amygdala, men er også involvert i arbeidshukommelsen.

Eksponering har blitt brukt på en måte det ikke var designet for, uttaler han, og foreslår at forskere burde eksperimentere med enkel stimulusrepetisjon, uten snakking, og se hvordan det går.

– Det betyr ikke at det er det eneste du bør gjøre, bare ikke gjør det samtidig som du gjør samtaleterapi og ikke gjør det når du gjør avspenning. Da kommer det i veien for utslokkingsprosessen, som jo er svært kraftfull.

I et seminar under konferansen kommer LeDoux med flere forslag til forbedring av utslokkingsdelen av en eksponeringsterapi. Et problem med avlæring av en betinget fryktre-

spons er at avlæringen kan bli bundet til den spesifikke konteksten den skjer i, for eksempel terapirommet. Derfor lanserer forskeren ideen om at terapeuter bør bruke mange forskjellige steder når de jobber med utslokking. Han råder også behandlere til å ikke presse for mye inn i en terapitime, men heller sette av lengre tid til å jobbe med stimulusrepetisjon.

Og når pasienten i behandlingen har lært noe nytt, blir det viktig at kunnskapen får mulighet til å feste seg. «Alt man lærer, påvirkes av det som skjer etterpå», uttalte LeDoux i seminaret, og viste til ny forskning på minnekonsolidering. Siden søvn er viktig når minner skal styrkes, kan terapitimer foregå hjemme hos pasientene, foreslår han. På den måten kan personen få sove rett etter timen – det vil være gunstig for læringsutbyttet.

## FØLELSESMUSIKK

Vi blir ikke kvitt følelser, skriver LeDoux i boken *The Emotional Brain* (1998), men vi kan lage oss omgivelser som gir oss de gode følelsene vi trenger. I tillegg til å være forsker er LeDoux også gitarist, sanger og låtskriver i bandet The Amygdaloids.

– Musikk er en måte å komme til følelsenes og hukommelsens «sweet spots» på. Den er i stand til å nå minner som har en positiv kvalitet, på en måte som ingenting annet kan.

På spørsmål om hvordan musikk kan brukes terapeutisk, svarer han at han selv bruker Miles Davis-platen *Flamenco Sketches* for å roe ned angstfylte tanker og få sove.

– *Interessen for musikk og forskningen på emosjonalitet – bindes dette sammen for deg?*

– Å studere musikk som en psykologisk prosess er en hel verden av kunnskap. Jeg liker å spille musikk og skrive musikk, men det har ikke gått inn i arbeidet mitt. Men jeg ser musikk som en veldig mektig og positiv kraft i folks liv. ✘

## REFERANSER

LeDoux, J.E. & Brown, R. (2017). A higher-order theory of emotional consciousness. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, DOI: 10.1073/pnas.1619316114

# Angst som råmateriale for endring

Jakten på angst er som en skattejakt, mener psykologene Gerd Kvale og Bjarne Hansen – den er ekstremt verdifull.



**INTENSIVT** Gerd Kvale og Bjarne Hansen (bildet) har utviklet et 4-dagers behandlingsprogram for angstlidelser. Nå eksporteres modellen til flere andre land.

**G**erd Kvale og Bjarne Hansen ved Helse Bergen har utviklet et behandlingsprogram for tvangslidelser, der intensivt eksponering for angsten er en viktig ingrediens. Behandlingen har vekket interesse både nasjonalt og internasjonalt, og er kjent som «The Bergen 4-day treatment for OCD and anxiety disorders», eller B4DT. Til nå har mer enn 600 pasienter, både barn, unge og

voksne, fått terapeutassistert hjelp til å bli kvitt angstlidelsen sin. Kvale, professor i psykologi, og Hansen, med doktorgrad i psykologi, kan fortelle at man forventer umiddelbare og klinisk relevante endringer hos hele 90 prosent av deltakerne. Ved langtidsoppfølging er nesten 70 prosent av deltakerne uten en angstlidelse. Kvale utdypet hva som kan være årsaken til de gode resultatene:

## TEKST

Kjersti Gulliksen\*

## FOTO

Paul S. Amundsen

\* Takk til psykolog og PhD Cecilie Knoph for nyttige innspill i forkant av intervjuet.

– Vi forklarer pasientene at alle forsøk på å unngå eller å regulere ned ubehaget snarere forsterker det

*Gerd Kvale og Bjarne Hansen*

### «The Bergen 4-day treatment for OCD and anxiety disorders»

- Intensivt behandlingsprogram for tvangslidelser utviklet av psykologiprofessor og psykologspesialist Gerd Kvale og psykologspesialist og PhD Bjarne Hansen ved Helse Bergen og Universitetet i Bergen.
- Kvale og Hansen har lenge hatt et tett samarbeid med den nasjonale OCD-foreningen Ananke.
- Programmet forskes på i samarbeid med Solvang DPS, Sørlandet sykehus, Molde DPS, Møre og Romsdal HF, Nidaros DPS, St. Olav og Poliklinikk for angst og tvangslidelser, Gaustad sykehus, samt Alta og Hammerfest DPS i Finnmarkssykehuset.
- Les mer om behandlingen <https://helse-bergen.no/ocd-teamet>

– På en måte tenker jeg at vi har klart å knekke selve eksponeringskoden. Kjernen i det vi gjør, er å legge til rette for at pasienten aktivt kan trene eksponeringsteknikk i så mange angstrelevante situasjoner og kontekster som mulig, med så mange sansemodaliteter som mulig, med mange forskjellige terapeuter, og i så mange normalsituasjoner som mulig. I lange økter, sier Kvale.

De retter oppmerksomheten mot oppgaver som vil gi størst endring, og ofte er dette oppgaver som er uforenlige med lidelsen. På spørsmål om hvordan modellen skiller seg fra mer tradisjonell eksponeringsterapi, forklarer Hansen og Kvale at man i behandlingen ikke bruker tradisjonelle eksponeringshierarkier. De har også gått bort fra habitueringsprinsipper om at «hvis du bare holder ut lenge nok, så går det over», og atferdsekspirerimenter der formålet er å avkrefte negative forventninger («det gikk jo bra»). Dette er erstattet av en gjennomgripende oppmerksomhet på pasientens utallige mikrovalg i selve eksponeringssituasjonen.

– Valgene er oftest automatisert, og vi starter med teknikkutøvelse for å bevisstgjøre pasientene på akkurat de øyeblikkene der de kjenner behov for å nedregulere angst og ubehag, og i disse øyeblikkene gjøre det motsatte eller «lene seg inn i angsten». Noen ganger kan det for eksempel bety at pasienten tar aktive valg om å øke usikkerhet fremfor å redusere den.

#### NEVROBIOLOGISK BÆREBJELKE

Oppdatert nevrobiologisk forskning, med Joseph LeDoux som en av de mest sentrale bidragsyterne (se intervju i dette nummeret), er bærebjelken i Kvale og Hansens kliniske arbeid.

– I tråd med LeDoux's anbefaling om å konsentrere behandlingen mest mulig om stimulusrepetisjon, samt å legge inn hviletid, jobber vi i lange økter. Dag to og tre i programmet utgjør én sammenhengende lang sesjon, med en viktig natts søvn imellom. Selve eksponeringsteknikken er det bærende elementet i behandlingen, forteller Kvale.

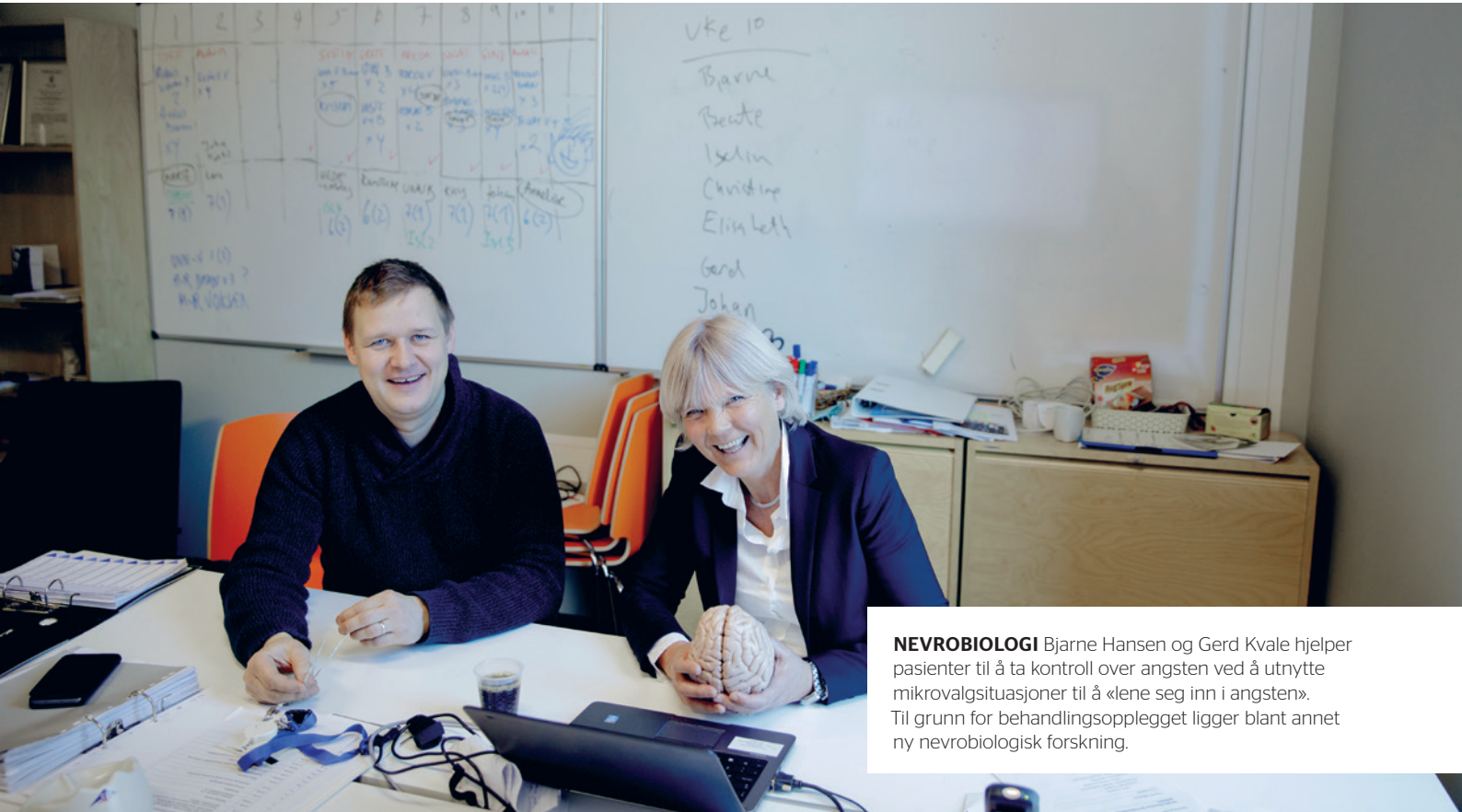
Men mens LeDoux ser ekstinksjon som en funksjon av selve stimulusrepetisjonen, altså primært som en passiv prosess, har vi et sterkt fokus på å hjelpe pasienten til å ta raske og systematiske valg som er uforenlige med angstlidelsen, sier Hansen.

– Det er den helt spesifikke kombinasjonen av eksponering for angst og den bevisste treningen på mikrovalg som er et svært potent utgangspunkt for endring. Og kanskje også noe som er vanskelig å få øye på når en jobber med dyremodeller og basalforskning.

Det aller første de er opptatt av, er å sikre at pasienten allerede før de fire dagene har tatt et aktivt valg om å bli kvitt lidelsen. De forbereder pasienten målrettet på dette, og selv om denne forberedelsen ikke tar mer enn en halvtime ekstra, ser de at den er avgjørende. Hvis pasientene ikke har tatt et aktivt valg, er det lav sannsynlighet for å lykkes, og begge understreker at de sterkt vil fraråde å gå i gang med denne typen behandling uten denne forberedelsen.

– Når det er sagt, er det nesten ingen som takker nei. De fleste har et sterkt ønske om å komme seg ut av denne vonde lidelsen. Og de er svært fornøyde i etterkant. Både med innhold, kvalitet, omfang, og ikke minst endringen.

Når pasienter er låst i angstlidelsen, forsøker de å ta direkte kontroll over de vonde og vanskelige følelsene og tankene, for å redusere dem. Slike prosjekter har ifølge Hansen og Kvale liten mulighet til å lykkes.



**NEUROBIOLOGI** Bjarne Hansen og Gerd Kvale hjelper pasienter til å ta kontroll over angsten ved å utnytte mikrovalgsituasjoner til å «lene seg inn i angsten». Til grunn for behandlingsopplegget ligger blant annet ny neurobiologisk forskning.

– Vi forklarer pasientene at alle forsøk på å unngå eller å regulere ned ubehaget snarere forsterker det. Det gir kortsiktig lindring og langsiktig lidelse, og ikke minst en opplevelse av hjelpeløshet og mangel på kontroll. Dette gjelder også de subtile, automatiserte nedreguleringene av angsten som de som oftest ikke er oppmerksom på at de utfører.

Et eksempel på dette, sier Kvale, kan være en som trener på å eksponere seg for potensielle smittekilder og som legger inn trøstende selvsnakk av typen «det går nok bra». Noen ganger har dette funksjon av unngåelse og nedregulering, og vi vil da kanskje foreslå at pasienten heller minner seg selv om at «nå kan jeg slett ikke være sikker på om jeg ble smittet eller ikke». Ofte er det usikkerheten som er det verste å forholde seg til, og vi jobber systematisk med å trene på å regulere dette på en ny måte.

De mener kunsten er å hjelpe pasientene til å endre modus – fra å forsøke å ta kontroll over angsten til å «lene seg inn i angsten», utnytte mikrovalgsituasjonene til å gjøre det motsatte. Oppmerksomheten rettes systematisk mot «hvor mye pasienten holdt igjen», fremfor å monitorere endringer i pasientens angstnivå. Målet er at pasientene ikke skal holde igjen angstfølelsen.

– Angsten er selve råmaterialet for endring – og gull verdt.

I dette endringsarbeidet er terapeutassistert eksponering og et solid samarbeid med pasienten vesentlig. Det er aldri snakk om å pushe eller ta valg på pasientens vegne. Hansen og Kvale understreker at pasientene

selv er eksperter på hvor de største utfordringene ligger, og at det derfor er en sentral del av behandlingen at pasienten selv forbereder eksponeringsoppgaver.

– Det er pasientene som eier selve endringsprosessen, mens vi er eksperter på hva som maksimerer endring og gir robust forandring. Når pasienten knekker koden, kan det gå svært raskt. Ofte er de svært overrasket når de ser resultatet. Ord som «magisk» går igjen når vi oppsummerer siste dag. Og da parerer vi gjerne med «ja, magisk, men ikke mystisk».

Under behandlingsoppholdet er treningen terapeutassistert, mens pasientene i de første tre ukene etter behandling rapporterer fra sin daglige trening online, via programvaren Checkware, uten kontakt med behandlerne.

– På denne måten blir det et klart skille mellom den terapeutassisterte behandlingen og pasientenes egen integrering av endringene i et normalt hverdagsliv.

Begge tror at det er det sterke fokuset på mikrovalg og emosjonell regulering, fremfor »

det å være opptatt av å primært redusere angst og ubehag, som gir en robust endring.

– Pasientene har lært seg å hanskene med disse følelsene og tankene på nye måter, og om de dukker opp igjen, gir det en ny mulighet til å konsolidere endring ytterligere.

### MANGE HAR NYTTE AV BEHANDLINGEN

Siden modellen er utviklet innenfor ordinær spesialisthelsetjeneste, er det få eksklusjonskriterier.

– Og det viktigste inklusjonskriteriet er pasientens: hvorvidt de er klare til å gå i gang eller ikke. Om de ikke er klare, eller det ikke ligger til rette for at de kan ha fullt fokus på behandlingen i de fire dagene den pågår, så venter vi heller. Disse avklaringene gjør vi i forkant av de fire dagene.

Behandlingseffekten synes da heller ikke å være relatert til alvorlighetsgrad av angstlidelsen, antall komorbide diagnoser eller hvor lenge pasienten har hatt lidelsen.

– Men pasienter som er suicidale, psykotiske, bipolare i manisk fase, som ruser seg eller har svært lav BMI tas ikke inn i behandlingen, påpeker Kvale.

Behandlingen ble opprinnelig utviklet for å hjelpe pasienter med tvangslidelser, men ifølge foreløpige resultater fra et større forskningsprosjekt kan B4DT være god behandling også ved andre typer angstlidelser:

– Vi har gjennomført pilotstudier på panikk lidelse og sosialangst, og er godt i gang med å undersøke behandlingseffekten ved generalisert angstlidelse. Alt med gode resultater så langt.

Kvale forteller at pilotundersøkelsen er en del av et nasjonalt prosjekt som inkluderer pasienter med panikk lidelse, sosialangst, generalisert angstlidelse, Body Dysmorphic Disorder – og depresjon – i behandlingen. Her vil de sammenligne vanlig behandling i spesialisthelsetjenesten med B4DT, og vurdere behandlingseffekt i et kost-nytte-perspektiv.

Selv om bedring av angstlidelsen opprettholdes hos de aller fleste, vier Hansen og Kvale mye oppmerksomhet til de som opplever lite endring eller tilbakefall. De gir jevnlig tilbud til pasienter med tilbakefall, og ser at mange har nytte av en ny behandlingsrunde.

– Ofte handler dette om at det av en eller annen grunn ikke lå til rette for å gå «all in» første gangen.

Interessen for pasienter som ikke har hatt nytte av behandling for tvangslidelser eller opplever tilbakefall, har bidratt til gjennomføringen av en stor nasjonal studie, «The difficult to treat anxiety-patient».

– I denne studien har 160 pasienter som ikke har hatt nytte av eksponeringsøvelser eller/og responsprevensjon, eller som har hatt tilbakefall, deltatt i B4DT, under to forskjellige betingelser. De har enten fått placebo eller medisiner som stimulerer NMDA-reseptorer i amygdala.

De foreløpige resultatene viser at behandlingen med B4DT har vært til hjelp for pasienter som tidligere har hatt liten effekt av behandling for sin tvangslidelse. Men først når randomiseringsnøkkelen i denne studien brytes, den 31. august i år, vil Kvale og Hansen få vite om den medikamentelle tilleggsbetingelsen gir bedre resultater enn ved behandling med B4DT alene.

### KUNNSKAPSBASERTE HELSETJENESTER

I sin workshop på Schizofrenidagene i Stavanger i november i fjor (se intervju i dette nummeret) argumenterte Joseph LeDoux for å integrere kunnskap fra nevrobiologisk basalforskning mer effektivt i angstbe-

handling. Kvale og Hansen understreker nettopp viktigheten av at forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap om virksomme faktorer i angstbehandling ble lagt til grunn ved utformingen av B4DT, og ikke eksisterende krav og rammebetingelser i spesialisthelsetjenesten. Kvalitetssikring har vært en integrert del av tilbudet fra første stund.

– Dette gjør at vi kan få klare svar på hvordan det går med pasientene – og vi kan sammenlikne resultater på tvers av klinikker. Dersom en klinikk leverer sub-optimale resultater, kan vi veilede dem.

– Det har også vært viktig med god ledelsesforankring, opplæring av team i stedet for enkeltterapeuter, mester-svenn-opplæring, sertifisering og benchmarking. Vårt råd er: Ikke gå i gang med fragmenter og tro at det vil lykkes.

### KLINISK EKSPORTVARE

Kvale kan fortelle at den konsentrerte eksponeringsbehandlingen og de gode resultatene har gjort B4DT til noe så sjelden som en klinisk eksportvare og til en svært relevant modell for translasjonsforskning. I translasjonsforskning omsetter man kunnskap fra basalfagene inn i pasientbehandling, men overfører også kunnskap fra pasientbehandlingen tilbake til forskningen.

– Mens basalforskningen ofte starter i laboratoriet med et håp om å ha relevans for klinikken, sitter vi med de klinisk forankrede svarene på hva som skaper plastisitet og endring. Vi vet hvem som har blitt bra eller ikke, og om dette ikke gjenspeiles i de basale indikatorene er disse kanskje ikke optimale.

Kvale og Hansen leder for tiden flere nasjonale forskningsprosjekter der hjerneavbildningsteknikker, genetikk og epigenetikk står sentralt. De ble nettopp tildelt 20 millioner kroner til et nasjonalt prosjekt med tittelen «Changing mental health care: The B4DT program». Til nå har mer enn 30 klinikker og behandlingsteam sett verdien av denne behandlingsmodellen, og Kvale og Hansen er i gang med opplæring av helsepersonell både nasjonalt og internasjonalt. Av nyere henvendelser står eksport av modellen til Island for tur, samt konkrete forespørsler fra USA om å starte opplæring der. ✘

## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2018 S. 181-187

JOSEPH E. LEDOUX, Washington Place, Center for Neural Science, New York University, United States og STEFAN G. HOFMANN, Department of Psychological and Brain Sciences, Boston University, United States

KONTAKT: ledoux@cns.nyu.edu

# DEN SUBJEKTIVE OPPLEVELSEN AV EMOSJONER: ET FRYKTSOMT OVERBLIKK

Subjektive tilbakemeldinger om frykt og angst er pålitelige mål på tilstandene. Fremtidig forskning bør på nytt utforske forholdet mellom subjektive fortellinger om frykt og angst og de atferdsmessige og fysiologiske reaksjonene knyttet til disse emosjonene.

Det engelske ordet «emosjon» kommer av det latinske ordet *emovere*, som betyr «å bevege seg bort fra». Da det først ble brukt om psykologiske fenomener på 1600-tallet, viste det til en aktivert tilstand som forårsaker bevegelse (atferd). I dagligtale er dette fortsatt den vanligste betydningen av ordet. I vitenskapelige diskusjoner viser substantivet «emosjon» eller adjektivet «emosjonell» derimot til alt fra subjektive opplevelser, atferdsmessige bevegelser, fysiologiske responser og/eller kognisjoner som bidrar til noen av tilstandene nevnt ovenfor. Gitt denne varierte bruken av begrepet eksisterer det naturlig nok både debatt og forvirring om hva emosjoner egentlig er [1–11].

I denne artikkelen argumenterer vi for å avgrense bruken av begrepet «emosjon» til subjektive opplevelser, og for å ta alternative begreper i bruk når vi beskriver objektive responser som ofte korrelerer med

## ABSTRACT

### *The subjective experience of emotion: a fearful view*

We argue that subjective emotional experience, the feeling, is the essence of an emotion, and that objective manifestations in behavior and in body or brain physiology are, at best, indirect indicators of these inner experiences. As a result, the most direct way to assess conscious emotional feelings is through verbal self-report. This creates a methodological barrier to studies of conscious feelings in animals. While the behavioral and physiological responses are not 'emotions,' they contribute to emotions indirectly, and sometimes profoundly. Whether non-verbal animals have emotional experiences is a difficult, maybe impossible, question to answer in the positive or negative. But because behavioral and physiological responses are important contributors to emotions, and the circuits underlying these are highly conserved, studies of animals have an important role in understanding how emotions are expressed and regulated in the brain. Conflation of circuits that directly give rise to conscious emotional feelings with circuits that indirectly influences these conscious feelings has hampered progress in efforts to understand emotions, and also to understand and to develop treatments for emotional disorders. Recognition of differences in these circuits will allow research in animals to have a lasting impact on understanding of human emotions as research goes forward.

Denne artikkelen er oversatt fra den engelske originalversjonen, som ble publisert første gang i *Current Opinion in Behavioral Sciences* 16. november 2017 på <http://dx.doi.org/10.1016/j.cobeha.2017.09.011>\*

2352-1546/ã 2017 Elsevier Ltd. All rights reserved.

**Referanse:** LeDoux, J.E. & Hofmann S.G. (2018). The subjective experience of emotion: a fearful view, *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 19, 67–72.

»



## Verbal selvrapportering er fortsatt gullstandarden i studiet av bevissthet

emosjonelle opplevelser. Dette vil kunne bidra til klarhet i den konseptuelle forvirringen. I argumentasjonen vår for dette diskuterer vi flere ulike konseptuelle tilnærminger til subjektive emosjonelle opplevelser og hvilke hjernekreter som i disse tilnærmingene antas å ligge til grunn for slike opplevelser. Fordi emosjonen *frykt* har blitt studert mer enn andre emosjoner, særlig i forbindelse med hjernekreter, og fordi frykt har vært i sentrum for mye av kontroversen om hva subjektivt opplevde emosjoner er, retter vi oppmerksomheten mot frykt. Argumentasjonen i artikkelen gjelder både frykt og angst, og vi kommer derfor ikke til å skille mellom disse to begrepene (for en diskusjon om forskjellen, se [6]).

### Å MÅLE SUBJEKTIVE OPPLEVELSER

Før vi vurderer ulike tilnærminger til subjektive opplevelser, er det viktig å diskutere hvordan disse ikke-observerbare indre hendelsene studeres. Vitenskapelige undersøkelser av indre opplevelser avhenger av en form for egenrapportering [12,13]. Folk kan for eksempel gi en verbal eller ikke-verbal rapport om informasjon de har introspektiv tilgang til, mens de ikke kan rapportere verbalt om informasjon som bare er prosessert ubevisst [6,14,15]. Brudd mellom bevisste og ubevisste prosesser som vises i verbale og ikke-verbale responser, har derfor spilt en nøkkelrolle i studiet av introspektiv bevissthet hos mennesker. Selv om andre rapporteringsmetoder som ikke krever verbal rapportering, har blitt forelått [16–18], avhenger disse også av introspeksjon [15].

Verbal selvrapportering er fortsatt gullstandarden i studiet av bevissthet. Slik rapportering er bedre egnet til å vurdere innholdet i umiddelbare opplevelser enn opplevelser som må gjenskapes fra hukommelsen [14,19], og egner seg i mindre grad til vurdering av motivasjonen som ligger til grunn for handlinger, siden den ofte ikke er bevisst tilgjengelig eller verbaliserbar [20,21]. Fordi ikke-verbal rapportering er den eneste muligheten hos ikke-verbale (ikke-menneskelige) organismer, er det vanskelig å vurdere om andre dyr har bevisste, subjektive opplevelser [6].

### MODERNE SYNSPUNKTER PÅ SUBJEKTIVE EMOSJONELLE OPPLEVELSER I RELASJON TIL HJERNEKRETSER

Nedenfor beskrives fire moderne tilnærminger til subjektive emosjonelle opplevelser i hjernen, og de historiske røttene til hver av dem. Retninger i tradisjonen etter Charles Darwin, William James, behaviorisme og kognitiv psykologi er inkludert.

**1. Nevrodarwinistisk tilnærming: Subjektiv frykt er en medfødt sinnstilstand nedarvet fra dyreforfedre.** I sin avhandling om emosjoner hos mennesker og dyr definerte Darwin emosjoner som nedarvede «sinnstilstander» som menneskene har arvet fra sine forfedre i dyreriket. Når disse vekkes til live, kommer såkalt emosjonell atferd til uttrykk [22]. Dette sammenfaller med den opprinnelige bruken av begrepet emosjon på 1600-tallet, nevnt innledningsvis, og den oppfatningen folk flest fortsatt har av emosjoner. Denne forståelsen ligger også til grunn for Ekmans mye siterte teori om grunnleggende emosjoner [23]. En nåtidig talsmann for dette tradisjonelle darwinistiske synet er Jaak Panksepp, som ser emosjoner som subjektive følelser som springer ut av en subkortikal nervekrets som er høyt konserverert i hele pattedyrfamilien, men-



nesker inkludert [24,25]. Kretsen er sentrert i amygdala og tilknyttede subkortikale områder [24]. Når amygdalakretsen aktiveres av en trussel, blir den, slik Panksepp formulerer det, opphav til både fryktfølelser (subjektive følelser av frykt) og kontroll over medfødt atferd og støttende fysiologisk respons som hjelper organismen å forsvare seg mot fare. Kognitiv bearbeidelse av subkortikal frykt i høyere kortikale prefrontale kretser muliggjør introspeksjon og verbal rapportering av frykt hos mennesker. Men kjernen i frykten er den nedarvede sinnstilstanden som stammer fra den subkortikale kretsen.

Dette synet problematiseres av evidens som tyder på at frykt ikke oppstår i amygdala. Spesifikt viser studier av mennesker at amygdala kan respondere på trusler uten at personen er klar over at trusselen finnes, og uten at personen føler frykt, mens andre studier viser at frykt kan oppleves selv når amygdala er skadet [26,27]; for en oversikt se [6,7]. I tillegg kan legemidler endre atferdsresponsen på trusler uten at den subjektive følelsen av frykt endres [28,29]. Med andre ord er det slik at selv om amygdala kontrollerer atferdsresponsen på trusler, ser det ikke ut til at den er direkte ansvarlig for den subjektive opplevelsen av frykt. Man kan argumentere for at det kanskje er andre subkortikale områder som er ansvarlige. Men litteraturen har fokusert på amygdala. Videre må de andre hypotetiske subkortikale kretsene identifiseres før man kan vurdere den rollen de har.

**2. Nevrojamesiansk tilnærming: Subjektiv frykt er en konsekvens av tilbakemelding fra kroppsresponsen.** William James er kjent for å ha argumentert for at frykt og andre emosjonelle opplevelser skyldes tilbakemelding fra en responderende handling [30]. I motsetning til den vanlige oppfatningen mener han altså at frykt ikke forårsaker handlingen, men i stedet er et resultat av responsen. Antonio Damasio [31,32] og A.D. Craig [33,34] har i moderne versjoner av denne teorien foreslått at frykt og andre emosjonelle følelser er et resultat av aktivitet i kroppsformemmende kretser i neocortex (somato-sensoriske og/eller insulaområder) som representerer kroppstilstander som de som utløses når trusler aktiverer amygdalakretsene. I begynnelsen la Damasio vekt på kortikale kroppsformemmende kretser, men i

den senere tid har han vektlagt hjernestammekretser [32]. Som i Panksepps teori er det hos Damasio også slik at kognitiv bearbeidelse i høyere ordens kortikale kretser muliggjør introspeksjon og selvrappotering om disse tilstandene. Selv om disse kretsene tydelig representerer kroppstilstander, mangler det overbevisende belegg for at disse representasjonene er hovedårsakene til emosjonelle opplevelser [6]. Vi foreslår nedenfor at tilbakemeldingen fra kroppen gir viktige bidrag til de emosjonelle opplevelsene, men at de må forstås som modulatorer snarere enn direkte årsaker til opplevelsene.

