

**Ny viten om
avhør av barn**

NÅ

PERSONLIGHETS- FORSTYRRELSER

- Et diagnostisk
problembarn

*Forskningsintervju
Vitenskapelig artikkel*

**Metakognitiv
terapi mot angst**

Oppsummert

ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-04



9 770332 647006 04

RETURUKE 19 150 NOK



PSY KOL OGI

Vol. 55 **nr. 4** 2018

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

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

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

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

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

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

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

Markedskonsulent Winnie Engevoid

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, Tekstrekameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Kravspesifikasjonen

HVILKE PSYKOLOGIUTDANNELSER fra hvilke land skal gi godkjenning som psykolog i Norge, enten direkte eller gjennom ulike kompenserende tiltak? Spørsmålet har ledet til en lang og fortsatt opphetet debatt. Mye har handlet om utdannelsen ved ELTE, men spørsmålene, og ikke minst svarene, angår hele faget og profesjonen. Kanskje er kvalitetskravene som norske myndigheter, psykologprofesjonene, utdanningene og andre måtte stille, allerede oppfylt for noen og hver. Eller kanskje har skeptikerne rett, slik at listen over hvilke kompetanser og kunnskaper som kreves for godkjenning som psykolog for utenlandsstudentene, vil kreve et lengre skoleringsløp her til lands.

Uansett standpunkt vil utdannelsesinstitusjoner rundt om lese både sakspapirer og den endelige avgjørelsen fra norske helsemyndigheter som en kravspesifikasjon for en godkjent psykolog i Norge. Slik kan internasjonale universiteter skreddersy utdannelsesløp som godkjennes av norske helsemyndigheter. Hva et slikt løp vil koste, vil avhenge av undervisningstilbud, veiledning, praksis og mer til. Men så lenge svært mange ønsker seg en utdanning som i Norge er et knapphetsgode, og det fortsatt er slik at arbeidsmarkedet ikke får dekket etterspørselen etter psykologer, vil mange studenter være villige til å ta kostnaden. Og der det er etterspørsel, vil tilbud etableres.

For nøyaktig to år siden skrev vi på lederplass at rundt 1000 nordmenn studerer psykologi i utlandet. Flere av dem tenker seg antageligvis inn på et norsk arbeidsmarked. Jo tydeligere kravspesifikasjon til fremtidens psykologer blir, dess tryggere kan studentene være på at utenlandsstudiet man går til, leder til norsk autorisasjon. Helt uavhengig av hvor man står i dagens debatt, vil utviklingen gi endringer i arbeidsmarkedet for psykologer her til lands. Både gjennom en raskere vekst i antall godkjente psykologer og ved et større kompetansemangfold. Det er en utvikling som bør følges med et våkent blikk for muligheter og utfordringer, enten blikket tilhører pasienter, myndigheter, psykologer, arbeidsgivere eller utdanningsinstitusjoner. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Uansett standpunkt vil utdannelsesinstitusjoner rundt om lese både sakspapirer og den endelige avgjørelsen som en kravspesifikasjon for en godkjent psykolog i Norge

262



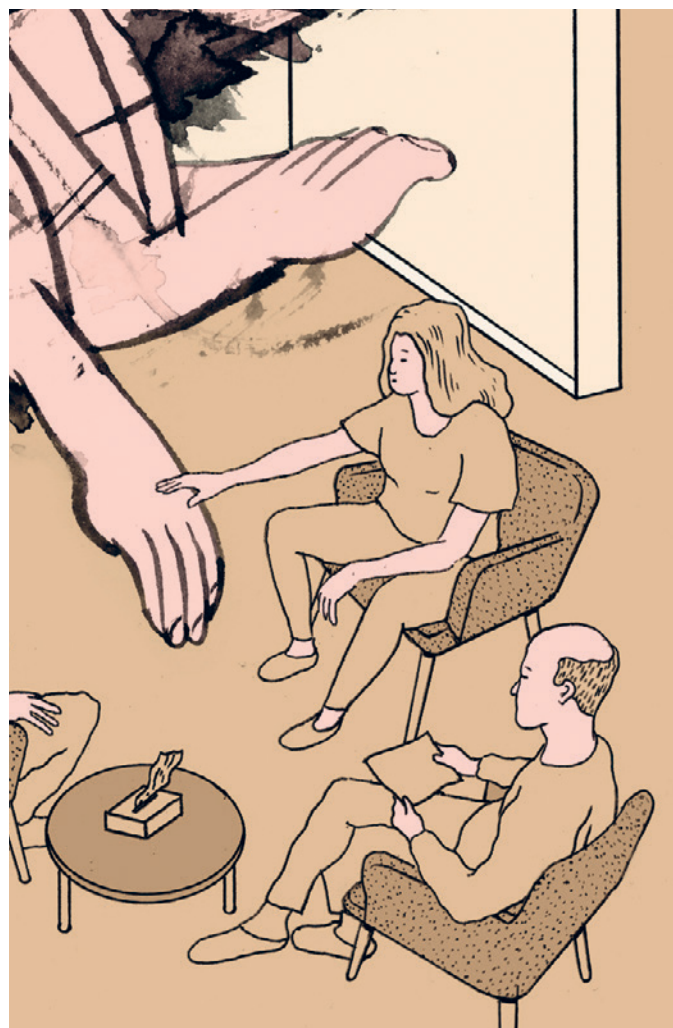
ILLUSTRASJON ASHILD IGENS

TRADISJON OG PROGRESJON

Skulle det foreslåtte systemet for personlighetsforstyrrelser i ICD-11 bli toneangivende, vil dette kunne innebære et tilbakeskritt og et brudd med en rik klinisk tradisjon, mener Sigmund Karterud.

*Forskningsintervju,
se også vitenskapelig artikkel om diagnostisering
av personlighetsforstyrrelser i DSM-5*

276



ILLUSTRASJON AGE PETERSON

ENDRING GJENNOM ANERKJENNELSE

Habiliteringsteamet i Bodø jobber med en anerkjennende og ressursfokuset holdning overfor personer med utviklingshemming som har begått seksuelle overgrep. Slik kommer de i posisjon til å hjelpe.

Fra praksis



ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN

EN STRESSDIAGNOSE FOR VÅR TID

Vi må få på plass en moderne stressdiagnose, skriver Martin Holmelin.

Han viser til Sverige der de opererer med diagnosen utmattingsyndrom.

I Norge kan enkelte personer med depresjons- eller ME-diagnose høre bedre hjemme i denne kategorien, mener han.

Meninger

- 249 **Kravspesifikasjonen**
Leder | Bjørnar Olsen
- 252 **Leder verdens største studie av barneavhør**
NÅ: Miram Sinkerud Johnson | Øystein Helmikstøl
- 254 **- Sjekk om testene er gode**
Aktuelt | Nina Strand
- 258 **Mens vi venter på ICD-11**
Forskningsintervju: Sigmund Karterud | Kjersti Gulliksen
- 263 **Personlighetsfungering som diagnostisk kriterium**
Vitenskapelig artikkel | Tor Erik Nysæter et al.
- 271 **Transdiagnostisk behandling av angstlidelser**
Oppsummert | Sverre Urnes Johnson
- 274 **Journaltrening**
Fri assosiasjon | Stig Magne Solstad
- 276 **En sunn seksualitet - et bedre liv**
Fra praksis | Eva Opdalshei
- 283 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Er Norge klar for en moderne stressdiagnose? | Martin Holmelin (s. 284)

Debatt: Kronisk utmattelsessyndrom (s. 289, s. 290), Seniorer i helseforetakene (s. 291), Tilgjengelighet av behandling (s. 292), Veiledning (s. 294), Psykologi og rettsikkerhet (s. 296)
Kommentar: Identitet og faktasjekk | Bjørnar Olsen (s. 293)
- 299 **INNTRYKK**
Bokanmeldelser: En livslang tilstand (s. 300), Tradisjonelt om schizofreni (s. 304), Fascinerende vrangforestillinger (s. 305)
- 306 **Minneord: Bjørg Røed Hansen (1942-2018)**
- 307 **Minneord: Wenche Håland (1927-2018)**
- 308 **Kurskalenderen**
- 309 **Annonser**
- 314 **Stillingsannonser**



GRANSKER BARNEAVHØR Politiet stiller gjennomgående for mange suggestible spørsmål i avhør av førskolebarn, ifølge et forskningsprosjekt ledet av psykolog Miriam Sinkerud Johnson.

Leder verdens største studie av barneavhør

En forskergruppe med psykolog Miriam Sinkerud Johnson i front er i gang med å granske 1000 avhør av barn. Politiet har ikke alt på stell, ser det ut til.

TEKST Øystein Helmikstøl

FOTO UiO

– **Du leder et forskningsprosjekt om politiavhør av barn. Fortell!**

– Vi skal gjøre kvantitative og kvalitative innholdsanalyser av rundt 1000 barneavhør. Dette blir den største studien om barneavhør som er gjennomført internasjonalt. Formålet er å få mer forskningsbasert kunnskap om avhør av barn, som kan bidra til kunnskapsutvikling og kompetanseheving i praksisfeltet.

– **Du skrev doktorgrad om dette i 2015¹. Hva har dere funnet nå?**

– Forskergruppen har hittil analysert 150 sekvensielle avhør, det vil si avhør av førskolebarn og utviklingshemmede. Preliminære analyser tyder på at politietterforskere har høy avhørsmetodisk kompetanse på flere områder. Flere avhør fremstår som eksempler på hvordan avhør av barn ideelt sett bør gjennomføres. Samtidig er det flere aspekter ved dagens avhørspraksis der vi mener det er behov for endringer som kan bidra til økt kvalitet, hvis man baserer seg på utviklingspsykologisk og vitnepsykologisk forskning.

.....

1. Se <http://www.sv.uio.no> om disputasen 5. november 2015: Kvaliteten på barneavhør har ikke endret seg på 10 år.

– Alt er altså ikke på stell?

– En generell tendens som kommer frem i data-materialet, er at barn får få muligheter til å avgi en fri forklaring i avhør, og av og til ingen. I flere tilfeller gjennomfører politiet avhør som ikke er tilstrekkelig tilpasset barnets kognitive og utviklingsmessige forutsetninger. Vi ser for eksempel tilfeller der avhørere har urealistiske forventninger til hva førskolebarn har forutsetninger for å forstå og gjengi verbalt eller har grunnlag for å huske. En annen tendens er at avhører repeterer mange av spørsmålene, og synes ikke å akseptere barnets spontane forklaring. Gjennomgående stilles det også for mange suggestible spørsmål i avhørene. Vi ser også en utstrakt bruk av kombinasjoner av alternative kommunikasjonsformer i avhør av førskolebarn, som for eksempel bruk av tegninger, puslespill, modell-leire. Det virker uklart hvilket grunnlag avhørere bygger på når de bruker slike verktøy, og på hvilken måte verktøyene er kommunikasjonsfremmende i avhør av små barn.

– Utdannelsen av barneavhørere i Norge ligger langt fremme internasjonalt, mener Kripos². Hva vet vi egentlig om kvaliteten på norske barneavhør?

– Sammenlignet med for eksempel England, USA, Sverige og Israel, der barneavhør har vært gjenstand for systematisk forskning i flere tiår, foreligger det begrenset forskning på norske barneavhør. Politiets erfaringer tilsier at det har vært en betydelig kvalitetsheving. Men forskningsmessig finnes det lite dokumentasjon som kan bekrefte dette.

– Psykologtidsskriftet har fulgt flere saker der det ikke finnes tekniske bevis, og avhør av barn står sentralt. Hva vil du si om dilemmaene her?

– I volds- og overgrepssaker vil mangelen på etterprøvbare bevis føre til at mye står og faller på innholdet i barnets forklaring i avhør, og hvorvidt forklaringen fremstår som troverdig. Hvilke avhørsmetodiske strategier politiet bruker, er avgjørende. Vi har i dag et solid forskningsmessig grunnlag for å si noe om hvilke avhørsstrategier som gir barnet best forutsetninger for å avgi en fri, upåvirket forklaring.

.....

2. Aftenposten 29.10.2015

Hvorfor NÅ?

- Førstemanuensis Miriam Sinkerud Johnson er sammen med førstemanuensis Gunn Astrid Baugerud leder for Applied Forensic and Child Psychology Research Group (AFCPR) ved OsloMet – storby-universitetet.
- Gruppen gjennomfører en landsrepresentativ studie på oppdrag fra Justis- og beredskapsdepartementet som kartlegger kvalitetsmessige aspekter i 1000 barneavhør fra 2012-2017.
- Gruppen samarbeider med Statens barnehus, politidistriktene, Oslo universitets-sykehus og Professor Michael Lamb ved University of Cambridge.

Vi vet også at dårlig gjennomførte avhør kan forringe grunnlaget for at informasjonen som kommer frem i barnets forklaring, kan brukes som bevis. I retten ser man ofte at forsvarer forsøker å diskreditere troverdigheten i barnets forklaring ved å vise til hvordan avhørene har blitt gjennomført, og hvilke spørsmål avhører har stilt. Barns forklaringer kan ofte fremstå som usammenhengende som en konsekvens av at avhører bruker suggestible avhørsteknikker, som repeterte, ledende spørsmål og press- og belønningsteknikker. Det er med andre ord en nær sammenheng mellom de avhørsmetodiske strategier politiet bruker i barneavhør, og omfanget og kvaliteten av informasjonen som kommer fra barnet.

– Det er også dilemmaer knyttet til behandling opp mot rettsprosess?

– Ja. For en behandler kan det virke meningsløst å utsette et utrednings- og behandlingsforløp av hensyn til politietterforskningen i en volds- eller overgrepssak. På den annen side er det uheldig for politietterforskningen at barnet har blitt utspurt av mange instanser som skole/ barnehage, barnevern, leger og psykologer, der man mister oversikten over hvordan og i hvilken kontekst relevant informasjon fra barnet har fremkommet. Dessverre ser vi ofte at dette får negative konsekvenser ved at barnets forklaringer kan fremstå som inkonsekvente, og at barnet derfor ikke vurderes som troverdig, uten at dette nødvendigvis er tilfellet.

– Snakker barn sant?

– Barn helt ned i tre- fireårsalderen kan gjengi korrekt og detaljrik informasjon om egne opplevelser. Nyere vitnepsykologisk forskning viser imidlertid at det er helt avgjørende at politietterforskere som gjennomfører barneavhør, har kompetanse til å tilrettelegge for samtaler som optimaliserer barnets evne til å fortelle ut fra sine utviklingsmessige og kognitive forutsetninger. Tidligere var vitnepsykologisk forskning primært fokusert på å kartlegge barns sårbarhet for påvirkning. De siste 15 årene har forskningen vært mer rettet mot å identifisere betingelser som kan bidra til å skape upålitelige avhørssituasjoner. I dag har vi et solid forskningsmessig grunnlag for å si at en av de viktigste kvalitetsmessige faktorene i avhør av barn er hvilke avhørsmetodiske strategier avhørere anvender. ✘

- SJEKK OM TESTEN ER GOD

Det er store mangler i tester som brukes på norske skolebarn, viser en ny undersøkelse. – Psykologer må kontrollere kvaliteten før de bruker en test, sier forsker.

TEKST

Nina Strand

HVER DAG TAR psykologer i bruk kartleggingsverktøy for å undersøke barn og unge som strever – psykisk, sosialt eller faglig. Testresultater fra PPT, BUP og i barnehabiliteringstjenesten bidrar til å avgjøre om barn skal få hjelp og støtte, og til å vurdere hvilke tiltak som passer for det enkelte barnet. Avgjørelsene kan få store konsekvenser for barns utdanningsløp, velvære og psykiske helse. Da er det viktig at kvaliteten på kartleggingsinstrumentene er god. Men mange av de mest vanlige norske testene er ikke nødvendigvis til å stole på, viser en gjennomgang gjort ved Institutt for spesialpedagogikk ved Universitetet i Oslo.

BEKYMRET

Undersøkelsen er et ledd i stipendiat Anne Arnesens doktorgradsarbeid, og avdekket at flertallet av kartleggingsverktøyene de undersøkte, ikke dokumenterer at testene er pålitelige. Dermed kan man heller ikke vite om vurderingene som gjøres på grunnlag av testene, er gode, konkluderte forskerne. De er bekymret. For disse verktøyene er viktige for å fange opp de riktige barna og for å skille mellom hva som bør følges opp videre, og hva som er mindre alvorlig.

Professor Monica Melby-Lervåg har bidratt i undersøkelsen sammen med Johan Braeken (Center for Educational measurement) og Terje Ogden (Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge). På www.laeringsbloggen.com oppsummerer Melby-Lervåg funnene. Generelt

var verktøyene i liten grad kvalitetssikret. Få av dem hadde representative og gode utvalg på sammenligningsgrupper og normer, og få dokumenterte at de hadde undersøkt målefeil, eller hva testen faktisk måler.

– Mange av testene hadde også uklare prosedyrer for gjennomføringen, kommenterer hun.

- LES MANUALENE

Psykologtidsskriftet kontakter Melby-Lervåg og spør hva psykologer nå bør være oppmerksomme på.

– Psykologer bør være i stand til å vurdere den psykometriske kvaliteten på tester de velger å bruke. Det krever at de leser testmanualer og ser hva slags analyser av reliabilitet og validitet som er gjort – og gjerne hva som er gjort på det norske markedet, slik at man ikke ukritisk bruker data fra andre land, sier Melby-Lervåg, som tipser om det elektroniske tidsskriftet www.psyktestbarn.no. Her kan psykologer finne artikler om måleegenskaper i norske versjoner av kartleggingsverktøy som mange bruker i sin arbeidshverdag. Ansvarlig for nettstedet er RBUP i samarbeid med de regionale kunnskapssentrene for barn og unge.

– Det er en god nettside, den bruker de samme metodene for vurdering som vi gjorde i vår undersøkelse. Problemet er bare at de ikke har med alle verktøy som er i bruk av psykologer i dag, men antallet tester der øker stadig, sier professoren.



FORTOLKET Avgjørelsene som tas på bakgrunn av tester kan få store konsekvenser for barns utdanningsløp, velvære og psykiske helse. Illustrasjonsfoto: Maskot/Scanpix

Hun poengterer at Norge er et lite land med et lavt antall språkbrukere, og mener at utfordringene det fører til, ikke tas nok på alvor. Det er vanskelig for forskere å få midler til å oversette, lage normer og tilpasse testverktøy for praktisk bruk her til lands, samtidig som kommersielle firmaer ikke prioriterer utvikling av tester der kundegrunnlaget er lite.

– Her kunne psykologene gjerne tatt initiativ, eksempelvis overfor departementet, til at det blir stilt midler til disposisjon for at forskere med god psykometrisk kompetanse får rammebetingelser til å gjøre dette, mener professoren, som opplyser om at det er meritterende forskningsarbeid å publisere validering av tester i vitenskapelige tidsskrifter.

- BØR ENDRE PRAKSIS

Melby-Lervåg mener funnene deres er alvorlige, fordi svakhetene ved testene kan føre til at det trekkes gale konklusjoner i spørsmål som er viktige for barns fremtid.

– Det kan få konsekvenser for barns liv ved at de ikke får den hjelpen de burde ha fått. Eller motsatt: at det for eksempel ser ut som at barn har vanskeligheter uten å ha det. Vi har jo sett mediasaker om dette, for eksempel for en tid siden da en jente feilaktig ble klassifisert som lettere utviklingshemmet.

– *Stoler fagfolk for mye på testene?*

– Det er helt naturlig at kartleggingsverktøy spiller en viktig rolle i enhver pedagogisk og psykologisk praksis. Gjentatte undersøkelser viser at det ikke holder å vurdere barns funksjonsnivå bare ut fra observasjon og samtale med lærere og foresatte. Det er ikke enkelt å finne ut »



UROLIG Dagens testverktøy må forbedres, mener Monica Melby-Lervåg, professor ved UiO. Foto: Arne Lervåg

– Gjentatte undersøkelser viser at det ikke holder å vurdere barns funksjonsnivå bare ut fra observasjon og samtale med lærere og foresatte

Monica Melby-Lervåg

bare gjennom samtale og observasjon hvorvidt en 6-åring har et normalt språk eller en forsinket språkutvikling. Man trenger noe mer objektivt å forholde seg til. Samtidig kan man ha for stor tiltro til at en test gir hele svaret, svarer professoren.

Nå mener hun resultatene fra deres forskning viser en så stor usikkerhet at det må få konsekvenser. Før testene blir bedre kvalitetssikret, er den beste løsningen at man tar flere tester av de samme tingene for å se om man får de samme resultatene. For eksempel to tester av språkferdigheter og to ulike evnetester. Det vil gi en mye større sikkerhet i konklusjonene. Hun forstår at det kan være utfordrende i en presset arbeids hverdag, men anbefaler at det prioriteres.

– Beskjeden er altså ikke å forkaste kartleggingsverktøy. Feilkildene ved bare å observere eller bruke intervju er enorme, men testene må utføres med så god kvalitet som mulig, og da må dagens testverktøy forbedres.

– GODT UTGANGSPUNKT FOR SAMTALE

Kjell Totland har jobbet i PPT en årrekke, og har også bak seg noen år som psykolog ved Torshov kompetansesenter for sammensatte læreplaner. Gode kartleggingsverktøy gir verdifulle kunnskaper om elevenes ressurser og utfordringer, mener psykologen. Han har ofte erfart at testene avdekker informasjon som gjør det lettere for elevene selv å formidle hva de strever med. Det kan for eksempel gjelde elever som sliter med å ordlegge seg, men som forstår mye. Kanskje oppdager ikke læreren eller medelevene dette, mens en god språktest kan få fram barnets ressurser.

Som PPT-psykolog erfarte Totland dessuten at funnene i en test kunne gi en fin inngang til å snakke med eleven om vanskeligheter i skolehverdagen. Særlig med ungdom kan testene virke avmystifiserende, mener psykologen.

– Jeg kunne spørre: «Er dette noe du kjenner igjen?» Og eleven bekreftet: «Ja, dette er noe jeg sliter med.» Uten at de egentlig hadde vært klar over det inntil da. Eller det kunne være noe de ikke hadde greid å sette ord på, kanskje skammet seg over. Vi kunne få til gode samtaler av dette, og slik fikk eleven ofte større eierforhold til utfordringene sine, sier psykologen.

Totland mener det er bekymringsfullt at forskere finner så store mangler ved tester som brukes i skolen.

– Når testene ikke er gode nok, kan det gjøre at elever som sliter, går under radaren hos lærerne. Man blir mer avhengig av den kliniske kompetansen hos lærere og fagfolk. Men vi vet at slike vurderinger er subjektive, og derfor noen ganger ikke fører til annet enn å bekrefte en forutinntatt oppfatning, sier han.

– BEDRE ENN KLINISK SKJØNN

Rolf Marvin Bøe Lindgren er psykolog og var ansvarlig for prosjektet som etablerte Det Norske Veritas' ordning for testsertifisering. Han er bekymret for at disse forskningsfunnene vil bidra til at psykologer i større grad enn før mistror tester.

– Det er i våre klienters interesse at vi bruker gode tester, og at vi forstår dem og bruker dem riktig. Dette fordi gode tester, brukt riktig, gir mer og bedre informasjon enn klinisk skjønn, sier Lindgren, som mener at psykologer nå bør lese seg opp på psykometri, statistikk og metode.

Lindgren var altså selv med på å etablere kvalitetssikring av arbeidspsykologisk testing i Norge. Den omfatter også psykometriske tester, og har fungert i femten år, opplyser han.

– Det er fullt mulig å få til kvalitetssikring også av nevropsykologiske og skolepsykologiske tester. Utfordringen er å få til vurderinger som representerer ulike interesser – altså leverandørenes, brukernes og klientenes interesser. Det krever ikke annet enn litt jobbing, men jobben må gjøres. Her kunne Norsk psykologforening gjøre et framstøt, sier Lindgren.

Monica Melby-Lervåg kjenner ikke til ordningen med kvalitetssikring av arbeidspsykologiske tester, men synes det høres fornuftig ut.

– Konsekvensene ved at tester for barn og unge ikke har god nok kvalitet, kan være fatale og få innvirkning på fremtiden til barnet i et livsløpsperspektiv. Dersom man har god kvalitetssikring av arbeidspsykologiske tester, skulle det være en selvfølge at man også har det for tester til barn og unge. ✘

Jobber for bedre tester

Testpolitisk utvalg i Psykologforeningen er i gang med et prosjekt som skal bidra til mer forsvarlig testing.

PSYKOLOGSPESIALIST Tanya Ryder leder prosjektet som skal sørge for bedre kvalitet i tester og kartleggingsverktøy brukt av psykologer i eksempelvis psykisk helsevern og PPT. Prosjektet er initiert av Helsedirektoratet, og ikke spesifikt knyttet til barn og unge, eller til kommunale tjenester. Ryder forteller at så langt i prosjektet har de samlet inn informasjon om hvilke tester som brukes på arbeidsplassene, og sendt ut en omfattende spørreundersøkelse til litt under 5 000 psykologer.

– Når svarene foreligger, vil jeg i samarbeid med Psykologforeningen og Testpolitisk utvalg forsøke å identifisere de meste brukte testene som mangler tilstrekkelig dokumentasjon, sier Ryder.

Avdelingsdirektør i Helsedirektoratet, Jo Winding Harbitz, ser frem til resultatet.

– Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Psykologforeningen vil sammen se på hvilke tiltak vi kan iverksette, og hvor de kan forankres når resultatene foreligger, skriver han i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Tanya Ryder mener testgjennomgangen fra Monica Melby-Lervåg og kolleger ved Institutt for spesialpedagogikk ved UiO (se hovedsaken) kaster lys over den utstrakte bruken av verktøy, som vi vet for lite om.

– Slike studier bidrar til å gjøre både testbrukere og arbeidsgivere mer bevisst dette temaet, sier hun.

– *Ja, hvem har ansvar for kvaliteten på testing som utføres?*

– Flere har ansvar. Testutviklere har ansvar for å dokumentere tilstrekkelige psykometriske testegenskaper av verktøy de har utviklet og markedsført. Testbrukere har også et ansvar for å skaffe seg informasjon om testegenskaper til de verktøyene de ønsker å anvende, svarer psykologen.

Ryder tipser om at på psykologforeningen, no finner man International Test Commissions retningslinjer for testbruk. Til sist understreker hun at arbeidsgivere selvfølgelig har et ansvar for å sikre at personell har nødvendig kompetanse på bruk av tester. ✘



Psykologspesialist og prosjektleder Tanya Ryder.

Mens vi venter på ICD-11

Personlighetsforstyrrelser er prototyper, ikke sykdomskategorier, argumenterer Sigmund Karterud. I løpet av 2018 kommer ICD-11, og diskusjonen om diagnostisering av personlighetsforstyrrelser fortsetter.

TEKST

Kjersti Gulliksen,
fagredaktør

FOTO

Privat

De to internasjonale diagnosesystemene som brukes i forskning, utredning og behandling av psykiske lidelser, har begge vært gjenstand for utvikling og revidering over tid. Både det ferdigstilte revideringsarbeidet av DSM-4, som foregikk i mer enn 20 år, og det pågående arbeidet med å revidere ICD-10 har utløst omfattende debatter. Felles for debattene er spørsmålet om hvor skillet skal gå mellom hva som er normal og unormal atferd, hva som skal kjenne- tegnes som sykt eller friskt, og hvorvidt en kategorisk eller dimensjonal forståelse bør ligge til grunn for beskrivelsen av psykiske lidelser. I en kategorisk modell, slik som i DSM-4 og ICD-10, er diagnoser separate og distinkt adskilte tilstander. Det er imidlertid uklare grenser mellom kategoriene, og mange uttrykk for psykisk lidelse lar seg ikke like godt plassere innenfor slike avgrensede kategorier. Et alternativ til den kategoriske tenkningen er en mer dimensjonal forståelse, der psykiske lidelser befinner seg på et kontinuum av en underliggende sårbarhet, og der overgangene mellom de enkelte diagnosene er mer glidende enn absolutte. Ved revideringen av kapitlene om personlighetsforstyrrelser i DSM-5 og i ICD-11 ble spørsmålet

om dimensjoner eller kategorier særlig heftig debattert, og i en vitenskapelig artikkel i denne utgaven (se side 262) beskriver Tor Erik Nysæter og kolleger personlighetsforstyrrelser som et «diagnostisk problembarn». Professor i psykiatri Sigmund Karterud har forsket på personlighet og personlighetsforstyrrelser i en årrekke, og vært tett på det innledende komitéarbeidet om personlighetsforstyrrelser i ICD-11, som lanseres i løpet av inneværende år. Karterud har lest artikkelen til Nysæter og kolleger, og i en e-post fra skiferie i Alpene sier han seg enig i at personlighetsforstyrrelser representerer en diagnostisk utfordring.

– Ja, mange har nok oppfattet personlighetsforstyrrelser som et «diagnostisk problembarn», sier Karterud. Han forteller at det etter hvert kom massiv kritikk mot systematiseringen av personlighetsforstyrrelser i separate kategorier, som emosjonelt ustabil og unnvikende personlighetsforstyrrelse.

– Kritikken bygger på en sykdomsforståelse av kategoriene, som om emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse skulle være en «sykdomskategori». Personlig mener jeg at dette er en «scientistisk misforståelse», sier Karterud.



