

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSY KOL OGI

Vol. 55 nr. 8 2018

Atle Dyregrov:
**- Bra at sorg
blir diagnose**
NÅ-intervjuet

SEKSUAL- LOVBRUDD OG BEHANDLING

Evidensbasert praksis

Å koble seg på den avkoblede

Fra praksis

ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-08



9 770332 647006

RETURUKE 37 150 NOK

PSY KOL OGI

Vol. 55 **nr. 8** 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, Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Felles hjelp

SELV NÅR TERSKELEN slipes lavt i psykisk helsevern og rusomsorgen, er det fortsatt bak en lukket dør du finner de fleste psykologene. Samtidig er det en allmenn erkjennelse at man må være der folk er hvis man skal gjøre noe med folks psykiske helse. Men selv om det finnes psykologroller som leder ut av kontoret, har den individualpsykologiske forståelsen alltid dominert.

Det er flere grunner til dette. Samtaleterapiens konfidensialitet tilsier ett privat rom, og det betyr at det ofte er mer ressurseffektivt at klientene oppsøker psykologkontoret enn omvendt. Samtidig er det slik at tjenesteapparatets styringsform gjør at det retter seg inn mot diagnoser og individ, påpeker Tor-Johan Ekeland i denne utgaven (se side 646), og slik mister vi konteksten av synet. Odd Volden etterlyser en større forståelse for fellesskapet og at innsatsen på ordinære arenaer trappes opp. Vi trenger mer samfunnspsykologi og oversalget av individualpsykologi må ta slutt, skriver han (side 698).

En innsats på livets ordinære arenaer, gjør andre yrkesgrupper enn de tradisjonelle helseprofesjonene viktige. Det siste halvåret har lært oss at brannvesenet ofte er den instansen som bokstavelig talt bryter ned døren for å redde ut personer med store psykiske helseplager (se reportasje side 646). Mens veterinærer ser at vold mot dyr er en varsellampe som kan bidra til at flere familievoldssaker avdekkes tidligere (se side 653). Og når det gjelder mistanke om omsorgssvikt, er barnevern og psykologtjenester avhengig av at meldingsrutinene fungerer i barnehager, på skoler, ved helsestasjoner, og hos legen og tannlegen for å kunne yte hjelp, fortalte Ingfrid Vaksdal Brattabø i juliutgaven av Psykologtidsskriftet.

Legg til at kommunens helsetjenester skal organiseres i form av helse-team, og vi ser at tverrfaglighet i økende grad kjennetegner tjenesteapparatet. Det er allerede mange eksempler på at psykologer bidrar inn i tverrfagligheten på ulikt vis. Enten det er ved å bringe inn psykologisk kunnskap slik Anja Vaskinn gjør i sitt samarbeid med veterinærer, eller ved å inngå som del av tverrfaglige team i tannhelsetjenesten slik Brattbø gjør. Likevel finner nyutdannede psykologer det utfordrende å finne sin plass i et tverrfaglig arbeidsmiljø, viser doktorgradsarbeidet til Ingvild Sagberg (se januarutgaven). Det bør kunne løses ved at utdanningsinstitusjonene gjør temaet til en del av profesjonsutdannelsen, mens arbeidsgivere tar ansvar for å innlemme de nyutdannede i fellesskapet. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



En innsats på livets ordinære arenaer, gjør andre yrkesgrupper enn de tradisjonelle helseprofesjonene viktige

646



FOTO: JAN INGE HAGA

AUTONOMI - MULIGHETER ELLER PÅBUD?

Skal menneskerettigheter og autonomi trumfe sykdom og nød? Reportasje fra da sosialpsykolog Tor Johan Ekeland (bildet) talte til fagfolk på Utstein kloster i Rogaland.

Reportasje

656



ILLUSTRASJON: ASHILD IRGENS

FARBAR VEI

Vi har lite kunnskap om hva som virker i behandlingen av personer dømt for seksuallovbrudd. Likevel må vi jobbe mest mulig evidensbasert med gruppen, skriver Kristoffer Høiland. En farbar vei er å kombinere kunnskap fra psykoterapiforskningen med behandlingstilnæringer som The Good Lives Model.

Evidensbasert praksis



ILLUSTRASJON: HILDE THOMSEN

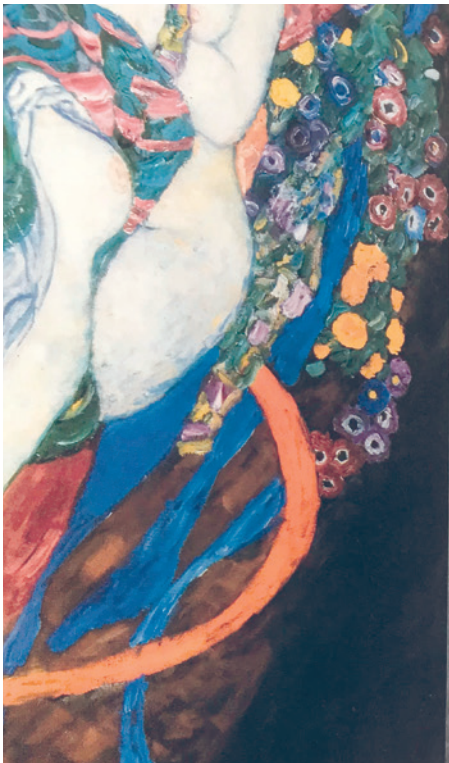
UNDER RADAREN

Skikkethetsrutinene ved universitetene er omfattende. Likevel er det sjeldent at det meldes tvil om psykologstudentenes skikkethet til å utøve psykologrollen. Hvor mange saker går «under radaren», spør Jørgen Sundby.

Debatt

Innhold

- 641 **Felles hjelp**
Leder | Bjørnar Olsen
- 644 **- Bra at sorg blir diagnose**
NÅ: Atle Dyregrov | Nina Strand
- 646 **Der ingen skulle tru at nokon kunne bu**
Reportasje | Øystein Helmikstøl
- 653 **Veterinærer i førstelinjen**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 656 **Behandling av personer dømt for seksuallovbrudd**
Evidensbasert praksis | Kristoffer Høiland
- 666 **Å koble seg på en som er frakoblet**
Fra praksis | Guro Svane Bratset
- 674 **Særinteresse: Mat**
Fra praksis | Henriette Sandven & Simen Storvik
- 679 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Skikket til å bli psykolog | Jørgen Sundby (s. 680)
Debatt: Kjønnssinkongruens | Elsa Almås (s. 686)
Analyse: Psykologutdannelse i utlandet | Bjørnar Olsen (s. 688)
Debatt: Vitenskapsteori | Jon Sletvold (s. 690)
- 693 **INNTRYKK**
Bokanmeldelser: For vagt om psykisk helsearbeid (s. 694),
Inspirerende om gestaltterapi (s. 696),
Behøver psykologien å være så individorientert? (s. 698),
Når sjelesorg, terapi og veiledning krysser spor (s. 700)
- 702 **Kurskalenderen**
- 703 **Annonser**
- 713 **Stillingsannonser**



FLERE TYPER SORG – Barn og ungdommer som blokkerer for sorgen og ikke forholder seg til den og kanskje faller ut av skolen, de fanges ikke opp av denne diagnosen, sier Atle Dyregrov, som ønsker mer forskning på dette. Foto: Privat.



- BRA AT SORG ER BLITT DIAGNOSE

Sorgdiagnosen skal ikke brukes til å ta et jafs inn i det normale livet, men sørge for at de som sliter får adekvat hjelp, mener Atle Dyregrov.

TEKST Nina Strand

- I juni inkluderte Verdens helseorganisasjon (WHO) forlenget sorgforstyrrelse i diagnosemanual ICD-11. Hva skal være kriterier for diagnosen?

– Det er én form for komplisert sorg som nå er godkjent, men det finnes flere typer. Vi som jobber med barn, er opptatt av at dette dreier seg om det som før kaltes kronisk sorg. Når sorg ikke går over, og den er vedvarende og sterk. Men barn og ungdommer som blokkerer for sorgen og ikke forholder seg til den og kanskje faller ut av skolen, de fanges ikke opp av denne diagnosen. Det er synd. På lengre sikt håper jeg på anerkjennelse av også andre typer komplisert sorg. Men den forlengede sorgen vi snakker om her, er kjennetegnet ved at du i minimum seks måneder har en vedvarende lengsel og savn etter den døde, at du er overopptatt av den døde. Det skal være en intens emosjonell smerte. Det behøver ikke bare være tristhet, men også skyld, sinne og det å klandre andre, eller vansker med å akseptere døden. Som for andre diagnoser skal problemene medføre funksjonssvikt på viktige

livsområder, for eksempel på skole, i jobb eller sosialt liv. Måten du reagerer på, må gå ut over forventede kulturelle, sosiale og religiøse normer.

– Du mener den nye diagnosen ikke fungerer så godt på barn og unge?

– Barn har ikke samme kapasitet for emosjonsregulering som voksne, og kan reagere annerledes. For eksempel ved å regulere sorgen vekk, skyve den bort. De kan gå rett ut for å leke etter beskjed om et dødsfall. Det kan misforstås, og tolkes som at de ikke sørger, og om de gjør dette mye, kan det være vanskelig å vite når det er ledd i en naturlig og god tilpasningsprosess, og når det dreier seg om en komplisert sorgprosess. Mange barn håndterer sorgen bra gjennom i perioder å holde en viss avstand. Det er synd at vi har lite forskning på nettopp dette. Ved Senter for kripsykologi ønsker vi nå å forske på dette ved å følge barn over tid, og håper å få midler til det.

– Hvor stor andel av de med sorg tror man vil få denne diagnosen?

– Mellom 10 og 20 prosent. Men det betyr ikke at bare 10 prosent trenger oppfølging. Vi må ikke ha et behandlingsapparat som stirrer seg blind på diagnoser. Noen får plager som forringer deres liv, og de bør få hjelp selv om de ikke oppfyller alle kriteriene på en diagnose.

– Hvordan kan fastlegen være til hjelp?

– Fastlegene har flere diagnoser som de bruker i henvisninger. Inntil nå har de dessverre ikke hatt anledning til å bruke korrekt diagnose for sørgende som sliter. Det fine med sorgdiagnosen er at man ikke får depresjonsdiagnose når man egentlig sliter med sorg, for en depresjonsdiagnose kan lukke dører, eksempelvis ved at man får problemer med å få forsikring. Dessuten responderer folk med komplisert sorg dårlig på antidepressiva. Økt fokus på sorg som følge av diagnosen vil hindre feilbehandling. Ved komplisert sorg er det atskillelsen fra den døde som gir senket stemningsleie, mens ved depresjon er det vedvarende depressiv tenkning, ofte fulgt av håpløshet.

– Finnes det behandling som er spisset inn på sorgdiagnosen?

– Det finnes. Både studier og kliniske erfaringer viser at det fungerer godt å ta for seg traumeaspekter først. Fokuser på for eksempel måten personen fikk vite om dødsfallet på. I behandlin-

Hvorfor NÅ?

- WHO avgjorde i juni at forlenget sorgforstyrrelse nå skal inkluderes i ICD-11. Diagnosen kan stilles etter seks måneders varighet av tilstanden, og er et viktig redskap for å skille normal sorg fra komplisert sorg
- Atle Dyregrov er professor ved Senter for kripsykologi, Universitetet i Bergen, og har arbeidet med sorg siden han var ferdig psykolog i 1980.

gen for sorgen bruker man en variant av eksponeringsterapi. Det handler om å ta inn over seg at den døde er borte, slippe fra seg den døde. Kanskje ved å gå sjeldnere til graven, eller å ikke se så ofte på bilder av den døde. Det er en knallhard metode for sørgende, de skal gjøre det omvendte av det de ønsker. Terapien er en kombinasjon av konkrete råd, det å snakke om forholdet til den døde, ta hverdagen tilbake og komme i gang med jobb og vanlige aktiviteter. Den døde skal få en plass som er naturlig når vedkommende ikke lever lenger. Det å ta farvel i fantasien, gå til dødsøyeblikket, og for eksempel skrive til den døde, er blant virkemidlene som benyttes.

– Hva er et rimelig antall terapitimer?

– Det vil variere sterkt. To-tre måneder med intensiv jobbing er ganske vanlig. Men det går ikke å fastsette et bestemt antall timer. Noen ganger avtaler vi å møtes for eksempel tre måneder etter avsluttet terapi, eller om ett år. For noen er terapirommet det eneste stedet de kan snakke om dette. Det er klientens behov som må avgjøre her.

– Kan en sorgdiagnose gjøre at en fratar mennesker muligheter til å erfare at de tåler livet?

– Ja, noen sier at dette skulle jeg klart selv. Da kan det være bra å lære dem selvhjelpsmetoder og gi konkrete oppgaver som gjør at de kan bevare opplevelsen av å ha kontroll og erfare at de med litt drahjelp selv kan oppnå mestring. Dette handler om terapeutisk holdning. Du skal være motivator og gi folk en dytt, men også anerkjenne det de får til. For noen som er fastlåst i sorg, kan en reduksjon av gravbesøk fra hver til annen hver dag være et stort skritt når de endrer på vanene som opprettholder sorgen.

– Innebærer diagnosen en fare for å diagnostisere normale følelser?

– Vi skal ikke behandle normal sorg, og derfor er diagnosekriteriene strenge. Det er viktig for å unngå sykeliggjøring av normale reaksjoner. Vi må ha rom for et stort spenn i sorgreaksjoner. Men det er ikke normalt når du hvert minutt savner den døde mange måneder etter dødsfallet, eller du er konstant redd for at andre skal dø. Eller når skyldfølelse fordi du ikke fikk ektefellen til å gå til legen, ødelegger livet ditt. Sorgdiagnosen bygger ikke på et ønske om å ta et jafs inn i det normale livet, men at de som sliter, skal få adekvat hjelp. ✘



REPORTASJE Autonomi - muligheter eller påbud?

Der ingen skulle tru at nokon kunne bu

Skal menneskerettigheter og autonomi trumfe sykdom og nød? Brannvesenet setter fyr på grunnlagsdebatt i psykisk helsevern om autonomi.

TEKST Øystein Helmikstøl | FOTO Jan Inge Haga

«**L**iebster Jesu, wir sind hier». Tonene av Johann Sebastian Bach strømmer ut fra orgelet i kirken ved Utstein kloster på Mosterøy en halvtimes kjøretur fra Stavanger. Det er en klar og kald aprilmorgen i 2018. Vi ser snø på fjelltoppene. Fra jordene rundt oss lukter det hevd.

35 ansatte i rusfeltet, somatisk og psykisk helsetjeneste, utdanningsinstitusjonene og andre interesserte sitter på Utstein kloster og diskuterer *autonomi*, både pasientens og behandlerens. Foredragsholder er Tor-Johan Ekeland. Nå har han reist seg opp i «Abbedens hus» og sier til forsamlingen at «selv om det er blitt et sjeldent begrep» liker han best å presentere seg som sosialpsykolog. Han hever stemmen på *sosial*.

Ekeland er kritisk, for ikke å si nådeløs, mot samtidskulturen. I foredraget «Eit forsvar for jantelova» hamrer han løs på «nyliberal kultur». Kulturen vår har ifølge sosialpsykologen gått fra politikk til marked, fra medborger til konsument, fra plikt til rettighet, fra sosiale problem til individuelle svikt og fra politikk til terapi.

– Det nye, frie mennesket er sårbart, sier Ekeland til forsamlingen og viser blant annet til Ungdatas undersøkelse fra 2017: Andelen ungdommer som rapporterer om psykiske helseplager, fortsetter å øke. Ensomhetstallene har ikke vært høyere siden Ungdata startet. I England har de fått en egen *ensomhetsminister*.

– Nå handler det mest om frihet, og mindre om likhet og brorskap.

NÅR ALT RAKNER

Utstein Refleksjonsforum har arrangert kursdager i snart tjue år. Bakgrunnen for valg av tema i år var Stavanger Aftenblads reportasjeserie *Når alt rakner*. Reportasjene handlet om mennesker med rusavhengighet og psykiske vansker som lever under det som omtales som uverdige forhold – og hjelpeapparatets tilsynelatende maktesløshet.

Aftenbladet så det som sin oppgave å få fram opplysninger, bilder og historier fra de svakeste i samfunnet – de som ikke blir sett

◀ **HJEMME** Tre av fire som omkommer i brann, tilhører en risikogruppe. Det er eldre mennesker eller folk som sliter psykisk, og som samtidig har rusproblemer. Foto: Brannvesenet

Utstein Refleksjonsforum

- Årlig dagsseminar på Utstein kloster ved Stavanger.
- Arrangert av Rogaland A-senter siden 1999, i samarbeid med Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag.
- For ansatte innenfor rusfeltet, psykisk helsevern, somatikken, helseadministrasjonene, universiteter og høyskoler, kirken og andre interesserte.
- «Den behandlingmessige hverdagen er mange steder preget av travelhet og hyppige endringer. Noen ganger kommer også den helsefaglige profesjonaliteten under press. Utstein Refleksjonsforum er derimot et sted hvor deltakerne i ro og mak drøfter grunnlags-spørsmål», ifølge arrangøren.

eller hørt, eller som skjuler seg bak skam eller diagnoser. Avisen håpet at serien kan «åpne øynene på politikere og beslutningstakere. Og kanskje hjelpe», skrev nyhetsredaktøren om reportasjene.

20 000 SLITER

Historien nedenfor er hentet fra serien, som startet i fjor høst:

Journalisten i Aftenbladet skriver om en kvinne som ser ut til å være på randen av sammenbrudd. Det er en vårdag i 2016, og brannvesenet og kommunens rusteam har forhandlet seg inn i en kommunal bolig. De brøyter seg vei gjennom esker, klær, mat, rot og søppel. Kommunen mener kvinnen i lang tid har nektet hjelp.

Brannvesenet kontakter kommunelegen. Kan de tvinge henne til å få hjelp? Nei, etter som hun ikke virker psykotisk.

Kvinnen får tilbud om skyss til legevakten. Hun takker nei. Hun løper vekk.

Rundt 20 000 mennesker i Norge sliter med kombinasjonen rusproblemer og alvorlige psykiske problemer, ifølge de ferskeste tallene. 6000 av disse har det ekstra ille. De får ikke den hjelpen de trenger, ifølge fagfolk.

Aftenbladets serie har ført til *noe*. Helseminister Bent Høie (H) ble med brannvesenet på hjemmebesøk hos en beboer med rusproblemer. Høie har lagt press på sykehusledere for å skjerpe innsatsen for pasienter som er rammet av både psykiske lidelser og rusproblemer. »

– Vi sitter kanskje litt fortvilt og ser at personer går til grunne, uten at vi har mulighet til å gripe inn.

Hans Petter Torvik, kommuneoverlege

Flere melder sine bekymringer til brannvesenet, og folk engasjerer seg og sender leserbrev til avisen. Artiklene har også ført til at fagfolk i Stavanger debatterer hva som er best, og verdig, behandling av personer med kombinasjonen rusproblemer og psykiske problemer.

Helsetilsynet førte landsomfattende tilsyn av kommunenes og helseforetakenes tjenester til folk med ruslidelser og psykiske lidelser (ROP). Aftenbladets gjennomgang av tilsynene viste i fjor høst at fire av seks helseforetak og 13 av 19 undersøkte kommuner bryter lovens krav til forsvarlig oppfølging.

KJELLERMENNESKET

Det er dagen før kurset på Utstein kloster. Vi sitter i Kjellerteateret på Rogaland teater sammen med et femtitalls andre publikummere. Stykket *Kjellermennesket*, basert på en kortroman av Fjodor Dostojevskij, har gått på teateret i etterkant av Stavanger Aftenblads reportasjeserie *Når alt rakner*.

«Jeg er én, dere er alle andre», sier den navnløse jeg-personen i stykket. Det handler om utenforskap, isolasjon og et ønske om å bli sett, sa skuespiller Vegar Hoel på et arrangement på Sølvberget kulturhus i Stavanger dagen etter premiefesten, der han også reflekterte over radikalisering, skoleskyting og vår egen masse-morder.

– Du blir gjerne et monster bare for å bli sett, sa Hoel.

«Jeg er et sykt menneske. Jeg er et ondt menneske. Et frastøtende menneske er jeg», gjentar den navnløse jeg-personen, spilt av Hoel. *Kjellermennesket* reiser ifølge Morgenbladets anmelder dette spørsmålet: Hva skal vi gjøre med einstøingene?

– Da mener jeg ikke den sjarmerende sorten fra *Der ingen skulle tru at nokon kunne bu*, men dysfunksjonelle individer som faller utenfor, skrev anmelderen.

I «ABBEDENS HUS»

Vi er tilbake i «Abbedens hus» på Utstein kloster. Tor-Johan Ekeland snakker seg varm og tegner et dystert bilde av anomiske samfunn som har oppstått i vakuemet etter at janteloven ble begravet, konkretisert da Arbeiderpartiets finansminister Gunnar Berge fulgte janteloven til sitt siste hvilested i en seremoni i 1989 utenfor Bergen sammen med blant andre teologi-professor og Høyre-mann Inge Lønning.

Desintegrasjon, suicid, kriminalitet og sosiale problem er ifølge Ekeland baksiden av medaljen i anomiske samfunn. Han etterlyser Gro Harlem Brundtlands brysomme nabokjerring fra statsministerens nyttårstale i 1995. Det er en fare for at det psykotiske subjekt og *skoleskyteren* vokser fram av anomiske samfunn, ifølge Ekeland, og på klosteret denne torsdagen nevner sosialpsykologen vår egen masse-drapsmann uten å si navnet hans.

– Han var på utsiden av sin egen flokk, vår egen eremitt fra Silkestrå. Han ligner skoleskytere ellers.

Ekeland foredrar om sosialiseringens grunnskjema, der den ene, jeg, står i et forhold til den Andre, du, og der begge som en del av den vertikale orden er en del av det tredje Vi.

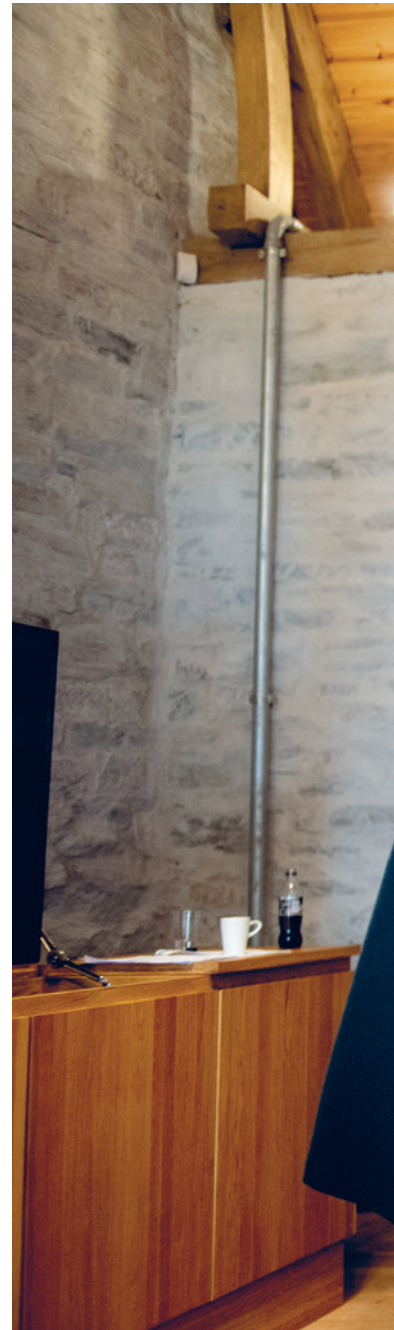
– Det har skjedd et kulturelt brudd, sier Ekeland. Jeg og du står uten «vi», den vertikale orden er bygget ned.

I klosteret står sosialpsykologen og prediker om overgangen fra den religiøse kulturen til den terapeutiske kulturen.

– Bli som oss, ba den religiøse kulturen, der livsmålet var frelse. Bli deg selv, appellerer den terapeutiske kulturen, der livsmålet er tilfredshet.

«Menn» forsvinner med nedbygging av vertikal orden, viser Ekeland, mens han fisker omslagene til bøkene *Society without the father* av Alexander Mitscherlich og *Det faderløse samfund* av Henrik Jensen opp på storskjermen. Menn har blitt et problem, viser Ekeland, og opp kommer *The end of men* av Hanna Rosin og *Man (Dis)connected* av Philip Zimbardo og Nikita Coulombe.

Og sosialpsykolog Ekeland siterer Salhuskvintetten fra 60-tallet når han snakker om »



SOSIALPSYKOLOGEN

Tor-Johan Ekeland taler til 35 fagfolk på Utstein kloster på Mosterøy.



- Når vi nå har veldig press på styringsordningen, spiser vi opp profesjonsutøvelsens autonomi. Samtidig som vi forventer at brukeren skal ha mer autonomi. Det henger ikke sammen.

Tor-Johan Ekeland, sosialpsykolog



KULLSVART Skuespiller Vegar Hoel har reflektert over utenforskap i arbeidet med *Kjellermennesket*. Foto: Stig Håvard Dirdal / Rogaland Teater

- Du blir gjerne et monster bare for å bli sett.

Vegar Hoel, skuespiller



KONSERT Kantor Ole Hodnefjell åpner Utstein Refleksjonsforum med kort konsert hvert år.

moderne familiemønstre som har overtatt for husmorfamilien: «Da ska' bli andre boller når papen kjem heim.»

- Og papen kom hjem, sier Ekeland, før han viser et bilde av en voksen mann som baker sammen med to barn.

- Og så ble det bare boller.

I KLOSTERGÅRDEN

Vi går ut av «Abbedens hus» i en pause etter foredraget «Dømt til autonomi» av Tor-Johan Ekeland. Brannvesenet, som ifølge Aftenbladets lederskribent «har flere virkemidler enn det egentlige hjelpeapparatet når det kommer til å hjelpe klienter med rus- og psykiatriproblemer», er her. Marie Aanestad, fagansvarlig i forebyggende avdeling ved Rogaland brann og redning, står i klostergården og diskuterer med andre fagfolk innenfor rus- og psykisk helsefeltet.

I 2012 kom NOU 2012:4 Trygg hjemme, med undertittelen «brannsikkerhet for utsatte grupper». Utsatte grupper er nå definert som blant annet hjemmeboende eldre, mennesker med rus og eller psykiske lidelser og arbeidsinnvandrere. Arbeidet opp mot mennesker som alt har raknet for, er tunge saker, forteller Aanestad, som opplyser at de samarbeider med flere instanser som for eksempel rehabiliteringsseksjoner, NAV, helsevern og politiet. Men likevel:

- Brannvesenet blir ofte stående alene i slike tunge saker.

Terskelen for at helsevesenet bruker tvang for å hjelpe mennesker som tilsynelatende ikke er i stand til å ta vare på seg selv, er etter brannvesenets erfaring svært høy.

- Spesielt ble dette merkbart etter at endring i lov om psykisk helsevern ble vedtatt i fjor, forteller Aanestad. Hun innser at det er en svært vanskelig balanse mellom å ivareta enkeltmenneskets frihet og rett til å ta egne valg, og å gripe inn når enkeltmenneskers atferd utgjør høy risiko både for personen selv og ofte for andre.

- Brannvesenet mener selvsagt at terskelen for tvangsbruk overfor enkeltmennesker bør være høy. Samtidig opplever vi gang på gang saker der helsevesenet skygger unna fordi de mener de ikke kan gjøre noe siden vedkommende ikke ønsker hjelp, men der brannvesenet - gjennom rett og slett å ikke gi seg, og gjerne ved bruk av utradisjonelle virkemiddel - får gjennomført tiltak som personen i etterkant verdsetter.



I KLOSTERGÅRDEN Sykepleier og faglig leder i Rogaland brann og redning Marie Aanestad (til venstre) diskuterer autonomi med sykehusprest Helge Hansen, PhD-stipendiat Unn Hammervold, Nina Egeland fra Universitetet i Stavanger og Kjell Reidar Jonassen fra Senter for tilpasset opplæring.

«BLI MED NÅ!»

Kommuneoverlege Hans Petter Torvik i Sandnes kommune, som leder kursdagen på Utstein, deler noen refleksjoner med tilhørerne før han gir ordet til Tor-Johan Ekeland en siste gang.

Forholdene for personer med kombinasjonen rus- og psykiske problemer er kjent for kommunelegen. Overlegen har samarbeidet lenge og godt med brannvesenet.

– Branninspektør Øyvind (Nermoen, red.anm.) ringer til meg og sier «du må bli med meg NÅ!» Han tenker at de er psykisk syke og vil ha meg med for å vurdere om det er behov for tvungen legeundersøkelse, for de vil jo ikke gå selv.