**3. Neurobehavioristisk tilnærming: Subjektiv frykt er et populærpsykologisk konstrukt som bør erstattes av en vitenskapelig forklaring.** Tidlig på 1900-tallet fjernet behaviorister sinnstilstander fra årsakskjeden mellom eksterne stimuli og atferdsresponsen. De beholdt likevel begreper knyttet til sinnstilstander når de beskrev det empiriske forholdet mellom stimuli og respons. For eksempel ble «frykt» brukt for å beskrive forholdet mellom trusler og forsvarsatferd [35]. Med framveksten av fysiologiske retninger på midten av 1900-tallet ble frykt en hypotetisk fysiologisk tilstand (sentral tilstand) som knytter trusler til forsvarsatferd [36]. Hensikten med en slik tilnærming var å tilfredsstille behavioristenes krav om å ikke gi subjektive forklaringer på atferd. Til sist framstod amygdala som selve fryktsenteret [37,38]. Denne fryktsentermodellen har vært populær i behavioristisk nevrovitenskap [39–42]. Mange som slutter seg til denne teorien i dag, er ambivalente når det gjelder i hvilken grad frykt betyr subjektiv frykt eller en ikke-subjektiv tilstand. Men tilhengere av en sterk versjon av teorien hevder at subjektiv, bevisst frykt er et unøyaktig vitenskapelig konstrukt som kan erstattes av en mer stringent vitenskapelig forståelse av frykt som en ikke-subjektiv tilstand i de amygdala-sentrerte kretsene [42]. Den velkjente mangelen på korrelasjon mellom verbal rapportering og aktivitet i amygdala hos mennesker [43–45] skyldes, i henhold til denne teorien, den kognitivt baserte introspeksjonens manglende tilgang til aktiviteten i amygdala, og dermed til verbal rapportering. Kort sagt blir verbal rapportering av subjektiv opplevelse sett som en mindre ønskelig måte å vurdere frykt på enn måling av amygdala-kontrollert respons. »

Den mekaniske årsaken til at en trussel utløser forsvarsrespons, er at den aktiverer celler og synapser i kretser som kontrollerer disse responsene. I denne konteksten er fryktkonseptet overflødig [6,7,28,46]. Den tilfører konseptuell bagasje som tingliggjør frykt og tillegger kretsen nettopp de fenomenologiske egenskapene som blir forsøkt unngått [47]. Måten å unnsnippe disse problemene på er å bruke ikke-subjektive termer for å beskrive sentrale tilstander. Man kan for eksempel beskrive disse tilstandene ved å vise til nevralt aktivitet i en forsvars-/overlevelseskrets (heller enn i en fryktkrets) [4]. Dette løser delvis problemet, men fortsatt gjenstår spørsmålet om hvordan bevisst frykt oppstår. Den nevrokognitive retningen tar for seg dette spørsmålet.

**4. Den nevrokognitive tilnærmingen: Subjektiv frykt oppstår i høyere ordens prosessering.** Kognitive tilnærminger til emosjon oppstod på 1960-tallet i et forsøk på å svare på visse former for kritikk fra den jamesianske retningen og for å omgå behavioristenes restriksjoner mot indre forklaringer. Stanley Schachter hevdet at emosjonelle opplevelser oppstår når vi tolker fysiologisk aktivering i hjernen og/eller kroppen i lys av kognitive vurderinger av sosiale situasjoner, noe som lar oss kategorisere og sette ord på opplevelsen [48,49]. Det har vært en rekke ulike kognitive tilnærminger til emosjon [50–53], men nyere teorier har lagt vekt på at emosjonelle opplevelser er kognitive konstruksjoner basert på konseptualiseringer av situasjoner [11,54–56] eller høyere ordens tilstander som oppstår som følge av kognitiv integrering av informasjon fra ulike informasjonskilder i hjernen og kroppen i arbeidsminnet [6,7,37,57,58]. Begge disse posisjonene avviser ideen om at emosjonelle opplevelser oppstår i subkortikale kretser (slik både nevrodarwinismen og nevrojamesianismen hevder), og avviser videre ideen om at den subjektive opplevelsen er et ikke-vitenskapelig konstruert (nevrobehaviorismen).

Høyere orden-tilnærmingen bygger på nyere utviklingstrekk innenfor empiriske og filosofiske tilnærminger til studiet av bevissthet (f.eks. [7,59–61]), og argumenterer for at et generelt kognisjonsnettverk ligger til grunn for både kognitive og emosjonelle bevissthetstilstander. I teorien om høyere orden-emosjoner

er forskjellen på kognitive og emosjonelle bevissthetstilstander, og ulike typer emosjonelle tilstander, hvilken type inntrykk som blir prosessert. Den subkortikale fryktkretsen i de andre modellene blir en forsvars-/overlevelseskrets som oppdager og reagerer på trusler. Når forsvars-/overlevelseskretsen aktiveres (aktivering i hjernen, kroppslige reaksjoner, osv.), bidrar kretsen indirekte til opplevelsen av frykt, men er ikke avgjørende for den. Frykt er den kognitive vurderingen av at du er i fare, noe som gjør at frykt kan oppstå fra aktivitet i alle overlevelseskretsene (frykt for å bli skadet av sult, dehydrering, hypotermi, reproduktiv isolasjon, osv.), eller fra eksistensielle bekymringer (som redsel for døden eller livets meningsløshet), i tillegg til predatoriske farer som aktiverer forsvarskretsen.

**5. Oppsummering av de fire tilnærmingene.** Nevrodarwinismen, nevrojamesianismen og nevrobehaviorismen innebærer alle at dersom du gjennom psykoterapi eller medikamentell behandling lykkes med å redusere aktiviteten i amygdala, målt gjennom amygdala-mediert atferd og/eller fysiologisk respons, så vil patologisk frykt bli dempet. Men denne konklusjonen forklares på forskjellige måter i de enkelte retningene. Den nevrodarwinistiske tilnærmingen sier at behandling som svekker forsvarsatferd, kan behandle fryktproblemer gjennom å endre aktiviteten i amygdala, som ligger til grunn for både atferd og følelser. Den nevrojamesianske tilnærmingen sier at behandlinger som svekker forsvarsatferd gjennom å endre aktiviteten i amygdala, kan behandle fryktproblemer fordi atferd som er blitt svakere, antas å gi mindre kroppslig tilbakemelding og dermed svakere subjektive følelser. Den nevrobehavioristiske tilnærmingen er at endring av aktiviteten i amygdala gjennom kognitiv atferdsterapi eller medikamentell behandling kan behandle patologisk frykt fordi problemene skyldes den ikke-subjektive amygdala-tilstanden. Så snart dette endrer seg, kan også subjektiv frykt endre seg fordi den er en indirekte kognitiv lesning av aktiviteten i amygdala. Men hvorvidt selvrapporterte følelser endrer seg, er mindre viktig enn om forsvarsatferden endrer seg, siden det sistnevnte er en direkte lesning av aktiviteten i amygdala. En hovedutfordring for disse tilnærmingene er å redegjøre for hvorfor studier som bruker forsvarsatferd i dyr som grunnlag for å utvikle nye legemidler med klinisk effekt i behandlingen av frykt og angst, ikke har gitt resultater [6,28,29,62].

#### BEVISSTE FØLELSER I KLINISKE EVALUERINGER

En viktig årsak til at folk oppsøker hjelp hos spesialister på psykiske lidelser, er at de føler seg dårlige og ønsker å føle seg bedre. En behandling som demper atferd (frysing, fryktsomhet, unngåelse) og fysiologi (overaktivering), men som ikke reduserer subjektivt rapporterte fryktfølelser, vil sannsynligvis ikke bli regnet som vellykket av personen det gjelder.

I nyere litteratur om kognitiv terapi har selvrappotering og de subjektive opplevelsene som den gjenspeiler, ikke blitt tillagt særlig vekt. Dette skyldes behaviorismens innflytelse ved utviklingen av både tradisjonell atferdsterapi [63] og kognitiv atferdsterapi (CBT) [64] samt funn som tyder på at fysiologiske atferdsrespons knyttet til frykt eller angst hos mennesker er svakt korrelert [43–45]. Det er i nyere tid blitt argumentert for å vie mer oppmerksomhet til verbale rapporteringer av subjektive opplevel-

ser, hovedsakelig for å validere ikke-subjektive målinger [65]. Dette gjenspeiler det dominerende synet på amygdala som fryktsenter, slik det er beskrevet ovenfor i kliniske konstrukturer. Hvis atferdsrespons, fysiologisk respons og subjektiv respons alle er et produkt av denne samme kretsen, er den ene responsen like god som den andre når det gjelder å vurdere et klinisk resultat. Denne logikken er også tydelig i NIHMRDoC-initiativet, som behandler subjektive rapporter på samme måte som et hvilket som helst annet mål på frykt. Kozak og Cuthbert [66] påpeker for eksempel at «... RDoC-tilnærmingen gir ikke selvrapporert informasjon noen spesiell forrang blant de ulike måleklassene, der alle kan bidra til et nomologisk nettverk (s. 292)».

En viktig fordel med den nevrokognitive tilnærmingen til frykt er at den forklarer de to problematiske observasjonene nevnt ovenfor som ikke kan håndteres så lett av fryktsenterteorier; subjektiv frykt er ikke avhengig av amygdala, og legemidler som retter seg mot amygdala, demper ikke nødvendigvis subjektiv frykt. Den nevrokognitive tilnærmingen ser ut til å passe godt sammen med moderne kognitiv atferdsterapi. Men til tross for betydningen av introspeksjon og kognitive prosesser i menneskets mentale liv, som vi har påpekt ovenfor, fikk subjektiv rapportering aldri noen sentral plass i kognitiv atferdsterapi.

Selvrapportering har alltid blitt sett på som en enkel, men upålitelig måte å måle angst og frykt på. For eksempel er Zoellner og Foa [67] enige med Kozak og Cuthbert i at selvrapportering ikke har noen spesiell status, og de beskriver selvrapportering som «en del av et nettverk i studiet av et fenomen». Men de sier likevel videre at selvrapportering «bør anses som potensielt gyldige mål på nøkkelkonstrukt, hvorav enkelte ikke kan måles på andre måter, og noen ganger som det beste målet på det konstruktet man er interessert i (s. 334)».

I dag bruker atferdsterapeuter rutinemessig pasientenes subjektive rapporteringer som en del av terapien. Men verdien av selvrapportering er fortsatt et tema for debatt. Noen hevder at selvrapportert frykt er et utilstrekkelig mål på pasientens emosjonelle tilstand fordi reduksjon i rapportert frykt under eksponeringssesjoner ikke kan forutsi langvarig effekt av behandlingen [68,69]. Dette funnet samsvarer med den nevrobehavioristiske (ikke-subjek-

tive) amygdala-fryktmodellen som er beskrevet ovenfor, men bevisene er ikke særlig sterke, og andre funn motsier konklusjonen. Særlig viser nyere kliniske studier som undersøker den forsterkende effekten av d-cykloserin (DCS), en delvis agonist på glycin-gjenkjenningsspunktet på NMDA-reseptorkomplekset, at DCS forsterker eksponeringsterapi hovedsakelig hos personer som forteller om en tydelig reduksjon av rapportert frykt under eksponeringen [70,71]. Dette tyder på at reduksjonen i rapportert frykt under en eksponeringssesjon faktisk er en avgjørende faktor for om behandlingen lykkes [72]. Like interessant er det nye funnet som viser at pavlovsk betinget respons på frykt kan utsløkkes uten at bevisst frykt må aktiviseres [73].

Vi argumenterer for at subjektiv rapportering om frykt og angst ikke er upålitelige mål på frykt og angst, slik det hevdes av nevrobehaviorister. Tvert imot er de den mest direkte og hittil den eneste måten som klinikere enkelt kan vurdere om en behandling virker, på. Hvis dette stemmer, må terapeuter lytte nøye til klientenes tilbakemeldinger om sine emosjonelle tilstander, videreutvikle pålitelige måleinstrumenter for subjektiv rapportering og bruke verbale strategier for å få fram beskrivelsene og bruke dem. Vi foreslår likevel at dette gjøres etter at andre metoder som kognitiv atferdsterapi eller medikamentell behandling har vært prøvd, for i første omgang å dempe amygdalatilstanden, som indirekte påvirker subjektiv opplevelse. Vi anbefaler også at fremtidig forskning på nytt utforsker forholdet mellom subjektiv rapportering av frykt og angst samt atferd og fysiologiske responser på frykt og angst for å forklare årsakene til dissosiasjonen mellom disse målene. ✘

#### Informasjon om interessekonflikt

Ingen oppgitt.

#### Finansiering

Delvis finansiert av James S. McDonnell Foundation 21<sup>st</sup> Century Science Initiative i Understanding Human Cognition – Special Initiative.

## REFERANSER

1. Candland DK, Fell JP, Keen E, Leshner AI, Tarpay RM: *Emotion*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Company, Inc.; 1977.
2. Ekman P, Davidson R: *The Nature of Emotion: Fundamental Questions*. New York: Oxford University Press; 1994.
3. Scarantino A: Functional specialization does not require a one- to-one mapping between brain regions and emotions. *Behav Brain Sci* 2012, 35:161-162.
4. LeDoux J: Rethinking the emotional brain. *Neuron* 2012, 73: 653-676.
5. LeDoux JE: Coming to terms with fear. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2014, 111:2871-2878.
6. LeDoux JE: *Anxious: Using the Brain to Understand and Treat Fear and Anxiety*. New York: Viking; 2015.
7. LeDoux JE, Brown R: A higher-order theory of emotional consciousness. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2017, 114: E2016-E2025.
8. Kragel PA, LaBar KS: Decoding the nature of emotion in the brain. *Trends Cogn Sci* 2016.
9. Kuppens P, Tuerlinckx F, Yik M, Koval P, Coosemans J, Zeng KJ, Russell JA: The relation between valence and arousal in subjective experience varies with personality and culture. *J Pers* 2016.
10. Touroutoglou A, Lindquist KA, Dickerson BC, Barrett LF: Intrinsic connectivity in the human brain does not reveal networks for 'basic' emotions. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2015, 10:1257-1265.
11. Barrett LF: *How Emotions are Made*. New York: Houghton Mifflin Harcourt; 2017.
12. Weiskrantz L: *Consciousness Lost and Found: A Neuropsychological Exploration*. New York: Oxford University Press; 1997.
13. Overgaard M, Sandberg K: Kinds of access: different methods for report reveal different kinds of metacognitive access. In *The Cognitive Neuroscience of Metacognition*. Edited by Fleming SM, Frith CD. Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2014:67-86.
14. Ericsson KA, Simon H: *Protocol Analysis: Verbal Reports as Data*. Cambridge, MA: MIT Press; 1993.
15. Seth AK: Post-decision wagering measures metacognitive content, not sensory consciousness. *Conscious Cogn* 2008, 17:981-983.
16. Persaud N, McLeod P, Cowey A: Post-decision wagering objectively measures awareness. *Nat Neurosci* 2007, 10: 257-261.
17. Lau HC, Passingham RE: Relative blindsight in normal observers and the neural correlate of visual consciousness. *Proc Natl Acad Sci U S A* 2006, 103:18763-18768.
18. Maniscalco B, Lau H: The signal processing architecture underlying subjective reports of sensory awareness. *Neurosci Conscious* 2016:2016.
19. Wilson TD: The proper protocol: validity and completeness of verbal reports. *Psychol Sci* 1994, 5:249-252.
20. Nisbett RE, Wilson TD: Telling more than we can know: verbal reports on mental processes. *Psychol Rev* 1977, 84:231-259.
21. Hassin RR, Uleman JS, Bargh JA (Eds): *The New Unconscious*. New York: Oxford University Press; 2005.
22. Darwin C: *The Expression of the Emotions in Man and Animals*. London: Fontana Press; 1872.
23. Ekman P: Are there basic emotions? *Psychol Rev* 1992, 99: 550-553.
24. Panksepp J: *Affective Neuroscience*. New York: Oxford U. Press; 1998.
25. Panksepp J: The cross-mammalian neurophenomenology of primal emotional affects: from animal feelings to human therapeutics. *J Comp Neurol* 2016, 524:1624-1635.
26. Feinstein JS, Buzza C, Hurlmann R, Follmer RL, Dahdaleh NS, Coryell WH, Welsh MJ, Tranel D, Wemmie JA: Fear and panic in humans with bilateral amygdala damage. *Nat Neurosci* 2013, 16:270-272.
27. Anderson AK, Phelps EA: Is the human amygdala critical for the subjective experience of emotion? Evidence of intact dispositional affect in patients with amygdala lesions. *J Cogn Neurosci* 2002, 14:709-720.
28. LeDoux JE, Pine DS: Using neuroscience to help understand fear and anxiety: a two-system framework. *Am J Psychiatry* 2016, 173:1083-1093.
29. Griebel G, Holmes A: 50 years of hurdles and hope in anxiolytic drug discovery. *Nat Rev Drug Discov* 2013, 12:667-687.
30. James W: What is an emotion? *Mind* 1884, 9:188-205.
31. Damasio A: *Descartes's Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*. New York: Gosset/Putnam; 1994.
32. Damasio A, Carvalho GB: The nature of feelings: evolutionary and neurobiological origins. *Nat Rev Neurosci* 2013, 14:143-152.
33. Craig AD: How do you feel — now? The anterior insula and human awareness. *Nat Rev Neurosci* 2009, 10:59-70.
34. Strigo IA, Craig AD: Interoception, homeostatic emotions and sympathovagal balance. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2016:371.
35. Brown JS, Farber IE: Emotions conceptualized as intervening variables — with suggestions toward a theory of frustration. *Psychol Bull* 1951, 48:465-495.
36. Rescorla RA, Solomon RL: Two process learning theory: relationships between Pavlovian conditioning and instrumental learning. *Psychol Rev* 1967, 74:151-182.
37. LeDoux JE: *The Emotional Brain*. New York: Simon and Schuster; 1996.
38. Davis M: The role of the amygdala in conditioned fear. In *The Amygdala: Neurobiological Aspects of Emotion, Memory, and Mental Dysfunction*. Edited by Aggleton JP. Wiley-Liss, Inc; 1992:255-306.
39. Rosen JB, Schulkin J: From normal fear to pathological anxiety. *Psychol Rev* 1998, 105:325-350.
40. Adolphs R: The biology of fear. *Curr Biol* 2013, 23:R79-R93.
41. Anderson DJ, Adolphs R: A framework for studying emotions across species. *Cell* 2014, 157:187-200.
42. Perusini JN, Fanselow MS: Neurobehavioral perspectives on the distinction between fear and anxiety. *Learn Mem* 2015, 22:417-425.
43. Lang PJ: Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. In *Research in Psychotherapy*, vol.3. Edited by Schlien JM. American Psychological Association; 1968:90-103.
44. Hodgson R, Rachman S: II. Desynchrony in measures of fear. *Behav Res Ther* 1974, 12:319-326.
45. Rachman S, Hodgson R: I. Synchrony and desynchrony in fear and avoidance. *Behav Res Ther* 1974, 12:311-318.
46. LeDoux JE: Semantics, surplus meaning, and the science of fear. *Trends Cogn Sci* 2017.

47. Marx MH: Intervening variable or hypothetical construct? *Psychol Rev* 1951, 58:235-247.
48. Schachter S: Cognition and central-peripheralist controversies in motivation and emotion. In *Handbook of Psychobiology*. Edited by Gazzaniga MS, Blakemore CB. Academic Press; 1975:529-564.
49. Schachter S, Singer JE: Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychol Rev* 1962, 69:379-399.
50. Mandler G: *Mind and Body: The Psychology of Emotion and Stress*. New York: Norton; 1984.
51. Frijda NH, Scherer KR: Emotion definition (psychological perspectives). In *Oxford Companion to Emotion and the Affective Sciences*. Edited by Sander D, Scherer KR. Oxford University Press; 2009:142-143.
52. Ortony A, Clore GL: Emotions, moods, and conscious awareness. *Cogn Emot* 1989, 3:125-137.
53. Lewis MD: Self-organising cognitive appraisals. *Cogn Emot* 1996, 10:1-26.
54. Russell JA: Core affect and the psychological construction of emotion. *Psychol Rev* 2003, 110:145-172.
55. Barrett LF: Solving the emotion paradox: categorization and the experience of emotion. *Pers Soc Psychol Rev* 2006, 10:20-46.
56. Barrett LF, Russell JA (Eds): *The Psychological Construction of Emotion*. New York: Guilford Press; 2015.
57. LeDoux JE: *Synaptic Self: How Our Brains Become Who We Are*. New York: Viking; 2002.
58. LeDoux JE: Emotional colouration of consciousness: how feelings come about. In *Frontiers of Consciousness: Chichele Lectures*. Edited by Weiskrantz L, Davies M. Oxford University Press; 2008:69-130.
59. Dehaene S: *Consciousness and the Brain: Deciphering how the Brain Codes Our Thoughts*. New York: Penguin Books; 2014.
60. Rosenthal DM: *Consciousness and Mind*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
61. Lau H, Rosenthal D: Empirical support for higher-order theories of conscious awareness. *Trends Cogn Sci* 2011, 15:365-373.
62. Miller G: Is pharma running out of brainy ideas? *Science* 2010, 329:502-504.
63. Levis DJ: The negative impact of the cognitive movement on the continued growth of the behavior therapy movement: a historical perspective. *Genet Soc Gen Psychol Monogr* 1999, 125:157-171.
64. Hofmann SG, Asmundson GJ, Beck AT: The science of cognitive therapy. *Behav Ther* 2013, 44:199-212.
65. Hamm AO, Richter J, Pane-Farre C, Westphal D, Wittchen HU, Vossbeck-Elsebusch AN, Gerlach AL, Gloster AT, Strohle A, Lang T *et al.*: Panic disorder with agoraphobia from a behavioral neuroscience perspective: applying the research principles formulated by the Research Domain Criteria (RDoC) initiative. *Psychophysiology* 2016, 53:312-322.
66. Kozak MJ, Cuthbert BN: The NIMH Research Domain Criteria Initiative: background, issues, and pragmatics. *Psychophysiology* 2016, 53:286-297.
67. Zoellner LA, Foa EB: Applying Research Domain Criteria (RDoC) to the study of fear and anxiety: a critical comment. *Psychophysiology* 2016, 53:332-335.
68. Craske MG, Kircanski K, Zelikowsky M, Mystkowski J, Chowdhury N, Baker A: Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behav Res Ther* 2008, 46:5-27.
69. Craske MG, Treanor M, Conway CC, Zbozinek T, Vervliet B: Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behav Res Ther* 2014, 58:10-23.
70. Smits JA, Rosenfield D, Otto MW, Marques L, Davis ML, Meuret AE, Simon NM, Pollack MH, Hofmann SG: D-cycloserine enhancement of exposure therapy for social anxiety disorder depends on the success of exposure sessions. *J Psychiatr Res* 2013, 47:1455-1461.
71. Smits JA, Rosenfield D, Otto MW, Powers MB, Hofmann SG, Telch MJ, Pollack MH, Tart CD: D-cycloserine enhancement of fear extinction is specific to successful exposure sessions: evidence from the treatment of height phobia. *Biol Psychiatry* 2013, 73:1054-1058.
72. Hofmann SG: D-cycloserine for treating anxiety disorders: making good exposures better and bad exposures worse. *Depress Anxiety* 2014, 31:175-177.
73. Koizumi A, Amano K, Cortese A, Shibata K, Yoshida W, Seymour B, Kawato M, Lau H: Fear reduction without fear through reinforcement of neural activity that bypasses conscious exposure. *Nat Human Behav* 2016, 1:0006.

# Velegnet for ungdom

Gruppeterapi er en god arena for ungdom til å bearbeide sine følelser, bli tryggere i relasjoner og utvikle sin mentaliseringsevne.

## SIGMUND KARTERUD,

Institutt for  
Mentalisering

## KONTAKT

wkarteru@online.no

**K**atrine Heim Gjesvik og medarbeidere har en fin artikkel om gruppeterapi for ungdom i *Psykologtidsskriftet* nr. 1/2018. Det er et viktig tema. I offentligheten er det for mye snakk om ungdommers angst og depresjon og for liten vekt på deres strev med å utvikle sin personlighet slik at de blir i stand til å hanskkes med voksenlivets utfordringer. Stort sett er det ikke adferdsterapi ungdommer trenger, men arenaer der de kan bearbeide sine følelser, bli tryggere i relasjoner og utvikle sin mentaliseringsevne. Gruppeterapi burde være et godt egnet sted for dette. Foreløpig er det imidlertid liten tradisjon for gruppeterapi for ungdommer, få utdanningsmuligheter og lite forskningsmessig evidens. Desto viktigere da at kliniske erfaringer rapporteres, slik som Gjesvik og medarbeidere gjør.

## DANSKE ERFARINGER

Men noe skjer også på forskningssiden. For tiden pågår det i Danmark et randomisert forsøk med mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT-G) for ungdommer (Beck et al., 2017), mens det tidligere er vist at MBT i regi av døgnavdeling har god effekt på selvskadende ungdom (Roussow & Fonagy, 2012). Danskene tester også ut et poliklinisk format for MBT-G kontra «treatment as usual» for ungdom med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i alderen 14 til 17 år (Bo et al., 2017). Siste pasient er nylig ferdigbehandlet, og resultatene kan nå bear-

beides. Siden jeg har utdannet terapeutene i studien (stort sett psykologer), har jeg fulgt denne studien relativt tett. Opplæringen har fulgt manualen for MBT gruppeterapi (Karterud, 2012), og det har ikke vært nødvendig å gjøre større endringer på grunn av deltakerens unge alder. Ungdom griper fort essensen i MBT-G. Det vi derimot har modifisert, er psykoedukasjon, supplerende individualterapi og involvering av familie. Antall timer psykoedukasjon er redusert fra 12 til tre timer, og det brukes mer audiovisuelle hjelpemidler som danner utgangspunkt for diskusjon om følelser og mentaliseringssvikt. Det legges også opp til tre timer med individualterapeut innledningsvis. Her er hovedoppgaven å lage en mentaliseringsbasert kasusformulering sammen med ungdommen, og formulere en kriseplan som skal være retningsgivende for den enkeltes terapiforløp. Etter time 10 og 25 av gruppeterapien drøftes kasusformuleringen på nytt med individualterapeuten. Også familien trekkes inn ved at foreldrene (eller andre omsorgspersoner) får tilbud om seks ganger med psykoedukativ gruppeterapi. Her legges det stor vekt på alliansebygging og det å gi foreldre forståelse av hva emosjonell ustabilitet og fokusert psykoterapi handler om.

## UTVID BEHANDLINGSTIDEN

Da denne studien startet, måtte man lete en del for å finne ungdommer som passet inn; det var

som om disse ungdommene ikke fantes i vesentlig grad. Etter hvert har ungdomspsykiatrien i Danmark blitt mer oppmerksom på gruppen, noe som gjør at fler og fler har blitt henvist. Institusjonene sto fritt til å legge ned gruppetilbudet etter at den formelle del av studien nå er over, men det ser ut til at de fortsetter med tilbudet fordi de finner det klinisk nyttig. I mine øyne bør de da gjøre en modifikasjon: Behandlingstiden bør utvides. For når dårlig fungerende ungdom med store tilknytningsproblemer først har klart det kunststykket å bli medlem av en terapeutisk gruppe, burde de få fortsette så lenge de ønsker. Det var forskningsmessige hensyn som satte en begrensning på et år. Den begrensningen bør ikke videreføres når gruppene blir del av behandlingstilbudet.

For øvrig er vi spente på resultatene. ✕

## REFERANSER

- Beck, E., Bo, S., Gondan, M., Poulsen, S., Pedersen, L., Pedersen, J., et al. (2017). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder (BPD) or subthreshold BPD versus treatment as usual (M-GAB): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17:314.
- Bo, S., Sharp, C., Beck, E., Pedersen, J., Gondan, M., & Simonsen, E. (2017). First empirical evaluation of outcomes for mentalization-based group therapy for adolescents with BPD. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 396–401. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000210>
- Karterud, S. (2012). Manual for mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT-G). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gjesvik, K.H., Stånicke, L.I., Gudmestad, M.O. & Dragland, L. (2018). Gruppeterapi for ungdom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55, (1), 30–35.
- Rossouw, T.I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304–1313.



Når dårlig fungerende ungdom med store tilknytningsproblemer først har klart det kunststykket å bli medlem av en terapeutisk gruppe, burde de få fortsette så lenge de ønsker

# Team-utredning av ADHD

Det er klare fordeler med å organisere ADHD-utredninger i egne team.

## TEKST

Reiel Andreas Storheil  
Pedersen, BUP  
Namsos

## KONTAKT

reielasp@hotmail.com

Jeg har i lengre tid ønsket å styrke kvaliteten på ADHD-utredninger i psykisk helsevern for barn og unge. Mitt håp er at vi slik kan bidra til at færre barn får diagnose på usikkert grunnlag, og dermed settes på medisiner når andre hjelpetiltak kunne være mer hensiktsmessige. Ved poliklinikken der jeg arbeider, har vi de siste to årene arbeidet mer intensivt og teamorientert i utredningsfasen av denne pasientgruppen. Så langt er vår erfaring at dette bedrer kvaliteten på utredningene og oppfølgingen av disse barna.