Sigmund Karterud

- Professor i psykiatri, og administrativ og daglig leder av Institutt for mentalisering.
- Tidligere avdelingsoverlege ved Seksjon for personlighetspsykiatri, Oslo universitetssykehus, og tidligere leder av forskningsgruppen for personlighetspsykiatri ved Universitetet i Oslo.
- Forfatter av boka *Personlighet*, utgitt på Gyldendal akademisk i 2017.

Om kritikken blir relevant eller ikke, avhenger av hvordan man forstår og forholder seg til de diagnostiske kategoriene, ifølge professoren.

– Oppfatter man kategoriene som sykdommer, er det et problem at det er uklare grenser mellom dem. Forskningsgruppen for personlighetspsykiatri, som jeg ledet ved Universitetet i Oslo, argumenterte i alle år for at kategorier for personlighetsforstyrrelser ikke burde forstås som sykdommer, men som prototyper, det vil si kriteriebestemte typologier som reelle personer kunne ligne mer eller mindre på. Når en pasient blir beskrevet gjennom eksempelvis både antall borderlinekriterier og samtidig kriterier for andre personlighetsforstyrrelser, ivaretas både dimensjonalitet og personlighetsprofiler. Og totalt antall kriterier er et godt mål for alvorlighet, sier han.

Forskningsgruppen Karterud nevner, så ikke behovet for radikale endringer i diagnostisering av personlighetsforstyrrelser. Forskerne opplevde verken at det hadde skjedd vitenskapelige gjennombrudd som krevde endringer i diagnosesystemet, eller at det eksisterte konsensus om en paradigmatisk teori som kunne legges til grunn for endringene.

– Mitt poeng er at det fint går an å tenke dimensjonalt med DSM-4-systemet, men mektige faggrupper argumenterte for et *annet* dimensjonalt system. Det er femfaktormodelen som spøker i bakgrunnen her. Man ønsket dimensjoner som ikke handlet om «grader av personlighetstyper», men som var basert på statistisk deriverte faktorer, presiserer Karterud.

Han påpeker at dette er et forståelig ønske, da faktorer utledet av statistiske undersøkelser på sett og vis representerer en høyere grad av vitenskapelighet. Samtidig er det uttrykk for en ambisjon i retning av «carving nature at its joints», det vil si idéen om at valide faktorer stemmer perfekt med en slags underliggende naturlig anatomi eller struktur ved fenomener.

– Den amerikanske psykiaterforeningen konkluderte imidlertid med at det foreløpig ikke er tilstrekkelig vitenskapelig dekning for at dimensjonene som ble foreslått i DSM-5, representerte den endelige sannheten om patologiske personlighetsdimensjoner.

OPPHETEDE DISKUSJONER

I det innledende DSM-5-arbeidet for PF tok man først sikte på omfattende endring av den kategoriske inndelingen i DSM-4. Imidlertid »

– Mitt poeng er at det fint går an å tenke dimensjonalt med DSM-4-systemet

Sigmund Karterud

– Forhåpentligvis vil vi etter hvert få et diagnose-system som er basert på en robust teori. Vi er ikke der ennå

Sigmund Karterud

endte arbeidet i en slags hybrid av en kategorisk og en dimensjonal modell (se vitenskapelig artikkel side 262). Forslaget var gjenstand for mye diskusjon, og ble til slutt ikke tatt inn i den offisielle delen av diagnosemanualen. Man falt ned på å beholde den opprinnelige kategoriske modellen fra DSM-4 inntil det foreligger mer vitenskapelig støtte for det alternative forslaget. ICD-11 innføres i løpet av 2018. Ifølge Karterud har prosessen rundt personlighetsforstyrrelser vært turbulent også i arbeidet med ICD-11.

– Ennå er de ikke i mål med de endelige tekstene. Men det går omsider mot et system som er temmelig kompatibelt med den alternative modellen i DSM-5. Det dreier seg om en skala for vurdering av personlighetsforstyrrelse, uttrykt som mild, moderat eller alvorlig. Skalaen er mindre sofistisert enn den som Nysæter og medarbeidere beskriver for DSM-5, «Levels of personality functioning», og som de ser nærmere på i artikkelen sin.

I tillegg til skalaen for alvorlighet skal man i ICD-11 kunne foreta en (valgfri) karakterisering av individet på fem faktorer som kalles negativ affektivitet, tilbaketrukkethet («detachment»), dyssosialitet, manglende hemning («disinhibition») og tvangspreg («anankastia»).

Spørsmålet om personlighetstyper skulle inkluderes eller ikke i ICD-11, har vært veldig omstridt. I aller siste runde har man akseptert å ta med én type, som er emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline). Der som dette forslaget godtas, er det bare én av de opprinnelige åtte personlighetsforstyrrelsene i ICD-10 som beholdes.

– Det er en styrke at borderline personlighetsforstyrrelse er beholdt. Som spesielt engasjert fagmann på akkurat dette området er jeg fornøyd med det. Men det holder ikke mål rent vitenskapelig. Det er en mektig borderline-lobby som har vært i sving. De hevder at borderline personlighetsforstyrrelse er i en særstilling som personlighetsforstyrrelse. Det er jeg uenig i. Det er ingen logikk i å ta med borderline personlighetsforstyrrelse, og ikke for eksempel unnvikende personlighetsforstyrrelse, mener Karterud.

SVAK TEORETISK FORANKRING

Verdens helseorganisasjon (WHO) har flere ganger understreket at deres diagnosesystem skal være så enkelt at det kan benyttes over hele verden. Mens DSM-5 er til for USA (eller

den vestlige verden), har WHO lagt vekt på at ICD-11 skal fungere også i land i den tredje verden. Karterud er noe kritisk til denne målsetningen:

– Personlig mener jeg at enkelhet har gått på bekostning av kvalitet. Personlighet og personlighetsforstyrrelser er komplekse fenomener som krever et høyt abstraksjonsnivå, sier han.

Når det gjelder andre styrker og svakheter ved modellen, trekker Karterud frem som en styrke at de fem faktorene (negativ affektivitet, tilbaketrukkethet, dyssosialitet, manglende hemning og tvangspreg), kan gi en slags personlighetsprofil og at disse nå er relativt kompatible med DSM-5.

– Jeg er imidlertid kritisk til disse faktorene fordi de etter min mening er empiristiske, det vil si at de er dårlig teoretisk fundert. Jeg mener det bør ligge en klarere teori til grunn for de grunnleggende dimensjoner man velger å legge vekt på.

Ifølge Karterud er det ennå uvisst hvilke implikasjoner ICD-11 vil få for diagnostisering og behandling av personlighetsforstyrrelser.

– Først må ICD-11 godkjennes av norske helsemyndigheter. Deretter kommer sannsynligvis en lengre innkjøringsperiode. Og vi vet ikke helt hvordan det går med den alternative modellen i DSM-5.

– I fremtiden kan det være at mye blir som det er nå, der kapittelet om personlighetsforstyrrelser i ICD bare fungerer på papiret, mens forskere og klinikere i praksis benytter DSM-systemet, sier han.

Men skulle det foreslåtte systemet for personlighetsforstyrrelser i ICD-11 bli toneangivende, vil dette kunne innebære et tilbakeskritt og et brudd med en rik klinisk tradisjon, mener personlighetsforskeren. Som eksempel trekker Karterud frem at ordet narsissisme ikke forekommer i ICD-11.

– Hva med den faglig akkumulerte viten, klinisk og vitenskapelig, om narsissisme? Om den ikke videreutvikles, vil den forfalle, og mye vil gå tapt. Slik vil det være også med en rekke andre viktige begreper og tradisjoner.

– På lengre sikt vil det føre til et skisma mellom diagnosepraksis og annen fagutvikling. Faget vil hele tiden utvikle seg, og fremfor alt er det behov for teoretiske nyvinninger. Forhåpentligvis vil vi etter hvert få et diagnosesystem som er basert på en robust teori. Vi er ikke der ennå, avslutter Sigmund Karterud. ❌

Aktuelt

Nedgang for avtalespesialistene

Antall konsultasjoner med avtalespesialister i psykisk helsevern har gått ned med omlag fem prosent fra 2016 til 2017, viser statistikk fra Norsk pasientregister.

Helsedirektoratet publiserer årlig statistikk fra Norsk pasientregister som blant annet viser aktivitet, ventetider og fristbrudd både blant helseforetakene og avtalespesialistene.

Statistikken viser at avtalespesialister står for rundt 25 prosent av all poliklinisk aktivitet. Helsedirektoratet opplyser ikke om mulige årsaker til nedgangen i aktivitet på fem prosent for avtalespesialistene i psykisk helsevern fra 2016 til 2017.

Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten har gått ned fra 60 til 57 dager, og det er særlig somatisk sektor som har klart å redusere ventetiden. I psykisk helsevern for voksne er den gjennomsnittlige ventetiden

den samme som i 2016 (46 dager), mens gjennomsnittlig ventetid for barn og unge har gått ned fra 50 til 49 dager.

Det er også påvist flere fristbrudd i psykisk helsevern for barn mellom 2016 og 2017, selv om økningen er svært beskjeden: 0,9 prosent fristbrudd i 2016 mot 1,2 prosent i 2017. Fristbrudd tyder på at pasientene ikke får påbegynt helsehjelp innen den fastlagte fristen, heter det i rapporten fra Norsk pasientregister.

Psykologtidsskriftet

Aktuelt

Må motvillig utrede klinikkdrift

Institutt for psykologi ved NTNU i Trondheim ser ikke behovet for å utrede alternative løsninger for psykologiklinikkene, slik rektor har bedt om.

TEKST Øystein Helmikstøl

- Rektor har bedt om en utredning av klinikkdriften med fokus på organisatoriske rammer og ansvarsforhold knyttet til pasientbehandling, skriver Institutt for psykologi ved NTNU i Trondheim i en pressemelding 12. mars. Bakgrunnen er planene om at Institutt for psykologi skal flytte til Senter for psykisk helse, som også skal huse Divisjon Psykisk helsevern ved St. Olavs Hospital.

I pressemeldingen kommer det fram at instituttstyret ikke ser nødvendigheten av å utrede alternative løsninger. De mener dagens ordning med internklinikker fungerer godt.

- Vi registrerer at rektor ønsker en utredning. Utredningsgruppen skal levere en rapport til styringsgruppa ved fakultetet før sommeren, sier Silje Steinsbekk til Psykologtidsskriftet. Hun er nestleder ved instituttet og opplyser at instituttledelsen støtter styrets holdning om at dagens ordning med internklinikker er velfungerende, og derfor ikke ser behovet for det utredningsarbeidet som nå er satt i gang.

STRID

NTNU-rektor Gunnar Bovim mener at det er helseforetakene som bør tilby helsetjenester og ikke universitetene, ifølge Khrono.no. Han åpner for flytting av studentklinikke.

Ved Universitetet i Oslo (UiO) ble det sterke reaksjoner da ledelsen ved Psykologisk institutt ville flytte studentklinikke ut. Klinikke ble stengt på dagen på grunn av bekymring om hvorvidt klinikke drev i strid med gjeldende lovverk.

Universitetsstyret ved UiO bestemte 13. mars at klinikke skal bli ved UiO. Det er i tråd med vedtak i fakultets- og instituttstyret. Instituttleder Pål Kraft opplyser at instituttet er fornøyd med at saken er ferdigbehandlet.

- Hele instituttet arbeider for fullt med å flytte klinikkdriften inn i nye lokaler og med ny organisering fra høsten 2018. Oppdaterte kvalitets-, styrings- og internkontrollsystemer er implementert. Instituttet legger inn store ressurser i dette, og vi ser optimistisk på den fremtidige klinikkdriften, skriver Kraft i en e-post til Psykologtidsskriftet. ✕



KLINIKK

Silje Steinsbekk er nestleder ved Institutt for psykologi ved NTNU i Trondheim. Hun mener deres internklinikker fungerer godt. Foto: Therese Lee Støver/NTNU

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2018 S. 262-270 FAGFELLEVDERT

TOR ERIK NYSÆTER^a, TUVA LANGJORD^b, TORE BUER CHRISTENSEN^a,
KJETIL BREMER^c, BENJAMIN HUMMELEN^b^aSeksjon for Ø-hjelp, Psykiatrisk sykehusavdeling, Sørlandet sykehus, Arendal^bAvdeling for forskning og utvikling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus.^cNasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP), Seksjon for personlighetspsykiatri, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus

KONTAKT torerik.nysater@sshf.no

PERSONLIGHETSFUNGERING SOM DIAGNOSTISK KRITERIUM

Hva er empirisk status?

Den alternative modellen for personlighetsforstyrrelser (DSM-5) tar diagnostisering av personlighetsforstyrrelser ett skritt videre. Modellen har imidlertid begrenset empirisk støtte, og det er foreløpig for tidlig å ta den i bruk i behandling.

Personlighetsforstyrrelser (PF) befinner seg i grenseland mellom patologi og normalitet (Tyrer, 2010), og har i diagnosesammenheng lenge vært et problembar (Morey, Skodol, & Oldham, 2014). Kategoriene for personlighetsforstyrrelser i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) og International Classification of Disease (ICD) har ikke tilstrekkelig empirisk støtte, forstyrrelsene har vist seg å være mindre stabile over tid enn tidligere antatt, og den tradisjonelle kategoriske inndelingen tar ikke høyde for at personlighetsfungering ligger på et kontinuum fra normal til alvorlig svekket fungering (Morey, Benson, Busch, & Skodol, 2015). For å forsøke å løse disse problemene utviklet arbeidsgruppen for DSM-5 den alternative modellen for personlighetsforstyrrelse (AMPD) (APA, 2013). AMPD er både et nytt forslag for å diagnostisere personlighetsforstyrrelser og en transdiagnostisk modell for å kunne vurdere personlighetsrelaterte problemer (Waugh et al., 2017).

ABSTRACT

Personality functioning as a diagnostic criterion in the Alternative Model for Personality Disorder – empirical status

Personality functioning is a central concept in the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorder (AMPD) in defining personality pathology. The aim of the current literature review was to investigate the empirical status of personality functioning as defined in the DSM-5 Section III. Sixteen empirical studies on the AMPD were found. These studies indicate that personality functioning can be separated from general function and normal personality traits. However, measures of personality function and maladaptive traits overlap substantially. In conclusion, there is currently little but promising empirical research on the AMPD, but there is a need for longitudinal research using well-defined patient groups and clinical interviews.

Keywords: personality disorder, DSM, ICD, alternative model, AMPD

»



FIGUR 1. Den alternative modellen for personlighetsforstyrrelser i DSM 5 (Skodol, Morey, Bender, & Oldham, 2015).

I AMPD-modellen ønsket arbeidsgruppen å gi en samlet forståelse av dimensjonale kjernekomponenter ved personlighetspatologi, altså sentrale aspekter ved personligheten vår. Disse antas å fluktuere på en skala mellom «normalt», eller kulturelt akseptert i den ene enden, og problematisk for personen selv og/eller samfunnet i den andre. Modellen tar utgangspunkt i en trekk-tilnærming til personlighet. Trekk-tilnærmingen fanger imidlertid ikke opp alvorlighetsgrad av personlighetspatologi, noe som viser seg å være en vesentlig faktor ved personlighetsforstyrrelser (Tyrer, Reed, & Crawford, 2015). AMPD-modellen inkluderer dermed også en vurdering av *personlighetsfungering*, definert som grad av svikt i «selv-andre»-fungering.

Personlighetsforstyrrelse blir i AMPD definert som svikt i personlighetsfungering, kombinert med maladaptive personlighetstrekk (Morey & Bender, 2014). Modellen opererer således med to hovedkriterier: ett kriterium som tar høyde for alvorlighetsgrad av person-

lighetsproblemer (kriterium A: «nivå av personlighetsfungering») og ett for beskrivelse av patologiske personlighetstrekk (kriterium B: «maladaptive personlighetstrekk»). Trekkmodellen er hierarkisk strukturert, og beskriver fem personlighetsdimensjoner, der hver dimensjon består av tre til seks trekkfasetter. Trekkmodellen kan sies å utgjøre en patologisk variant av den velkjente femfaktormodellen (McCrae et al., 2000; Morey & Bender, 2014). Kriteriene A og B utgjør som sagt hovedelementene i personlighetsdiagnostikk. Seks spesifiserte PF ble også inkludert i AMPD som et alternativ til ren trekk-spesifisert diagnostikk, dvs. antisosial, emosjonelt ustabil, narsissistisk, schizotyp, tvangspreget og unnvikende PF (for diagnostisk prosess ved AMPD, se figur 1).

Ideen om å skille mellom personlighetsfungering og personlighetstrekk oppstod på 1990-tallet innenfor uavhengige forskningsgrupper (McCrae et al., 2000; Parker et al., 2002). I en artikkel av McCrae og kollegaer

Tabell 1: Nivå av personlighetsfungering

Selv	Identitet	Selvopplevelse
		Selvaktelse
		Emosjonell bredde og regulering
	Selvstyring	Evne til å forfølge meningsfylte mål
		Konstruktive, prososiale indre verdier for atferd
Selvreflektiv fungering		
Interpersonlig	Empati	Forståelse og verdsettelse av andres opplevelser og motivasjon
		Toleranse for perspektiver som skiller seg fra ens egne
		Forståelse for effekten egen adferd har på andre
	Nærhet	Forbindelsers dybde og varighet
		Ønske om og evne til nærhet
		Hvordan gjensidig respekt gjenspeiles i atferd

(2000) som ble publisert ved millenniumskiftet, ble det fremhevet at personlighet består av to komponenter: «basale tendenser», som antas å være biologisk funderte og kan kartlegges gjennom femfaktormodellen, og «adaptiv kapasitet». Adaptiv kapasitet innebærer å kunne forstå og respektere seg selv og andre, opprettholde nære forhold og kontrollere impulser og følelser. Disse egenskapene utvikler seg i interaksjon med det sosiale miljøet, og det antas at de er sensitive for endring, ikke minst under påvirkning av behandling (McCrae et al., 2000; Morey et al., 2015). Adaptiv kapasitet tilsvare personlighetsfungering, mens de basale tendensene reflekteres i trekkmodellen.

Siden høy grad av adaptiv kapasitet indikerer god personlighetsfungering, antas det at lav grad henger sammen med personlighetspatologi (Morey & Bender, 2014). Personlighetsfungering kan dermed ses som et kontinuum fra det tenkt helt funksjonsfriske til det svært maladaptive, der personlighetsforstyrrelse i AMPD blir definert som en kombinasjon av svikt i personlighetsfungering og maladaptive personlighetstrekk (Morey & Bender, 2014).

Nivå av personlighetsfungering (kriterium A) er i AMPD hierarkisk strukturert ved at det er oppdelt i to hoveddomener: selv- og interpersonlig fungering. Disse to hoveddomenene er videre inndelt i to domener hver: «identitet og selvstyring» (selvet) og «empati og nærhet» (interpersonlig), der hvert domene igjen består av tre subdomener (se tabell 1). Nivå av personlighetsfungering skåres på en skala fra 0 (liten eller ingen svekkelse) til 4 (svært alvorlig svekkelse). Forutsetningen for PF-diagnose er i AMPD satt til at det skal foreligge en person-

lighetsfungering tilsvarende nivå 2 (eller mer) i to av fire domener (dvs. identitet, selvstyring, empati og nærhet) (Bender et al., 2017).

Den alternative modellen var et kontroversielt forslag og ble møtt med kritikk fra blant annet forskere, klinikere og interessegrupper. Etter mye diskusjon vedtok «American Psychiatric Association» (APA) til slutt både å inkludere diagnosekategoriene som er gitt i DSM-IV, og den alternative modellen i DSM-5 (APA, 2013). En sentral innvending mot det nye forslaget er imidlertid at AMPD ikke har tilstrekkelig empirisk støtte for å kunne erstatte den kategoriske modellen. Også i forslaget for revisjon av ICD-11 legges det opp til fundamentale endringer, der personlighetsfungering vil være sentralt ved diagnostisering av PF. Videre foreslås det i ICD-11 fem trekkdomener, der fire har klare likhetstrekk med de fem trekkdomenene i AMPD.

I denne artikkelen vil vi vurdere kunnskapsstatus for personlighetsfungering slik dette defineres i AMPD i DSM-5. Vi vil her belyse tre spørsmål:

1. Kan personlighetsfungering skiller fra generell funksjonssvikt?
2. Kan personlighetsfungering skiller fra personlighetstrekk?
3. Hva er de psykometriske egenskapene til mål på personlighetsfungering, slik det er konseptualisert i den alternative modellen?

METODE

Litteratursøket ble foretatt ved hjelp av databasene PubMed og PsychInfo og gjennomført i februar 2016 samt oppdatert i mai 2017. Søkeordene som ble brukt, var: «Alternative model

»

for personality disorder», «DSM-5», «AMPD», «Level of personality functioning» og «LPFS». I tillegg ble bøker gjennomgått for å hente ut relevante publikasjoner. Arbeidsgruppen for PF i DSM-5 publiserte modellen for personlighetsfungering i 2011 (Bender, Morey, & Skodol, 2011), så litteratursøket ble dermed avgrenset til fagfelleverdret litteratur publisert fra 2011 til mai 2017. Inklusjonskriteriet var empiriske studier om personlighetsfungering på engelsk eller skandinaviske språk – studier som ikke omhandlet dette, ble ekskludert. Søkeord februar 2016 ga 216 treff, redusert til 13 etter at abstrakt ble gjennomgått. Søket ble oppdatert mai 2017, som da ga 267 treff, og tre nye studier ble inkludert. Til sammen inkluderte vi 16 studier i undersøkelsen. Hovedvekten av litteratur som ikke ble tatt med, var forskning på personlighetstrekk, diskusjonsinnlegg, studier på DSM-IV PF samt generelle presentasjoner av DSM-5 AMPD.

RESULTATER

Vi vil nå presentere de 16 studiene som ble inkludert i undersøkelsen, sortert etter forskningsspørsmålene de belyser.

1: Kan personlighetsfungering skilles fra generell funksjonssvikt?

En omfattende surveystudie av Clark og Ro (2014) omfattet 252 pasienter og 150 ikke-kliniske kontroller. Forskerne benyttet et batteri av selvutfyllingsskjemaer som dekket fire områder: personlighetsfungering (selv-patologi og interpersonlig fungering), daglig fungering / psykososialt funksjonstap, livskvalitet / psykologisk velvære og personlighetstrekk. Studien viste at svikt i personlighetsfungering kan skilles meningsfullt fra generell funksjonssvikt i dagliglivet. Videre rapporterte de at livskvalitet/velvære var sterkere relatert til selv-patologi enn til interpersonlig fungering, noe som indikerer at selv-funksjon har større påvirkning på opplevd livskvalitet enn hvordan en fungerer i sosiale eller interpersonlige relasjoner (Clark & Ro, 2014).

2: Kan personlighetsfungering differensieres fra personlighetstrekk?

Berghuis og medarbeidere (2012) undersøkte den underliggende psykomeriske strukturen til personlighetsfungering i et utvalg på 424 pasienter, der halvparten hadde en personlig-

hetsforstyrrelse. Faktoranalyse viste at faktorene «selv-identitetsdysfunksjon» og «relasjonell dysfunksjon» dannet separate faktorer adskilt fra personlighetstrekk. Tilsvarende fokuserte Bastiaansen og kollegaer (2013) på forholdet mellom personlighetsfungering og femfaktormodelen for personlighetstrekk i et utvalg på 159 pasienter. Forfatterne fant at personlighetsfungering i hovedsak bestod av to kjernefaktorer, «identitetsintegrasjon» og «relasjonell funksjon», som gjenspeilet i AMPDs inndeling i selv- og interpersonlig fungering. Disse faktorene var imidlertid sterkt korrelert med personlighetstrekk. Lignende resultater kom frem i studien til Hentschel og Pukrop (2014) om forholdet mellom personlighetsfungering og personlighetstrekk. Utvalget bestod av 149 pasienter, halvparten med en PF-diagnose. Forfatterne konkluderte her med at det ikke var støtte for å skille personlighetsfungering fra maladaptive personlighetstrekk. En annen studie av Bastiaansen og kollegaer (2016) støtter dette. De undersøkte den inkrementelle validiteten til personlighetsfungering og maladaptive personlighetstrekk. Inkrementell validitet indikerer om innføring av en ny test øker den prediktive verdien av en eksisterende test, i denne sammenhengen om henholdsvis personlighetsfungering og maladaptive personlighetstrekk kunne predikere tilstedeværelsen av PF ut fra DSM-IV-kriteriene. Utvalget bestod av 150 pasienter og 83 studenter. Med unntak av emosjonelt ustabil PF (EUP) viste det seg at personlighetsfungering i liten grad tilførte vesentlig informasjon utover personlighetstrekkene.

3: Hvor gode er de psykomeriske egenskapene til mål på personlighetsfungering?

En rekke studier tar også for seg hvordan forskjellige instrumenter måler personlighetsfungering, med tanke på reliabilitet, validitet og klinisk nytteverdi.

Reliabilitet og validitet

En studie av Few og kollegaer (2013) hadde som formål å undersøke i hvilken grad DSM-5-beskrivelsen av personlighetsfungering kan predikere alvorlighetsgraden til PF. Utvalget bestod av 109 pasienter. Few og kollegaer rapporterte om rimelig god overensstemmelse (interrater-reliabilitet) i klinikerens vurdering av de fire domene (identitet, selvstyring, empati og nærhet) ved personlighetsfungering, og mellom klinikerens vurdering av maladaptive personlighetstrekk og pasientenes selvrapport. De fant også at personlighetsfungering var moderat korrelert med antall SCID-II-kriterier, som ofte er brukt som mål på alvorlighetsgrad i DSM-IV. Inklusjon av personlighetstrekk i kartleggingen førte derimot ikke til økt inkrementell validitet.

Zimmermann et al. (2015) gjorde en faktoranalysestudie av den alternative modellen med utgangspunkt i en internett-undersøkelse som inkluderte 515 legfolk og 145 terapeuter. Deltagerne ble bedt om å vurdere en person de kjenner godt, det vil si en bekjent for legfolk og en pasient for terapeuter, og svare på 135 spørsmål om nivå av personlighetsfungering og personlighetstrekk. Faktoranalysene ga delvis belegg for en separat todeling av personlighetsfungering (dvs. selv- og interpersonlig), men med sterk korrelasjon mellom selvdomene «identitet» og «selvstyring», og mellom interpersonlig domene «empati» og «nærhet». Dette antyder at disse to domeneparene ikke er separate fra et empirisk standpunkt.

Studiene av Morey og kollegaer (2013; 2014) evaluerte validiteten og den kliniske nytteverdien av den alternative modellen i en surveystudie basert på klinikers vurdering av egne pasienter. Utvalget var 337 pasienter, de fleste med personlighetsforstyrrelse. Pasienten ble vurdert på beskrivelser av de forskjellige nivåer av personlighetsfungering og personlighetstrekk i den alternative modellen i DSM-5, samt på samtlige kriterier for PF i DSM-IV. Sammenheng mellom nivå av personlighetsfungering og DSM-IV PF-diagnoser ble undersøkt for hvert nivå av personlighetsfungering. Hensikten var å fastsette en diagnostisk terskel, eller «cut-off», for å få personlighetsforstyrrelse i den alternative modellen. Analysene viste at personlighetsfungering tilsvarende nivå 2 ga en optimal kombinasjon av sensitivitet og spesifisitet for å få en DSM-IV PF-diagnose (Morey et al., 2013). Klinikerne ble deretter bedt om å angi antatt klinisk nytte av begrepene i den alternative modellen. Disse vurderte gjennomgående AMPD som mer nyttig enn DSM-IV-modellen (Morey et al., 2014). Dette gjaldt særlig for psykologer.

En studie av Zimmermann og kollegaer (2014) hadde som mål å undersøke hvordan 22 studenter uten klinisk erfaring eller trening skårer 10 videoopptak av pasienter, med bruk av begrepene fra den alternative modellen. Studentene hadde akseptabel interrater-reliabilitet, og deres skåringer stemte overens med to andre parallelle ekspertvurderinger. Funnene indikerer at gjennomføring av *Level of personality functioning scale* (LPFS; Bender et al., 2017), som er det strukturerte intervjuet DSM-arbeidsgruppen utviklet for å bestemme nivå på personlighetsfungering, verken krever mye klinisk erfaring eller trening.

Semistrukturerte intervjuer

Hutsebaut og kollegaer (2017) rapporterte god interrater-reliabilitet for et nyutviklet semistrukturert intervju for vurdering av personlighetsfungering (STiP-5.1). Utvalget bestod av 40 pasienter og en kontrollgruppe på 18 personer. Intervjuene ble utført av 12 psykologer med varierende erfaring og trening. Lydopptak av intervjuene ble blindt reskåret av en av utviklerne av STiP-5.1. Oppfølgingsanalyser indikerte god validitet ved at nivå av personlighetsfungering sammenfalt med andre relevante mål på begrensninger i personlighetsfungering. Videre fant man at nivå av personlighetsfun-

gering skilte godt mellom klinisk og ikke-klinisk utvalg, og mellom pasienter med og uten PF. For et annet nytt semistrukturert intervju for vurdering av personlighetsfungering (CALF) rapporterte Thylstrup og kollegaer (2016) svak interrater-reliabilitet. Utvalget bestod av 36 pasienter og syv kontroller. Alle intervjuer samt reskåring ble utført av seks eksperter på CALF, og tatt opp på video som ble blindt reskåret av to uavhengige eksperter. Det ble konkludert med at intervjuet viste såpass dårlig interrater-reliabilitet at det ikke kan brukes som et selvstendig verktøy for å vurdere personlighetsfungering.