Noen ganger sier kommunelegen at «her er du så psykotisk at det må en tvungen behandling til». Men det er branninspektøren som ifølge Torvik oftest har anledning til å si «her må du ut».

Torvik har arbeidet i helsevesenet i 40 år. Han mener det har gått fra et legestyrt hierarkisk system, ovenfra og ned, der legen så pasienten som et objekt, til at pasienten nå får være med og ta beslutninger.

– Jeg pleier å sitere en engelsk helseminister som sa «No decision about me, without me». Godt sagt.

Men finnes det en nedside?

– Vi sitter kanskje litt fortvilt og ser at personer går til grunne, uten at vi har mulighet til å gripe inn. Spesielt blant unge myndige mennesker mellom 18 og 22 år. Foreldre og helsepersonell ser at de gjør ting som setter livet deres i fare. Går du 40 år tilbake i tid, så var det mye mer styring og kontroll på det.

Når alt rakner

- Rundt 20 000 personer i Norge er rammet av kombinasjonen psykiske lidelser og rusproblemer.
- 6000 av disse skårer lavest på alle levekårsindikatorer. De lever i nød og elendighet, selv om hjelpeapparatet kjenner til dem. De dør 20-35 år før normalbefolkningen.
- Reportasjeserien «Når alt rakner» i Stavanger Aftenbladet rettet søkelyset mot skjebnen til mennesker som bor i det som ble omtalt som uverdige forhold på grunn av rus og psykiatriske problemer.
- Artikkene i Aftenbladet var utgangspunkt for et dagsseminar på Utstein kloster i år.

Kilde: Reportasjeserien «Når alt rakner», Stavanger Aftenblad 2017 og 2018.

»



TEOLOGEN Arnfinn Fiskå (med kaffekopp) har dratt i gang Utstein Refleksjonsforum i en årrekke. Han er tidligere sykehusprest og var daglig leder for Kirkens Bymisjon Rogaland.

Det er en annen markert endring som har skjedd gjennom årene, ifølge kommuneoverlegen.

– Nå er det 225 retningslinjer du skal forholde deg til som fastlege. Når hvert hefte er på 80 til 200 sider, så tipper det over.

STYRING

Før kommuneoverlege og kursleder Torvik gir ordet til Tor-Johan Ekeland, som har mer på hjertet i klosteret, rekker vi en prat med sosialpsykologen.

– Vi har fått en styringsordning som er veldig individ- og diagnostisk rettet, som gjør at vi avkontekstualiserer mange typer problem. Det er vanskelig for mange psykologer i kommunene å jobbe slik.

– *Hører pakkeforløp med i denne diskusjonen?*

– Da ideen kom, syntes jeg det var en ytterst problematisk tanke. Men slik det er i ferd med å bli implementert, er det blitt kraftig moderert. Kanskje de dårlige erfaringene fra Danmark og debatten vi hadde, korrigerer de mest industrielle perspektivene på logikken.

Men tanken om psykoterapi som det siste asyl, det siste frie rommet, der mennesket kan legge fram sin subjektivitet, er ifølge Ekeland under press.

– Når vi nå har veldig press på styringsordningen, spiser vi opp profesjonsutøvelsens autonomi. Samtidig som vi forventer at brukeren skal ha mer autonomi. Det henger ikke sammen. Det lar seg ikke realisere.

Ekeland avslutter dagen med bolken «Kulda i den nyliberale styringa». Etterpå får han applaus.

HVORDAN GÅR DET?

Noen dager etter kursdagen lurer vi på hvordan det går med kvinnen som ble omtalt tidligere i denne reportasjen. Vi ringer branninspektør Øyvind Nerموen i Rogaland, som koordinerer håndteringen av bekymringsmeldinger.

– Brannvesenets førsteprioritet er brannssikkerhet for beboer og eventuell tredjepart. Det skal nå være ivaretatt. Vi vet imidlertid at mange av dem som sliter mest ikke automatisk klarer å snu en vanskelig situasjon til noe bedre. Det gledelige er at vi i enkelte tilfeller faktisk klarer å bidra til økt livskvalitet i tillegg til økt brannssikkerhet.

Han mener at terskelen for å bruke tvang noen ganger er for høy.

– Jeg er redd folk vil omkomme i brann mens helsevesenet står fint og banker på døra.

Han savner at noen overtar stafettspinnen, i saker der mennesker tydelig har en risikoatferd overfor seg selv og tredjepart.

– Dessverre ser vi ofte at en person som for eksempel setter fyr i egen bolig og truer ansatte, blir vurdert som samtykkekompetent og sendt tilbake til bolig uten umiddelbar oppfølging. Vi har hatt saker der en person gjen-tatte ganger setter fyr på institusjonen, og der vedkommende havner i sirkelen ildspåsettelse, vi slukker, politiet pågriper, legevaktslege ber om vurdering av pasient på psykiatrisk sykehusavdeling, og som ender med at personen et par timer etterpå er tilbake i boligen og setter fyr på ny.

Senest i fjor hadde brannvesenet en slik sak, det var syv ildspåsettelser på fem døgn, der brannvesenet tok alvorspraten med pasienten og fikk stoppet sirkelen.

Branninspektør Nerموen forteller at han en gang kom i prat med «en innenfor psykiatrien», etter at reportasjeserien i Aftenbladet om brannvesenets hjemmebesøk satte i gang en het debatt i Stavanger om psykisk helsevern.

– Det er merkelig at det var brannvesenet som skulle sette fyr på psykiatrien i Norge, sa han. ✘

Veterinærer i førstelinjen

Nå skal veterinærene avdekke familievold.

BRANNVESENET I STAVANGER står i førstelinjen i psykisk helsevern og har tett kontakt med mennesker som har rusproblemer og psykiske vansker, ifølge Psykologtidsskriftets reportasje på sidene foran. I forrige utgave skrev vi om tannhelsetjenestens arbeid med å avdekke mulig barnemishandling.

Nå kommer en tredje yrkesgruppe på banen: Veterinærene.

OPPDAGELSEN

Det startet da veterinær og postdoktor Karianne Muri skulle holde et foredrag på Politihøgskolen for noen år siden. Hun var invitert for å snakke om relasjonen mellom mennesker og dyr og måtte, naturlig nok, se nærmere på det som handlet om kriminell atferd. Da oppdaget hun noe hun fant alarmerende:

– Det er flaut å si det, men i veterinærutdanningen i Norge har det ikke vært oppmerksomhet på vanskjøtsel og mishandling av dyr. Vi har hengt langt etter.

– *Er det ikke dette veterinærer er spesialisert på?*

– Nei. Veterinærer er primært spesialister på sykdom, skader, diagnostikk og behandling. De har selvsagt god kompetanse på dyrevelferd generelt, men kunnskapen om avdekking og håndtering av mishandling og vanskjøtsel har manglet.

Ballen begynte å rulle, forteller Muri, som er en del av Forskergruppe Dyrevelferd ved Institutt for produksjonsdyrmedisin ved NMBU veterinærhøgskolen. Etter hvert ville hun finne ut mer om sammenhengen mellom vold mot

dyr og vold mot mennesker. Og hun begynte å se på hva de holdt på med i andre land.

– Vi kom i kontakt med britene, som har kommet lengre enn oss på dette feltet. Også USA er kommet lengre. Det vi nå vil få til i Norge er inspirert av The Links Group i Storbritannia.

Muri jobber nå for at veterinærstudentene i studiet skal få opplæring i mulige sammenhenger mellom vold mot dyr og vold mot mennesker.

– Det som studentene nå får opplæring i på dette feltet, er altfor lite. Det må inn i studieplanen, sier Muri.

KUNNSKAP

Det finnes ikke forskning i Norge på mulige sammenhenger mellom vold mot dyr og vold mot mennesker. Men forskningen fra USA og Storbritannia stemmer overens med det vi har av erfaringsbasert kunnskap i Norge, ifølge Muri.

– Vi ser at vold mot dyr ofte er en del av familievolden. I de hjemmene der det foregår familievold, er alle sårbare individer i risikozonen. Ikke bare barn og kvinner, men også dyrene er utsatt i de hjemmene.

Krisesentrene melder ifølge Muri om at kvinner kvier seg for å oppsøke sentrene fordi de er redde for hva som vil skje med familiens dyr. Voldsutøvere kan bruke trusler om vold mot familiens dyr som en måte å kontrollere partner eller barn på.

KONKRETE SAMTALER

Muri ønsker at veterinærstudentene og dyrehelsepersonell skal få opplæring i hvordan man

TEKST

Øystein Helmikstøl

»

SAMARBEID MOT FAMILIEVOLD

Karianne Muri (fra venstre) ved NMBU veterinærhøgskolen, Birgitte Fineid i Dyrebeskyttelsen og psykologspesialist Anja Vaskinn jobber for at veterinærer skal avdekke vold i nære relasjoner. Foto: Camilla Wiik Gjerdrum, NMBU veterinærhøgskolen/ Anne K. Harketstad/ Øystein Hørgmo, UiO



konkret arbeider når de får inn dyr som de mistenker for å bli utsatt for mishandling.

– Det kan være en gjerningsperson som kommer med dyret, men det kan i noen tilfeller også være et offer for mishandling som kommer til veterinæren med et dyr med påførte skader. I Links Group har de jobbet med samtaleteknikken AVDR (Ask, Validate, Document, Refer), opprinnelig utviklet for tannleger i USA. Den handler om å stille åpne, ikke-dømmende spørsmål. Om å være omsorgsfull og støttende hvis personer velger å fortelle noe, dokumentere alt som blir sagt, og oppfordre til å søke hjelp, eller varsle andre instanser hvis det er barn involvert.

PSYKISKE LIDELSER

I tillegg til at Muri nå jobber for å få veterinærene på banen, har hun etablert samarbeid med Krisesentersekretariatet og Dyrebeskyttelsen Norge. Prosjektet heter «Se sammenhengen» og er finansiert av Politidirektoratet og Kompetansesenter for kriminalitetsforebygging. De skal snart arrangere en rundebordskonferanse for å samle de aktuelle etatene, med mål om å etablere bedre samarbeid og kryssrapportering. De skal også utvikle veiledningsmaterieell om sammenhengene mellom vold mot dyr og vold mot mennesker, skreddersydd til veterinærer, helsepersonell, barnevernsansatte og politi.

Karianne Muri forteller at hun har hentet inn psykologspesialist Anja Vaskinn som foredragsholder på kursene NMBU veterinærhøgskolen har arrangert om vanskjøtsel og mishandling, og Vaskinn er også med som fagressurs til utvikling av veiledningsmateriellet.

På kursene har Vaskinn snakket om ulike psykiske lidelser som risikofaktor for van-

skjøtsel og mishandling, med utgangspunkt i tre typer dyrevernsaker: dyresamling («animal hoarding»), alvorlig vanskjøtsel i landbruket (ofte kalt dyretragedier) og vold/mishandling.

– Psykologer er nok klar over at noen mennesker skader dyr, det være seg med vilje (mishandling) eller fordi de midlertidig ikke makter å vise omsorg (vanskjøtsel), skriver Vaskinn i en e-post.

– Kanskje kan vi bli flinkere til å tenke over dette.

Vaskinn tror både veterinærer og psykologer kan bidra til mindre lidelse for både dyr og mennesker, hvis de spør om hvordan dyrene har det.

– Det er heller ikke slik at psykologer automatisk har taushetsplikt ved mistanke om at dyr mishandles eller utsettes for alvorlig svikt, påpeker Vaskinn.

Kanskje er psykologen, ved i samtalen å ha oppmerksomhet på dyrs velferd, i en særlig god posisjon til å avdekke vold i nære relasjoner eller vanskjøtsel i landbruket med de muligheter det gir for å få slutt på lidelse, undrer Vaskinn.

DYREBESKYTTELSEN

I januar i år opprettet Dyrebeskyttelsen Norge organisasjonen Videre som skal bli en paraplyorganisasjon og et samarbeidsorgan for veterinærer og ulike etater i Norge for å bekjempe vold mot dyr og familievold, forteller veterinærfaglig rådgiver Birgitte Fineid.

– Vi skal øke kunnskapen om vold mot dyr og vold i nære relasjoner, og ikke minst sammenhengen mellom disse, sier Fineid. Hun ønsker også at Videre skal være en pådriver for å få offisiell statistikk og forskning på sammenhengen mellom dyrevold og familievold. ✕

Ubrukte midler

Selv om alle Norges kommuner er pålagt å ha et kommunalt psykologtilbud fra 1. januar 2020, er det ikke mer enn halvparten av kommunene som har søkt om å få bruke de 155 millioner kronene som ble bevilget for å øke det kommunale psykologhelsetilbudet.

Hver kommune kan søke om et lønnstilskudd på 400.000 kroner for hver fulle psykologstilling, men så langt har altså mange kommuner latt være å søke om midler. I Nordland har 25 av 44 kommuner søkt, og fristen for å søke er derfor utsatt til 15. september.

En av kommunene som ikke har søkt midler er Røst. Ordfører Tor Arne Andreassen sier til NRK Nordland at selv om de har behov for psykologtjenester, trenger de ikke en hel stilling. De går derfor trolig for en løsning hvor de kjøper tjenesten fra andre kommuner, noe også Helsedirektoratet sier en mulig løsning både for Røst og andre kommuner.

Kilder: «22,5 millioner står ubrukt: - Har ikke søkt om psykologtilskudd», NRK Nordland 13. juli

Heder

Som den første fra Norden, ble tidligere generalsekretær i Psykologforeningen Sverre L. Nielsen 25. juni tildelt *IIAP Distinguished Professional Contributions Award*. IIAP er den internasjonale organisasjonen for anvendt psykologi, og den eldste internasjonale foreningen for psykologer. Nielsen fikk prisen for sin langvarige innsats for å fremme internasjonalt samarbeid mellom psykologer og deres organisasjoner. Han sto sentralt i arbeidet for en felles europeisk fagetikk, har gjort seg internasjonalt bemerket i arbeidet for kvalitetssikring og sertifisering av psykologiske tester og hadde en nøkkelrolle da det internasjonale psykologsamfunnet i 2016 ble enige om grunnleggende kompetansemål for psykologer (les intervju med Nielsen i *Psykologtidsskriftet* 11/2016). Nielsen har også hatt en rekke verv i Den europeiske føderasjonen for psykologorganisasjoner.

Langt løp for norsk ICD-11-versjon

I juni ble ICD-11 lansert i engelsk språkdrakt. Men det vil ta tid før den nye diagnosemanualen rulles ut i norsk helsevesen.



Den nye diagnosemanualen har allerede rukket å finne veien til avisoverskriftene, der hovedfokus har vært på hvilke nye diagnoser som har kommet til, og hvilke som har falt fra. For eksempel har dataspillavhengighet (Gaming Disorder) blitt en diagnose i ICD-11, mens transkjønnet (Transgender) er tatt ut. (Se også NÅ-intervju side 644 og debattinnlegg side 686 i denne utgaven.)

Nå som det nye verktøyet er lansert internasjonalt, starter arbeidet med å planlegge hvordan det skal tas i bruk i nasjonale kontekster. De enkelte medlemslandene i Verdens helseorganisasjon (WHO) skal blant annet oversette og tilpasse verktøyet til sine respektive morsmål. Endringene som er gjort fra ICD-10 til ICD-11, får også konsekvenser for registre og dataprogrammer og vil kreve endringer og/eller utvikling av nye digitale løsninger. I tillegg må mange ulike faggrupper læres opp til å bruke det nye systemet. Alt dette vil ta tid.

Det er Direktoratet for e-helse som har jobben med å implementere manualen til norske forhold. Seniorrådgiver i e-helse, Helene Lund, skriver følgende i en e-post til *Psykologtidsskriftet* om hvor lang tid det vil ta før ICD-11 kan tas i bruk i Norge:

- Verdens helseorganisasjon (WHO) lanserte i juni 2018 en utgave av ICD-11 som er egnet for å starte planlegging av implementering. Direktoratet for e-helse har per i dag ikke en tidfestet plan på innføring av ICD-11 i Norge. Forrige gang vi endret fra ICD-9 til ICD-10, brukte Norge mellom fem og syv år på prosessen. Endringene i den nye utgaven er i tillegg mer omfattende.

Dersom prosessen tar om lag like lang tid som sist, vil det først være rundt 2024 (pluss/minus) at ICD-11 kan rulles ut her hjemme.

ICD-11 omfatter for øvrig både somatikken og psykisk helsefeltet. Systemet brukes av medisinske fagmiljøer over hele verden for å få en så lik måte å klassifisere og beskrive sykdommer og helseproblemer på som mulig. Målet er å gjøre det enklere å stille riktig diagnose og å registrere og rapportere diagnoser på hensiktsmessige måter.

Psykologtidsskriftet

”

Utredning av risikofaktorer har en todelt funksjon: Å redusere risiko for gjentagelse er et behandlingsmål, samtidig som risikofaktorene gir informasjon om det er nødvendig med restriksjoner i pasientens liv

EVIDENSBASERT PRAKSIS

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2018 S. 656–665 FAGFELLEVDERT

KRISTOFFER HØILAND, Bup Furuset, Ahus*

KONTAKT krishoil@gmail.com

THE GOOD LIVES MODEL I BEHANDLING AV PERSONER DØMT FOR SEKSUALLOVBRUDD

Vi har lite kunnskap om hva som virker i behandlingen av personer dømt for seksuallovbrudd. Likevel må vi forsøke å jobbe mest mulig evidensbasert med gruppen for å hindre tilbakefall og heve kvaliteten i feltet. The Good Lives Model i kombinasjon med kunnskap fra psykoterapiforskningen kan være en farbar vei i behandlingen av disse pasientene.

Seksuelle overgrep og seksuell vold er et omfattende samfunnsproblem (Steine et al., 2012). Likevel finnes det få behandlingstilbud til dem som begår seksuallovbrudd i Norge i dag. En ny rapport fra NKVTS om behandlingstilbudet til barn og unge som begår seksuelle overgrep, viser at selv om alle helseregioner har et tilbud til gruppen, varierer innholdet og kvaliteten i behandlingen mye, og mange fagpersoner føler seg ikke kvalifisert til å jobbe med problematikken (Holt, Nilsen, Moen & Askeland, 2016). En annen rapport viser at halvparten av de spurte enhetene ikke behandler voksne som begår seksuell vold (Askeland et al., 2016). I tillegg var seksuell vold flere steder et eksklusjonskriterium for behandling. Barne- og likestillingsdepartementets (2016) opptrappingsplan mot vold og overgrep for 2017–2021 påpeker behovet for å heve kompetansen på feltet.

Det er ordinære poliklinikker i psykisk helsevern som er ansvarlige for å gi innsatte i norske fengsler et tilbud. Det gjelder også de som er

ABSTRACT

The Good Lives Model in treatment of persons convicted of sexual offences

This article presents The Good Lives model of offender rehabilitation. The model offers a theoretical framework for understanding and treating persons convicted of sexual offenses in order to reduce future offending. It combines the Risk-Need-Responsivity principles with a focus on building patients' strengths and develop their resources, and should be easy to grasp for clinicians. Key findings from empirical research on treatment, recidivism rates and risk assessments are reviewed.

Keywords: recidivism, risk factors, sexual offenses, The Good Lives Model, treatment

* Takk til Christine Friestad for konstruktive innspill i skriveprosessen.



”

Flere tiår med forskning har ikke vist at behandling av seksuallovbruddsdømte har effekt i den forstand at behandling reduserer risiko for nye lovbrudd

dømt for seksuallovbrudd og har behov for behandling, og som har rett på oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. I tillegg har poliklinikkene ansvar for dem som har begått seksuallovbrudd, men som ikke er dømt for det. Denne gruppen vet ofte ikke hvor de skal henvende seg, og ofte får de ikke et tilbud.

Flere tiår med forskning har ikke vist effekt av behandling av seksuallovbruddsdømte – behandling virker ikke å redusere risiko for nye lovbrudd. Likevel må vi forsøke å jobbe mest mulig evidensbasert med gruppen. Det innebærer å benytte seg av den beste forskningen som er tilgjengelig på det nåværende tidspunkt. Dette er i tråd med prinsipperklæringen for evidensbasert praksis, som sier at behandling skal baseres på beste forskningsevidens, klinisk ekspertise og pasientens egenskaper, verdier og kontekst. I dette bidraget skal jeg vise hvordan Risk-Need-Responsivity (RNR)-prinsippene (Andrews & Bonta, 2010) og Good Lives-modellen for behandling av seksuallovbruddsdømte (Yates, Prescott & Ward, 2010; Ward & Willis, 2016) kan være en fruktbar behandlingstilnærming. I tillegg vil jeg integrere kunnskap fra psykoterapiforskningen om hva vi vet virker i terapi. For forskning på intervensjoner, terapeutisk allianse og terapeutferdigheter bør legges til grunn også i arbeidet med seksuallovbruddsdømte. Strukturerte utprøvinger av konkrete metoder som de jeg her skisserer, vil på lengre sikt kunne danne grunnlag for empiriske studier.

BEHANDLINGSEFFEKT OG TILBAKEFALLSRISIKO

Behandling for å hindre tilbakefall av personer dømt for seksuallovbrudd har vært studert i over 40 år. Flere metastudier de siste årene viser at behandling har liten eller ingen effekt (Grønnerød, Grønnerød & Grøndahl, 2015; Långström et al., 2013; Schmucker & Lösel, 2015). Långström og medarbeidere (2013) konkluderer med at det ikke finnes støtte for behandlingseffekt for voksne, men at det kan være en viss effekt ved behandling av ungdom. Schmucker og Lösel (2015) finner at behandling har noe effekt, og fremhever at ungdom og personer med høy risiko for tilbakefall er de som har mest nytte av terapi. Grønnerød, Grønnerød og Grøndahl (2015) finner ingen effekt av behandling, og fremhever at den metodiske kvaliteten til studiene ofte er lav. De finner også at studier med lav metodisk kvalitet oftest viser positiv behandlingseffekt. Hanson og Yates (2013) finner i sin oppsummering en viss reduksjon av tilbakefallsrisiko når man sammenligner behandlede med ubehandlede seksuallovbruddsdømte. Datagrunnlaget for oversiktsstudiene er imidlertid tynt, da få enkeltstudier har god nok kvalitet (Levenson & Prescott, 2014). Å si noe sikkert om behandlingseffekt er derfor så langt ikke mulig.

Hva som er god behandling av gruppen, er et komplisert spørsmål: Seksuallovbrudd er en sammensatt kategori av mange typer lovbrudd, seksuallovbruddsdømte er en heterogen gruppe, og de bakenforliggende årsakene til lovbruddene kan være forskjellige fra individ til individ, og det er som nevnt forsket lite på dette (Schmucker & Lösel, 2015). Et annet spørsmål er hvem som skal prioriteres for behandling. Forskning viser at kun et mindretall av de som dømmes for seksuallovbrudd, begår nye seksuallovbrudd (Hanson & Bussière, 1998; Hanson, Thornton, Helmus & Babchishin, 2016). Kun 7–15 prosent har begått nye seksuallovbrudd etter fem år, og det er større sjanse for at seksuallovbruddsdømte begår nye ikke-seksuelle lovbrudd enn nye seksuallovbrudd (Hanson & Morton-Bourgon, 2005; Hanson & Yates, 2013). En studie viste at bare 3 prosent av personer dømt for seksuallovbrudd i Norge hadde begått nye lovbrudd to år etter

løslatelse (Graunbøl et al., 2010). Ingen begikk nye seksuallovbrudd. En annen studie har vist at tilbakefall til seksuallovbrudd var 8 prosent i en femårsperiode, og at tilbakefallet til andre former for lovbrudd var 16 prosent (Grünfeldt, Noreik & Sivertsen, 1998). Selv om det er god grunn til å anta at det finnes mørketall, ser risikoen for tilbakefall ut til å være lav for gruppen som helhet.

Selv om vi ikke har tilstrekkelig empirisk støtte så langt for en terapimodell rettet mot å redusere risiko for nye seksuallovbrudd, finnes det dokumentasjon for virksomme prinsipper for behandling. Risk-Need-Responsivity (RNR-prinsippene) innebærer at behandling er tilpasset personens risikonivå, dynamiske risikofaktorer og særegne behov og kontekst (Andrews & Bonta, 2010). Behandlere velger likevel ofte andre intervensjoner enn de som har empirisk støtte. Dette kan medføre at mange får behandling som ikke er virksom. Yates og Kingston (2015) trekker frem de viktigste grunnene til dette:

- Behandlere benekter at seksuallovbruddsdømte med lav risiko for nye lovbrudd faktisk eksisterer, noe som innebærer at behandling for tilbakefall iverksettes uten grunn.
- Behandlere tror ikke at det finnes personer i lavrisikogruppen, og ser derfor også disse som høyrisikoindivider, med det resultat at de får behandling uten å trenge det
- Personlige oppfatninger om at alle seksuallovbruddsdømte trenger behandling uavhengig av risiko.
- Politiske og moralske ideer styrer behandlingsintervensjoner uten hensyn til forskningsfunn.

Disse årsakene er ikke særegne for behandling av seksuallovbruddsdømte. Behandlere lar ofte det de kan eller tror virker, avgjøre hva slags behandling de gir (f.eks. Goldfried, 2010). Vi har imidlertid noe kunnskap om intervensjoner som kan være virksomme i behandling av gruppen (Yates & Kingston, 2015), og jeg vil komme inn på disse under.

PSYKOTERAPIFORSKNINGENS BIDRAG

Å droppe ut av eller ikke involvere seg i behandling henger sammen med økt risiko for nye overgrep (Hanson & Bussière, 1998). Psykoterapiforskning over flere tiår har vist betydningen

av *den terapeutiske alliansen* for utfall i terapi (Norcross, 2011), uten at dette har vært tilstrekkelig integrert i behandling av seksuallovbruddsdømte (Gannon & Ward, 2014). Men det vi vet om virksomme faktorer i psykoterapi, kan være av stor betydning for behandling av seksuallovbruddsdømte (Gannon & Ward, 2014).

Terapeutvariabler og terapeutens personlighet antas å være av stor betydning for utfall av terapi (Baldwin, Wampold & Imel, 2007). Terapeutens evne til å være fleksibel i møtet med pasienten er vesentlig for å danne en god behandlingsallianse. Toleranse, tålmodighet og innlevelse, samt evne til å bevare empati med pasienten, er viktige egenskaper hos terapeuter (Castonguay & Beutler, 2006; Marshall, 2005; Norcross, 2011). I tillegg viser forskning at hvis klinikerer opplever mye engstelse i møte med pasienten, eller har sterke negative reaksjoner på pasienten i timen, påvirker dette utfallet av terapien negativt (Nissen-Lie, Havik, Høglend, Rønnestad & Monsen, 2015). Arbeid med seksuallovbruddsdømte kan nettopp vekke sterke reaksjoner, og terapeuten må være bevisst dette og arbeide med det, for å skape en konstruktiv terapiprosess.

Endringsarbeid med seksuallovbruddsdømte foregår primært i regi av kriminalomsorgen, og da i form av manualbaserte terapeutiske programmer, gjerne i grupper. Denne type behandling har blitt kritisert for å ha et for smalt fokus, at årsakskompleksiteten ikke blir tilstrekkelig ivaretatt, og at tilnærmingene ofte er for konfronterende (Gannon & Ward, 2014; Yates & Kingston, 2015). Forskning viser at seksuallovbruddsdømte er en heterogen gruppe med svært forskjellige behandlingsbehov (Hansson & Bussière, 1998; Maletzky, 2016). Individualterapi rettet mot den enkeltes unike behov og symptomer gir mulighet til å individualisere behandlingsmål og intervensjoner. I tillegg har pasienten en relasjon til en bestemt terapeut som varer over tid. Individuell, skreddersydd behandling er derfor et gunstig rammeverk for å arbeide med denne gruppen (Schmucker & Lösel, 2015).

Variasjonen i utfall som kan tilskrives psykoterapi, er likevel ikke stor, og mye forklares av utenforliggende faktorer (Wampold & Imel, 2015). Forhold utenfor terapien, som pasientens personlighet, miljø og livshendelser, har med andre ord stor betydning for behandlingsresultat og drop-out. Olver og Wong (2009) fant

»

eksempelvis i sin forskning at personer beskrevet som mer psykopatiske (skåre over 25 på PCL-R), droppet ut av behandlingen i noe større grad enn andre.