## ØKT UTREDNINGSBEHOV

De siste tiårene har det vært en sterk økning i antall henvisninger av barn med ADHD-lignende symptomer til psykisk helsevern for barn og unge (Reigstad et al., 2015). Mens det i 1992 var så vidt over én prosent av henvisningene som handlet om utredning av ADHD (Reig-

stad, Jørgensen & Wichstrøm, 2004), fant man at godt over 20 prosent av henvisningene i 2009 handlet om ADHD-utredninger (Sitter, 2010). Fra 1998 til 2009 ser vi også en vekst når det gjelder barn og unge med F. 90.0 Hyperkinetisk forstyrrelse: Fra 15,4 prosent til 25,9 prosent (Sitter, 2010). Riktig nok ser antall ADHD-henvisninger ut til å ha stabilisert seg de senere årene, men tallene forteller at denne type utredninger fortsatt er en sentral oppgave for poliklinikkene.

Regjeringens strategi for god psykisk helse 2017–2022 («Mestre hele livet», 2017) opplyser at mellom 3 og 5 prosent av barn og unge i Norge har ADHD. Samtidig forteller Folkehelseinstituttets rapport 2016:4 både at det er store regionale forskjeller i hvor mange som diagnostiseres med ADHD, og hvor mange barn og unge det foreskrives sentralstimulerende medikamenter til. Det tyder på at helseforetakenes praksis i utredning og diagnostisering av ADHD vari-





**RASK AVKLARING** Team-utredning av ADHD kan bidra til mindre feildiagnostisering og raskere avklaringer, skriver Reiel Andreas Storheil Pedersen. Foto: Scotia Luhrs / Millennium / NTB Scanpix

erer, og regjeringen har uttrykt bekymring for at den varierende praksisen kan utgjøre en fare for feilbehandling.

En annen uttalt bekymring er den lange tiden det tar fra foreldrene henvender seg til helsetjenesten med ønske om at barnet deres utredes for ADHD, til det foreligger en endelig diagnose (Ørstavik, et al., 2016). Tor Eikeland, spesialrådgiver og tidligere generalsekretær i ADHD Norge, forteller om tidsforløp på opptil 3–4 år før endelig konklusjon om diagnose foreligger. Han mener dette er en av de viktigste utfordringene i dagens psykisk helsetjeneste, ikke minst fordi risikoen for at barnet utvikler annen tilleggsproblematikk, øker med tiden når barnet ikke får hjelp for sine vansker (Solberg & Strand, 2016).

#### **SAMTIDIGHET**

Min erfaring fra fire poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge forteller meg at utred-

ningen av ADHD hos barn og unge hviler på forholdsvis ulik praksis. Alt fra at psykologer alene gjennomfører hele utredningen (med unntak av legeundersøkelsen), til at utredningen gjennomføres som et teamarbeid, men strukturen for effektivisering av arbeidet mangler. Erfaringen er også at slike utredninger gjerne tar lang tid. Det er ikke uvanlig at ADHD-utredninger kan ta 6 måneder, og noen ganger mer enn ett år, før en har samlet nok informasjon til å kunne konkludere når det gjelder diagnose. Det betyr også at man ofte forholder seg til journalnotater som er skrevet mange måneder tilbake i tid, og at man derfor ikke har tilgang til detaljene fra disse tidligere observasjonene og hypotesene.

Som spesialist i klinisk nevropsykologi har jeg sett nytten av å jobbe mer intensivt med enkeltsaker over kortere tidsperioder. Nevropsykologiske utredninger i somatiske avde- »



En slik måte og jobbe på vil dessuten kunne tilfredsstillere kravene i pakkeforløpene

linger betydde som regel én sak om gangen, som så ble utredet og vurdert i løpet av en uke. Denne arbeidsmåten opplevde jeg som så fordelaktig at jeg ønsket å se om en slik arbeidsprosedyre kunne anvendes på ADHD-utredninger i BUP. Ved at ulike medarbeidere samkjører sine deloppgaver i utredningene, kunne vi utføre disse oppgavene mer eller mindre samtidig; som når en kliniker arbeider med barnet, samtidig som en annen jobber med de voksne, mens en tredje innhenter opplysninger om skolefungering. Klarer man i tillegg å gjennomføre det diagnostiske vurderingsmøtet rett i etterkant av dette utredningsarbeidet, har man også informasjonen fra utredningen friskt i minne, noe som kan bidra til å styrke kvaliteten av vurderingene og konklusjonene som blir gjort.

Ved vår poliklinikk er jeg ansatt som teamkoordinator for et nevroteam som har ADHD-utredninger som en av sine hovedoppgaver. Her arbeider vi nå etter en modell der medarbeiderne samkjører sine arbeidsoppgaver i større grad enn tidligere. Følgen er at vi som regel slutfører ADHD-utredningen i løpet av en uke. De fleste undersøkelser – slik som anamnese, individualsamtale med barnet, observasjoner av samspill mellom familie-medlemmene og testing av barnet – gjennomføres i løpet av en dag. Før vi setter i gang disse undersøkelsene, er det allerede gjennomført en somatisk og nevrologisk legeundersøkelse, og vi har hentet inn opplysninger om skolefungering. I slutten av uken deltar hele teamet i et vurderingsmøte, der vi konkluderer diagnostisk og vurderer aktuelle hjelpetiltak og videre oppfølging av barnet.

#### ERFARINGER

Raske utredninger kan for noen gi inntrykk av at vi trekker kjappe slutninger på et tynt vurderingsgrunnlag. Dette opplever vi ikke er tilfellet. I løpet av de siste to årene har vi gjennomført mer enn 70 utredninger etter denne modellen, og våre erfaringer er så langt overveiende positive, både blant medarbeidere og hos familiene.

Medarbeiderne forteller at de opplever mer reelt teamsamarbeid når utredningene og oppfølgingen av barna har blitt et teamansvar, og ikke overlates til den enkelte behandler. Klinikerne sier også at de kjenner seg mer skjerpet under arbeidet når fokuset er på en pasient

om gangen, og at mengdetreningen og strukturen gjør at de blir mer bevisst og tydelig i informasjonen de gir til pasientene. At man trekker konklusjonene i det diagnostiske vurderingsmøtet på grunnlag av observasjoner og funn klinikerne har friskt i minne, fører også til minsket risiko for feildiagnostisering, ikke minst fordi informasjon som ellers kunne vært glemt eller ikke blitt tilstrekkelig journalført, nå blir tatt med i vurderingene.

Den relativt stramme og tydelige planen for utredningen gir både pasienten og familien en forutsigbar struktur for utredningen, noe som er særlig nyttig for familier som kan ha færre ressurser, og der flere av de voksne kan slite med lignende problematikk, på bakgrunn av den høye arveligheten ved ADHD. Mange familier har også lang reisevei til poliklinikken, og da er det en stor fordel å slippe å møte til mange konsultasjoner i utredningsforløpet.

Ettersom rundt halvparten av barna vi utreder, *ikke* oppfyller kriteriene for en ADHD-diagnose, bidrar den raske utredningen til at de slipper å bekymre seg i lang tid for en diagnose som barnet kanskje ikke har. Og for de barna som faktisk har ADHD, bidrar vår arbeidsform til at man raskere kommer i gang med hjelpe-tiltak.

Noen av barna vi har hatt til utredning, har eldre søsken som har blitt utredet og fått ADHD-diagnosen noen år tilbake i tid. Foreldrene i disse familiene forteller oss at de opplevde tidligere utredninger som frustrerende da det gikk lang tid før konklusjonen forelå. Den lange utredningen medførte også flere bytter av saksansvarlig behandler, noe de syntes var svært uheldig. Som foreldre var det også belastende å gå lenge uten å få svar på hva deres barn strevde med, og dermed heller ikke vite hvordan de kunne hjelpe barnet sitt på best mulig måte. Den intensive utredningen vi kunne tilby, bidro til at foreldrene følte seg bedre ivaretatt. I tillegg satte de stor pris på at de slapp å gjenta barnets historie til en hel serie av behandlere. Det var også befriende å få et raskt svar på barnets problematikk og dets vansker i hverdagen. Flere foreldre sier seg fornøyd med at utredningen er kort og konsis, og at det gir en bedre forståelse for hva utredningen innebærer.

#### TEAMFORDELER

Våre erfaringer forteller om klare fordeler ved å organisere ADHD-utredningen (og trolig også

utredninger av andre tilstander) i egne team. God struktur i teamarbeidet kan bidra til raskere utredninger og et bedre vurderingsgrunnlag for diagnostiske avklaringer. Dette kan føre til færre feildiagnoser og raskere iverksatte hjelpetiltak rundt barnet og familien.

Jeg ser også klare fordeler ved at teamet består av klinikere med ulik fagbakgrunn, som alle bidrar i utredningen med sitt unike blikk. Over tid vil også teammedlemmene utvikle spisskompetanse på området de utreder, noe som kan styrke kvaliteten på utredningsarbeidet ytterligere. Siden motorisk uro og konsentrasjonsvansker hos barn kan ha mange årsaker, er det samtidig vesentlig å sikre at grundig kompetanse om differensial- og komorbiditetsdiagnostikk også er ivare tatt i ulike utredningsteam.

### OPPSUMMERENDE BETRAKTNINGER

Om en organiserer ADHD-utredninger som en oppgave for egne team i BUP, med en god planmessig struktur, kan dette bidra til mer effektive utredninger. En slik måte og jobbe på vil dessuten kunne tilfredsstille kravene i pakkeforløpene om at grunnutredninger av ADHD skal gjennomføres på 6 uker. I tillegg styrkes kvaliteten i utredningsarbeidet, og barna og familiene vil kunne få raskere tilbud om videre oppfølging og hjelpetiltak. Slik jeg ser det, vil disse barna og familiene være mer tjent med at BUP anvender det meste av tiden på hjelpetiltak og oppfølging av disse barna, fremfor å bruke for mye tid på selve utredningsprosessen. ✕

### REFERANSER

- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). Mestret hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022). Publikasjonskode: I-1180.
- Reigstad, B. & Kvernmo, S. (2015). ADHD – eller noe annet? Belastende livshendelser hos unge med ADHD-symptomer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52/4, 302–311.
- Reigstad, B., Jørgensen, K. & Wichstrøm, L. (2004). Changes in referrals to child and adolescent psychiatric services in Norway 1992–2001. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 818–827.
- Sitter, M. (2010). Barn og unge i det psykiske helsevernet ett år etter Opptrappingsplanen. Oslo: Helsedirektoratet.
- Solberg, P.O. & Strand, N. (2016). Mens vi venter på pakkeforløpet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53/3, s. 183–191.
- Ørstavik, R., Gustavson, K., Rohrer-Baumgartner, N., Biele, G., Furu, K., Karlstad, Ø, Reichborn-Kjennerud, T., Borge, T. & Aase, H. (2016). *ADHD i Norge: En statusrapport*. Rapport 2016:4, Folkehelseinstituttet.

## Skal kartlegge studenthelsen

**Folkehelseinstituttet har invitert 160.000 norske studenter til å være med i en omfattende spørreundersøkelse der psykisk helse står sentralt.**

En liknende undersøkelse ble gjennomført også i 2010 og 2014, men denne gangen er invitasjonen sendt ut til langt flere studenter.

- Vi ber studentene svare helt ærlig på spørsmålene vi stiller, slik at regjering, studenthelsetjenester og studentsamskipnader kan gi studentene et enda bedre helsetilbud i framtiden, sier Børge Sivertsen ved Folkehelseinstituttet.

Resultatene fra de forrige studentundersøkelsene viste blant annet at én av fem studenter sliter med alvorlige psykiske symptomplager, mens én av seks studenter er ensomme.

- Studietiden er tiden da vaner dannes. Hvordan studentene har det, og hvordan de trives i studietiden, er viktig for å sikre at de klarer å fullføre den utdanningen de ønsker seg. Siden undersøkelsen favner så bredt, kan den gi signal om hvilke utfordringer vi kan vente for folkehelsen i framtiden, mener Kari Jussie Lønning, leder for studentundersøkelsen som kalles SHoT (studentenes helse- og trivselsundersøkelse).

Undersøkelsen er nasjonal, og blir utført på oppdrag fra studentsamskipnadene i Trondheim, Oslo og Vestlandet. SHoT 2018 skal gi viktig innsikt i hvordan studentene har det og hvordan velferdstilbudet deres kan utbedres. Spørsmålene i undersøkelsen omhandler blant annet psykisk og fysisk helse, mobbing og trakassering, søvn, trening, rus og alkohol.

*Psykologtidsskriftet*



**DEN BARMHJERTIGE SAMARITAN** Jesus oppfordret til nestekjærighet. Det kan være godt for den psykiske helsen, argumenterer Geir Overskeid i dette fagessayet. Bilde: Sir John Everett Millais (1829-1896), The Met Museum.

# Bør nevrotikeren lære å elske sin neste?

Vi tenker gjerne på oss selv først. Det kan også gjelde dem som plages psykisk. Å lære nestekjærlighet kan med fordel bli en del av psykologisk behandling.

**P**ierre Bérégovoy var Frankrikes statsminister, Getúlio Vargas var Brasils president, og Pál Teleki statsminister i Ungarn. I vårt land ledet Ola Teigen AUF, Ole Richter var statsminister og Tore Tønne helseminister. Alle var de fremgangsrike menn, alle tok de sitt liv, og for alle synes vanære å ha vært en viktig årsak (Churchill, 1950/2005; Mitterand, 1993; Sørensen, 1984; Thorenfeldt, 2016; Vargas, 1954). Jens Stoltenberg sa i Tønnes begravelse: «Han opplevde ... å bli frarøvet sin ære. Det kunne han ikke leve med» (se Tore Tønne bisatt, 2003).

La oss våge et tankeeksperiment: Hva om disse mektige selvmordere hadde sittet i de samme stillinger, men bare ønsket ydmykt å tjene andre – ville de da ha satt seg i situasjoner der de tapte ære? Og dersom deres ære var gått tapt, ville det da betydd så mye? Kan man ydmyke en som alt er ydmyk? Tenk om tap av ære bare hadde vært *litt* mindre viktig for de ambisiøse menn hvis liv endte så galt – kanskje dumt, ja, synd, men til å leve med.

## MEG I SENTRUM

Ordet «ære» har ulike nyanser. Vi holder oss til «anseelse, berømmelse, respekt, beundring», slik Bokmålsordboka definerer det. Spinoza hadde alt for lenge siden sitt å si om jag etter ære: «[T]rangen til å gjøre eller unnlate å gjøre noe bare av den grunn at vi vil behage mennesker, kalles *ærgjerrighet*», skriver han (1677/2002, 3p29s). «Den ærgjerrige ønsker ære mer enn noe annet», fortsetter Spinoza (1677/2002, 3p39s), og legger til at det er ikke noe slike folk «er reddere for enn skamfølelse».

Depresjon, så vel som mange angstlidelser, har blitt kalt «hyper-egoiske» – preget av et overdrevent fokus på en selv. Hos den engstelige: Hva kan skje med *meg*? Hva kunne andre komme til å tenke om *meg*? Hos den deprimerede: *Jeg* er en elendig person. Ingen liker *meg* (se Moore, Boren & Tangney, 2017).

Albert Ellis, grunnleggeren av kognitiv adferdsterapi, mente det viktigste han kunne oppnå som behandler, var en tilsynelatende

## TEKST

Geir Overskeid,  
Psykologisk institutt,  
Universitetet i Oslo.<sup>1</sup>

## KONTAKT

geirov@uio.no

1 Takk til Guro Øiestad for nyttig tilbakemelding på en tidligere versjon.



Hva om disse mektige selvmordere hadde sittet i de samme stillinger, men bare ønsket ydmykt å tjene andre

liten ting: Å flytte det folk ser som forferdelig og uakseptabelt, over i en litt annen kategori – en der de samme tingene er synd, dumt, men til å leve med (Ellis, 2005). Kunne folk ha lagt litt mindre vekt på hva andre måtte mene om dem, og dermed hatt det bedre, hvis de hadde vært litt mindre opptatt av seg selv? Dette spørsmålet er stilt før, men viktige psykologiske tradisjoner har ikke alltid lagt vekt på å få nevrotiske pasienter til å tenke mindre på seg selv og mer på andre (se Moore et al., 2017; Vyskocilova, Prasko, Ociskova, Sedlackova & Mozny, 2015).

At vi ofte legger sånn vekt på hva folk måtte mene om oss (f.eks. Gilbert, 2007), henger sammen med antagelsen om at det fins et fritt handlende selv som kan bedømmes moralsk og rangeres på grunnlag av ytelse. Selv psykologer kan komme til å glemme at dette er en grunnleggende uvitenskapelig antagelse, slik for eksempel Charles Darwin innså. Darwin (1838/1974) påpekte også utvetydig hvilke konsekvenser som følger av en slik innsikt: «One deserves no credit for anything ... nor ought one to blame others.» Blant Vestens kloke hoder tenkte flere likeens, som Russell, Schopenhauer og Spinoza (se f.eks. Clark, 2006). Og blant de ting som Freud og Skinner hadde felles, var deres determinisme og derav følgende avvisning av «fri vilje» (Daley, 1971; Skinner, 1971).

I alle kulturer er det likevel slik at visse former for adferd straffes og andre belønnes. Dermed er det ikke rart at en kan ha som mål å bli beundret og populær. Og det er vanskelig, og neppe heller tilrådelig, å overhodet ikke bry seg om hva andre måtte mene om en. Men for folk med angst og depresjon – «hyper-egoiske» lidelser, så vil noen kalle dem – kan det kanskje, som Ellis (2005) antyder, være mye å vinne på å gjøre andres oppfatning litt mindre viktig.

#### IKKE MEG SELV FØRST

Jesus og Buddha er to kloke personer. De syns ikke folk skal tenke så mye på å gjøre godt inntrykk. De anbefaler heller fokus på vår neste, og kjærlighet til ham eller henne – radikal og ubetinget kjærlighet, nær knyttet til ydmykhet på egne vegne.

«Seeking happiness for oneself is doomed to failure, since self-centeredness is a major source of our discontent», skriver buddhist-

munken og forfatteren Matthieu Ricard (2010, s. 10). «All the joy the world contains has come through wishing happiness for others. All the misery the world contains has come through wanting pleasure for oneself», sier den gamle buddhistiske teksten Bodhicaryavatara i en engelsk oversettelse (Shantideva, overs. 2006, s. 214).

Det er også viktig at man ikke bare skal sitte og ønske at andre var lykkeligere. Målet er å faktisk redusere virkelige lidelser i den virkelige verden hos alle vesener som er i stand til å lide (f.eks. Siegel, Germer & Olenzki, 2009).

«Gud står de stolte imot, men de ydmyke gir han nåde», sier Bibelen (Jak 4,6). Men ydmykhet betyr ikke å regne seg for idiot eller verdiløs. Selvdiggeren maser om hvor kul han er, men det er neppe særlig bedre å alltid kretse om sine dårlige sider. Det siste er da også knyttet til utvikling av depresjon (f.eks. Sakamoto, 2000).

#### HVORFOR SETTE ANDRE FØRST?

King (2016) konkluderer fra flere studier at å gi, være snill og hjelpe andre kan bidra betydelig til egen lykke. En slik studie ble gjort av Dunn, Aknin og Norton (2008). De ga en sum penger til forsøkspersoner, som så ble delt i to grupper, der de enten ble bedt om å bruke pengene på andre eller på seg selv. Folk gjettet at man ville bli lykkeligst av å bruke pengene på seg selv, men resultatet ble omvendt. De som brukte pengene på andre, følte seg signifikant lykkeligere. Forskere har senere funnet lignende resultater med mange slags mennesker i flere land, inkludert små barn (se Dunn, Aknin & Norton, 2014). Sjenerøs pengebruk synes å føre til en god sirkel: Bruker du penger på andre, vil du ofte føle deg lykkeligere, og det igjen kan øke sannsynligheten for at du blir mer sjenerøs i fremtiden (Aknin, Dunn & Norton, 2012).

Det er et sørgelig faktum at våre nærmeste ofte er dem som merker mest til våre vrangte sider – så hva om man bestemmer seg for å være ekstra hyggelig mot kjæresten sin? Dunn, Biesanz, Human og Finn (2007) ba forsøkspersoner om nettopp dette, og fant at de som fikk denne instruksjonen, var lykkeligere etterpå enn de som behandlet partneren slik de pleide. Og mange typer snillhet ser ut til å gjøre godt for den snille selv (Buchanan & Bardi, 2010). Weinstein og Ryan (2010) fant positive psyko-

logiske effekter hos både hjelpere og dem som ble hjulpet. Men kan man velge, tyder funn på at det er bedre for ens psykiske helse å være den som hjelper, enn den som tar imot (f.eks. Thomas, 2009).

Å gjøre noe for andre ser òg ut til å virke som en buffer. Det kan hindre dårlige følelser i å ta overhånd, hvis du for eksempel skulle tenke negativt om deg selv (Grant & Sonnentag, 2010).

Å hjelpe andre har til og med vist seg å senke hjelperens blodtrykk (Whillans, Dunn, Sandstrom, Dickerson & Madden, 2016). Likevel er snillhet neppe svaret på alle ens plager. En metaanalyse har nylig sett på hvordan gode gjerninger kan virke inn på egen lykke. Funnene vekslet fra sterke til svake. Jevnt over så man en liten til middels effektstørrelse (Curry, Rowland, Zlotowitz, McAlaney & Whitehouse, 2018).

## YTRE OG INDRE KRITERIER

Mange tenker altså mye på hva andre måtte mene – og tror vi de andre ser ned på oss, kan det skape lidelse, og jamvel selvmord (Taylor, Gooding, Wood & Tarrrier, 2011). Får din gjetning om andres mening bestemme hvor verdifull du er, blir du langt mer sårbar enn om egne kriterier avgjør. Et eget, indre kriterium, som opplevelsen av å handle moralsk rett, kan virke helsefremmende, sier de som har undersøkt det. Å leve opp til en moralsk norm kan gi motstandskraft mot psykisk lidelse (f.eks. Sargent, Crocker & Luhtanen, 2006).

Konkurransen avgjøres via ytre kriterier. Å være konkurranseorientert er blant de egenskaper Crocker, Moeller og Burson (2010) mener kan true mental helse. De viser at den som lar ytre kriterier styre sin egenverdi, ikke bare er mer utsatt for psykiske lidelser, men òg for rusmisbruk. Istedenfor konkurranse, sier Crocker og hans folk, bør medfølelse få styre målene vi setter oss, for det fremmer psykisk helse mer enn andre mål.

Mye forskning støtter etter hvert Crocker og medarbeidere. Materialistisk orientering henger sammen med negativ selvvurdering, sier en metaanalyse (Dittmar, Bond, Hurst & Kasser, 2014) – og materialistisk orientering handler gjerne om status og selvbylde. Et godt selvbylde kan være vel og bra, men jakten på å oppnå det kan få lite tjenlige følger – for en selv og for måten man behandler andre på (Neff, 2011).

Poenget er at *jeg* er ikke så viktig, enten jeg nå er sånn eller slik. Det betyr i bunn og grunn svært lite om jeg skulle være bedre eller dårligere enn andre. Dette er imidlertid lett å si – særlig i en verden der den som yter bedre enn andre, får priser, ros og status, mens den som ikke duger, kan miste jobben. Så de som føler at alle er bedre og ingen liker dem – hva skal de finne på?

Det første er å ikke delta i en konkurranse man ikke har meldt seg på. Det andre er å klargjøre sine verdier og handle slik man selv holder for rett. Det du gjør, bør være gjennomtenkt, og du bør strebe mot ditt eget mål, ikke et du velger fordi folk rundt deg gjør det. Skulle du så komme til å tvile på deg selv, så har du grunnlag for å tenke: «Det jeg gjør, er rett.» Å vite at man handler riktig, kan ha voldsom kraft. Folk har gått i døden for det de ser som sant og rett – moralsk, religiøst eller politisk (se f.eks. Freud, 1965).

## RETTE VERDIER OG MÅL

Men vi vet at det ikke er nok å bare si ting, eller tenke dem. Det er ikke nok å stå foran speilet og si «you can do it», hvis en liten stemme samti-

dig hvisker at du ikke duger. Det er derfor det er så viktig at ens verdier og de mål som følger av dem, er klare og gjennomtenkte. Og er de ikke det, bør de granskes kritisk igjen. Det kan også ligge svært god støtte i å søke fellesskap med dem som deler ens egne mål og verdier.

Men hvilke mål skal man arbeide mot? Ikke sjelden mangler folk et avklart forhold til hva de måtte holde for basale verdier. Når de hjelpes til erkjennelse, viser det seg at i vår kultur vil det ofte være varianter av å ønske noe godt for andre (se f.eks. Vyskocilova et al., 2015). Hvis man ærlig søker å nå slike mål, kan det bli vanskelig å holde fast ved at man ikke duger eller ikke har verdi. Den som praktiserer kjærlighet til nesten, deltar ikke i en konkurranse om å fremme seg selv, men gjør så godt man kan for andres beste. Og vet man med seg selv at det er det man gjør – kan noen hevde at man ikke duger? Ut fra bredt aksepterte verdier kan man hevde det motsatte: Den som tenker først på andre, er et bedre menneske enn den som for det meste tenker på seg selv.

Allerede de gamle stoikere mente å vite at dyden er sin egen belønning, at det med andre ord gir glede å leve moralsk rett (se Sløk, 2016). Denne antagelsen støttes, som vi så, av gleden ved å være snill. Den ser også ut til å få en viss støtte fra studier av folk som bevisst prøver å leve etter moralske prinsipper (se Keltner, Marsh & Smith, 2010; Steger, Kashdan & Oishi, 2008). Folk kan nok finne glede, i hvert fall på kort sikt, også gjennom egoistisk nytelse – men den som trenger hjelp med psykisk helse, har vel ofte sett at målene man søkte, har gitt mindre lykke enn man hadde tenkt.

Det kan også være verdt å huske at få er så sterkt beundret som den som ofrer mye for sin neste – det er sånn helter gjerne opptrer. Det er ikke umulig å tenke seg, da, at den som arbeider for andre, kan få det godt ved tanken på at andre vil beundre en. Men her bør nok likevel den velmenende velgjører passe på litt, for begynner man å annonsere sine gode gjerninger (så folk skal se hvor bra man er), så er man i gang med det samme kjøret som man kanskje vil bort fra – plutselig er det igjen hva andre mener, som bestemmer din verdi.

## NESTEKJÆRLIGHET I BEHANDLING

La oss begynne med buddhistisk inspirert behandling. «Mindfulness», eller «oppmerk- »



Bjørne-  
tjenester  
er gjerne  
godt ment,  
og gode  
intensjoner  
betyr ikke  
alltid heldig  
utfall

somt nærvær», er blitt utbredt – med altruisme, medfølelse og sjenerøsitet som viktige komponenter (f. eks. Binder, 2014). Likevel ser man ofte formuleringer som at «[t]he basic premise underlying mindfulness practices is that experiencing the present moment nonjudgmentally and openly can effectively counter the effects of stressors» (Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010, s. 169). Dette er ikke galt. Likevel er det noe viktig som mangler. Man kan isteden hevde at det grunnleggende premiss er kjærlighet til nesten – men det er ikke med i sitatet over.

I den buddhistiske tradisjonen, der mindfulness-meditasjon inngår, er det få som vil mene at man mediterer mest for egen del. Det primære, er det vanlig å tenke, må alltid være ubetinget kjærlighet til andre. Det er kanskje ikke så rart, heller, at man tenker sånn, i en tradisjon som hevder at mennesker ikke engang har noe «selv», annet enn som en hardnakket og skadelig illusjon (se f.eks. Ricard, 2006).

I buddhismen har man gjerne vært opptatt av at målet er å meditere for å oppnå intens medfølelse – også med de verste blant oss (f.eks. Shabkar, ca. 1825/2013, s. 81). Tradisjonelt er målet for mindfulness-meditasjon å endre sitt stive sinn, slik at egen situasjon blir uviktig, mens andres lykke blir målet som overskygger alt. «The ultimate reason for meditating», påpeker Ricard (2010, s. 12), «is to transform ourselves in order to be better able to transform the world.»

Flere studier peker da også i retning av at folk ofte har sterkere empati når de har mediterert over medfølelse (f.eks. Bibeau, Dionne & Leblanc, 2016). Den som måtte trenge hjelp, kan selvfølgelig innvende at gode ønsker har begrenset verdi, og at håndfast adferd teller mer. Det er godt, da, at det fins evidens for at folk òg kan endre adferd i snill retning ved å meditere (f.eks. Condon, Desbordes, Miller & DeSteno, 2013), men her trengs, som det heter, mer forskning.

Kognitiv adferdsterapi, spesielt i tradisjonen etter Albert Ellis (2005), har også hentet innsikt fra tenkere som Buddha og Lao Tsu. Lik Buddha, la også Lao Tsu (overs. 1972) vekt på ydmykhet og på at tanken burde rettes inn mot alle andre enn en selv. Mye av dette finner man da også igjen hos Ellis (2005, s. 44), som mener verdibeskrivende ord som «god»

eller «dårlig» er uten mening hvis de brukes om mennesker. Folk ville være langt mindre emosjonelt forstyrret, hevder Ellis (2005, s. 44), hvis de kunne «give up all 'ego' concepts and ... have no 'self-images' whatever». Det er da også i den adferdsterapeutiske tradisjonen, særlig i «acceptance and commitment therapy», at behandlere nå mest eksplisitt søker å hjelpe pasienter ved å lære dem å la verdier bli styrende, ikke interessen for seg selv (f.eks. Eifert & Forsyth, 2005).

Å fremme ydmykhet og nestekjærlighet som primære mål for livet kan oppfattes kontroversielt blant psykodynamisk orienterte psykologer, all den stund det siden Anna Freud (1936) er tradisjon for å patologisere altruisme – en holdning til livet som anses som masochistisk. Som nevnt kalles pappa Freud gjerne determinist – en som avviser eksistensen av et autonomt selv som fortjener ære eller vanære for handlingene sine (se f.eks. Daley, 1971). Slik tenkemåte er fullt forenlig med grunnlaget for dette essayet. En annen lesning av Freud leder imidlertid til at psykoanalyse kan gi innsikt som fremmer en «autonomy of reason [which] confers on humans their sovereign free will» (Tauber, 2010, s. 6). Den psykodynamisk orienterte psykolog som tenker slik, burde likevel ikke finne det fremmed å fremelske ydmykhet og kjærlighet til nesten som livsmål for sine pasienter – særlig ikke hvis man mener altruistisk holdning og psykisk sunnhet kan la seg forene (se Seelig & Rosof, 2001).