Selvutfyllingsskjema

Et nytt selvutfyllingsskjema for å måle nivå av personlighetsfungering er nylig undersøkt av Morey og kollegaer (2017). Det indikerte at begrepet personlighetsfungering kan operasjonaliseres og kartlegges på en meningsfull måte via spørreskjema. Et ikke-klinisk utvalg på 306 personer ble rekruttert via internett. Resultatene indikerte god indre konsistens og at mål på personlighetsfungering sammenfaller med andre relevante mål på personlighetsproblemer.

Klinisk kartlegging av personlighetsfungering

Sammenhengen mellom nivå av personlighetsfungering, symptombelastning og interpersonlig fungering ble undersøkt av Lowyck og kollegaer (2013) i et utvalg som bestod av 70 pasienter med PF. Studien viste at pasienter med mer differensierte representasjoner av seg selv og andre, samt større kapasitet for gjensidige forhold, har lavere symptomnivå og færre mellommenneskelige problemer. Studien støtter verdien av å kartlegge personlighetsfungering i klinisk praksis. Amini og kollegaer (2015) kartla de fire domenene av personlighetsfungering hos 252 pasienter med antisosial (ASPD) og emosjonelt ustabil PF (EUP). Resultatene indikerer at domenene identitet, selvstyring og nærhet predikerte alvorlighetsgrad ved ASPD, mens nærhet og empati predikerte alvorlighetsgrad av EUP. En studie av DeFife og kollegaer (2015) undersøkte forholdet mellom personlighetsfungering og personlighetspatologi hos ungdom, hos til sammen 294 pasienter med og uten PF. De fant at det var mer meningsfullt å bruke personlighetsfungering som ramme enn DSM-IVs diagnostikk for å beskrive personlighetsrelaterte vansker hos ungdom.



Det nye forslaget til ICD-11 er nå tett opp til DSM-5s AMPD



DISKUSJON

Selv om personlighetsfungering er et sentralt konsept i den nye forståelsen av personlighetsforstyrrelser, eksisterer det foreløpig lite empirisk forskning på modellen.

I denne litteraturgjennomgangen undersøkte vi tre spørsmål. Vi fant kun én studie som tok for seg vårt første spørsmål: hvorvidt *personlighetsfungering* kan skilles fra *generell funksjonssvikt*. Clark og Ro (2014) viser at personlighetsfungering ikke overlapper med andre mål på generell funksjonssvikt. Når det gjelder vårt andre spørsmål – om personlighetsfungering kan skilles fra personlighetstrekk – foreligger det flere studier som tyder på at det er for mye overlapp mellom disse begrepene (Bastiaansen et al., 2013; Bastiaansen et al., 2016; Hentschel & Pukrop, 2014). Videre viste en studie av Zimmermann og kollegaer at det bare er delvis belegg for å hevde at personlighetsfungering består av de to hoveddimensjonene selv- og interpersonlig fungering (Zimmermann et al., 2015). Det vil her være viktig å undersøke nærmere hva overlappet mellom trekk og personlighetsfungering skyldes, og om det er grunnlag for å hevde at personlighetsfungering kan deles i to hoveddimensjoner. De inkluderte studiene har flere svakheter, blant annet baserer alle studiene seg på selvrappor-teringsinstrumenter, og det er stor variasjon mellom studiene når det gjelder hvordan personlighetsfungering er operasjonalisert. Neste generasjons studier bør dermed benytte seg av kliniske intervjuer designet for å kartlegge personlighetsfungering som definert i AMPD.

Flere studier har også sett nærmere på vårt tredje spørsmål: de psykometriske egenskapene til mål på personlighetsfungering i den alternative modellen. Når det gjelder reliabiliteten til mål på personlighetsfungering, rapporterer tre av fire studier at adekvat til god inter-rater-reliabilitet kan oppnås, selv med minimal klinisk erfaring (Few et al., 2013; Hutsebaut et al., 2017; Thylstrup et al., 2016; Zimmermann et al., 2014). Dette er for øvrig i tråd med foreløpige resultater fra en større norsk multisenter-studie på den alternative modellen (Arnesen & Koritzinsky, 2016). Den diagnostiske terskelen, eller «cut-off», for personlighetsforstyrrelser i den alternative modellen er basert på én studie, og må undersøkes nærmere. Studien av antatt klinisk nytte tyder på at klinikere opplever en dimensjonal tilnærming

til PF, som i AMPD, mer nyttig enn den kategoriske modellen i DSM-IV (Morey et al., 2014). Opplevd nytte ved en slik tilnærming er også dokumentert i arbeid med ungdom (DeFife et al., 2015) og ved psykiatriske poliklinikker (Lowyck et al., 2013).

Omleggingen av måten fagfeltet forstår og diagnostiserer personlighetsforstyrrelser på, har ikke foregått i stillhet eller uten motstand i fagmiljøet. Bekymringene er blant annet knyttet til hvorvidt AMPD ivaretar en god nok overføring av tidligere forskning og diagnostisk praksis, samt om en endring i diagnostisk praksis vil kunne påvirke evidensbaserte behandlinger rettet mot spesifikke DSM-IV PF-diagnoser. Verdens helseorganisasjon (WHO) lanserer i løpet av 2018 det reviderte kodeverket for diagnostisering av helseproblemer, ICD-11. I det første utkastet til denne revisjonen var endringene for diagnostisering av PF mer radikale enn i AMPD-modellen, noe som førte til en aksentuering av disse bekymringene. Arbeidsgruppen, ledet av Peter Tyrer, foreslo å utelate *alle* spesifikke undergrupper av PF (f.eks. EUP) og erstatte dem med trekk-spesifiserte diagnoser, altså diagnoser der klinikerer deskriptivt skreddersyr pasientens trekk-uttrykk (Tyrer et al., 2015). Arbeidsgruppen foreslo også å snevre inn personlighetsfungering til bare å omfatte interpersonlig fungering, da de mente at selvpatologi er for komplisert å vurdere (Tyrer et al., 2014). Dette forslaget skapte en særlig uro rundt overføringsverdien av foreliggende behandlingsforskning for de spesifikke PF-diagnosene. En innvending mot forslaget var at ved å opprettholde flere av PF-kategoriene vil det kunne være enklere å videreføre bruk av evidensbaserte behandlinger for spesifikke personlighetsforstyrrelser. Eksempel på dette er dialektisk atferdsterapi eller mentaliseringsbasert terapi i behandling av EUP. Tyrer (2010) argumenterte for at ICD-11-forslaget representerte et integrerende perspektiv, som hjelper klinikerer til bedre å forstå og predikere hvordan den mentale forstyrrelsen vil utvikle seg, enn ved bruk av en heterogen kategori, som for eksempel EUP. Denne problemstillingen er mindre aktuell for AMPD, ettersom det er relativt stort samsvar mellom de tidligere PF-kategorier (DSM-IV) og AMPD (Morey et al., 2015). Etter en opprivende prosess ble forslaget til Tyrer og medarbeidere avvist, og en ny arbeidsgruppe presenterte en ytterligere ny modell på

ISSPD-konferansen i Heidelberg i september 2017. Det nye forslaget for ICD-11 inkluderer A- og B-kriteriene fra AMPD-modellen, og ligger nå tett opp til DSM-5s AMPD-modell. En hovedforskjell mellom AMPD og det siste ICD-11-forslaget er imidlertid at ICD-11-gruppen foreslo at alle spesifikke PF-kategorier unntatt EUP skulle erstattes av trekk-spesifiserte diagnoser. Det sistnevnte ble møtt med sterk kritikk fra flere hold, med argumenter om at det fremstår som vilkårlig og lite gjennomtenkt å beholde en av de spesifikke PF-kategoriene, EUP, når man kan benytte likelydende argumenter for å også beholde for eksempel unnvikende PF.

KONKLUSJON

Resultatene i denne oversiktsartikkelen gir noe støtte til forståelsen av personlighetsforstyrrelser som et dimensjonalt fenomen (Tyrer, 2010), slik dette er definert i AMPD. Litteraturgjennomgangen viser at det er mulig å skille personlighetsfungering fra generell funksjonssvikt. Samtidig viser gjennomgangen at personlighetsfungering ikke er enhetlig operasjonalisert. Dette gir uklare funn når det gjelder gyldigheten av å todele personlighetsfungering i selv- og andre-fungering. Vi fant et stort overlapp mellom personlighetsfungering og *-trekk*, noe som innebærer at AMPD-modellen kan forenkles. Selv om AMPD er en lovende nyvinning, er det for tidlig å ta i bruk denne diagnosemodellen i klinisk sammenheng, da det foreligger lite forskning relatert til teoretiske kjernean-tagelser ved AMPD. Det er særlig behov for å avklare hvordan modellen kan forenkles gjennom å skille bedre mellom personlighetsfungering og personlighetstrekk. Den kliniske nytteverdien av å inkludere personlighetsfungering er ikke tilstrekkelig undersøkt, men siden personlighetsfungering antas å være sensitiv for endring, er det sannsynlig at AMPD kan være et fruktbart verktøy for å evaluere effekt av prosess og utfall i behandling.

En norsk forskningsgruppe (NOR-AMP) undersøker for tiden empirisk status for AMPD ved hjelp av data fra en stor norsk multisenterstudie. Forskningsgruppen vil i løpet av de neste årene publisere artikler som belyser spørsmålene i denne artikkelen. ✕



En sentral innvending mot det nye forslaget er imidlertid at AMPD ikke har tilstrekkelig empirisk støtte for å kunne erstatte den kategoriske modellen

REFERANSER

- Amini, M., Pourshahbaz, A., Mohammadkhani, P., Khodaie Ardakani, M.R., & Lotfi, M. (2015). The DSM-5 Levels of Personality Functioning and Severity of Iranian Patients With Antisocial and Borderline Personality Disorders. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 17. doi:10.5812/ircmj.17(5)2015.19885
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arnesen, M., & Koritzinsky, K. (2016). *Nivå av personlighetsfungering i Den alternative modellen for personlighetsforstyrrelser: Vurdering ved SCID-AMPD modul 1*. Oslo: Hovedoppgave ved Psykologisk institutt, UiO.
- Bastiaansen, L., De Fruyt, F., Rossi, G., Schotte, C., & Hofmans, J. (2013). Personality disorder dysfunction versus traits: structural and conceptual issues. *Journal of Personality Disorders*, 4, 293–303. doi:10.1037/per0000018
- Bastiaansen, L., Hopwood, C.J., Van den Broeck, J., Rossi, G., Schotte, C., & De Fruyt, F. (2016). The Twofold Diagnosis of Personality Disorder: How Do Personality Dysfunction and Pathological Traits Increment Each Other at Successive Levels of the Trait Hierarchy? *Journal of Personality Disorders*, 7, 280–292. doi:10.1037/per0000149

- Bender, D.S., Morey, L.C., & Skodol, A.E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, *93*, 332–346. doi:10.1080/00223891.2011.583808
- Bender, D.S., Skodol, A., First, M. & Oldham, J. (2017). *Structural Clinical Interview for DSM-5. Modul 1: Level of Personality Function Scale (SCID-AMPD)*. Washinton, DC: American Psychiatric Publishing.
- Berghuis, H., Kamphuis, J.H., & Verheul, R. (2012). Core features of personality disorder: differentiating general personality dysfunctioning from personality traits. *Journal Personality Disorders*, *26*, 704–716. doi:10.1521/pedi.2012.26.5.704
- Clark, L.A., & Ro, E. (2014). Three-pronged assessment and diagnosis of personality disorder and its consequences: personality functioning, pathological traits, and psychosocial disability. *Journal of Personality Disorders*, *5*, 55–69. doi:10.1037/per0000063
- DeFife, J.A., Goldberg, M., & Westen, D. (2015). Dimensional assessment of self- and interpersonal functioning in adolescents: implications for DSM-5's general definition of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *29*, 248–260. doi:10.1521/pedi_2013_27_085
- Few, L.R., Miller, J.D., Rothbaum, A.O., Meller, S., Maples, J., Terry, D. P., ... MacKillop, J. (2013). Examination of the Section III DSM-5 diagnostic system for personality disorders in an outpatient clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *122*, 1057–1069. doi:10.1037/a0034878
- Hentschel, A.G., & Pukrop, R. (2014). The essential features of personality disorder in DSM-5: the relationship between criteria A and B. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, *202*, 412–418. doi:10.1097/nmd.0000000000000129
- Hutsebaut, J., Kamphuis, J.H., Feenstra, D.J., Weekers, L.C., & De Saeger, H. (2017). Assessing DSM-5-oriented level of personality functioning: Development and psychometric evaluation of the Semi-Structured Interview for Personality Functioning DSM-5 (STiP-5.1). *Journal of Personality Disorders*, *8*, 94–101. doi:10.1037/per0000197
- Lowyck, B., Luyten, P., Verhaest, Y., Vandeneede, B., & Vermote, R. (2013). Levels of personality functioning and their association with clinical features and interpersonal functioning in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, *27*, 320–336. doi:10.1521/pedi.2013.27.3.320
- McCrae, R.R., Costa, P.T., Jr., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hrebickova, M., Avia, M. D., ... Smith, P.B. (2000). Nature over nurture: temperament, personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*, 173–186.
- Morey, L.C. (2017). Development and Initial Evaluation of a Self-Report Form of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale. *Psychological Assessment*, *29*, 1302–1308. doi:10.1037/pas0000450
- Morey, L.C., & Bender, D.S. (2014). Articulating a core dimension of personality pathology. I J.M. Oldham, A.E. Skodol, & D.S. Bender (red.), *Textbook of personality disorders*, 2nd ed. Arlington, VA: APA.
- Morey, L.C., Bender, D.S., & Skodol, A.E. (2013). Validating the proposed diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, severity indicator for personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, *201*, 729–735. doi:10.1097/NMD.0b013e3182a20ea8
- Morey, L.C., Benson, K.T., Busch, A.J., & Skodol, A.E. (2015). Personality disorders in DSM-5: emerging research on the alternative model. *Current Psychiatry Reports*, *17*, 558. doi:10.1007/s11920-015-0558-0
- Morey, L.C., Skodol, A.E., & Oldham, J.M. (2014). Clinician judgments of clinical utility: A comparison of DSM-IV-TR personality disorders and the alternative model for DSM-5 personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *123*, 398–405. doi:10.1037/a0036481
- Parker, G., Both, L., Olley, A., Hadzi-Pavlovic, D., Irvine, P., & Jacobs, G. (2002). Defining disordered personality functioning. *Journal of Personality Disorders*, *16*, 503–522.
- Skodol, A.E., Morey, L.C., Bender, D.S., & Oldham, J.M. (2015). The Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders: A Clinical Application. *American Journal of Psychiatry*, *172*, 606–613. doi:10.1176/appi.ajp.2015.14101220
- Thylstrup, B., Simonsen, S., Nemery, C., Simonsen, E., Noll, J.F., Myatt, M.W., & Hesse, M. (2016). Assessment of personality-related levels of functioning: a pilot study of clinical assessment of the DSM-5 level of personality functioning based on a semi-structured interview. *BMC Psychiatry*, *16*, 298. doi:10.1186/s12888-016-1011-6
- Tyrer, P. (2010). Personality structure as an organizing construct. *Journal of Personality Disorders*, *24*, 14–24.
- Tyrer, P., Crawford, M., Sanatania, R., Tyrer, H., Cooper, S., Muller-Pollard, C., ... Weich, S. (2014). Preliminary studies of the ICD-11 classification of personality disorder in practice. *Personality and Mental Health*, *8*, 254–263. doi:10.1002/pmh.1275
- Tyrer, P., Reed, G.M., & Crawford, M.J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*, *385*, 717–726. doi:10.1016/s0140-6736(14)61995-4
- Waugh, M.H., Hopwood, C.J., Krueger, R.F., Morey, L.C., Pincus, A.L., & Wright, A.G.C. (2017). Psychological Assessment with the DSM-5 Alternative Model for Personality Disorders: Tradition and Innovation. *Professional psychology, research and practice*, *48*, 79–89. doi:10.1037/pro0000071
- Zimmermann, J., Benecke, C., Bender, D.S., Skodol, A.E., Schauenburg, H., Cierpka, M., & Leising, D. (2014). Assessing DSM-5 level of personality functioning from videotaped clinical interviews: a pilot study with untrained and clinically inexperienced students. *Journal of Personality Assessment*, *96*, 397–409. doi:10.1080/00223891.2013.852563
- Zimmermann, J., Bohnke, J.R., Eschstruth, R., Mathews, A., Wenzel, K., & Leising, D. (2015). The latent structure of personality functioning: Investigating criterion a from the alternative model for personality disorders in DSM-5. *Journal of Abnormal Psychology*, *124*, 532–548. doi:10.1037/abn0000059

Transdiagnostisk behandling av angstlidelser

I metakognitiv terapi arbeider terapeuten med antagelser om tenkning. I en ny doktorgrad viste behandlingsformen seg effektiv for sammensatte angstlidelser.

DE FLESTE PASIENTER har flere diagnoser, og komorbiditet er vanlig (Kessler et al., 2012). Komorbiditet betyr at en pasient oppfyller kriteriene for forskjellige lidelser samtidig. Behandling av psykiske lidelser har ofte blitt rettet mot spesifikke diagnoser, såkalt diagnosespesifikk behandling. Utviklingen av diagnosespesifikke manualer har vært svært fremtredende, særlig innenfor kognitiv atferdsterapi, og har ført til en økt forståelse av hvilke prosesser som driver lidelser. Samtidig har psykoterapifeltet de siste 15 årene dreiet mot et transdiagnostisk perspektiv i behandling av psykiske lidelser (Barlow et al., 2011; Wells, 2009; Wells & Matthews, 1994). Et slikt perspektiv har som siktemål å arbeide med prosesser som er felles på tvers av lidelser. Det er en rekke fordeler med et transdiagnostisk perspektiv på psykiske lidelser. Behandlere kan blant annet bruke mindre tid på å lære seg spesifikke modeller, noe som kan medføre mindre ressurser på terapiopplæring.

I min doktoravhandling har jeg sammen med Asle Hoffart og Bruce E. Wampold fra Modum Bad og Hans M. Nordahl ved NTNU sammenlignet effekten av metakognitiv terapi (MKT) og diagnosespesifikk kognitiv atferdsterapi (KAT), som er den best dokumenterte

behandlingen for spesifikke angstlidelser. MKT er en transdiagnostisk behandlingsform og retter seg spesielt mot strategier som kjennetegner en rekke psykiske lidelser, som grubling, bekymring, oppmerksomhet rettet mot spesifikke farer og uhensiktsmessig atferd (Wells, 2009). I metakognitiv terapi arbeider terapeuten med *antagelser om tenkning* (meta- »

TEKST

Sverre Urnes Johnson, psykolog og ph.d., Modum Bad

Doktorgrad på metakognitiv terapi

Sverre Urnes Johnson disputerte for sin doktorgrad *Generic Metacognitive therapy and disorder-specific cognitive behavioral therapy for comorbid anxiety disorders: outcomes and mechanisms of change* 11. januar 2018 ved Psykologisk institutt, UiO. Doktorgradsprosjektet er finansiert ved prosjekt dobbeltkompetanse i psykologi ved Universitetet i Oslo og Modum Bad. Asle Hoffart var hovedveileder for prosjektet, og Bruce Wampold var biveileder.

Avhandlingen består av tre separate arbeider som alle er publisert i internasjonale tidsskrift. Johnson vant stipendiatprisen 2017 ved UiO for den ene artikkelen i avhandlingen (RCT-studien).



ANGSTREDUKSJON Psykologer som klarer å hjelpe en pasient til å redusere metakognisjoner eller tro mindre på negative tanker i en terapiuke, vil kunne forvente at pasientens angst reduseres i den påfølgende uken. Foto: Nicole Mason/Unsplash.com

Hovedfunn

- Metakognitiv terapi (MKT) har større effekt på angstsymptomer enn kognitiv atferdsterapi (KBT) ved avslutning av åtte ukers behandling på Modum Bad.
- Det var ingen forskjell mellom MKT og KBT ved ett års oppfølging.
- Endring av metakognisjoner og kognisjoner predikerer redusert angst når man sammenligner personen med seg selv på et tidligere tidspunkt i behandlingen.
- Metakognitiv terapi er godt egnet for å arbeide med sammensatte angstlidelser.

kognisjoner). Enkelte metakognitive antagelser kan føre til at personer velger strategier som over tid opprettholder og forsterker vanskelige følelser.

Kognitiv atferdsterapi er et paraplybegrep for forskjellige terapiretninger. I behandlingsstudien benyttet vi de best dokumenterte og mest effektive diagnosespesifikke manualene for henholdsvis PTSD (Prolonged Exposure; Foa & Rothbaum, 2007), sosial fobi (Clark & Well, 1995) og panikk med og uten agorafobi (Clark, 1990).

EFFEKTEN AV METAKOGNITIV TERAPI

I doktoravhandlingen inngikk det tre separate studier. I studie I i avhandlingen evaluerte vi effekten og nytten av den transdiagnostiske metakognitive modellen i behandlingen av en pasient med alvorlig angstlidelse og høy grad av komorbiditet (Johnson & Hofart, 2017). Pasienten hadde tidligere gjennomført diagnosespesifikk KAT uten tilstrekkelig effekt. Å sammenfatte ulike problemer i *en* kasusformulering er imidlertid hensiktsmessig og mulig i en MKT-behandling. Resultatene viste at pasienten hadde en pålitelig forandring i BDI og SCL-90 ved avslutning av behandling, og ved ett års oppfølging var skårene fremdeles innenfor normalområdet. Studien viste også at en metakognitiv kasusformulering kan lages uavhengig av pasientens primære diagnose, og i større grad ta utgangspunkt i pasientens strategier for regulering av følelser og antagelser om disse strategiene.

Studie II evaluerte effektiviteten av MKT og KAT i en randomisert kontrollert studie som inkluderte 90 pasienter med enten en sosial fobi som primærdiagnose, panikk lidelse med og uten agorafobi eller posttraumatisk stresslidelse (Johnson, Hoffart, Nordahl & Wampold, 2017). Pasientene hadde i snitt tre til fire diagnoser, og de hadde hatt sin angstlidelse i gjennomsnitt i 16 år. De fleste av pasientene var uføretrygdet eller på arbeidsavklaringspenger. De hadde heller ikke hatt tilstrekkelig utbytte av behandling tidligere. Pasienter som i hovedsak er utenfor arbeidslivet og har hatt angstlidelsen i over 16 år, inkluderes sjelden i randomiserte kontrollerte studier. Samtidig er pasientene godt egnet for å studere effekten av en transdiagnostisk behandlingsform siden mange av pasientene i gruppen har flere diagnoser. Fra start til slutt av behandlingen var det signifikante forskjeller i angstnivå til fordel for MKT på selvrapportskjema, men ikke på det intervjubaserte utfallsmålet. Ved ett års oppfølging fant vi ingen vesentlige forskjeller mellom behandlingene. Dataene ved ett års oppfølging er imidlertid vanskelig å tolke, siden de fleste pasientene hadde gått i behandling også etter utskrivelse. Det var imidlertid ingen forskjell mellom de to behandlingsmetodene i effekt på komorbide diagnoser og symptomer. Antagelsen om at MKT, som en transdiagnostisk behandlingsmodell, skulle ha større effekt på komorbide diagnoser og symptomer, ble dermed ikke støttet.

INNEN-PERSON-VARIASJON OG MEKANISMER FOR ENDRING

I studie III målte vi sentrale terapiprosesser og pasientene angstoppelse. Ved hjelp av ukentlige målinger underveis i terapiforløpet var det mulig å skille to ulike typer variasjon: hvordan pasienter er forskjellig fra hverandre (mellom-person-effekt), og hvordan pasienter endrer seg i forhold til seg selv (innen-person-effekt). Vi kunne således studere om det å endre negative tanker eller metakognisjoner hadde betydning for angst, gitt pasientens eget gjennomsnittsnivå (Johnson et al., 2018). I terapi er det nemlig ikke først og fremst viktig om pasienten skiller seg fra andre pasienter (mellom-person-effekt). Det vesentlige er om pasienten utvikler seg, det vil si om pasienten på et tidspunkt er forskjellig fra seg selv på et tidligere tidspunkt. Tradisjonelt har behandlingsforskning undersøkt mellom-person-effekter, mens klinikere ofte er mer opptatt av innen-person-endring. Resultatene indikerte at pasientens metakognisjoner ble redusert mer i MKT enn i KAT i løpet av behandlingen. Vi fant en innen-person-effekt av kognisjoner (negative tanker) og metakognisjoner på angst. Imidlertid var det ingen interaksjon med MKT og KAT, det vil si at det ikke var noen vesentlig forskjell mellom metakognisjoner og kognisjoners påvirkning på angstnivået i de to behandlingsbetingelsene.

KONKLUSJON

Avhandlingen viser at både metakognitiv terapi og diagnosespesifikk KAT har effekt på angstsymptomer, men at metakognitiv terapi har større effekt ved avslutning av behandling. Psykologer som klarer å hjelpe en pasient til å redusere metakognisjoner eller tro mindre på negative tanker i en terapiuke, vil kunne forvente at angsten reduseres i den påfølgende uken. Ved å måle pasienten hyppig flere ganger i løpet av et terapiforløp er det mulig å teste hypoteser som er relevante for klinikere. ✘

REFERANSER

- Barlow, D.H., Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Farchione, T.J., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Client Workbook*. USA: Oxford University Press.
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–470.
- Clark, D.M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 41, 68.
- Foa, E.B., Hembree, E.A., & Rothbaum, B.O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences*. USA: Oxford University Press.
- Johnson, S.U., & Hoffart, A. (2016). Metacognitive Therapy for Comorbid Anxiety Disorders: A Case Study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1515.
- Johnson, S.U., Hoffart, A., Nordahl, H.M., & Wampold, B.E. (2017). Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 50, 103–112.
- Johnson, S.U., Hoffart, A., Nordahl, H.M., Ulvenes, P.G., Vrabel, K., & Wampold, B.E. (2018). Metacognition and Cognition in Inpatient MCT and CBT for Comorbid Anxiety Disorders: A Study of Within-Person Effects. *Journal of Counseling Psychology*, 65, 86–97.
- Kessler, R.C., Avenevoli, S., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Lakoma, M.D., Petukhova, M., . . . Merikangas, K.R. (2012). Lifetime co-morbidity of DSM-IV disorders in the US national comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A). *Psychological Medicine*, 42(9), 1997–2010.
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. UK: Erlbaum Associates.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.

Journaltrening

Eg brukar for mykje tid på journalarbeid. Men viss eg brukar endå meir, kan eg bruke mindre.

TEKST

Stig Magne Solstad,
psykolog og ph.d.-
stipendiat, Helse Førde

ILLUSTRASJON

Mahua Sarkar/
Pixabay.com
(modifisert)

EIN STOR DEL av arbeidsdagen min i helsevesenet er å skrive journal. Nokre dagar er det meir skrivning enn noko anna. Det føles ikkje rett, for menneske blir sjeldan friskare av at andre menneske skriv om dei. Noko av det eg skriv, blir dessutan ikkje lest av andre enn meg sjølv. Ein må vere erfaren eksistensialist for å tåle slik meiningsløyse. Terapeutar skal møte og hjelpe andre menneske. Journalen er eit nødvendig kommunikasjonsmiddel og arbeidsverktøy, men ikkje eit mål i seg sjølv. Det må vere ein balanse mellom tidsbruk og nytteverdi når ein skriv, og den er vanskeleg å finne. Eg møter denne utfordringa på ulike måtar, avhengig av tidspress og dagsform:

Fort og gale: På dei travlaste dagane skriv eg ned det eg rekker. Resultatet er ei blanding av korte, lange og ufullstendige setningar med heimelaga grammatikk og syntaks. Eit privat eller kryptert språk, som berre er forståeleg for meg. Nokre dagar forstår ikkje eg det heller. Teksten har då ingen nytteverdi, utover dokumentasjon for at nokon har gjort noko. I helsevesenet.

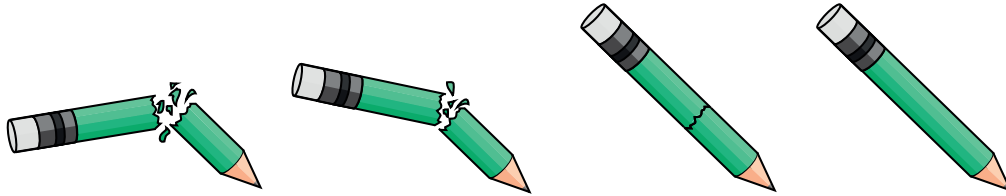
Utsetje eller delegere: Eg har ikkje samvit til å la vere å skrive, men det hender eg utset til eit udefinert punkt i framtida. Eller oppdagar at nokon andre kan gjere det. Då kan det oppstå passiv-aggressive duellar om kven som

er høgast på rangstigen eller har mest å gjere. Utfallet er uansett sur stemning og låg litterær kvalitet.