RISIKOFAKTORER OG VIRKSOMME INTERVENSJONER

Risk-Need-Responsivity-prinsippene (Andrews & Bonta, 2010) er empirisk støttede behandlingsprinsipper i arbeidet med å redusere risiko for seksuallovbrudd (Hanson, Bourgon, Helmus & Hodgson, 2009). Prinsippene er likevel i liten grad implementert i praksis (Yates & Kingston, 2015). *Risk* viser til at den enkelte klients risikonivå bør bestemme behandlingsintensitet og antall behandlingstimer. Jo høyere risiko, dess mer behandling. En person dømt for flere seksuallovbrudd mot begge kjønn, som aldri har vært i parforhold, som identifiserer seg emosjonelt med barn og har avvikende seksuelle interesser, og i tillegg har store vansker med selvregulering og problemløsning, vil for eksempel være i høy risiko for å begå nye lovbrudd. Her peker det seg samtidig ut flere risikofaktorer som bør være mål for behandlingen. *Need* viser til at de mest effektive intervensjonene retter seg mot personens *dynamiske* risikofaktorer, det vil si psykologiske og miljømessige faktorer som kan endres, og som henger sammen med økt risiko for tilbakefall. *Responsivity* dreier seg om at behandlingen må tilpasses den enkeltes spesielle behov og kontekst. Hvis personen for eksempel har lavt evnenivå, er det viktig at den terapeutiske kommunikasjonen tilrettelegges slik at dialogen foregår på et passende nivå.

Et vesentlig aspekt ved behandling av gruppen er altså behovet for å kartlegge risikofaktorer og gjøre risikovurderinger. Mens det i vanlig psykoterapeutisk virksomhet primært er personens egen oppfatning av problemområder og bedring som er det vesentlige, kommer det i denne type behandling inn et annet element, nemlig risiko for gjentagelse. Risikoaspektet er ikke like vanlig å forholde seg til i psykisk helsevern, men de fleste klinikere er i dag vant til å gjøre risikovurdering knyttet til selvmordsfare. Forskning viser at behandlere bør vurdere risiko på en strukturert måte, ut fra etablerte instrumenter, da kliniske vurderinger basert på skjønn er vist å være mindre treffsikre enn strukturerte metoder (Ægisdottir et al., 2006).

Reduksjon av gjentagelsesfare vil være avgjørende for å si om behandlingen virker eller ikke. Utredning av risikofaktorer har derfor en todelt funksjon: Å redusere risiko for gjentagelse er et behandlingsmål, samtidig som risikofaktorene gir informasjon om det er nødvendig med restriksjoner i pasientens liv.

Noen risikofaktorer er statiske, det vil si historiske og derfor primært uforanderlige. Det er vist at ung alder ved lovbruddet, å ikke ha hatt stabile parforhold, tidligere dom for voldshandlinger, flere tidligere anmeldelser eller dommer for seksuallovbrudd, å ha ofre som ikke er i slekt, fremmede ofre, eller mannlige ofre har sammenheng med økt gjentagelsesfare (Harris, Phenix, Hanson, & Thornton, 2003).

Andre faktorer er dynamiske, det vil si miljømessige, psykologiske og sosiale egenskaper ved en person, som kan forandres. Dynamiske faktorer som er vist empirisk å henge sammen med risiko for nye lovbrudd, er: seksuelt avvikende interesser og seksuell overopptatthet, positive holdninger til seksuallovbrudd og kognitive forvrengninger, negativ sosial påvirkning, problemer med intimitet, emosjonell identifisering med barn, impulsivitet og manglende evne til problemløsning (Mann, Hanson & Thornton, 2010). Faktorene kan oppsummeres i to overordnede faktorer:

avvikende seksuelle interesser og antisosial orientering eller livsstil (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Den sistnevnte er risikofaktor for alle former for kriminalitet. Avvikende seksuelle interesser, seksuell overopptatthet og emosjonell kongruens med barn er faktorer som er spesifikke for risiko for nye seksuallovbrudd. Vi kan også skille ut akutte risikofaktorer, det vil si faktorer som endres raskt enten i miljøet eller intrapsykisk, som ruspåvirkning, tilgang på ofre og emosjonelt sammenbrudd.

Mye av behandlingen som gis seksuallovbruddsdømte, har rettet seg mot behandlingsmål som ikke er risikofaktorer. Dette gjelder intervensjoner rettet mot å overvinne benektning, ta offerets perspektiv, empatiøvelser og ta ansvar for handlingene (Hanson & Morton-Bourgon, 2005; Yates, 2009). En del behandling har rettet seg mot å øke pasientens kunnskap om seksualitet, men lite kunnskap om seksualitet er ikke vist å være en risikofaktor for nye overgrep.

En del områder både pasient og terapeut vanligvis vil fokusere på, som bakgrunnshistorie, selvfølelse eller forhold til foreldre, reduserer ikke risiko for tilbakefall. På den annen side kan det å jobbe med disse såkalte ikke-kriminogene behovene styrke den terapeutiske alliansen og øke engasjementet for å gå i behandling (Ward & Maruna, 2007). Dette kan være et terapeutisk dilemma. Klinikeren vil neppe komme langt i det terapeutiske arbeidet om han ikke tar pasientens lidelse eller opplevde problemer med i betraktningen (Hanson & Yates, 2013). Hovedsaken blir å ha et overordnet, strategisk perspektiv på behandlingen, der klinikeren gir de dynamiske risikofaktorene oppmerksomhet.

HVEM BØR PRIORITERES FOR BEHANDLING?

Ettersom tilbakefallsraten blant seksuallovbruddsdømte som gruppe i utgangspunktet er lav, er det vesentlig å ha en idé om hvilken risikokategori den lovbruddsdømte befinner seg i. Dømte i lavrisikogruppen har mindre enn 2,4 prosent sjanse for å begå nye lovbrudd (Hanson, Helmus & Thornton, 2010). Sjansen er like stor som at en hvilken som helst domfelt plutselig begår et seksuallovbrudd (Duwe, 2012). Ved å behandle lavrisikogruppen er sjansen stor for at behandlingen er uvirksom, og i verste fall kan behandlingen gi negativ effekt med økt tilbakefallsrisiko som resultat (Andrews & Dowden, 2006; Lovins, Lowenkamp & Watessa, 2009).

Denne kunnskapen er viktig når man vurderer hvem som skal få tilbud om behandling. Vi må være klar over at jo lenger en person unngår nye lovbrudd etter løslatelse, dess lavere blir tilbakefallsrisikoen (Harris, Phenix, Hanson & Thornton, 2007; Hanson, Harris, Helmus & Thornton, 2014).

Forskning indikerer at høyrisikogruppen blant seksualovergrepss-dømte har betydelig større sjanse for tilbakefall enn hele gruppen samlet sett (Harris et al., 2003). Disse individene kan ha så mye som 56–70 prosent risiko for tilbakefall i løpet av en tiårsperiode etter løslatelse (Beggs & Grace, 2010; Olver, Wong, Nicholaichuk & Gordon, 2007). Ved å gjøre strukturerte risikovurderinger i forkant av behandling vil man få indikasjon på hvilke personer som bør prioriteres for behandling, og det bør være dem som har moderat-høy eller høy risiko for tilbakefall.

Risikovurdering er et sammensatt felt med mange tilnærminger og instrumenter. Hva som defineres som høy, middels og lav risiko, må operasjonaliseres. De fleste strukturerte metoder benytter seg av empiriske data på gruppenivå for å kartlegge de faktorene som henger sammen med risiko for tilbakefall, og gir risikokategorier som lav, moderat og høy. Av de to mest brukte instrumentene er SVR-20 (Sexual violence risk 20) (Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997) og STATIC 99/STABLE-2007 (Harris, Phenix, Hanson & Thornton, 2003; Fernandez, Harris, Hanson & Sparks, 2014). En studie viser at både STATIC og SVR-20 har moderat evne til å forutsi tilbakefallsrisiko (Hanson & Morton-Bourgon, 2009). Med andre ord vil denne type vurderinger alltid være usikre.

Forskjellige typer seksuallovbrudd kan også ha ulik risiko for tilbakefall. Det er for eksempel enighet om at personer som har begått incest, har lav risiko for tilbakefall (Wilson & Burns, 2011). Langfeldt (2010) hevder at en differensiert kategorisering av ulike typer seksuelle overgrep har betydning for behandlingstilnærming og dermed utfall. Det finnes en rekke teorier om dette, men evidensen er fremdeles mangelfull (Maletzky, 2016; Wilson & Burns, 2011).

Et individ består av mer enn ett sett risikofaktorer, og personens ressurser og beskyttelsesfaktorer i rehabilitering og behandling får stadig mer oppmerksomhet (Ward & Maruna, 2007; Yates, Prescott & Ward, 2010). Beskyttelsesfaktorer reduserer risikofaktorenes innflytelse. Forskjellen på dem som begår nye lovbrudd, kontra dem som ikke gjør det, handler ikke bare om antall risikofaktorer, men også om hvem som befinner seg i et utviklende miljø, og hvilke indre ressurser vedkommende har. En fullstendig risikovurdering innebærer derfor både risiko- og beskyttelsesfaktorer (Robbé & Willis, 2017).

GOOD LIVES-MODELLEN

Behandling for å hindre tilbakefall hos personer dømt for seksuallovbrudd skaper utfordringer som klinikerer ikke møter i ordinær poliklinisk behandling. Behandlingen foregår ofte som et resultat av at personen er dømt for lovbrudd, det vil si mens personen sitter i fengsel, eller i etterkant av soningen. Seksuallovbruddsdømte med svært alvorlige lovbrudd, eller gjentatte lovbrudd, kan dømmes til forvaring, noe som innebærer at de må vise endring før de blir løslatt. Dette kan påvirke motivasjonen for å gå i behandling. Et overordnet prinsipp for alt endringsarbeid er å finne ut hva som motiverer et individ. En helhetlig behandlings- og rehabiliteringsmodell må legge personens egen motivasjon til grunn for arbeidet.

Good Lives-modellen (GLM) er utarbeidet for å fremme personlig vekst og utvikling, samtidig som den integrerer arbeid med dynamiske risiko-

”

Selv om det er god grunn til å anta at det finnes mørketall, ser risikoen for tilbakefall ut til å være lav for gruppen som helhet

»

faktorer i behandlingen (Ward, Yates & Willis, 2012; Yates, Prescott & Ward, 2010). Modellen tar utgangspunkt i menneskelig agens, at vi er målrettede og handlende aktører (Ward & Willis, 2016). Agens er kjennetegnet av: 1) evnen til å sette seg mål, lage planer og strategier, 2) iverksette disse planene og evaluere dem, og 3) revidere mål og planer ut fra utfallet. Hvilke mål en person setter seg, og muligheten han eller hun har for å oppnå målene, vil være et resultat av miljøet en person befinner seg i, og tilgjengelige ressurser. I GLM går man ut fra at relasjoner til andre mennesker har en grunnleggende betydning for hvilke valg en pasient tar. Visse psykologiske, sosiale og miljømessige prosesser ses som dynamiske risikofaktorer som hindrer normal fungering og kan ødelegge en persons relasjon til seg selv og andre. Behandlingsmodellen bygger i stor grad på generell kunnskap om hva som fører til endring, i samsvar med annen psykoterapeutisk virksomhet.

I GLM oversettes en persons verdier og ønsker til konkrete, daglige mål og handlinger. Terapeuten utforsker den seksuallovbruddsdømtes personlige preferanser, holdninger, verdier og mål i livet. Modellen legger vekt på hva pasienten ønsker å oppnå, heller enn hva vedkommende vil unngå. Til grunn finnes idéen om at alle mennesker søker enkelte opplevelser, følel-
sestilstander og goder, knyttet til økt livskvalitet og velvære. Dette betegnes som felles livsmål eller primære goder og inngår i personens livsplan (Yates, Prescott & Ward, 2010). Strategiene en person bruker for å skaffe seg godene eller oppnå målene, kalles sekundære goder, og disse kan være hensiktsmessige eller uhensiktsmessige. Ut fra disse begrepene forsøker klinikerne og pasienten å konstruere en livsplan i perioden da seksuallovbruddet fant sted, samt personens ønskede mål for fremtiden. Hvis innholdet i livsplanen blir mer konstruktivt og positivt, er tanken at behovet for å begå lovbrudd faller bort. Modellen opererer ut fra at følgende er primære goder for alle mennesker: liv og helse (leve og overleve), kunnskap (lære og forstå), mestring i arbeid og fritid, personlige valg og uavhengighet, indre ro, relasjoner og vennskap, tilhørighet, mening, glede, velvære og kreativitet.

Forskerne bak modellen forstår kriminelle handlinger som uhensiktsmessige måter å dekke allmennmenneskelige behov på. Terapeuten og pasienten må derfor utforske lovbruddet i detalj for å kartlegge veien frem til hendelsen.

Hendelser før, og reaksjoner etter, lovbruddet er av stor betydning, og man forsøker å avdekke hvilke mål som var viktige for personen på tidspunktet for handlingen. Terapeuten og pasienten forsøker så på en strukturert måte å lage en oversikt over pasientens mål, hvilken atferd som ble brukt for å forsøke å oppnå målet, om mer konstruktive strategier kan brukes i fremtiden, og hva som skal til for at disse kan brukes. I sammenheng med dette undersøkes: 1) Er det konflikt mellom klientens mål, altså at målene uforenlige med hverandre? 2) Har klienten hatt et for snevert perspektiv på hva han/hun kan få ut av livet, og hvilke mål eller goder som er viktige? 3) Benytter personen seg av uhensiktsmessige strategier for å oppnå mål? 4) Har personen manglende evner eller kapasitet til å få til det han/hun ønsker seg, eller er det forhold i miljøet som hindrer personen i å skaffe seg det?

Et eksempel: De fleste mennesker søker nære relasjoner til andre, og denne type relasjoner er nødvendig for å ha et godt liv. For noen kan det å begå seksuelle overgrep mot barn være et forsøk på å få dekket sine relasjonelle behov, til tross for at dette skader andre alvorlig. I et slikt tilfelle vil behandlingen kunne rette seg mot å hjelpe personen til å skaffe seg ferdigheter og muligheter til å få dekket sine relasjonelle behov på andre måter. Dette kan innebære å jobbe med forståelse av hva relasjoner er (psykoedukasjon), lære sosiale ferdigheter, eller tilrettelegge miljøet personen befinner seg i. Behandlingen rettes mot de områdene personen har behov for å jobbe med, og behandleren kan bruke et bredt tilfang av terapeutiske metoder.

Behandleren undersøker også hvilke selvreguleringsstrategier personen benytter seg av. Det finnes to overordnede strategier: en direkte og aktiv og en indirekte og passiv strategi (Yates, Kingston & Ward, 2009). Den direkte strategien er når personen søker å oppnå primære goder gjennom seksuallovbruddet. Personen har en mer eller mindre uttalt intensjon om å skaffe seg et gode. For eksempel kan personen forsøke å få kontroll over sitt liv (autonomi) gjennom bruk av vold mot andre. Den indirekte strategien er når individet ikke har en intensjon om å begå et lovbrudd, men lovbruddet skjer som et resultat av at personen forsøker å tilfredsstille andre mål eller goder. Et eksempel kan være en person som forsøker å oppnå indre ro ved å drikke alkohol, mister evne til selvregulering på grunn av rus, og begår et seksuelt overgrep.

Når modellen presenteres for pasienten, vektlegger terapeuten muligheten behandlingen gir til å få et bedre og mer innholdsrikt liv. Å håndtere risikofaktorer og nå livsmål er sammenvevd: Hvis personen kan hjelpes til å forstå hvordan risikofaktorer hindrer utvikling, og faktisk hindrer ham eller henne i å skaffe det vedkommende ønsker seg, samtidig som nye ferdigheter læres, kan endring finne sted. Modellen krever at det etableres et samarbeid på tvers av instanser, og behandlingen gir et godt grunnlag for å utarbeide individuelle planer og andre typer planer det er behov for ved løslatelse. Forskningen viser at grundig planlegging er viktig for reintegrasjon i samfunnet etter løslatelse (Scoones, Willis & Grace, 2012; Willis & Grace, 2009). En individuell livsplan i kombinasjon med systemarbeid gjør langsiktig planlegging mulig.

Varighet av behandling eller oppfølging etter løslatelse er ikke bestemt i forkant i Good Lives-modellen. Ideelt sett bør behandling starte før pasienten løslates, og pågå en periode etter løslatelse, da perioden etter løslatelse er en sårbar periode. Oppfølging i denne tiden er viktig. Det er også evidens for at poliklinisk behandling utenfor fengsel har noe bedre effekt enn behandling i fengsler (Schmucker & Lösel, 2015). Good Lives-modellen setter klinikerer i stand til, gjennom utarbeidelse av livsplanen, å lage et rammeverk som ivaretar pasienten best mulig, også etter løslatelse fra fengsel.

AVSLUTTENDE DISKUSJON

Flere tiår med forskning har ikke vist at behandling av seksuallovbruddsdømte har effekt i den forstand at behandling reduserer risiko for nye lovbrudd. Som nevnt kan det være flere grunner til dette: dårlig metodisk kvalitet på studiene, behandlingsmetoder som ikke retter seg mot de riktige risikofaktorene, og at det ikke er gjennomført risikovurderinger. Ethiske problemer med å plassere lovbruddsdømte i kontrollgrupper slik at de ikke får behandling, samt for korte oppfølgingsperioder etter behandling er andre kompliserende faktorer (Schmucker & Lösel, 2015). Kan hende ligger det også andre interesser enn å utvikle best mulig behandling bak utviklingen av terapimodeller. I mange tilfeller er de som utvikler behandlingsmodeller, de samme som studerer effekten av dem, og disse kan igjen ha økonomiske interesser i å lære opp andre i modellene. At forskere finner bedre effekt når de studerer sine egne metoder, er godt dokumentert i psykoterapiforskningen (Wampold & Imel, 2015). En annen utfordring i forbindelse med metodeutvikling for behandling av seksuallovbrudd er at behandling er organisert på forskjellige måter i ulike land.

Likevel er det av stor betydning å forsøke å jobbe mest mulig evidensbasert med gruppen for å heve kvaliteten i feltet, og det vil si å benytte seg av den beste forskningen som er tilgjengelig på det nåværende tidspunkt. RNR-prinsippene synes så langt å ha mest støtte i forskningen (Yates & Kingston, 2015), og med disse integrert i behandlingen er det større grunn til å tro at risikoen for nye lovbrudd reduseres. I denne sammenheng er det verdt å huske to ting: For det første at den lovbruddsdømte må involvere seg i behandlingen (Hanson & Bussière, 1998). Dette er et fellestrekk ved all virksom psykoterapi: Det må dannes en arbeidsallianse, og pasienten må aktivt delta i egen behandling. Det andre er at seksuallovbruddsdømte er en heterogen gruppe, med hensyn til psykiske lidelser, personlighetsstruktur, tilstedeværelse av parafilier, risikoprofil og selvreguleringsstrategier (Maletzky, 2016). Dette innebærer at indi-

viduelle faktorer eller andre faktorer utenfor terapien er med på å avgjøre behandlingseffekten. Terapeuten bør i størst mulig grad individualisere behandlingen, gjennom å forsøke å avklare hva som er den enkeltes behandlingsbehov, problem- og utviklingsområder. Totalt sett opplever majoriteten av de som går i psykoterapi, bedring (Lambert, 2013). Forskning på intervensjoner, terapeutisk allianse og terapeutferdigheter bør legges til grunn for arbeidet også med seksuallovbruddsdømte.

Vi vet ikke nok om hvor mye behandling som er nødvendig for å skape endring, utover at de med høyest risiko for tilbakefall bør få flest behandlingstimer, og at lavrisikogruppen ikke bør behandles. Det har vært anslått at rundt 300 timer er nødvendig for personer i høy risiko, mens 100-200 timer kan være tilstrekkelig for dem som befinner seg i moderat risiko (Hanson & Yates, 2013). Disse anbefalingene er basert på klinisk erfaring, eksisterende behandlingsprogrammer og forskning som ikke er utført på behandling rettet spesifikt mot seksuallovbruddsdømte. Forskningen gir ikke entydig svar på hyppighet av behandlingstimer, eller hvor intensiv behandlingen skal være (Hanson & Yates, 2013). Oppsummert finnes det så langt ikke gode nok svar på hvor mye behandling som må til for å redusere tilbakefallsrisiko.

I psykisk helsevern jobber man ikke bare ut fra en tanke om full helbredelse, men også etter prinsippet om skadereduksjon (Yates & Kingston, 2015). Kanskje kan ikke alle uheldige seksuelle preferanser og fantasier hos en person behandles bort, men det kan være mulig å hjelpe en del personer til å gjøre minst mulig skade. Effekten av dette, både på individ- og samfunnsplan, kan være store. Mindre grad av alt-eller-intet-tenkning om problematikken vil være konstruktiv i behandling og rehabilitering.

Good Lives-modellen har mye til felles med allerede kjente måter å tenke behandling og tilrettelegging på, og kan derfor være en gunstig modell for behandlere å jobbe ut fra. Det mangler i dag forskningsmessig støtte for modellen i likhet med andre behandlingsmetoder rettet mot seksuelle overgrepere. Selv om mange anerkjenner at modellen har positive sider, har den sine kritikere (Maletzky, 2016). Modellens antagelse om at vi alle søker de samme grunnleggende godene i livet (Ward, Yates & Prescott, 2010), er så langt ikke godt nok belagt forsk- >

ningsmessig. Modellen kan også kritiseres for å være for lite opptatt av situasjonelle forhold, og den kan bli for vag og forenkende i sine overordnede antagelser om hvorfor personer begår seksuelle overgrep, og hva som skal til for å hindre tilbakefall (Maletzky, 2016).

Likevel er det grunn til å tro at Good Lives-modellen har potensial til å redusere tilbakefall. Modellen muliggjør et strukturert rammeverk for behandling der RNR-prinsippene er integrert. Den gir også en mulighet for å kombinere individuell terapi med systemarbeid. Videre innebærer den hovedsakelig intervensjoner som er kjent for de fleste klinikere. Selv om modellen har et bredere siktemål enn ren risikohåndtering, er det viktig å være klar over at å bare jobbe med pasientens livsmål, uten å jobbe med risikofaktorer, i verste fall kan føre til økt fare for nye lovbrudd (Yates, Prescott &

Ward, 2010). Modellen ivaretar i større grad responsivitetsprinsippet enn andre modeller, da klinikeren utreder og tilrettelegger ut fra den enkeltes situasjon og fungering. Dette er et grunnleggende prinsipp for å lykkes, som ofte har blitt misforstått eller ikke er tatt høyde for (Yates & Kingston, 2015). Søkelyset på utvikling og ressurser kan bidra til at behandlingen oppleves som mer motiverende for klientene, og resultatet kan være at flere deltar i og fortsetter i behandling. Strukturen i modellen gjør også at den lar seg undersøke empirisk.

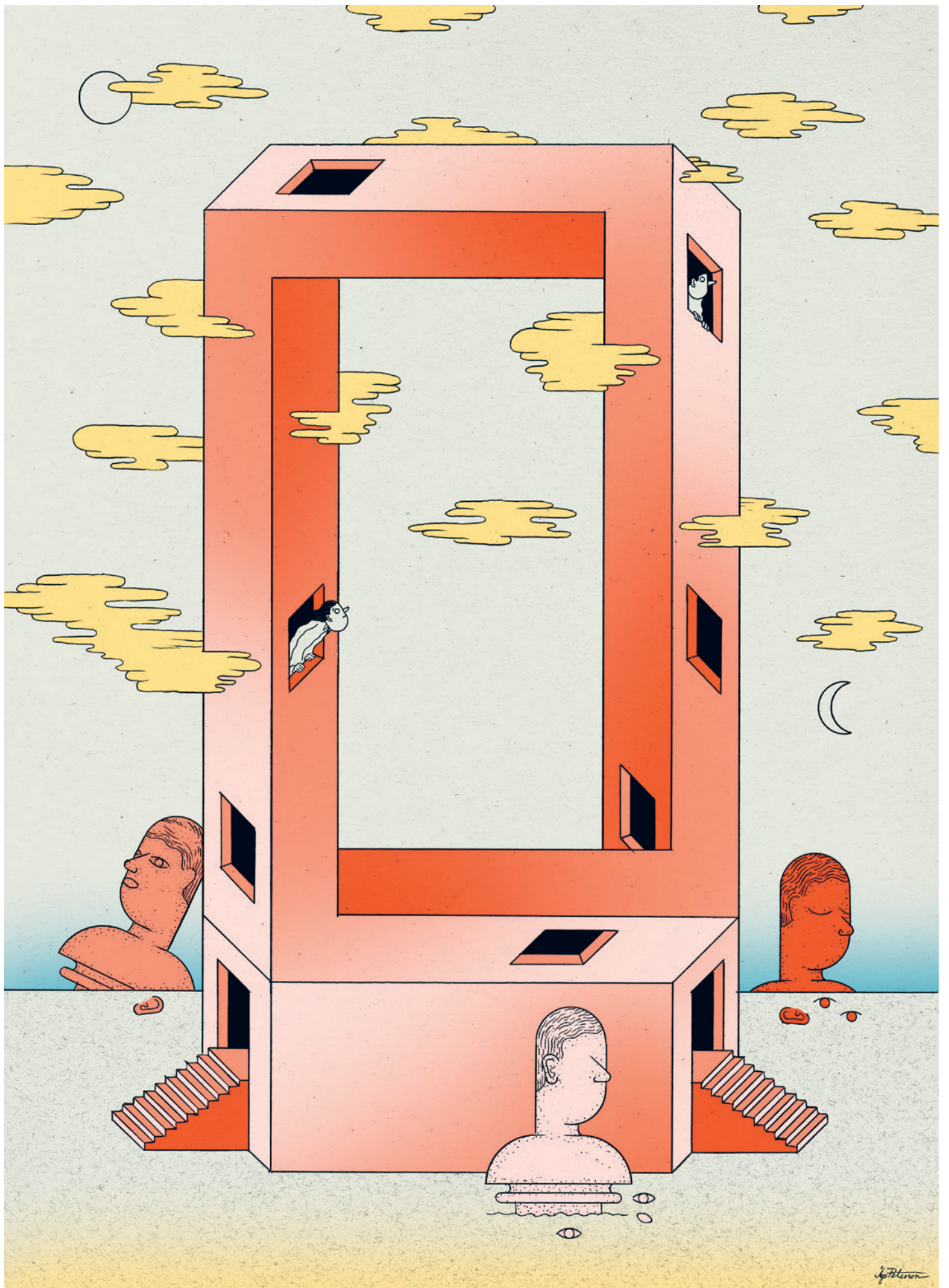
AVSLUTNING

Det mangler inntil videre evidens for behandlingseffekt av seksuallovbruddsdømte. Det er likevel grunn til å være optimistisk med tanke på fremtiden. Ved å bruke best tilgjengelig forskning og gjøre seg flere kliniske erfaringer vil vi bli bedre i stand til å tilpasse behandlingen til hver enkelt og dermed øke sjansen for positivt utfall. Det viktigste er at forskere og klinikere som jobber med gruppen, dokumenterer hva de gjør, på en transparent måte. Kunnskapen som da kommer frem, vil være etterprøvable og stimulere til videre forskning og klinisk arbeid. Good Lives-modellen er et godt utgangspunkt for å gjøre dette. ✕

REFERANSER

- Askeland, I.R., Moen, L.H., Nilsen, L.G., Kruse, A.E., Hjemdal, O.K., & Holt, T. (2016). *Behandlingstilbudet til voksne som utøver vold: En nasjonal kartleggingsundersøkelse*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, public policy and law*, 16, 39–55.
- Andrews, D.A., & Dowden, C. (2006). Risk principle of case classification in correctional treatment. *International offender therapy and comparative criminology*, 50, 88–100.
- Beggs, S.M., & Grace, R.C. (2010). Assessment of dynamic risk factors: An independent validation study of the violence risk scale: Sexual offender version. *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 22, 234–251.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (2007). *Manual for the sexual violence risk-20: Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver, BC: Simon Fraser University.
- Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2006). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? I L.G. Castonguay & L.E. Beutler (red.), *Principles of therapeutic change that work* (s. 353–369). New York: Oxford university press.
- Det kongelige barne- og likestillingsdepartement (2016). *Opptappingsplan mot vold og overgrep 2017–2021*. Oslo.
- Duwe, G. (2012). Predicting first time sexual offending among prisoners without a prior sex offense history. *Criminal justice and behavior*, 39, 1436–1456.
- Fernandez, Y., Harris, A.J.R., Hanson, R.K., & Sparks, J. (2014). *STABLE-2007: Coding manual*. Revised 2014.
- Gannon, T.A., & Ward, T. (2014). Where has all the psychology gone? *Aggression and violent behavior*, 19, 435–446.
- Goldfried, M. (2010). The future of psychotherapy integration: Closing the gap between research and practice. *Journal of psychotherapy integration*, 20, 386–396.
- Graunbøl, H.M., Kielstrup, B., Muiluvuori, M-L., Tyni, S., Baldursson, E.S., Gudmundsdottir, H. ... Lindstén, K. (2010). *RETUR: En nordisk undersøgelse av recidiv blandt klienter i kriminalforsorgen*. Kriminalomsorgens utdanningscenter.
- Grünfeld, B., Noreik, K., & Sivertsen, E.A. (1998). Straffedømte sedelighetsovergripere: Hvor stor er tilbakefallsrisikoen? *Tidsskrift for den norske lægeforening*, 118, 63–66.
- Grønnerød, C., Grønnerød, J.S., & Grøndahl, P. (2015). Psychological treatment of sexual offenders against children: A meta-analytic review of treatment outcome studies. *Trauma, violence & abuse*, 16, 280–290.
- Hanson, R.K., & Bussière, M.T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 348–362.
- Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal justice and behavior*, 36, 865–891.
- Hanson, R.K., Harris, A.J.R., Helmus, L., & Thornton, D. (2014). High-risk sex offenders may not be high risk forever. *Journal of interpersonal violence*, 29, 2792–2813.
- Hanson, R.K., Helmus, L., & Thornton, D. (2010). Predicting recidivism amongst sexual offenders: A multi-site study of Static-2002. *Law and human behavior*, 34, 198–211.
- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K.E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73, 1154–1163.