#### ULEMPER OG MANGEL PÅ ALTERNATIV

Men fins det ulemper som følger av å tenke mest på andre? Vel, bjørnetjenester er gjerne godt ment, og gode intensjoner betyr ikke alltid heldig utfall. Kanskje får din venn med dårlig boevne flytte inn hos dere – men det kan svekke familiens lykke mer enn det øker gjestens. Og hvis en kvinne kues av en mann hun vil hjelpe – hvor lenge er det verdt det?

Selv de beste blir dessuten slitne. Lykkeeffekten på hjelperen ser ut til å minske hvis det blir for mye av det gode (Windsor, Anstey & Rodgers, 2008).

Alternativet til å tenke mindre selvisk er dog bare mer av det samme. Plagede personer har gjerne prøvd å finne lykken ved å fokusere på seg selv. Når man ikke lykkes, kan det være lurt å prøve noe annet. Kanskje hjelper det å vende blikket utover? ❌



## REFERANSER

- Aknin, L.B., Dunn, E.W. & Norton, M.I. (2012). Happiness runs in a circular motion: Evidence for a positive feedback loop between prosocial spending and happiness. *Journal of Happiness Studies*, 13, 347–355.
- Bibeau, M., Dionne, F. & Leblanc, J. (2016). Can compassion meditation contribute to the development of psychotherapists' empathy? A review. *Mindfulness*, 7, 255–263.
- Binder, P.-E. (2014). En grunnholdning av medfølelse. *Psykologisk.no*. Lastet ned fra <https://psykologisk.no/2014/10/en-grunnholdning-av-medfoelse/>
- Buchanan, K. E. & Bardi, A. (2010). Acts of kindness and acts of novelty affect life satisfaction. *The Journal of Social Psychology*, 150, 235–237.
- Carlsmith, K., Wilson, T.D. & Gilbert, D.T. (2008). The paradoxical consequences of revenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 1316–1324.
- Churchill, W.S. (2005). *The Second World War* (bind 3). London, England: Penguin. (Originalen utgitt 1950)
- Clark, T.W. (2006). *Doubting free will: The argument from celebrity-authority*. Nedlastet fra [www.naturalism.org/celebrities.htm](http://www.naturalism.org/celebrities.htm)
- Condon, P., Desbordes, G., Miller, W.B. & DeSteno, D. (2013). Meditation increases compassionate responses to suffering. *Psychological Science*, 24, 2125–2127.
- Crocker, J., Moeller, S. & Burson, A. (2010). The costly pursuit of self-esteem: Implications for self-regulation. I R. H. Hoyle (red.), *Handbook of personality and self-regulation* (s. 403–429). Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Curry, O.S., Rowland, L., Zlotowitz, S., McAlaney, J. & Whitehouse, H. (2018). Happy to help: A systematic review and meta-analysis of the effects of performing acts of kindness on the well-being of the actor. Lastet ned fra <https://osf.io/ytj5s>
- Daley, J. (1971). Freud and determinism. *The Southern Journal of Philosophy*, 9, 179–188.
- Darwin, C. (1974). Old and useless notes about the moral sense and some metaphysical points. I *Darwin Online*. Nedlastet fra [darwinonline.org.uk/](http://darwinonline.org.uk/) (Originalt notat skrevet 1838)
- Dittmar, H., Bond, R., Hurst, M. & Kasser, T. (2014). The relationship between materialism and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 107, 879–924.
- Dunn, E.W., Aknin, L.B. & Norton, M.I. (2008). Spending money on others promotes happiness. *Science*, 319, 1687–1688.
- Dunn, E.W., Aknin, L.B. & Norton, M.I. (2014). Prosocial spending and happiness: Using money to benefit others pays off. *Current Directions in Psychological Science*, 23, 41–47.
- Dunn, E.W., Biesanz, J., Human, L. & Finn, S. (2007). Misunderstanding the affective consequences of everyday social interactions: The hidden benefits of putting one's best face forward. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 990–1005.
- Eifert, G.H. & Forsyth, J.P. (2005). *Acceptance & commitment therapy for anxiety disorders*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Ellis, A. (2005). *The myth of self-esteem*. Amherst, NY: Prometheus.
- Friend, W.H.C. (1965). Martyrdom and persecution in the early church: A study of conflict from the Maccabees to Donatus. Oxford, England: Blackwell.
- Freud, A. (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Wien, Østerrike: Internationaler Psychoanalytischer Verlag.
- Gilbert, D.T. (2007). *What is happiness?* [Videofil]. Lastet ned fra <http://bigthink.com/videos/what-is-happiness>
- Grant, A.M. & Sonnentag, S. (2010). Doing good buffers against feeling bad: Prosocial impact compensates for negative task and self-evaluations. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 111, 13–22.
- Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A. & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 169–183.
- Keltner, D., Marsh, J. & Smith, J.A. (2010). *The compassionate instinct: The science of human goodness*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- King, V. (2016). 10 keys to happier living: A practical handbook for happiness. London, England: Headline.
- Lao Tsu (overs. 1972). *Tao Te Ching* (G. Feng & J. English, overs.). New York, NY: Knopf.
- Mitterrand, F. (1993, 4. mai). Hommage à Pierre Bérégovoy. *François Mitterrand: Le verbe en images*. Lastet ned fra <http://fresques.ina.fr/mitterrand/>
- Moore, K.E., Boren, E.A. & Tangney, J.P. (2017). A clinical psychological perspective on hyper- and hypoegoicism: Symptoms, treatment, and therapist characteristics. I K. W. Brown & M. R. Leary (red.), *The Oxford handbook of hypo-egoic phenomena* (s. 95–105). New York, NY: Oxford University Press.
- Neff, K.D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5, 1–12.
- Ricard, M. (2006). Happiness: A guide to developing life's most important skill. New York, NY: Little, Brown and Company.
- Ricard, M. (2010). *Why meditate?* Carlsbad, CA: Hay House.
- Rudd, M., Aaker, J. & Norton, M.I. (2014). Getting the most out of giving: Concretely framing a prosocial goal maximizes happiness. *Journal of Experimental Social Psychology*, 54, 11–24.
- Sakamoto, S. (2000). Self-focus and depression: The three-phase model. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 45–61.
- Sargent, J.T., Crocker, J. & Luhtanen, R.K. (2006). Contingencies of self-worth and depressive symptoms in college students. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 628–646.
- Seelig, B.J. & Rosof, L.S. (2001). *Normal and pathological altruism*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 49, 933–959.
- Shabkar Tsogdruk Rangdröl (2013). Shabkar I M. Ricard (red.), *On the path of enlightenment: Heart advice from the great Tibetan masters*. Boston, MA: Shambhala. (Originalen skrevet ca. 1825)
- Shantideva (overs. 2006). *The way of the Bodhisattva: Bodhicaryavtara* (2. utg.) (Padmakara Translation Group, overs.). Boston, MA: Shambhala.
- Siegel, R.D., Germer, K.C. & Olenzki, A. (2009). Mindfulness: What is it? Where did it come from? In F. Didonna (red.), *Clinical handbook of mindfulness* (s. 17–35). New York, NY: Springer.
- Skinner, B.F. (1971). *Beyond freedom and dignity*. Harmondsworth, England: Penguin.
- Sløk, J. (2016). *De store tænkere: Stoikerne*. København, Danmark: Lindhardt & Ringhof.
- Spinoza, B. de (2002). *Etikk* (R.H. Næss, overs.). Oslo, Norge: De norske Bokklubbene. (Opprinnelig utgitt 1677)

- Steger, M.F., Kashdan, T.B., & Oishi, S. (2008). Being good by doing good: Daily eudaimonic activity and well-being. *Journal of Research in Personality, 42*, 22–42.
- Sørensen, Ø. (1984). *1880 årene: Ti år som rystet Norge*. Oslo, Norge: Universitetsforlaget.
- Tauber, A.I. (2010). *Freud, the reluctant philosopher*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Taylor, P.J., Gooding, P., Wood, A.M. & Tarrrier, N. (2011). The role of defeat and entrapment in depression, anxiety, and suicide. *Psychological Bulletin, 137*, 391–420.
- Thomas, P.A. (2009). Is it better to give or to receive? Social support and the well-being of older adults. *Journal of Gerontology, 65B*, 351–357.
- Thorenfeldt, G. (2016, 5. november). Sannheten bak «kronprinsen» Ola Teigens fall: KGB betalte AUF-medlem for å sverte ham. *Dagbladet Magasinet*, s. 18–28.
- Tore Tønne bisatt (2003, 3. januar). *NRK Buskerud*. Lastet ned fra <https://www.nrk.no/>
- Vargas, G. (1954). Carta testamento. *História Viva*. Lastet ned fra <http://www2.uol.com.br/historiaviva/>
- Vyskocilova, J., Prasko, J., Ociskova, M., Sedlackova, Z. & Mozny, P. (2015). Values and values work in cognitive behavioral therapy. *Activitas Nervosa Superior Rediviva, 57*, 40–48.
- Whillans, A.V., Dunn, E.W., Sandstrom, G.M., Dickerson, S.S., & Madden, K.M. (2016). Is spending money on others good for your heart? *Health Psychology, 35*, 574–583.
- Windsor, T.D., Anstey, K.J. & Rodgers, B. (2008). Volunteering and psychological well-being among young-old adults: How much is too much? *The Gerontologist, 48*, 59–70.
- Weinstein, N. & Ryan, R.M. (2010). When helping helps: Autonomous motivation for prosocial behavior and its influence on well-being for the helper and recipient. *Journal of Personality and Social Psychology, 98*, 222–244.

## Fra arkivet 1977

### Spørsmål om barnekultur

Slik vi finner «barnekulturen» i skoler, og andre steder der voksne lager organisert omsorg for barn, er den ofte kjedelig og konvensjonell. Alt for sjelden gir den anledning til produktiv aktivitet og motivasjonelt engasjement. Den organiserte barnekulturen er av forholdsvis ny dato og kan delvis føres tilbake til protestantisk etikk, som har trukket et skille mellom hva barn kan gjøre og hva voksne kan gjøre. Men tidligere var i det minste skillelinjene klare. I vår tid, der det ofte blir umulig å forstå hva de voksne har fore, blir det vanskelig for barna å inkorporere de voksnes aktivitet i lek.

I tidligere tider var samværet med voksne en begynnelse på skolegangen. Overgangen til et voksent liv fant sted gradvis, ikke for langsomt og ikke for fort, slik at det om hadde vært lek etter hvert ble alvor. I vår tid er skillet mellom barnets og den voksnes livsform tydeligere enn noen gang før – dette synes å være et biprodukt av samfunnets teknologisering. Hvis barna som vokser opp innen vårt samfunnssystem ikke får anledning til å observere og å delta i de voksnes livsform, blir det, nærmest uunngåelig, dannet noe som kunne kalles en barnekultur. Spørsmålet vi må reise er om barns livsform trenger å være så isolert fra kulturen forøvrig, og hva som kan gjøres for å tilføre engasjement til situasjoner der barn lærer.

Det er to enkle implikasjoner som trekkes av det jeg har drøftet ovenfor. For det første at barnas introduksjon til kulturen ikke bør skilles så sterkt fra de aktivite-

ter som finnes i kulturen for øvrig. Dette kan synes som «progressiv pedagogikk», men synspunktet går langt videre og impliserer en økologisk modell for omsorg og læring. En konsekvent gjennomføring av synspunkt i praksis ville måtte føre til en langt høyere prioritering av barns levevilkår enn det som er vanlig i dag.

For det andre burde de som planlegger miljøer for barn ta hensyn til det potensial som ligger i små, aldersheterogene grupper. Hvis større barn, i barnehagen og skolen, fikk anledning til å leke med og ta omsorg for dem som er mindre, ville en sannsynligvis lett kunne skape bedre miljøer i slike institusjoner. Men små skoler og barnehager, og andre mer uformelle miljøer som kan legge vekt på læring innen rammen av adekvate sosiale relasjoner, har vært lite populære enheter blant våre effektive og teknologisk og økonomisk innstilte politikere.

Fra Lars Smiths «Spørsmål om barnekultur», juli 1977



FOTO: EVAN-AMOS / WIKIMEDIA COMMONS

## Psykolog i dag

Psykologers samfunnsansvar kan også handle om å bringe samfunnet *inn* i terapirommet, skrev redaktør Per Olav Solberg i februarutgaven.

Noen ganger gjør psykologer nytte for seg helt andre steder enn i terapirommet, svarer Psykologforeningens president.

*Se side 213*

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. Send inn i Word-format. Sett referanser i tråd med APA-stilen.



# På egne premisser

Helsedirektoratets retningslinje for ADHD vektlegger ekspertenes kunnskap. Det gjør at unge med ADHD ikke får best mulig tilpasset støtte.

**HELSEDIREKTORATETS** nasjonale faglige retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse, fastslår at personer med ADHD bør få informasjon og opplæring om diagnosen, og den pålegger behandlere å alltid gjøre en individuell vurdering av tiltak for ADHD-diagnostiserte personer. Retningslinjen nevner ulike mulige tiltak som legemiddelbehandling, sosial ferdighetstrening, kognitiv atferdsterapi, veiledning, computerbaserte treningsprogrammer, nevrofeedback og ernæring. Den sterkeste føringen i retningslinjen går i retning av å tilby sentralstimulerende midler.

Retningslinjens overordnede målsetting er å bidra til at personer diagnostisert med ADHD skal ha et så godt liv som mulig. Vi spør om den informasjonen og opplæringen som gis til mennesker med ADHD er tilstrekkelig; om de tiltakene som vurderes for denne gruppen er individualiserte i tilstrekkelig grad; og om det kunnskapsgrunnlaget Helsedirektoratet legger til grunn i sin retningslinje fak-

tisk bidrar til at den overordnede målsettingen blir oppfylt? Hvis vi går til den forskningen som formidler stemmene til unge mennesker som har mottatt tilbud om behandling, så får vi vite at både informasjon og tiltak har begrensninger med betydning for deres livskvalitet. Hvis vi går til retningslinjen ser vi at systematisk kunnskap om unge menneskers erfaringer ikke utgjør noen sentral del av det vitenskapelige grunnlaget for helsedirektoratets anbefalinger.

## DE UNGES EGNE ERFARINGER

La oss gi et kort omriss av den nevnte forskningen: I mastergradsprosjektet til Gjertrud Selnes Moe (2018) fortalte fem unge voksne om egne erfaringer med å få ADHD-diagnosen i ungdomsårene. De møtte et helsepersonell som virket overarbeidet, som manglet tid til og interesse for å sette seg inn i deres spesifikke utfordringer, og som heller ikke kunne bidra med den kunnskapen ungdommene etterspurte om ADHD. En av deltakerne med



## TEKST

Berit Overå  
Johannesen,  
førsteamanuensis ved  
Institutt for psykologi,  
NTNU og Gjertrud  
Selnes Moe, master i  
psykologi fra Institutt  
for psykologi, NTNU

## ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

## RETNINGSLINJER





## ADHD-forskningen er dominert av ekspertenes stemmer

særlig komplekse utfordringer opplevde at tilbudet fra helsevesenet ble mer standardisert etter at hun fikk ADHD-diagnosen enn før diagnosen, og at hennes individuelle historie ble mindre relevant enn den hadde vært. For alle fem var det tiltak av medikamentell art som ble vurdert og utprøvd, selv når de hadde gitt uttrykk for at de ønsket noen å snakke med om sine problemer eller få strategier for å håndtere hverdagen sin. Alle fikk foreskrevet medikamenter, bortsett fra én som viste seg å ikke tåle behandlingen. Den medikamentelle behandlingen bidro i første omgang til bedre mestring av skole og studier, men ikke til å håndtere dagligliv og familie. Etter en tids bruk opplevde deltakerne til dels dramatiske bivirkninger som de på egen hånd prøvde å regulere ved å ta pauser i eller avslutte medikamenteringen. Når de tok kontakt med helsevesenet for oppfølging, opplevde de på nytt manglende støtte og manglende interesse for sin spesifikke situasjon. Flere ga også uttrykk for at de opplevde et press om å la seg medisinere. Den av deltakerne som ikke tålte medikamentell behandling måtte helt fra starten av finne andre måter å håndtere utfordringene sine på. Hun hadde på eget initiativ funnet et kurs i oppmerksomhetsregulering som hadde gitt henne kognitive og praktiske teknikker for å mestre hverdagen og skolearbeidet. Hun opplevde at disse verktøyene hjalp henne godt og hadde repetert kurset flere ganger når hun syntes hun trengte en påminnelse. Et eksempel på en teknikk hun benyttet var å sette av en stund hver kveld til å skrive ned alt som bekymret henne. På den måten fikk hun det ut av tankene og fikk sove godt når hun la seg.

I en svensk intervjustudie med tolv ADHD-diagnostiserte ungdommer ga de også uttrykk for at medikamentell behandling hjalp i forhold til skolesituasjonen, men at de var ambivalente til effekten behandlingen hadde på deres opplevelse av seg selv. Noen kjente seg roligere og mer «normale» mens andre ble nedstemte, mistet matlysten og fungerte dårligere sammen med venner. Ytterligere en svensk studie viste at mange unge pasienter diagnostisert med ADHD følte de måtte kjempe for å få relevant behandling. De var skuffet over medisineringen som ga dem mange bivirkninger og ville ha foretrukket terapi hvis det var tilgjengelig. En stor gruppe av deltakerne rapporterte også om mangel på informasjon om diagnosen.

### DOMINERT AV EKSPERTER

Slike nordiske studier der stemmene til ungdom og unge voksne diagnostisert med ADHD kommer til uttrykk er sjeldne. I stedet er ADHD-forskningen dominert av ekspertenes stemmer gjennom kontrollerte og kvantifiserende studier som undersøker effekten av medikamenter på det som regnes som ADHD-symptomer. I retningslinjen deler Helsedirektoratet sine anbefalinger inn i flere nivåer. Styrken i anbefalingen avhenger av det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget. De sterkeste anbefalingene er basert på «solid vitenskapelig kunnskap» med støtte i minst en randomisert, kontrollert studie. Den sterkeste og mest entydige anbefalingen fra direktoratet med hensyn til behandling av ADHD er at sentralstimulerende midler bør være førstevalg i tilfeller der det er indikasjon for utprøving av legemidler. Dette er godt dokumentert ved et stort antall studier som samlet viser at slik behandling gir 75 prosent av barn og unge symptomreduksjon. Retningslinjen inneholder også informasjon som nyanserer bildet og peker mot problematiske aspekter som at langtidsstudier gir usikre funn om nytteverdien over tid av medikamentell behandling; at en del personer får bivirkninger; og at mange avslutter behandlingen selv. Denne informasjonen fremstår som mindre vitenskapelig solid fordi den ikke er dokumentert på en entydig måte. Den mer nyanserte kunnskapen om legemiddelbruk stemmer imidlertid svært godt med de unges egne erfaringer – og bør i våre øyne vektlegges ytterligere.

### BEHOV FOR NYANSERINGER

Anbefalinger som mangler vitenskapelig belegg kan fremstå som mindre tvingende for behandlere å følge enn anbefalinger basert på «solid vitenskapelig kunnskap». Anbefalingene i Helsedirektoratets retningslinje kan dermed legge føringer som legitimerer bruk av sentralstimulerende midler på en nærmest standardisert måte. Det at sentralstimulerende midler fremstår som det beste alternativet hviler imidlertid på to forutsetninger. Den ene er at legemiddelstudier skal være relevant målestokk for vitenskapelig kunnskap som skal sikre god livskvalitet for personer diagnostisert med ADHD. Relativt til denne målestokken vil enhver studie som nyanserer behandlingsbildet være beheftet med usikkerhet. Den andre forutsetningen for at rådet om bruk av sentralstimulerende midler

fremstår som utvetydig er at forbeholdet om at behandler først må fastslå at det foreligger indikasjon for utprøving av legemidler, underkommuniseres. Hvis det er konkludert med at medikamenter er det beste for den personen det gjelder, da bør valget falle på sentralstimulerende midler. Det er imidlertid vanskelig å se at forskning som vurderer legemidler kan begrunne at det er best for de fleste som har symptomer som kan karakteriseres som ADHD å få medisiner. Tatt i betraktning at det er nærmest gjengs oppfatning at den økte forekomsten av ADHD skyldes stadig snevrere rammer for hva som forventes for å være vellykket og normal i vår type samfunn, bør graden av medisinerbruk i befolkningen være et tema som debatteres bredt og som forskes på ved ulike metoder og perspektiver. De få studiene som fins av unge mennesker med ADHD sine erfaringer, mer enn antyder at legemidler ikke nødvendigvis er det som står høyest på ønskelisten. Resultatene antyder også at unge mennesker diagnostisert med ADHD opplever at de har egenskaper som ikke passer inn og at det er disse egenskapene som medisineres bort. Hvis behandlingen ikke er i tråd med det personen som behandles ønsker, og kanskje til og med hindrer ungdom i å utvikle sitt potensial til det fulle, er det også vanskelig å se at den er i tråd med direktoratets egen målsetting om at retningslinjen skal bidra til et så godt liv som mulig for personer med diagnosen ADHD.

Vi oppfordrer Helsedirektoratet til å revurdere den måten de vurderer kunnskapsgrunnlaget i anbefalingene sine på, og til å etterspørre og bidra til mer av den forskningen som ser på menneskers liv og erfaringer på en kontekstualisert måte. Slik kunnskap vil bidra til at unge mennesker blir møtt av helsevesenet på sine egne premisser og til at helsepersonell har bedre grunnlag for å gi individuelle vurderinger og tilpassede tiltak. ✕

## REFERANSE

Moe, G. S., & Johannesen, B. O. (2018) Fem fortellinger om å "få" ADHD i ungdommen og om å leve med diagnosen som ung voksen. Psykologisk Tidsskrift NTNU, 21(1), 62-70.



# Sakkyndighetsjournalistikk

Ser vi på det konkrete sakkyndighetsarbeidet, blir det tydelig hvor utfordrende arbeidet faktisk er.

**BJØRNAR OLSEN**, sjefredaktør, Tidsskrift for Norsk psykologforening

## SAKKYNDIGHET

**ANNIKA MELINDER SKRIVER** i forrige utgave at det er viktig og prisverdig at Psykologtidsskriftet problematiserer sakkyndiges roller og oppgave. Men hun mener at vår dekning er retorisk og kan medføre at færre psykologer påtar seg slik oppdrag.

At lederen i fagutvalget for rettspsykologi og sakkyndighet er opp-tatt av rekrutteringen til sitt fagfelt, står det respekt av. Men like lite som vi dekker feltet for å opprettholde rekrutteringen, ønsker vi å dekke saken gjennom «tvilsom retorikk». Det er helt vanlige journalistiske metoder som legges til grunn, og når et stort antall fagpersoner var kritiske til sakkyndighetsarbeidet i Prestesaken, var det denne kritikken som kom til orde. Hadde andre perspektiv kommet frem, ville det selvsagt blitt gjengitt.

I vår dekning av sakkyndighetsfeltet som et hele er det langt flere nyanser enn kritikk alene: I flere tilfeller er psykologi og psykologer den korrigerende kraft, i andre tilfeller ikke. Å gi et «riktig» bilde er knappst mulig, da det er svært ulike meninger om hva det riktige bildet skal være. De overordnede prinsippene om at arbeidet skal være forankret i forskning, evidens og sunne etiske refleksjoner, er det lett å enes om. Men ser vi på det konkrete arbeidet, ser vi hvor utfordrende psykologers arbeid faktisk er. Gjennom å gi noen konkrete snapshots av hvordan dette arbeidet foregår, og hvordan det tas i bruk, ser vi bedre hvordan psykologenes profesjonsetikk og faglighet kommer til uttrykk. Et slikt blikk kan være ubehagelig. Men forhåpentligvis også lærerikt. ✕

# Samhandling mellom fastleger og avtalespesialister

Helse Sør-Øst har en arbeidsgruppe som utarbeider en plan for organisering av avtalespesialistene. Hva med å evaluere dagens clustermodell først?

Og kanskje etterspørre tanker og erfaringer fra oss som jobber i feltet?



## ERIK ARENTZ-HANSEN,

avtalespesialist  
tilknyttet Helse Sør-Øst

## AVTALE- SPESIALISTER

**AVTALESPELISTER** i psykisk helsevern utgjør en stor del av det totale behandlings-tilbudet i Helse-Norge. Naturlig nok ønsker staten gjennom helseforetakene å sørge for at tilbudet er relevant, slik at det favner de som trenger det, og som har nytte av det. Tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssen fikk satt i gang arbeidet som vi i dag kjenner som samhandlingsreformen, forankret i Meld. St. nr. 47 «Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid» fra 2009.

For snart ti år siden ble det i psykisk helsevern etablert såkalte clustermodeller, der formålet var å bedre samarbeidet mellom fastlegene og avtalespesialistene i psykisk helsevern, og der målet var å sørge for å minske ventetider, bedre matching mellom pasient og behandler og ikke minst sørge for at de som trengte hjelpen mest, fikk hjelp. Et skrekkelig eksempel var døden til artisten St. Thomas, der man i hans etterlatte papirer fant et stort antall avslag på hans søknader om behandling, og der det er naturlig å tenke at et tilbud om behandling kunne ha reddet hans liv.

### INGEN EVALUERING

Etter nær ti år med erfaringer burde det være på tide å evaluere ordningen. Har clustermodellen ført til tettere kontakt mellom legene og avtalespesialistene? Og har i så fall denne kontakten ført til bedring for pasientene? Oppnår man i dag at pasienter med åpenbart behov for behandling får hjelp, eller er det fortsatt mange pasienter med stort hjelpebehov som ikke får behandling? Hvordan fungerer i så fall samordningen mellom tilbudet i kommunene, DPS-ene, fastlegene og avtalespesialistene? Er det slik at pasientene slipper å selv måtte ringe rundt til psykologer fra en liste de får fra fastlegen? Sirkulerer det kun én henvisning per pasient, eller blir

denne fortsatt kopiert og sendt til flere behandlere samtidig? Disse og mange andre spørsmål er det nødvendig å få svar på for å få evaluert tiltakene knyttet til clustermodellen.

Som avtalespesialist har jeg vært opptatt av disse spørsmålene. Jeg har også prøvd å få kontakt med ansvarlige personer i Helse Sør-Øst (HSØ), som er mitt avtaleområde. De svarene jeg har fått, er at clustermodellen skal fortsette. Kontaktpersonene er personer som verken har ansvar eller myndighet overfor selve modellen annet enn å holde den gående. Men hva om tiltakene overhodet ikke virker? Hva om alt er som før? Hva om møtene mellom fastlegene og psykologene (og noen psykiatere) er mest unyttige og svært dårlig besøkt? Hva om DPS-ene som i denne sammenheng fungerer som vertskap, bruker mye energi og ressurser på å arrangere møter som ikke fører fram til de overordnede målene? Burde ikke helseforetakene sørget for å få svar på noen av disse spørsmålene?

Jeg forstår ut ifra juninummeret av Psykologtidsskriftet i fjor at Helse Sør-Øst (HSØ) nå holder igjen utlysningene av ledige hjemler fordi de jobber med denne modellen. På en måte er det et godt signal om at noe skjer. Det som er mindre bra, er at vi som jobber i feltet, ikke har fått et eneste spørsmål om hvordan modellen virker. Enda mindre er det forsøkt gjort en evaluering ved å følge pasientstrømmen fra fastlegens kontor til eventuell behandling. Antagelig vet vi ikke så mye mer i dag enn for noen tiår siden om hvem som nyttiggjør seg tilbudet fra avtalespesialistene i psykisk helsevern.

Min erfaring er at de fleste spørsmålene jeg stilte innledningsvis, kan besvares negativt. Ingenting har skjedd knyttet til å sikre at henviste pasienter fra fastlegene faktisk får et tilbud eller i det minste får en vurdering, enten på DPS-



nivå, hos avtalespesialister eller i psykisk helsevern i kommunene. Det er godt mulig at helseforetakene har en oversikt over utførte cluster møter på DPS-ene – og kanskje sier de seg fornøyd med det – men meg bekjent har de ikke hørt med fastlegene om de har opplevd noen endring. Og de har heller ikke hørt med avtalespesialistene om våre meninger og erfaringer.

### HVA KAN GJØRES ANNERLEDES?

Dagens ordning må evalueres. Da er det relevant å snakke med aktørene og å følge saksgangen fra pasienten kommer til legens kontor og henvisningens vei videre. Deretter er det et stort behov for ideer og tanker om mulige modeller for hvordan samarbeidet mellom fastleger og avtalespesialister bør og kan være. Disse modellene bør være forankret hos de som jobber i feltet til daglig. Behovene vil være svært forskjellige sett fra de ulike aktørenes side. Og alle vil påberope seg å være pasientens talspersoner. Pasientens perspektiv er selvfølgelig viktig, hvordan er det å skulle søke hjelp, hvordan virker det å stå på venteliste, få avslag, bli henvist til flere instanser, osv.? Og ikke minst hvordan de opplever hjelpen. Og til slutt bør det være en vurdering av behovet: Hvor mange hjemler trengs det for å dekke behovet for behandling? Dette er ganske sikkert et komplisert regnestykke, men i mindre skala burde det la seg gjøre å få en pekepinn på omtrent hvor mange avtalehjemler som hadde vært ideelt i et gitt område.