Kutte ned på arbeid eller fritid: Epikrisar og vedtak, som har tidsfristar og høgare sannsyn for å bli lest av andre, kan gjere at eg ofrar andre arbeidsoppgåver eller fritid. Det er naudsynt, men slitsamt. Rundt den fjerde epikrisen byrjar vurderingsevna og språket å gå i oppløysing. Setningar byrjar som faglege argument, men ender som vage, undrande utsegner. Formuleringar som «det kan tenkjast at...» eller «kanskje bør ein vurdere...» varslar om at hjernen har gått heim, og at fingrane går på sjølvstyring over tastaturet. Kriteriet for å godkjenne dokumentet er ikkje lenger fagleg kvalitet, men resignasjon og aksept.

DEN LANGSIKTIGE LØYSINGA

Slike kortsiktige og enkle løysingar gjev gode historier til julebordet: «Pasienten har dei siste åra vore ufør, men har ein del strøjobbar saman med polakkar i form av diverse handarbeid.» Men eg har også funne ei meir langsiktig løysing som er lettare for samvitet. Den handlar om å skrive meir effektivt. For å gjere noko i



høgt tempo og med høg kvalitet må ein trene. Mengdetrening ser ikkje ut til å vere nok. Innanfor forskning på ekspertise nyttar ein omgrepet «deliberate practice», som skildrar ei form for målretta trening med tilbakemelding. Ein definerer målsetjingar og finner måtar å måle prestasjonen sin på. Tilbakemeldingane tillèt ein å justere framgangsmåten sin og eliminere feil, slik at prestasjonen blir gradvis betre. Eg har forsøkt å bruke desse prinsippa på journalskrivinga mi. Sjølv om eg framleis kan sende frå meg twitter-liknande tekstar eller lange dagboksnotat synes eg det har hjelpt.

Dei viktigaste metodane eg brukar, er tilbakemeldingar og fartstrening. Eg ber om konkrete tilbakemeldingar frå andre, både kollegaer og pasientar. Har det fagleg kvalitet? Forstår du kva eg har meint? Er det for kort eller for langt? Kvaliteten på tilbakemeldingane varierer. Korte og vage svar gjev lite læring. Bruk av smilefjes gjer meg fyrst og fremst mistenksam. Eg er mest merksam på tilbakemeldingar som er konkrete og grunngeve, og frå personar som er erfarne og skriv på ein måte eg synes er god.

Fartstrening er å setje av ei bestemt mengde tid til å skrive og prioritere det som må vere med, i tilfelle nokon skulle lese det umiddelbart etterpå. Når tida er ute, lukkar eg dokumentet og gjer noko anna. Seinare kan eg sjå på doku-

mentet igjen og evaluere kvalitet og nytteverdi, eventuelt redigere. I verste fall berre skjemst og fortelje meg sjølv at eg skal få ein dag i morgon med blanke ark og fargestiftar til.

TENKE BETRE, SKRIVE MINDRE

Denne treninga har lært meg at planlegging og standardiserte formuleringar er nyttig. Før eg startar skrivearbeidet, spør eg meg sjølv: «Kva er føremålet med dette notatet, og kor mykje tid kan eg bruke på det?» Eg har eit standardoppsett for korleis eit notat ser ut, og ei samling av formuleringar som eg syns fungerer, og som kan justerast etter behov. Dokument som tidlegare tok ein halvtime, kan då skrivast på fem minutt, med høgare kvalitet.

Å skrive journal kan i verste fall vere meningslaust byråkrati, men det kan i beste fall vere eit verktøy for å tenke betre og jobbe meir effektivt. For å skrive raskt må eg tenke klart, og ved å skrive blir eg tvinga til å organisere tankane mine på ein måte som gjev mening, både for meg sjølv og andre. Eg får ei skjerpa vurderingsevne, lesaren får ei betre oppleving. Det tar meir tid på kort sikt, men mindre tid på lang sikt. Så får eg finne andre måtar å løfte stemninga på julebordet på. Til dømes polsk handarbeid. ✕



Menneske
blir sjeldan
friskare av
at andre
menneske
skriv om dei

En sunn seksualitet – et bedre liv

I Bodø har vi tatt i bruk en ressursfokusert og anerkjennende metode for å hjelpe personer med utviklingshemning og skadelig seksuell atferd.

TEKST

psykologspesialist
Eva Opdalshei
Habiliteringsteamet
for voksne,
Nordlandssykehuset
Bodø

KONTAKT

eva.opdalshei@nlsh.no

ILLUSTRASJON

Åge Peterson

PERSONER MED UTVIKLINGSHEMNING er særlig sårbare for å bli utsatt for seksuelle overgrep. Habiliteringsteamet for voksne ved Nordlandssykehuset i Bodø har helt siden 1990-tallet jobbet med temaene seksualitet, samliv og forebygging av overgrep. Vi har lenge vært kjent med at en del av overgrepene mot personer med utviklingshemning begås av andre med utviklingshemning, og at studier av personer som har begått overgrep, viser en betydelig andel med kognitive vansker og utviklingshemning (Lindsay, 2013). I de senere årene er vi blitt mer oppmerksomme på at personer med utviklingshemning som utøver skadelig seksuell atferd, er en gruppe med stort behov for oppfølging og behandling. Med vår kunnskap om pasientenes grunnproblematikk og om eksisterende behandlingsformer ønsket vi å gi behandling og støtte til en sunnere utvikling uten nye overgrepshandlinger.

Kontakt med andre fagmiljøer ga oss tro på at behandling er mulig, og de siste årene har vi tilbudt behandling til pasienter som har utøvd

skadelig seksuell atferd. Målgruppen har vært personer med lett grad av utviklingshemning som er strafferettslig tilregnelige. Enkelte har blitt henvist etter eget ønske, men de fleste kommer fordi andre mener at de trenger behandling, eventuelt at behandling er et premiss i dom. En av våre pasienter, som var dømt for overgrep mot mindreårige, sonet dommen på en institusjon som vi samarbeidet tett med i behandlingen, i tillegg til at han hadde jevnlig samtaler med politiet om gjennomføring av restriksjoner som lå i dommen. Andre pasienter har blitt anmeldt, men saken har blitt henlagt, eller de er idømt en bot eller betinget straff med prøvetid. Vi samarbeider ofte med politi og rettsapparat, og arbeider for at saken skal behandles i rettsapparatet på en måte som både tar hensyn til pasientens funksjonsnivå og til samfunnets behov for trygghet og rettssikkerhet.

TEORETISK UTGANGSPUNKT

Vårt teoretiske utgangspunkt er inspirert av vår veileder gjennom mange år, psykologspesia-



BEHOV FOR BEHANDLING Personer med utviklingshemning som utøver skadelig seksuell atferd, er en gruppe med stort behov for oppfølging og behandling, ifølge psykologspesialist Eva Opdalshei.

list Atle Austad fra Institutt for klinisk sexologi og terapi. Under hans veiledning har vi gitt behandling som består av en kombinasjon av samtalerapi og veiledning av personalet som er rundt pasienten til daglig. Målet er at miljøterapien skal bli en forlengelse av samtalerapien, slik det er beskrevet i Austad (2009). En slik tilnærming er særlig nyttig for personer med utviklingshemning. Ved at de får tettere og mer samkjørt oppfølging, får de flere muligheter til å lære, og hjelp til å generalisere fra en situasjon til en annen.

For å få flere verktøy i det praktiske arbeidet tok vi i bruk metoden «KRAP» (kognitiv, resourcefokuseret og anerkjennende pedagogik), som er utviklet i Danmark (Metner & Bilgrav, 2013; Metner & Storgård, 2008). Selv om KRAP er utviklet fra kognitiv psykologi, og Austads tenkning har utgangspunkt i karakteranalysen, ser vi et slektskap mellom tilnærmingene. Begge vil bort fra fokuset på at pasienten har et problem som vi som behandlere skal endre. De legger derimot vekt på å møte personen med

anerkjennelse og respekt for sine grunnleggende livsbetingelser, og argumenterer for at endring skjer gjennom nye relasjonelle erfaringer. Kanskje virker det underlig å ta i bruk en metode som er både anerkjennende og ressursfokuseret overfor personer som har utført handlinger som gir grunn til alt annet enn anerkjennelse? Vi opplever det som befriende å jobbe etter dette grunnsynet. De pasientene vi har hatt som har utøvd skadelig seksuell atferd, har uten unntak vært svært sårbare personer, og motivasjonen for å komme i behandling har vært svingende eller lav. Uten en grunnleggende anerkjennelse hadde vi ikke kommet i posisjon til å hjelpe dem til å unngå overgrepshandlinger i fremtiden.

Som en del av metoden KRAP er det utviklet en verktøykasse med skjemaer til bruk i endringsarbeid (Metner & Bilgrav, 2013). Vi har erfart at verktøyene fra KRAP skaper et felles utgangspunkt for oss og pasienten. De hjelper oss med å tone oss inn på pasienten, slik at vi kan skape den relasjonen som er nødvendig for

”

Målgruppen har vært personer med lett grad av utviklingshemning som er strafferettslig tilregnelige

»

Praktiske verktøy i samtaler og veiledning

- KRAP (kognitiv, ressourcefokuseret, anerkennende pædagogik) er en samling metoder og idéer som er utviklet ved Psykologcentret i Viborg i Danmark. KRAP bygger på kognitiv teori og behandling, en anerkjennende og positiv grunnholdning til brukere eller pasienter, samt fokus på det som virker i praksis.
- Behandlingsprogrammer utviklet for ungdom: Varig forandring (Bullens & Hendriks, 1997) og G-map-programmet (Print, 2008). Begge disse er oversatt til norsk ved V27, Betanien BUP i Bergen. For utfyllende opplysninger, se Kleive (2016).
- For en oppdatert gjennomgang av behandlingstilbudet til ungdommer med skadelig seksuell atferd, inkludert unge med utviklingshemning, se Askeland et al. (2017).

å snakke om skambelagte tema. Pasienten fremstår som en person som har verdi, ressurser og krav på respekt, men som også har utfordringer. I KRAP betraktes «problematferden» som forsøk på mestring når personen har det vanskelig. Ved å etablere en slik forståelse kan vi sammen utforske andre måter å mestre på. Vi har brukt mye tid på å jobbe med kasusformulering, eller «kognitiv sagsformulering», slik den er utformet i KRAP (Metner & Bilgrav, 2013). Slik får vi tak i de mer bakenforliggende årsakene til de skadelige seksuelle handlingene. Vi har erfart at kasusformuleringen oppleves som interessant og lite truende for personen med utviklingshemning. Den handler om han selv, og krever derfor mindre abstraksjon og blir mer forståelig og relevant. Arbeidet med kasusformuleringen kan bli en anledning til å luften sorg eller sinne over for eksempel å ha blitt dårlig behandlet av foreldre og lærere, og kan gi personen innsikt i hvordan det påvirker ham i dag. Vi opplever at selv personer som har vansker med resonnering, kan sette ord på sine tanker om seg selv og verden, og se sammenhengen mellom grunnleggende tanker og sin egen handlemåte.

Behandlingen tilpasses individuelt på grunnlag av kasusformuleringen og informasjon som kommer fram gjennom risikovurderinger og andre utredninger. For eksempel var sterk indre uro og impulsivitet et hovedproblem for en av pasientene. Han kjedet seg lett, og satte i gang prosjekter som kunne få uheldige konsekvenser, det kunne være alt fra å innlede relasjoner til andre til å eksperimentere med teknisk utstyr på arbeidsplassen. Her ble arbeid med emosjonell regulering et hovedtema i behandlingen. Emosjonell regulering har også vært sentralt for flere av pasientene som blir lett krenket og sinte, og som håndterer sinnet ved å «avreagere» med seksuell aktivitet. Hos en annen var holdninger til kvinner et tema. Her vektla vi utvikling av empati og forståelse av hvordan tvang påvirker offeret, men også regler for samtykke til seksuell omgang og utvikling av sunn seksualitet.

Behandlingen kan deles inn i arbeid med den generelle sosiale og emosjonelle kompetansen (sosial kompetanse, emosjonell regulering og empati), der individualterapien bør gå hånd i hånd med miljøterapien, og mer spesifikk jobbing med seksualitet og forebygging av nye skadelige seksuelle handlinger. Nedenfor følger en nærmere beskrivelse av hvordan vi jobber.

SOSIAL KOMPETANSE

Et behandlingsmål bør være bedre sosial kompetanse. Bedre sosiale ferdigheter vil øke pasientens mulighet for å utvikle nære relasjoner og bedre tilknytning til andre. Sosialt samspill er komplekst, med regler som stadig skifter uten at dette signaliseres eksplisitt. Samspillet krever evne til å generalisere, tilpasse seg og å lære av egne erfaringer, noe som er vanskelig for personer med utviklingshemning. Mange av dem har vansker med å få venner. Det medfører at de får mindre erfaring med sosialt samspill enn sine jevnaldrende, og mangelen på bekreftelse fra andre kan føre til et negativt selvbilde. I søken etter en partner tar vi med oss våre tidligere erfaringer med å bli akseptert og avvist sosialt, erfaringer fra nære vennskap og møter med nye mennesker. Vi bruker den sosiale kompetansen vi har utviklet gjennom deltakelse i andre relasjoner, til å få innpass i en ny type relasjon. Det vil si at negative erfaringer fra sosiale relasjoner, som mange med utviklingshemning har, kan gjøre det vanskeligere å inngå seksuelle relasjoner på en god måte.



ANERKJENNELSE Pasientene som har begått overgrep har uten unntak vært svært sårbare personer, og motivasjonen for å komme i behandling har vært svingende eller lav. Uten en grunnleggende anerkjennelse hadde vi ikke kommet i posisjon til å hjelpe dem til å unngå overgrepshandlinger i fremtiden, skriver Eva Opdalshei.

Et seksuelt møte mellom to personer innebærer vanligvis nærhet, intimitet og kjærlighet. Ønsket om seksuell kontakt er nær forbundet med lengsel etter nærhet og aksept. Kanskje har personen altfor ofte opplevd å bli avvist. Ved å oppsøke sårbare ofre for å sikre seg seksuell kontakt blir risikoen for avvisning mindre.

Vi jobber terapeutisk med sosial kompetanse ved å gå gjennom konkrete episoder med sosial samhandling fra personens dagligliv. Siden personer med kognitive vansker har problemer med å abstrahere og generalisere, må eksemplene som brukes i samtalen, være konkrete og ikke ligge for langt tilbake i tid. Når for eksempel en primærkontakt er med på samtalen, får vi mer informasjon om hva som skjedde i den enkelte situasjonen, og om bidraget til personen vi jobber med, og de andre som deltok i samhandlingen. Sammen utforsker vi sammenhengen mellom atferd og følelser hos pasienten og menneskene rundt.

Om pasienten har lite sosial kontakt, bør vi jobbe for at han kommer i et miljø som kan gi anledning til å praktisere sosiale ferdigheter i jevnbyrdige relasjoner. Det kan skje ved at vedkommende flytter inn i et bofellesskap, og får en tilrettelagt arbeidsplass og/eller fritidsaktivitet. Bedre sosial kompetanse kan øke personens tilgang til potensielle ofre, ved at de blir flinkere til såkalt grooming, det å påvirke en person slik at man får anledning til å utføre et seksuelt overgrep. Sikkerhet må derfor være et tema når vi samarbeider med bosted og arbeidsplass, både gjennom risikovurderinger og veiledning på gode rutiner for å ivareta sikkerheten.

EMOSJONELL REGULERING

Reguleringsvansker kan være en viktig faktor hos personer som utøver skadelige seksuell atferd. Ved dårlig emosjonell regulering oppleves egne følelser og behov så utrolig sterkt at man ikke makter å ta inn annen informa-

”

Ved å oppsøke sårbare ofre for å sikre seg seksuell kontakt blir risikoen for avvisning mindre

»



Seksualitet er et område der det skal være stor personlig frihet, også for utviklingshemmede

sjon i situasjonen. Evne til å tåle egne følelser, som opphisselse, ubehag eller sinne, kan øves opp. Det kan skje parallelt med at man øver på innlevelse i andres situasjon, tanker og følelser. Vansker med emosjonell regulering vil ofte vise seg i samhandling med andre i det daglige, utenom seksuelle situasjoner, og egner seg derfor godt som tema i miljøterapi med hyppige samtaler om ting som har skjedd. Personen trenger aksept for at det ikke er gjort i en håndvending å lære selvregulering. Når personen mestrer å utsette egne behov, bør dette bli lagt merke til og fremhevet, slik at han får positiv tilbakemelding og styrket tro på at det går an å lære.

Mange av dem som har vansker med emosjonell regulering, viser ytre atferd som fører til skjenn og sanksjoner. I veiledning av miljøpersonalet oppfordrer vi dem til å anerkjenne og bekrefte følelsen bak uttrykket hos personen. De bør benevne styrken i sinnet som fører til at personen ødelegger noe, istedenfor bare å kritisere atferden. Ved at følelsen blir gjenkjent og satt ord på, kan personen utvikle evnen til å uttrykke følelser med ord og ikke bare med uhensiktsmessig atferd. Samtidig unngår personalet å havne i maktkamper, og bidrar isteden til å skape en tillitsfull relasjon.

EMPATI

Mangel på empati blir ofte foreslått som en forklaring på at noen begår overgrep (Proctor & Beail, 2007). Vi har erfart at våre pasienter viser empati i mange forskjellige situasjoner, men at de har vansker med å vise empati med egne ofre, og vansker med i det hele tatt å snakke om hvordan overgrepet var for offeret.

Vi jobber med utvikling av empati ved å bruke speiling. Man hjelper personen ved å stille spørsmål som: «Hva hadde du tenkt/følt hvis noen hadde gjort sånn mot deg?» Hvis man lykkes med å ta den andres perspektiv, blir det lettere å forutse hvordan den andre vil reagere på det man selv gjør. Når man slik blir oppmerksom på konsekvensene av egne handlinger, blir det lettere å inngå i gjensidige relasjoner og å unngå atferd som er skadelig for andre.

ANSVAR FOR EGNE HANDLINGER

Det å begå overgrep er skambelagt, og mange som dømmes for overgrep, kommer med bortforklaringer som at de ikke kjente til offerets alder, at forholdet var gjensidig, og så videre.

Pasienten kan forsikre oss om at det ikke vil skje igjen, og at behandling ikke er nødvendig. Når en pasient bagatelliserer gjentakelsesfaren, må vi si at vi vet av erfaring at nye overgrep kan skje, selv om den som utøver handlingen, vet at det er galt. Vi understreker at han ikke skal stå alene, men skal få hjelp til å unngå overgrepshandlinger.

Behandlerne bør kjenne til fakta omkring overgrepet som er begått, gjennom for eksempel å lese dommeravhør eller rettsprotokoller. For å forebygge nye tilfeller av skadelig seksuell atferd kan det være lurt å gå gjennom i detalj det som er skjedd, både skrittene som førte fram til hendelsen, og selve hendelsen. Om det er vanskelig å motivere personen til dette, kan de ikke tvinges til det. Det å kjenne skam ved det man har gjort, kan være et sunnhetstegn. Vi som behandlere må signalisere at vi vet at personen har utøvd handlinger som er ulovlige, og som er skadelige for offeret. Vi kan også støtte ønsket om endring ved å snakke om hvordan det som skjedde, har fått negative konsekvenser for personen som utøvde den skadelige seksuelle handlingen.

HVA ER ET OVERGREP?

For å forebygge nye overgrep må vi forsikre oss om at personen vet hva et seksuelt overgrep er. Seksualitet er fremdeles et tema det kan være vanskelig å snakke om, samtidig som vi er omgitt av seksuelle hentydninger. Det kan være vanskelig for en person med kognitive vansker (og i noen tilfeller for alle) å vite akkurat *hva* som er et seksuelt overgrep. Noen regler er entydige og klare, som den seksuelle lavalderen på 16 år. Personen kan likevel trenge påminnelser og veiledning om alltid å forsikre seg om at de han har kontakt med, er over den seksuelle lavalder. Et annet viktig tema er samtykke til seksuell kontakt. Her er det fine skillelinjer mellom å ta initiativ, å mase om sex (som kanskje er uheldig, men ikke nødvendigvis et overgrep), og å true eller presse. For noen er press og grenseoverskridende atferd i parforhold et aktuelt tema. Andre oppleves som nærgående og krenkende ved måten de berører andre på, ved å vise pornografi til en som ikke ønsker det, eller lignende. Når pasienten har kontakt med potensielle partnere på sosiale medier, kan det gi en unik innsikt i hvordan han kommuniserer, dersom han vil vise det frem i en behandlingstime. Som behand-

ler må man hele tiden ha fokus på relevante eksempler, og drøfte disse på en åpen og saklig måte. Man må også ha øynene åpne for at personer med utprøvende og grenseoverskridende atferd kan være i fare for selv å bli utsatt for overgrep.

HÅNTERING AV EGEN RISIKO

Når vi jobber spesifikt med forebygging av nye skadelige seksuelle handlinger, tar vi i bruk deler av behandlingsprogrammer utviklet for ungdom (se faktaboks 1). Programmene bygger på et kognitivt-atferdsteoretisk ståsted, der man vektlegger sammenhengen mellom tanker, følelser og atferd. Et sentralt punkt er at overgrep ikke skjer plutselig og uventet, men at det går en prosess forut for overgrepet. Målet er å få innsikt i og endre denne prosessen for å hindre nye overgrep. Det betyr at visse situasjoner og opplevelser kan identifiseres som risikosituasjoner (se faktaboks 2). Sammen med pasienten prøver vi å identifisere risikosituasjoner, for så å komme fram til konkrete alternative handlinger personen kan gjøre for å redusere risikoen for å utøve skadelig seksuell atferd i slike situasjoner.

Vi holder muligheten åpen for at noen utøver skadelig seksuell atferd uten at det skjer en trinnvis prosess i forkant. En person som er impulsiv og bare *må* gjøre ting, kan ha vansker med å motstå sine impulser og tanker om seksuelle handlinger. For noen kan impulsiviteten være så sterk og så vanskelig å motvirke at de selv verken tar ansvar for handlingene de har gjort, eller har tro på at de kan gjøre noe for å forebygge nye hendelser. Hvis det er tilfellet, og det er vanskelig å jobbe med bevisstgjøring og håndtering av egen risiko i behandlingen, må det få konsekvenser for hvilke miljøtiltak vi anbefaler. Noen pasienter har nytte av et opphold på Sentral fagenhet for tvungen omsorg på St. Olavs hospital. Der tilbys tett oppfølging og en mer systematisk tilnærming til å ivareta sikkerheten for pasienter på ulike risikonivå enn det vi i habiliteringstjenesten kan tilby våre pasienter.

Å UTVIKLE EN SUNN SEKSUALITET

Å støtte opp om utvikling av en sunn seksualitet bør være en naturlig del av behandlingen. I løpet av behandlingen spør vi om personen kan tilfredsstille seg selv seksuelt, og om dette er noe han får til i sine vanlige, hjemlige omgivelser. Vi prøver å avdekke om personen har et avvikende tenningsmønster som øker risikoen for skadelig seksuell atferd, om han for eksempel tenner seksuelt på barn. Dersom personen kan oppnå seksuell tilfredsstillelse alene, kan vi gå ut fra at det er annen motivasjon bak den skadelige seksuelle atferden. Det er viktig å fortelle pasientene at det er mange, også personer uten utviklingshemning, som lever uten å ha sex med andre. Vi opplever at det er nyttig å snakke direkte og bruke et konkret språk når vi snakker med pasientene. Vi kan si at «alle har rett på et seksualliv, men ingen har rett til å ha sex med andre».

Vi må kartlegge hva og hvor personen har lært om seksualitet. Mange personer med lett utviklingshemning kan lære konkrete fakta på et høyt nivå, men deres evne til vurderinger og forståelse for komplekse sammenhenger, som for eksempel flørt, er ikke like god. Mange har kunnskapene sine i stor grad fra pornografi, og har ikke tilstrekkelig forståelse for at det som vises der, ikke gir et realistisk bilde av hvordan seksuelle relasjoner oppstår og utvikler seg.

Risikovurdering

- ARMIDILO-S (The Assessment of risk and manageability of individuals with developmental and intellectual limitations who offend - sexually) er et instrument for risikovurdering som er utviklet for personer med kognitive vansker og/eller lett psykisk utviklingshemning.
- ARMIDILO-S kan brukes av personer som har opplæring i bruk av instrumentet eller får veiledning av noen som har slik opplæring.
- Skjema og manual kan lastes ned fra www.armidilo.net



Utviklingen av en sunn seksualitet skjer i samspill med omgivelsene. Vi mener at de som jobber med personer med utviklingshemning, bør ha en raus og positiv holdning til seksualitet. Seksualitet er et område der det skal være stor personlig frihet, også for utviklingshemmede. For mye moralisme og fordømmende holdninger kan redusere personens motivasjon for å samarbeide med behandlingsapparatet. Samtidig oppfordrer vi personalet til å tenke gjennom at de er rollemodeller og bør unngå seksualisert snakk.

HVA OPPNÅR VI?

Vi har erfart at pasientene gjennom behandling kan utvikle evnen til selvregulering, forståelse for hvilke handlinger som er lov, og tillitsfulle relasjoner til sine hjelpere. Andre ganger opplever vi at pasientene mister interessen for behandlingen før vi mener det er riktig å avslutte. Dersom deltakelse i behandling er et premiss i en dom, kan det at dommen er ferdig sonet, medføre at personen med utviklingshemning ikke lenger vil forholde seg til det som er skjedd. Vi som behandlere kan være usikre på om sunne holdninger, regler og atferdsalternativer er godt nok innarbeidet slik at de vil være tilgjengelige i en risikosituasjon. Ved å gjøre en ny risikovurdering kan vi undersøke om risikoen for skadelig seksuell atferd er redusert. På bakgrunn av risikovurderingen presenterer vi ulike risikoscenarier, slik at disse er kjent for andre hjelpere også etter at vi har avsluttet behandlingen. For eksempel kan det være at risikoen for skadelig seksuell atferd øker ved kjedsomhet (personen mister dagtilbud eller venner), eller når et kjæresteforhold tar slutt. Uansett har personer med utviklingshemning som har utøvd skadelig seksuell atferd, fortsatt behov for et utviklingsstøttende miljø med aksept og positive holdninger, der man samtidig er årvåken for mulige risikoer, også etter avsluttet behandling.

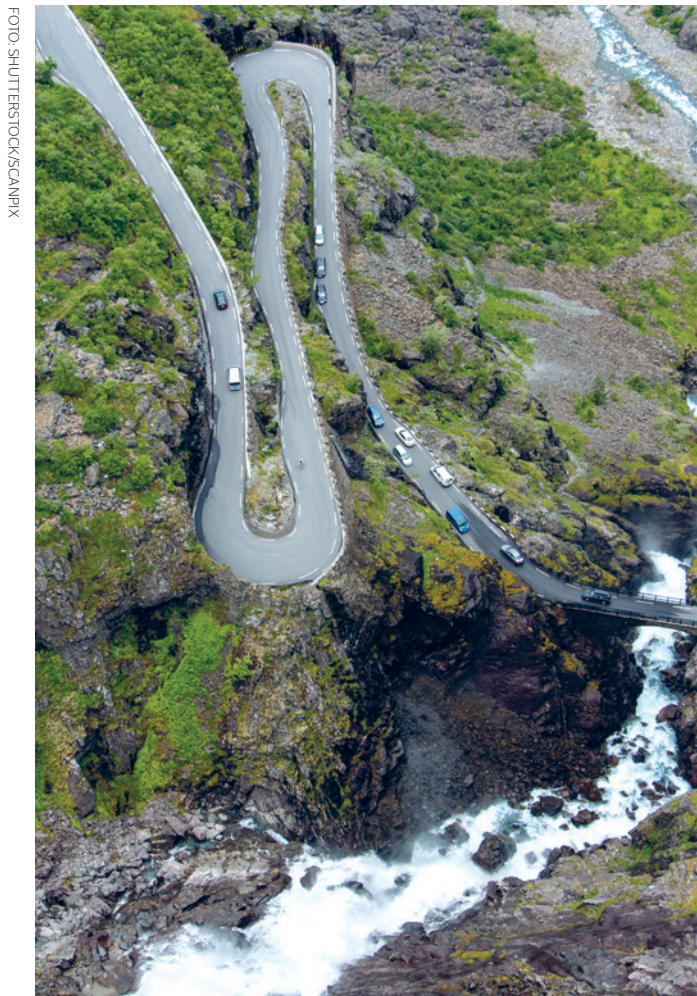
BEHOV FOR SPESIALISERTE BEHANDLINGSTILBUD

De senere årene har både media og fagfolk rettet oppmerksomheten mot skadelig seksuell atferd hos ungdom under 18 år. Det har bidratt til en nyansering av bildet av hvem som utøver overgrep, og forståelse for at atferden ikke bare er skadelig for offeret, men også for utøveren. I kjølvannet av dette bør det utvikles spesialiserte behandlingstilbud også til personer med utviklingshemning som utøver skadelig seksuell atferd. Det er imidlertid utfordrende å utvikle et spesialisert behandlingstilbud som samtidig er nært og tilgjengelig der folk bor. Tverrfaglige og tverretatlige fagnettverk og konsultasjonsteam kan være et viktig tiltak for å utvikle slike tilbud. Habiliteringsteamet for voksne i Bodø koordinerer fagnettverk for seksualitet og fagnettverk for rettssikkerhet for personer med utviklingshemning i Helse Nord, og skal delta i konsultasjonsteam som er under opprettelse ved Statens barnehus i Bodø. Vi har erfart at fagnettverkene bidrar til at fagfolk får utviklet sin kompetanse gjennom større tilfang av saker og mulighet for å drøfte med andre. Dersom fagfolkene som sitter i fagnettverk og konsultasjonsteam, også er behandlere i enkeltsaker og veileder ansatte i kommunene, øker muligheten for at spesialisert kunnskap om behandling når ut til den enkelte som trenger det. ✕

REFERANSER

- Askeland, I.R., Jensen, M. & Moen, L.H. (2017). Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd. – kunnskap og erfaringer fra de nordiske landene og Storbritannia – forslag til en landsdekkende struktur. Rapport nr. 1/2017. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S. Lastet ned fra: www.nkvt.no
- Austad, A. (2009). «Du er en jævla pedo du». Karakteranalytisk veiledning av miljøterapeuter som jobber med ungdom. I: J. Sletvold & M. Børstad (red.), *Den terapeutiske dansen. Kropp og relasjon i psykoterapi* (s. 193–223). Oslo: Kolofon forlag.
- Bullens, R. & Hendriks, J. (1997). *Varigforandring. Behandlingsprogram for unge overgripere*. Norsk oversettelse: Bergen: V27.
- Kleive, H. (2016). Barn som forgriper seg på barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53 (11), 912–918.
- Lindsay, W.R. (2013). Cognitive-behavioral treatment for inappropriate sexual behavior in men with intellectual disabilities. I: J.L. Taylor, W.R. Lindsay, R.P. Hastings, & C. Hatton (red.), *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities* (s. 173–192). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Metner, L. & Bilgrav, P. (2013). Kognitiv, ressourcefokuseret og anerkennende pedagogik – metoder og redskaber. Fredrikshavn: Dafolo forlag.
- Metner, L. & Storgård, P. (2008). *Kognitiv, ressourcefokuseret og anerkennende pedagogik*. Fredrikshavn: Dafolo forlag.
- Print, B. (2008). *The G-map group treatment programme handbook*. Manchester: G-MAP. Norsk oversettelse: Bergen, V27.
- Proctor & Beail (2007). Empathy and theory of mind in offenders with intellectual disability. *Journal of intellectual & developmental disability*, 32(2), 82–93.