- Hanson, R.K., & Morton-Bourgon, K.E. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological assessment, 21*, 1–21.
- Hanson, R.K., Thornton, D., Helmus, L., & Babchishin, K.M. (2016). What sexual recidivism rates are associated with Static-99R and Static-2002R scores? *Sex abuse, 28*, 218–252.
- Hanson, R.K. & Yates, P.M. (2013). Psychological treatment of sex offenders. *Current psychiatry reports, 15*, 348.
- Harris, A., Phenix, A., Hanson, R.K., & Thornton, D. (2003). STATIC-99 Coding rules. Revised-2003.
- Harris, G.T., Rice, M.E., Lalumière, M.L., Quinsey, V.L., Boer, D., & Lang, C. (2003). A multisite comparison of actuarial risk instruments for sex offenders. *Psychological assessment, 15*, 413–425.
- Holt, T., Nilsen, L.G., Moen, L.H., & Askeland, I.R. (2016). *Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep: En nasjonal kartleggingsundersøkelse*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- Lambert, M.J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy, 50*, 42–51.
- Langfeldt, T. (2010). Is «Pedophilia» a Useful or Confusing Concept? An empirical study on sexual abuse of children, sexual orientation and typology: Implications for therapy. *Sexual Offender Treatment, 5*. Hentet fra: http://www.sexual-offender-treatment.org/2-2010_04.html
- Levenson, J., & Prescott, D.S. (2014). Déjà vu: From Furby to Långström and the evaluation of sex offender treatment effectiveness. *Journal of sexual aggression, 20*, 257–266.
- Lowins, B., Lowenkamp, C.T., & Latessa, E.J. (2009). Applying the risk principle to sex offenders: Can treatment make some sex offenders worse? *Prison journal, 89*, 344–357.
- Långström, N., Enebrink, P., Laurén, E.-M., Lindblom, J., Werkö, S., & Hanson, R.K. (2013). Preventing sexual abusers of children from reoffending: Systematic review of medical and psychological interventions. *British medical journal (clinical research ed.), 347*, f4630.
- Maletzky, B.M. (2016). *Sexual abuse and the sexual offender: Common man or monster?* London, UK: Karnac Books.
- Mann, R.E., Webster, S.D., Schofield, C., & Marshall, W.L. (2004). Approach versus avoidance goals in relapse prevention with sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 16*, 65–75.
- Marshall, W.L. (2005). Therapist style in sexual offender treatment: Influence on indices of change. *Sexual abuse: A journal of research and treatment, 17*, 109–116.
- Nissen-Lie, H.A., Havik, O.E., Høglend, P.A., Rønnestad, M.H., & Monsen, J.T. (2015). Patient and therapist' perspectives on alliance development: Therapists' practice experiences as predictors. *Clinical psychology & psychotherapy, 22*, 317–327.
- Norcross, J.C. (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. Oxford: Oxford university press.
- Olver, M.E., & Wong, S.C.P. (2009). Therapeutic responses of psychopathic sexual offenders: Treatment attrition, therapeutic change, and long-term recidivism. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*, 328–336.
- Olver, M.E., Wong, S.C.P., Nicholaichuk, T., & Gordon, A. (2007). The validity and reliability of the violence risk scale-sexual offender version: Assessing sex offender risk and evaluating therapeutic change. *Psychological assessment, 19*, 318–329.
- Robb, M. d.V., & Willis, G.M. (2017). Assessment of protective factors in clinical practice. *Aggression and violent behavior, 32*, 55–63.
- Scmucker, M., & Lösel, F. (2015). The effects of sexual offender treatment on recidivism: An international metaanalysis of sound quality evaluations. *Journal of experimental criminology, 11*, 597–630.
- Scoones, C.D., Willis, G.M., & Grace, R.C. (2012). Beyond static and dynamic risk factors. *Journal of interpersonal violence, 27*, 222–238.
- Steine, I.M., Milde, A.M., Bjorvatn, B., Grønli, J., Nordhus, I.H., Mrdalj, J., & Pallesen, S. (2012). Forekomsten av seksuelle overgrep i et representativt befolkningsutvalg i Norge. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 49*, 950–957.
- Yates, P.M. (2009). Is sexual offender denial related to sex offence risk and recidivism? A review and treatment implications. *Psychology, crime & law, 15*, 183–199.
- Yates, P.M., & Kingston, D.A. (2015). The shortcomings of sexual offender treatment: Are we doing something wrong? I D.R. Laws & W. O'Donohue (red.), *Treatment of sex offenders* (ss. 261–279). Switzerland: Springer international publishing.
- Yates, P.M., Kingston, D.A., & Ward, T. (2009). *The self-regulation model of the offense and relapse process: 3*. Carmarthen, UK: Crown house publishing.
- Yates, P.M., Prescott, D., & Ward, T. (2010). *Applying the Good Lives and self-regulation models to sex offender treatment: A practical guide for clinicians*. Brandon, VT: Safer society press.
- Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2015). The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work. Second edition. New York, NY: Routledge.
- Ward, T., & Maruna, S. (2007). *Rehabilitation: Beyond the risk paradigm*. London: Routledge.
- Ward, T., & Willis, G.M. (2016). Responsibility dynamic risk factors and offender rehabilitation: A comparison of the Good Lives model and the risk-need model. I D.R. Laws & W. O'Donohue (red.), *Treatment of sex offenders*, (s. 175–190). Switzerland: Springer international publishing.
- Ward, T., & Yates, P.M., & Willis, G.M. (2012). The Good Lives model and the risk need responsibility model. *Criminal justice and behavior, 39*, 94–110.
- Willis, G.M., & Grace, R.C. (2009). Assessment of community reintegration planning for sex offenders: Poor planning predicts recidivism. *Criminal justice and behavior, 36*, 494–512.
- Wilson, R.J., & Burns, M. (2011). *Intellectual disability and problems in sexual behaviour: Assessment, treatment, and promotion of healthy sexuality*. Holyoke, MA: NEARI Press.
- Ægisdóttir, S., et al. (2006). The meta-analysis of the clinical judgment project: Fifty-six years of accumulated research on clinical versus statistical prediction. *The counseling psychologist, 34*, 341–382.



Å koble seg på en som er avkoblet

Hvordan vekkes mistanke om autismespekterforstyrrelse i terapirommet? Og hvordan kan vi da legge til rette for god behandling?

I JOBBEN SOM PSYKOLOG møter man av og til pasienter som gir en annerledes type kontakt. De er ofte henvist med ønske om behandling av psykisk lidelse, men pasientens fremtoning gjør at terapeuten får mistanke om at det er noe mer. Kombinasjoner av annerledes kroppsspråk, monoton tale, særegne og oppslukende interesser og et selvsentrert språk kan gi en opplevelse av at pasienten ikke deltar i relasjonen. Mistanken om autismespekterforstyrrelse (ASD) kan ytterligere forsterkes når man gjennomgående ikke får blikkontakt, ikke klarer å lese følelser i pasientens ansiktsuttrykk eller kroppsspråk, og når pasienten ikke selv forteller om følelser, slik at kontakten blir kvalitativt annerledes enn med andre pasienter, uten at noe av dette er spesifikt for ASD. Når en terapeut møter en person med autisme, får dette implikasjoner for behandlingen og byr på ekstra utfordringer og ofte behov for et lengre behandlingsforløp. Her skal jeg ta for meg hvordan klinikerer kan komme på sporet av om det er en person med autisme som sitter i terapistolen. I tillegg vil jeg komme med noen generelle råd for terapeutisk behandling med disse pasientene. ASD og autisme brukes synonymt i teksten.

ASD er en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse som kjennetegnes av kvalitative avvik når det gjelder gjensidig sosial interaksjon, kommunikasjon og språk, og et begrenset og repeterende mønster av aktiviteter og interesser (ICD-10, WHO, 1993). De kvalitative avvikene er gjennomgripende og preger personens fungering på tvers av alle situasjoner. Diagnosen innebærer en betydelig livslang sårbarhet. Det er vanlig å regne at autisme opptrer i omtrent 1 prosent av befolkningen (Lai, Lombardo & Baron-Cohen, 2014).

Utviklingsforløp og alvorlighetsgrad av kjernesymptomene på autisme, samt omfang av assosierte vansker, varierer sterkt fra individ til individ. Det er derfor vanlig å snakke om autismespekterforstyrrelser, med undergrupper som barneautisme og Asperger syndrom. Asperger syndrom kjennetegnes av normalt evne- og språknivå, selv om de fleste med diagnosen har vansker med sosial bruk av språket (pragmatiske språkvansker). Det er denne gruppen man vanligvis møter i psykisk helsevern for voksne.

Det er lettere å fange opp og diagnostisere barn med betydelig avvikende utvikling og alvorlige symptomer tidlig (Lai & Baron-Cohen, »

TEKST

Guro Svane Bratset, psykologspesialist ved Nasjonalt kompetansesenter for nevroutviklingsforstyrrelser og hypersomnier (NevSom)

KONTAKT

uxbrgd@ous-hf.no

ILLUSTRASJON

Åge Peterson

2015) enn å oppdage sosiale og kommunikative vansker hos barn og voksne med høyt evnenivå og godt ordforråd. Autisme kan gå uopdaget eller feildiagnostiseres (Tebartz van Elst, Pick, Biscaldi, Fangmeier & Riedel, 2013; Vannucchi, et al., 2014), samtidig som symptomene resulterer i negative sosiale konsekvenser, som det å bli oversett, avvist og gjort narr av uten at personen selv skjønner hvorfor (Gaus, 2011). Psykiatrisk komorbiditet hos mennesker med ASD synes å være høy (Helverschou, Bakken & Martinsen, 2011; Hofvander et al., 2009).

Men hva er det hos pasienten og i kontakten med dem som gjør at mistanken om autismespekterforstyrrelse vekkes? Vignettene som følger, beskriver møter med personer som etter utredning fikk en ASD-diagnose (Asperger syndrom), og i tillegg også psykisk lidelse, og som alle hadde evner i normalområdet. Vignettene er hentet fra mine egne møter med pasienter i psykisk helsevern, fra poliklinikk og døgnposter, og er omskrevet for å anonymisere pasienthistoriene.¹

ANITA

Anita (22 år) var henvist til døgnbehandling etter en akuttinnleggelse med psykose. Hun bodde hjemme hos sine foreldre, og hadde ikke fullført videregående. Foreldrene kom ofte på besøk, og fortalte at de syntes hun nå var seg selv igjen etter den psykotiske episoden.

Samtalene med Anita bar preg av en stor interesse for andre menneskers atferd, som noe som kunne studeres, og en manglende forståelse for hvordan hun selv påvirket andre med det hun sa og gjorde. Hun snakket med en saklighet i stemmen, om fakta, på en måte som kunne oppleves som belærende. Hennes stemme var monoton, med jevnt toneleie og fast rytme. Jeg opplevde henne som en ung dame med en noe naiv innstilling til verden, og med manglende evne til å ta en annens perspektiv. Hun kunne godt tenke seg å gjøre som andre for å være som andre, men ikke av de samme grunnene som andre:

«Jeg kan godt tenke meg å gifte meg, da er det kjolen jeg vil være opptatt av. Helst ville jeg da giftet meg med meg selv. Du har hvit genser, jeg har rosa.»

.....

1. Kasusfortellingene er fiktive. De er satt sammen ved hjelp av elementer fra mange saker, men er samtidig karakteristiske for denne gruppen pasienter.



Alene ble de gående og gruble for å forsøke å forstå det andre fanger opp intuitivt

Uttalelsen belyste både et ønske om å være som andre (sammenlignet våre klesplagg, som også lignet) og en samtidig manglende interesse for den andre i nær relasjon (kan godt gifte seg, men ikke fordi partneren var en hun ville være nær). Når jeg observerte henne sammen med andre, kunne det virke som hun fortsatte å snakke om sitt uten å fange opp at de andre kjedet seg, at de ville avslutte samtalen eller ikke likte det hun sa eller gjorde. Til meg sa hun med et smil at alle var hennes venner, noe som forsterket min opplevelse av hennes sårbarhet.

Pasienten deltok i gruppeterapi. Hun fanget ikke opp det usagte som skjedde der, og merket ikke sanksjonene fra de andre. Det var tydelig at hun jobbet svært hardt for å passe inn, men ikke fikk til det sosiale spillet. Hun rakk opp hånden i gruppen, og spurte om lov til å få si noe. Ingen andre gruppemedlemmer gjorde dette. Hun ønsket å bli en del av gjengen, men ble gående utenfor, og så ikke ut til å merke blikkene fra de andre.

Et følelsesmessig sammenbrudd kom etter at foreldrene hadde ryddet rommet hennes hjemme mens hun var innlagt. Hun ble fortvilet over at ikke tingene hennes lå slik de skulle, i system. Foreldrene opplevde dette som tvangsmessig atferd fra pasientens side, som også hadde klare ønsker om hvordan resten av huset skulle innredes.

Etter endt utredning ble fokus i behandlingen først og fremst et tett samarbeid med foreldrene, i det å forstå, og ikke minst akseptere, Anitas grunnleggende vansker. Med kunnskap om autisme kunne de møte hennes ønsker med større grad av forståelse og mindre irritasjon. Slik kunne de være med på å legge til rette og redusere stress rundt henne, og strukturere hverdagen på en bedre måte.

ATLE

Atle (42 år) var henvist til poliklinisk behandling etter et selvmordsforsøk. Han bodde alene,

og hadde flere kortvarige kjæresteforhold bak seg. Arbeidsplassen hans var mannsdominert, og han fikk ofte panikkanfall der. På tross av sterk sosial angst fremsto han fast bestemt på å bli på en arbeidsplass som ikke syntes gunstig for ham. Han møtte alltid til timene i korte bukser og skjorte med vest.

Pasienten avviste ofte mine kommentarer, og repeterte ofte samtaletemaer. Han avbrøt meg stadig, tilsynelatende uten selv å reagere på det. Han kunne ofte ta opp tema som for meg var noe uvanlige i en terapeutisk setting, snakket ut fra egne tankerekker, som om neste tanke måtte uttales høyt idet tanken falt ham inn, og uten å skjønne hvor forvirrende det han fortalte kunne være:

Pasient: Gorillaer er sterkere enn sjimpanser, tror du jeg kunne slåss med en gorilla?

Terapeut: Gorillaer ... (får ikke fullført setning, blir avbrutt)

Pasient: Gorillaer er sjefen i flokken. Tror du jeg kunne slåss med en gorilla? Jeg har sett gorillaer, de er sterke, jeg kunne tatt en gorilla.

Terapeut: Gorillaer er farlige, man bør ikke slåss med gorillaer.

Det var som om han ønsket å holde selvopp-tatte monologer som ekskluderte meg, og når monologen hadde startet, var det ingen av-knapp. Samtalene bar også preg av at han ønsket svar, og samtidig hadde «bestemt» seg. Det var vanskelig å bevege ideen om å bli i jobben han mistriivdes i. Han fremsto med sterk angst, var svært urolig, og ønsket at jeg skulle fortelle ham hva han måtte gjøre for å fungere sammen med kollegaene. Han stusset ofte over det jeg sa. Usikkerhet var svært forstyrrende for ham, og det var ikke rom for at vi kunne undre oss sammen.



I forsøket på å være terapeut var det som om min speiling ikke nådde frem, og mine åpne spørsmål førte kun til mer forvirring

Det kunne for meg virke som vår relasjon ikke utviklet seg over tid, han møtte til samtaler fordi han var blitt fortalt at det var slik det skulle være. Han ga etter hvert selv uttrykk for at nære relasjoner var noe av det vanskeligste han visste, både fordi han ikke visste «hva han skulle si», og fordi han hadde behov for mye stillhet og tid for seg selv for å «sortere tanker». Han grublet mye for å prøve å forstå andres atferd, og delte dette i timene:

Jeg ser forskjellen på et ekte smil og et falskt smil. På jobben i går var det en som ga meg et ekte smil i lunsjen. Jeg gikk bort og spurte om vi skulle finne på noe en dag. Han ga et ekte smil, men jeg forsto ikke kroppsspråket hans, fordi han, samtidig som han smilte, gikk vekk fra meg for å sette seg med noen andre. Det ble totalt forvirrende, og jeg gikk vekk.

Han forholdt seg bokstavelig til det han hørte og leste, som om informasjonen kunne plottes inn i et diagram med «hvis x, så y». Han så mye på fotball, og hadde et favorittlag som han kunne alt om, all detaljkunnskap om årstall, ledelse og spillere. Det som særlig var slående, var at han så alle kamper alene. Det at laget hadde lidd mange tap på rad, ble ifølge pasienten triggeren for selvmordsforsøket.

I terapien ble det avgjørende å skape struktur. Med utgangspunkt i panikkanfall og angst fikk han gradvis trene på å instruere seg selv. Vi måtte gå systematisk og detaljert til verks for at han skulle lære hva angst er, å håndtere noen situasjoner bedre og bli oppmerksom på hvilke vansker han hadde i møte med andre. Store tilpasninger ble ikke foretatt på arbeidsplassen hans, men han fikk et «stille rom», der han kunne trekke seg tilbake. Etter nøye planlegging og rollespill med meg tok han initiativ til et par samtaler med ledelsen, som viste seg fruktbare sammenlignet med hvordan kommunikasjonen med dem hadde vært tidligere.

EDVARD

Edvard (25 år) var henvist til poliklinisk behandling med alvorlig depresjon. Han hadde påbegynt studier ved en høyskole, og bodde i kollektiv. Når jeg så ham komme gående i korridoren på vei til mitt kontor, kom han alltid med stiv, marsjerende gange. Han så alltid forbi meg, som om han festet blikket på mitt øre, satt





Et tydelig fellestrekk ved alle de beskrevne pasientene var ensomhet. De hadde alle et ønske om mer sosial kontakt

alltid rett i ryggen, og fremviste lite mimikk. I samtalen ga han lite respons, og det var vanskelig å få til en dialog. Han kunne fremføre lange monologer, og det kunne virke som om han ikke ønsket å bli forstyrret av mine spørsmål. Den ikke-verbale kommunikasjonen var han blind for.

Hans ønske om sosial kontakt var et gjennomgående tema. Han ville bli kjent med jenter, og dro ofte ut på kveldene for å studere sosialt spill. Hukommelsen hans var svært god, og han leste utallige bøker om kommunikasjon, som han gjenfortalte til meg. Det var som om han studerte en fremmed verden der han satt utenfor og tittet inn. Når han brukte bøkene som manualer, syntes det å gi ham trygghet. Han kunne ofte stille spørsmål i timene for å prøve å forstå ikke-verbal kommunikasjon:

Hva betyr det hvis en jente smiler?

Edvard fortalte etter hvert om dramatiske hendelser fra tiden på ungdomsskolen, med mobbing fra andre elever og utestengelse. Han fortalte om dette uten å gi blikkontakt, uten gester og fortsatt med lite mimikk. Kombinasjonen av fattig mimikk, manglende følelsesuttrykk og det smertefulle i historien han fortalte, var forvirrende for meg. Jeg fikk en følelse av ikke å være i stand til å hjelpe.

Etter hvert fikk jeg lære at han ristet med benet når han var trist. Det hendte også at han gråt i timene. Selv om hans følelsesuttrykk ble tydeligere etter hvert, var det fremdeles slik at jeg opplevde en avkoblethet mellom oss. I behandlingen jobbet vi med tidligere traumer samt mestring av daglige utfordringer. Vi arbeidet med hevntanker etter opplevelsene på ungdomsskolen. Det var meningsfullt for ham å lage systematiske og nøyaktige, dog feilbarlige, oppskrifter på hvordan sosialt spill kunne foregå. Sammen under-

søkte Edvard og jeg hvilke handlingsalternativer han kunne ha i ulike situasjoner, blant annet for «hva betyr det, og hva kan skje, hvis en jente smiler?». Selv om han fortsatt opplevde å være på siden av mye av det sosiale samspillet etter endt behandling, var han mindre deprimert.

KLINISKE KJENNETEGN

Hva var det i kontakten med disse pasientene som vekket mistanke om autisme? Hva gjorde at atferden ble forstått som noe mer enn depresjon, angst eller psykose? For å diagnostisere ASD var det avgjørende å få komparentopplysninger om oppvekst (Helverschou & Steindal, 2008), enten fra foreldre eller andre nære personer. Under utredningene måtte jeg som behandler kartlegge om endringer i atferd var knyttet til symptomer på psykisk lidelse, og forsøke å skille disse fra symptomer på autismespekterforstyrrelse, som alltid hadde vært til stede. Den kliniske vurderingen inneholdt beskrivelser av væremåte som barn, vurderinger av sosialt spill, intensitet i interesser og pragmatiske språkvansker samt symptomer på psykisk lidelse. Selv om ikke de beskrevne trekk i seg selv er spesifikke for autisme, var det noe annerledes, noe kvalitativt gjennomgripende i kontakten med pasientene som jeg reagerte på. I forsøket på å være terapeut var det som om min speiling ikke nådde frem, og mine åpne spørsmål førte kun til mer forvirring. Mine verktøy, som vanligvis fungerte med andre pasienter, fungerte ikke i disse situasjonene. Så hva var det å legge merke til?

Kroppsspråk og mimikk

I journal knyttes status presens-beskrivelser av ikke-verbalt språk og grad av mimikk til vurdering av psykiske lidelser generelt. Det var allikevel noe kvalitativt annerledes ved de beskrevne pasientenes kroppsspråk. Anita satt påfallende rett i ryggen, Atle kunne bli stående midt på gulvet på kontoret, og Edvard hadde en påfallende stiv gange. Alle de beskrevne pasientene hadde et kroppsspråk man la merke til, som ikke alltid var lett å forstå, og som ga et inntrykk av annerledeshet. De kunne ha lite eller unaturlig mimikk eller ansiktsuttrykk, og ga enten for lite eller for mye blikkontakt, som om blikket ikke ble regulert av den sosiale settingen, sosiale spilleregler eller tilbakemeldinger fra andre.

Monolog og egne tema

Særinteresser er et kjennetegn ved mennesker med Asperger syndrom (ICD-10, WHO, 1993). Pasientene kunne holde lange monologer om sine interesseområder uten tilsynelatende å legge merke til mine signaler. Atle fremførte monologer som var vanskelig å avbryte, og Edvard kunne fortsette på egne tema uavhengig av hva jeg spurte om. Anita snakket om sine interesser og alltid i et uvanlig monotont toneleie. Alle kunne snakke uavhengig av om andre som var til stede i rommet, syntes å lytte eller virket å kjede seg, som når Anita ikke fanget opp sanksjonene fra de andre i gruppesettingen. Alle kunne ofte gi uventede responser i samtale, som når Atle plutselig (for meg) begynte å snakke om gorillaer. Pasientene brøt normale konvensjoner, og fanget ikke opp det uskrevne, mellom linjene. Ofte repeterte pasientene budskapene sine, og krevde gehør fra sine omgivelser. De kunne fremvise rigid og ufleksibel atferd, ha vansker med å tilpasse seg endringer i rutiner, som nye tidspunkt for avtaler, som om struktur var noe de holdt fast i som en rettesnor.

Å studere verden utenifra

Ensomhet, sosial angst og depresjon er blant de tema som voksne mennesker med ASD rapporterer som problemer når de søker psykoterapi (Gaus, 2011). Et tydelig fellestrekk ved alle de beskrevne pasientene var ensomhet. De hadde alle et ønske om mer sosial kontakt (Strunz, et al., 2017), om å være «normal», som andre, og hadde et intenst ønske om hjelp. Ensomhet er selvfølgelig ikke spesifikt for autisme, men det var som om de levde på siden av fellesskapet, og søkte informasjon om eller regler for hva man skal og bør gjøre i ulike situasjoner. Edvard ønsket å treffe jenter, Anita ønsket å være som andre, og Atle ville bare passe inn. Alene ble de gående og gruble for å forsøke å forstå det andre fanger opp intuitivt.

Behovet for faktakunnskap

Pasientene hadde store vansker i møte med andre, både på skole, jobb og på fritiden, og måtte lære eksplisitt det de fleste lærer implisitt. Pasientene hadde preferanse for detaljer og faktakunnskap, også når det kom til sosialt samspill. De søkte informasjon, men det var som om de forholdt seg bokstavelig, som om

det fantes en fasit, eller oppskrift på mellommenneskelig kontakt. De så ut til å miste det store bildet i sosiale settinger (Happé & Frith, 2006). I møtene med Edvard kunne jeg oppleve å være et slags oppslagsverk for ham, der han forventet å få svar fra meg så lenge han fortsatte å spørre. Hans frustrasjon var derimot stor når jeg ofte ikke kunne gi ham så konkrete og tydelige svar som han ønsket seg.

Mentaliseringsvansker

Det å forstå egne og andres mentale eller følelsesmessige tilstander på bakgrunn av observerbar atferd ser ut til å være vanskelig for mennesker med autisme (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985). Selv om mange voksne med ASD kan ha lært seg strategier for å håndtere kompliserte sosiale settinger, ser det ut til at den implisitte, automatiske og intuitive mentaliseringsevnen fortsatt er svekket. Som når Anita ikke så ut til å forstå andres ikke-verbale kommunikasjon i gruppen, og da Atle ikke syntes å høre det jeg hadde å si. Det var nødvendig å forsøke å skille symptomer på aktuell psykiske lidelse eller tilstand fra varige trekk. Igjen var det nærpersoners beskrivelser som var avgjørende i denne sammenheng, for å forstå hvordan personen alltid hadde vært, og hva som var annerledes nå.

Å være avkoblet

Sammen med de beskrevne trekk opplevde jeg at pasientene tilsynelatende kunne være relasjonelt og emosjonelt avkoblet under samtalen. Det var som om jeg ikke klarte å oppnå forbindelse, nå helt frem, og som om pasienten var hektet av relasjonen. Jeg opplevde å ikke kunne basere meg på relasjonene på samme måte som i møte med andre pasienter, og det syntes å bety lite hva jeg ga uttrykk for av medfølelse med dem. Jeg satt ofte igjen med følelsen av å være avvist og hjelpeløs. Samtidig vil jeg si at vi



Jeg satt ofte igjen med følelsen av å være avvist og hjelpeløs. Samtidig vil jeg si at vi hadde en slags allianse



hadde en slags allianse. Anita, Atle og Edvard viste meg at arbeidet vårt var betydningsfullt, ved at de alle hadde et intenst ønske om hjelp og ba om informasjon. Flere ganger opplevde jeg også at budskap som jeg ikke trodde pasienten hadde fanget opp, allikevel dukket opp ved senere anledninger, og at jeg hadde tatt feil i mine antagelser om at pasienten ikke lyttet.

BEHANDLINGSTILPASNINGER

Tilpasset kognitiv atferdsterapi er anbefalt behandlingsmetodikk i møte med mennesker med ASD og psykiske lidelser. Høy grad av struktur, forutsigbarhet, oversikt og bruk av visualisering synes å være nyttig i slikt arbeid, samtidig som metodene må tilpasses den enkeltes utviklingsnivå og interesser. Det foreligger flere tilpassede manualer og litteratur som beskriver behandlingsmetodikk ved psykiske lidelser, spesifikt for mennesker med Asperger syndrom (Helverschou, 2012; Wood et al., 2015), der man tar utgangspunkt i at sosiale forståelsesvansker og angst gjensidig kan forsterke hverandre (White et al., 2013).

I de beskrevne behandlingsforløpene var informasjon fra nærpå personer og samtidig klinisk skjønn avgjørende i diagnostiseringen av ASD. Det differensialdiagnostiske arbeidet krevde årvåkenhet når det gjaldt kartlegging av endringer i atferd og symptomer, og behandlingen krevde fokus på hva som kunne hjelpe den enkelte spesielt. Det var nyttig å forklare foreldre og arbeidsgivere hva autisme er, og hvordan situasjoner som går av seg selv for andre, kan bli mentalt overbelastende for en person med ASD. Ved å forklare hvordan dagligdagse hendelser kan bli overveldende kognitivt for en person med ASD, kunne tolkningen *hun har alvorlig tvang* bli til *hun er overveldet og har behov for struktur*, og tolkningen *han er vanskelig* kunne bli til *han er mentalt overbelastet og har behov for pause alene*.