Selv har jeg samarbeidet tett med ett legekantor de siste årene. I begynnelsen kom det mange henvisninger, men etter hvert ble vi mer à jour, og presset avtok. Per i dag kommer det en jevn strøm med henvisninger som er mulig å håndtere. Fordelen med å jobbe tett på noen henvisere og bli kjent med dem er mange: Kommunikasjonen går veldig greit, fastlegene får selv et ansvar for å vurdere hastekriterier, og man kan raskt finne løsninger, for eksempel på en forespørsel som denne: «Hei, kan du gi et raskt tilbud til denne pasienten, eller hva tenker du om å henvise til DPS?» Et nært samarbeid får du ikke med 20 legekantor. Fra DPS' side vil en avtalespesialist knyttet til hvert legekantor både kunne avlaste henvisningsstrømmen til DPS og være en naturlig oppfølger overfor en del av pasientene som skrives ut fra DPS. Jeg tenker at dette er én modell som bør prøves ut, legges til rette for – og selvsagt også evalueres. Jeg er sikker på at det finnes mange gode eksempler og modeller på godt samarbeid rundt om i landet, men jeg tror ikke disse er generert gjennom clustermodellen. Hvis helseforetakene er nysgjerrige og etterspør hvordan man skal få til et godt samarbeid, tror jeg at de vil få konstruktive ideer til hvordan de kan benytte avtalehjemlene til det beste for befolkningen.

Min frykt er at det nå sitter folk i helseforetak og Helsedirektoratet og snekrer på egne mer eller mindre gjennomtenkte ideer – uten forankring i behandlingshverdagen. I den grad helsebyråkratene henter informasjon fra feltet, er det nok primært fra DPS-ene, hvilket også vil være førende for både premisser og konklusjoner. Det kan fort føre til svært dårlige løsninger. Jeg blir ikke beroliget når fagdirektør Geir Bøhler i HSØ uttaler til Psykologtidsskriftet (juni 2017): «Det er ikke naturlig for oss å kommentere diskusjonene i arbeidsgruppen eller de konkrete forslagene i planen før den er ferdigstilt.» En mer eller mindre hemmelig arbeidsgruppe med svak eller ingen forankring i fagfeltet virker som et skremmende prosjekt. Trekk heller inn oss som er aktører i feltet, og be om innspill. Si hvem dere er, og hvordan dere jobber, og hva dere tenker. Prøv ut forskjellige modeller og samarbeidsordninger, de gode løsningene kommer når aktørene samarbeider!

## Debattert

# ELTE-studentene

**Mulighet** – Jeg har besluttet at de berørte ELTE-kandidatene skal tilbys et avgrenset opplegg med intensive samlinger og mulighet å arbeide på lisens mens de er under veiledning

*Bente Høie til Helse-og omsorgsdepartementet.no 15. februar*

**Ikke påvist** – Nå er de kompletterende tiltakene foreslått til ett års varighet. Problemet er imidlertid at de fortsatt forutsetter at ELTE-utdannelsen har vesentlige mangler i fag. Dette er mangler de ikke har klart å påvise.

*Marianne Melgaard til Dagens Medisin 15. februar*

**Som sagt** – Bent Høie har landet på det vi har hevdet hele tiden; at utdanningen i Budapest og Norge er likeverdig, men ett år kortere.

*Per Andreas Bjørgan til Dagbladet 15. februar*

**Ingen automatikk** – Studentene må i søknaden huke av for at de «er kjent med at støtte fra Lånekassen ikke automatisk medfører at jeg får autorisasjon i Norge, og at jeg selv må sette meg inn i kravene for å få autorisasjon etter fullført utdanning».

*Hanne Bjertnes i Lånekassen til Dagens Medisin 16. februar*

**Finnmarksmuligheter** – Dersom myndighetene åpner for å gi norske studenter fra Ungarn autorisasjon i Norge, kan dette gi muligheter for Finnmarks kommuner.

*Leder for KS Finnmark, Kristina Hansen, til NRK Finnmark 17. februar*

**Angår mer** ELTE-saken angår mer enn forbrukerbeskyttelse, elendig saksbehandling i Hdir, lobbying fra Psykologforeningen og arroganse og grådighet fra universitetene.

*Arne Holte i Dagsavisen 19. februar*

**OMDISKUTERT SYKDOM** Reportasjen om ME-syke i desemberutgaven 2017 satte i gang en debatt om forståelse og behandling av sykdommen.



# Vi - de krenkbare

Som psykolog trodde jeg ikke på ME-pasientenes fortellinger. Så rammet sykdommen meg.



**GRETE LINERUD,**  
psykolog

**KRONISK  
UTMATTelses-  
SYNDROM**

**ME-PASIENTER** blir fremstilt som en svært krenkbar gruppe, og kalles «geriljaen» i legemiljøet. Også jeg hadde jeg flust av fordommer mot mennesker som i årevis ble liggende i mørke rom. Som psykolog skjønnte jeg meg ikke på disse sinte syke som beskrev symptombilder så omfattende at de var umulige å tro på. Jeg tenkte de burde få tilbud om terapi. Og kanskje også en smule oppdragelse.

Så rammet sykdommen meg. I løpet av få måneder gikk jeg fra fornøyd, fulltidsarbeidende tobarnsmor til sengeliggende pleiepasient, med et multisystemisk symptombilde som ble forverret av alle sensoriske, kognitive og emosjonelle stimuli. Da jeg var frisk, hadde jeg en grunnleggende tillit til hjelpeapparatet og utelukkende gode erfaringer å vise til. På mitt sykeste møtte jeg kunnskapsløshet og fordommer. Jeg møtte hjelpere lik meg selv før sykdommen.

**BEGRENSNINGEN**

På 1970-tallet skjedde det et paradigmeskifte i forståelsen av sykdommen. Man gikk fra nevrologisk til en psykososial forklaringsmodell. Ideen om at pasienters symptombilde blir opprettholdt av psykologiske variabler, har siden fått rotfeste både i samfunnet og blant helsearbeidere. I Norge er det ME-miljøet ved Ullevål sykehus og «Kompetansesenteret for ME» som er premissleverandører for hvordan pasienter blir møtt og behandlet. Disse miljøene mener at ME er en konsekvens av sympatikusaktivering, dette til tross for at ICD-10 klassifiserer lidelsen som biologisk (nevroimmunologisk). Og verken angst, opplevd stress eller depresjon inngår som diagnostiske kriterier.

Legger vi Canada-kriteriene<sup>1</sup> til grunn når vi utreder for ME, er det kun 5–10 prosent av dagens ME-pasienter som kvalifiserer til diagnose. Dette er problematisk, ikke minst fordi dagens praksis fører til en heterogen og uoversiktlig pasientpopulasjon, noe som også får følger for forskningen. I praksis studerer man i dag terapeutiske intervensjoner på pasientpulasjoner som i stort monn ikke lider av ME. Og da finner man både at årsaken er psykososial, og at psykologiske intervensjoner virker. Går man så til pasienter med ME-diagnose etter Canada-kriteriene, finner man ingen eller negativ effekt. Da tilskrives resultatene lav motivasjon eller behandlingsresistens.

Det er lite galt i å tilby psykoedukasjon, KAT og eksponeringsterapi til de mange pasientene som drar nytte av slik behandling. Steder som Ullevål og Kompetansesenteret for ME bør derfor fortsette å behandle sympatikus-aktiverte, stressplagede og somatiserende pasienter, for dette er de gode til. Men for å gjøre ME-pasienter *friske* trenger vi en annen tilnærming.

### SOM HOS ANDRE

ME-pasienter kritiseres ofte for ikke å anerkjenne sammenhengen mellom fysisk og psykisk sykdom. Dette kjenner jeg meg ikke igjen i. De fleste ME-pasienter jeg har vært i kontakt med, både ønsker og trenger psykologisk hjelp. Påkjenningen ved ufrivillig isolasjon, sorg over tapt arbeidsliv, sengeleie og alvorlig sykdom trenger man hjelp for å bearbeide. Vårt poeng er ganske enkelt at sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse verken er større eller annerledes for ME-pasienter enn for andre kronisk syke.

Det som skaper frustrasjon, er at lidelsen vurderes som en selvreparerbar psykososial stresstilstand. Dette medfører igjen klassiske psykologiske forsvarmekanismer som forsvar, angrep og resignasjon – og dette gjør at kompetansemiljøene lett får bekreftet og forsterket det bildet de har av pasientgruppen. Det hele blir en selvoppfyllende profeti: Erfaringene våre ugyldiggjøres, og vi fortviler, raser, truer. Vi krenkes – og vi blir krenkbare.

I sin tid ble multippel sklerose omtalt som «fakers disease», helt frem til man oppdaget skader på hjernen gjennom MR-undersøkelser. Tilsvarende tror jeg vi står overfor et lignende paradigmeskifte når det kommer til ME. Men skiftet krever mer penger til forskning, og at man gjennom for eksempel Canada-kriteriene klarer å skille mellom ME-syke og andre utmattelsestilstander. Det bør også etableres et nytt kompetansemiljø for ME, denne gangen et biologisk fundert miljø.

### FORTELL

Også vi ME-syke og våre familier har et ansvar. Vi må fortsette å fortelle, formidle og forklare med vennlighet når vi henvender oss til hjelpeapparatet. Og vi må invitere byråkrater, helsearbeidere og journalister hjem til oss og gi sykdommen et ansikt. Det er makt i de hjelpende hender; men fortellingens makt er også stor, og vi må gjøre vår fortelling mulig å lytte til (slik skaperen av filmen UNREST har formådd). Hvis ikke frykter jeg at resten av verden vil fortsette å tenke slik jeg gjorde før jeg ble syk i unødvendig lang tid. ❖

.....

1. Canada-kriteriene legger til grunn at det må neuroendokrine, immunologiske, autonome og kognitive utfall til for å kvalifisere for diagnosen. Det handler altså om langt mer enn stress, smerte, angst og utmattelse. Se helsedirektoratet.no for hele utredningsskjemaet.



I løpet av få måneder gikk jeg fra fornøyd, fulltidsarbeidende tobarnsmor til sengeliggende pleiepasient

### Debatt om kronisk utmattelsessyndrom

#### Desember

ME-syke kjemper for å bli trodd (reportasje)

#### Februar

Feillinformasjon om kronisk utmattelsessyndrom, Hedda Bratholm Wyller og Vegard Bratholm Wyller (debattinnlegg)

Er dagens praksis på avveier?, Nina Andresen (debattinnlegg)

# Bekymringsmelding om Psykbase



**STÅLE WILLIAM REIGSTAD**, tidligere avtalespesialist

JOURNAL

Når Psykbase overtas av fylkesmannens kontor ved pensjonering eller død, kan det oppstå situasjoner der personvernet svikter.

**AVTALESPELALISTENE HER TIL** lands bruker journalsystemet Psykbase. Det er etter hvert blitt et avansert elektronisk system for pasientregistrering, journal- og regnskapsføring, og for faglig kommunikasjon gjennom Norsk helsenett. Det er et godt og sikkert arkiveringssystem så lenge det administreres av psykologen som disponerer det.

Når avtalespesialister som bruker Psykbase, går av med pensjon, kan vi enten overføre arkivet til fylkesmannens kontor eller oppbevare det selv på en minnepinne så lenge vi lever. Når vi dør, er det fylkesmannens kontor som skal ha arkivet.

Hvis en tidligere pasient ber om journalutskrift etter at psykologen er død, kan pasienten henvende seg til fylkesmannen, som åpner arkivet ved hjelp av et passord fra Aspit, selskapet som drifter Psykbase, og skriver ut journalen. Så langt høres det greit ut.

Hele arkivet åpnes. Men så greit er det ikke. Det er ingen algoritmer i Psykbase som begrenser innsynet i arkivet. Har man PIN-kode og passord, åpnes arkivet, og man får tilgang til *alle* journaler og pasientopplysninger. Vedkommende som åpner, kan fritt snoke etter kjente navn uten risiko for å bli avslørt. Psykbase har ikke innordninger som gjør det mulig å spore ulovlig innlogging, antall innlogginger osv., og adgangen til Psykbase er ikke tidsbegrenset. Arkivet er åpent for innsyn så lenge kontoret har en adgangsnøkkel/passord fra Aspit. Det er ikke et engangspassord.

Vi har hørt mye i det siste om ansattes snoking i NAV-arkiver og snoking i helsevesenets pasientarkiver. Bekymringstemaet i denne saken er ikke om ansatte ved kontoret kommer til å snoke, men at de har anledning til det.

NRK har tidligere avslørt at IT-arbeidere i Bulgaria og Malaysia i flere måneder hadde tilgang til sensitive pasientjournaler fra 2,8 millioner nordmenn. Det er ikke dokumentert at noen snoket eller misbrakte opplysningene. Likevel førte dette til at teknologidirektøren i Helse Sør-Øst måtte gå, og styret i Sykehus-

partner ble kastet. Toppsjefen i Sykehuspartner mistet jobben. Med Psykbase er vi i en situasjon der ansatte ved fylkesmannens kontor kan, under visse omstendigheter, få full tilgang til elektroniske journalarkiver i ubegrenset tid og uten at ulovlig snoing kan spores. Snoing blir risikofritt. Det dreier seg om pasientrettigheter, og det dreier seg om personvern.

Aspit bekreftet i en telefonsamtale i januar 2018 at Psykbase er innrettet som beskrevet ovenfor, og at det ikke er en prioritert oppgave å gjøre noe med det. De har nok med å utvikle og drive online-tjenesten. Dessuten kan vi være enige om at det ikke har vært noe stort problem hittil. Men når de store psykologkullene når pensjonsalder, blir det stadig flere som må gi fra seg arkivet. Vi forventer at Aspit finner løsninger som sikrer pasientrettighetene etter at vi går av med pensjon.

Hvilke løsninger kan vi så tenke oss? Fylkesmannen må jo kunne bistå når en tidligere pasient ber om utskrift av journalen. Ut fra min amatørforstand kan journalarkivet sikres ved at fylkesmannen får tilsendt en engangskode, og at Psykbase åpnes i et tidsvindu på 10–15 minutter. Klarer de ikke å skrive ut journalen på et kvarter, må de kontakte Aspit for veiledning og nytt passord. Ordningen med å oppbevare helsearkiver hos fylkesmannen er også helt utdatert. Det er en hundre år gammel ordning som kom i stand for å sikre forsvarlig lagring av journalene til privatpraktiserende leger når de sluttet å jobbe. Det er neppe godt gjennomtenkt at også elektroniske pasientjournaler i vår moderne tid sendes til fylkesmannen når vi avslutter virksomheten. De bør med fordel kunne oppbevares hos Aspit etter at behandleren dør. Og Aspit bør kunne skrive ut journalene til de som ber om det. Her tror jeg noen må tenke nytt.

Les tilsvarene fra daglig leder i Aspit og fylkeslegen i Oslo og Akershus på neste side.

---

## Tilsva

### **Psykologtidsskriftet har gitt daglig leder i Aspitt Dag Helge Haslekås anledning til å svare på innlegget ovenfor.**

«Innlegget fra Ståle William Reigstad tar opp et relevant tema. Det er godt beskrevet. Bortsett fra overskriften stiller vi oss bak innlegget. Bekymringsmeldingen bør imidlertid rettes til staten og ikke til PsykBase. Ordningen med deponering hos fylkesmannen er ingen god ordning – hverken når det gjelder data produsert i PsykBase, eller fra noen andre elektroniske journal-system. Det er samme situasjon som gjelder alle journalsystem i Norge – det er et titalls slike for ulike nisjer i helsevesenet. Det eksisterer ikke noen god felles ordning for hvordan dette skal håndteres. Dagens praksis bærer preg av ad hoc-løsninger fra det offentlige side, og det er riktig at ved begjæring om innsyn hviler mye på taushetsplikt og interne rutiner hos fylkesmannen.

Vi i ASPIT er ikke rett adressat for en bekymringsmelding. Tvert imot. Vi fikk en tilsvarende henvendelse i 2011 rundt en avdød psykologs database. Situasjonen var den samme den gang. Ulike deler av Norsk psykologforening og andre ble involvert. Vi foreslo da en konkret ordning som er helt i tråd med hva Reigstad foreslår i sine to siste setninger i innlegget. Det ville være langt tryggere at vi foretok langtidslagringen i

slike tilfeller inntil staten har fått på plass en forsvarlig løsning. Dette ble skissert i detalj og kostnadsberegnet.

I personopplysningsloven § 14 fremgår det at journaler kan avleveres til fylkesmannen eller deponeres i annen oppbevaringsinstitusjon. Dette kunne meget vel vært håndtert av ASPIT eller andre leverandører med tilsvarende sikkerhetsrutiner.

Som så mye annet som kanskje oppfattes som komplekst – vårt forslag rant ut i sanden etter at vi konkretiserte og sa vi var klare til å påta oss denne rollen på vegne av samfunnet.

Psykologtidsskriftet har fått tilsendt aktuell e-postkommunikasjon fra 2011 der det fremkommer at vi foreslo en konkret, enkel, sikker og rimelig langtidslagring av journaler. Den burde vært omfavnet og igangsatt – det ble den ikke.»

---

## Tilsva

### **Helsedirektoratet har foreløpig ikke svart på Psykologtidsskriftets henvendelser. Alle landets fylkesmenn er kontaktet. Fylkeslege Jan Petter Odden hos Fylkesmannen i Oslo og Akershus svarer:**

Fylkesmannens oppbevaring av avlagte journaler kan ikke sammenliknes med situasjonen som gjaldt Helse Sør-Øst og Bulgaria.

Alle som yter helsehjelp (helseforetak, avtalespesialister, legekontorer, helsepersonell), har plikt til å føre journal (helsepersonelloven § 39). Opplysningene må oppbevares forsvarlig.

Ved opphør av virksomhet der det ikke er aktuelt å overføre pasientjournalene til et bestemt helsepersonell eller til en bestemt virksomhet, kan de avleveres til offentlig arkivdepot eller leveres til fylkesmannen (forskrift om pasientjournal § 15 – Overføring av journal, opphør av virksomhet). Innsyn i disse journalene kan gis etter særskilte regler. Pasienter og pårørende kan få tilgang til journal for eksempel i forbindelse med erstatningssaker der personer har vært utsatt for miljøgifter, skader, eller ved barnevernssaker, o.l.

Helse- og omsorgstjenesteloven og lov om spesialisthelsetjenesten gir fylkesmannen hjemmel til tilgang til nødvendig dokumentasjon. Ansatte hos fylkesmannen er sikkerhetsklarert og er underlagt taushetsplikt om de opplysninger som foreligger.

Disse journalene skal oppbevares forsvarlig. Ved mistanke om snoking eller på forespørsel kan det foretas sporing av hvem som har vært inne i ulike saker/journaler.

Det er utarbeidet ny bevaringsforskrift for pasientarkiv i kommuner og fylkeskommuner, som nylig har vært til høring.

Norsk helsearkiv er under etablering på Tynset, planlagt ferdig i 2019, og vil ivareta alle innleverte journaler i Norge. ❌

# Avsporing om BUP

I Haugalandet-saken er fokuset på BUP etter min vurdering en avsporing.

**ELISABETH RØD,**  
bistandsadvokat i  
Haugalandet-saken

BEHANDLING OG  
RETTSSIKKERHET

**AKTØRER KAN ABSOLUTT** påvirke en rettsprosess, enten det er berettiget eller ikke. I denne saken (Haugalandet-saken, red.anm.) har forsvarer og privat sakkyndig satt hovedfokus på BUP og deres arbeid. I motsetning til den rettsoppnevnte sakkyndige kom den private sakkyndige med sterk kritikk av BUPs behandling. Hun nærmest insinuerte at BUP hadde påvirket barnet eller skapt falske minner hos barnet. En vet ikke hva juryen har vektlagt, men en aktør, særlig med tittelen sakkyndig, vil åpenbart kunne påvirke en jury eller rettsprosessen.

## AVSPORING

Fokuset på BUP er etter min vurdering en avsporing. BUPs rolle har vært å gi behandling. De har gitt sin uttalelse i anledning saken, men har ikke trådt inn i og spilt en aktiv rolle i straffesaken, slik forsvarer anfører. Påtalemyndigheten har hele tiden vært klar på at det *sentrale* bevis er barnets forklaring. Det er jeg enig i. Allerede i første dommeravhør forklarte barnet seg detaljert om hva hun skal ha opplevd, en forklaring som etter min vurdering ikke er til å misforstå. BUP ble kontaktet og startet sin behandling flere måneder etter dette dommeravhøret, og påvirkning fra BUP er umulig på

dette tidspunktet. Barnet har også fortalt om overgrep til ansatte i barnehagen m.m.

Det er viktig å huske at den rettsoppnevnte sakkyndige er oppnevnt av retten på grunn av kompetanse og er vurdert av Den rettsmedisinske kommisjon. Den private sakkyndige er engasjert av forsvarer for å finne feil, hun er ikke klinisk psykolog, men uttalte seg etter min vurdering svært kategorisk utenfor eget fagområde. Det opplever jeg som useriøst.

## OVERGREP

Skal barn som utsettes for noe av det verste en kan oppleve, ikke få noen som helst hjelp fordi behandlingen settes på vent i årevis mens saken behandles i rettssystemet? Det vil i seg selv være et overgrep av stor alvorlighetsgrad! Barn som utsettes for et traume, må åpenbart få profesjonell hjelp så snart som mulig.

I denne saken fikk barnet en PTSD-diagnose. En diagnose den rettsoppnevnte sakkyndige var enig i. Det er en alvorlig diagnose som krever profesjonell oppfølging og behandling. Barnet fikk behandling av BUP, og denne har gitt god effekt. Behandlingen har vært helt nødvendig, og min klient er svært takknemlig for den hjelpen hun har fått.

## Tilsvar

**Psykologtidsskriftet har gitt psykolog og førsteamanuensis ved Politihøgskolen Ellen Wessel anledning til å kommentere deler av innlegget ovenfor. Her er Wessels svar:**

«Min faglige kompetanse og erfaring var kjent for retten. Lagdommerne stilte aldri spørsmål ved min faglige kompetanse, som ble dokumentert i forkant av saken. Mitt mandat var todelt og godkjent av retten. Jeg forholdt meg til rammene gitt i mandatet. Den ene delen var identisk til mandatet til den rettsoppnevnte sakkyndige, og omhandlet behandlingen ved Bup. Det andre var en generell vitnepsykologisk redegjørelse. Min redegjørelse var i henhold til mandatet og den objektivitet og de ret-

ningslinjer som ligger i sakkyndigrollen. Jeg besvarte videre spesifikke spørsmål fra rettens aktører. Lagdommerne gav aldri uttrykk for at jeg beveget meg utenfor mitt mandat eller rolle som sakkyndig.

For ordens skyld: Jeg har fire års erfaring med barn og ungdom og har fått godkjent praksisen i min spesialitet. I 18 år har jeg hatt 30 prosent barn og ungdom i terapi.» ✕

Se også artikkel om behandling og rettsikkerhet på side 166.

# Flere roller, mange rom

Psykologer bør være der de gjør størst nytte for seg. Ofte er det i terapirommet, noen ganger helt andre steder.

**I EN KOMMENTARARTIKKEL** i februarutgaven uttrykker redaktør Per Olav Solberg bekymring for at psykologer er i ferd med å forlate terapirommet, og at psykologrollen utvannes. Det er prisverdig at psykologforeningens eget tidsskrift bruker spalteplass på å diskutere profesjonsutvikling og grensene for psykologers kjernekompetanse, men argumentasjonsgrunnlaget fremstår ikke som bunnsolid.

## KLINIKKVEKST

Psykologprofesjonen har først og fremst utviklet seg innenfor en klinisk ramme. Det har skjedd siden Harald Schjelderup sådde spirene til dagens profesjonsstudium ved Universitetet i Oslo i 1948. Man trenger ikke taste seg lenger enn til medlemsstatistikken for å kunne konstatere at satsingen på klinikk har båret frukter. I dag jobber det cirka 4500 psykologer i spesialisthelsetjenesten. Økningen har vært på drøye hundre hvert år siden 2015. Lite tyder på bråstopp i trenden, selv om også kommunene er i gang med å rekruttere psykologene de er lovpålagt å tilby fra 2020.

Det er altså ingen akutt fare for terapirom som er tomme for psykologer. Og det er bra. Trenger vi psykisk helsehjelp, må vi få det. Enten det er spesialisthjelp på sykehus eller lavterskeltjenester der vi bor. Det er i tråd med samfunnets bestilling av hva psykologprofesjonen skal levere: helsehjelp.

## UTVIDET SAMFUNNSOPPDRAG

De siste årene er imidlertid samfunnsoppdraget blitt utvidet. Blant annet fordi politikere erkjenner at vi heller bør flytte ressursene fra å reparere helseskader over til å bruke kreftene på å forhindre at folk får så store plager at de må søke hjelp for mer alvorlige psykiske lidelser. Og da må vi jobbe på en annen måte enn før: både gi individuell hjelp til dem som trenger det, og forebygge der det er mulig.

Noe av det smarteste vi kan gjøre, er å spre kompetanse til fagmiljøer som har kontakt med barn og unge til daglig – i barnehagen, på skolen:

Hvis Fia på fem viser tegn på omsorgssvikt, er det viktig at hun ikke er omgitt av personale som er usikre på hvilke tegn de skal se etter som gir grunnlag for bekymringsmelding. Da kan det nettopp være kompetansepåfyll fra en psykolog de trenger.

Hvis Ottar på åtte er lei seg og ikke vil gå på skolen fordi han blir mobbet, kan det være en god investering å bruke psykologkompetanse til å veilede skolen/lærerne i hva som skal til for å skape gode lærer-elev-relasjoner og et godt psykososialt skolemiljø.

Og hvis vi kan forebygge konsekvensene av sosialt og økonomisk utenforskap med å formidle psykologisk kunnskap til folkevalgte og samfunnsplanleggere utenfor terapirommet, skal vi selvsagt gjøre det. For samfunnsmessige forhold *har* psykologiske konsekvenser. Det er derfor Psykologforeningen har sosial utjevning som overordnet mål for hovedsatsningen «Forebygging for barn og unge.»

## VI MÅ DELE

Mennesker er ikke øyer. De lever og utvikler seg innenfor kontekstuelle rammer. En som anskueliggjør dette tydelig, er Urie Bronfenbrenner. Hans utviklingsøkologiske modell viser hvordan de sammenhengene vi inngår i, enten det er familie, økonomiske forhold, verdier og normer e.l., påvirker oss på individnivå.

Psykologiens kunnskapsgrunnlag er i konstant utvikling. Vi vet stadig mer om hva som bygger oss opp som mennesker, og hva som bryter oss ned. Å holde denne kunnskapen for seg selv vil være direkte uetisk og i strid med Psykologforeningens formålsparagraf, som pålegger oss å arbeide for «... å forbedre menneskers livsvilkår gjennom utvikling, formidling og praktisk anvendelse av psykologisk kunnskap». Derfor må vi dele. Det er det psykologer gjør når de noen ganger tar steget ut av terapirommet, og det er steg vi bør heie fram. ❌



**TOR LEVIN HOFGAARD,**  
president i Norsk  
psykologforening

## PSYKOLOGROLLEN

# Betaler ikke 7000 for VG

La oss få tilbake et seriøst tidsskrift som ivaretar medlemmenes interesser.



**FERRUCCIO  
ARISTARCO,  
METTE HJELMÅS,  
ERIK WINTHER  
SKOGLI og  
GUNHILD  
KULBOTTEN,**  
tillitsvalgte ved  
Sykehuset Innlandet

**PSYKOLOG-  
TIDSSKRIFTET**

**SELVFØLGELIG** går ikke hele medlemskontingenten til Psykologtidsskriftet, men for de fleste av oss er dette det mest håndfaste vi får fra Psykologforeningen. Heldigvis. Siden alternativet ser ut til å være et virkelig stort svik.

Dette innlegget gjelder selvfølgelig «Prestesaken». Rettere sagt «Sakkyndigsaken». Kritikken er todelt: Den gjelder på den ene siden form; den tabloide, unyanserte journalistikken i et seriøst fagtidsskrift, dessverre i sterkt forfall etter at det kom i løssalg. På den andre siden kritiseres Psykologtidsskriftets svik mot to, men særlig én, av våre egne. Journalisten begår langt på vei de samme overtramp og «justismord» som han selv påpeker, bare mot den sakkyndige.

Det er naturligvis fint at ulike sider ved det psykologfaglige arbeidet granskes. Vi vil jo alle bli bedre. Men man forventer en saklig vinkling og nyansert drøfting i et respektert, vitenskapelig fagblad. Her er Psykologtidsskriftet på kollisjonskurs med sine lesere, skjønt i tråd med helsepolitikk for øvrig; det er kanskje innsatsfinansiert blitt, det også. Så, kjære tidsskrift; vi vil gjerne lese om sakkyndigrapporter, men med fokus på hvordan vi kan gjøre arbeidet vårt bedre. Vi leser tross alt Psykologtidsskrif-

tet for å holde oss faglig oppdatert. Da er det trist at dere tar oppgaven som kiosklektyre mer alvorlig.

Så til «det store sviket»: Denne typen offentlig uthenging av et tidligere medlem i et fagforeningstidsskrift er uhørt. Det er ikke foreningstidsskriftets oppgave å være vaktbikkje. Til det har vi andre instanser, som for eksempel Den rettsmedisinske kommisjon. Selv om journalisten stadig avdekker feil og mangler hos flere instanser, vender han hele tiden tilbake til den sakkyndige og synes å legge mest skyld på hennes rapport. Kunne vi vennligst heller fått en saklig orientering om hvordan våre rapporter brukes i rettsapparatet, eller en undersøkelse der dette er tema? Det hadde nemlig vært nyttig lesning, og vi er ikke vant til å bruke Psykologtidsskriftet som underholdningsmagasin. Ser Psykologforeningen for seg at Legeforeningen ville gjort noe tilsvarende? Vi hører om leger som gjør feil, men de stilles ikke til spott og spe i *Tidsskrift for den norske legeforening*.

Det er fint at noen vil hjelpe presten. Han er utvilsomt et lidende menneske, men spar oss for sånt som dette. Det er andre måter å gjøre det på. La oss få tilbake et seriøst tidsskrift som ivaretar (tidligere) medlemmers interesser. ✖





FOTO: SUZUKI SHINICHI (1835-1919), THE MET MUSEUM



## Mer enn mindfulness

Psykolog Jon Vøllestad har lest to nye bøker som gir en popularisert, men samtidig vitenskapelig fundert innføring i buddhistisk psykologi. Hvor relevant er den for det moderne mennesket?