Meninger



Lang vei til hjelp

- Ansvar for å få god behandling, må flyttes bort fra pasienten selv

*Kine Albrigtsen i innlegget
«Hjelpen er skremmende lang unna»
på side 292*

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

DELTA I DEBATTEN

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

KRONIKK

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

Redaksjonen kan redigere og forkorte innsendte bidrag. Psykologtidsskriftet er ansvarlige for titler, ingress og mellomtitler. Alle bidrag kan publiseres på nett. Innlegg kan også bli publisert i andre medier. Psykologtidsskriftet inngår avtale med. Send inn i Word-format. Sett referanser i tråd med APA-stilen.



Er Norge klar for en moderne stressdiagnose?

Diagnostiseringen av CFS/ME i Norge kan hemme pasientenes rehabilitering, og føre til at for mange får diagnosen.

DA JEG JOBBET på DPS og Raskere tilbake, slo det meg flere ganger hvordan *systemet* syntes å mislykkes med å fange opp og behandle alvorlige stresstilstander – det som til vanlig kalles «utbrenthet». Selve klassifiseringen av tilstanden var en del av problemet, men også planleggingen og koordineringen av rehabiliteringen. Pasientene kunne ofte bli sendt rundt mellom de ulike hjelpetiltakene – NAV, fastlege, DPS eller Raskere tilbake – men det virket ikke som noen hadde et overordnet ansvar eller en plan. Det var et sjansespill hvorvidt fastlegen, psykologen eller saksbehandleren hadde kunnskaper om alvorlig kronisk stress.

UTBRENTHET I ARBEIDSPSYKOLOGIEN

«Utbrenthet» er ikke en klinisk diagnose som kan gi rett til sykemelding i Norge. Begrepet ble definert innenfor arbeidspsykologien (ca. 1960–70, Maslasch) og beskrevet som en psykologisk reaksjon på negative hendelser i arbeidet. IICD er «utbrenthet» med som Z-diagnose (Z73.0) og defineres i versjon 11 som 1) *en følelse av energi-*

tomhet eller utmattelse, 2) økt mental avstand eller negativisme/kynisme knyttet til jobben, 3) redusert effektivitet/ytelse i jobben. Men det presiseres tydelig at *Utbrenthet refererer spesifikt til fenomener i arbeidslivskonteksten og bør ikke brukes til å beskrive opplevelser i andre områder av livet.* (Undertegnede oversettelse).

Kriteriene er altså brede og spesifikt knyttet opp imot arbeid. Generell fungering kan være høy selv om man oppfyller kriteriene for Z73.0, i motsetning til ved alvorlige stresstilstander.

«Utmattelsesdepresjon» er et annet begrep som brukes i sammenheng med «utbrenthet», men det er en uheldig sammenblanding. Det er uheldig fordi ikke alle som har utviklet en alvorlig stresstilstand, viser symptomer som er sentrale for depresjon: nedstemthet, svekket evne til å føle glede og selvmordstanker. Depresjoner lar seg behandle med etablerte metoder og har kortere forløp enn «utbrenthet». Det forskes en del på biologiske/fysiologiske forskjeller på disse tilstandene, og selv om det ikke er endelig konkludert, kan det dreie seg om for- »



TEKST

Martin Holmelin,
psykologspesialist,
Tyrilistiftelsen

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

DIAGNOSTISERING



Hvis man er på riktig spor i Sverige, betyr det at mange i Norge får andre eller «feil» diagnoser ved alvorlige stresstilstander

skjeller i reaktiviteten i den hormonelle HPA-aksen, men også endringer i hjernens funksjon og fysiologi.

Diagnoser i ICD som brukes ved stressreaksjoner med mer eller mindre kort varighet, er følgende: akutt belastningslidelse (F43.0), posttraumatisk stresslidelse (F43.1), tilpasningsforstyrrelse (F43.2), andre spesifiserte reaksjoner på alvorlig belastning (F43.8) og uspesifisert reaksjon på alvorlig belastning (F43.9). De to sistnevnte inneholder ingen kriterier for diagnosen, hvilket fører til stor heterogenitet. Disse F43.X-diagnosene beskriver i utgangspunktet avgrensede stressende hendelser eller situasjoner som fører til akutte og/eller posttraumatiske symptomer. Hovedårsaken til «utbrenthet» er derimot kronisk stress med manglende restitusjon, og det er som oftest en tilstand med lang varighet – dermed er de nevnte diagnosene lite egnet til å fange opp dette. Den svært gamle diagnosen nevrasteni (F48.0) overlapper dog i stor grad med det vi kaller «utbrenthet», men er allerede tatt vekk fra DSM og ser ut til å forsvinne fra ICD når neste utgave kommer i løpet av 2018.

UMS INTRODUSERES I SVERIGE

I Sverige var det i perioden 1997–2003 en kraftig øking i langtidssykefraværet i forbindelse med kutt som den økonomiske krisen tvang frem. Sosialstyrelsen (tilsvarende Helsedirektoratet) opprettet en ekspertgruppe for å se på årsakene og for å komme med anbefalinger om hvordan man skulle håndtere dette. Det resulterte i en rapport der man mente at mange av sykdomstilfellene dreide seg om utvikling av svært alvorlige stressrelaterte tilstander, og at man for dette trengte å opprette en ny diagnose – F43.8A *utmattningssyndrom* (figur 1, forkortes UMS¹). Sosialstyrelsen fulgte disse anbefalingene, og siden 2005 har man da lettere kunnet føre statistikk og forske epidemiologisk på tilstanden. Det har også gitt et nytt og bedre utgangspunkt for å forske på forebygging, behandling og rehabilitering.

På ti år (2006–2016) er antall personer i Sverige som har blitt henvist til psykiatrien grunnet stressrelaterte tilstander, doblet. Langtidssykefraværet økte med 80 % i perioden 2010–2016, men har begynt å gå ned igjen fra begynnelsen av 2017. Fra 2010 til 2017 er antall personer sykmeldt for stresstilstander blitt seks ganger høyere. Forekomsten øker i yngre alderssegment, spesielt for yngre kvinner rundt 30 år. Selv om kvinner er overrepresentert, øker forekomsten også for menn. I 2017 var 25 742 kvinner sykmeldt for F43.X, respektive 6 525 menn. Jobben oppleves i høyere grad å være årsak til stress enn privatlivet blant de som er rammet, men de fleste oppgir at det er kombinasjonen av forhold ved arbeidet og faktorer i privatlivet som stresser dem.

Komorbidityten ved UMS er generelt høy. Flere studier har vist at så mange som 7 av 10 også fyller kriterier for en angst- og/eller en depresjonsdiagnose. Angst virker å være noe vanligere enn depresjon. Symptomer på angst og depresjon minker ofte tydelig innen ca. 6 måneder, mens symptomene på UMS vedvarer mye lenger. I en studie selvrappporterer pasientene fortsatt høy grad av symptomer etter 18 måneder. Det gjelder i hovedsak slitenhet, stressfølsomhet og kognitiv svikt/forstyrrelse. En annen studie viste at svikt i kognisjon ved behandlingsstart når det

.....

1. På engelsk oversettes UMS ofte til *Stress-related exhaustion disorder*.

F43.8A - Utmattningssyndrom (UMS)

- A.** Fysiske og psykiske symptomer på utmattelse i minst to uker. Symptomene er utviklet som følge av en eller flere identifiserbare stressfaktorer som har foreligget i minst seks måneder.
- B.** Påtagelig mangel på psykisk energi dominerer bildet. Dette viser seg i redusert foretaksomhet, mindre utholdenhet eller forlenget tid på å «ta seg inn» i forbindelse med psykisk belastning.
- C.** Minst fire av følgende symptomer har forekommet så å si hver dag under den samme toukers-perioden:
- Konsentrasjonsvansker eller minneforstyrrelser
 - Påtagelig nedsatt evne til å håndtere krav eller gjøre oppgaver under tidspress
 - Følelsesmessig labilitet eller irritabilitet
 - Søvnforstyrrelser
- Påtagelig kroppslig svakhet eller trettbarhet
 - Fysiske symptomer som verk, brystmerter, hjertebank, mage-tarm-plager, svimmelhet eller lydoverfølsomhet
- D.** Symptomene forårsaker klinisk signifikant lidelse eller nedsatt funksjon i arbeid, sosialt eller i andre viktige henseender.
- E.** Plagene forårsaker ikke av direkte fysiologiske effekter av noe stoff (f.eks. avhengighetskapende stoffer), medisiner eller noen somatisk sykdom/skade (f.eks. hypotyreose, diabetes, infeksjonssykdom).
- F.** Hvis kriteriene for egentlig depresjon, dystymi eller generalisert angstlidelse samtidig er oppfylt, angis utmattelsessyndrom kun som tilleggsspesifisering til den aktuelle diagnosen.

FIGUR 1 Diagnosekriterier

gjaldt hukommelse, konsentrasjon og eksekutiv funksjon, var nesten uforandret tre år senere. Etter 7 år fant man fortsatt svikt.

Det er flere forskningsmiljøer i Sverige som har bidratt til å øke kunnskapen om UMS: *Stressforskningsinstituttet*, *Karolinska Institutet* og *Institutet för stressmedicin*. Flere fylker i Sverige har egne avdelinger for behandling av UMS. Hovedtrekk i god rehabilitering er å ta raskt vare på pasienten og gi informasjon om UMS. Deretter å kartlegge hele livssituasjonen samtidig med innledende hvile og full sykemelding. Når basale kroppsfunksjoner er normalisert, tilpasser man sykmeldingen individuelt med tanke på tilbakeføring til arbeid, i kombinasjon med mer spisset behandling. God koordinering av hele prosessen slik at vansker kan møtes med tilpasninger og/eller andre tiltak, står sentralt. Og ikke minst – tiltak for å forhindre tilbakefall. Noen studier viser at ca. 25 % får tilbakefall til UMS.

HVORDAN FORSTÅS «UTBRETHET» I NORGE?

Hvis man er på riktig spor i Sverige, betyr det at mange i Norge får andre eller «feil» diagnoser ved alvorlige stresstilstander. Det kan virke

som om depresjon, F43.X eller CFS/ME er de mest brukte.

Mange av symptomene ved CFS/ME overlapper med UMS², men det som i hovedsak skiller dem fra hverandre, er antakelser om årsakene. Ved UMS skal identifiserbare sterke stressorer ha vært til stede i minst seks måneder og symptomene deretter ha vedvart i minst to uker, før diagnosen blir stilt. Ofte har pasientene hatt milde, men økende symptomer over flere år som de ikke har oppsøkt hjelp for. Til forskjell har ca. 75 % av de som får CFS/ME, blitt plutselig syke i forbindelse med en eller flere infeksjoner, og symptomene skal ha vedvart i minst seks måneder før diagnosen kan stilles. Det er også noen viktige forskjeller i det kliniske bildet, bl.a. influensalignende symptomer etter fysisk anstrengelse ved CFS/ME³. Prognosen for tilfriskning er generelt bedre ved UMS enn CFS/ME.

En språkrelatert forskjell mellom Norge og Sverige som skaper forvirring, er at CFS/ME

-
2. I mindre grad ved bruk av de såkalte Canada-kriteriene for CFS/ME.
 3. Kalles i litteraturen *Post-exertional Malaise* (PEM).





Det jeg frykter, er at mange pasienter får feil behandling, manglende tilpasninger eller blir presset ut i arbeid for tidlig

i Norge ofte blir kalt «kronisk utmattelsessyndrom», noe som overlapper med det svenske ordet «utmattningssyndrom» (UMS). I Sverige kalles CFS/ME «kronisk trøtthetssyndrom» eller «trøtthetssyndrom etter virusinfeksjon».

Jeg synes at man i Norge bør se på erfaringene fra Sverige. Det jeg frykter, er at mange pasienter får feil behandling, manglende tilpasninger eller blir presset ut i arbeid for tidlig⁴. Det kan i verste fall føre til uførhet, eller bare helt unødvendig lidelse og stress. En del får kanskje diagnosen CFS/ME, og det gjør noe med forventningene til prognosen og med oppfølgingen. Jeg tenker at kunnskap om stress og UMS må økes i helsevesenet. Heller enn å gi standard behandling for lettere angst og depresjon, bør disse pasientene bli sendt videre til spesialiserte løp. Korte psykologiske behandlinger eller SSRI er ikke veien å gå ved fullt utviklet UMS. Selv om slike tiltak reduserer symptomtrykket, viser forskning at det ikke korter ned tiden for tilbakeføring til arbeid. Det bør nok også bli en endring knyttet til skepsisen en del helsepersonell har til «utbrenthet», men jeg tror ikke det er psykologer som syn- der mest mot akkurat det.

For å kunne få et godt bilde av årsaker, omfang og konsekvenser av «utbrenthet» kreves det at vi tydelig kan avgrense tilstanden fra andre lignende tilstander. Når vi etter hvert har disse kunnskapene, kan vi iverksette effektiv forebygging på strukturelt nivå og rehabiliterende tiltak på individuelt nivå. Men først må vi få på plass en moderne stressdiagnose. ✕

.....

4. En studie fra Sverige har vist at etter ett år er 20 % av de med UMS-diagnose fortsatt fullt sykmeldt. En annen studie viste at etter tre år var 84 % ikke lenger sykmeldt.

REFERANSER

- Perski, O., Grossi, G., Perski, A. & Niemi, M. (2017). A systematic review and meta-analysis of tertiary interventions in clinical burnout. *Scandinavian journal of psychology*, 58, 551–561.
- Jonsdottir, I.H., Nordlund, A., Ellbin, S., Ljung, T., Glise, K., Währborg, P., Sjörs, A. & Wallin, A. (2017). Working memory and attention are still impaired after three years in patients with stress-related exhaustion. *Scandinavian journal of psychology*, 58, 504–509.
- Salomonsson, S., Santoft, F., Lindsäter, E., Ejeby, K., Ljótsson, B., Öst, L. G., ... & Hedman-Lagerlöf, E. (2017). Cognitive-behavioural therapy and return-to-work intervention for patients on sick leave due to common mental disorders: a randomised controlled trial. *Occupational & Environmental Medicine*, 74, 905–912.
- Grossi, G., Perski, A., Osika, W., & Savic, I. (2015). Stress-related exhaustion disorder—clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. *Scandinavian journal of psychology*, 56, 626–636.
- Golkar, A., Johansson, E., Kasahara, M., Osika, W., Perski, A., Savic, I. (2014). *The influence of work-related chronic stress on the regulation of emotion and on functional connectivity in the brain*. PLoS One, 9, e104550.
- Kristina Glise, K. (2014). *Exhaustion disorder – identification, characterisation and course of illness*. Department of Internal Medicine, Institute of Medicine at Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg.

ME-pasienter misforstår

Psykologisering av ME handler om mye mer enn angst, depresjon og stress. ME-pasienter må tøyse sin utålmodighet og destruktive trang til overaktivitet – det finnes ikke piller mot det.

EN FAMILIE MED fire ME-rammede tar i desemberutgaven 2017 et oppgjør med det de kaller psykologisering av ME. «Grete Linerud»¹ (ME-pasient og psykolog) følger opp med et debattinnlegg i marsutgaven. Hun skriver at psykologiske metoder som retter seg mot opprettholdende psykologiske variabler som angst, depresjon og stress, ikke gjør ME-pasienter friske. Hun opplever seg krenket i møte med helsepersonell som forstår ME som en selvreparerbar psykososial stresstilstand.

Det er velkjent at angst, depresjon og stress (komorbide symptomlidelser og pågående psykososiale belastninger) bidrar til å *forlenge og forverre* ethvert symptombilde ved somatisk sykdom. Mange ME-pasienter har verken angst eller depresjon, og mange har også klart å legge forholdene til rette for å minimere stress i livet sitt. Likevel blir de ikke friske. Det er altså ikke utelukkende angst, depresjon og stress som opprettholder ME. Psykologisering handler om mye mer enn det.

PSYKOLOGISERING AV PEM

PEM (post exertion malaise) er kardinalsymptomet som skiller ME fra psykiske lidelser og tilgrensende somatiske sykdommer. PEM innebærer langvarige og smertefulle utmattelses- anfall. PEM er ikke innbilt, men biologisk forankret idet det kan måles på laktatnivå i en todagers sykkeltest (spirometri).

Selv om de fleste ME-pasienter er klar over at aktiviteter kan straffe seg med PEM, klarer de likevel ikke å la være.

Familieportasetjen i desembernummeret gir en rekke gode eksempler på det: «Selv om jeg stort sett holder meg innenfor grensene,

bryter jeg dem ofte. Jeg betaler med smerte» (s. 1141). «Det betalte jeg for i ukevis. Men det var verd det. Det er slike øyeblikk som gjør det verd å leve. Derfor gjør hun det igjen og igjen: preser grensene og tar betalingen etterpå» (s. 1142).

På informasjonssidene til Norges ME-for- ening psykologiserer ME-pasient Kristine Schøyen Berdal rundt sitt eget bidrag til opprettholdelse av sykdommen. Hun forteller om sin «helseskadelig stahet» og sin «destruktive trang til å pushe grenser». Hun sier at hun «ikke kjenner noen ME-syke, uansett grad av sykdommen, som ikke jevnlig pusher seg utover sine grenser og gjør seg dårligere på den måten». Hun sier at ME-pasienter trenger hjelp til å «tøyse utålmodigheten». Berdal har i peri- oder vært alvorlig ME-syk, sengeliggende og pleietrengende som en følge av dette.

Som psykolog ved CFS/ME-senteret på Aker sykehus møtte jeg mange pasienter som henne. De er ofte «ja-mennesker», ambisiøse, perfektionister eller altruister. De fortsetter gjerne å jobbe i lav stillingsprosent eller å være den som stiller opp for alle rundt seg. De tar husvask på gode dager eller står i kiosken på dagnad. De gjør det selv om det straffer seg med influensa- følelse eller dagevis med sengeleie og smerter.

Mestringskurs og rehabiliteringsopphold retter derfor mye av sin undervisning mot økt bevissthet på hva pasientene kan gjøre for å bryte et destruktivt aktivitetsmønster med PEM. Dette er helt avgjørende for å kunne bli bedre og frisk. Noen pasienter kan også ha nytte av psykologhjelp og kognitiv atferdsterapi. Ikke for angst, depresjon eller stress, men fordi de ikke klarer å holde igjen. De er så ivrige og motiverte at det går på helsa løs.

Disse og en rekke andre psykososiale faktorer bidrar i opprettholdelse av ME. Det er synd dersom ME-pasienter opplever seg krenket av en slik forståelse, men jeg tror de misforstår. ✕



NINA ANDRESEN,
psykolog og frisk
av ME

**KRONISK
UTMATTelses-
SYNDROM**



Det er velkjent at angst, depresjon og stress bidrar til å *forlenge og forverre* ethvert symptombilde ved somatisk sykdom

1. Grete Linerud er et pseudonym. Psykologtidsskriftet kjenner identiteten til skribenten. Se kommentar side 293.



Faksimile fra februarutgaven av Psykologtidsskriftet.

Feil virkelighetsforståelse

Håp for ME-syke må baseres forskning og dokumentasjon, ikke på enkelthistorier om pasienter som har blitt friske.



EIRIK RANDSBORG,
nestleder i Norges
ME-forening

**KRONISK
UTMATTelses-
SYNDROM**

I ET DEBATTINLEGG om CFS/ME i februarutgaven av Psykologtidsskriftet kritiserer psykolog Nina Andresen den informasjonen om prognose for ME som ligger offentlig tilgjengelig, blant annet på ME-foreningens nettsider. Hun synes å mene at det å gi pasientene informasjon basert på forskning og kliniske erfaring er med på å frarøve pasientene håp. Hun ønsker i stedet at man skal legge vekt på udokumenterte «bli-friske»-historier.

Virkeligheten for pasientene fremstår som annerledes. I ME-foreningens brukerundersøkelse om familier med barn og unge med ME fortalte mange om møter med helsepersonell som sa at de ville bli friske i løpet av et år. De hadde hatt store forventninger om at det skulle skje. Når de forble syke, var skuffelsen enorm, og tilliten til helsepersonell dermed svekket.

ME-foreningen har bred kontakt med ME-pasienter, og den møter tidvis pasienter som har blitt friske, eller i alle fall friskere. Hva de tilskriver tilfriskningen, varierer mye. For hver metode er det andre som sier at den har gjort dem dårligere. Det finnes, så vidt vi kan se, ikke noe som entydig gir bedring. Nina Andresen skriver: «Det (å bli frisk – min anmerkning) kan riktignok ta uforholdsmessig lang tid og kreve uforholdsmessig mye av den enkelte pasient å klare å gjennomføre et krevende rehabilite-

ringsløp uten tett oppfølging av et profesjonelt støtteapparat.» Det fins ingen dokumentasjon for å hevde at ME-pasienter kan bli friske ved å gjennomføre et slikt rehabiliteringsløp. Dette skaper dessverre et inntrykk av at ME-syke kan bli friske «hvis de bare vil».

I 2015 slo en kunnskapsgjennomgang av hele forskningslitteraturen på ME fast at dette var en fysisk sykdom, kjennetegnet av belastningsintoleranse. ME-pasienter opplever forverring hvis de er aktive ut over egen tålegrense.

Håp må være realistisk, ellers er det et falskt håp. ME-foreningen ønsker å gi sine medlemmer så god og riktig informasjon som mulig. ME-foreningen ønsker også å skape håp – håp om at ME-pasienter skal behandles skikkelig av helsevesen, NAV og annet hjelpeapparat. Håp om at mestring skal gjøre at man kan leve et godt liv med sykdommen, og håp om at forskningen skal føre til lindrende behandling, og kanskje – på lengre sikt – en kur.

ME-foreningen er fullstendig enig i at det er behov for et godt støtteapparat rundt de ME-syke, men det må være et støtteapparat som har skikkelig kunnskap om sykdommen og forståelse for de utfordringene pasientene har. Et hjelpeapparat som gir falskt håp, eller som presser pasienter til mer aktivitet enn de tåler, er ikke til gagn, men til skade. ❌



Håp må være realistisk, ellers er det et falskt håp

Arbeidsgivere tar ikke nok ansvar

Med mindre arbeidsgivere blir seg sitt ansvar mer bevisst, er det meningsløst å snakke om eldre som en ressurs i arbeidslivet.

PENSJONSOPPGJØRET ER brakt i havn. Profilene er klar: Alle må stå lenger i arbeidslivet, gjerne til mer enn fylte 70. Med fallende befolkningsvekst og stigende snittalder er det ikke vanskelig å skjønne at dette ses på som helt vesentlig for å opprettholde velferdsgoder. Eldre arbeidstakeres plass i arbeidslivet er et høyaktuelt tema.

Det er imidlertid skjær i sjøen som kan underminere prosjektet. I hvilken grad er arbeidsgivere forberedt på hva som trengs av rent praktiske grep for å beholde seniorene? Erfaringene seniorene har fra de ulike arbeidsstedene i helseforetakene, spriker. Noen steder legges det til rette, andre steder ikke. Til tross for inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) og seniorpolitikk er det dessverre ikke sjelden at eldre kollegaer rapporterer om at de blir skjøvet ut, marginalisert og ikke får delta på kurs og økt sin kompetanse. Noen får også spørsmålet om når de har tenkt å gå av med pensjon, idet de runder 60. Det er ikke vanskelig å sette seg inn i de menneskelige omkostningene ved en slik behandling.

Kravet om at man må levere «full pakke» i det man i dag kaller «produksjonen», er i praksis til hinder for å beholde seniorer. For alternativet er at det går ut over kollegaer som må jobber mer for å kompensere for den tapte «produksjonen». Da begynner arbeidsgiver i feil ende og saboterer alle politiske føringer om at

man må bli stående lenger i jobb. Det er et tankekors at NHO-sjef Kristin Skogen Lund i forbindelse med pensjonsoppgjøret kort foreslår at sliterne kan gå over på uføretrygd.

ET TANKEKORS

Med mindre arbeidsgivere blir seg sitt ansvar bevisst og faktisk gjennomfører intensjonen i lovverket, er det meningsløst å snakke om eldre som en ressurs i arbeidslivet. Det er et tankekors at lokale arbeidsgivere tjener mer (dvs. sparer lønnsutgifter) på å la arbeidstakeren være 100 prosent sykmeldt og få refusjonen fra det offentlige, enn å ha utgifter i forbindelse med delvis sykmeldinger, tilrettelegging og lavere «produksjon».

Det er på høy tid at myndighetene begynner å interessere seg for hva slags behandling seniorer kan være utsatt for på de ulike klinikkene og avdelingene, slik at man får forebygget uønsket tidlig avgang til pensjonist- eller uføretilværelsen. Anders Kvam, forhandlingsleder for Akademikerne, uttaler på foreningens hjemmeside 3. mars: «Vi mener at ny ordning burde gitt enda høyere insentiver for å stå lenge i arbeid, for alle grupper. Dette hadde vært bra både for den enkelte som kan tjene opp en høyere pensjon – og for samfunnet.» Skal dette skje, må holdninger og praksis i helseforetakene legges radikalt om. Snarest. ✕



AASE PRØITZ,
privatpraktiserende
psykologspesialist

**SENIORER I
HELSEFORETAKENE**

Hjelpen er skremmende langt unna



Å skaffe psykolog kan være en omfattende og intrikat prosess. Veien til god hjelp må effektiviseres.

KINE ALBRIGTSEN,
barnevernspedagog

**TILGJENGELIGHET
AV BEHANDLING**

«**LITE KOSTNADEFFEKTIVT**» er en mye brukt begrunnelse for avslag på behandling ved de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS). De opererer ofte med en maksimumsgrense på 10–20 samtaler, noe som betyr at de med alvorlige og sammensatte vansker ikke vil få hjelp fra det offentlige hjelpeapparatet. For å få hjelp må pasienten selv finne en privatpraktiserende psykolog.

I begynnelsen av januar ble det publisert en artikkel i Aftenposten om «å havne» i psykiatrien. Det er et misvisende uttrykk siden det krever mye energi, tid og ressursbruk av pasienten for å finne hjelp utover hva et DPS kan gi. Pasienter som trenger lengre behandling, har ofte høyt symptomtrykk og varierende funksjonsevne, noe som betyr at de i liten grad har overskuddsenergi. Jeg mener det hindrer mange i å få den hjelpen de trenger.

Her vil jeg skissere hvordan man skaffer seg behandling, noe som kan være en svært omfattende prosess.

FASTLEGE OG HENVISNING

Først må du få en henvisning fra fastlegen. Det er en fordel om du beskriver plagene dine slik at henvisningen inneholder god informasjon om hva du sliter med. Deretter må du finne en psykolog du selv kan sende henvisningen til, med mindre fastlegen har noen å anbefale. Helse Sør-Øst har på sine nettsider en oversikt over psykologer med driftstilskudd, kalt avtalespesialister, men den inneholder ikke informasjon om psykologens utdanning, terapiform, alder eller hvor lang venteliste vedkommende har. En liste med navn gir ingen god pekepinn på hvor du skal begynne å sende henvisningen.

Beregn god tid, da du kun får *ett* eksemplar av henvisningen. Frist for retur av henvisning med skriftlig tilbakemelding er på tre uker, noe som tilsier at det tar ca. fire uker inkludert postgang å få svar på om psykologen kan ta deg

imot. En prøvetime kan korte ned ventetiden – spør gjerne om dette er en mulighet.