Det var nødvendig med en helhetlig tenkning rundt pasientene. Endringer i omgivelsene og i forståelsen hos nærpå personer førte til færre symptomer på psykisk lidelse. Slik vil behandlingen måtte dreie seg om den enkelte pasient og samtidig involvere personer og omgivelser rundt for å oppnå autismevennlig tilrettelegging og forståelse, og gjennom dette også reduksjon i psykisk lidelse.

Som terapeut måtte jeg legge mine vanlige verktøy til side, og være kreativ når det gjaldt å



Behandlingen innebar at jeg i mindre grad kunne belage meg på det mellommenneskelige mellom meg som terapeut og pasienten. Metodene måtte innebære mer pedagogikk

finne nye tydelige og gjerne håndfaste verktøy under samtalene. Behandlingen innebar at jeg i mindre grad kunne belage meg på det mellommenneskelige mellom meg som terapeut og pasienten. Metodene måtte innebære mer pedagogikk der jeg var mer ryddig og strukturert, og der jeg forsøkte å unngå åpne, undrende spørsmål. Jeg måtte forholde meg mer som en pedagog eller personlig veileder.

Det var svært nyttig å bruke visualisering, med bruk av tavle, tegninger eller strukturerte skjema, som ga et eksternt fokus. Da behøvde vi ikke ha så mye øyekontakt, og pasientene så ut til å like det konkrete og tydeliggjørende ved dette.

Vi kunne bruke rollespill og trene på smalltalk (Statped, 2013) for å øke fleksibilitet og bygge et større repertoar for sosiale settinger. Selv om særinteresser dukket opp igjen i samtalen, kunne bruk av hjelpemidler som billedterninger som viste andre tema, være til hjelp i arbeidet mot den målsettingen vi sammen hadde satt, som med Edvard: *å ha flere ting å si i møte med jenter*.

Det var nyttig for meg å akseptere et fokus utover, mot situasjon og atferd, mer enn å tviholde på et fokus innover mot indre tilstandsbilder. Som i samarbeidet med Anitas foreldre, der vi fokuserte på å legge til rette i situasjoner, og som i arbeidet med Edvard, der vi forsøkte å lage oppskrifter på atferd mer enn å rette oppmerksomheten mot følelseslivet hans. Det var mye å hente på det å lære bort tilsynelatende åpenbare ting, og sette dette inn i anvendelige skjema.

BEHANDLINGSGEVINST

Med tilpassede verktøy vil man kunne behandle den psykiske lidelsen ved å ta hensyn til ASD.

Fra min erfaring i psykisk helsevern antar jeg at vi kan bli bedre på å diagnostisere psykisk lidelse hos mennesker med autisme. Jeg erfarer også at tilrettelagt behandling virker, og at det er spennende å bruke mer pedagogikk i pasientbehandlingen. Selv om ikke samtaletema tilsynelatende fanges opp der og da, da det ikke vises tydelig av pasienten verbalt eller ikke-verbalt, har pasientene allikevel ofte hørt innholdet, og tar det opp igjen ved senere anledninger.

Pasienter med ASD har ofte svært god hukommelse, noe som kan være en sårbarhet dersom man har opplevd vanskelige hendelser, men som samtidig er en ressurs når man skal tilegne seg ny kunnskap. Gode evner til å lage system og orden, oppfatte detaljer, gjen-

kjenne mønstre og systematisere er også kjennetegn ved personer med ASD. Sammen med nøyaktighet, visuell styrke og ærlighet er dette ressurser i terapeutisk sammenheng. Kognitiv atferdsterapi er forankret i logiske tankeregler, tilstandsspesifikk kunnskapsformidling og forståelse av årsak-virkningsforhold, og hevdes å være godt egnet for personer med ASD. Med systematisering, ved å lage leveregler og benytte konkrete øvelser og oppgaver, kan man oppnå god behandlingsgevinst. Arbeidet forutsetter at terapeuten får mulighet ved arbeidsplassen til å være kreativ og gis tid til utforskning, prøving og feiling. Slik kan terapien skreddersys pasientens ressurser og egenskaper, og man kan koble seg på en som oppleves å være avkoblet. ✕

REFERANSER

- Baron-Cohen, S., Leslie, A.M. & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a «theory of mind»? *Cognition*, 21(1), 37–46.
- Gaus, V.L. (2011). Cognitive behavioural therapy for adults with autism spectrum disorder. *Advances in mental health and intellectual disabilities*, 5(5), 15–25.
- Happé, F. & Frith, U. (2006). The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(1), 5–25.
- Helverschou, S.B., Bakken, T.L. & Martinsen, H. (2011). Psychiatric disorders in people with autism spectrum disorders: Phenomenology and recognition. I Matson, J.L. & Sturmey, P. (red.). *International handbook of autism and pervasive developmental disorders* (s. 53–74). New York: Springer Science+Business Media.
- Helverschou, S.B. & Steindal, K. (2008). Diagnostisering av autisme. I Eknes, Bakken, Løkke & Mæhle (red). *Utredning og diagnostisering: utviklingshemning, psykiske lidelser og atferdsvansker* (s. 51–59). Oslo: Universitetsforlaget.
- Helverschou, S.B. (2012). *Behandling av psykiske lidelser hos personer med Asperger syndrom – Erfaringer fra behandling av tvangslidelser ved hjelp av kognitiv atferdsterapi. (Rapport nr. 1/12)*. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for autisme.
- Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., Nyden, A., Wentz, E., Stahlberg, O., ... Leboyer, M. (2009). Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9(35). doi: 10.1186/1471-244X-9-35.
- Lai, M.C. & Baron-Cohen, S. (2015). Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions. *Lancet Psychiatry*, 2(11), 1013-27.
- Lai, M.C., Lombardo, M.V. & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *Lancet*, 383(9920), 896–910.
- Statped (2013). *Håndbok – informasjon og tips til lærere i grunnskolen – om elever med Asperger syndrom*. Stavan-ger kommune. <http://www.statped.no/fagomrader-og-laringsressurser/finn-laringsressurs/sammensattelarevansker/Asperger-syndrom-Handbok---Informasjon-og-tips-til-larere-i-grunnskolen/>
- Strunz, S., Schermuck, C., Ballerstein, S., Ahlers, C.J., Dziobek, I. & Roepke, S. (2017). Romantic relationships and relationship satisfaction among adults with Asperger syndrome and high-functioning autism. *Journal of Clinical Psychology*, 73(1), 113–125.
- Tebartz van Elst, L., Pick, M., Biscaldi, M., Fangmeier, T. & Riedel, A. (2013). High-functioning autism spectrum disorder as a basic disorder in adult psychiatry and psychotherapy: psychopathological presentation, clinical relevance and therapeutic concepts. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263(2), 189–196.
- Vannucchi, G., Masi, G., Toni, C., Dell’Osso, L., Marazziti, D. & Perugi, G. (2014). Clinical features, developmental course, and psychiatric comorbidity of adult autism spectrum disorders. *CNS Spectrums*, 19(2), 157–164.
- White, S.W., Ollendick, T., Albano, A.M., Oswald, D., Johnson, C., Southam-Gerow, M.A., ... Scahill, L. (2013). Randomized controlled trial: multimodal anxiety and social skill intervention for adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(2), 382–394.
- Wood, J.J., Ehrenreich-May, J., Alessandri, M., Fujii, C., Renno, P., Laugeson, E., ... Storch, E.A. (2015). Cognitive behavioral therapy for early adolescents with autism spectrum disorders and clinical anxiety: a randomized, controlled trial. *Behavior Therapy*, 46(1), 7–19.
- World Health Organization (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Diagnostic criteria for research*. Geneve.

Særinteresse: MAT

Autismen veier tyngst i behandlingen av barn med autisme og komorbid spiseforstyrrelse.

TEKST

Henriette Sandven, overlege, og Simen Storvik, vernepleier, Åsebråten barne- og ungdomspsykiatriske klinikk

KONTAKT henriette.sandven@gmail.com

BARN OG UNGE med autismspekterforstyrrelse har ikke sjelden en komorbid spiseforstyrrelse (Gillberg, 1985; Nilsson et al., 1999). Studier viser også en overhyppighet av autistiske trekk hos anorektiske pasienter (Westwood & Tchanturia, 2017). Det ser med andre ord ut til at flere symptomer innenfor de to diagnosene overlapper.

I behandling av spiseforstyrrelser i en sengepost kan barn og unge med autisme ha vansker med å forholde seg til at vekten endrer seg. Når de har begynt å kontrollere kaloriinntak og spising, kan det bli spesielt vanskelig. Disse barna liker stort sett best å forholde seg til konkrete mål, og det kan være utfordrende å følge et standard behandlingsopplegg som innebærer at vekten fluktuerer og øker over tid.

Våre retningslinjer for behandling av spiseforstyrrelser gir ofte ikke tilstrekkelig informasjon om oppfølging og tiltak for pasienter med autistiske trekk og samtidig spiseforstyrrelse. Innleggelse kan by på særegne utfordringer, og krever gode forberedelser. Barn med autisme har behov for høy grad av struktur og mye forutsigbarhet, og det er viktig at den strukturen de har rundt seg til daglig, i størst mulig grad videreføres når de skal legges inn.

Denne artikkelen er en kasusbeskrivelse av en gutt med barneautisme, som har hatt to innleggelse i vår døgnavdeling grunnet alvorlig avmagring. De to innleggelsene forløp svært

ulikt. I det følgende vil vi beskrive hvordan vi etter den første innleggelsen endret og tilpasset praksis til guttens autisme og personlighet, noe som sørget for en helt annerledes behandlingsopplevelse og -resultat.¹

DEN FØRSTE INNLEGGELSEN

En 10 år gammel gutt ble henvist fra barneavdelingen til klinikken vår for behandling, fordi han hadde hatt en dramatisk vektnedgang på kort tid. Han hadde fått diagnosene barneautisme og ADHD ved åtteårs alder. Hans KMI var på innleggelsestidspunktet rundt 14 (vekt 29 kg). Ved innleggelse hadde gutten klassiske symptomer på anoreksi, med utsagn om at han var for tykk og ønske om å bli tynnere.

Gutten er nysgjerrig og informasjonssøkende, og påvirkes lett av ting han leser. I lengre tid hadde han søkt opp informasjon om spisevegring på nettet, og så blitt opphengt i tanker om at mat var farlig. Dette ble vurdert å være en utløsende årsak til at han utviklet anoreksi.

Vi fulgte et standard opplegg for behandling av anoreksi i døgnavdeling, med mål om å øke guttens vekt med 1 kg per uke. Behandlingen består av dynamisk kostplan, aktivitetsrestrik-

.....

1. Foreldrene og gutten har samtykket til at denne artikkelen skrives, og er kjent med innholdet.

sjoner, etablering av regelmessige måltider og normalisering av spising. Et godt samarbeid rundt dette medfører at pasientene når sine behandlingsmål og slik sett selv kan styre tidspunkt for utskrivelse. Slik er det tenkt at pasientenes motivasjon og autonomi i størst mulig grad sikres. For vår gutt gikk det ikke slik. Innleggelsen ble svært krevende for gutten.

Avdelingen valgte å sette søkelyset på spisevanskene, da disse var årsak til innleggelsen og vekt tapet var alvorlig. Døgnbehandling av anoreksi medfører hyppige endringer og tilpasninger, ofte styrt ut fra somatiske forhold som blodprøvesvar og siste vekt. For en gutt med autisme ble dette vanskelig. I tillegg var det en utfordring å avgrense aktiviteter, da gutten var svært glad i fysisk aktivitet.

Under innleggelsen oppsto det krevende situasjoner daglig. Gutten fremsto som ustabil og uforutsigbar. Flere ganger utagerte han brått og voldsomt, og påførte inventar og personalet skader. Det ble journalført tvangsbruk mer enn 25 ganger i løpet av den 5 måneder lange innleggelsen. Tvangsbruken besto stort sett i kortvarig fastholding. Det var en vanskelig og ganske uholdbar situasjon for alle involverte.

Gutten hadde det så slitsomt under døgnoppholdet at vi ønsket å skrive ham ut så snart han nådde målvekten sin. Det tok cirka 20 uker, og han la på seg omtrent 7 kg i denne perioden, altså langt under målsettingen om 1 kg vektøkning per uke.

REFLEKSJONER ETTER FØRSTE INNLEGGELSE

En viktig erfaring fra autismefeltet er at ulike former for stress påvirker funksjonsnivået. Unge med autisme er spesielt sårbare når det gjelder stress. Identifikasjon av stressorer og stressreducerende tiltak er viktig i tilretteleggingen for unge med autisme. Som regel er det de utløsende faktorene vi kan endre på, ved å identifisere dem tidlig. I etterkant av innleggelsen kunne vi tydelig se at vi ikke hadde reflektert godt nok over hva som stresset gutten og hvor mye. Våre behandlingsmål hadde kun vært knyttet til vekt oppgang. Feilprioriteringen førte antageligvis til konstant forhøyet stressnivå hos gutten, med den konsekvens at han utagerte ofte. Vår håndtering av gutten opprettholdt antageligvis den utagerende atferden hans.

Barn og unge med autisme ønsker å oppføre seg som alle andre. Utagering er tegn på



Det ble journalført tvangsbruk mer enn 25 ganger i løpet av den 5 måneder lange innleggelsen

at de har det vanskelig, og et fortvilet rop om at det har blitt for mye stress. Veldig ofte møter vi behandlere disse reaksjonene med egen uro og en tanke om at det er atferden som er selve problemet. Ved å se utfordrende atferd som nettopp det, atferd som utfordrer oss, kan vi våge å møte den med et særskilt ansvar, som barnet ikke har mulighet til å ta selv. Aggressiv atferd bør håndteres gjennom ro og forståelse, og ved å stille lite krav og ha få forventninger i krisesituasjoner.

DEN ANDRE INNLEGGELSEN

Noen måneder etter utskrivelsen begynte gutten igjen å gå ned i vekt. Til tross for et poliklinisk tilbud med samtaler hos vernepleier og ernæringsfysiolog fortsatte gutten å gå ned i vekt. Ett år etter utskrivelse ble han igjen henvist vår døgnavdeling for innleggelse. Ved annengangs innleggelse var gutten igjen nede i 29 kg. Han var svært preget av sin lave vekt.

Før innleggelsen gjennomførte vi flere planleggingsmøter i avdelingen med bakgrunn i erfaringene fra forrige innleggelse. Både gutten selv og personalet hadde mange negative erfaringer fra forrige opphold, og personalgruppen var ganske motvillige til å gå inn i en ny behandling. Samtidig tenkte vi at det ville være mulig å tilrettelegge bedre for ham nå, i og med at vi kjente ham. Vi ønsket å videreføre det som hadde fungert bra sist, og finne nye metoder for å løse utfordringer. I planleggingen utfordret vi personalet til i større grad å se situasjonen fra guttens perspektiv. Han hadde uten tvil vært redd, usikker og stresset under den første innleggelsen, og vi ville nå rette oppmerksomheten mot hvordan vi kunne ivareta behovene hans bedre. Vi tok nå mer høyde for autismen hans og opplevde raskere å nå behandlingsmålene på en mindre inngripende og stressende måte for gutten. Opplegget vi utarbeidet, var i stor grad basert på pragmatisk skreddersøm tilpasset ham.

Vi la opp et behandlingsløp der gutten selv fikk påvirke sin situasjon. Under den første inn-



leggelsen ble han veid, fikk resultatet og eventuell økning i kostplan presentert og deretter gjennomført samme dag. For barn med autisnevansker vet vi at mange endringer på en dag er svært stressende, og dermed kan føre til utagering. Ved å fordele endringene utover uka, og la han selv bestemme når og hvordan en eventuell økning i kostplanen skulle gjennomføres, håpet vi at han skulle bli mindre stresset, og følgelig utagere færre ganger. Vi tenkte at det var en ganske stor sjanse å ta, men resultatet ville uansett gjenspeiles i vektutviklingen, noe både gutten og vi var klar over. Han fikk på forhånd beskjed om hvilke dager endringer ville komme.

En av hovedutfordringene ved den første innleggelsen var det voldsomme temperamentet til gutten – og måten det ble møtt på. Det ble bestemt ved annengangs innleggelse at han skulle få være alene når han var sint. Å være alene var noe han selv også mente hjalp. Dette drøftet vi mye med personalet under innleggelsen. Personalet har ansvar for å passe på at barnet er trygt og ikke skader seg selv. Det å trekke seg unna et barn som åpenbart har det vanskelig, opplevde mange som uprofesjonelt og utrygt. Likevel følte vi oss sikre på at det var den mest effektive måten å roe og trøste han på.

Et uttalt mål for oss var å lære å kjenne gutten så godt at vi så når han trengte alenetid. Tanken var at vi skulle registrere kroppsspråk og atferd som signaliserte at han var stresset. På denne måten kunne vi hjelpe han med å kommunisere sine behov bedre og bli mindre avhengig av hjelp på lengre sikt.

For å dempe aggresjon var det viktig å forsterke positiv atferd. Foreldrene hadde et belønningsskjema de hadde brukt hjemme over en lengre periode, slik at det var kjent for gutten. Vi innførte det samme systemet i avdelingen. Vi satte opp belønning for de oppgavene han vanligvis fikk belønning for hjemme, og lot foreldrene administrere dette. Det gjaldt oppgaver han hadde uavhengig av spisevanskene, og belønningen var kontanter.

På avdelingen ble det innført en dagsplan som gutten selv styrte. Vi hadde noen faste punkter som skulle være med, men han fikk styre hvor mye han skulle være alene og sammen med personalet. Vi så at vi hadde å gjøre med en gutt som hadde fått ernæring som en særinteresse. Vi støttet denne særinteressen og lot han selv velge de økningene han trengte for å gå opp i vekt. For å øke motivasjonen hans

for å spise ble det innført et eget belønningssystem for kaloriinntak per dag. Dersom han spiste 500 kalorier mer enn det som var oppført på kostlista, fikk han gjøre flere aktiviteter. Dette ble en naturlig forsterker for han.

Ganske raskt så vi at han hadde god kontroll over matinntaket, og at han gikk opp i vekt raskere enn vi hadde planlagt. Gutten vokste på ros og viste et stort konkurranseinstinkt, og det han selv fikk til i løpet av innleggelsen, imponerte oss. Vi omdefinerte oss til trenerne hans. Han hadde en fast samtale med oss behandlere hver onsdag, men ble oppmuntret til å stille spørsmål til personalet underveis, samt skrive spørsmål han hadde i en bok som vi tok fram under samtale. For å tilpasse behandlingen og ivareta det som ble vanskelig for ham, var det viktig at vi fikk beskjed når han reagerte på noe. Ofte er det vanskelig for barn med autisme å ta opp dette på en adekvat måte når de står midt i situasjonen. Boka ble et viktig verktøy som gjorde at vi fikk innblikk i hva vi gjorde bra, og hva vi kunne gjøre bedre. Vi etterstrebet å gå han i møte på det som var vanskelig, slik at han fikk en følelse av å påvirke egen situasjon. Utover i behandlingen kunne vi si at vi skjønte at han syntes ting var vanskelig, men at vi ikke fikk gjort noe med det. Når han opplevde å bli tatt på alvor, godtok han at han ikke alltid kunne få det slik han ønsket.

Vår bekymring for spisevanskene ga seg ganske tidlig i forløpet, og vi kunne begynne å utforske årsakene til spisevanskene hans og snakke om hvordan det var å leve med autisme. Vi så en gutt som i løpet av 7 ukers innleggelse gikk opp nesten 10 kg i vekt, men der den viktigste endringen var en stor bedring i hans selvbylde og følelse av å ha kontroll. Han fremsto glad og viste oss bilder han hadde tatt av seg selv før og nå, der han kommenterte at han ser mye bedre ut nå. Vi fikk en følelse av at endringen i vekt og kroppsbilde ville være mer varig etter denne inn-



Veldig ofte møter vi behandlere disse reaksjonene med egen uro og en tanke om at det er atferden som er selve problemet

leggelsen. Gjennom oppmuntring, positiv forsterkning og støtte behandlet gutten seg helt frisk fra sin anoreksi på 7 uker. Vi tok initiativ til en feiring der vi friskmeldte gutten fra anoreksien, og etter dette ga også anoreksitankene hans slipp.

UTAGERING SOM TEGN PÅ HØYT STRESS

I løpet av de 7 ukene oppsto det to episoder med utfordrende atferd. I den første ble det brukt tvang i form av kortvarig fastholding. Vi ser i ettertid at dette kunne vært unngått dersom vi hadde vært mer forutseende og trukket oss unna da vi så at han hadde det vanskelig. Ved at vi hadde snakket mye om slike episoder i forkant av innleggelsen, kunne vi ha en god gjennomgang av hendelsen med de involverte. Personalet ble med på å rette oppmerksomheten mot hva vi kan gjøre i vanskelige situasjoner, fremfor hva gutten gjør.

Episoden med tvangsbruk oppsto svært tidlig i oppholdet. Bakgrunnen var en rekke faktorer som førte til et høyt stressnivå. Det var en annerledes dag, hans bursdag. I tillegg var det fast veie- og samtaledag, og han hadde ikke gått opp så mye som han selv hadde håpet på, eller som han visste at vi håpte. Han ønsket hver uke å øke sin vekt med 1 kg, men siste uke hadde det stoppet litt opp. Han var redd dette ville medføre en økning i kostplanen hans, slik konsekvensen av manglende vektoppgang hadde vært ved forrige innleggelse.

Gutten viste denne dagen gjennom kroppsspråk og atferd at han ikke ønsket en samtale med behandlere. Han var stiv og holdt i kroppen, og svarte ikke på tiltale. På oppfordring fra personale om å komme ut av rommet, ropte han aggressivt «GÅ!». Dette var tydelige signaler om å trekke seg unna. Personalet ba ham imidlertid om å roe seg ned og å snakke med en hyggeligere stemme. Dette førte til en heftig utagering med voldsbruk og spytting på personale, og selvskading ved at han klorte seg i ansiktet. Ved gjennomgang av episoden var alle som var til stede, enige om at gutten hadde formidlet seg på en tydelig måte. I stedet for å korrigere oppførselen hans burde vi ha forstått og respektert hans ønske om å få være alene. Gutten fikk en beklagelse av oss etter hendelsen, noe han satte pris på.

To dager etter episoden med tvangsbruk fikk gutten et nytt raseriutbrudd. Personalet hadde glemt å bestille taxi til hjemturen, og han var svært opptatt av å komme seg hjem til avtalt tid. Han begynte å rope og kaste ting rundt seg.

I tråd med gjennomgang fra forrige hendelse ble personalet instruert i å holde seg unna. Til slutt ble han møtt på en rolig, ikke-truende og trøstende måte. Han ble forsikret om at taxi var på vei. Det ble også innrømmet at dette var vår feil, og han fikk ros når han klarte å roe seg ned. Denne episoden var viktig både for personalet og for gutten. Personalet i avdelingen fikk demonstrert at det fungerte å være ekstra rolig når han var urolig. Han påpekte selv etter hendelsen at det var godt å bli møtt slik.

De neste ukene oppsto det flere situasjoner som ved forrige innleggelse nok ville ha ført til utagering og tvangsbruk. Måten gutten ble forstått og møtt på hos personalet, medførte imidlertid at han klarte å samle seg. Det løste seg ved at han fikk alenetid når personalet kunne se at han var overveldet, og de fikk ofte tillatelse av ham til å sette ord på det i etterkant. Denne håndteringen satt i et system gjorde at gutten følte seg tryggere, og ble gradvis mer fornøyd etter som ukene gikk.

ET HELHETLIG TILBUD

Barn med komorbiditet byr på ekstra utfordringer i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder spesielt pasienter med grunnleggende funksjonsvansker som autismspekterforstyrrelse og psykisk utviklingshemning. Disse pasientene vil ha liten nytte av et høyspesialisert helsevesen med høy kompetanse på enkelttilstander, men har behov for et helhetlig tilbud der en tar utgangspunkt i de grunnleggende vanskene. Når disse pasientene innlegges i døgninstitusjon, kreves et godt forarbeid, og ideelt sett bør innleggelsen skje ved en institusjon med kompetanse på grunnvanskene. Kasusbeskrivelsen viser at barn med komorbid autisme og spisevegring trenger en skreddersydd tilnærming for å nå behandlingsmålene, der autismevanskene tas hensyn til i utforming av tiltak og mål for behandling. ✕

REFERANSER

- Gillberg, C. (1985). Autism and anorexia nervosa: related conditions? *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 39, 307–312.
- Nilsson, E.W., Gillberg, C., Gillberg, C.I. & Råstam, M. (1999). Ten year follow-up of Adolescent-Onset Anorexia Nervosa: Personality disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(11), 1389–1395.
- Westwood, H. & Tchanturia, K. (2017). Autism spectrum disorder in anorexia nervosa: An updated literature review. *Current Psychiatry Reports*, 19(7), 41

Psykologers fremtid

Jo mer vi generer viten om psykologiske virkninger av, så vel som årsaker til samfunnsproblemene, jo mindre sannsynlig er det at psykologer vil tilbringe store deler av sin arbeidsuke på inngående psykoterapier med enkeltindivider. Psykologer vil bruke større deler av sin tid på forebygging enn på behandling, på service overfor organisasjoner, organisere seg på nye måter, inngå mer i samarbeid med medisin enn psykiatri.

Psykologer behandler i stadig større grad mennesker uten psykiatriske diagnoser. Psykologi vil måtte utvikle andre tiltaksprogrammer som selvhjelpsgrupper, kriseintervensjoner, gruppeprogrammer overfor livsproblemer skapt av samfunnsendringene og forbeholde psykoterapi til individer som vanskelig lar seg hjelpe med andre midler.

Selvstendig praksis blant psykologer vil nok øke, men vil utvikle et bredere servicetilbud, fra generell praksis til automatisert evaluering, daghjem for utsatte barn, helsepsykologi, som stress- og smertemestring, stimuleringsprogrammer for eldre og industrikonsultasjon for å nevne noen. Sannsynligvis vil flere slå seg sammen i grupper som tilsammen kan utgjøre et bredt tilbud. Psykologer vil i økende grad hjelpe folk med å utvikle og opprettholde sunn livsstil som forebygger sykdom som må behandles medisinsk, f. eks. røyking og fedme. Psykologer vil bli stadig mer trukket inn i arbeid med høyrisik sykdommer som bedres med psykologiske tiltak, med overholdelse av medikamentelle regimer, og generell helseatferd. Psykologer vil gå inn i utvikling av programmer for å øke eldres livskvalitet.

Psykologi vil selv ta teknologien i bruk og utvikle EDB-programmer for rutinearbeid, testing og diagnostisk evaluering, generering av databaser for programevaluering og utvikling av programmer basert på terapeutiske prinsipper. Psykologer vil måtte bruke mer tid i fremtiden på å vurdere kostnadene av sin virksomhet og dens effektivitet.

Denne sannsynlig endrete profesjonelle scene må følges opp av forskning. En profesjon kan bare rettferdiggjøre sin praksis ved at den er forskningsbasert. Det er tegn også hos oss til en del ukritisk praksis finner sted ettersom profesjonen ekspanderer. Det er nødvendig med videreutvikling av etiske regler både for praksis og for forskning, og forskning på etikkoppfatning.

Fra Anna Louise von der Lippe's artikkel «Klinisk forskning i 1980-årene», i supplement nr. 4, 1988

Aktuelt

Ung uføretrygd

I dag mottar vel 16 000 personer under 30 år uføretrygd fra NAV, og vi ser en dobling i antall varig uføretrygdde siden 2006.

Mange har dramatisert denne veksten de siste årene, men NAV-rapporten «Vekst i uføretrygding blant unge» ønsker å nansere bildet. For utviklingen skyldes et samspill mellom flere faktorer: Demografiske endringer medfører at det er flere unge i befolkningen. Endringer i regelverket medfører at man raskere får avklart hvorvidt man har rett til uføretrygd, og dermed er yngre når trygden innvilges. I tillegg peker man på at flere unge overlever prematur fødsel, og dette ser ut til å gi økt forekomst av alvorlige psykiske lidelser, uansett forekomst av funksjonshemming. Man ser også at flere lever lenger med alvorlige psykiske lidelser.

«Psykisk utviklingshemming, medfødte misdannelser og kromosomavvik er de viktigste medisinske årsakene til at uføretrygd innvilges før fylte 20 år» kan vi lese i rapporten, og autisme og Asperger syndrom er de to hyppigst forekommende lidelsene.