*Se bokessay s. 218*

## «Vores hukommelse fungerer ikke som et videokamera»

Trinne Sonne ved Aarhus Universitet anmelder *Vitnepsykologi 2.0* av Svein Magnussen, side 216

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

Vi ønsker velbegrunnede og nyanserte anmeldelser av psykologisk fagstoff. Lengre bokessay er også av interesse.

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

# Levende og let om vidnepsykologi

Kan vi stole på vores hukommelse? Kan vi stole på andres?

*Vitnepsykologi 2.0.* giver læserne en god opdatering.



**SVEIN MAGNUSSEN**  
*Vitnepsykologi 2.0.*  
Abstrakt forlag, 2017.  
361 sider

**VIDNEUDSAGN** kan få store konsekvenser, når de bruges i retssager. Men hvor gode er vi egentligt til at vidne? Kan vi stole på vores hukommelse? Kan vi stole på andres? Vidnepsykologien beskæftiger sig med netop disse problemstillinger i undersøgelsen af vidneudsagn. Det er da væsentligt at se på, hvad der går forud for tilblivelsen af et vidneudsagn, samt hvorledes vi kan hjælpe folks vidneudsagn på vej, uden at risikere at påvirke, hvad de fortæller. Når folk taler usandt i retten, skyldes det altså ikke per automatik, at de bevidst lyver. Hvis der er noget, forskningen har vist, så er det, at vi simpelthen ikke er bygget til opgaven at vidne. Vores hukommelse fungerer ikke som et videokamera, – vi fortolker, hvad vi ser, og vi opfatter bestemt ikke alt, også selvom det er lige for næsen af os. Dette og meget andet behandler Svein Magnussen i sin bog *Vitnepsykologi 2.0*:

Vitnepsykologiens vigtigste bidrag til retssikkerhed er å gøre rettens aktører opmærksom på hva vi kan forvente av vitners – voksene og barns – observasjon og hukommelse. Hva kan påvirke påliteligheten av observasjon og hukommelse? Hva kan skape feil og falsk hukommelse? Og hvilke fallgruver i menneskelig tenkning kan tenkes å prege rettens vurderinger og beslutninger (side 14)?

## OPDATERET OG LETLÆSELIGT

En grundbog om vidnepsykologi har i den grad været savnet i Skandinavien, hvor man hidtil har måttet ty til amerikanske bøger om emnet. Jeg var så glad, da jeg ved et rent tilfælde faldt over Magnussens første bog om vidnepsykologi, og jeg har flittigt brugt den i min undervisning siden. Derfor blev jeg også noget så glad, da jeg så, at han havde udgivet en opdateret version.

*Vitnepsykologi 2.0* er inddelt i 7 kapitler med et gennemgående fokus på begreberne påli-

delighed og troværdighed. Forfatteren kommer blandt andet ind på vidnepsykologiens historiske baggrund, selvbiografisk hukommelse, viden om hukommelsesprocesser og opmærksomhed, voksne som vidner, falske erindringer, børn som vidner, alt imens dette sættes ind i et praksisperspektiv med fokus på den skandinaviske kontekst. Der er tale om en omfattende opdatering, der tager højde for feltets udvikling de seneste 15 år:

Lite av det vi trodde for 15 år siden har vist seg å være direkte feil, men bildet er mer nyansert. Mer omfattende og metodologisk finslept empiriske undersøkelser har gitt et mer solid grunnlag for å trekke konklusjoner – noen mer, noen mindre bastante enn for 15 år siden – og enkelte forskningstema har fått større oppmerksomhet (fra forordet)

Især afsnittene vedrørende hukommelse og opmærksomhed står særligt stærkt i denne udgave.

Magnussen er en fantastisk formidler. Han skriver meget levende og letlæseligt. Han illustrerer de mange emner ved brug af relevante cases, der tydeliggør vigtigheden af forskning i dette felt, og som fremhæver hvor komplekse problemstillinger, man ofte møder.

Magnussen er meget synlig i sin tekst, og kommer løbende med opsummeringer eller anbefalinger anno 2017 på baggrund af den forskning, han gennemgår. Jeg tror, det er en smagssag, hvorvidt man synes om denne måde at skrive på, men jeg synes, at det fungerer fint her, da anbefalingerne altid baseres på en rig gennemgang af forskningen på området.

## SAVNER NUANCER

Et område, hvor jeg godt kunne savne lidt flere nuancer, er i hans gennemgang af børn som

## ANMELDT AV

Trinne Sonne, Ph.d., psykolog, Center for Selvbiografisk Hukommelsesforskning, Psykologisk Institut, Aarhus Universitet



**HVAD VI SER** Vores hukommelse fungerer ikke som et videokamera, -vi fortolker, hvad vi ser, og vi opfatter bestemt ikke alt, også selvom det er lige for næsen af os, skriver Trinne Sonne ved Aarhus Universitet, som har læst *Vitnepsykologi 2.0* av Svein Magnussen. Foto: Lina Yatsen / Unsplash.com

vidner, særligt børns autobiografiske hukommelse. Magnussen kunne med fordel have inddraget lidt mere af den nyere forskning.

Eksempelvis viser et nyere studie af Dahl, Kingo og Krøjgaard (2015), at selvom sproget spiller en afgørende rolle i forklaringen af barndomsamnesi – det fænomen at vi som voksne kun har få erindringer fra de første år af vores liv – afhænger det også af måden, børnenes hukommelse testes på. Endvidere viser studier af børns spontane, i betydningen ikke-promptede, erindringer, at børn måske har flere erindringer, end vi fanger ved brug af klassiske hukommelsesdesign, hvor børn direkte spørges til tidligere oplevede hændelser (f.eks. Krøjgaard et al., 2017; Sonne et al., under udgivelse). Denne problematik kommer direkte i spil i vidnepsykologiske sammenhænge, netop fordi vidneudsagn per definition baseres på svar på direkte spørgsmål. Der er således særlige udfordringer forbundet ved undersøgelsen af børns hukommelse og ligeledes ved tilblivelsen af børns vidneudsagn, og jeg så gerne at dette område var udfoldet lidt mere.

#### VARMT ANBEFALET

Magnussen er i den grad kommet med en forbedret og opdateret bog om vidnepsykologien, og jeg kan varmt anbefale bogen til alle, der gerne vil have en indføring i vidnepsykologien, eller som gerne vil opdateres på den seneste forskning. Magnussens mål om at oplyse og at øge opmærksomheden på, hvad vi kan forvente af vidner, er bestemt lykkedes med denne bog, og jeg vil glæde mig til at bruge denne version i min undervisning. ✖

#### REFERENCER

- Dahl, J.J., Kingo, O.S., & Krøjgaard, P. (2015). The Magic Shrinking Machine revisited: The presence of props at recall facilitates memory in 3-year-olds. *Developmental Psychology*, 51, 1704–1716. DOI: 10.1037/dev0000050
- Krøjgaard, P., Kingo, O., Jensen, T.S. & Berntsen, D. (2017). By-passing strategic retrieval: Experimentally induced spontaneous episodic memories in 35- and 46-month-old children. *Consciousness and Cognition*, 55, 91–105. DOI: 10.1016/j.concog.2017.08.001
- Sonne, T., Kingo, O.S., Berntsen, D. & Krøjgaard, P., (under udgivelse) Thirty-five-month-old children have spontaneous memories despite change of context for retrieval, *Memory*. DOI: 10.1080/09658211.2017.1363243



# Evidensbasert visdom

Hvordan er egentlig forholdet mellom buddhistisk psykologi og den moderne vestlige varianten av faget? Og hva kan forskning fortelle oss om virkningen av kontemplativ praksis inspirert av buddhismen? To ferske bøker tar for seg disse spørsmålene.

**D**a jeg var gutt, var jeg begeistret for den italienske eventyreren Marco Polo. Jeg likte særlig godt en bildebok der reisene hans til Østen var illustrert med store, detaljerte tablåer av kinesisk hverdagsliv, natur og sivilisasjon. Jeg husker dramatiske møter med den mongolske herskeren Kublai Khan, og bilder fra storslåtte templer. Jeg opplevde en storøyd fascinasjon for dette fremmede som jeg vet at jeg ikke har vært alene om.

Østen var lenge gåtefull for folk i Vesten, og som gåter har den hatt en dragning på oss. Vi har sett Østen som Det Andre, et alternativ til vår måte å organisere samfunnet og leve på. Og som ofte med det vi ikke helt forstår, har vårt bilde pendlet mellom romantisering og idealisering på den ene siden – og avvisning og til og med demonisering på den andre.

Det er uklart når Østens og Vestens åndelige og filosofiske tradisjoner først kom i kontakt. Det har lenge vært handelsforbindelser, særlig langs den såkalte Silkeveien. Det har også vært spekulert i om det østlige tenkesettet har vært med på å prege for eksempel de tidligste greske filosofene. Men de første etablerte møtene var mellom jesuitt-misjonærer og representanter for ulike buddhistiske skoler fra 1500-tallet av. Misjonærene stilte seg gjennomgående nedlatende til det de opplevde som gudløse og hedenske tenkesett (Sutin, 2006).

På 1800-tallet endret det seg. Religionen trådte i bakgrunnen for vitenskapen. Det betyr ikke at etnosentriske forestillinger slapp taket, men Østens tanke-systemer ble gjenstand for åndelig, filosofisk og vitenskapelig nysgjerrighet. Flere intellektuelle så i buddhisme og hinduisme en motvekt til den moderne individua-

## TEKST

Jon Vøllestad, psykolog ved Solli DPS og førsteamanuensis II ved Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

## ILLUSTRASJON

Åge Peterson



lismens sykdomstegn. Her fant de et romsligere perspektiv på selvet, og en forståelse av at vi alle er langt mer innvevd i naturen og sosiale fellesskap enn det isolerte kartesianske jeget skulle tilsi (Sutin, 2006).

### MEDITASJON KOMMER TIL VESTEN

På slutten av 1800-tallet førte imidlertid et klima for religionsdialog til at representanter fra de østlige tradisjonene ble invitert til Europa og USA for selv å formidle. Og først utover på 1900-tallet begynte buddhistiske læremestere å lære opp elever i meditasjon. Dette – i kombinasjon med at flere fra Vesten dro til Asia for å fordype seg – la grunnlaget for den voksende plass kontemplative aktiviteter som yoga og meditasjon har fått i kulturen. Fra å være en eksotisk filosofi og praksis har denne måten å forstå og trene sinnet på blitt en del av livsstilsrepertoaret i det 21. århundret (Fields, 1992; Coleman, 2001).

I løpet av de siste 20 år har det også vært en tydelig økning i den kliniske og vitenskapelige interessen for østlige perspektiver på sinnet. Dette skyldes at en har fått tidsavgrensede, standardiserte treningsprogrammer for mindfulness som det har vært forsket på for ulike livsvansker og psykiske lidelser. Nylige oppsummeringer av forskningen viser at mindfulness-baserte intervensjoner nå har god forskningsstøtte for depresjon, smerte- og avhengighetsproblematikk (Goldberg et al., 2017).

Slik blir det naturlig nok mye medieinteresse av. Nesten daglig kan en lese om hvordan mindfulness skal være til hjelp for stadig nye plager og problemer. Det er ingen tvil om at mindfulness treffer noe i tidsånden. Det 21. århundret er epoken da *first world problems* har eksplodert. Våre privilegerte hverdager er mer enn noen gang preget av tidsklemmer, statusjag, verdimeslig krysspress og digital *overload*. Da er det ikke rart at folk trekkes mot en metode som later til å love harmoni for stressede, distraherede og usikre sinn. Men det er også en reell risiko for at entusiasmen for en ny metode løper foran forskningen på den. Og kanskje kan vi også gå i noen av de gamle orientalistiske grøftene, der vi ukritisk idealiserer det østlige som en universell, men diffus motgift mot våre vestlige kulturelle utfordringer?

Hvordan skal en interessert leser da orientere seg? To nye bøker forsøker å gi en popularisert, men samtidig vitenskapelig fundert innføring i buddhistisk psykologi og hvordan den kan være relevant for moderne mennesker og fagpersoner. Bøkene utfyller hverandre også på en fin måte.

### ER BUDDHISMEN SANN?

I *Why Buddhism is True* (Wright, 2017) ser den amerikanske journalisten Robert Wright nærmere på buddhistisk forståelse av menneskesinnet, og hvordan den stemmer overens med moderne psykologisk kunnskap. Som tittelen avslører, mener Wright å finne en stor grad av samsvar. Han vedgår at buddhisme er mye forskjellig, inkludert en rekke overnaturlige og religiøse forestillinger som ikke passer så godt sammen med et moderne vitenskapelig verdensbilde. Samtidig mener Wright at det er en kjerne av naturalistiske ideer som faller innenfor psykologi og filosofi heller enn religion. Det vil si et sett med påstander om sinnet og dets prosesser, og en beskrivelse av den psykologiske dynamikken som ligger til grunn for både lidelse og opphør av lidelse. Det er dette bildet av psyken han mener samsvarer godt med hva vi etter hvert vet om sinnet fra evolusjonspsykologi, sosialpsykologi og andre greiner av faget.

Kjerneproblemet i den buddhistiske analysen er at vi misforstår virkeligheten. Vi tror at sinnet gir et sant bilde av verden, som vi så handler på. Problemet er at hjernen vår ofte leder oss. Ett eksempel på dette er at vi gjerne trekkes mot flyktige gleder, som ikke gir oss den tilfredsstillende vi forventer. Vi overvurderer den lykken vi skal få av neste sjokoladepbit, neste kleskjøp eller neste *like* på Facebook. Årsaken til dette er at evolusjonen har programmert oss til å gjøre ting som hjalp forfedrene våre til å spre genene sine, som å spise næringsrik mat, ha sex, vinne status og beseire rivaler. Dette ga mening en gang i tiden. Men nå lever vi i et habitat der disse impulsene ikke lenger tjener oss – selv om de er lønnsomme for reklamebransje og hurtigmatindustri.

### Å MISFORSTÅ SEG SELV OG ANDRE

Det kognitive apparatet vårt er altså ikke laget for å speile virkeligheten. Det fører til at vi også misforstår oss selv. Vi ser oss gjerne i et mest mulig gunstig lys, slik mye forskning på biaser i sosial persepsjon viser. Vi oppfatter og fremstiller oss selv som rasjonelle aktører, som gjerne er over gjennomsnittet kompetente til det meste. Wright knytter denne forskningen på systematiske skjevheter i selvpoppfatning til darwinistisk nytteverdi. Selvet er ikke igangsetteren av handlinger. Det er mer for en pressetalsmann å regne, en som i etterkant kommer med forklaringer på og rasjonaliseringer av valg som allerede er tatt på et førbevisst nivå. I stedet for selvet som en administrerende direktør kommer det frem et bilde av sinnet preget av såkalte moduler – subsystemer eller atferdsprogrammer som konkurrerer om å forme bevisstheten og å styre det vi gjør.

Det som fremtrer, er en prosessorientert psykologi som er i tråd med buddhismens beskrivelse av den menneskelige tilstand. Det er ikke noen stabil essens i oss. Selvet vårt er en imaginær forestilling, en misforståelse, og noe som gir opphav til selvsentrerte impulser som begjær og aversjon, som igjen gir opphav til frustrasjon, stress og lidelse.

Det er heller ikke noen stabil essens i andre. Dette er et annet felt der vi har vansker med å se klart. Både når det gjelder andre mennesker og naturfenomener, har vi en tendens til å tillegge dem for mye form, innhold og substans. Wright viser til forskningen på førsteinstrykk, og den fundamentale attribusjonsfeilen. Vi gjør

kjappe vurderinger av andre, ofte på bakgrunn av altfor lite data. Og ofte inngår dette i vår stammepsykologi: Vi tillegger mening og ladning ut fra vårt ståsted og ikke minst vår gruppetilhørighet. Og det skal svært lite til for å skape inn- og utgruppedynamikk, der samholdets skyggeside kommer frem.

En lang rekke sosialpsykologiske eksperimenter viser hvor lite som skal til før vi begynner å favorisere våre egne og mislike de Andre. Del en gruppe i to og gi dem t-skjorter i ulike farger, så har vi det gående. At dette kan bli svært destruktivt, er det bare å skru på nyhetene for å få bekreftet. Kanskje går verden fremover rent teknologisk. Men det er lite som tyder på at vi er i ferd med å legge bak oss tendensen til uforsonlig konflikt langs politiske, etniske eller religiøse skillelinjer. Nyanser forsvinner, og løsningene blir enkle.

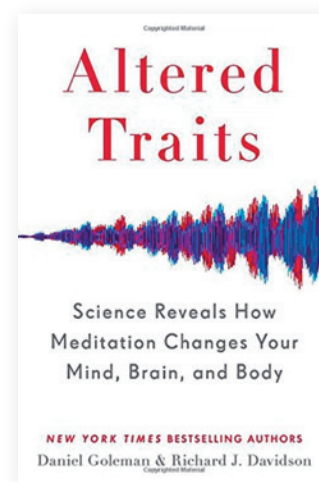
Dette er eksempler på hvordan vi konstruerer sammenheng, stabilitet og essens gjennom aktiv persepsjon. Det buddhistiske begrepet om «tomhet» eller «formløshet» viser til at denne mentale modellbyggingen og prediksjonen er en tvangsmessig kategorisering av verdens mangfoldighet. Ved å bruke ord som «flyktning» eller «muslim» har vi utført en reduksjon fra noe komplisert til noe enklere. Dette er nødvendig for å skape mening, men fører for ofte til at vi forveksler kartet og terrenget. Og rigide kategorier og begreper kan skape lidelse både individuelt og relasjonelt.

#### VEIEN UT AV UFØRET

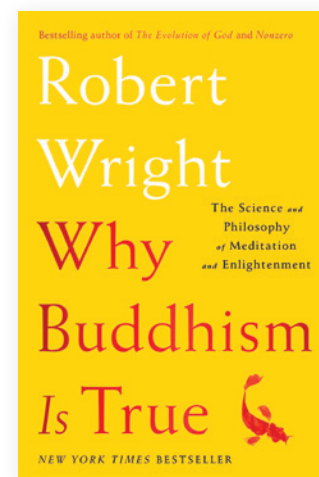
Dette er diagnosen. Hva er så løsningen? Det første steget er å se det selv-sentrerte showet med større klarhet. Her kommer meditasjon inn som metode. I mindfulness-praksis er målet i første omgang bare å observere kropp og sinn med vennlig oppmerksomhet. På den måten kan de følelsesladde impulsene som vanligvis utløser automatiske reaksjoner, få gå sin gang uten at vi handler på dem. Vi kan dermed erfare at det som virker intenst maktpåliggende, i realiteten bare er en forbigående mental hendelse. Dermed skapes et indre rom der en kan observere tanker, følelser og handlingstendenser – og kanskje også se at de er mindre sanne enn man skulle tro.

Wright bruker egne erfaringer med meditasjon for å illustrere bokens poenger. Det er et grep som gjør fortellingen levende og lett å følge, selv når det handler om kompliserte fenomener. Ord som «ikke-selv» og «tomhet» blir lettere å gripe når han beskriver konkrete erfaringer av å være til stede i øyeblikket med mindre faste barrierer mellom ham selv og resten av verden. Og han er befriende åpen om at han selv er langt fra idealene som beskrives. Han har ifølge boken alltid vært en rastløs, gretten og utålmodig person. Det er han også fortsatt. Forskjellen ligger i at han nå er mer bevisst på sine egne aversive reaksjoner, slik at han av og til kan bryte med gamle mønstre. Fortellingen får også godt frem at meditasjon ikke handler om å fjerne ubehag – men snarere om å nærme seg vansker, utforske dem med ikke-dømmende oppmerksomhet, være vennlig til stede med dem heller enn å fjerne dem eller slåss mot dem.

Det er like fullt et radikalt perspektiv på virkeligheten Wright formidler. Den gjennomgående metaforen i boken er «The Matrix», fra science fiction-filmen ved samme navn. Her skildres en fremtid der menneskene er slaver under en rase av intelligente maskiner, som bruker kroppene deres som energikilder mens de føres med en virtuell virkelighet gjennom kabler inn i hjernene. Det er altså et stort gap mellom den virkelige »



**DANIEL GOLEMAN & RICHARD J. DAVIDSON,**  
*Altered Traits*, Avery, 2017, 336 sider



**ROBERT WRIGHT,** *Why Buddhism Is True*,  
Simon & Shuster, 2017, 336 sider



Wrights bok får også godt frem at meditasjon ikke handler om å fjerne ubehag – men snarere om å nærme seg vansker, utforske dem med ikke-dømmende oppmerksomhet

virkeligheten og den vi oppfatter. På samme måte ser Wright med den buddhistiske psykologien at vi lever i en tilsvarende illusorisk og undertrykkende virkelighet vi trenger å bryte ut av:

Det selysentrerte førstepersonsperspektivet har så mange feilkilder – og fører til så mye lidelse – at vi må gjennom en møysommelig opplysningsprosess for å bli virkelig frie fra våre misoppfatninger. Ved å observere tanker og følelser med ikke-dømmende oppmerksomhet kan vi bli mindre styrt av våre narsissistiske filtre og impulser, og dermed fristilt fra den medfødte reaktive dynamikken i kropp og sinn. Ved i mindre grad å la seg rive med av bevissthetens innhold og i større grad klare å betrakte det som prosess med vennlig oppmerksomhet åpner det seg for nye og mer hensiktsmessige handlingsrom. Det gjør også at vi kan bli bedre til å se og forstå andre, og vår egen plass i den større helheten. Wright fremholder her at dette er en særlig utfordring i vår tribalistiske tid, da nettopp rigide og selvrettferdige måter å erfare og handle på nærer både destruktive gruppekonflikter og ikke minst en omgang med planeten vår som truer vår fremtidige eksistens.

#### FRA TEORI TIL PRAKSIS

Wrights bok bygger på forskning, og han konsentrerer seg om hvordan funn fra moderne psykologi kan belyse eller støtte sentrale teoretiske antakelser i buddhistisk psykologi. Ikke overraskende ender han med å se et klart samsvar. Han har mindre å si om hva vi vitenskapelig sett vet om praksisen som denne teorien anbefaler – nemlig meditasjon. Det kan vi imidlertid lese mye mer om i boken *Altered Traits* (Goleman & Davidson, 2017). Her tar to svært erfarne forskere for seg den beste forskningen på hva meditasjonspraksis gjør med sinn, hjerne og kropp. Bøkene kan med fordel leses i sammenheng, og gjerne også i den rekkefølgen.

Daniel Goleman og Richard Davidson er psykologer og forskere som har vært interessert i østlige visdomstradisjoner siden 60-tallet. I løpet av disse førti årene har de sett denne filosofien og kontemplative praksisen gå fra å være et uglesett fenomen til å bli mainstream. Goleman og Davidson mener at vi nå har forskning som viser at de endringene som loves i de kontemplative tradisjonene – og som Wright beskriver i sin bok – faktisk kan skje. Samtidig er de åpne om at det er mye hype rundt mindfulness og meditasjon. Siktemålet med boken er derfor å ta et nøkternt blikk på feltet, ut fra den beste forskningen. De er likevel optimistiske: Etter kun kort tids trening viser det utbytte, og langvarig fordypning kan gi ekstraordinære effekter.

Det at det forskes på de psykologiske og nevralt effektene av meditasjon er slett ingen selvfølge for forfatterne. De forteller om sin vei inn på feltet, i en tid da interesse for meditasjon i seg selv var sett på som uvitenskapelig og suspekt. De gjorde seg imidlertid erfaringer, gjennom egen meditasjon og møter med erfarne praktikere fra Østen, som satte dem på sporet av at det finnes metoder for å jobbe med sinnet for å bringe frem en dyp og varig form for velvære og emosjonell resiliens. Slike «traits of utter wellness» er det bokens tittel henspieler på – at det er mulig å gå fra tilstander av meditativ konsentrasjon og åpenhet, til at disse blir mer varige måter å forholde seg til erfaring og å være i verden på.

Dette finner de igjen på tvers av visdomstradisjoner både i øst og vest. De sammenfaller i å beskrive en indre frigjøring – fra bekymring



og selvopptatthet til en mer åpen, balansert og vennlig måte å være i verden på. Dette er den samme rekonfigurering av det erfarende selvet som Robert Wright viser til i sin bok. Det handler igjen om å tre ut av vår snevre, evolusjonært nedfelte reaktivitet og automatisme, og inn i en romsligere og mindre essensialistisk tilstand. Goleman og Davidson snakker om muligheten for en «indre oppgradering som er mer omfattende enn vår psykologi har drømt om». De kritiserer faget for ikke å ha innsett at det finnes et potensial i menneskelig bevissthet utover de kjente tilstandene våkenhet, søvn og drøm. Og det er dette som de østlige kontemplative tradisjonene har rendyrket i langt større grad, inkludert konkrete teknikker for å bringe i stand disse endringene.

### KONTEMPLATIV VITENSKAP BLIR TIL

Problemet da forfatterne fattet interesse for dette, var at det ikke fantes noe data. Boken er fortellingen om hvordan dette feltet ble åpnet for empirisk utforskning. Da de begynte sin akademiske karriere, rådet fortsatt behaviorismens sterke skepsis mot indre tilstander overhodet. Davidson gikk undercover, holdt meditasjonsinteressen for seg selv, mens Goleman byttet beite til journalistikken. Den eneste sympatiske stemme de kunne finne innenfor faget, var selvsagt den alltid like forutseende og åpensinnede William James: «Our normal waking consciousness is but one special type of consciousness, whilst all about it, parted from it by the filmiest of screens, there lie potential forms of consciousness entirely different.»

I den buddhistiske psykologien fant forfatterne en katalog over sunne og usunne bevissthetstilstander og dynamikken mellom dem. Til dette kom den gryende erkjennelsen av nevroplastisitet – som viste at erfaringer kan sette spor i hjernen både på godt og vondt. Dette kunne gi det vitenskapelige grunnlaget for hvordan gjentatt kultivering av gunstige bevissthetstilstander kunne gi opphav til de varige værenskvalitetene som forfatterne hadde møtt hos ulike kontemplative praktikere, og som hadde gjort så sterkt inntrykk på dem.

Underveis i boken trekkes interessante paralleller til den vestlige tradisjonen – som den aristoteliske dyd, og den gylne middelvei mellom ytterpunkter som denne innebærer. Ifølge Aristoteles er vi ikke født dydige,

men må legge innsats i å kultivere egenskaper som mot og måtehold. Og tilsvarende hos stoikerne, som i sin forløper til kognitiv terapi la vekt på at vår lykke og velvære ligger i å se at det er tankene våre om hendelser som avgjør hvordan de påvirker oss, ikke hendelsene i seg selv. I disse tidlige filosofiske skolene var filosofi ikke distansert refleksjon, men en form for livskunst, der det også ble undervist i kontemplative øvelser for å gi næring til positive karaktertrekk som integritet, vennlighet, tålmodighet og ydmykhet.

### HVORDAN VIRKER MEDITASJON?

Men hvordan kan vi vite sikkert hvilken kausal rolle slike øvelser spiller i å nære gode egenskaper? Forfatterne er åpne om at tidlig meditasjonsforskning var full av svakheter. Forskerne var entusiaster, og lot sine fordommer farge tolkningene av funnene. I tillegg var teknologien for å studere sinnets psykofysiologi svært primitiv, og altfor ofte måtte en basere seg på selvrapporteringsmål, med all den usikkerhet disse medfører.

Det mangler fortsatt en god del på at forskningen på meditasjon skal være av høy kvalitet, og Goleman og Davidson lager en liste over grep for å sikre dette. En bør i større grad inkludere skeptikere i forskningen, for å hindre at egen begeistring påvirker tolkingen av data. Det skjer for sjelden at en publiserer nullfunn og manglende replikasjon. Det mangler også gode studier med aktive kontrollgrupper, enten troverdige placebobetingelser eller evidensbaserte behandlinger for samme populasjon. Ofte er det uklart hva som faktisk gjøres, når noe beskrives som «meditasjon» eller «mindfulness». Dette er brede paraplybegreper, og en bør være åpen for at ulike øvelser kan ha ganske ulike effekter. Og som ellers i faget er forskningen i all hovedsak utført på vestlige hvite velutdannede forsøkspersoner. Disse metodologiske og konseptuelle utfordringene er ikke unike for mindfulness-forskningen; mye av den samme kritikken kan rettes mot andre psykologiske behandlinger. Men forfatterne skal ha ære for at de er såpass kritiske til eget felt og stiller høye krav.

### ENDRINGER I HJERNESYSTEMER

Med disse forbehold om forskningens kvalitet går så Goleman og Davidson videre og bygger på den mest robuste forskningen vi har på fel-



tet. Den tolker de dit hen at funn hittil tyder på at kontemplativ praksis fører til endringer i ulike hjernesystemer. Disse endringene kan så forklare hvordan meditasjon fører til gunstige endringer av mer varig eller trekkmessig karakter. De aktuelle systemene er hjernenettverk for stressreaktivitet, medfølelse/empati, oppmerksomhet og selvopplevelse.

Når det gjelder stressreaktivitet, viser det seg at amygdala-reaktivitet dempes etter bare 30 timers mindfulness-trening, mens aktivitet i frontale områder involvert i emosjonsregulering styrkes. Dette støtter opp om det Wright beskriver i sin bok – hvordan meditasjon kan gjøre det mulig å forholde seg til vanskelige følelser og kroppsforfølelser på en romsligere og mer fleksibel måte.