FRITT BEHANDLINGSVALG – MEN UTEN OVERSIKT?

Du kan også ringe Fritt behandlingsvalg for å spørre om råd. Avtalespesialistene er koblet til ulike fastleger og skal prioritere pasienter herfra. Denne oversikten har Fritt behandlingsvalg, og den er nødvendig for videre prosess. For å i det hele tatt bli prioritert for behandling må du sende henvisning til de som er i nettverket til din fastlege. Fastlegen vet hvem som hører til hennes eller hans nettverk, men har ikke oppdatert informasjon om eksempelvis ventelister, og henviser derfor videre til Fritt behandlingsvalg. Det er pasientens ansvar å sende henvisningen til avtalespesialistene i din leges nettverk, men hvorfor er ikke denne listen da tilgjengelig, eksempelvis på nett? I mine øyne er dette et tidkrevende og unødvendig mellomledd i en allerede lang prosess.

Avtalespesialistene i Oslo og omegn har ventelister på 8–12 måneder, og de tar sjelden inn nye pasienter, begrunnet med mangel på kapasitet. Dermed er ikke denne veien mot behandling alltid et reelt valg, selv om det er det fastlegen og Fritt behandlingsvalg presenterer som fremgangsmåten.

HALVT DRIFTSTILSKUDD OG ØKONOMI

Når du har forsøkt det offentlige, samt avtalespesialistene i din fastleges nettverk, vil neste steg være å sende henvisning til psykologer med halvt driftstilskudd. En oversikt over hvilke psykologer som har denne avtalen med Helfo, er ikke tilgjengelig for privatpersoner, ei heller har Fritt behandlingsvalg en oversikt. Hvilke psykologer har denne avtalen, og hvor kan du finne informasjon om deres ventelister, behandlingstilbud og priser? Jeg har kun fått tak i informasjon om noen få psykologer

med denne avtalen gjennom psykologer i eget nettverk – de færreste privatpersoner sitter på denne muligheten. Ordningen er per i dag muligens den billigste og mest reelle muligheten du har for å få god behandling, så hvorfor er informasjonen så utilgjengelig?

Halvt driftstilskudd vil si at du betaler ca. halvparten av summen selv. Har man en samtale av varighet på en klokke i uka, havner prisen på ca. 4000 kr. per måned før frikortet slår inn, og halvparten etter.

De som trenger langvarig behandling, er ofte personer med sammensatt problematikk. Flere og flere unge faller ut av arbeidslivet, og får utbetalt AAP (arbeidsavklaringspenger) med en sats på ca. 12 000 kr/md etter skatt. 4000 kr/md er en stor utgift for en behandling som flere instanser mener du har behov for, men ingen kan tilby.

Det siste alternativet du har, er å finne en privatpraktiserende psykolog uten driftstilskudd. Forvent deg priser opp mot 1000–1500 kroner per time.

SYKE BLIR FRATATT MULIGHETEN FOR BEHANDLING

Stegene jeg skisserer, er tidkrevende, intrikate og energikrevende, noe som gjør dem vanskelig å gjennomføre, spesielt om man sliter med eksempelvis depresjon, angst, traumer eller har relasjonelle vansker. Man skal ringe, sende brev, åpne seg om sine vansker – som ofte er skambelagt – til ett eller flere ukjente mennesker. Mange unge er for syke til å stå i jobb, og de kan ikke pålegges den arbeidsmengden som kreves for å få behandling. Er det rimelig å forvente at de som er syke, skal klare å navigere i dette komplekse behandlingssystemet?

Hvis flere skal ut i arbeid, må vi også gi behandling til de som trenger det. Hvis ungdommers psykiske helse skal forbedres, kan vi ikke kun ha fokus på tidlig innsats, vi må tilby god hjelp til de som ikke ble fanget opp i første runde. Veien til god hjelp må effektiviseres, og ansvar må flyttes bort fra pasienten selv – det er ikke alle som kan vente i månedsvis på hjelp. ❌

Identitet og faktasjekk



TEKST

Bjørnar Olsen
sjefredaktør
Psykologtidsskriftet

I MARSUTGAVEN AV Psykologtidsskriftet publiserte vi bidraget «Vi – de krenkbare» av Grete Linerud. Fredag 9. mars blir vi gjort oppmerksom på at innlegget er sendt inn og publisert under falskt navn, noe personen også har gjort i andre medier. I løpet av helgen fikk vi kontakt med personen bak innlegget. Slik fikk vi bekreftet at forfatteren er psykolog, men også at det ble forfattet under pseudonym uten å informere redaksjonen om dette. Senere har vi hatt flere kontaktpunkter med forfatteren, både for å hente inn mer informasjon og forsikre oss om identiteten.

I en e-post til Psykologtidsskriftet skriver forfatteren «Dette er alvorlig, høyst kritikkverdig, og utelukkende mitt ansvar. Årsaken er sammensatt. Jeg ønsker å beskytte meg og mine nærmeste pårørende mot formen og innholdet ME-debatten ofte har. Videre ønsker jeg, selv om jeg er syk, å være fagperson mer enn en offentlig pasient.» I et senere e-postintervju med oss forteller hun at frustrasjonen over å bli refusert fordi man ønsket å være anonym, bidro til konstruksjonen av en falsk identitet. Det medførte at flere innlegg kom på trykk i ulike medier, men bidrar også til å svekke tiltroen til innholdet i redaksjonsstyrte medier.

Det er derfor alvorlig når redaksjoner føres bak lyset på denne måten. Likevel har vi valgt å la innlegget stå på nettsidene våre, men med en tydelig markering av saksforholdene. Dette har flere årsaker: å slette et bidrag innebærer å slette en del av Psykologtidsskriftets (og ME-debattens) historikk; våre undersøkelser viser at det er snakk om en falsk identitet, ikke falske nyheter; innlegget krever ikke tilsvar fra andre personer som bør vite hvem anklagene kommer fra, og kan derfor publiseres anonymt.

Samtidig tar også vi kritikk. Å verifisere kilder og informasjon er en sentral del av et redaksjonelt arbeid. I journalistikken er dette selvsagt, men Vær varsom-plakaten er sjangeruavhengig. Det betyr at den også gjelder kommentarer, debatt og andre sjangere. Vi vil derfor etablere nye rutiner i redaksjonen, slik at vi blir tryggere på forfatteridentiteten også på eksterne bidrag. Slike rutiner kunne spart både forfatteren, ME-debatten og redaksjonen for unødvendig mye støy i et felt som allerede er preget av steile posisjoner. ❌



VIL HA VIDEO Det er ikke for sent til å moderere retningslinjene slik at psykologer i distriktene får muligheten til mer videoveiledning, skriver Espen Nicolaisen og Jørgen Edvin Westgren i Yngre psykologers utvalg. Illustrasjonsfoto: Maskot/Scanpix

Problematiske retningslinjer

Yngre psykologers utvalg etterlyser faglig begrunnelse for innskrenkingen av bruk av videokonferanse i veiledning.



ESPEN NICOLAISEN
og **JØRGEN EDVIN**
WESTGREN,

Yngre psykologers
utvalg (YPU)

VEILEDNING

PSYKOLOGFORENINGEN ARBEIDER i disse dager med reviderte retningslinjer for veiledning under spesialisering. Retningslinjene tar særskilt sikte på å regulere bruk av videosamtaler i veiledning og foreslår at denne tillates i mindre enn halvparten av den totale veiledningstiden. For psykologer i spesialisering utenfor bynære strøk kan dette medføre ufriwillig økning i spesialiseringstiden.

Psykologforeningen har til dags dato ikke hatt noen retningslinjer som spesifikt omhandler bruk av videokonferanse i veiledning. Som følge av økt bruk er det fornuftig at det innføres reguleringer. Et sentralt og ufravikelig krav i denne sammenheng er god nok teknisk kvalitet på utstyr og tilstrekkelig sikkerhet rundt person-/pasientopplysninger. Veileder og psykolog bes vurdere og bekrefte dette før veiledningen begynner. De nye retningslinjene presiserer videre at selv om veiledningen via

videokonferanse er faglig forsvarlig og både tekniske og sikkerhetsmessige krav er oppfylt, kan den ikke overstige 50 prosent av den totale veiledningstiden. Dette har åpenbare konsekvenser for psykologer i spesialisering utenfor tettbygde strøk, som risikerer at spesialiseringstiden forlenges unødig. Til tross for det som fremstår som en betydelig og potensielt geografisk diskriminerende konsekvens av de nye retningslinjene, har ikke Psykologforeningen oppgitt noen faglig begrunnelse.

MOT SAMFUNNSUTVIKLINGEN

Videokonferanse benyttes i stor skala i norsk helsevesen, både til direkte pasientkontakt og til administrative funksjoner og veiledning. Universitetssykehuset i Nord-Norge har siden 2011 brukt videokonferanse for å dekke vaktfunksjonen for legespesialister på de distriktpsikiatriske sentrene. I enkelte enheter

gjennomføres store deler av behandlingen via videosamtaler eller andre teknologiske kommunikasjonsmåter med svært gode resultater, for eksempel i OCD-team. Teknikk og sikkerhet er ikke lenger en hindring for bruk av videosamtaler i veiledning, og det som framstår paradoksalt for YPU at Psykologforeningen skal være mer restriktiv når det kommer til bruk av videosamtaler i veiledning mellom spesialist og psykolog, enn i direkte pasientkontakt.

Som følge av den teknologiske utviklingen i helsesektoren ble Psykologenes interesseforening for digital helse (DigPsyk) etter forrige landsmøte tatt opp som interesseutvalg i psykologforeningen. I samme landsmøte ble prinsippprogrammet til foreningen tilføyd følgende formulering: «Psykologforeningen skal tilstrebe å ha en aktiv rolle i å nyttiggjøre teknologi i psykologfaglig arbeid, på forsvarlig vis.» Det er en åpenbar selvmotsigelse å innføre disse retningslinjene og samtidig hevde at det jobbes aktivt for å nyttiggjøre seg teknologi i det psykologfaglige arbeidet.

Gitt de gode teknologiske og sikkerhetsmessige rammene og Psykologforeningens ønske om å utvide bruken av slike verktøy i sensitivt arbeid, fremstår kostnaden av de foreslåtte retningslinjene for psykologer i spesialisering som særlig påfallende. I mange tilfeller vil veiledning over videosamtale være det eneste alternativet som muliggjør jevnlig veiledning. Dette vil særlig gjelde for psykologer i distriktene, og for psykologer som ønsker å spesialisere seg i en av de mindre utbredte spesialitetene. Med lovfestet krav om psykolog i kommunene vil det bli stor økning i antallet psykologer i mindre kommuner. Mange av disse vil være relativt nyutdannede. For mange av dem kan muligheten til å spesialisere seg være avhengig av at det finnes fleksible løsninger for veiledning. For å avhjelpe personer som påvirkes av endringene, anbefaler Psykologforeningen at det heller legges opp til hele eller halve veiledningsdager i tilfeller der det er lang reisevei mellom veileder og psykolog. Følgene av denne innstillingen kan være at veiledning vil foregå mer sporadisk og dermed gi veileder redusert mulighet til å påvirke tidssensitivt arbeid i klinikk.

Slik YPU vurderer det, foreligger det ingen psykologfaglige eller teknologiske grunner for å gå inn for en universell begrensning i bruk av videosamtale i veiledning. Dersom det ligger faglige vurderinger til grunn som ikke er gjort tilgjengelig i den løpende debatten, oppfordrer YPU til å legge disse frem slik at bedre løsninger kan identifiseres enn en universell begrensning av bruken av videokonferanse.

Retningslinjene ble behandlet i Fagutvalget for felleselementene 13.03.18, og vil i siste instans bli lagt frem for sentralstyret for endelig vurdering og vedtak. Det er med andre ord ikke for sent til å moderere retningslinjene. YPU vil på det aller sterkeste anmode fagutvalget og Sentralstyret om å følge Psykologforeningens egen politikk og samfunnsutviklingen også i denne saken.

YPU foreslår følgende to prinsipper for utformingen av de nye retningslinjene:

For det første bør retningslinjene ha til hensikt å sikre at veiledningen oppfyller et minstekrav angående faglighet, tekniske og sikkerhetsmessige forhold, uavhengig av hvilket format veiledningen gis i. For det andre bør veileder og psykolog dele ansvaret for veiledningens struktur med tanke på fysiske møter og veiledninger over videosamtale. ✕

Debattert

ELTE-utdanningen

Ikke tilfredsstillende Masterutdanningen ved Eötvös Loránd University (ELTE) tilfredsstiller ikke kravene til å praktisere som psykolog i Norge.

Helene Amundsen Nissen-Lie og kolleger i Aftenposten 13. mars

Kun fire Det er altså snakk om berre fire nordmenn som hadde fått autorisasjon då dei fyrste av dei som no har fått avslag, byrja ved ELTE i 2014.

Anne Farseth i Dagens Medisin 15. mars

Bekymring Dessverre har siste tids utvikling i saken ført til bekymring for at Helse- og omsorgsdepartementet skal foreslå et opplegg som bryter med faglige vurderinger og hensyn til pasientsikkerhet.

Tor Levin Hofgaard i Aftenposten 19. mars

Urent spill Fint å få vite at det er fagforeningen som har vært på besøk hos Hdir. og ikke den faglige foreningen.

Anita Husby på Facebook-gruppen Psykologer 19. mars 17:27

Legitimt At NPF er en fagforening som ønsker å fremme sine interesser (her: motsette seg at det blir en presedens for politisk overstyring av fagmessige vurderinger) er helt legitimt.

Anders Uldalen Brosstad på Facebook-gruppen Psykologer 19. mars 19:28

Konsekvensvurdering Man (burde) vurdere utenlandspsykologene etter hva de tilfører pasientbehandlingen, ikke (...) etter hva de (muligens) får av konsekvenser for lønn og anseelse.

Einar Aagaard Tryti på Facebook-gruppen Psykologer 20. mars 10:12

Gatekeeper Tänker att man också behöver vara försiktig så att vi inte blir alltför gatekeeping mot personer vars kompetens och utbildning vi har stor nytta av.

Niclas Andersson på Facebook-gruppen Psykologer 21. mars 07:49

Ikke greit fra psykologspesialist

En femåring sitter i tilrettelagt avhør og tegner grove overgrep fra far. På Barnehuset forklarer hun i detalj hva hun er utsatt for. Når dette havner i media, er det åpenbare brudd på jentas rettsikkerhet.



STIAN TOBIASSEN,
fagansvarlig psykolog,
Stine Sofie Senteret,
KRISTIN STOKKE,
daglig leder, Stine
Sofie Senteret og
ANDERS DOVRAN,
psykologspesialist/
PhD, Stine Sofie
Senteret

PSYKOLOGI OG
RETTSSIKKERHET

PÅ EN FERJETUR i 2014 fortalte den da fire år gamle jenta ifølge mor om overgrep begått av far. Mor anmeldte far, og familiefaren i 40-årene ble i Haugaland tingrett dømt til ni års fengsel. Saken ble anket til lagmannsretten, der far ble frikjent. Han ble likevel dømt til å betale erstatning. Fagdommerne mente det var klar sannsynlighetsovervekt for at han hadde begått overgrepene.

Saken har den siste tiden blitt godt belyst, både gjennom omtaler i NRK, Psykologtidsskriftet og nå sist i familiens egen lokalavis, Haugesunds Avis. Samtlige saker fokuserer på at behandlingen jenta fikk på BUP, både er kritikkverdig og gjenstand for etablering av falske minner. Formidlingen har det til felles at den mangler ett viktig perspektiv: jentas historie. Dette er en fullstendig avsporing og er en direkte trussel mot jentas rettsikkerhet.

Den nå ni år gamle jenta har levd med denne historien over halve livet. Hun har gått i behandling, hatt effekt av dette, og må leve med at hun ikke ble trodd. For la en ting være helt klart: Hun fortalte ifølge tingrettsdommen om overgrepene før BUP ble koplet inn, og før de, ifølge kritikerne, angivelig plasserte falske minner hos henne.

Vi kan alltid diskutere både metodevalget og kvaliteten på helsehjelpen jenta mottok i tiden etter at hun fortalte om overgrepene. Men kan vi gjøre dette uten å frata jenta den lovpålagte retten hun har til beskyttelse og anonymitet? Vi snakker om et barn her. Et barn som, i fagpersoners iver etter å kritisere BUP, må forholde seg til at høyst private journaldokumenter tilflytter pressen og allmennheten.

I saken «Hva skjedde egentlig mellom pappa og Victoria» publiserte NRK tegninger som jenta laget mens hun satt i tilrettelagt avhør. Tegningene forestiller de overgrepene hennes far skal ha utsatt henne for. I samme artikkel er lange utdrag fra de tilrettelagte avhørene hun gjennomførte på Barnehuset, direkte sitert.

Det samme er sitater og detaljerte beskrivelser av jentas kroppsspråk i terapirommet. Psykologtidsskriftet har tidligere omtalt saken, sist gjennom et intervju med tidligere fagsjef i Psykologforeningen Anders Skuterud, ført i pennen av tidsskriftet på vegne av Haugesunds Avis. I artikkelen hevder Skuterud at BUP kan ha skapt falske minner hos jenta. Han bygger dette på at han nettopp har sett den sju minutter lange videoen der jentas behandler i detalj forteller om hva hun skal ha blitt utsatt for.

Dette er ikke bare provoserende, det er direkte rystende. For ærlig talt, hvorfor sitter psykologspesialist Anders Skuterud og ser høyst sensitivt journalmateriale om en fem år gammel jente i en sak som omhandler grove overgrep begått av hennes egen far? Hvor har han fått tak i dette? Og hvordan kan han forsvare at dette gjengis, og fritt tolkes, i et intervju publisert i jentas egen lokalavis?

Anders Skuterud er fremdeles ansatt i Psykologforeningen og sitter i kraft av sin profesjon som psykologspesialist og kommenterer innholdet i en journal som verken er offentliggjort eller skulle vært distribuert til personer som ikke er part i saken. Hvordan forholder Psykologforeningen, med nåværende fagsjef Andreas Høstmælingen, seg til dette? Denne filmen er ikke bare en del av jentas journal, den er også en del av en mengde taushetsbelagte dokumenter i en ikke avsluttet straffesak. Dette er vel ikke bare uetisk, men også straffbart?

Felles for samtlige av de publiserte artiklene i denne saken er at det ikke fremkommer en eneste refleksjon omkring den blottstilteisen man gjør av et lite barn. Vi både kan og bør ta debatten om traumebehandling i spesialisthelsetjenesten. Men vi er skuffet over at Skuterud ikke klarer å gjøre dette uten å påføre et barn, som har levd med denne saken over halve livet sitt, ytterligere belastninger. ❌

Tilsvar

Påfallende konstatering

THOMAS RANDBY, advokat og forsvarer til faren i omtalte rettssak

Den anklagede mannen er av juryen i Gulating lagmannsrett fullt ut frikjent for anklagene om incest. Fagdommerne godtok enstemmig juryens avgjørelse. Straffedommen er ikke anket, slik at frifinnelsen av faren er rettskraftig (endelig). Heller ikke i erstatningsdommen ble de alvorligste anklagene lagt til grunn, bl.a. fordi disse delene av anklagene strider mot det som er sjekket medisinsk. Erstatningsdommen er anket til Høyesterett, og er altså ikke rettskraftig.

Da er det alvorlig at tre ansatte ved Stine Sofie Senteret har en så klar oppfatning av at overgrepsanklagene stemmer. Det er påfallende at de er så konstaterende om Haugalandet-sakens detaljer, uten selv å ha vært til stede i retten. Hva og hvem bygger de på? Har man på samme måte som BUP konkludert uten å ha kontakt med far? Forfatterne bringer videre alvorlige anklager mot en far som er frifunnet av rettsapparatet. Det de skriver, er ikke et uomtvistelig faktum, men påstander og tolkninger. De mener å vite at de formidler jentas historie. Spørsmålet er imidlertid om det er andres historier om påståtte overgrep de formidler. Og forfatterne velger å overse konteksten overgrepsanklagene er fremkommet i: konflikt mellom foreldre om samvær. Faktum er at politiet, etter at jenta hadde vært i det første avhøret (før BUP-behandlingen), innstilte overfor statsadvokaten på at hele saken burde henlegges. Heller ikke statsadvokaten fant bevismessig dekning for å ta ut tiltale på bakgrunn av det første avhøret sammenholdt med det bevis materialet

som da forelå. Først etter det andre avhøret (etter BUP-behandlingen) fant statsadvokaten grunnlag for tiltale. Derfor er ikke et faglig fokus på BUP-behandlingen et feilspor, heller ikke opp mot rettssaken mot far.

Forfatterne er positive til den behandlingen barnet har fått, og er sikre på at den har hatt god effekt. Dette i motsetning til hva fagdommerne mener: De uttrykker uro rundt behandlingen, som også innbefattet at jenta fikk opplept skremmende historier om 11. september-angrepet i USA. Det er generelt svært viktig å avdekke overgrep mot barn, hjelpe dem og stille gjerningspersoner til ansvar. Samtidig må man ha i mente at særlig små barn kan påvirkes bl.a. av omsorgspersoner rundt dem og profesjonelle behandlere, og barna kan være sårbare for påføring av falske minner. Det er å håpe at alle fagpersoner som på den ene eller andre måten er involvert i håndteringen av slike saker, også har kompetanse og perspektiv på sistnevnte problemstilling. ✖

Tilsvar

Beklagelse og påminnelse

ANDERS SKUTERUD, seniorrådgiver i Norsk psykologforening

«Advarer om falske minner» var overskriften jeg er sitert på i forrige nummer av Psykologtidsskriftet. Jeg blir sterkt angrepet for mine utsagn og noe av kritikken er berettiget. Filmen ble vist i offentlig rett og er således å anse som offentlig. Dermed kan den kommenteres. Men det betyr ikke alltid at man bør.

Som det påpekes er det en betydelig belastning for barnet at saken gjentatte ganger blir tatt opp og kommentert. Men hovedbelastningen for barnet henger sammen med at den rettslige prosess ikke er avsluttet. I forhold til dette barnets beste burde jeg avholdt meg fra å mistenkeliggjøre den konkrete delen av behandlingen. I min kommentar er jeg også for dømmende ut fra min usikre kunnskap om hele behandlingsprosessen. Det skal ikke være min rolle å gå inn i vurderinger som skal ligge til Helsetilsynet.

Mitt hovedanliggende i dette problemfeltet er at vi må være forsiktig med å overføre klinisk overbevisning til den rettslige arena. I disse sakene er det så mye affekt på grunn av sakenes karakter, at vi som behandlere bør betvile våre kliniske slutninger og være svært varsomme før vi tar dem med til retten.

I tillegg tror jeg igjen – med hensyn til barnet – at vi i vårt terapeutiske arbeid bør være forsiktige med å formidle sikre påstander til barnet om hva som har skjedd, ikke minst før den rettslige prosess er avsluttet. ✖

Fra arkivet: 1969

Om Finnmark og arbeidsforhold for psykologer

Går vi 15 år tilbake i tiden var det en betydelig pessimisme blant norske psykologer om hvorvidt det i det hele tatt ville bli noen arbeidsplasser av betydning for norske psykologer. I dag er forholdet helt omsnudd, psykologer er blitt ettertraktet personell innenfor en rekke områder.

Finnmark er en av de landsdeler som ikke har klart å hevde seg når det gjelder å få besatt ledige psykologstillinger. Periodevis har det spredd seg en viss pessimistisk holdning hos ansettelsesmyndighetene som går ut på: «Det kan så likevel ikke nytte noe, vi får ikke søkere.» I senere tid er det dog en større optimisme å spore. Det skjer en del ting i Finnmark som gjør at en igjen har fått håp om at også i dette fylket kan psykologer tenke seg å arbeide.

Jeg vet ikke hvilke grunner som dominerer mest når en utdannet psykolog skal velge arbeidssted. Imidlertid er det rimelig å tro at Finnmark hele tiden har stilt med det handicap at det ligger langt borte fra utdannelsestedene, det ligger langt borte fra fagmiljø som kan finnes på andre større steder. De skolepsykologstillingene som står ledige er foreløpige enmanns-kontorer, ikke alle psykologer er fullt klar over den faglige støtten en kan ha av en sosialkurator. Ved siden av disse forhold kommer en rekke andre ting så som dårlig kjennskap til landsdelen som helhet, slik at tanken på å dra til Finnmark overhodet ikke melder seg. På mange hold i Finnmark arbeides det nå med tiltak som nettopp tar sikte på å motarbeide at en psykolog som kommer hit skal bli faglig isolert. Ansettelsesmyndigheter er villig til å strekke seg langt når det gjelder reiser til faglige møter og liknende.

Jeg tror dette er en riktig plassering av det psykologisk/pedagogisk senter, særlig når en tenker på hvilke muligheter dette vil gi for en tidlig kontakt med klientene

Jeg kan fortelle litt om det som skjer i Alta og Loppa distrikt. Det er dette distriktet jeg nå dekker som skolepsykolog. (...) Her i Alta er vi 2 psykologer, den andre psykologen, Kari Skjesvold Henriksen, er foreløpig mest opptatt med huslige sysler, men har tenkt å engasjere seg etterhvert mer og mer faglig. (...) Her i Alta er det ved sosialkontoret ansatt 2 utdannede sosionomer. Det er i kommunen 3 distriktsleger og en turnuskandidat. Vi har nå laget et faglig forum som vi kaller Sosialt forum. (...) Dette faglige forum har møter en gang i måneden. Møtene har et faglig preget foredrag samt samtale etterpå.

På skolefronten har vi nylig fått melding om at Staten skal bygge en spesialscole for evneveike her i Alta. (...) Skolen kommer utvilsomt til å få et rikt og variert spesialpedagogisk miljø. Vi har søkt om å få det skolepsykologiske distriktet godkjent som et spesialpedagogisk distrikt. Forsøksrådet har gitt et positivt svar, og vi akter nå å utbygge skolepsykologisk kontor til et psykologisk/pedagogisk service-senter for småbarn, skolebarn og ungdom.

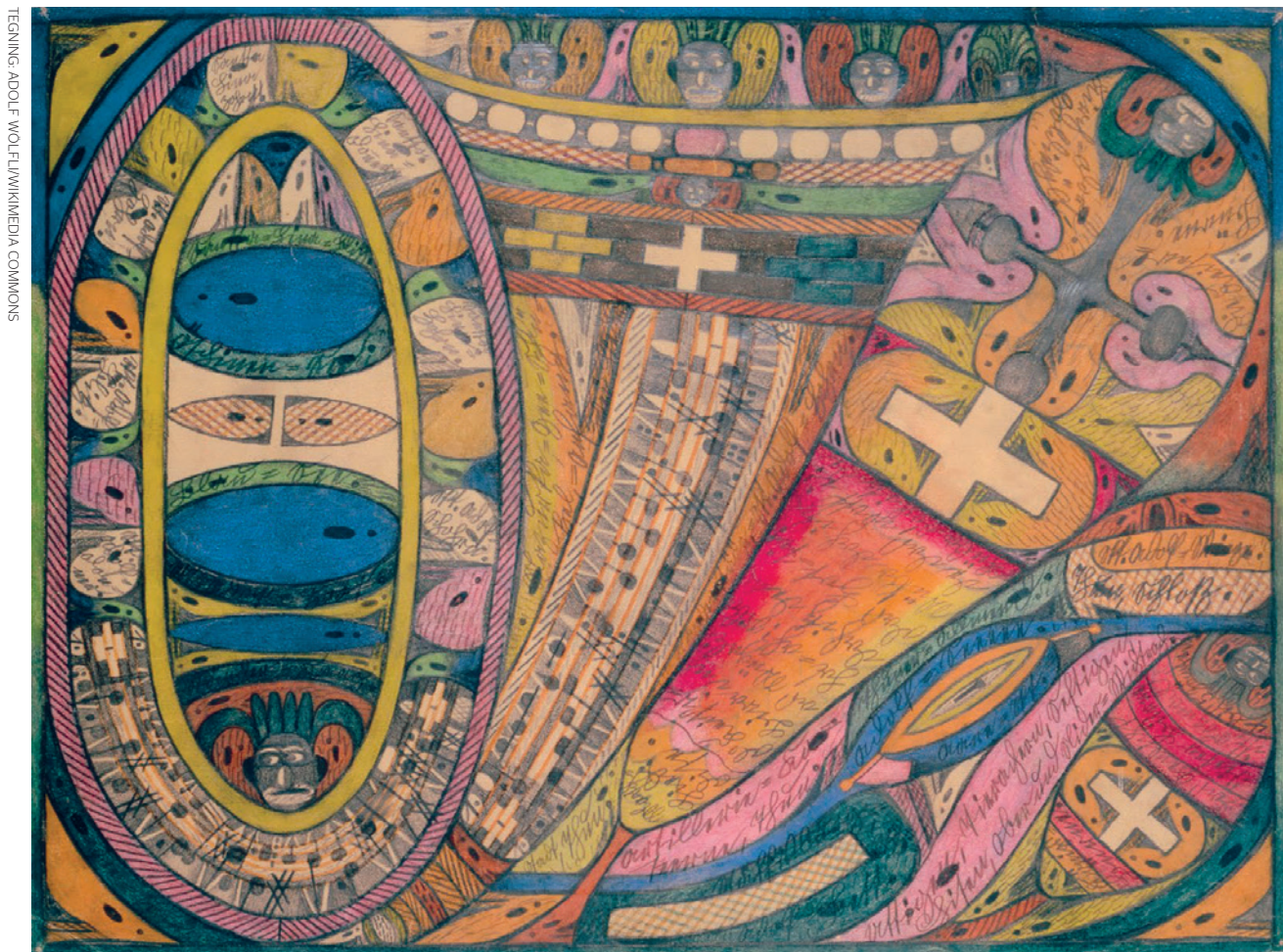
I kommunen skal det nå bygges et helsesenter. Porsanger kommune har allerede et helsesenter. Ved helsesentret i Alta vil det også bli kontorplass til det psykologisk/pedagogisk senter. Sosialkontoret i kommunen skal også ha sine lokaler der. Jeg tror dette er en riktig plassering av det psykologisk/pedagogisk senter, særlig når en tenker på hvilke muligheter dette vil gi for en tidlig kontakt med klientene. (...) Vi regner med at det psykologisk/pedagogiske senter skal få et rikt samarbeid med det barne- og ungdomspsykiatriske team for Finnmark, som har sitt sete i Tromsø. Avstanden til Tromsø måles ikke i kilometer, men i tid, og i tid er avstanden bare ca. en halv time. (...) Videre er det vel rimelig å tro at universitetsutbyggingen i Tromsø også vil få betydning for psykologrekrutteringen der. (...)