Arbeidsminister Anniken Hauglie sier til VG 27. juni at de vil jobbe for å bedre legge til rette for at utsatte grupper kan delta i arbeidslivet. For selv om unge utgjør en liten andel av uføretrygdde, forteller også tall fra NAV at over 90 prosent av de med Asperger syndrom står utenfor arbeidslivet. «Den lave yrkesdeltakelsen er et nederlag, både for individet selv og for samfunnet», skriver Merete Mostue i Sunnmørs-posten 5. juli. Hun er daglig leder i Spesialistbedriften, som arbeider for å skape arbeidsplasser for mennesker med Asperger syndrom.

Nylig har også Norges blindeforbund pekt på at hver tredje unge synshemmede har uføretrygd. Nær halvparten av de synshemmede har høyere utdanning, et tall som er høyere enn i befolkningen ellers. Og nesten alle ønsker seg inn i jobb. Blindeforbundet uttrykker bekymring for at unge synshemmede får uføretrygd i stedet for bistand for å komme ut i arbeid.

Kilde: «Vekst i uføretrygding blant unge», Arbeid og velferd (2/2018); «Svært mange unge synshemmede gis uføretrygd» fra blindeforbundet.no

Psykologtidsskriftet



Under radaren

Hvor mange psykologistudenter skulle vært stoppet underveis i profesjonsstudiet fordi de ikke er egnet til å drive utredning og behandling? spør psykologspesialist og universiteslektor Jørgen Sundby.

Les Hovedinnlegget på de neste sidene.

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.

HOVEDINNLEGG

Hovedinnlegg i Psykologtidsskriftet er en kronikk om en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 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.



PSYCH

Jill Thomson 18

Skikket til å bli psykolog

Selv om skikkethetsrutinene ved universitetene er omfattende, er det ikke ofte det meldes tvil om psykologstudentenes skikkethet til å utøve psykologrollen. Hvor mange saker går «under radaren»?

JEG HAR DE SISTE FEM ÅRENE hatt rollen som institusjonsansvarlig for skikkethet ved UiT, der 6000 studenter ved helsefag, sosialfag og pedagogiske utdanninger er underlagt et omfattende skikkethetsreglement. I denne rollen mottar jeg nærmere 20 tvilmeldinger om skikkethet i året og vurderer disse sakene i samarbeid med jurist.

I 2006 innførte alle universitet og høyskoler i Norge skikkethetsreglement og formelle prosedyrer for skikkethetsvurdering av studenter som utdanner seg til å bli helsepersonell, sosialarbeidere eller pedagoger. Hensikten med reglementet er å beskytte pasienter, klienter og elever fra studenter som åpenbart ikke er skikket for framtidig utøvelse av yrkesrollen. Saker om helsepersonell, også psykologer, meldes hvert år til en helsepersonellnemnd. Flere mister sin lisens og retten til å utøve yrket for en periode. Universitetene er også gitt et større ansvar for å vurdere framtidig helsepersonells skikkethet allerede under utdanningen.

Pedagog- og sykepleierutdanningen har hatt lang tradisjon for skikkethetsvurdering, mens det har tatt lengre tid å få innført ordningen ved breddeuniversitetene. Universitetene mente lenge at det burde være «høyt under taket» med tanke på å akseptere studenter som ikke var helt vanlige. Videre ble det hevdet at det var tilstrekkelig med den evalueringen universitetet allerede gjorde gjennom eksamener, innlevering av oppgaver og arbeidskrav, og evaluering av klinisk studentpraksis.

Før det nye skikkethetsregimet ble innført i 2006, kom det imidlertid jevnlig tilbakemeldinger fra praksisfeltet om utfordringer knyttet til skikkethet. Fra tid til annen var det studenter, som på tross av at de formelle kvalifikasjonene var i orden, ikke opplevdes som skikket for yrkesutøvelsen. Tvilen kunne bli så stor at praksisfeltet mente det var uforsvarlig at studentene møtte pasienter. Ved stryk i klinisk praksis kunne studentene prøve seg en gang til, og det finnes også flere eksempler på studenter som søkte og fikk innvilget mer enn to forsøk på å bestå praksis. Dette ble ansett som uholdbart, og noe måtte gjøres. Tanken om et eget skikkethetsreglement og prosedyrer for skikkethetsvurdering vant derfor fram politisk på slutten av 90-tallet.

Fra 2006 har alle universitetene i Norge implementert skikkethetsvurdering som et kontrollsystem, utover vanlig studentevaluering. Tvilmeldingene om skikkethet kommer fra ulike helsefaglige, sosialfaglige og pedagogiske studier ved universitetene og de fusjonerte høyskolene, herunder også saker fra profesjonsstudiet i psykologi. I 2015 var det omtrent 60 000 studenter på studier i hele Norge som ble omfattet av skikkethetsvurdering. Totalt ble det meldt inn 150 tvilmeldinger samme år, litt økende i årene etter. Av disse tvilmeldingene omhandler 2-3 hvert år psykologistudenter ved norske universitet som utdanner psykologer. Nylig har det også blitt avsagt to dommer i rettssystemet som gjelder



JØRGEN SUNDBY,
psykologspesialist
og universitetslektor,
Institutt for psykologi,
Universitetet i
Tromsø - Norges
arktiske universitet
(UiT)

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

SKIKKETHET





Av disse rundt 150 tvilsmeldingene omhandler 2-3 hvert år psykologistudenter ved norske universitet som utdanner psykologer

profesjonsstudenter i psykologi. Dommene stadfestet de vedtak som var gjort i klagenemdene ved UiO og NTNU. Begge studentene ble ute-stengt fra psykologistudiet i flere år på grunn av tvil om skikkethet for psykologyrket.

HVA ER DET SOM KAN FØRE TIL TVIL?

I prinsippet er det studentrollen og den kommende yrkesrolle som skal vurderes når det gjelder skikkethet, og ikke forhold utenfor studiet. Likevel må det gjøres en helhetlig vurdering fordi også utenom studiene kan det være forhold som fører til tvil om en students skikkethet. Det kan for eksempel være mistanke om bruk og/eller omsetning av narkotika, eller varslings om alvorlig trakassering i privatlivet. Psykologyrket er i stor grad tuftet på tillit til psykologens personlige integritet og dømmekraft. Selvfølgelig har også psykologistudenter lov til å ha et komplisert privatliv og personlige vansker, men forhold utenfor studiet kan komme i betraktning dersom disse forholdene klart virker inn på utøvelsen av yrkesrollen.

I skikkethetsreglementet som gjeder for alle helsefag- og sosialfagsstudenter, er det åtte kriterier som skal vurderes: 1) Manglende vilje eller evne til omsorg, forståelse og respekt for pasienter, klienter eller brukere. 2) Manglende vilje eller evne til å samarbeide og til å etablere tillitsforhold og kommunisere med pasienter, klienter, brukere, pårørende og samarbeidspartnere. 3) Truende eller krenkende atferd i studiesituasjonen. 4) Misbruk av rusmidler eller tilegner seg medikamenter på ulovlig vis. 5) Problemer av en slik art at studenten fungerer svært dårlig i forhold til sine omgivelser. 6) Liten grad av selvinnsikt i forbindelse med oppgaver i studiet og kommende yrkesrolle. 7) Uaktsomhet og uansvarlighet som kan medføre risiko for skade av pasienter, klienter eller brukere. 8) Manglende vilje eller evne til å endre uakseptabel atferd i samsvar med veiledning.

De fleste kan vel slutte seg til at dette er viktige forhold å vurdere hos en psykologistudent, men det er innlysende at vurderingene av hvert punkt er vanskelige, og i de fleste tilfeller vil bygge på skjønn. Det vanskelige består i å avgjøre hvor grensen går, før man hevder at studentens væremåte strider mot en eller flere skikkethetskriterier. Flere forhold kan ligge bak at skikkethetskriteriene blir berørt. Det kan være alvorlig psykisk lidelse og/eller rusmisbruk, eller at studenten framviser grov umodenhet, svak dømmekraft eller krenkende atferd i studentrollen eller i sitt private liv. I de senere årene har også krenkende utsagn og meldinger på sosiale medier vært bakgrunnen for tvilsmeldinger om skikkethet.

Som det framgår i reglementet, er det et kriterium at studentene kan oppleves å ha begrenset innsikt i sine egne utfordringer, og er svært vanskelig å veilede. Den kliniske veiledningen ved psykologistudiet er i utgangspunktet en dialog mellom studenter og veileder, men av og til må veileder være mer tydelig og bestemmende overfor studenten. Særlig gjelder dette overfor studenter som åpenbart har vansker med sin rolleforståelse og ikke fungerer tilfredsstillende som studentterapeut. Veileder må da bli mer tydelig, og vurdere om denne tydeligheten og krav om endring fører til reell endring hos studenten. Et eksempel kan være en student som stadig forsover seg til veiledning og ikke stiller forberedt. Årsaken oppgis å være søvnvansker. Uansett årsak bør studenten til slutt få kniven på strupen med krav om oppmøte og bedre forberedelser. Det bør også avtales evaluering av om hvorvidt forbedring skjer.

Medstudenter kan også melde tvil om en students skikkethet. Et eksempel kan være bekymring om en som jevnlig røyker hasj og forfekter svært

liberale holdninger til bruk av illegal narkotika overfor medstudenter. Andre eksempler kan være krenkende atferd i gruppearbeid på studiene, eller utagering på studentfester eller i sosiale medier. En siste type tvilsmeldinger kan være om alvorlige forhold i studentens privatliv som ansatte ved universitetet sjelden vet noe om. Det være seg for eksempel vold i private relasjoner, #metoo-episoder utenfor universitetet eller barnefordelings-/barnevernssaker der studenten har mistet omsorg og samvær med egne barn.

LØPENDE SKIKKETHETSVURDERING

Alle universitetsansatte og praksisveiledere ved psykologistudiet er pålagt *løpende skikkethetsvurdering* av studentene. Studentene ved profesjonsstudiene i psykologi blir i prinsippet løpende vurdert for skikkethet fra den dagen man påbegynner sitt studium. Dette skjer i alle studentaktiviteter gjennom hele studiet, men spesielt i praksisperioder. Alle lærere, både fast ansatte og praksislærere samt studentene skal kjenne til skikkethetsreglementet. Dette ligger åpent på universitetenes hjemmesider sammen med videoforelesninger om emnet. Ideelt bør man tidlig i profesjonsstudiet i psykologi, og før perioder med klinisk praksis, gi studentene undervisning med case-eksempler om hva som kan føre til tvil om skikkethet, og hva man kan gjøre med det. Dette har man for eksempel gjennomført ved profesjonsstudiet ved UiT de siste seks årene.

Lærere og veiledere bør så tidlig som mulig ta opp med en student dersom det oppstår tvil om skikkethet, og gi studenten en sjanse til å gjøre noe med det. Slike samtaler bør skriftliggjøres, og det bør avtales tidspunkt for evaluering. De fleste saker løses på denne måten, gjennom dialog og avtaler mellom praksisveileder, fagansvarlige på universitetene og studenten. Saken løses i minnelighet, studenten tar kritikken til følge og greier å endre seg slik at tvilen blir mindre.

Selv om skikkethetsreglementet er implementert på universitetene, er nok fortsatt ikke alle ansatte klar over sitt ansvar om skikkethet. Det kan være mer fristende å vente til et kurs eller praksis er over og slippe å konfrontere studenten med sine bekymringer. Kanskje man håper at andre ordner opp senere, eller at problemene løser seg av seg selv. Derfor er det viktig at denne delen av universitetsansattes ansvar vies tid, at det gis opplæring og ikke minst kolle-

gastøtte. For det første er sakene tidkrevende og ofte ubehagelige. Når man kritiserer en student, kan det føre til konflikt mellom veileder og studenten. Mange studenter er rettighetsbevisste og kan protestere. De kan kritisere veileder tilbake, og noen studenter melder inn de ansatte som har meldt bekymring om dem. I noen saker kan også studentene ha rett i at de ikke har fått den veiledning de har krav på, eller ikke er blitt varslet om stryk ved halvgått praksis. Ansatte bør dokumentere hendelser i praksis og veiledning skriftlig, og ekstra tiltak må prøves ut og evalueres. I den videre saksgang er man nødt til å ha gode skriftlige beskrivelser av hva som faktisk har foregått i fagaktivitetene, og hva som ble avtalt. Hukommelsen er som kjent skrøpelig, og det blir feilkilder om man i ettertid forsøker å rekonstruere hendelser som for lengst er avsluttet. Uten skriftlig dokumentasjon av faktiske hendelser er skikkethetsvurdering vanskelig. Lærere og praksisveiledere bør derfor føre notater når de veileder psykologistudenter. Det har vært spørsmål fra veiledere om dette er tillatt, og myndighetenes svar er helt klart. Praksisveiledere har rett til å skrive notater og føre logg fra den undervisning de bedriver.

Medstudenter kan også synes det er vanskelig å melde tvil om sine samtidige og være redd for represalier. Samtidig kan ikke tvilsmeldinger om skikkethet meldes anonymt. En framgangsmåte kan være at en student som er bekymret for en medstudent, tar det opp med sitt fagmiljø og forteller om sine erfaringer. Fagmiljøet tar så ansvar for å vurdere om informasjonen gir tvil om studentens skikkethet, og fronter eventuelt saken videre i universitetssystemet. Denne framgangsmåten er ikke uproblematisk, men kan være en mulighet til å få undersøkt tvilen nærmere, uten at de studentene som varsler, skal føle seg utrygge. På den annen side er det å få en anonym tvilsmelding fra «noen der ute» en stor belastning for den studenten det gjelder, og anses som en trussel mot rettssikkerheten. Det er derfor god grunn til å oppfordre også medstudenter til å komme med begrunnede og underskrevne tvilsmeldinger istedenfor å melde noe anonymt.

SEIN PRAKSIS ET PROBLEM

Et problem i psykologistudiet er at klinisk praksis kommer seint i studieløpet. Kurs og praksis tidligere i studiet er ofte korte og uten tette og langsgående lærer-student-relasjoner. >>

Lærerne oppdager sjelden eventuelle utfordringer med skikkethet ved slike kurs. Det kan føles ekstra belastende for en praksisveileder for første gang å uttrykke tvil om studentens skikkethet langt ute i studiet. Studenten og de som skal vurdere saken, vil kunne spørre om hvorfor ingen har sagt fra før, og hvordan studenten kan ha unnagjort over halvparten av studiet uten anmerkning. En måte å løse dette på er gjennom opprettelse av tutorgrupper helt fra starten av profesjonsstudiet. En fast lærer følger disse gruppene over tid og blir kjent med hver student. Dette gir større mulighet til å komme tettere inn på studentene før klinisk praksis, og til å ta opp og forhåpentligvis gjøre noe med enkeltstudenters personlige utfordringer. Slike tutorgrupper er implementert på flere profesjonsstudier, for eksempel i psykologi og på medisin ved UiT, de siste årene.

En annen utfordring i løpende skikkethetsvurdering er at mange praksisveiledere egentlig er terapeuter og i mindre grad liker en mer evaluerende rolle. De kan synes det er ubehagelig å konfrontere en student med at hun ikke fungerer godt nok. Når en student har vansker, får man ofte empati med og forståelse for studentens livssituasjon. Man vil gjerne hjelpe dem, slik at de igjen trives og lærer. Empati og forståelse er en viktig del av veilederrollen, men studenten er ikke veilederens pasient. I løpende skikkethetsvurdering må veileder også stille seg spørsmålet om man ville anbefalt denne studenten som terapeut for en som virkelig trenger hjelp. Hvis svaret er et åpenbart nei, så er det kanskje en skikkethets sak. Her er en konkret case fra UiT:

Studenten var for privat med pasienten. Veileder overhørte en samtale der pasienten, mor til to barn, var i konflikt med barnevernet og uttrykte sterke kritiske holdninger. Studenten bekreftet mors kritikk, og fortalte at hun selv hadde dårlige erfaringer med barnevernet. Da veileder tok opp med studenten at dette var upassende, fikk man lite gehør. Studenten mente veileder var for kritisk. Denne og flere andre episoder gjorde at veileder, student og fagansvarlig ved universitet møttes for å drøfte studentens videre praksis. Det ble klart uttrykt at studenten måtte forandre stil, og flere forbedringspunkter ble skriftliggjort. Uka etter avsluttet studenten på eget initiativ pasientsaken og sykemeldte seg, uten først å konferere med veileder. Veileder sendte nå en tvilmelding om studentens skikkethet til institusjonsansvarlig for skikkethet ved universitetet.

TVILSMELDING OG SÆRSKILT SKIKKETHETSVURDERING

Ved tvil om en students skikkethet for framtidig yrke kan universitetsansatte, medstudenter, folk i praksisfeltet og andre aktører sende en begrunnet tvilmelding til «institusjonsansvarlig for skikkethet». Alle universitetene har en slik institusjonsansvarlig. Denne skal ha erfaring fra praksisfeltet, og utreder tvilmeldingene, ofte sammen med en jurist. Fra tvilmelding blir sendt, er det en «særskilt skikkethets sak» i universitetssystemet med egne regler for videre saksgang. Taushetsplikt rundt saksbehandlingen etter forvaltningsloven gjelder. Institusjonsansvarlig kaller inn studenten til en eller flere vurderingssamtaler, og henter inn andre opplysninger som anses som relevante for å belyse saken. Ofte snakker man med fagmiljøet, praksisplassen eller andre. Man kan også, med studentens samtykke, hente inn helseopplysninger, politisaksdokumenter eller for eksempel ta screenshots fra sosiale medier. Håndteringen bør være transparent, og studenten gis tilgang til alle dokumenter i saken, herunder tvilmeldingen. Studenten har ikke rett på å få dekket

utgifter til advokat i denne fasen av skikkethets saken, men oppfordres gjerne til å ha med seg en talsperson til møtene.

Institusjonsansvarliges vurderingsperiode kan strekke seg over noen måneder, noen ganger over flere år. I utgangspunktet står studiet rettet sterkt, og man plikter å vurdere om tiltak og tilrettelegging i videre studier kan gjøre tvilen om skikkethet mindre. Den institusjonsansvarlige følger «dialogsporet» med studenten, forutsatt at denne samarbeider og går med på de tiltak som foreslås. Institusjonsansvarlig har også mulighet til å vedta midlertidig utsettelse av studentens praksis mens skikkethetsvurderingen pågår. Dette kan gjøres hvis tvilmeldingen er spesielt alvorlig, eller hvis studenten ikke samarbeider, for eksempel lar være å møte til vurderingssamtale.

«Utvidet oppfølging og veiledning» er et vanlig tiltak i særskilte skikkethets saker. Det kan for eksempel være at studenten skal få prøve ut en praksis, men med tettere veiledning og tilrettelegging enn vanlig. De faglige krav til praksisen kan ikke fravikes, men organiseringen rundt praksis kan være en annen. Hva den utvidede veiledningen skal handle om, avtales mellom institusjonsansvarlig, fagmiljø og student. Man kan også avtale at studenten får rådgivning eller behandling hos en studentrådgiver eller i helsevesenet, eller for eksempel frivillig tar rusmiddeltester i en periode. Institusjonsansvarlig har ansvaret for at utvidet oppfølging blir gjennomført og evaluert, men det er oftest fagmiljøene som står for selve tiltaket. Tvilen om studentens skikkethet bør bli klart mindre før saken avsluttes.

En annen løsning er at studenten blir anbefalt å ta permisjon. Vedkommendes livssituasjon er ikke slik at videre studier er forsvarlig, men man tenker at en pause kan endre på dette. Før studenten kommer tilbake, bør han da vise endring, for eksempel gjennom god funksjon i et relevant arbeid, eller på andre måter vise at han igjen er klar for å studere. I noen tilfeller anbefaler man studenten å avslutte studiene. Dette kan skje hvis utvidet oppfølging er prøvd, men ikke har ført fram. Problemene som førte til tvil, for eksempel alvorlig rusmisbruk eller alvorlig psykisk lidelse, kan i seg selv være uforenlig med at studenten skal få møte pasienter, selv med utvidet oppfølging og veiledning. Å avslutte studiene kan skje frivillig, gjennom at studenten innser at å slutte gjennom

«avskjed i nåde» er bedre enn at det blir nemndssak med utestengelse. Det må først vurderes som sannsynlig at studenten faktisk slutter, og ikke begynner på et lignende studium ved et annet universitet.

SKIKKETHETSNEMD OG VIDERE SAKSGANG

Som siste og mest inngripende tiltak kan institusjonsansvarlig legge skikkethetsaken fram for universitetets skikkethetsnemnd. Dette gjøres oftest med tanke på utestengelse av studenten fra videre studier. Fra dette tidspunktet har studenten krav på å få dekket utgifter til advokat, og kan selv møte i nemnda og uttale seg i saken. Skikkethetsnemnda består av en leder fra et relevant fakultet samt medlemmer fra helse-, sosial- og pedagogutdanninger ved universitetet, praksislærere, representanter fra praksisfeltet, studenter og en ekstern jurist. Nemnda behandler saken og kan instille på utestengelse av studenten fra videre studier i inntil fem år. Dersom nemnda mener saken er for dårlig utredet, kan de sende den tilbake med krav om bedre utredning eller mer utprøving av tiltak. Nemndas innstilling behandles i universitetets klagenemnd. Derfra kan den ankes videre til en nasjonal klagenemnd og deretter videre til domstolene. Det kan derfor gå flere år fra første tvilsmelding sendes, og til en sak til slutt avgjøres i retten.

Det har tatt tid å få skikkethetsprosedyrene til å fungere, og det er fortsatt et spørsmål om de fungerer godt nok. Det handler om å få laget et reglement som fungerer, oppnå større bevissthet om den løpende skikkethetsvurderingen blant fagfolk og studenter, få fagfolk til å melde om tvil om skikkethet, og lage gode prosedyrer for særskilt skikkethetsvurdering. Man har også opprettet et nasjonalt arbeidsutvalg for skikkethet på tvers av universitetene. Alle universitet/høyskoler som har skikkethetsreglement, samles årlig på nasjonale konferanser om skikkethetsspørsmål. Det jobbes for tiden også med å lage en fagbok om temaet. Det lave antall tvilsmeldinger i Norge (150 av 60 000 studenter = 0,25 %) gir likevel grunn til å anta at potensielle skikkethets saker fortsatt går «under radaren». Det er også først nylig at disse sakene er blitt anket videre til rettssystemet; hele saksfeltet er dermed juridisk sett relativt nytt. De dommer som er avsagt, tyder på at retten har stor respekt for de faglige vurderinger som universitetet gjør i disse sakene, og ikke overprøver dem. Men like viktig er det at prosedyrene er korrekt, uten store feil i saksbehandlingen.

Psykologyrket stiller særlige krav til personlig integritet, sosial kompetanse og rolleforståelse. Det kan ha store konsekvenser om man slipper gjennom en student som åpenbart ikke er egnet til å drive psykologisk utredning og behandling av pasienter. I klinisk psykologisk praksis møter man personer i en særlig sårbar livssituasjon. Psykologer har heller ikke så mange tekniske prosedyrer mellom seg og pasientbehandlingen, og personlig forutsetning for yrkesutøvelsen er særlig viktig. Pasienten må kunne ha tillit til at psykologen som helsepersonell utøver sitt fag basert på godt faglig, fagetisk skjønn og god, personlig dømmekraft. I motsatt fall kan behandlingen gjøre pasienten dårligere. Samfunnet og standen ønsker derfor ikke at pasienter skal møte framtidige psykologer som ikke er skikket for yrket.

Psykologer som møter psykologistudenter i sin yrkesutøvelse, må også ta sitt ansvar. Der det er tvil om studentens skikkethet, bør man være villig til å bruke tid på å undersøke forholdene nærmere, og ikke bare se en annen vei. Mange ganger kan saken løses gjennom dialog og veiledning med studenten, men ikke alltid. ❖



Empati og forståelse er en viktig del av veilederrollen, men studenten er ikke veilederens pasient

For opptatt av å ikke gjøre feil



Manglende faglig innsikt preger Norsk psykologforenings holdning til behandling av personer med kjønnsinkongruens

ELSA ALMÅS,
professor i sexologi

**KJØNNS-
INKONGRUENS**

JEG HAR LEST en høringsuttalelse fra Norsk psykologforening angående *Rapport fra arbeidsgruppe om behandlingstilbud til personer med kjønnsinkongruens/kjønnsdysfori*, og blir beskjemet over mangel på selvstendig innsikt innen dette problemområdet. Jeg vet at psykologer som har innsikt i dette, har levert forslag til høringsuttalelsen, og ser at dette i liten grad har blitt vektlagt.

Høringsuttalelsen vitner om et behandlerperspektiv preget av redsel for å gjøre noe galt, man legger vekt på at «hormonell og kirurgisk behandling gir irreversible endringer», og på at «slike inngrep har kjente og dokumenterte bivirkninger og komplikasjoner man må håndtere livet ut», hvilket «innebærer livslang oppfølging i helsetjenesten».

Dette perspektivet er kjent hos behandlere som er mer opptatt av å ikke gjøre feil enn av forståelse for situasjonen til personer som opplever kjønnsinkongruens. Tross en positiv utvikling så eksisterer det fortsatt betydelige fordommer mot kjønns mangfold i samfunnet, og dette kan bidra til at klinikere fokuserer på og overdriver risikoen for å volde skade, når behandlingen gjør kroppen mindre kjønnsnormativ. Behandlere kan oppleve motstand og motoverføring når det gjelder behov for å tilføre hormoner og utføre kirurgi, kanskje fordi

dette strider mot en «naturlighetstenkning», som tilsier at naturen fungerer best når den blir overlatt til seg selv. Dette er et utenfraperspektiv som fort kan bli uetisk i tilnærmingen til de personer det gjelder.

KOMPLEKST SAMSPILL

Ingen vet hva som ligger til grunn for opplevelse av kjønnsinkongruens og den store økningen av personer som oppsøker hjelp, men det er etter hvert en del forskning som tilsier at dette er et resultat av et samspill mellom nevrobiologiske og kulturelle faktorer. Mange personer som opplever kjønnsinkongruens, kritiserer vår kulturs forståelse av begrepet «kjønn», men tokjønnsmodellen har faktisk bare eksistert i 200 år.

Tidligere var tenkningen orientert i retning av ett kjønn, som var mannen, der kvinnen ble betraktet som en ikke ferdig utviklet mann. Begrepet kjønn rommer imidlertid flere dimensjoner: biologi, somatikk, identitet, rolle, seksuell tiltrekning, seksuell tenning, forplantning. Personer som søker hjelp på grunn av kjønnsinkongruens, vil ha utfordringer av ulik grad på de ulike nivåene. For mange er det livreddende å slippe å gå i en pubertetsutvikling som oppleves som et kroppslig forræderi. De som er eldre, kan ha vært heldige og fått stoppet en uønsket

pubertet i tide, men kan også ha behov for hormonell hjelp til å utvikle ønsket kroppslig utvikling. Andre har utviklet en kropp de føler er feil. Alle kan ha behov for kroppslige justeringer på det nivå de befinner seg. Det er mulig å forstå at behandlere ikke skjønner dette behovet, men jeg vil påstå at denne manglende forståelsen er basert på innsiktsløshet og manglende erfaring med hvordan det er å være i en slik situasjon.

Innledningen til høringsuttalelsen fra Psykologforeningen påpeker forhold som er lite vesentlige i forhold til livssituasjonen for det store flertall av personer som opplever eller har opplevd kjønnsinkongruens. Når man bruker begrepet «irreversibel», gir dette et inntrykk av risiko – som mer ivaretar behandlernes redsel enn pasientgruppens opplevelser. Det er svært mange undersøkelser som viser at det er svært få som angrer seg, så få at det kan være grunn til å tenke at det er tatt for få sjanser og at det er mange som ikke har fått den behandlingen de ønsker.

Jeg vil heller bruke begrepet «kroppsjusterende» enn «kjønnskorrigerende» behandling. Det er ikke kjønn som blir korrigeret, personen som får behandling, har et subjektivt opplevd kjønn som ikke er bestemt av kjønnsorganer, men av en subjektiv opplevelse, muligens støttet av nevrobiologiske faktorer. Det er ønsket og positivt at behandlingen gir varige resultater, og, ja, det er riktig, personen trenger livslang oppfølging. Transmenn må være oppmerksomme på lidelser som kan være knyttet til å være født med en kvinnekropp, transkvinner må være oppmerksomme på lidelser som kan være knyttet til å være født med en mannekropp. Dette er imidlertid ikke svært forskjellig fra befolkningen generelt: Vi må alle være oppmerksomme på at vi har en kropp. Forskjellen er at for eksempel transkvinner kan være fornektende til at det er noe mannlig biologi der, og derfor må helsevesenet bidra til somatisk oppfølging.