Evnen til empati styrkes også etter kort tids trening – endringer som knyttes til økt aktivitet i hjernens nettverk for omsorg. Forfatterne har en interessant og nyansert diskusjon omkring ulike former for empati, og er bevisste på tendensen som finnes i at innlevelse medfører risiko for å bli utmattet av andres lidelse. Men de mener at forskningen viser at buddhistisk medfølelse innebærer en form for romsligere og mer handlingsrettet perspektivtaking, som overskrider den utmattende alarmberedskap som ren empatisk resonans med andre innebærer. Det er i denne sammenheng interessant at slike endringer i omsorg og medfølelse er de effektene som trenger minst trening for å vise seg – de gjør seg gjeldende etter kun 8 til 16 timers øving i vennlighetsmeditasjon.

Også hjernens nettverk for oppmerksomhet endres av kontemplativ praksis, ifølge forfatterne. På relativt kort tid ser en effekter på evnen til å samle og holde oppmerksomheten på ett punkt, og å vende tilbake når den vandrør. Forskningen tyder også på at meditasjon medfører redusert habituering til stimuli – noe som knyttes til en åpnere holdning, og speiler den reduksjon av essensialisme som Wright er opptatt av i sin bok. Mindfulness innebærer en form for av-automatisering, slik at vi møter det kjente og vante med nysgjerrighet og et såkalt nybegynnersinn.

Til slutt tar Goleman og Davidson for seg endringer i selvopplevelsen. Dette knyttes til vår iboende tendens til å organisere erfaringen vår i en historie der selvet er det naturlige midtpunktet. Det innebærer et eiendomsforhold til

våre egne opplevelser, som i tur gjør oss svært kresne på hva vi kan godta som godt nok. Igjen er det lett å knytte an til Wrights bok, og skildringen av hvordan begjær og aversjon er med på å skape stress og lidelse. Mot disse konstruksjonsprosessene, som får et illusorisk selv til å utkrystallisere seg, settes meditasjonen som en dekonstruksjonsprosess der en får et lettere og ledigere forhold til det som erfares. For eksempel kan tanker, følelser og impulser bli mindre klebrige og i mindre grad kapre oppmerksomheten vår og styre handlingene våre på automatikk.

Et mulig nevralt grunnlag for dette er endringer i det såkalte default mode-nettverket, områder av hjernen som er involvert i tankevandring og selvfokusert tenkning. Flere studier av både noviser og erfarne meditatører har funnet at aktiviteten i dette nettverket dempes. Det er også gjort svært interessante funn på at hjerneaktivitet og faktisk erfaring sammenfaller her. Når forsøkspersoner opplevde å være i en tilstand av ikke-distrahert åpen oppmerksomhet, så korrelerte det i real time med redusert aktivitet i sentrale områder av «default mode»-nettverket.

### HVOR MYE TRENING MÅ TIL?

Et viktig spørsmål på feltet er hvor mye trening som skal til for å oppnå slike effekter. Det er fascinerende å lese om forskningsfunn hos svært erfarne praktikere. Hos dem finner man blant annet sterke økninger i gamma-oscillering på EEG-målinger, det vil si en bølgeform knyttet til at ulike hjerneområder fyrer samtidig. Dette tolkes som nevralt korrelater til tilstander av åpen og rik oppmerksomhet – såkalt *spaciousness and vastness of experience*. Enkelte av disse munkene viser også så ekstreme skift i hjerneaktivitet når de for eksempel går inn i vennlighetsmeditasjon, at forskerne først har trodd at det var snakk om feil på det tekniske utstyret de målte med.

Disse funnene er basert på et lite antall forskningspersoner, fra en høyst atypisk gruppe. Enkelte av de tibetanske munkene har tilbrakt årevis i stille retreat. Hvilken relevans har det for noen her i Vesten som lærer mindfulness på et åtteukers kurs eller ved å bruke en app noen minutter daglig? I tillegg kommer vanskene med å avgjøre hva som kom først. Kan det tenkes at det i utgangspunktet er noe unikt med hjernen til de som velger et liv i ekstrem kontemplativ fordypning? Forfatterne er åpne om disse problemene, og at det skal mye til for å faktisk endre personlighetstrekk. Men deres overordnede budskap er at disse meditasjonens mestere viser oss et potensial for endringer, som kan erfares på meningsfulle måter selv med langt mindre doser av praksis.

De fleste kortvarige mindfulness-kurs kan bare vise til selvrapporterte endringer, men som nevnt er det noen indikasjoner på redusert amygdala-aktivitet og styrking av oppmerksomhetsfunksjoner etter bare åtte uker. Mer langvarig praksis kan sannsynligvis gi økt utbytte. Forskningen viser at på nivået mellom 1000 og 10 000 timer finner man klarere nevralt og hormonelle indikatorer på dempet stress-reaktivitet, og styrking av nevralt nettverk for emosjonsregulering. For de svært erfarne (mellom 12 000 og 62 000 timers trening) finner man de endrede trekk som bokens tittel viser til – en kultivering av altruisme, åpenhet og vennlighet – og korresponderende endringer i hjernens struktur og funksjon. Men her er det viktig å understreke at disse personene ikke kun mediterer med stressmestring eller symptomreduksjon som målsetting. For dem er øvelsene innvevd i et større moralsk og åndelig ram-

meverk kjennetegnet av omsorg for andre, praktisk altruisme, og en erkjennelse av ens egen plass i en større sosial og naturlig helhet som en samtidig har ansvar for.

Mindfulness kan være en ren teknikk for å fremme velvære og konsentrasjon i hverdagen. Men forfatterne ser på det som en integrert del av et mer helhetlig utviklingsløp – en form for dannelse der regulering av oppmerksomhet og følelser inngår sammen med perspektivtaking, empati, og evne til menneskelig kontakt og samhandling.

Forfatterne ser i den kontemplative tradisjonen en måte å gjøre oss kjent med vårt eget sinn på, og setter oss i stand til å observere sinnet uten å bli revet med av det og uten å måtte handle på impulsene våre. Det kan i beste fall også hjelpe oss til å kultivere romslighet og generøsitet i møtet med de som er annerledes enn oss selv, og å fremme en opplevelse av gjensidig sammenveving med hverandre og med naturen vi er en del av. Dette, som den vietnamesiske meditasjonslæreren Thich Nath Hanh kaller «InterBeing», er et uforløst potensial i kulturen vår, som i dag utfordres av mer primitive og ekskluderende diskurser.

#### ET AMBISIØST PROSJEKT

En vanlig bekymring eller kritikk i møtet med meditasjon og mindfulness i Vesten er at det skal være en metode som gjør folk enda mer selvopptatte og individualistiske. Dels beror dette på en misforståelse av hva praksisen dreier seg om. Begge disse bøkene legger gjennomgående vekt på at forestillingen om det isolerte individuelle selvet er det som ligger til grunn for mye av vår lidelse. Som alternativ settes det opp en åpnere og mindre selvsentrert måte å være i verden på. Mindfulness er i denne forstand alltid et relasjonelt anliggende og orientert mot å erfare at en er en del av en større sosial og naturlig virkelighet. Men samtidig er det nok også en reell mulighet for at metodene tas i bruk på en måte som er farget av vår kulturelle kontekst. Disse bøkene gir en viktig påminnelse om det etiske rammeverket som disse metodene kommer fra, og som vi må ha et reflektert og ansvarlig forhold til når vi tar dem i bruk i vår kultur.

#### INNVENDINGER

På ett område synes jeg imidlertid at kulturen farger språket og tenkningen i begge bøkene på problematisk vis. Det er en tendens til at det blir teknisk og objektiverende. Det snakkes om «mental oppgradering» og «nettverk» for ulike komplekse menneskelige felt som kjærlighet, omsorg og perspektivtaking. De fleste av oss hevdes å være på en «tilfeldig mental diett» som fører til tilfeldige endringer i «hjernens muskulatur». Løsningen blir da å lage apper som kan fungere som en form for «mentalt helsetudio». Jeg synes det er problematisk når dette Silicon Valley-språket invaderer det indre livet. Forfatterne er riktignok opptatt av at forskningen på feltet må kombinere førstepersons- og tredjepersonsperspektivet i en form for «nevrofenomenologi». Men tidvis kan det oppleves som at nevrosiden av saken får mer tyngde enn den fenomenologiske. Det er en kunst å balansere her, og å reflektere inn kunnskap om nevralt prosesser uten at komplekse kulturelle felt som moral og samspill reduseres til aktivering i hjernenettverk.

Det er håpefullt å lese om mulighetene til å bli mer bevisst på egne konstruksjonsprosesser og misforståelser. Det er også gledelig at forfatterne mener dette kan ha konsekvenser for kulturen vår som helhet. Når



Når filosofer og hjerneforskere har fattet interesse for disse tradisjonene, er det nettopp fordi de kan gi fruktbare perspektiver på problemstillinger vi lenge har strevd med. Hva er bevissthet? Hva er selvet? Hva er virkeligheten?



det gjøres etter intensjonen, har meditasjon klare interpersonlige konsekvenser – og et potensial for å fremme forståelse og redusere konflikt.

Jeg har lyst til å tro på det, men samtidig er det slik at konflikter drives av så mange faktorer at den individuelle innsikt ikke vil være nok i seg selv. Det er heller ikke til å komme fra at det å ha en personlig meditasjonspraksis er krevende, og en del av funnene i Goleman og Davidsons bok baserer seg som nevnt på mennesker som har meditert i et omfang som er helt utenfor rekkevidde for vanlige mennesker. Hvor relevante er disse funnene da? kan en spørre seg. Sett mer nøkternt er meditasjon en av mange måter å ta vare på seg selv på. Og i likhet med kosthold og trening er det kanskje lettest å gjennomføre for den mest ressurssterke delen av befolkningen?

Flere kritikere har vært skeptiske til løftene om dype personlige endringer som resultat av meditasjon. Boken *The Buddha Pill* (Farias & Wikholm, 2015) er en grundig problematisering av dette. Forfatterne hevder at hvis meditatív praksis virkelig skulle være så dyptgripende som det hevdes, så burde den virke dypere og bedre enn andre helsefremmende aktiviteter som avspenningsøvelser eller trening. Det er det hittil ingen forskning som tyder på. Samtidig tror jeg det er for tidlig å konkludere. Forskningen på disse fenomenene har så vidt kommet i gang, og det vil bli interessant om vi vil få robuste og gode nok studier til å avgjøre om de trekkmessige endringene som loves, faktisk vil gjenfinnes i longitudinelle studier av folk flest.

### AVSLUTNINGSVIS

Meditasjon og mindfulness er ikke lenger nisjefenomener. De er blitt del av mange vestlige menneskers liv. Vi er midt i en prosess av å integrere forståelsesperspektivene fra disse gamle visdomstradisjonene i vår egen kultur og virkelighetsoppfatning. Når filosofer og hjerneforskere har fattet interesse for disse tradisjonene, er det nettopp fordi de kan gi fruktbare perspektiver på problemstillinger vi lenge har strevd med. Hva er bevissthet? Hva er selvet? Hva er virkeligheten? De to bøkene som her er omtalt, er gode og illustrerende eksempler på hvor levende dette grensesnittet mellom øst og vest er nå om dagen.

I den buddhistiske tradisjonen finnes psykologisk sofistikerte modeller for sinnets dynamikk. Her møter vi en kontraintuitiv kunnskap, som stiller spørsmål ved vedtatte sannheter om hvem og hva vi er. Dette er ikke direkte smigrende – gjennom nøyere observasjon av oss selv fin-

ner vi gjerne at vi misforstår oss selv og andre. Gjennom evolusjonsprosessen har vi utviklet en rekke tilbøyeligheter som skaper trøbbel i hverdagen. Hurtig, automatisert evaluering og handling ut fra lyst og ulyst gir næring til psykologiske fenomener som impulsivitet, avhengighet, angst og en rekke feiloppfatninger av oss selv og andre. I buddhistisk psykologi finner vi verktøy for å observere denne dynamikken, og å jobbe med å håndtere slike automatiske prosesser. Det innebærer en sunn skepsis til eget indre liv. Ikke gjennom distansert betraktning, men gjennom økt kontakt med tanker og følelser, en mer aksepterende holdning til dem, og større frihet når det gjelder hvilke man skal handle på og ikke.

Dette er ikke noe unikt for mindfulness-perspektivet. Det er snarere psykologisk felleseie, som ulike retninger har utviklet sine strategier for å jobbe med. Likevel er det tydelig at de østlige tradisjonene gir oss et sett med intellektuelle og praktiske ressurser som har sitt eget særpreg, og som kan supplere metoder fra vestlig psykologi. Hva som virker for hvem, er et empirisk spørsmål, og sannsynligvis preget av våre ulike preferanser og livsanskuelser. Meditasjon i snever forstand passer ikke for alle. Samtidig er det en interessant teoretisk konvergens som gjør at jeg synes buddhistisk tenkning om sinnet er svært stimulerende å lese. Her sammenfaller klassisk livskunst, vestlig psykoterapi, evolusjonsteori, sinnsfilosofi, og nyere forskning på nevralt prosesser og bevissthet. Det åpner for en forståelse av hvorfor vi så lett blir fanget i gamle mønstre og ulike virkelighetsbobler, og kan gi praktiske retningslinjer for å jobbe oss ut av dem. ✘

### REFERANSER

Coleman, J.W. (2002). *The new Buddhism: The western transformation of an ancient tradition*. Oxford: Oxford University Press.

Farias, M. & Wikholm, C. (2015). *The Buddha pill: Can meditation change you?* London: Watkins Media Limited.

Fields, R. (1992). *How the swans came to the lake. A narrative history of Buddhism in America*. Boston: Shambhala Publications.

Goldberg, S.B., Tucker, R.P., Greene, P.A., Davidson, R.J., Wampold, B.E., Kearney, D.J., & Simpson, T.L. (2017). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*.

Goleman, D., & Davidson, R.J. (2017). *Altered Traits: Science reveals how meditation changes your mind, brain, and body*. New York: Penguin.

Sutin, L. (2006). *All is change: The two-thousand-year journey of Buddhism to the West*. New York: Little, Brown, & Company.

Wright, R. (2017). *Why Buddhism is True: The Science and Philosophy of Meditation and Enlightenment*. New York: Simon and Schuster.

## MINNEORD

## GERD KJÆR

1943–2017



**GERD KJÆR** døde 1. november 2017. Med det var et langt og viktig liv som psykolog og terapeut avsluttet.

Gerd var et vitebegjærlig menneske allerede som barn. Sammen med en liten gruppe andre barn studerte hun systematisk plante- og insektliv i Brunlanes utenfor Larvik der hun vokste opp. Hun valgte å studere psykologi etter å ha hørt et radioforedrag om Køhlers aper. Hovedoppgaven hennes på psykologistudiet var om barneterapi, og hun var ferdig utdannet cand.psychol. i 1973.

De første årene som psykolog arbeidet Gerd med barn, både som skolepsykolog i Drammen og i utdanningsstilling ved Barnepsykiatrisk Klinik i samme by. I 1987 begynte hun i egen praksis i Oslo. Hun videreutdannet seg som eksistensiell karakteranalytiker hos Rolf Grønseth og i Pessø Boyden System Psychomotor hos Al Pessø, Tjerd Jongasma og Han Serola. Disse terapimøtene integrerte Gerd med stor finfølelse og dyktighet. Hun hadde et skarpt blikk og mye kjærlighet for det sårede barnet i den voksne.

Gerd var en terapeut som med stor innsikt forløste vitaliteten i klientene og muliggjorde et rikere liv for de fleste av de hun jobbet med. Hun arbeidet også systematisk med smertepunktene i sitt eget liv gjennom terapi, veiledning og videreutdanning. Dette gjorde også hennes eget liv friere.

Vi som hadde henne som nær kollega og venn, opplevde en grunnleggende trygghet i å ta ting opp med henne, uansett hva det var, både faglig og personlig. Hun var bunnsolid i seg selv. Vi kunne starte med en sammenfiltret problemstilling som vi ikke fant ut av. En problemstilling som kunne kjennes som en liten,

hard stein. I dialog med Gerd kunne vi oppleve hvordan den sammenfiltrede problemstillingen løste seg opp og ble til et vakkert og oversiktlig landskap. Veien videre i en terapi eller eget liv ble tydelig og lettere å gå. Dette gav oss stor trygghet og pågangsmot neste gang noe knutet seg i liv eller arbeid. Det ble et sted å være i den prosessen som er nødvendig for oss som arbeider med andre menneskers dype smerte.

Gerd var syk over lengre tid. Hun møtte sykdom og død med et ønske om å vite mest mulig, og hun delte sin kunnskap og sine tanker og følelser med oss som kjente henne. Livet ble spesielt levende og stort for henne da døden ble en konkret realitet. Hun sørget over å måtte forlate det.

Gerd opplevde helsevesenet på sitt beste. Hun var meget takknemlig overfor leger og annet helsepersonell hun møtte, for deres tilstedeværelse og mot til å samtale om de mest eksistensielle temaene i den siste tiden. Vi er sikre på at Gerds bidrag til disse samtaler var minst 50 prosent.

Som datter av godseierens gartner ble hun tidlig politisk engasjert. Hun gikk Påskemarsj mot atomvåpen. Hele sitt liv var hun på de svakeste og underprivilegertes side, både nasjonalt og internasjonalt. Gerds mor var en stille, varm og arbeidsom kvinne som var opptatt av at døtrene skulle få seg en utdanning.

Gerd opplevde å miste to menn i plutselig død. Hun hadde ingen egne barn, men stor interesse for sin søsters barn og andre barn hun knyttet kontakt med gjennom livet.

Vi lyser kjærlighet og fred over Gerd Kjærs minne.

*Bente Gahnstrøm*



# Kurskalenderen

Oppføring i kurskalenderen gir mulighet for å forhåndsannonserer 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.

## MARS

---

### Klinisk helsepsykologi - den 3. nasjonale konferansen

Oslo, 12.-13. mars

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

### Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

Oslo, 15.-16. mars

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

## APRIL

---

### Metakognitiv terapi

Oslo, 18.-19. april

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

## MAI

---

### Kartlegging og behandling av eksekutive funksjoner: Nyere perspektiver og forståelse

Bergen, 31. mai-1. juni

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

### Psykolog og lederutvikler - Hvordan bruke psykologisk kompetanse effektivt for å utvikle ledelse, ledergrupper og ledere i organisasjoner

Bergen, 31. mai-1. juni

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

### Hvordan behandle lav selvfølelse

Bergen, 31. mai-1. juni

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

### Emosjonsfokuset terapi - videoeksempler og øvelser

Bergen, 31. mai-1. juni

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

### Veileders vurdering av faglige utvikling og kompetanse i spesialistutdanningen

Bergen, 31. mai

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

### Nevrokognitive vansker hos voksne: Forståelse, utredning og behandling

Oslo, 31. mai-1. juni

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

## JUNI

---

### Psykologfaglig arbeid med barn, unge og familier

Oslo, 4.-5. juni

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

## AUGUST

---

### Behandling av psykosetilstander: Psykosebegrepet

Oslo, 30.-31. august

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

# Høyere sikkerhet gir lavere rente



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING

Nyhet!

1,89 %\*

Boligkreditt 45 %

\* pr. 19.02.2018. Eff.rente 1,95 %, 2 mill., o/25 år, Totalt 2 524 617

Boligkreditt 45 % er et fleksibelt rammelån på inntil 45 % av boligens verdi. Du kan bruke akkurat så mye av lånet du trenger til enhver tid. Betale ned når du vil, og så mye eller lite du vil. Og du betaler kun rente for den delen av rammen du bruker.

**Trygghet over tid.** Som medlem i Norsk psykologforening og kunde i Danske Bank får du alltid gode betingelser både på lån og sparing, blant annet Boligkreditt 60 % og Boliglån 80 % til 1,99 %\*\* nominell rente. I tillegg til gullkort, reiseforsikring og kanskje Norges beste drivstoffrabatt. Samme betingelser gjelder også for din ektefelle/samboer.

\*\* pr. 19.02.2018. Eff.rente 2,06 %, 2 mill., o/25 år, Totalt 2 553 706



Boligkreditt  
45 %

[danskebank.no/psykologforeningen](https://danskebank.no/psykologforeningen)

Danske Bank



# IGA

Institutt for  
gruppeanalyse og  
gruppepsykoterapi

## Utdanning i GRUPPEPSYKOTERAPI og GRUPPEANALYSE

Lær deg å forstå mer om grupperes potensiale gjennom teori, veiledning og egen erfaring i grupper. Utdanningen starter med en 2-årig basisdel, Trinn A. Kandidater med svært liten teori- og erfaringsbakgrunn starter med et ettårig Grunnleggende trinn. Det er mulig å kun ta Grunnleggende trinn som en innføring. Utdanningen er tverrfaglig og arrangeres som blokk-kurs med fem årlige samlinger á tre dager. I tillegg deltar alle i lokale kollegiale veiledningsgrupper mellom delkursene.

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

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

**Trinn B** setter kandidatene i stand til å arbeide selvstendig med gruppepsykoterapi og gruppeanalyse med innlagte og polikliniske pasienter, inkludert i privat praksis, og gir grunnlag for å veilede i gruppepsykoterapi. Fordypningen retter seg spesielt mot spesialistnivå og arbeid med pasienter med komplisert problematikk.

Full gruppepsykoterapeutisk og gruppeanalytisk utdanning tar fire år. I tillegg er det fra 2. år mulighet for parallell fordypning i mentaliseringsbasert gruppepsykoterapi.

**Høsten 2018** starter IGA nytt Grunnleggende trinn og Trinn A på Voksenåsen kurs- og konferansehotell.

**For psykologer i spesialisering:** Fra høsten blir det sannsynligvis etablert et eget obligatorisk program for spesialitet i psykoterapi.

For nærmere informasjon og for søknadsskjema se vår hjemmeside [www.iga.no](http://www.iga.no).

**Søknadsfrist 15. april 2018.**

**Institutt for gruppeanalyse og gruppepsykoterapi**

Fr. Nansens vei 2, 0369 Oslo

Tlf. 466 11 630, E-post [iga@iga.no](mailto:iga@iga.no)



## Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization  
and Reprocessing

**Trinn 1 Trondheim 7.–9. mai 2018**

**Trinn 1 Oslo 18.–20. september 2018**

**Trinn 2 Bergen 5.–7. mars 2018**

**Trinn 2 Oslo 5.–7. desember 2018**

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,  
EMDR Europe Approved Trainer

## The Art of EMDR

**Røros, 4.–7. september 2018**

Workshop med Roger Solomon  
EMDR Institute Senior Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:

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

## KURS I EMDR

### Behandling av langvarige smerter

Mer informasjon og påmelding:

<https://psykologassistance.blogspot.no>

Arrangør: Næss Psykologassistanse

Kursavgift: kr 3 500

Dato: 10.–11. september 2018

Sted: Oslo Kongressenter, Folkets Hus AS

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

# 16. mars

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

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

**facebook**



NYHET!



# PEGASUS

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

PEGASUS er et standardisert gruppekurs som er ment å gi generell kunnskap om ADHD, og relaterte utfordringer, samt informasjon om tilgjengelig behandling og ulike støtteordninger.

Kurset egner seg godt som første trinn i behandling for en voksen og deres nærmeste, etter at ADHD-diagnose er stilt, og det følger norsk nasjonal faglig retningslinje. Kursmaterialet består av en kursmanual for kursansvarlig og en kurs-bok for deltakere, samt forelesninger og arbeidsmateriell.

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

**>> Opplæring av kursansvarlige 23. april, Hamar og 14. juni, Tromsø**

**Kursleder:** Psykolog Natalie Månskar Modh og Psykiatrisk sykepleier Merete Møller

**For informasjon om pris og påmelding kontakt:** Merete Møller, merete.k.moller@gmail.com

**KONTOR TIL LEIE I OSCARSGT. 12 I OSLO**

Ca. 30 kvm kontor til leie i 2. etg. i stille beliggende Homannsby-villa. Samlokalisert med bl.a. psykologer, fysioterapeut og massører. Leie kr 6500 pr. mnd. inkluderer ukentlig rengjøring, elektrisitet/varme og bruk av fellesrom. Kontoret har også egen større balkong. Lunsjrommet deles med fastlegekontoret som holder til i 1. etg. Henvendelse: Arne Enge, Legene i Oscarsgt. 12, 0352 Oslo, tlf. 482 38 398, e-post [magnh-gu@online.no](mailto:magnh-gu@online.no)

**HYPNOSEKURS I OSLO 2.–4. MAI****1. Innføringskurs hypnose 2. mai**

Dr. Med. Stephan Rossner

**2. Videregående kurs 3.–4. mai**

Dr. Patrick McCarthy, New Zealand

**Faglig ansvarlig / koordinator:** Dr. Gunnar Rosén, tlf. 900 39 441

**Informasjon og kontaktperson:**

e-post [Gunnar@hypnoseforeningen.no](mailto:Gunnar@hypnoseforeningen.no)

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

NORSK FORENING FOR KLINISK EVIDENSBASERT HYPNOSE

**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)

**PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2018****SPESIALPLASSERING:**

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

**KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:**

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

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

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

**SMÅANNONSER:**

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

**NETTANNONSER:**

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 400, pris for kursannonse kun på nett er kr 5 950. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 450 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no) under «Konferanser og kurs».

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
04	16.03	03.04
05	17.04	02.05
06	16.05	01.06

**ANNONSEFORMATER**

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

**PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:**

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

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

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

## INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI

### For psykologar og legar blir det hausten 2018 sett i gang vidareutdanning i psykoanalytisk psykoterapi:

#### 2-årig INNFØRINGSSEMINAR i:

Oslo – seminarleiar blir Lilian Stokkeland  
Tromsø – seminarleiar blir Mette Marita Johansen  
Skien – seminarleiar ikkje avklart

#### 2-årig VIDAREGÅANDE SEMINAR i:

Oslo – seminarleiar ikkje avklart

**Innføringsseminaret** gjev ei generell innføring i psykodynamisk teori, intervjuteknikk, psykodynamisk evaluering og terapi. Som ledd i utdanninga blir det kravd at kandidatane i heile seminarperioden arbeider med psykoterapi med enkeltpasientar (vaksne) under kvalifisert vegleiing (definert og godkjent av IFP). Det er ønskeleg med minimum to års klinisk praksis frå psykisk helsevern før opptak.

- **Innføringsseminaret** omfattar 200 undervisningstimar over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimar kvar gong, og to spesialseminar / fordjuping seminar kvar på 8 undervisningstimar. Desse blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- **Dagseminar** føregår på faste vekedagar, 11 pr. år, og spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

**Vidaregåande seminar** bygge på innføringsseminaret og gjev ei teoretisk fordjuping med større vekt på det kliniske arbeidet. Ved sidan av dei ovanfor nemnde rammene for innføringsseminar skal kandidaten gå i ikkje-trykdefinansiert lærebehandling godkjent av instituttet. Det er ønskeleg at lærebehandlinga er starta før igangsetting av vidaregåande seminar. For opptak på vidaregåande seminar er det nødvendig med anbefaling i vegleiingsattest frå innføringsseminaret.

- **Vidaregåande seminar** omfattar 200 undervisningstimer over 4 semester, organisert som dagseminar med 8 undervisningstimer kvar gang og to spesialseminar / fordjuping seminar kvar på 10 undervisningstimer som blir arrangert fredag kveld og laurdag føremiddag.
- **Dagseminar** føregår vanlegvis på faste vekedagar, 11 pr. år, og spesialseminar blir arrangert 2 gonger i løpet av seminartida.

Det blir kravd gode kunnskapar i norsk munnleg og skriftleg. Faglitteraturen er i hovudsak på engelsk. Vi oppfordrar søkerar til å sette seg godt inn i utdanninga sine rammer. Fullstendig informasjon om utdanninga sitt innhald finns på Instituttet si heimeside [www.instpsyk.no](http://www.instpsyk.no). Der finn ein også søknadsskjema.

**Ny undervisningsplan:** For seminar med oppstart frå og med 2017 gjeld ny undervisningsplan. Les planen her: <http://www.instpsyk.no/utdanning/undervisningsplan-for-kandidatutdanningen-gjeldende-fom-seminarer-som-starter-i-2017/>

**Seminaravgift er kr 11 000,- pr. semester for begge seminar.**

**Søknadsfrist:** 4. april 2018. Søknad skal sendast via heimesida [www.instpsyk.no](http://www.instpsyk.no)

**For nærmare informasjon:**

telefon 22 58 17 70 eller e-post [sekr@instpsyk.no](mailto:sekr@instpsyk.no) eller [und-leder@instpsyk.no](mailto:und-leder@instpsyk.no)



## Valgfritt program

# Nevrokognitive vansker hos voksne: Forståelse, utredning og behandling

### Målgruppe

Psykologer som har gjennomført fellesprogrammet og som arbeider med voksne. Det forutsettes at man aktivt jobber med nevrokognitive problemstillinger som en del av arbeidsoppgavene, samt selv gjennomfører utredninger av kognitive funksjoner der det er aktuelt.

Psykologspesialister kan søke om å delta på hele, eller deler av det valgfrie programmet som vedlikeholdsaktivitet. Det stilles da ikke stilles krav til praksis og veiledning. Søknad sendes [kurs@psykologforeningen.no](mailto:kurs@psykologforeningen.no)

Vi gjør oppmerksom på at deltakere som skal ha programmet til sin spesialitet, har førsteprioritet.

### Læringsutbytte

Gjennom praksis, kurs og veiledning er det forventet at det valgfrie programmet skal gi psykologen kunnskaper og ferdigheter til å identifisere nevrokognitive utfordringer hos voksne.

Det er forventet at psykologen har tilegnet seg kompetanse om aktuelle tilretteleggings- og behandlingstiltak, samt kunne identifisere evt. behov for videre utredning hos spesialist i nevropsykologi.

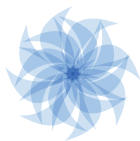
Pasienter i psykisk helsevern har ofte sammensatte og komplekse problemstillinger hvor det forekommer kognitive utfordringer og kognitiv svikt. Nye retningslinjer for utredning og behandling i psykisk helsevern legger vekt på viktigheten av vurdering av kognitiv funksjon. Det er derfor sentralt at psykologer har tilstrekkelig kompetanse til å identifisere kognitive utfordringer og behov for videre utredning. Videre må psykologen ha kompetanse på indikasjoner for tilrettelegging, behandlingstiltak og behov for videre utredning hos spesialist i nevropsykologi.