Vanskelighetene i forbindelse med reiser her nordpå er ofte overdrevet. Å benytte fly er mere naturlig enn i noen annen landsdel i Norge. (...) Jeg tror en vil oppfatte slike reiser som en kjærkommen avveksling fra kontorarbeide. Ved siden av denne avkoblingen må det jo også nevnes at reisene byr på fantastiske naturopplevelser og reisene utvider ens miljøkunnskap.

*Fra Josef Egelands
«Om Finnmark og arbeidsforhold
for psykologer», nr. 5, 1969*

Inntrykk

Bokessay, anmeldelser og forfatterintervjuer



TEGNING: ADOLF WOLFLI/WIKIMEDIA COMMONS

Gammeldags om schizofreni

Arnhild Lauveng, spesialist i klinisk samfunnspsykologi og phd har anmeldt
Schizofreni - til å leve med, av Dawn Elizabeth Peleikis og Sivje C. Felldal

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.

En livslang tilstand

Boken omhandler særlig autisme hos voksne personer. Den vil angå mange.



NILS KALAND

Autisme og aldring i et utviklingsperspektiv. Hva vet vi om voksne og eldre med en autismespekterdiagnose? Fagbokforlaget, 2018. 404 sider

ANMELDT AV

Lars Smith, professor emeritus ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

NÅR VI SNAKKER om autisme, tenker vi ofte på barn med autisme. Vi vet at de kan oppdages tidlig, men likevel ofte ikke får diagnosen før i sen førskolealder. Vi vet også at forstyrrelsen er gjennomgripende og livslang, og at det ikke finnes noen behandling som hjelper personen ut av den grunnleggende tilstanden. Vi vet mindre om hvordan problemene arter seg på lengre sikt hos den ene prosenten av befolkningen som har en autismespektertilstand.

OFTE UTEN DIAGNOSE

Autismespektertilstanden forekommer omtrent like ofte hos eldre personer som hos barn, ungdommer og yngre voksne. De betjenes som regel i eldreomsorgen, i hjemmesykepleien eller på institusjon, ofte uten autismediagnose eller annen tilstandsbestemmelse. Det er vanlig at udiagnostiserte eldre personer søker hjelp for sine kommunikasjons- og samhandlingsproblemer, men manglende klinisk kunnskap gjør at mange ikke får den forståelsen og støtten som de trenger.

Fordi symptomene kan fremtre på en litt annen måte hos eldre personer med en autismespekterforstyrrelse (ASD) enn hos dem som er yngre, kan tilstanden være en skjult funksjonssvikt som ikke blir gjenkjent i hjelpeapparatet. Det har ført til at eldre personer med ASD er blitt en forsømt gruppe med gjennomgående dårligere livskvalitet enn andre mennesker. Tjenestetilbudet er ikke så godt tilrettelagt for denne gruppen som for mange andre mennesker med spesielle behov, noe som medfører at hjelpen som tilbys, i mange tilfeller ikke dekker den faktiske etterspørselen.

Personer med ASD utgjør en kostnadskrevenne gruppe; helsetjenestene for alle alder-

skategorier er omfattende og svært dyre. Da er det både samfunnsøkonomisk og ut fra et integreringsperspektiv viktig å la voksne og eldre med ASD få mulighet til å delta i arbeidslivet.

FORSKNING OG KLINIKK

Forfatteren, Nils Kaland, er professor emeritus ved Høgskolen i Lillehammer. Han har en omfattende produksjon av artikler innenfor autismefeltet bak seg, publisert i internasjonale tidsskrifter. I denne boken gjør han i fire sentralt plasserte kapitler rede for forskning og anvendelse innenfor områdene sosial samhandling, språk og kommunikasjon, ikke-sosial atferd og kognitive funksjoner. Disse kapitlene er bredt anlagt og omtaler studier som er gjort på mennesker i alle aldre, både hos dem med og dem uten en autismespektertilstand. På den måten blir leseren gjort fortrolig med tilstandsspesifikke karakteristika samt forskjeller som skyldes aldring.

Kaland er særlig på hjemmebane i kapitlet om kognitive funksjoner og aldring. Her gjør han anskuelig kognitive hypoteser om autisme, hvordan eksekutive funksjoner faller ut hos personer med ASD, og spesielle forhold som gjelder hukommelse. I tillegg til at de sentrale teoretiske begrepene blir introdusert, så som mentalisering og teori om sinnet, er teksten tilført mange kasusbeskrivelser og kliniske vignetter. De tre andre kapitlene i denne delen byr også på en god blanding av forskning og klinisk anvendelse; det er for eksempel et avsnitt om kvalitativ svikt i sosialt samspill, en redegjørelse for vansker med å tolke og bruke språket sosialt samt en omtale av spesielle interesser og aktiviteter og eksepsjonelle ferdigheter som man ofte ser hos personer med ASD.



NÅ POTENSIALET Stereotypiske oppfatninger av mennesker med autisme vært til hinder for at mange av dem kunne ha nådd sitt fulle potensial, skriver anmelder Lars Smith, som har lest Nils Kalands bok om autismespekterdiagnoser. Foto: Thomas Reutter/Plainpictures/Scanpix

NYE TEMAER

Bokens innledende kapitler er en informerende introduksjon til forekomst og årsaksforhold, diagnostiske kriterier, betydningen av genetiske faktorer og medisinske tilstander. Det gjøres rede for feltets basalkunnskap, og forfatteren går grundig til verks og gir leseren god oversikt. De siste åtte kapitlene, som best ivaretar og rettferdiggjør bokens tittel, er spesifikt viet voksne mennesker med ASD og aldring.

Fire av kapitlene i denne delen omhandler temaer som for de fleste lesere trolig vil være lite kjent fra før: utfall, arbeid, psykiske problemer samt vold og selvmord. Forfatteren skal ha ros for å ha gravd frem mange lite kjente arbeider på disse områdene.

De siste tre kapitlene handler om utredning og tiltak for voksne og aldrende personer med ASD. Stoffet har en erfaringsbetont innfallsvinkel og reflekterer forfatterens synspunkter og engasjement når det gjelder hvordan teoretisk kunnskap og praktisk erfaring kan forenes til beste for personer med en autismespektertilstand gjennom hele livsløpet. Spørsmål om hvordan man kan møte eldre personer med ASD og tiltak som kan iverksettes, diskuteres uten at leseren møter forutinntatte meninger, og besvares gjennom nøktern gjennomgåelse og diskusjon av studier som for mange vil være ukjente.





Spørsmål om hvordan man kan møte eldre personer med ASD og tiltak som kan iverksettes, diskuteres uten at leseren møter forutinntatte meninger

STEREOTYPIER - OG NYTENKNING

I nyere tid har vi vært vitne til en veritabel storm av sosiale krefter som har bidratt til en betydelig øking i diagnostiseringen av autismespektertilstanden. Samtidig har stereotypiske oppfatninger av mennesker med autisme vært til hinder for at mange av dem kunne ha nådd sitt fulle potensial. Som forfatteren skriver har noen av de historisk mest dristige mennesker innenfor vitenskap og kunst med stor sannsynlighet befunnet seg innenfor autismespekteret. Han omtaler også hvordan Leo Kanner og Hans Asperger, som begge var foregangsmenn i autismeforskningen, bidrog med helt forskjellige tilnæringsmåter, som har hatt implikasjoner for feltet helt frem til i dag.

I den senere tid har en ny antakelse blitt lansert. Den går ut på at nevrodiversitet, lagt for dagen som autisme, dysleksi og ADHD, ikke er naturens feil eller skyldes toksiske innvirkninger, men er et resultat av naturlig variasjon i vårt menneskelige genetiske materiale. Dette er kanskje en luftig spekulasjon, men ikke så lettvinnt at ikke flere velkjente autismeforskere har vist interesse for den. Jeg skulle gjerne sett at forfatteren hadde fått med dette perspektivet, i det minste som en alternativ innsikt i forståelsen av hvordan godt fungerende personer med autisme oppfattes og fungerer.

Ellers gir boken en svært innholdsrik oversikt over hva man i dag vet om eldre mennesker med en autismespekterdiagnose, samtidig som teksten flyter lett selv om den er full av henvisninger til undersøkelser og faglige synspunkter. Denne boken vil kunne nå mange – ikke bare dem som arbeider med voksne og eldre med en autismespekterdiagnose.

FRA INNSIDEN

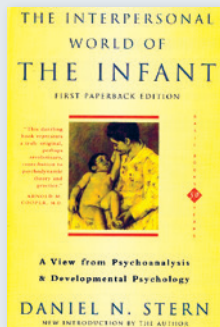
Gro Dahle har skrevet et sterkt og vakkert forord fra innsiden av spekteret. Hun formidler en visshet som så mange av dem som fungerer på et høyt nivå har, at de kan ha en rik og meningsfull tilværelse. De har lyst til å leve det livet som er deres! Samtidig vet hun hvor vanskelig det kan være for dem med ASD som er svake og aldri har hatt funnet seg en meningsfull plass i fellesskapet. Gro er forfatteren dypt takknemlig for at han har bidratt til en mer positiv forståelse av begrepet autismespekteret. ✘

Psykologtidsskriftet retter

I minneordet til Gerd Kjær i marsnummeret sto det at Kjær «videreutdannet seg som eksistensiell karakteranalytiker hos Rolf Grønseth og i Pessø Boyden System Psychomotor hos Al Pessø, Tjerd Jongasma og Han Serola. Disse terapisaftalene integrerte Gerd med stor finfølelse og dyktighet.»

Riktige formuleringer skal være: «Hun videreutdannet seg som eksistensiell karakteranalytiker hos Rolf Grønseth og i *Pessø Boyden Psychomotor System* hos Al Pessø, Tjerd Jongasma og Han Serola. Disse *terapiretningene* integrerte Gerd med stor finfølelse og dyktighet.»

KLASSIKEREN



Av og til dukker det opp bøker som sprenger grenser.

Daniel N. Stern, *The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology* (1985).

Psykologisk praksis blir aldri kjedelig, psykologisk lesestoff kan godt bli det. Psykologisk litteratur i vår evidensbaserte verden kan også gi opplevelsen av at den grunnleggende teoretiske forståelsen av god behandling allerede er ferdig snakka. Vi fordyper oss i kognitiv atferdsterapi, psykodynamisk terapi, familierapi eller interpersonlig terapi, og deres effekt på ulike diagnoser eller tilstandsbilder. Vi leser for mye om det vi kjenner og tror på fra før.

Men av og til dukker det opp bøker som sprenger grenser. For meg var Daniel Sterns bok et slikt funn. Jeg tilhørte i utgangspunktet ikke bokas intenderte målgruppe. Jeg var – og er – langt fra en psykoanalytisk praktiker. Familierapilitteraturen, som jeg kjente, interesserte seg i veldig liten grad for utviklingspsykologi. Men hvilken psykologisk praksis har ikke behov for grunnleggende gode ideer om hva menneskelige relasjoner, fellesskap handler om? I denne boka ble det stilt viktige filosofiske spørsmål, presentert empirisk kunnskap om tidlig utvikling, sammen med den ettertenksomme, praktiske klokskapen som er nødvendig når grunnleggende empiri skal omgjøres til virksom klinisk praksis. En bok som kunne, med Piet Heins ord, «indløse ordenes check med erkendelsens guldvärderdi».

I tillegg leste jeg denne innholdsrike teksten i godt selskap. Sammen med gode kollegaer og en entusiastisk og inspirerende Bjørg Røed Hansen som seminarleder jobbet vi oss igjennom boka, kapittel for kapittel. Vi tygde oss igjennom resonnementene, eltet dilemmaer, lot oss fascinere av spennende empiri. Stern tenker høyt gjennom hele teksten, og inspirerte til å tenke videre, på vår egen praksis. «Hvordan blir ordene virksomme?» spør Anders Johansen i en artikkel i Nytt Norsk Tidsskrift. Denne lese måten fungerte!

Vigdis Wie Torsteinsson oppfordrer Rolf Sundet til å ta stafett pinnen videre.

Ferskvare



Ledelse og kultur

I forsøket på å drive ledelse overalt og til enhver tid, oppstår det problemer med konkurrerende kulturer. Noen av problemene er forutsigbare, men mange er overraskende, mener Jan Ketil Arnulf, som har skrevet *En kultur kalt ledelse. Om ledelse på tvers av tid og sted*. Boka har både praktiske og teoretiske innfallsvinkler, ikke minst fra Expat café, – en tenkt møteplass der mennesker møtes for å fortelle sine historier, skriver Universitetsforlaget.



Selvledelse

Lars Glasø og Geir Thompson er redaktører for *Selvledelse. Teori, forskning og praksis*. Ifølge Gyldendal forlag er bidragsyterne erfarne norske eksperter innenfor faget ledelse. Boka presenterer teorien bak selvledelse, og forskning som viser at denne formen for ledelse har sammenheng med positive reaksjoner og gunstige effekter på både ledere, enkeltmedarbeidere og organisasjoner.



Allmennpsykologi

Allmennpsykologi. Psykisk helsehjelp i kommunen gir innføring i prinsipper for allmennpsykologisk arbeid og psykisk helsehjelp i kommunen, skriver Gyldendal. Allmennpsykologien henter kunnskap fra hele bredden av psykologifaget, og favner alle livsfaser, helseplager og lidelser, fra det milde til det alvorlige. Målet er å bidra til faglig gode tjenester i første linjen. Forfatter Anne-Kristin Imenes skriver blant annet om forebygging, kartlegging, utredning, diagnostisering og behandling. Dessuten omtales aktive tilnærminger, selvhjelp, undervisning og involvering av pårørende og nærpersoner.

Tradisjonelt om schizofreni

Boken gir en tydelig stemme til pasienter som ønsker og har nytte av tradisjonell psykosebehandling.



DAWN ELIZABETH PELEIKIS, SIVJE CATHRINE FELLDAL

Schizofreni - til å leve med, Gyldendal akademisk, 2017. 200 sider

BOKEN SCHIZOFRENI – *til å leve med* er skrevet av Dawn Elizabeth Peleikis, som er psykiater, og Sivje Cathrine Felldal, som fikk diagnosen schizofreni da hun var 26, og som har vært pasient hos Peleikis i lengre tid. I forordet forteller de at motivasjonen for boken har vært å beskrive hvordan schizofreni oppleves, å avmystifisere sykdommen, alminneliggjøre og ufarliggjøre.

Baksideteksten forteller at «denne boken utforsker schizofreni fra et dobbelt perspektiv: psykiaterens og pasientens». Det er mulig, men det kommer ikke frem i den måten boken er skrevet på. Forfatterne har skrevet all tekst i fellesskap, og det fremkommer ikke hvem som har skrevet hva. Underveis i boken er det en rekke «personlige eksempler», i kursiv. Disse er skrevet i jeg-form, enten fra et psykiater- eller pasientperspektiv, men heller ikke disse er nødvendigvis knyttet til den ene forfatteren, eller til noen av dem:

Vi har skrevet all tekst sammen, og vi har skilt ut den konkrete sykdomserfaringen i jeg-form og kursiv. Disse passasjene er ikke nødvendigvis selvpoplevde, men er en syntese av det vi selv har opplevd, som pasient og behandler, og det vi har hørt andre med schizofreni fortelle (side 7).

Dette er et interessant grep, og jeg har forståelse for det prinsipielle i dette valget: «Det viktige er ikke hvem som sier det, men hva som sies, og vi samarbeider, uavhengig av bakgrunn.» Som leser opplever jeg imidlertid at dette gjør boken litt slitsom å lese, forfatterne fremhever at de har et dobbelt perspektiv, samtidig som det ikke fremkommer hvem som mener hva, og bokens perspektiv oppleves klart mer enhetlig enn dobbelt. Etersom jeg vet at Peleikis har vært Felldals behandler i mange år, og terapirelasjoner sjelden er symmetriske, er det også et etisk aspekt her, uten at det er særlig fremtredende.

LITT GAMMELDAGS

Selve boken er delt opp i tematiske bolker som tar for seg ulike aspekter ved sykdommen: beskrivelse av schizofreni som en psykoselidelse, beskrivelser av ulike former for symptomer og hvilken påvirkning de har på pasientens liv, ulike typer behandling, osv. Selv om forfatterne fremhever at de ønsker et balansert syn på psykose, ikke utpreget biologisk, og ikke psykiatrikritisk, er likevel helhetsinntrykket at forfatterne oppfatter schizofreni som en biologisk, kronisk sykdom. Det fremholdes at variert behandling er viktig, inkludert samtaler og praktisk hjelp, men at medikamentell behandling er grunnforståelsen.

For denne leseren fremstår boken som noe «gammeldags», den tar i liten grad opp temaer som medikamentfrie behandlinger, psykiatrikritikk, samfunnsdebatter rundt tvungen behandling, sammenhengen mellom barn- og ungdomstraumer og psykose, eller de kritiske stemmene som er kommet, også fra sentrale forskere, om «schizofreni» i det hele tatt er en nyttig og valid diagnose. I den grad dette i det hele tatt nevnes, er det nokså overflattisk og kort. Men det er mye annen kritisk litteratur tilgjengelig, og det er fint at vi nå også har en bok som gir en tydelig stemme til pasienter som er fornøyd med behandlingen de mottar, og som ønsker og har nytte av tradisjonell psykosebehandling. Dette er en gruppe pasienter som lett blir overhørt i dagens debatt, og deres stemme bør også fremmes.

FOR PASIENTER OG PÅRØRENDE

De beskrivelsene som finnes her, vil være kjent for de fleste psykologer, og vi er neppe hovedmålgruppen uansett. Samtidig kan dette være interessant lesning for pasienter, pårørende og andre, som kan få informasjon om både symptomer og behandlingsformer – hele tiden med den grunnleggende forståelsen at schizofreni er en sykdom man ikke kan bli frisk av, men som man kan lære seg å leve med. ❌

ANMELDT AV

Arnhild Lauveng, spesialist i klinisk samfunnspsykologi, phd

Fascinerende vrangforestillinger

Boken presenterer mange aspekter ved vrangforestillinger, og gir klinisk nyttige råd.

SOM FORSKER OG KLINIKER med lang erfaring med psykoselidelser ble min nysgjerrighet vekket med en gang jeg så bokens tema. Vrangforestillinger er fascinerende symptomer på mange måter, og de er vanskelig å måle, forstå og behandle. En slik bok har jeg ønsket meg lenge.

Boken tar opp relevant filosofi, klassisk psykiatrisk historie, hvordan forstå og avgrense vrangforestillinger knyttet til ulike diagnoser, moderne nosologi og diagnostikk, med mer. Hvert kapittel avsluttes med oppsummeringer. Leseren ser raskt i innholdsfortegnelsen dristige bokkapitler/avsnitt med titler som: 22. juli-terroristen og vrangforestillinger, falske nyheter, konspirasjonsteorier. Spennende! Boken tar også opp mer spesielle temaer som vrangforestillinger i et filosofisk lys, knyttet til religion/ekstremisme/ideologi, somatisk sykdom, vold og farlighet, og kollektive vrangforestillinger.

ALDRI KJEDELIG

Jeg startet lesingen med nysgjerrighet, og med personlige ønsker og spørsmål som for eksempel: Hva karakteriserer vrangforestillinger som er lettere å endre i samtalerapi? Hadde Breivik egentlig vrangforestillinger, og hvordan er det mulig å tro, si og handle slik uten å ha syke vrangforestillinger? Og på et mer teknisk nivå: Hva er disorganisert tenkning, og hva skiller egentlig disorganisert tenkning fra tankeforstyrrelser og influenssymptomer?

Jeg begynte først å lese om Breivik og 22. juli bakerst i boken, men forstod raskt at dette nok stod sist i boken av en grunn. Dette er sammensatt og vanskelig. Jeg begynte derfor forfra. For å si det med en gang – jeg leste boken fra perm til perm uten å kjede meg. Nå vel, jeg skumleste kanskje kapitlene om filosofiske betraktninger og psykodynamiske synspunkter. Og selv om jeg selvsagt ikke fikk fasitsvar på mine spørsmål, så berører boken det meste.

IKKE ENTEN-ELLER

I fravær av biologiske markører for vrangforestillinger viser forfatteren at fagfeltet veldig mye handler om begrepsapparatet rundt vrangforestillinger, om hvor grensen går mellom normalt og sykt i ulike kulturer og kontekster, og om hvordan man skal ta hensyn til dette i diagnostikk og målemetoder. Det anbefales at man bruker en DSM-V-basert dimensjonell klassifikasjon i stedet for en tradisjonell ICD-10-basert forståelse om at vrangforestillinger er noe som enten er til stede eller ikke er til stede.

Som forsker skulle jeg ha ønsket at boken var mer empirisk forankret. For eksempel blir uttalelser som at «bare halvparten av de med schizofreni mener selv at de har en psykisk lidelse med alvorlige symptomer og funksjonssvikt», upresise og forvirrende. Svak empirisk forankring blir spesielt synlig i bokens eneste kapittel om behandling av vrangforestillinger. Det er for så vidt greit fordi boken verken utgir seg for å være eller forsøker å være en behandlingsmanual, eller en vitenskapelig monografi.

VIKTIG

I boken benyttes en del begreper, eksempelvis «overvurderte idéer», som et uttrykk for subkliniske vrangforestillinger, og «ladet sansning/hukommelse» for subklinisk fortolkning av hukommelses- og sanseopplevelser. Selv om slike begreper kanskje er mer i overensstemmelse med engelske faguttrykk, så foretrekker jeg å fortsette å benytte nokså etablerte begreper som henholdsvis vrangforestillings-idé eller vrangforestillingspreget.

Fordi boken på en grundig måte presenterer mange ulike aspekter ved vrangforestillinger og gir en del klinisk nyttige råd (som også eksemplifiseres), mener jeg at boken er et viktig bidrag til psykopatologisk grunnutdanning og kunnskap. ❌



ALV A. DAHL

Vrangforestillinger, Cappelen Damm, 2017. 285 sider

ANMELDT AV

Rolf Gråwe, professor ved Institutt for psykisk helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU, Trondheim

MINNEORD

BJØRG RØED HANSEN

1942–2018



VÅR KJÆRE LÆRER, veileder og kollega Bjørg Røed Hansen født 15. februar 1942 døde 13. februar, to dager før hun skulle fylt 76 år. Bjørg var gjennom en årrekke tilknyttet Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo. Hun var en høyt skattet medarbeider, og en elsket lærer som har satt tydelige spor etter seg. Bjørg ble cand.psychol. i 1973 og dr.philos. i 1991, med en avhandling basert på en empirisk studie av den tidligste dialogen mellom spedbarn og mødre. Et banebrytende arbeid som viste spedbarnets sosiale kapasitet helt fra starten av. I perioden mellom 1991 og 1996 var hun førsteamanuensis II ved Psykologisk institutt i Oslo, samtidig som hun var ansatt ved Nic Waals institutt, der hun startet opp barneklinske kurs i 1992. Hun gikk så over i full stilling ved Psykologisk institutt og var her til hun pensjonerte seg i 2010. Bjørg hadde en sentral rolle i å opprette Klinik for barn og familier i 1998, i samarbeid med Nic Waal. Hun ledet studentklinikken i 10 år.

Bjørg var helt i front når det gjaldt å innføre det intersubjektive perspektivet i norsk psykologi. Med dette bygget hun bro mellom spedbarnsforskning, utviklingspsykologi og psykoterapiforståelse. Bjørg var allsidig, og var både forsker, lærer, veileder og terapeut. Hun samarbeidet med flere internasjonale spedbarnsforskere og -klinikere, blant andre Daniel Stern, som satte stor pris på hennes faglige bidrag. Kolleger ved Erica-stiftelsen i Stockholm sier om samarbeidet med Bjørg:

«Hun har betydd mye for den teoretiske tenkningen, den vitenskapelige utviklingen og arbeidet med barnepsykoterapi. Hennes betoning av den gjensidige relasjonens betydning vil vi verne om og forvalte.» Den amerikanske barneterapiforskeren Stephen Shirk skriver: «Hun var en sjeldent innsiktsfull barnepsykolog, som på en bemerkelsesverdig måte bygget bro mellom tradisjonell barneterapi og nyere kunnskap og intervensjoner.»

Bjørg hadde en uvanlig evne til å gjøre teori praksisnær, noe som bidro til faglig integrering og en solid grunnmur for vår egen terapeututvikling. Hun koblet sammen kunnskap om samspill og utvikling med klinisk arbeid med barn og deres familier. Hun brakte inn en filosofisk horisont, og ikke minst ga hun rom for grundige diskusjoner av sine egne og våre kaser. Vi er mange takknemlige studenter som Bjørg har undervist, veiledet og ikke minst inspirert gjennom sin helt spesielle utstråling, entusiasme og store fagkunnskap. Hun fulgte flere av oss gjennom spesialistutdanning, doktorgrader og bokprosjekter, som veileder eller som konsulent. Hennes engasjement og raushet overfor sine studenters prosjekter holdt hun fast ved til det siste, og heiet oss frem når vi gikk videre som lærere etter henne, ved Psykologisk institutt eller ved spesialistutdanningen ved RBUP Øst og Sør.

Bjørg lot seg begeistre, og delte tanker og følelser. Samtidig ga hun oss klare og kloke tilbakemeldinger som bidro til å skjerpe det faglige språket. Hun tydeliggjorde det vi sa, slik at vi ble tydeligere for oss selv. Dialog og felles oppmerksomhet var grunnpilarer i Bjørgs formidling. Hun gjorde oss oppmerksomme på de store terapeutiske mulighetene som finnes i de minste tidsenhetene – i det dynamiske samspillet fra øyeblikk til øyeblikk. I sin bok *I dialog med barnet* skriver hun: «Barn tydeliggjør at møtet her og nå står frem med kraft.» For oss tydeliggjorde Bjørg kraften i intersubjektive menneskelige møter. Gjennom hennes vitalitet og tilstedeværelse her og nå utvidet vår bevissthet seg. Tiden med Bjørg skapte nye muligheter. Vi vil alltid være uendelig takknemlige for alt hun har gitt oss.

Unni Tanum Johns, Vibeke Moe, Ida Brandtzæg, Signy Stoltenberg

MINNEORD

WENCHE HÅLAND

1927-2018



EN PIONER, INSPIRATOR og viktig kvinnelig forbilde i norsk psykologi, tidligere professor og sjefpsykolog Wenche Håland er død. Hun var født i Bergen i 1927 og var fredsruss ved Fana gymnas i 1945. I 1960 ble hun cand.psychol. ved Universitetet i Oslo, i 1967 spesialist i klinisk psykologi. Hun ble dr.philos. ved Universitetet i Bergen i 1986 med avhandlingen *Psykoterapi. Relasjon, utviklingsprosess og effekt*.

De første årene av yrkeskarrieren var Wenche klinisk psykolog ved Gaustad sykehus og ved Statens Senter for Barne- og Ungdomspsykiatri. Hun viste seg raskt som en dyktig terapeut, og var ikke redd for å gå nye veier. Hun underviste ved Universitetet i Oslo, før hun i 1971 ble hentet til Universitetet i Bergen for å bidra til å bygge en helt ny modell i Norge for psykologutdanningen, en integrert forsker- og praktikerutdanning. Wenche gikk til dette prosjektet med uvurderlig pågangsmot og store personlige ressurser, fra hun ble ansatt i 1971 og til hun pensjonerte seg i 1996.

Som sjefpsykolog for UiBs nyopprettede Klinikkavdeling for unge og voksne fikk Wenche ansvar for å lære opp ansatte og studenter i klinisk arbeid, for teoriundervisningen, og for å utvikle gode veiledningsmetoder og klinikkrutiner som skulle ivareta både klienters sikkerhet og studenters opplæringsbehov med alle de praktiske og etiske utfordringer som følger med en slik komplisert struktur. Hun trengte alle sine gode egenskaper og sitt klare hode for

å fylle en svært krevende rolle i pionerårene – og hun løste utfordringene på en måte det fortsatt står stor respekt av. Utallige er de kolleger og tidligere studenter som ser tilbake på Wenches innsats som klinisk lærer og veileder med takknemlighet.