ÅPENHET FOR MANGFOLD

Det er besynderlig at de nevnte forholdene står i første rekke i en høringsuttalelse fra Norsk psykologforening. Burde ikke psykologer i større grad være opptatt av subjektive opplevelser og psykologiske problemstillinger? På en internasjonal sexologikongress i 2017 var det hele tre omfattende rapporter angående psykisk helse hos transungdommer som konkluderte med at

tidlig hjelp til å stoppe uønsket pubertet medførte bedre psykisk fungering, og man konkluderte i retning av å anbefale tidligere hormonell behandling enn det som er vanlig nå.

En viktig kulturell endring som kan ha betydning for mer mangfoldige opplevelser av kjønnsidentitet, er større åpenhet for mangfold. Normalitetstenkningen fra 1900-tallet er i ferd med å slippe, og det oppleves som akseptabelt å være annerledes og bryte med tradisjonelle normer for kjønnsuttrykk. I dette ligger også en opplevelse av at man ikke trenger å tilpasse seg en binær kjønnsforståelse, men kan finne sine egne uttrykk. Stadig flere velger å ikke gjennomføre genital kirurgi, men det er kanskje like mange som før som ønsker denne typen behandling, selv om de ikke lenger utgjør hoveddelen av transbefolkningen.

Personer som opplever kjønnsinkongruens, representerer et stadig større mangfold. De utfordrer forståelsen av hva kjønn er, for de fleste av oss. Vi ser at biologi langt fra er binært kjønn, og dyreriket representerer også et mangfold av kjønn og kjønnskifter. Et tredje kjønn ble beskrevet av Platon (*Drikkegildet i Athen*) for 2500 år siden, og mange kulturer har lenge hatt ord for og sosiale ordninger som rommer kjønnsuttrykk ut over det binære. Det burde ikke være fullstendig overraskende at det er flere måter å uttrykke identitet på – stadig flere ønsker også å ikke være kjønn.

Det er en utfordring for alle som tror at det bare eksisterer to kjønn i naturen, å forstå at kulturelle uttrykk for annet enn mann og kvinne ikke er uttrykk for patologi, men for variasjon og mangfold. I høringsuttalelsen fra NPF pekes det på at hverken leger eller psykologer har tilstrekkelig kompetanse. Formuleringen i høringsuttalelsen rommer en implisitt oppfatning av at dette er patologi som skal utredes og vurderes. Nå er ICD-11 på vei, og flytter kjønnsinkongruens ut av kapitlet for mentale forstyrrelser og oppretter et nytt kapittel for seksuell helse. Dette er psykologer også nødt til å forholde seg til, og akseptere at kjønn faktisk er selvbestemt. Det er vår oppgave å respektere dette og hjelpe våre klienter i utforskningen av hvem de er, og hva de er. Samtidig må vi kanskje også ta del i den kulturelle og sosiale utviklingen og bidra til å utforske hvordan opplevelser av kjønn utvikler seg, og hvordan vi som samfunn forvalter dette til individenes beste. ✕



Høringsuttalelsen til Psykologforeningen vitner om et behandlerperspektiv preget av redsel for å gjøre noe galt

Rom for alle?

Samtidig som ESA forbereder sak mot Norge for deres behandling av ELTE-studentene, etablerer University of Roehampton et studium de mener tilsvarer det norske profesjonsstudiet i psykologi.



BJØRNAR OLSEN,
sjefredaktør
Psykologtidsskriftet

NYLIG INNLEDET EDTA Surveillance Authority (ESA) en formell sak mot Norge på bakgrunn av klager fra psykologikandidater fra ELTE-universitetet i Ungarn (se også juliutgaven av Psykologtidsskriftet). Brevet fra ESA er på 34 tettskrevne sider, med 219 nummererte avsnitt og 87 fotnoter som viser til andre saker, lovverk, avisoppslag og utredninger. Det som følger er derfor et riss av brevets momenter, ikke nødvendigvis en presis gjengivelse av dets innhold, mulige fortolkninger og implikasjoner.

LIKEVERDIGE

ESA skriver at selv om utdannelsene i Norge og Ungarn er av ulik lengde, sikter begge mot å utdanne kliniske psykologer klare til å gå inn i kliniske posisjoner. De anser det faglige overlappet å være tilstrekkelig til at utdannelsene må anses som likeverdige, og selv om de anerkjenner at den norske utdannelsen både er lengre og inneholder mer klinisk praksis, peker de på at heller ikke norskutdannede profesjonsstudenter har fulle rettigheter som behandlere når de trer inn i spesialisthelsetjenesten. For det er en rekke oppgaver, slik som diagnoser, hvor de ferske psykologene er avhengig av godkjenning fra spesialist. ESA mener også at kravet om veiledet praksis for de ungarske psykologene etter utdanning er sterkt overvurdert av norske myndigheter: Veiledningen er ganske enkelt en formell, institusjonell kontroll, ikke en ledet aktivitet. Norge har derfor overvurdert norske psykologers uavhengighet, og undervurdert ungarske psykologers selvstendighet.

ESAs konklusjon er at begge *utdannelsene* legger til rette for at man kan begynne i psykologrollen etter endt utdanning, mens den videre yrkesmessige utviklingen som psyko-

log er knyttet til *arbeidslivet*. Dette underbygges også ved at veiledningskravene er knyttet til arbeidslovgivning, ikke helselovgivning, skriver ESA. Kort sagt virker ESAs forståelse å være: Begge utdannelsene er like i den forstand at den gjør deg klar til å ta fatt på jobben som psykolog. Så vil arbeidslivet bringe deg videre. Og i arbeidslivet utfører psykologer fra begge land arbeidsoppgaver som gjør at profesjonene, sett i lys av EU-direktivene, må forstås som å være den samme.

FRI FLYT

Den som har fulgt Brexit-forhandlingene, vil kjenne igjen EUs ståsted i ESAs brev: Utenforland (som Norge og kanskje Storbritannia) må godta fri flyt av varer, tjenester, mennesker og kapital (i tillegg til å godta at EUs lover regulerer dette) hvis landet skal få tilgang til det indre markedet. Det er EØS-avtalen i et nøtteskall.

Samtidig inneholder brevet avsnitt som sier at selv om Norge må anerkjenne de ungarske psykologenes kvalifikasjoner, har de rett til å innføre kompenserende tiltak siden utdannelsen er ett år kortere. Norges brudd med sine forpliktelser knyttes her til at de i lang tid ikke har klart å formidle hvilke kompenserende tiltak de krever, og at de for enkelte har innført nye krav i etterkant av at de var i gang med tilpasningsperioden sin. I brevet står det også at de som søker om godkjenning, i prinsippet skal få valget mellom en tilpasningsperiode opp til tre år eller en egnethetstest.

Norge kan heller ikke påberope seg et direktiv som holder helsetjenester utenfor kravet om fri flyt av varer, tjenester, mennesker og kapital. Begrunnelsen er at det ikke finnes noen spesifisert liste over aktiviteter reservert for profe-

sjonen psykolog her til lands, men at psykologer kan jobbe med en rekke oppgaver; alt fra diagnoser og behandling til forebygging og helsefremmende arbeid. På sitt vis speiler dette forarbeidet til lov om psykologers rettigheter og plikter (se Psykologtidsskriftet 1/1966), hvor vi kan lese «Det skulle ellers uten nærmere begrunnelse være klart at det er vesentlig lettere å gjennomføre en autorisasjonsordning med hensyn til tittel enn med hensyn til yrkesutøving.» Her heter det også at autorisasjon må kunne gis til personer som har godtgjort nødvendig kyndighet, noe som særlig antas «å ville omfatte psykologer med utdanning fra utlandet.»

ANTALL, IKKE PASIENTSIKKERHET

Det virker ikke som at norske myndigheter har vært bekymret for de ungarskutdannede psykologikandidatenes kompetanse, påpeker ESA. Kandidatene har arbeidet i klinikk, under veiledning og uten klager. Pasientsikkerheten er derfor ivaretatt. Når norske myndigheter strammer inn på godkjenningen, skyldes dette ifølge ESA det store antallet norske studenter som tar psykologiutdannelsen i utlandet. I den forbindelse er det verdt å merke seg at ESA for tiden også vurderer andre, lignende klager knyttet til norske myndigheters nye praksis fra personer med psykologiutdanning fra land som Polen, Spania, Litauen og Nederland.

Flere studieplasser gir også et press på praksis- og utdanningsstillinger for helseprofesjonene. Sommeren 2016 fortalte utdanningsleder Trine Waaktaar ved Psykologisk institutt i Oslo om vansker med å skaffe praksisplasser for sine studenter. Og i Helsedirektoratets forslag til kompensierende tiltak for ELTE-kandidatene, pekes det på at det vil være utfordrende å finne nok praksisplasser for kandidatene (en første oversikt antas å være på plass i overgangen august/september). Og på forsiden av Dagens Næringsliv 10. juli leser vi at unge leger utdannes til ledighet. Kun hver tredje søker til begynnerstillingene (LIS1-stillinger) fikk tilbud om jobb. Det var 1278 søkere. 824 endte uten tilbud. Ikke alle mener dette er problematisk: Helse- og omsorgsdepartementet sier det er helseforetakenes behov som regulerer antall begynnerstilling, og at de legene som ikke får slike stillinger, må bruke kompetansen sin i en annen legejobb.

Kanskje er situasjonen annerledes for legene, da nær halvparten av norske medisin-

studenter tar sin utdanning i utlandet. Kunnskapsdepartementet er også i gang for å se på hvordan disse studentene kan få relevant praksis i det norske helsevesenet alt under utdanningen. For erfaring fra Norge virker å være viktig: Der norskutdannede leger utgjorde 30 prosent av søkerne til begynnerstillingene, stakk de av med rett over halvparten av disse, trolig fordi de har arbeidserfaring som student med lisens. «Jeg tror også at folk kan tenke seg enda mer om før de velger studium, og da særlig de som utdanner seg i utlandet», uttalte helsedirektoratets Karin Straume til DN i den forbindelse.



Når norske myndigheter strammer inn på godkjenningen, skyldes dette ifølge ESA det store antallet norske studenter som tar psykologiutdannelsen i utlandet

TILPASSET

Samtidig som norske myndigheter ønsker å legge til rette for at utenlandsstudentene i medisin skal få relevant praksis her til lands, ser vi at utenlandske studiesteder tilpasser seg norske krav. Fra høsten 2018 tilbyr Across the Pond i samarbeid med University of Roehampton i London et studium de hevder er «så å si tilsvarende det norske profesjonsstudiet i psykologi.» Slik vil de både «hjelp ambisiøse norske studenter, og også Norge som ønsker at alle kommuner skal ha offentlig ansatte psykologer innen 2020.»

Første del av studiet er en 3-årig bachelor i psykologi, og gitt at du har gode nok karakterer kan du gå videre med et treårig «Doctorate of Clinical Psychology». Disse tre årene beskrives som «eksklusiv for norske studenter» og er ment å dekke de nødvendige fagene for godkjenning som psykolog i Norge (de har også en ettårig tilleggsmodul med fag som gjør at du kan virke som psykolog i Storbritannia). Rett nok tar de forbehold om at Helsedirektoratet ikke godkjenner en utenlandsk utdanning på forhånd, men de har «god tro på at dette skal bli godkjent i Norge, selv om det ikke kan garanteres».

På nettsidene er praksisdelen av utdannelsen mindre konkret beskrevet enn faginnholdet. Men det skisseres kort at de tre siste årene vil inneholde mange praktiske fag innen rådgiving og terapi. Og i Universitetsavisa 19. februar kan vi lese at en delegasjon fra nettopp University of Roehampton besøkte NTNU for å få kunnskap om studiemodellen og terapiopplæringen ved klinikkene på Institutt for psykologi. Den norske utdanningsmodellen følges altså tett både av utenlandske tilsynsmyndigheter og utdanningsinstitusjoner. ✕

Faksimile fra Psykologi
06/2018



Hva vi er enige om og hva vi er uenige om

Det er ikke nok å analysere og avdekke de sammenhengene som allerede finnes i språket. Vi trenger også en stadig refleksjon og spekulasjon over nye opplevelser og observasjoner.



JON SLETVOLD,
psykologspesialist i
privatpraksis, veileder
og læreanalytiker
ved Norsk
Karakteranalytisk
Institutt

VITENSKAPSTEORI

IMAIUTGAVEN AV Psykologtidsskriftet hevdet jeg at alternativet til statistikkbasert forskning er å finne i praksisbasert forskning. I juniutgaven påpeker Jan Smedslund at jeg ikke har utdypet hva jeg legger i «over hundre års psykoanalytisk forskning». Det har Smedslund helt rett i, og jeg kan heller ikke utdype det i dette innlegget. Men som en liten antydning vil jeg vise til et annet bidrag jeg har i juniutgaven av tidsskriftet kalt «Tre linjer i psykoanalyseens utvikling».

UENIGHET

Når Smedslund hevder at jeg ikke har forstått hva han legger i uttrykket «hva alle vet», så er jeg ikke sikker på at han har rett. Jeg tror det mer handler om at vi er uenige. Uansett er jeg

glad for at han i sitt siste innlegg anstrenger seg ytterligere for å forklare hva han mener.

Jeg er helt enig med Smedslund når han skriver at psykoanalytisk forskning handler om å reflektere over det vi opplever og observerer. Jeg er imidlertid ikke enig i at heller ikke denne forskningen – i samspill med mer eksperimentelle studier – har ledet fram til generelle «prinsipper», men bare til funn som er betinget av sin spesielle kontekst. Som et eksempel på et «prinsipp» som ikke er kontekstbetinget vil jeg nevne erkjennelsen av at mennesker ikke bare blir traumatisert fysisk, men også emosjonelt. Destruktiv emosjonell kommunikasjon, ikke minst tidlig i livet, kan forstyrre muligheten for et godt liv. Jeg vil igjen vise til «Tre linjer i psykoanalyseens utvikling» hvor jeg skriver litt mer om dette.

Jeg mener altså at det ikke er nok å analysere og avdekke de sammenhengene som allerede finnes i språket. Jeg tror vi i tillegg trenger en stadig refleksjon og spekulasjon over nye opplevelser og observasjoner.

SPRÅKETS PSYKOLOGISKE INNSIKT

Jeg er imidlertid enig med Smedslund i at språket har mye innebygd psykologisk innsikt og kunnskap. Om noen skulle utnevnes til tidenes største psykolog mener jeg de som skapte språket vil være sterke kandidater. Jeg er enig i at påstanden «forbauset mennesker har opplevd noe uventet» ikke trenger eksperimentell bekreftelse for å bli en udiskutable psykologisk sannhet. Derimot kan jeg fortsatt ikke se at vi ut fra en rent språklig analyse kan utlede «at vi alle vet at det må virke å møte noen som i utgangspunktet stiller seg åpen (»ikke-vitende«), og som konsekvent behandler deg med genuin respekt, omsorg, forståelse, egenkontroll og selvkontroll i en skjermet situasjon» (Smedslund, 2017, 12, s. 1203).

Jeg vil trekke fram et annet moment som er viktig når det gjelder etablering av ny og relativt sikker kunnskap; nemlig den *motstand* nye erkjennelser ofte blir møtt med. Dette er hverken nytt eller spesielt for psykologien. For eksempel var det lenge en sterk motstand mot å erkjenne at det er jorda som går rundt sola og ikke omvendt. Og fortsatt finns det motstand mot å erkjenne at mennesker er et resultat av en evolusjon.

Tilbake til Smedslunds eksempel om hva «vi alle vet» om hva som må virke. Dette er nok fortsatt heller ikke et eksempel på «noe alle vet». Tvert om er det slik at mange, både klinikere og forskere, holder fast på en overbevisning om at det er spesielle begreper eller teknikker som virker. Det samme gjelder mitt eksempel om traumas betydning for utvikling av psykiske lidelser. Mange, ikke minst forskere, sverger fortsatt til den oppfatning som var rådende før Freud, at psykiske lidelser skyldes et i utgangspunktet defekt nervesystem.

Når det gjelder Smedslunds «lov» om hva som virker i psykoterapi, hører det imidlertid også med at statistikk basert psykoterapiforskning har kommet til samme konklusjon. (Lingiardi et al., 2016). Jeg mener altså at vi i tillegg til språklig analyse trenger både forskning som baserer seg på (statistisk) analyse av et avgrenset sett data og forskning som bygger på refleksjon over et størst mulig tilfang av (klinisk) erfaring. Som tidligere påpekt retter min kritikk av statistikkbasert forskning seg særlig mot *idealiserings* av denne forskning innen universitetspsykologien. Jeg håper at debatten om replikasjonskrisen vil dempe denne idealiseringen, og føre til en større forståelse for betydningen av å reflektere over det vi opplever og observerer. ✕

REFERANSER

- Lingiardi, V., Holmquist, R. & Safran, J. D. (2016). Relational turn and psychotherapy research. *Contemporary Psychoanalysis*, 52:2, 275–312.
- Sletvold, J. (2018). Alternativet. Psykoanalysen mangler i debatten om vitenskapsteori. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 5, 368–369.
- Sletvold, J. (2018). Tre linjer i psykoanalysens utvikling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 6, 439–445.
- Smedslund, J. (2017). Vi prøver igjen: Hvordan arbeider egentlig psykologer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 12, 1202–1203.
- Smedslund, J. (2018). Det vi alle vet. Hva «vi alle vet», er det som følger nødvendig av å være menneske, og av strukturen i språket vårt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 6, 534–535.

Debattert

Helbredelse

Lovregulert Forbrukertilsynet har etter dette lagt til grunn at virksomheten faller innenfor lov om alternativ behandling, og dermed også den markedsføringsregulering som følger av loven og ovennevnte forskrift.

Bent Høie svarer i Stortinget om «Mirakelpredikanter», Stortinget.no, 4. juli

Ikke dumt Vi må jo betale når vi går til lege, men har ingen garanti for å bli frisk. Så når folk vil bruke penger på en helbredelsespredikant, da er det opp til dem. Ikke er de dumme, og ikke er det visvas som noen vil ha det til. Saken er den at vi tror på en skaper, en allmektig Gud.

NN i Avisen Nordland 9. juli

Naturlig plass Som enhver bibelleser vet omtales menigheten som Kristi legeme, og der er å praktisere forbønn for syke en naturlig del. (...) De som besitter nådegaven til å helbrede er en del av Kristi kropp og skulle ha sin naturlige plass i menighetens praksis.

Pauli G. Staalesen i Dagen 15. juli

Belastning – Lovnaden om helbredelse skaper en direkte forbindelse mellom troen som en person har, og helbredelse fra sykdommen. Da kan man forestille seg at en troende vil oppleve sykdommen sin som en straff fra gud. Og noen vil muligens kjenne skyldfølelse, ved at troen deres ikke er sterk nok hvis de ikke blir friske.

Frauke Musia til Nifab.no, 17. juli

Råd om forbønn Spør før du ber for noen. Ikke legg hendene på syke og be for dem uten å spørre først, spesielt når det gjelder folk du ikke kjenner. (...) Ikke si «du er fri, søster» eller «du har fått alt i Jesus». Det er ikke særlig oppmuntrende når man på kropp og sinn merker det motsatte.

Janne Børrestad gir råd om forbønn, Dagen 18. juli

PSY KOL OGI

#Psykekommunevalg2019

Kjære leser!

Fram mot kommunevalgene i 2019 ønsker vi å vite mest mulig om hvordan psykisk helsevern fungerer i din kommune.

Vi ønsker at du skriver til Psykologtidsskriftet og svarer på dette:

- 1) Hva fungerer i din kommune?
- 2) Hva fungerer ikke?
- 3) Hva er ditt forslag til politikerne for å gjøre psykisk helsevern bedre?

Skriv en tekst på maks 2000 tegn. Tekstene vil publiseres utover høsten og fram mot kommunevalget neste år.

Send til meninger@psykologtidsskriftet.no



Oversalget av individualpsykologi må ta slutt.

Brukeraktivist Odd Volden har anmeldt Aksel Tjoras bok HVA ER FELLESSKAP, side 698

Kliniske psykologer vil ha nytte av å lese boka, uavhengig av hvilken terapiretning de bekjenner seg til, mener psykolog Reidulv Dyrkorn.

Les anmeldelsen av en ny lærebok i gestaltterapi side 696

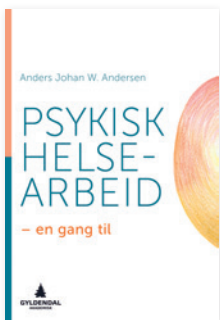
Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

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

Send forespørsel på e-post til nina@psykologtidsskriftet.no.

For vagt om psykisk helsearbeid

Boken hyller utviklingen i psykisk helsefeltet, men blir for lite konkret i å beskrive hva de enkelte tjenestene faktisk kan bidra med.



ANDERS JOHAN W. ANDERSEN

Psykisk helsearbeid - en gang til, Gyldendal Akademisk, 2018. 236 sider

ANMELDT AV

Anders Skuterud, seniorrådgiver i Norsk psykologforening

BOKEN HETER «Psykisk helsearbeid – en gang til» fordi forfatteren «har til hensikt å utforske og diskutere meningsinnholdet i psykisk helse, psykiske lidelser og psykisk helsearbeid på nytt».

Et hovedbudskap er tydelig at kunnskapen i det psykiske helsearbeidet må hentes fra ulike fag- og forskningstradisjoner. Feltet må la seg inspirere av forskjellige former for erfaringskunnskap. Forfatteren håper å kunne gi «breddekunnskapen som gir dybde til og på flere måter kjennetegner psykisk helsearbeid».

Jeg synes Anders Johan W. Andersen gir god mening til forståelsen av begrepet psykisk helse som noe vi alle har, og til hvorledes livet kan bli et «helvete på jord» når tap av kontroll, mening og virkelighetsfølelse, kanskje sammen med sterke følelser som fortvilelse, sinne, uro og hjelpeløshet, kan utgjøre det vi kaller psykiske lidelser. Slik evner han å plassere den psykiske lidelsen midt i våre liv, og starte sitt arbeid med forståelse i det konkrete.

SPENNENDE TEORETISERING

Jeg blir så trukket inn i spennende teoretisering og viktige momenter i dette mangfoldige

feltet: psykisk helse og psykisk helsearbeid. Teoriutviklingen forankres på den ene siden i vår nære historie, fra asylet til dagens psykiske helsearbeid i kommunen, uten at dette svekker teoriforankringen. Det er viktig å se at psykisk helse og psykiske helseproblemer er bevegelige størrelser som endres med tid, sted og kultur. Vi må leve med at feltet er i bevegelse, at vår forståelse er prinsipielt uferdig. Den naturvitenskapelige tenkning kommer til kort når den skal omhandle komplekse og kontekstavhengige utfordringer. Det er umulig å finne «nøytrale og objektive ekstrakter av en gitt virkelighet». Det er forfatterens påstand at vi trenger et større samvirke mellom human-, samfunns- og naturvitenskap for å forstå menneskelig kompleksitet.

Når en skal favne så vidt som forfatteren ønsker, møter vi utfordringer som jeg synes blir for dårlig ivaretatt: Hva er forskjellen på god psykisk helse og det gode liv? Kan vi ha et miserabelt liv og samtidig ha god psykisk helse? Disse nyansene blir borte i teksten, og det tror jeg medfører at konkretiseringen av psykisk helsearbeid til bestemte tjenester blir vanskeligere.



BLIR BORTE Forfatteren favner vidt om psykisk helsearbeid, men nyansene blir borte på veien. Foto: Nathan Dumlaio/Unsplash (modifisert)

De fleste av oss ønsker at folk skal få et godt liv, men å ha det som mål fører langt ut over det oppdraget psykisk helsearbeid kan påta seg.

Men denne boken er en god vaksine for alle som får behov for å gjøre feltet enkelt. Det være seg legenes overdrevne tro på en medisinsk modell, psykologer som vil lene hele sin behandlingsvirksomhet mot strenge krav om evidens gjennom randomiserte kontrollerte studier, eller de som ene og alene vil satse på den gode relasjon. Det trengs epistemologiske innganger og kunnskap fra mange kilder for å nærme seg sannhet på dette feltet.

DILEMMAENE MANGLER

Behandling med tvang samt rus- og avhengighetsproblemer er i liten grad tematisert i boken. Ved å unnlate dette blir det lettere å beskrive brukeren som én tydelig stemme som alltid kan være med og styre. Det kan vi alle være enige i, men noe av det kompliserte forholdet mellom bruker og hjelper blir borte når en ikke beskriver de kreftene i brukeren (og hens omgivelser) som kan veksle mellom å medvirke og motvirke samarbeidet med behandlerne.

I tillegg gjør forfatteren det litt for lett for seg. I beskrivelsen av endringsarbeidet som skal skje i det psykiske helsearbeidet, er boken mest en hyllest til dagens utvikling fra de store institusjonene til dagens kommunale tjenester. Noen ganger ble jeg litt usikker på om jeg leste ett nytt dokument fra myndighetene om ønsket tjenesteutvikling, eller en ny bok om «Psykisk helsearbeid – en gang til».

HVA MED PRAKSIS?

Når boken i siste del nærmer seg det daglige psykiske helsearbeidet, er jeg skuffet over at konkretiseringsnivået ikke er bedre. Det er mange fine ord her, men hva skal de bety i praksis? Et honnrord som tverrfaglighet går igjen, men hvilke fag skal bidra? Her blir det ikke tydelig nok, etter min vurdering. Hva de enkelte tjenestene og profesjonene skal bidra med, er for svakt tematisert.

Tross svakhetene vil jeg anbefale boken som en god anledning til refleksjon over feltet vi arbeider i, og kunnskapsgrunnlaget vi strever med å utvikle. ❌

”

De fleste av oss ønsker at folk skal få et godt liv, men å ha det som mål fører langt ut over det oppdraget psykisk helsearbeid kan påta seg

Inspirerende om gestaltterapi

En innføringsbok om gestaltterapiens grunnholdninger og dens endrings- og selvteori.



GRO SKOTTUN OG ÅSHILD KRÜGER
Gestaltterapi - Lærebok i teori og praksis,
 Gyldendal Akademisk, 2017. 344 sider

I 1951 UTKOM BOKEN *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality* (Perls, Hefferline og Goodman 1951). Det skulle ta mer enn seksti år fra gestaltterapien ble etablert i USA, til det nå foreligger en lærebok på norsk om gestaltterapi. Det heter seg at den som venter på noe godt, venter ikke forgjeves. Det er et uttrykk som passer å benytte om Skottun og Krügers bok.

Det er en interessant bok å lese fordi den også beskriver viktige utviklingstrekk i gestaltterapeutisk teori og metode fra dens opprinnelse og frem til i dag. Blant annet fremstår betydningen av samspillet og relasjonen mellom terapeut og klient med enda større klarhet og tydelighet enn i boken fra 1951. I gestaltterapien er psykologene og forfatterne Gordon Wheeler og Frank Staemmler fremstående talspersoner for denne relasjonelle dreiningen. De har begge bidratt til å videreutvikle og fornye gestaltterapiens teoretiske grunnlag og terapeutiske praksis. Det er to forfattere som Skottun og Krüger støtter seg til i sin nye lærebok.

Skottun og Krüger har levert en velskrevet og godt disponert bok som er særdeles leseverdige og fint pedagogisk lagt opp. Det skyldes ikke minst at alle bokens kapitler er forsynt med illustrerende casebeskrivelser som gjør teorien lett forståelig, og som underbygger Kurt Lewins kjente utsagn om at intet er så praktisk som en god teori.

HELHETENS SANNE NATUR

Bokens første del har overskriften gestaltterapiens grunnlag. Her beskriver forfatterne gestaltterapiens fundament i Kurt Lewins feltteori, og i gestaltpsykologiens persepsjonsprin-

sipper. Prinsippet om gestaltdanningsprosessen i figur/bakgrunn er også godt beskrevet og eksemplifisert. Dette er velkjent teori for psykologer flest, og representerer for denne anmelderen et gledelig gjensyn med kunnskaper fra tidlig i psykologistudiet. Bokens første del gir også innsyn i hvordan fenomenologisk og eksistensialistisk tenkning har bidratt til å forme gestaltterapiens teoretiske grunnlag og terapeutiske metoder. Den fenomenologiske tilnærmingen står sterkt i den gestaltterapeutiske praksis slik Skottun og Krüger også beskriver det.