Sted og dato: Oslo, 31. mai–1. juni 2018

Påmeldingsfrist: 26. april 2018

Medlemspris: kr 6800

Kursnr.: 145-18



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



## Valgfritt program

# Behandling av psykosetilstander: Psykosebegrepet

### Målgruppe

Den primære målgruppen for det valgfrie programmet er psykologer som har behandlingsansvar for pasienter med psykose eller psykosenære tilstander. Programmet kan godkjennes som valgfritt program for psykologer som har tilstrekkelige forkunnskaper; det vil si at de har gjennomført obligatorisk program i voksenpsykologi og eller barne- og ungdomspsykologi, og har hatt erfaring med å avdekke, utrede og/eller behandle alvorlige psykiske lidelser.

Psykologspesialister kan søke om å på delta på hele, eller deler av det valgfrie programmet som vedlikeholdsaktivitet. Det stilles da ikke stilles krav til praksis og veiledning. Søknad sendes [kurs@psykologforeningen.no](mailto:kurs@psykologforeningen.no)

Vi gjør oppmerksom på at deltakere som skal ha programmet til sin spesialitet, har førsteprioritet.

### Spesifikk kompetanse

Psykologspesialisten skal kunne beskrive, analysere og begrunne valg av metoder i yrkesutøvelsen og kunne samarbeide med andre tjenesteytere. De spesifikke kompetansene, kunnskaper og ferdigheter, utvikles gjennom deltakelse på kurs, i praksis, veiledning og ved fordypning i anbefalt litteratur.

### Målsetting

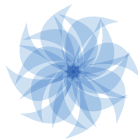
Målet med samlingene (4 samlinger på til sammen 64 timer over ett år) er å øke deltakernes forutsetninger for å kombinere forskningsbasert kunnskap, klinisk ekspertise, pasientens ønskemål i tråd med prinsipperklæringen om evidensbasert praksis og i lys av den konkrete yrkesutøvelsen. Kursene skal gi økte forutsetninger for å beskrive, analysere og begrunne valg av tilnærminger i praksis. Kursene skal også gi psykologene forutsetning for å samarbeide tverrfaglig og tverretatlig.

Sted og dato: Oslo, 30.–31. august 2018

Påmeldingsfrist: 26. juni 2018

Medlemspris: kr 6800

Kursnr.: 165-18



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

# Kartlegging og behandling av eksekutive funksjoner: Nyere perspektiver og forståelse

**Festspillkurs 125-18, Bergen 31. mai–1. juni 2018**

Klinisk undersøkelse av eksekutive funksjoner, inkludert metoder for behandling av svikt i eksekutive funksjoner

## Målgruppe

Psykologer som jobber med kartlegging av eksekutive funksjoner enten hos barn eller voksne.

## Innhold

Gjennomgang av eksekutive funksjoners betydning for planlegging og fleksibilitet, og hvilken betydning svikt i disse medfører, inkludert følger for personens deltakelse i arbeid og sosialt liv. Flere psykiske lidelser kjennetegnes av eksekutiv dysfunksjon eller reguleringsvansker. Hensikten med kurset er å gi en innføring i bruken av de relevante kartlegging- og testverktøyene.

## Målsetting

Etter kurset vil deltakerne

- Ha oppdatert kunnskap om teori og modeller på eksekutive funksjoner, forskning på aktuell undersøkelsesmetodikk, samt kunne drøfte kliniske problemstillinger
- Kunne administrere og tolke Stroop-testen, Trail Making Test, og Behaviour Rating Inventory of Executive Function (BRIEF barn og voksne)
- Kunne administrere evidensbaserte hjernetreningsteknikker for å bedre eksekutive funksjoner

NB! Deltagerne oppfordres til å ha med egen kasus.

## Om kursleder

Jan Stubberud er spesialist i klinisk nevropsykolog og har tatt PhD-grad ved UiO (2014). Han har forsket mye på eksekutive funksjoner og psykisk lidelse. Han er i dag førsteamanuensis II ved UiO, prosjektleder og psykologspesialist ved Lovisenberg Diakonal sykehus og forsker ved Oslo Universitetssykehus.

Kurset starter 31. mai kl. 0900 og avsluttes 1. juni kl. 1700.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

**MEDLEMSPRIS: KR 6 900**

**PÅMELDINGSFRIST: 26. APRIL 2018**



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

# Psykolog og lederutvikler

– Hvordan bruke psykologisk kompetanse effektivt for å utvikle ledelse, ledergrupper og ledere i organisasjoner

**Festspillkurs 104-18, Bergen 31. mai–1. juni**

## Målgruppe

Psykologer og mastere i arbeids- og organisasjonspsykologi

Gode ledere er etterspurt i offentlige og private virksomheter. Som psykologer og mastere kan vi ta et medansvar for å utvikle ledergrupper og ledere som bidrar til å skape verdier og resultater i vid forstand, både menneskelig og økonomisk. I dette kurset får du tilført kunnskap, økt egen selvinnsett og trent på ulike måter å agere på som utvikler av ledergrupper/ledere, fra rollen som fasilitator til rollen som fagspesialist og rådgiver.

## Målsetting

- Bedre forståelse for rollene man kan ta som psykologiutdannet og lederutvikler.
- Økt selvinnsett knyttet til egne styrker og utviklingsområder som konsulent.
- Trening og refleksjon over situasjoner man kan komme i, som psykolog, master og konsulent.

## Om kursleder

Øivind Bjørnson er gründer og partner av Bjørnson Organisasjonspsykologene. I snart 20 år har Øivind arbeidet ut fra filosofien om menneskene som organisasjonens viktigste konkurransefortrinn. Som konsulent har Øivind bred erfaring fra utvikling av virksomheter innen offentlig og privat virksomhet som finans, olje, varehandel og industri. Han har jobbet med mellomleder, toppleder og teamutvikling samt lederveiledning og management audit. Øivind er en meget engasjerende foreleser med god formidlingsevne. I 2012 mottok Øivind Inspirasjonsprisen fra Psykologforeningen i Rogaland.

Kurset starter 31. mai kl 0900 og avsluttes 1. juni kl 1700.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

**MEDLEMSPRIS: KR 6 900**

**PÅMELDINGSFRIST: 26. APRIL 2018**



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)

# Hvordan behandle lav selvfølelse

**Festspillkurs 127-18, Bergen 31. mai–1. juni 2018**

Klinisk undersøkelse av eksekutive funksjoner, inkludert metoder for behandling av svikt i eksekutive funksjoner

## Målgruppe

Psykologer, psykologspesialister og psykiatere.

## Innhold

- Hva er selvfølelse?
- Hvordan måle selvfølelse?
- Hva sier forskningen om selvfølelsens betydning
- Hvordan arbeide med lav selvfølelse ved hjelp av kognitiv atferdsterapi?
- Hvordan arbeide med lav selvfølelse ved hjelp av metakognitiv terapi?

## Målsetting

Selvfølelse eller selvaktelse omhandler hvordan folk føler og tenker omkring seg selv, og forskning antyder at selvfølelse er relativt stabil gjennom livet. God selvfølelse er knyttet til både psykisk helse og velvære, mens lav selvfølelse ser ut til å korrelere med psykiske problemer som angst og depresjon. Vi vil i dette kurset presentere hvordan man kan arbeide med lav selvfølelse ved hjelp av kognitiv atferdsterapi og metakognitiv terapi. Kurset vil være en blanding av undervisning, kliniske vignetter, demonstrasjoner og rollespill.

## Om kurslederne

Roger Hagen og Leif Edward Ottesen Kennair er spesialister i klinisk voksenpsykologi og er begge professorer ved Institutt for psykologi ved NTNU. Begge har Masterclass utdanningen fra MCT Institute, samt er godkjente veiledere i Norsk Forening for Kognitiv Terapi.

Begge er tilknyttet «Trondheimsgruppen» ved NTNU, som har et forskningsmessig fokus på behandling av en rekke ulike psykiske lidelser ved hjelp av kognitiv og metakognitiv terapi.

Kurset starter 31. mai kl. 0900 og avsluttes 1. juni kl. 1700.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

**MEDLEMSPRIS: KR 6 900**  
**PÅMELDINGSFRIST: 26. APRIL 2018**



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING

NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning)



# Emosjonsfokusert terapi – videoeksempler og øvelser

**Festspillkurs 126-18, Bergen 31. mai–1. juni 2018**

Introduksjon til Emosjonsfokusert Terapi (EFT) – teori og terapeutiske intervensjoner. Kurset inneholder blant annet ferdighetstrening, opplevelsesbaserte øvelser og undervisning med utgangspunkt i video av terapi.

## Målgruppe

Psykologer som jobber med individualterapi. Det er ikke nødvendig med noen forkunnskaper om EFT.

## Innhold

Deltakerne skal få en grunnleggende innføring i hva EFT er. Det blir særlig fokus på de viktigste empatiske intervensjonene og terapeutiske mikroferdighetene i metoden. I tillegg vil deltakerne bli presentert for de to mest sentrale stol-arbeidene i EFT, uoppgjorte forhold og selvkritikk-splitt.

## Målsetting

Deltakerne vil lære

- Praktiske ferdigheter for å jobbe opplevelsesbasert med endring av følelser i terapi
- konkrete intervensjoner som kan integreres og anvendes i egen praksis

## Om kurslederne

Anne Hilde Vassbø Hagen og Vanja Hjelmseth, Institutt for Psykologisk Rådgivning (IPR) og Norsk Institutt for Emosjonsfokusert Terapi (NIEFT).

Kurset starter 31. mai kl. 0900 og avsluttes 1. juni kl. 1700.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

**MEDLEMSPRIS: KR 6 900**  
**PÅMELDINGSFRIST: 26. APRIL 2018**



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING

NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN  
PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs%20og%20utdanning)

# Veileders vurdering av faglige utvikling og kompetanse i spesialistutdanningen

**Festspillkurs 123-18, Bergen 31. mai 2018**

Kurset skal være et bidrag til at veiledere kan oppfylle kravet om at «veileder vurderer psykologens faglige progresjon og utvikling, samt læringsutbytte i tråd med målbeskrivelsen for utdanningen» (landsmøtet, 2013).

## Målgruppe

Psykologspesialister som veileder psykologer i spesialistutdanning

## Målsetting

Å bedre veileders forutsetninger for å vurdere psykologens kompetanse og for å utarbeide planer for kompetanseutvikling.

Forventet læringsutbytte

- Kjenne til oppbyggingen av ny struktur for spesialistutdanningen, målbeskrivelser og veileders ansvar for vurdering av faglig progresjon og utvikling
- Ha økte forutsetninger for å:
  - Gjøre kompetansevurderinger i henhold til målbeskrivelser
  - Utarbeide planer for kompetanseutvikling
- Ha økte forutsetninger for å håndtere situasjoner der veileder er i tvil om godkjenning i veilederattest

Kurset er godkjent som vedlikeholdsaktivitet med 7 timer

## Om kurslederne

Eva Danielsen er psykologspesialist og har lang klinisk erfaring fra psykisk helsevern. Hun har tatt Norsk psykologforenings veilederutdanning. Eva jobber som spesialrådgiver i utdanningsavdelingen i Norsk psykologforening med utvikling av spesialistutdanningen.

Ingvild Stjernen Tisløv er psykolog og jobber som konsulent for MST (multi-systemisk terapi) i Bufdir. Jobber med kvalitetssikring og implementeringsstøtte ved å følge opp veiledere og terapeuter, og har flere års erfaring med systematisk ferdighetsbasert og saks spesifikk veiledningsmetodikk.

Per A. Straumsheim har en master i psykologi og jobber som spesialrådgiver i utdanningsavdelingen i Norsk psykologforening. Per har vært prosjektleder for et arbeid der en veilederutdanning i Slovenia ble utviklet og implementert.

Kurset starter 31. mai kl 1000 og avsluttes kl 1700

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 7 timer.

**MEDLEMSPRIS: KR 1 200**  
**PÅMELDINGSFRIST: 26. APRIL 2018**



NORSK  
PSYKOLOG  
FORENING

NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning

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

## Helse Vest RHF

### 100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Stavangerområdet

**100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Stavangerområdet er ledig frå 01.05.2018, 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 forplikande samarbeidsavtale med Helse Stavanger ved Sola DPS. Avtalespesialisten skal samarbeide med Helse Stavanger ved Sola DPS om oppgåvedeling og for å sikre gode pasientløp. Avtalespesialisten skal også ta imot pasientar som er vurdert i Helse Stavanger ved Sola DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalespesialisten.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil 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.



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

## Helse Vest RHF

### 100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Sunnhordland

**100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Sunnhordland er ledig omgåande.**

**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 forplikande samarbeidsavtale med Helse Fonna ved Folgefonn DPS. Avtalespesialisten skal samarbeide med Helse Fonna ved Folgefonn DPS om oppgåvedeling og for å sikre gode pasientløp. Avtalespesialisten skal også ta imot pasientar som er vurdert i Helse Fonna ved Folgefonn DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalespesialisten.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil 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.



## ALTERNATIV TIL VOLD

Stiftelsen Alternativ til Vold (ATV) er et behandlings- og kompetansesenter på vold, med særlig vekt på vold i nære relasjoner. Stiftelsen har behandling, kunnskapsutvikling/forskning og kunnskapsformidling som sine virksomhetsområder. ATV driver 13 behandlingssentre i Norge, i tillegg til behandlingssamarbeid med ATV-kontorer i Norden. Klientgruppen er i hovedsak voksne som utøver vold i nære relasjoner og voksne og barn som har vært utsatt for vold. Stiftelsen har ca. 70 ansatte, hovedsakelig psykologer.

### ATV TROMSØ SØKER psykolog/psykologspesialist i 100 % fast stilling

ATV Tromsø gir et behandlingstilbud for mennesker som utøver vold i nære relasjoner. Vi gir også tilbud til de som har vært utsatt for vold, både voksne og barn. ATV har et familiemandat og jobber med faglig utvikling av tilbudet for familier som har levd med vold. Voldsspesifikk behandling vil ofte innebære samarbeid med andre instanser som barneverntjenesten, familievernkontoret og andre. Ansatte i behandlerstillinger på ATV har også oppgaver knyttet til fagformidling, prosjektarbeid eller veiledningsoppdrag. Dette betyr at vi kan tilby en variert og allsidig arbeidshverdag.

Vi søker en dyktig og selvstendig kollega som liker å jobbe i små team, og som vil engasjere seg i å utvikle vårt behandlingstilbud. Vi søker en som har erfaring med psykoterapeutisk arbeid med barn og/eller voksne og kan stå stødig i å jobbe med alvorlig problematikk og vurderinger. Erfaring fra arbeid med vold er ønskelig, men annen behandlingserfaring vil også være relevant. Personlig egnethet vektlegges. Vi ønsker en person med gode samarbeidsevner og som ønsker å by på seg selv.

For full utlysningstekst, se [www.atv-stiftelsen.no](http://www.atv-stiftelsen.no)  
Spørsmål om stillingen rettes til  
kontorleder Barbora Jakobsen, mobil 410 46 952 eller  
e-post [barbora@atv-stiftelsen.no](mailto:barbora@atv-stiftelsen.no)

**Tiltredelse: etter avtale**

**Søknadsfrist: 23.03.2018**

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

**Adresse:** Alternativ til Vold, Lilletorget 1, 0184 Oslo



## Klinikksjef poliklinikk

Vi søker en trygg og samlende leder som kan bygge og utvikle poliklinikken sammen med våre dyktige og høyt kvalifiserte medarbeidere. Stillingen er nyopprettet, rapporterer til administrerende direktør og inngår som en del av Bergensklinikkens ledergruppe.

Vi ser etter en leder som er utdannet psykolog eller lege. Aktuelle kandidater må ha dokumentert ledererfaring og motiveres av faglig utvikling i kombinasjon med operasjonell drift og virksomhetsstyring. Kunnskap og erfaring fra behandling av ruslidelser og psykisk helsevern vil vektlegges.

Last opp din CV og søknad på [www.mercuriurval.no](http://www.mercuriurval.no) snarest.  
For mer informasjon kontakt med Mercuri Urval ved  
Gro Reinertsen, tlf. 975 59 058.

Mercuri Urval

## HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern,  
sosial- og helsetjenestene

## PSYKOLOGSPESIALIST

Seniorrådgiver (fast, heltid/deltid) 2018/04

Statens helsetilsyn har det overordnede ansvaret for det faglige tilsynet med sosiale tjenester i Nav, barneverns-, helse- og omsorgstjenesten. Tilsynet blir utført av fylkesmannen i hvert fylke. Statens helsetilsyn skal utvikle tilsynsvirksomheten og drive kompetanseoppbygging. Videre skal vi medvirke til at erfaringer fra tilsyn blir gjort tilgjengelig for de politiske oppdragsgiverne, for de som har ansvar for tjenestene og personellet der, for brukere av tjenestene og for befolkningen.

Vi har ledig stilling som seniorrådgiver, for tiden plassert i Avdeling for kommunale helse og omsorgstjenester.

Aktuelle kandidater må ha autorisasjon som psykolog, fortrinnsvis psykologspesialist

For fullstendig utlysning, se  
<http://www.helsetilsynet.no> (Ledige stillinger).

**Søknadsfrist: 12. mars 2018**



BERGEN  
KOMMUNE

*Bergen kommune er den største arbeidsgiveren i Hordaland med rundt 17.000 ansatte. Kommunen er en viktig samfunnsaktør og våre ansatte yter tjenester som har stor betydning for bergenserne i hverdagen.*

*Etat for barn og familie har overordnet driftsansvar for barne- og familietjenesten som blant annet omfatter helsestasjons- og skolehelsetjenesten og psykisk helse barn og unge. Etaten har videre ansvar for barneverntjenesten, bosetting av enslige mindreårige flyktninger, Barnevernvakten, Utekontakten og SLT-arbeid.*

*Etat for barn og familie oppretter i 2018 tverrfaglige ressursentre, underlagt Barne- og familietjenesten. Sentrene skal ha et særlig ansvar for forebyggende, behandlende og koordinerende psykisk helsearbeid og frivillige hjelpetiltak i forlengelsen av tilbudet som gis i helsestasjons- og i skolehelsetjenesten, i Utekontakten og på andre tjenesteaner.*

## 6 PSYKOLOGSPESIALIST-/ PSYKOLOGSTILLINGER i Etat for barn og familie

Bergen kommune har mottatt statlig tilskudd for å utvide bemanningen i skolehelsetjenesten med blant annet psykologer. Vi søker etter utviklingsvillige, engasjerte og kunnskapsrike medarbeidere til prosjektstillinger med varighet ut 2018, med mulighet for forlengelse. Det vil også lyses ut engasjement ved Utekontakten. Det er i dag 18 psykologårsverk i etatens tjenester.

### Arbeidsoppgaver

Psykologene blir ansatt i byomfattende tjeneste eller byområde. Arbeidet vil kunne bestå av både lavterskel klinisk arbeid med enkeltbarn, ungdom og familier, gruppevirksomhet og tverrfaglig samarbeid og oppfølging, samt veiledning av tverrfaglig personale, psykologkolleger og studenter. Andre sentrale oppgaver vil være system- og utviklingsarbeid for målgruppen og tjenesten, og undervisning for barn/foreldre og andre ansatte.

Én av stillingene vil innbefatte 20 % arbeid med å oppsummere erfaringer knyttet til den økte forebyggende innsatsen, som en del av utviklingsarbeidet rundt barn, unge og deres familier.

Det vil bli separate utlysninger for det enkelte byområde og Utekontakten. Se utlysningene på <https://www.bergen.kommune.no/jobb>.

**Søknadsfrist 18. mars 2018.**



Barne-, ungdoms- og familieetaten, region Midt-Noreg

Nasjonalt inntaksteam i Bufetat har ledig fast stilling 100 % som

## Psykolog / psykologspesialist (kartlegger)

Norsk inntaksteam er en enhet med nasjonale oppgaver. Enheten er etablert som en del av Bufetat sin kvalitetsutvikling og skal sørge for gode, faglige begrunnelser for valg av plasseringsted til barn som søkes inn til atferdsinstitusjon. Psykologens hovedoppgave er å vurdere målgruppe, kartlegge risikofaktorer og vurdere styrker, behov og spesielle hensyn hos barn som søkes plassert ihht. barnevernlovens §§ 4-24 og 4-26, samt sørge for resultatmålinger ved avslutning av institusjonsoppholdet.

Nasjonalt inntaksteam har medarbeidere i alle landets regioner. Nye medarbeidere vil få arbeidssted på lokal Bufetat-enhet i det fylket man bor, men må innstille seg på noe reisevirksomhet og på å delta på samlinger i Trondheim.

Vi søker etter en nysgjerrig, nytenkende og faglig dedikert kollega til å jobbe sammen med oss som psykolog.

**Søknadsfrist 13.03.18**

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

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



Sykehuset Innlandet HF



Sykehuset Innlandet HF er Innlandets største kompetansebedrift med omlag 8500 ansatte. Hos oss får du arbeide sammen med flinke og engasjerte fagfolk. Vi er alltid på utkikk etter dyktige medarbeidere!

Divisjon Psykisk helsevern er den største divisjonen i Sykehuset Innlandet. Divisjonen består av sykehusene Reinsvoll og Sanderud, fem distriktspsykiatriske sentre (DPS), to barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og en barne- og ungdomspsykiatrisk døgnavdeling. Divisjonen har totalt 320 senger.

## Vi trenger din kompetanse

Psykologspesialist/psykolog

Poliklinikk Valdres har ledig en 100 % fast stilling. Poliklinikken satser på faglig utvikling. I år starter utdanning av DBT-team (dialektisk adferdsterapi), som skal implementeres som metode i poliklinikken.

Kontaktperson: Enhetsleder Laila Olsen tlf. 974 75 057

**Søknadsfrist: 15. mars 2018**

Informasjon om våre ledige stillinger, se [www.sykehuset-innlandet.no/jobb](http://www.sykehuset-innlandet.no/jobb)



frantiz.no

frantiz.no

## Helse Sør-Øst RHF søker:



### Ledig avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi

Ledig 100 % avtalehjemmel for spesialistpraksis i klinisk voksenpsykologi er ledig for snarlig tiltredelse. Praksisen skal lokaliseres til Moss eller Sarpsborg.

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

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

**Søknadsfrist: 22. mars 2018**



**- 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.

### Kristiansand

## Psykolog - DPS Strømme

Vi har ledig 1 års vikariat som psykolog i 100% stilling i ambulant akutteam, en enhet under DPS Strømme.

Vårt team gir et bl.a. behandlingstilbud til mennesker i akutte psykiske kriser, og hovedoppgaven vil være ø-hjelpsvurdering, diagnostisk kartlegging/utredning og korttidsbehandling.

#### Opplysninger:

Enhetsleder, Linda Esperaas tlf. 38 12 53 93

Konsulent, Rannveig Finsådal tlf. 38 12 53 93

#### Søknadsfrist: 18. mars 2018

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

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseledere.



**SØRLANDET SYKEHUS**

frantiz.no



**Høgskolen i Molde**

Vitenskapelig høgskole i logistikk

Høgskolen i Molde søker:

## Professor/ førsteamanuensis i psykologi

Se fullstendig utlysning på <http://jobbnorge.no/>

**Søknadsfrist 18. mars.**

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



Giske kommune

## KOMMUNEPSYKOLOG

100 % fast stilling ledig frå 16.04.2018.

**Søknadsfrist:** 18.03.2018

Sjå fullstendige utlysingstekst på

[www.giske.kommune.no/  
ledige-stillinger/](http://www.giske.kommune.no/ledige-stillinger/)

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, BUP Haugesund

Hos oss får du arbeide i tverrfaglege team. Vi tilbyr kompetanseheving og spesialisering. Ved BUP Haugesund har vi eit godt fagmiljø og kjekke kolleger, med sosiale aktivitetar som felleslunsj og trim på huset.

Stillinga er på dagtid, 37,5 t/veke og inneber utgreiing, diagnostisering og behandling, rettleiing og undervisning, kontakt med føresette og andre aktuelle instansar.

Vi ser etter deg som har gode evner til samarbeid og formidling. Du er nytenkande og kreativ og vil vere med å styrke fag og pasientforløp. Du må ha norsk autorisasjon som psykolog og godt norsk språk. Det er ønskeleg med erfaring frå arbeid i BUP.

Kontakt: Georg Reinhardt, seksjonleiar eller Lill Flatøy, psykologspesialist. Tlf: 52 73 28 00 (BUP sentralbord).

Les meir og søk på [www.helse-fonna.no/jobb](http://www.helse-fonna.no/jobb) innan 18. mars 2018.

HORTEN  
KOMMUNE

Enhet for rus og psykisk helse er organisert etter anbefalinger fra veilederen "Sammen om mestring". Enheten består av Mottaksteam, Aktivitetsteam, Vekstteam og Mestringsteam, og har ansvar for forebygging, oppfølging, utredning og behandling av personer som har utfordringer med rus og/eller psykiske helse. Det gis tilbud både individuelt og i form av grupper eller kurs.

### Kommunepsykolog

Vi har ledig 100% fast stilling som psykolog/psykologspesialist i enheten fra d.d.

#### Arbeidsoppgaver

- Forebyggende arbeid og folkehelsearbeid
- Inntaks og vurderingsarbeid
- Planlegging og utforming av behandlingsforløp
- Korte forløp med behandling ved lette til moderate, nyoppståtte psykiske helseplager hos voksne
- Etablere og drifte gruppetilbud
- Styrke den generelle kompetansen i enheten gjennom veiledning og undervisning
- Samarbeid med fastleger, andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten
- Strategisk plan- og utviklingsarbeid

#### Kvalifikasjoner

- Offentlig godkjent psykolog/psykologspesialist
- Erfaring fra kliniske arbeid
- Søker må kunne undervise, veilede og gi fagstøtte til personell og tjenester i kommunen
- Erfaring fra arbeid med grupper er ønskelig
- Gode muntlige og skriftlige norskkunnskaper

#### Utdanningsretning

- Psykologi
- Utdanningstittel: Psykolog/psykologspesialist

#### Utdanningsnivå

- Høgskole/Universitet

#### Personlige egenskaper

- Utviklingsorientert og strukturert
- Gode kommunikasjons- og samarbeidsevner.
- God evne til å skape tillit og relasjoner
- Fleksibel og løsningsorientert
- Interesse og engasjement for å utvikle kommunale tjenester innenfor rus og psykisk helse
- Personlig egnethet tillegges stor vekt

#### Vi tilbyr

- Spennende og varierte arbeidsoppgaver
- Et utfordrende arbeidsfelt i endring og utvikling
- Bedriftshelsetjeneste
- Fri bruk av Horten svømmehall
- Rabatt på treningscenter
- Gode forsikrings- og pensjonsordninger
- Lønn etter avtale

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til Avdelingsleder Birgit Walaas, tlf. 975 50 257

For fullstendige utlysingstekster, se våre nettsider [www.horten.kommune.no](http://www.horten.kommune.no).

**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**schjodt@bibihj@gmail.com  
922 99 371**Ragnhild Stokke Røed**ragnhildkstokke@gmail.com  
414 21 366**Ingvild Gregersen**ingvildg@gmail.com  
957 27 801**Arnild Lauveng**post@arnhildlauveng.com  
913 17 162**Else-Marie Molund**else-marie.molund@  
psykologene.no  
481 33 860**Studentrepresentanter****Rikke Pauline Sandvik**rikkepsandvik@gmail.com  
905 74 666**Camilla Jonette Rasmussen**Camilla\_Jonette@  
hotmail.com  
932 81 124**Varamedlemmer****Anders Hovland**anders.hovland@uib.no  
932 87 565**Rudi Myrvang**rudi.myrvang@gmail.com  
906 03 355**Dag Stormbo**dag.stormbo@gmail.com  
408 42 645**Eldrid Robberstad**eldrid.robberstad@sola.  
kommune.no  
475 00 308**LOKALAVDELINGER****Akershus****Joan Sigrun Nygard**joan.sigrun.nygard@  
vestreviken.no  
416 66 260**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.ese@gmail.com  
920 11 528**Nord-Trøndelag****Tirill Sten Ingebrigtsen**tirillst@gmail.com  
407 23 159**Nordland****Iris Anette Søderholm**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**, lederRådgivningstelefon  
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

**MENNESKERETTIG- HETSUTVALGET**

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

**TESTPOLITISK UTVALG**

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

**YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG**

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

**VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING**

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

**SEKRETARIATET**

Tlf. 23 10 31 30  
**Ole Tunold**, generalsekretær  
**Karsten Karlsøen**,  
kommunikasjonssjef og  
myndighetskontakt, e-post  
karsten@psykologforeningen.  
no, tlf. 976 11 591  
**Per Halvorsen**, webredaktør,  
e-post per.halvorsen@  
psykologforeningen.no

**Administrasjonsavdeling**

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

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

**Forhandlingsavdeling**

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

**Fagpolitisk avdeling**

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

**Utdanningsavdeling**

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

**NORSK PSYKOLOGFORENING**

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

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

## TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

### FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

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

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

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

**Jan H. Rosenvinge**, Universitetet i Tromsø  
**Bjørn Rishovd Rund**, Universitetet i Oslo  
**Frida Gullestad Rø**, Universitetet i Oslo  
**Michael Helge Rønnestad**, Universitetet i Oslo  
**Gro Mjeldheim Sandal**, Universitetet i Bergen  
**Per Øystein Saksvik**, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
**Borrik Schjødt**, Haukeland universitetssykehus  
**Jan Skjerve**, Universitetet i Bergen  
**Ingunn Skre**, Universitetet i Tromsø  
**Arvid Skutle**, Stiftelsen Bergensklippene  
**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 spesialistoppagave.

**Abonnement:** Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2350, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 150 + porto/eksp.gebyr.

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

**Frist for innlevering av annonser:**  
 16.03, 17.04, 16.05, 18.06, 18.07, 17.08,  
 17.09, 18.10, 16.11