Wenche ga ut bøker og fagartikler. Teoretisk representerte hun humanistisk psykologi – der medmenneskelighet, forståelse og aksept utgjorde en viktig del av terapeutens redskaper for å fremme endring og vekst hos klienter som søkte hjelp. Mange er de som gikk styrket fra hennes kontor. Hun hadde også roller i Norges forskningsråd, Det akademiske kollegium ved UiB og Nasjonal etisk komité for samfunnsvitenskap og humaniora. Hun deltok i TV- og radioprogrammer, og var bidragsyter til Brundtland-kommisjonens rapport.

Gjennom hele livet var Wenche sterkt engasjert i kvinnesak og i fredsarbeid. Hun satt blant annet i regjeringens utvalg for rustningskontroll og nedrustning og i utredningsutvalg for sikkerhets- og fredsforskning. På lederplass i Tidsskrift for Norsk psykologforening i 1983 manet hun psykologer til å bruke sin kunnskap om mellommenneskelige forhold til aktivt å bidra til fredsarbeid og forebygging av motsetninger mellom grupper. Denne lederartikkelen ble trykket om igjen i tidsskriftet i 2011. Temaet er ikke mindre aktuelt i dag.

Personlig åpenhet, nysgjerrighet, varme og respekt for andre og andres synspunkter gjorde Wenche til en dialogens mester. Et langt yrkesliv har satt dype spor. Vi plikter å føre arven videre.

På vegne av kolleger ved de psykologiske fagmiljøene,

*Gro Th. Lie, Bjørg Grova og Bjørn Wormnes**

.....

* En versjon av dette minneordet sto første gang på trykk i Aftenposten 15. mars i år.



Kurskalenderen

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

Pris eks. mva. for innrykk i tillegg til annonse i Psykolog-tidsskriftet:

1 innrykk kr 2 000,
2 innrykk kr 3 000,
3 innrykk kr 3 500,
4 innrykk kr 4 500.

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

APRIL

Metakognitiv terapi

Oslo, 18.–19. april

For mer informasjon og påmelding

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 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 og utdanning

Hvordan behandle lav selvfølelse

Bergen, 31. mai–1. juni

For mer informasjon og påmelding

www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Emosjonsfokusert terapi – videoeksempler og øvelser

Bergen, 31. mai–1. juni

For mer informasjon og påmelding

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 og utdanning

Nevrokognitive vansker hos voksne: Forståelse, utredning og behandling

Oslo, 31. mai–1. juni

For mer informasjon og påmelding

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 og utdanning

AUGUST

Behandling av psykosetilstander: Psykosebegrepet

Oslo, 30.–31. august

For mer informasjon og påmelding

www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

40 ULIKE PROFESJONER

JOBBSAMMEN MED OSS I ØSTLANDETS STØRSTE HELSEPARK!

Vi har rom i Psykolog/terapeut-felleskapet ledig for utleie:

Terapirom/ klinikk 15 – 25 m² pr. rom

- PSYKOLOGER
- PSYKIATERE
- PSYKIATRISK SYKEPLEIERE
- ØVRIGE SPESIALISTER

Lokalene ligger i felleskap med andre psykologer og terapeuter og for øvrig ved siden av Ringvoll BHT, Østlandske Hjertesenter og Clinic Strømstad plastikkirurgi. I Helseparken finner du også svømmebasseng, kaffebar, konferansesenter og restaurant.

Vi har også enkelte ledige lokaler i andre størrelser, godt egnet for andre typer virksomheter innen helse.

Ta kontakt så finner vi lokaler som passer for din virksomhet!

Mer info: lilleenghelsepark.no/til-leie/

Lilleeng Helsepark i Moss representerer et unikt helsetilbud med sine 15.000 m² beliggende rett ved Rygge Storsenter i nydelig grønn park. Vi er et sterkt faglig miljø med fokus på tverrfaglighet og samarbeid.

Enata Eiendom AS utvikler her 75.000 m² ved E6 i Moss med klinikker, trening med basseng, velvære, omsorgsboliger, boliger, kontorer, handel, kaffebar, konferansesenter og restaurant.



Bilde: Psykolog Geir Hildal ved Lilleeng Helsepark



TA
KONTAKT
NÅ!



Daglig leder: Finn Grønseth
Lilleengveien 8, 1523 MOSS
+47 917 24 514 / finn@lilleenghelsepark.no

 **LILLEENG**
HELSEPARK



Grunnutdanning i EMDR

Trinn 1 Trondheim 7.–9. mai 2018
Trinn 1 Oslo 18.–20. september 2018
Trinn 1 Oslo 8.–10. januar 2019
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

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no



Utdanning i Basal Eksponeringsterapi (BET) for leger og psykologer

BET er en psykoterapeutisk behandlingsmodell utviklet for å fremme funksjonell selvregulering hos pasienter med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser. Helsepolitiske føringer pålegger psykisk helsevern å vektlegge samvalg og reduksjon av tvangsbruk. BET har fokus på likeverd og autonomi, herunder mulighet til å velge medisinfri behandling. Den toårige BET-utdanningen gir leger og psykologer kunnskap og ferdigheter som kan styrke pasientenes recoveryprosess.

Oppstart: 28. januar 2019

Søknadsfrist: 31. oktober 2018

Hvem kan søke: Psykologer, psykologspesialister, leger og psykiatere

Deltakerantall: 15

Deltakeravgift: For medarbeidere i Vestre Viken kr 20 000. For eksterne deltakere kr 60 000 (før 31. juni kr 40 000). Ved flere søkere fra samme sted kr 40 000 for hver påfølgende person

Sted: Scandic hotell Asker

Oppstart forutsetter nok deltakere. Utdanningen godkjennes av Den norske legeforening med 192 timer for spesialistenes etterutdanning i psykiatri og i barne- og ungdomspsykiatri; av Norsk psykologforening med 32 timer for frie spesialkurs og 72 timer vedlikeholdsaktivitet.

Mer informasjon og søknadsskjema:

www.vestreviken.no/bet-utdanning

For informasjon om faglig innhold:

e-post bet-utdanning@vestreviken.no

eller telefon: 986 83 759 (Didrik Heggdal).

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **2. mai**, frist for å bestille annonse til mai-utgaven er

17. april


Kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33

Sikre krypterte videosamtaler

*Enkelt for klientene -
ingen nedlastninger eller
registrering nødvendig*

*Sikkert, trygt og i tråd
med Normen, takket være
BankID og kryptering*



Direkte i
 **PSYKBASE**

I samarbeid med
Confrere.

Seminar i Moral de Calatrava og Madrid, Spania

16. til 22. september 2018

**Psykoterapi og rådgivning.
Hvilke faktorer har fungert for meg som
terapeut og hva med avslutningene
av mine terapier?**

Foredragsholdere

Spesialister i klinisk psykologi: psykoanalytiker
Hans Peter Broch, David Knutsen og bodydynamic
analytiker Tor Sletten. Psykiater Dag Oulie,
skuespiller Rhine Skaanes og
landsbylege Avelino Villalobos

Påmelding: Kr 4500,- (ekklusiv reise og opphold)
til **Almagroforeningen konto 5082 06 97348**
innen **1. mai 2018**

Oppgi påmelding og bekreft innbetaling til
almagroforeningen@gmail.com

Forespørsler kan også sendes denne adressen



Stempel med medlemslogo for psykologer

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

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



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

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



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 under «Konferanser og kurs».

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
05	17.04	02.05
06	16.05	01.06
07	18.06	02.07

ANNONSEFORMATER

1/1 side	1/2 side	1/4 side	1/4 side
Stående	Stående	Liggende	Stående
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

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

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

ØNSKER DU Å JOBBE MER KREATIVT OG MED EN STØRRE HELHETSFORSTÅELSE

GESTALTMETODE ER EN RELASJONELL TILNÆRMING INNENFOR PSYKOTERAPI, COACHING, VEILEDNING OG ORGANISASJONS-UTVIKLING. NORSK GESTALTINSTITUTT HØYSKOLE TILBYR UTDANNING I:

GESTALTTERAPI

4-ÅRS DELTIDSSTUDIUM/120 STUDIEPOENG

Utdanningen retter seg mot deg som arbeider profesjonelt med andre mennesker innenfor ulike områder og som ønsker en utdanning innen gestaltterapi. Målet kan være å ha klienter i egen praksis, og/ eller for å utvikle den jobben du allerede har.

GESTALTCOACHING

2-ÅRIG DELTIDSSTUDIUM/ 60 STUDIEPOENG

Gestaltcoaching fokuserer på utviklingsmuligheter både hos ledere og medarbeidere. Utdanningen gir innføring i teori og metode, ferdigheter og egenskaper i gestaltorientert praksis hvor prosess- og relasjonsorienteringen står sentralt.

RELASJONSLEDELSE I ORGANISASJONER

1-ÅRIG DELTIDSSTUDIUM

Ettårig utviklingsprogram med fokus på relasjoner og ledelse i organisasjoner hvor du får mulighet til å utforske og utvikle din identitet som leder, organisasjonskonsulent, veileder eller rådgiver.

Utdanningsprogrammene er for deg som til daglig arbeider med mennesker og som ønsker formell kompetanse, faglig og personlig utvikling. Utdanningene bidrar til verdifull kompetanse i arbeidslivet og hjelper deg å bli tryggere i din egen rolle og i samspill med medarbeidere, kunder eller klienter – uansett hvilken bransje du jobber i.



NORSK GESTALTINSTITUTT
HØYSKOLE

PSYKOTERAPI VEILEDNING COACHING ORGANISASJONSUTVIKLING

OPPSTART: September 2018

Les mer: gestalt.no

OSLO. Stort og hyggelig kontor, sentralt beliggende på Frogner, leies ut hele og halve dager.
Henvendelse: tlf. 977 13 923.

OSLO. Kontor til leie ved Institutt for klinisk sexologi og terapi i Oslo for psykolog eller psykiater.
Henvendelse: M. W. Aasland, tlf. 476 72 674.

Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på 

REMINDER HYPNOSE NFKEH

Husk Hypnosekurs 2.-4. mai i Oslo
se www.hypnoseforeningen.no

LEDIGE KONTORER I OSLO. Kontorer, sentralt beliggende på Frogner til leie, heltid og deltid i et faglig sammensatt kontorfellesskap med psykiatere og psykologer. Ukentlig fagseminar og et trivelig og stimulerende arbeidsmiljø. Felles kontorfasiliteter. Kontakt Kim på mail@psykoterapi.org for visning eller spørsmål.



Fylkesmannen
i Oslo og Akershus

Fylkesmannen er statens representant i fylkene. Vi bidrar til at Stortingets og regjeringens mål og retningslinjer blir fulgt opp i regionen og vi ivaretar innbyggernes rettssikkerhet.

Ledig fast stilling som

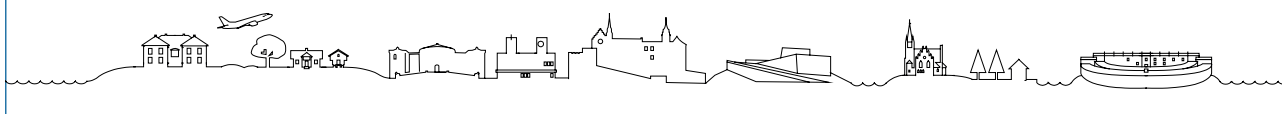
SENIORRÅDGIVER/PSYKOLOGSPESIALIST

Ved Helseavdelingen er det ledig fast stilling (100 %) som seniorrådgiver/psykologspesialist. Hovedoppgavene vil være psykologfaglig vurdering av tilsynssaker og andre saker innen helse- og omsorgstjenesteområdet, spesielt saker som omhandler alle deler av psykisk helsevern. Arbeid med tvangsløvningen kapittel 9 vil være en hovedoppgave, men også andre fagfelt så som habilitering. Stillingen ønskes besatt av psykolog som er spesialist i klinisk voksenpsykologi eller spesialist i habilitering.

For nærmere informasjon kan seksjonssjef Gaute Skirbekk kontaktes:
e-post fmoagas@fylkesmannen.no, tlf. 22 00 39 41 / 970 87 195

For fullstendig kunngjøring og elektronisk søknadskjema, se vår nettside:
<https://www.fylkesmannen.no/Oslo-og-Akershus/> under Ledige stillinger.

Søknadsfrist: 18. april 2018






Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten, region nord

Familievernkontoret i Tromsø søker

Familieterapeut/ psykolog

til en nyopprettet fast 100 % stilling. Stillingen (ca 50 % av den) er knyttet til nasjonal kompetanseenhet ved kontoret, med vekt på familievernets arbeid i samtaler med barn. Etableringen representerer en vektlegging av å utvikle et nasjonalt likeverdig tilbud med høy faglig kvalitet. Vi søker engasjerte og kompetente fagpersoner som vil være med å bygge opp en sterk kompetanseenhet fra grunnen av.

Søknadsfrist: 17.04.2018

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no

Helse Sør-Øst RHF søker:



Avtalehjemler i klinisk voksenpsykologi

- Ledig 100 % avtalehjemmel lokalisert til bydel Bjerke
- Ledig 100 % avtalehjemmel lokalisert til bydel Søndre Nordstrand
- Ledig 100 % avtalehjemmel lokalisert til bydel Østensjø

Nærmere opplysninger: spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge, e-post kari.iren.austad.borge@helse-sorost.no eller telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknadsskjema: helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 24. april 2018

HELSE  SØR-ØST



Om Østfold fylkeskommune

Østfold fylkeskommune ønsker et mangfold på arbeidsplassene som speiler befolkningen med hensyn til kjønn, alder, funksjonsevne og flerkulturell bakgrunn. Østfold fylkeskommune praktiserer prøvetid. Vi gjør oppmerksom på at navn til søkere til stilling i Østfold fylkeskommune kan bli offentliggjort selv om søkeren har bedt om å ikke bli oppført på søkerlisten jfr. offentlighetsloven § 25.

PP-tjenesten for videregående opplæring i Østfold fylkeskommune

PP-tjenesten er regionalisert med avdelinger i Halden, Fredrikstad, Moss og Askim. Tjenesten har 21 fagstillinger + leder og betjener 11 offentlige videregående skoler, ca 1.600 lærlinger, samt barn og unge som er plassert i institusjoner hvor fylkeskommunen har opplæringsansvaret. Tjenesten har kontorfellesskap og samarbeider med den fylkeskommunale Oppfølgingstjenesten.

PSYKOLOG/PP-RÅDGIVER

PPTvgo i Østfold har ledig en 100 % fast stilling som psykolog eller pp-rådgiver med kontorplassering i Moss. I tillegg har vi ledig et årsvikariat i 100 % for psykolog eller pp-rådgiver med kontorplassering i Nedre Glomma (2. gangs utlysning)

Kvalifikasjonskrav

Cand. psychol., cand. paed. spec., cand. ed. eller hovedfag/ master i spes. ped. Vi ønsker en søker som har erfaring med ungdommer som befinner seg i målgruppen til PPT for videregående opplæring.

Vi vil vektlegge

Vi søker en psykolog eller pedagog som jobber selvstendig, systematisk, strukturert og målrettet, med innovasjonskompetanse, kreative egenskaper, gode kommunikasjonsegenskaper og godt humør. Det legges spesiell vekt på gode samarbeidsevner, og vilje til å tenke alternativt og tverrfaglig. Den som ansettes må kunne bidra positivt i en omstilling av tjenesten med blant annet et økt fokus på systemrettet arbeid. Personlig egnethet med tanke på ovennevnte tillegges stor vekt, og den som ansettes må bidra til opprettholdelse og utvikling av et godt arbeidsmiljø.

Prioritert fokus

- Samtaler/arbeid med enkeltelever og grupper
- Utredning og sakkyndighetsarbeid
- Veiledning av lærere og andre samarbeidspartnere
- Samarbeid med andre faginstanser (både på kommunalt nivå og i forhold til andre kompetanseenheter)
- Aktiv deltakelse i utviklingsarbeid innenfor videregående opplæring og fagopplæring, rådgiving i forhold til organisering, tiltaksvurdering, samt tilrettelegging
- Drive kursvirksomhet og kompetanseheving ut mot skolene
- Lede prosjektrettet arbeid

Vi kan tilby

- Varierte arbeidsoppgaver innen et spennende og utfordrende fagfelt
- Et tverrfaglig og godt samarbeidsmiljø
- Medarbeidere med høy faglig kompetanse
- Veiledning i henhold til gjeldene avtaler for ansatte i PPT
- Deltakelse i prosjektarbeid/samarbeid med andre aktører i fagfeltet
- Gode forsikrings- og pensjonsordninger
- Lønn etter avtale

Den 100 % faste stillingen er kontorplassert i Moss med ansvarsområde for PPTvgo i region Moss, men skal også betjene andre regioner ved behov. Stilling i 100 % vikariat som psykolog/pp-rådgiver er kontorplassert i Fredrikstad, PPTvgo region Nedre Glomma.

Søkere må disponere bil og får godtgjøring etter statens satser.

Tilsetting skjer i henhold til de til enhver tid gjeldende lover og regler som gjelder for tilsetting i Østfold fylkeskommune.

Bruk vårt elektroniske søknadsskjema

– ID 2222 på hjemmesiden:

<http://www.ostfoldfk.no/>

Vitnemål og attester tas med til intervju.

Søknadsfrist 22. april 2018

Kontaktpersoner:

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til teamleder for PPTvgo i Moss, Elsa Bjørkholt, tlf. 69 11 78 50/901 12 805, og teamleder for PPTvgo i Fredrikstad, Terje Nordhus, tlf. 69 11 78 16/413 15 727 eller virksomhetsleder for PPT/OT Rita Magnussen Helvik, tlf. 69 11 73 35/905 25 155.

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

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Bergensområdet

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Bergensområdet er ledig frå 01.09.2018.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

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

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

Avtalespesialisten skal ha ein forpliktande samarbeidsavtale med Helse Bergen ved Betanien DPS. Avtalespesialisten skal samarbeide med Helse Bergen ved Betanien DPS om oppgåvedeling og for å sikre gode pasientløp. Avtalespesialisten skal også ta imot pasientar som er vurdert i Helse Bergen ved Betanien 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.



Følgefonn DPS gir allmennpsykiatrisk spesialisthelseteneste til ca 20 000 vaksne innbyggjarar i Kvinnherad, Odda, Ullensvang og Jondal kommunar. Følgefonn DPS har psykiatrisk poliklinikk Valen og Odda, døgnpostar og ambulerande team (FACT).

Psykologspesialist

Følgefonn DPS, allmennpsykiatrisk poliklinikk Valen har tverrfagleg behandlarteam med psykologspesialist, psykiater, spesialsjukepleiar, sosionom og ruskonsulent. Det er godt samarbeid med døgnavdelingar.

Hos oss får du gode moglegheiter for etterutdanning og moglegheit for å delta i forskningsprosjekt. Avtalefesta fordjupningspermisjon.

Stillinga inneber utgreiing/diagnostisering/behandling av allmennpsykiatriske lidningar, rus- og avhengighetsproblematikk, rettleiing av samarbeidande personell i kommune og av psykologar i spesialisering. Det kan vere aktuelt å delta i behandlingstilbod som TSB poliklinikk, gruppebehandling, ADHD-team og ambulerande team.

Kontakt: Dag Gunnar Milje, poliklinikleiar: 53 46 65 90. Hege Lægreid Røssland, seksjonsleiar: 53 46 64 12.

Les heile utlysinga og søk på www.helse-fonna.no/jobb innan 25. april 2018.



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

Psykolog, BUP Stord

Hos oss får du arbeide i tverrfaglege team. Vi tilbyr kompetanseheving og spesialiseringssløp. Ved BUP Stord har vi eit godt fagmiljø og eit utfordrande og spennande arbeidsfelt.

Vi har ledig to vikariat for psykolog i eitt år, med moglegheit for forlenging og fast stilling. Du jobbar dagtid 37,5 t/veke. Stillinga inneber mellom anna utgreiing, diagnostisering og behandling, rettleiing og undervisning, kontakt med føresette og andre aktuelle instansar. Det er ønskeleg med erfaring frå arbeid i BUP.

Kontakt: Siv Merete Handeland, funksjonsleiar/psykologspesialist. Tlf: 53 49 12 20. Liv Åse Dybdal, seksjonsleiar. Tlf: 53 49 12 10.

Les meir og send søknad på helse-fonna.no/jobb innan 1. mai 2018.



ALTERNATIV TIL VOLD

Stiftelsen Alternativ til Vold (ATV) er et behandlings- og kompetansesenter på vold i nære relasjoner. Stiftelsen har behandling, kunnskapsutvikling/forskning og kunnskapsformidling som sine virksomhetsområder. ATV driver 13 behandlingssentre i Norge. Stiftelsen har 68 ansatte, hovedsakelig psykologer.

ATV Asker og Bærum ble opprettet i 2007. Kontoret består i dag av to 100 % psykologstillinger. Vi er for tiden samlokalisert med ATV Oslo på Lilletorget 1. Det foreligger planer om å flytte kontoret til Asker sentrum eller Sandvika på sikt.

Alternativ til Vold Asker og Bærum utvider sin stab, og søker **Psykolog/psykologspesialist i 100 % fast stilling**

ATV Asker og Bærum gir et behandlingstilbud for menn og kvinner som utøver vold i nære relasjoner og deres familier. I samarbeid med Asker kommune igangsettes det nå et behandlingstilbud til ungdom med volds og aggresjonsproblemer. ATV arbeider kontinuerlig med å utvikle kunnskap og kompetanse på vold i nære relasjoner. Vi har i de senere årene arbeidet med å utvikle et familieperspektiv på vold i familien og dette er vårt faglige satsingsområde.

ATV Asker og Bærum søker en psykolog som er motivert for kontinuerlig faglig oppdatering og som ønsker å delta i et engasjerende og spennende faglig fellesskap. Arbeidsoppgavene består av behandling av voldsutøvere individuelt og i gruppe, terapeutisk arbeid med voldsutøvers familie, arbeid med voldsutøvende ungdom, vurdering og inntaksarbeid, kunnskapsformidling, veiledning og samarbeid med relevante samarbeidspartnere.

Vi søker en dyktig og selvstendig kollega som vil være med på å videreutvikle vårt behandlingstilbud. Erfaring med psykoterapeutisk arbeid med voksne, ungdom og barn er ønskelig. Evne til å jobbe med alvorlig problematikk og gjøre vurderinger vektlegges. Erfaring fra arbeid med vold er ønskelig, men annen behandlingserfaring vil også være relevant. Personlig egnethet og gode samarbeidsevner vektlegges.

Tiltredelse: Snarest.

Søknadsfrist: 20. april.

Søknader sendes på e-post til: jobb@atv-stiftelsen.no

Spørsmål om stillingen rettes til leder ved ATV Asker og Bærum, psykolog **Tormod Flatby Lindheim, mobil 997 32 308** eller leder i ATV – region Øst, psykologspesialist **Ragna Lundgaard, mobil 416 11 003**.

- 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. Les mer om oss på www.sshf.no

Kvinesdal

Psykologspesialist / psykolog - DPS Lister, Døgnpost og Ambulant Akutt Team

2 x 100 % st. fast i vårt Ambulante Akutt Team og på døgnposten.

Vi søker psykologspesialist/psykolog som er villig til å spesialisere seg. DPS Lister Kvinesdals kliniske problemstillinger er svært varierte og dekker et bredt spekter av behandlingsmessige utfordringer, tilnærminger og metodevalg.

Opplysninger: Enhetsleder Britt Randi Skoglund, tlf. 916 86 099

Søknadsfrist: 22. april 2018

Søknad og CV registreres elektronisk i vårt søknadsprogram. Informasjon og fullstendig utlysning finnes på www.sshf.no under jobb hos oss.

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseledere.

frantz.no



SØRLANDET SYKEHUS

Helse Sør-Øst RHF søker:



Avtalehjemler i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Ringerike eller Kongsberg

2 ledige 100 % avtalehjemler for godkjent spesialist i klinisk voksenpsykologi er ledig for tiltredelse etter nærmere avtale. Praksisene skal lokaliseres til Ringerike eller Kongsberg.

100% avtalehjemmel forutsetter 37,5 timers ukentlig arbeidstid i 44 uker pr. år, inkludert administrasjon av praksis. Databasert pasientadministrativt system forutsettes.

Nærmere opplysninger: spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge, e-post kari.iren.austad.borge@helse-sorost.no eller telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknadsskjema: helse-sorost.no/ledigstilling

Søknadsfrist: 24. april 2018

HELSE SØR-ØST

frantz.no

St. Olavs Hospital - Universitetssykehuset i Trondheim - er ett av tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge. Hovedtyngden av virksomheten er lokalisert i Trondheim der vi har et av Europas mest moderne sykehusanlegg. Sykehuset er bygd integrert med Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU, og her arbeider klinikere, forskere og studenter side om side. St. Olavs Hospital har ca. 10 500 ansatte og et brutto budsjett på 10 milliarder kroner. For å fremme mangfold og variasjon blant våre tilsatte ønsker vi kvalifiserte søkere, uavhengig av etnisk bakgrunn, kjønn eller alder. Mer informasjon finnes på www.stolav.no

Orkdal DPS

Poliklinisk seksjon

Psykologspesialist i telepsykiatrisk prosjekt

Fast stilling som psykologspesialist 100 % med interesse for og kunnskap om å være med å utvikle og jobbe i prosjekt for telepsykiatri - internettbasert psykiatrisk utredning og behandling via videokonferanse.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til Konstituert seksjonsleder Hilde Kjølås, tlf. 72 82 98 00 eller Avdelings sjef Anne Cathrine Svenning, tlf. 920 23 078.

Søknadsfrist : 15. april 2018

Søknad sendes elektronisk via www.stolav.no, velg Jobbsøk, deretter ledige stillinger.

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!

frantz.no



ST. OLAVS HOSPITAL

Helse Nord-Trøndelag HF er en av Nord-Trøndelags største og viktigste organisasjon med 2750 kompetente og motiverte medarbeidere fordelt på Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger, DPS Kolvereid og DPS Stjørdal. Helse Nord-Trøndelag har et omfattende spesialisttilbud og er innenfor enkelte sykehusfunksjoner blant de fremste i landet. Foretakets forretningsadresse er 7600 Levanger. Les mer om oss på www.hnt.no

Helse Nord-Trøndelag

Sykehuset Namsos

Klinikk for kvinne, barn og familie

har ledig følgende stilling:

Psykologspesialist / psykolog

- 100 % fast stilling ved Habiliteringstjenesten for barn og unge (HABU)

Referansenr. 3749761925.

Nærmere opplysninger om stillingene fås ved henvendelse til: Seksjonsleder Anita Hoff, tlf. 74 09 83 02, eller avdelingsleder Randi Brenne Dreier, tlf. 74 09 87 10.

Søknadsfrist: 30. april 2018

Foretaket har elektronisk søknadsbehandling og det oppfordres å fremme søknaden via Helse Nord-Trøndelag hjemmeside (www.hnt.no) – der du også vil finne fullstendig utlysningstekst.

frantz.no



HELSE NORD-TRØNDELAG

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

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

Visepresidenter

Rune Frøyland
rfroey@online.no
450 30 522

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

Medlemmer

Aina Holmén
aih@sivilombudsmannen.no
986 64 501

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

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

Ragnhild Stokke Røed
ragnhildkstokke@gmail.com
414 21 366

Ingvild Gregersen
ingvildg@gmail.com
957 27 801

Arnild Lauveng
post@arnhildlauveng.com
913 17 162

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

Studentrepresentanter

Rikke Pauline Sandvik
rikkepsandvik@gmail.com
905 74 666

Camilla Jonette Rasmussen
Camilla_Jonette@
hotmail.com
932 81 124

Varamedlemmer

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

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

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

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

LOKALAVDELINGER

Akershus
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.es@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 Sørlie 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
Espen Nicolaisen
espennicolaisen@
outlook.com
950 60 605

Vest-Agder
Ann Birgithe S. Eikhom
abseikhom@gmail.com
971 29 052

Vestfold
Anne-Kristin Imenes
anne.kristin.imenes@
gmail.com
907 55 410

Østfold
Øyvind Nordhus
nordhus@me.com
911 61 779

FAGETISK RÅD

Svanhild Mellingen, leder
Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

**ANKEUTVALG
FOR FAGETISKE
KLAGESAKER**

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

**LØNNS- OG ARBEIDS-
MARKEDSUTVALGET**

Rune Frøyland, leder,
tlf. 450 30 522
Ingvild Gregersen,
nestleder, tlf. 957 27 801
Bjarte Bønes Bruntveit,
Spekter-helse, tlf. 909 98 052
Birgit Aanderaa, Spekter-
helse, tlf. 917 12 983
Inger Marie Andreassen,
KS, tlf. 924 28 703
Bjørn Arne Øvrebø, 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 lisenaes@online.no, tlf. 55 90 06 63

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

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

Nevropsykologi

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

Psykologisk habilitering

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

Arbeidspsykologi

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

Samfunn- og allmennpsykologi

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

Organisasjonspsykologi

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

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder, e-post borrik.schjodt@helsebergen.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, forhandlingssjef
Joakim Solhaug, nestleder
Kontakt forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

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

Utdanningsavdeling

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

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

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

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

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

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

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 eller www.psykologtidsskriftet.no, se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

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