I den forbindelse er det et interessant faktum at ekteparet Fritz og Laura Perls praktiserte som psykoanalytikere i mange år innen de utviklet den gestaltterapeutiske skoleretningen. Det interessante og bemerkelsesverdige ved dette er at gestaltterapien avviker betydelig fra den klassiske psykoanalysens teoretiske grunnlag og kliniske praksis. Dette fremgår også klart av det begrepsuniverset som beskrives i del to av Skottun og Krügers bok. Her blir leseren introdusert for gestaltterapiens endrings- og selvteori, og for dens relasjonelle og holistiske grunnholdning. I en gestaltteoretisk læresetning heter det at helheten er noe annet og mer enn summen av delene. At man for ensidig betrakter og analyserer enkelte deler av en helhet, kan bryte med det som er helhetens sanne natur. Skottun og Krüger beskriver på en god måte hvordan gestaltterapien ikke bare legger vekt på hva som uttrykkes, men også på hvordan det uttrykkes. Personens verbale språk, kroppsspråk, sanseopplevelser, pust og stemmebruk inngår som viktige enkeltelementer i en helhetlig og holistisk orientert terapiprosess.

ANMELDT AV

Reidulv Dyrkorn,
 psykologspesialist i
 organisasjonspsykologi,
 forfatter av to bøker
 om gestaltbasert
 veiledning og coaching

VARHET OG KONTAKT

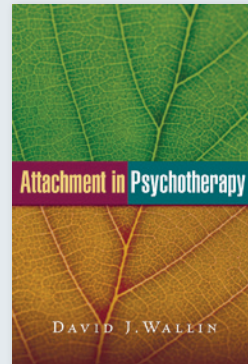
Begrepet awareness står sentralt i gestaltterapeutisk teori og praksis. Det er et begrep som forfatterne bruker et helt kapittel på å gjennomgå. Den terapeutiske prosessen går i vesentlig grad ut på å skape økt awareness som et viktig grunnlag for ny erkjennelse og selverkjennelse. Økt awareness fungerer med andre ord som dels et middel og dels et mål i terapiprosessen. Forfatterne oversetter awareness med begrepet varhet. Det er en oversettelse som gir god mening, fordi begrepet varhet er nær knyttet opp mot det sansenære, og dermed til den fenomenologisk baserte utforskningen av opplevelsen.

I gestaltterapeutisk teori er begrepet awareness, og det norske ordet varhet, nær relatert til begrepet kontakt. Å være var eller oppmerksom på noe forutsetter at det eksisterer kontakt i en eller annen form eller grad. Terapeutisk arbeid lar seg på mange måter karakterisere ut fra kvaliteter i kontaktforholdet. Meg bekjent er det ingen andre terapeutiske retninger som gir en så utdypende og perspektivrik beskrivelse av fenomenet kontakt som det gestaltterapeutisk teori gjør. Del tre og fire i Skottun og Krügers lærebok er i hovedsak viet begrepet kontakt i alle dens uttrykksformer og prosessuelle aspekter. Forfatterne beskriver og eksemplifiserer fenomenet kontakt på måter som alle kliniske psykologer vil ha nytte av å lese, uavhengig av hvilken terapiretning man bekjenner seg til.

INSPIRERER

Det å skrive en lærebok innebærer avveininger og prioriteringer om hva som bør være med og ikke, når stofftilfanget er omfattende. I denne læreboken er det et savn at forfatterne bare i liten grad gjør sammenligninger med og trekker inn relevant teori fra andre terapeutiske retninger. Det finnes gestaltlitteratur som supplerer gestaltperspektivet med teori hentet fra kognitiv terapi, nyere psykodynamisk terapi og fra objektrelasjonsteori. På den annen side er det kanskje ikke å forvente at en innførings- og lærebok skal favne så bredt som her antydnet. Boken inspirerer til videre lesning, og jeg vil varmt anbefale den for så vel psykologistudenter som for psykologer som arbeider klinisk. ✘

KLASSIKEREN



Det handler om å ikke bli låst i en forforståelse av pasienten

David J. Wallin: *Attachment in Psychotherapy*, 2007

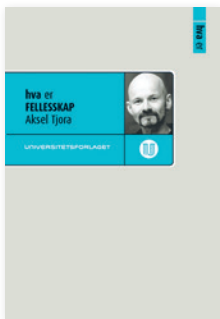
Boka kom ut på et tidspunkt da jeg som mange andre kollegaer var begeistret for den tradisjonen som var i medvind – med for meg nye helter som Shore, Fonagy og Main. Adult attachment-intervju med komplekse begreper som «mentale arbeidsmodeller», tilknytningsstil, mentalisering og mindfulness blir i første del av boka belyst på en forståelig måte og satt i sammenheng, og i siste del satt inn i et klinisk perspektiv med eksempler fra egen praksis. «Embeddedness» blir et samlebegrep som i boka benyttes for å forstå og hjelpe personer som gjennom en utrygg tilknytning har fått en manglende eller fragmentert oppfatning av seg selv i verden. Mentalisering og mindfulness blir viktige virkemidler for å bringe både klient og terapeut ut av «embeddedness» til en metaposisjon med en åpen tilstedeværelse i øyeblikket. Compassion og mindfulness blir to sider av samme sak, der det ene forutsetter det andre.

Mindfulness får med David Wallin en bredere plass i tilknytningstradisjonen på en måte jeg ikke hadde sett før. Med sin åpne begeistring for buddhistisk filosofi mener Wallin at terapeuter også trenger meditasjon for å bli mer mindful og mentaliserende. Det handler om å ikke bli låst i en forforståelse av pasienten slik man lett kan bli i vår diagnostiske hverdag. I stedet blir det nonverbale følelsesuttrykket og den subtile implisitte kunnskapen med metakommunikasjon («snakk om det å snakke») det sentrale.

Vidar Andresen ved BUP Drammen utfordrer
Andreas Aamodt til å ta stafettpippen videre

Behøver psykologien være så individorientert?

Forfatteren har en smittende interesse for sitt virke og viser stor vilje og evne til analyse og kreativ begrepsdannelse, noe som ofte savnes på psykisk helsefeltet.



AKSEL TJORA
Hva er FELLESSKAP,
Universitetsforlaget,
2018. 160 sider,

I DET NYLIBERALE og postmoderne samfunnet har bastante kategorier som «sykdom» dårlige vilkår. Den viktigste nosologiske kategorien sykepleiere møter i grunnutdanningen, er da også mastersyken, om vi skal tro litteraturkritiker og sykepleier Cathrine Krøger. Men vi kan, hvis vi ikke har et optimalt genetisk utgangspunkt, velger et dårlig oppvekstmiljø, spiser feil grønnsaker, eller blir overkjørt av en førerløs bil, fortsatt tenkes å møte helseutfordringer.

Hva kan vi gjøre med det? «Den som leitar, han finn, men ikkje det han leitar etter», hevder Arne Garborg. Det likner mistenkelig på situasjonen på det norske psykisk helsefeltet for tida, om vi skal tro de diagnosefrie, de medisinfrie, og psykoterapinyansører som Joar Øveraas Halvorsen og Jørgen Flor. Fra før vet vi at det er for mye og for lite tvang og for mange og for få senger. For ikke å snakke om psykologer, som det plutselig også er for mange og for få av, særlig på kontoret.

Leitinga held fram: Psykologforeningens nestleder har vært på hjemmebesøk og sett det sosiale lyset – kan det være det samme lyset som kommunale tjenesteytere har badet i siden begynnelsen av 1990-tallet? Arnhild Lauveng har i sitt doktorgradsarbeid slått inn den åpneste av alle dører: Studentrollen

og skolefellesskapet er mer framoverlent og stimulerende enn pasientrollen og pasientfellesskapet.

Siden slutten av forrige århundre er det mye som har tydet på at brukerne er like interessert i samvær som i samtaler – heller ikke slik er vi forskjellige fra andre. Kanskje skal psykologer og andre fagfolk nå omsider begynne å interessere seg for fellesskap som fenomen? Er ikke, når alt kommer til alt, hovedgreia med psykososiale utfordringer og funksjonsnedsettelser faren for å miste fellesskapet med seg selv og andre?

LA OSS STIMULERE VÅRE PASSIARE SONER

Aksel Tjora, sosiolog og professor ved NTNU, står med boka *Hva er fellesskap*, utgitt i en etter hvert bindsterk serie av presumptivt lettleste fagintroduksjoner for leg og lærd, hvorav forbausende mange burde være av interesse for psykologer, fram som en mulig veileder. Han slår riktignok fast, uten begrunnelse, at selv om han har brukt mye tid på helsesosiologisk forskning, har han ikke trukket veksler på dette i denne boka. Nysgjerrigheten på dette valget sitter i en stund: Hva er det ved Tjoras (og eventuelt andres) helsesosiologiske forskning som gjør den uinteressant i et fellesskapsperspektiv?

ANMELDT AV

Odd Volden,
brukeraktivist

Forfatteren starter personlig, og er ikke redd for å vende tilbake til det personlige underveis. Boka er teori- og empiritung, men føles kun unntaksvis slik; i partier er den tvert imot på kanten til å være noe så sjelden som en akademisk sidevender. Tjora har en smittende interesse for det han holder på med – jeg lar meg ikke minst begeistre av hans vilje og evne til analyse og kreativ begrepsdannelse, noe som ofte savnes hos studenter, tjenesteytere og brukerrepresentanter på psykisk helsefeltet. Et morsomt eksempel er Tjoras nyskapning «passiare soner» – «... områder hvor folk oppholder seg i kortere eller lengre tidsrom, og som gir grunnlag for tilfeldige møter og gjenkjennende hilser» (s. 118). Arbeidsoppgaven til neste internseminar gir seg selv: Grei ut om mulighetene passiare soner gir i psykisk helsearbeid.

Tjora belyser fellesskap som samhold, integrasjon, interaksjon, identifikasjon, kommunikasjon, arbeid, nærvær og mulighet. Det første kapittelet krever størst innsats; her introduseres vi for flere av sosiologiens klassikere fra urtiden. Forfatteren gjør dette på systematisk og interessevekkende vis, skjønt enkelte passasjer får meg til å riste på hodet: Det er en klassisk sosiologisk uvane å forsøke å forklare ett begrep ved hjelp av en kjede av begreper på samme abstraksjonsnivå. For mye av slikt kan fort ta motet fra den jevne leser: «(h)un viser hvordan organisk solidaritet uttrykt som lokale konstituerende praksiser bidrar til å forstå det moderne samfunnets formelle organisasjoner». Strukturelt forsterkes antakelig denne leseutfordringen av at det knapt finnes en «folkesosiologi» i samme grad som en «folkepsykologi».

I kapittelet om integrasjon henlegges også den teoretiske – og deler av den empiriske – tyngden til tidligere tider, men Chicago-skolen ligger likevel noe nærmere vår egen tid og virkelighet. Antropologisk inspirasjon, starten på en kvalitativ sosiologi, etnografi og metode-mangfold – jeg tenker rett som det er «sosialpsykologi» når jeg leser dette kapittelet.

EN PARADEMARSJ

Kvalitetene ved bokas to første kapitler til tross: Det løsner for alvor i kapittelet om interaksjon, og derfra og ut er boka en parademarsj. Interaksjon, identifikasjon, kommunikasjon, nærvær – burde ikke dette, når vi tenker oss om, være vel så selvfølgelig utgangspunkt for studier av psykisk helse og helseutfordringer som

kognisjon, emosjoner, symptomer og lidelser? Hvorfor har det ikke vært slik? Hva skal til for at det skal bli slik?

I tre år har jeg ved kjøkkenbordet fulgt min sosiologiutdannede kone i hennes doktorgradsarbeid om tilhørighet hos mennesker med samtidige rus- og psykiske lidelser i en norsk kommune. I Livorno i Italia har jeg til og fra gjennom mange år fulgt en helseforetaksansatt sosiolog og sett hans uvurderlige arbeid for å skape borgernes psykisk helsetjeneste. Aksel Tjoras fagfeller Ragnfrid Kogstad, Reidun Norvoll og Trond Hatling har for lengst levert sentrale bidrag til det norske psykisk helsefeltet. Aksel Tjora er selv initiativtaker og leder av Sosiologisk poliklinikk i Trondheim. Det framgår av poliklinikens hjemmeside at arbeidet «... søkes rettet mot problemstillinger som angår alle mulige aspekter ved mennesker og deres sosiale miljø».

«Noen ganger tenker jeg at individet ikke finnes», sa den finske psykologiprofessoren Jaakko Seikkula en gang vi underviste sammen, og jeg tror jeg skjønner hva han mener. Det jeg er helt sikker på, er at oversalget av individualpsykologi må ta slutt. Det trenger ikke bety færre psykologer, men det må i det minste bety at samfunnspsykologien styrkes, og at forståelsen for fellesskapet og innsatsen på ordinære arenaer trappes opp for alvor.

Man kan selvfølgelig ikke få plass til alt i en bok som ikke rekker å runde 150 sider før litteraturlista dukker opp, men jeg tar meg i å tenke på fellesskapets plass i filosofi, religion, etikk og andre humanistiske felt og fag. Kalles ikke nattverden hos katolikkene «den første communion»? Sosiologisk pervertering av menneskelige fenomener er ikke bedre enn psykologisk pervertering – Aksel Tjora kunne med fordel kikket litt oftere og litt grundigere over det sosiologiske gjerdet. Denne innvendingen styrkes av at det allerede finnes en bok om sosiologi i Hva er-serien.

Tre av de fire andre Hva er-bøkene jeg har for hånden, har stikkordregister. Aksel Tjoras bok har ikke det. Det er synd, for dette er en bok jeg får lyst til å vende tilbake til for å gjenoppleve fascinerende møter med fenomener og forskere. Til gjengjeld har Aksel Tjora de mest motiverende oppfordringene til videre lesning som denne serien kan tilby, hvis da mine stikkprøver forteller sannheten. Han skal ikke se bort fra at noen av oss kan komme til å følge disse oppfordringene. ❌



Det jeg er helt sikker på, er at oversalget av individualpsykologi må ta slutt

Når sjelesorg, terapi og veiledning krysser spor

Hvordan kan vi forstå mer av hvordan vi møter et menneske i sjelesorg til forskjell fra i terapi? Tor Johan Grevbo ønsker å gi en tverrfaglig avklaring.



TOR JOHAN S. GREVBO *Sjelesorg i teori og praksis. En lærebok og håndbok med mange perspektiver.* Luther forlag, 2018. 512 sider

ANMELDT AV

Gry Stålsett, spesialpsykolog ved Modum Bad, PhD og førsteamanuensis i religionspsykologi ved Menighetsfakultetet, Oslo.

TOR JOHAN GREVBO har arbeidet ved Høyskolen Diakonova i Oslo og som professor ved Det Teologiske Fakultet i København. Særlig kjent er hans tidligere utgivelse *Sjelesorgens vei. En veiviser i det sjelesørgeriske landskap-historisk og aktuelt* (2006). Årets bok, *Sjelesorg i teori og praksis* er både en lærebok og et oppslagsverk. Forfatteren presenterer ulike sjelesørgeriske tradisjoner, og skriver grundig om nødvendig basiskompetanse. Han presenterer etiske rammer for sjelesorgsamtalene, og gir pedagogiske råd for nybegynnere, for eksempel om forskjellige typer spørremåter. Han belyser også betydningen av kultursensitivitet, og byr på samtidsanalyser.

MEDVANDRER OG BUDBRINGER

Etter hvert kapittel er det oppsummerende spørsmål som egner seg godt for læring og samtalegrupper. Forfatterens stemme, synspunkter og posisjoneringer i fagfeltet kommer tydelig frem, slik at deler av boken får et faglig essayistisk preg.

I det Grevbo kaller «viatorisk sjelesorg» er det balansen mellom å være en medvandrer og en budbringer som definerer sjelesorgens egenart. Forfatteren er opptatt av at sjelesorgfaget ikke må miste kontakten med sine kilder og tradisjoner når faget møter psykologien og psykoterapiens fagfelt. Her presenterer han oss for ulike posisjoner – som klar adskillelse, stort sammenfall og komplettering. Innebygde personlighetsmodeller og syn på normalitet belyses, og han gir også en oppsummering av hva fagområdene kan lære av hverandre. Det jeg særlig finner overførbart til andre praksisfelt som veiledning og terapi, er der forfatteren konkret presenterer forskjellige spørremåter, gode formuleringer som

fremmer flyten og dybden i en samtale (fremfor å bidra til at den stopper opp). Han bidrar også til å bevisstgjøre oss på vanlige nybegynner feil.

SAVNER NYANSER

Selv om presentasjonen av terapeutiske retninger er kort, er den ryddig. Men særlig i fremstillingen av hva psykoterapien skal lære av sjelesorgen, hadde jeg ønsket en mer nyansert fremstilling. Forfatteren synes å forutsette at en i psykoterapien nesten bare ser farene ved de åndelige aspektene i menneskers liv.

Det oppleves også som et minus at ritualers betydning i sjelesorg- og terapisarbeid ikke vektlegges mer, og er heller overfladisk behandlet med tanke på dagens praksis. Hvordan vi møter kvinner og menn ulikt i den profesjonelle samtalen og fremstillingen av kjønn og identitet, fremstår mangelfullt og stereotypisk. Jeg synes ikke det står i stil med fagligheten som ellers preger boken.

Jeg skulle gjerne ha sett et eget kapittel om sjelesorg i møte med traumeerfaringer og livsfasers spesifikke utfordringer, der sjelesorgen og terapien med sin forskjellige tilgang særlig kan utfylle hverandre. Jeg savner også mer om hvordan en tar opp forholdet mellom følelser og tro i en sjelesørgerisk kontekst. Boken kunne også med fordel hatt et tematisk stikkordsregister.

STOR NYTTEVERDI

Disse innvendingene svekker likevel ikke hovedinntrykket av at dette er et imponerende arbeid med stor nytteverdi også tverrfaglig, der sjelesorg, terapi og veiledning krysser spor. *Sjelesorg i teori og praksis* er ikke bare tettpakket



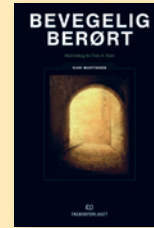
IMPONERENDE Tor Johan Grevbos (bildet) bok er et imponerende arbeid med stor nytteverdi også tverrfaglig, der sjelesorg terapi og veiledning krysser spor, skriver Gry Ståleth. Foto: Fartein Rudfjord

med bibelske henvisninger, men også grundig med forskningsbaserte, filosofiske og psykologifaglige referanser. I kombinasjon med godt faglig skjønn kan den egne seg både som lærebok og som den håndboken den ønsker å være.

Grevbo presenterer spørsmål og perspektiver som også kan være nyttig for psykologen å ha med seg i verktøykassen, selv om anvendelsen da vil være av mer undersøkende karakter enn å tilby svar. Den personlige stemmen er et vågestykke i læreboksjangeren. Det gjør den faglig utfordrende, noen ganger med gode analyser, andre ganger med irriterende påstander. Men kanskje derfor også interessant å lese. ✘

Les også «Brobygger til sjelesorgen» i forrige utgave av Psykologtidsskriftet (side 622).

Ferskvare



Hva er hellig?

Er det fare for at enkeltmennesker – pasienten, pårørende, sykepleieren – reduseres til små tannhjul i et helsevesen preget av hektisk travelhet? Vil ikke et samfunn og et helsevesen der intet er hellig, være skamløst? Spør Kari Martinsen og Tom A. Kjær i Fagforlagets bok *Bevegelig berørt*. Boka drøfter kritisk hva som kan forstås med det hellige – uavhengig av tro og livsholdning. Tenkere som filosofene K. E. Løgstrup og Michel Foucault og sosiologen Hartmut Rosa trekkes inn i diskusjonen.



Autonomi

Retten til å bestemme over sin egen kropp er grunnleggende både i norsk lovverk og i menneskerettighetene. Men hvordan skal dette praktiseres i helsetjenesten? Når må man likevel gi hjelp uten samtykke, eventuelt under motstand? *Selvbestemmelse og tvang i helse- og omsorgstjenesten* av Østenstad, Adolphsen, Naur og Aasen (red.) utgitt på Fagbokforlaget inneholder artikler av norske og danske rettsforskere.



Tannhelsepsykologi

Munnhulen burde oftere inkluderes i psykologisk behandling, ifølge boka *Odontologisk psykologi* av Willumsen, Myran og Lein (red.) utgitt på Gyldendal forlag. Nedsett tannhelse kan virke invalidiserende. Noen isolerer seg fordi de skammer seg over dårlige tenner, og noen har vonde erfaringer som gjør at tannbehandling oppleves umulig. Forfatterne ønsker å øke kunnskapen om tannstatus og tannbehandlingsangst i psykisk helsevern.

Kurskalenderen

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

Pris eks. mva. for innrykk i tillegg til annonse i Psykologtidsskriftet:

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

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

AUGUST

Behandling av psykosetilstander: Psykosebegrepet

Oslo, 30.–31. august

For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

SEPTEMBER

Psyk meg opp i ledelse!

1. samling 20.–21. september

Se annonse i Psykologtidsskriftets juli-utgave

OKTOBER

Lovkurs; Tvangsvedtak i psykisk helsevern

Oslo, 15.–16. oktober

For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Rus og avhengighetspsykologi

Oslo, 24.–25. oktober

For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Styrkebasert leder- og organisasjonsutvikling

Oslo, 29.–30. oktober

For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

NOVEMBER

Undersøkelse av oppmerksomhet med vekt på BRIEF og Connors' CPT

Oslo, 1.–2. november

For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Psykologfaglig arbeid med barn og unges omsorgsbetingelser

Oslo, 15.–16. november

For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Psykoterapeutisk metode for barn og unge: Emosjonsfokuset familieterapi anvendt i klinisk arbeid ned barn og unge

Oslo, 28.–29. november

For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?

Registrer ny adresse på www.psykologforeningen.no

Min medlemsside

eller send e-post til

medlemsservice@psykologforeningen.no



SPESIALISERINGSKURS I PSYKOTERAPI - MODUM BAD

Bli en bedre terapeut!

Hvorfor gir ikke alltid terapi ønsket virkning?

Styrk dine terapeutiske egenskaper – lær hva som virker i terapi

- To-årig utdanningsløp, med fokus på praktisk terapi som gir resultater
- Effektiv og rask vei til spesialisering – kun krav om to tjenestesteder
- Dekker kravene til både kurs og egenerfaring
- Integrerer fellesfaktorers rolle med spesifikke intervensjoner
- Målrettet klinisk trening – gode veiledningsmuligheter
- Godkjent som obligatorisk program i spesialiteten psykoterapi av Norsk psykologforening
- Med bla. Bruce Wampold, PhD og KariAnne Vrabel psykologspesialist/PhD som forelesere.

” Dette var veldig bra. God vektlegging av undervisning, øvelser og video. Veldig praksisnært”

Deltaker, 2017 kullet

Ledige plasser
på oppstart
i januar 2019

Mer informasjon og påmelding på:

www.kildehuset.no

KILDEHUSET - formidling og forebygging

MODUMBAD 
- en kilde til liv





FPP-SEMINAR OG ÅRSMØTE 2018

(Foreningen for psykologer i privat praksis, med og uten driftstilskudd)

25. – 27. oktober 2018, Hotell Zander, Bergen

(rett ved Bergen jernbanestasjon, bybanen og flybussen)

TEMA:

«Forhold som utfordrer relasjonen mellom pasient/klient og terapeut.»

Torsdag 25. oktober

12.00 – 13.00 Registrering og lunsj

13.00 – 13.10 Åpning ved leder i FPP, Ragnar Kværness

13.10 – 16.30 Psykologspesialist Arne Blindheim, Klinikk for krisepsykologi i Bergen

«Relasjonelle utfordringer i terapi med kronisk traumatiserte og dissosierte pasienter»

16.30 – 18.30 Årsmøte i FPP

Fredag 26. oktober

09.00 – 12.00 Torkil Berge, Diakonhjemmet sykehus, leder av Norsk Forening for Kognitiv Terapi
«Energityvene: Utmattelse av sykdom, relasjoner og terapier»

12.00 – 13.00 Lunsj

13.00 – 17.00 Torkil Berge fortsetter

19.00 Aperitiff

19.30 Festmiddag

Lørdag 27. oktober

09.00 – 12.30 **Norsk psykologforening, forhandlingsavdelingen:**
Informasjon og nytt fra foreningen

12.30 – 13.30 Lunsj/Avslutning

Seminaret er subsidiert og forbeholdt medlemmer av FPP. Også ikke-medlemmer kan være med på seminaret, under forutsetning av at de melder seg inn i FPP før seminaret starter.
(De det gjelder får e-post om dette, medlemsavgift er kr 350,-)

Seminaret er godkjent som 16 timers fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet.

Seminaravgift kr 4 000,- (dekker lunsj, kaffe, småmat i løpet av dagen, samt leie av lokale). Påmelding til festmiddagen 26.10, som koster kr 800,-, skjer ved påmelding, kryss av i påmeldingsskjemaet.

Hver enkelt ordner overnatting på hotellet, e-post: info@accommodate.no, telefon 41 47 20 17.

For å få spesialpris kr 990,- forutsettes det bestilling innen 25.09.19.

Saker som ønskes behandlet på årsmøtet, og forslag til kandidater til valgene, må sendes styret innen 18. september, til ragnarpsykolog@yahoo.no

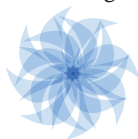
Sted og dato: 25.– 27. oktober 2018, Hotell Zander, Bergen.

Avmeldingsfrist: 27. september 2018 (ingen refusjon av seminaravgift etter denne dato)

Seminaravgift: kr 4 000,-

Kursnr.: 925-18

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



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen

Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92



Fra risikovurdering til risikohåndtering

Dagsseminar med Svein Øverland for psykologer

Norsk psykologforening Sør-Trøndelag lokalavdeling har gleden av å invitere alle psykologer og psykologspesialister til dagsseminar tirsdag 18. september 2018, over temaet risikovurderinger og risikohåndtering. Seminaret vil ha særlig fokus på seksuelle- og internettrelaterte overgrep mot barn. I tillegg vil han snakke om hvordan gjennomføre gode voldsrisikovurderinger i klinikken.

Vennligst gi beskjed om du ønsker faktura sendt elektronisk eller i papirversjon ved påmeldingen.

Seminaret er godkjent av Norsk psykologforening som 8 timers fritt spesialkurs og som 8 timers vedlikeholdsaktivitet til spesialitetene.

Sted/dato: Scandic Nidelven Hotell Trondheim, tirsdag 18. september 2018
 Registrering fra kl 08:30–09:00
 Kurs fra 09:00–16:00

Påmeldingsfrist: 20. august 2018

Kursavgift: kr 1 200 inkl. lunsj

Påmelding: morten.thorsen@nav.no



Norsk psykologforening
 Sør-Trøndelag lokalavdeling

KONTOR LEDIG FOR PSYKOTERAPEUT I KRISTIANSAND.

Jeg har et svært hyggelig kontor midt i Kristiansand sentrum (Markensgate). «Psykoterapi-stue», venterom, te-kjøkken og toalett, samt takterrasse. Jeg arbeider mye utenbys/andre steder og ønsker derfor å dele kontoret med kollega. Kontoret egner seg særs godt for psykoterapi/psykoanalytisk behandling. Pent innredet med bl.a god analysebenk. Jeg bruker det i liten grad og kollega kan benytte det på deltid eller heltid. Ta kontakt på tlf. 959 42 823 eller e-post gunsyns@online.no for mer info. Detaljer utarbeider vi i fellesskap. Vennlig hilsen Gunn Saltvedt

VETERANERS
 PSYKISKE HELSE
 KURS FOR LEGER
 OG PSYKOLOGER



Kurs for leger og psykologer om veteraners psykiske helse

TID: 25. – 26. oktober 2018

STED: RVTS Øst, Nydalen, Oslo

PÅMELDINGSFRIST: 14.9.2018

MÅLGRUPPE:

Psykologer, psykiatere, fastleger og andre leger. Eventuelt interesserte sykepleiere og annet helsepersonell ved ledig plass.

LÆRINGSMÅL:

Økt interesse for, og kunnskap om veteraners psykiske helse og helseutfordringer. Målet er å styrke kompetansen om hvordan militære veteraner og også annet innsatspersonell i internasjonale operasjoner, slik som politi og humanitært personell, best kan ivaretas i helsevesenet. Kurset er lagt opp slik at deltakerne også vil få en bredere forståelse av psykotraumer, belastningsskader og tilpasningsforstyrrelser generelt.

MER INFORMASJON OG PÅMELDING

www.siops.no/kurs

eller i Legeforeningens kurskatalog



SIOPS
 VETERANFORBUNDET

MODUMBADitt
 – en kilde til liv



Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook



Valgfritt program – Rus- og avhengighetspsykologi

Programmet skal gi psykologer økte forutsetninger for å arbeide med utredning, behandling og rehabilitering av rus- og avhengighetsproblemer innenfor de ulike psykologtjenestene.

Målgruppe

Det valgfrie programmet i rus- og avhengighetspsykologi er godkjent til disse spesialitetene.

- Spesialiteten i arbeidspsykologi
- Spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi
- Spesialiteten i familiepsykologi
- Spesialiteten i samfunns- og allmennpsykologi
- Spesialiteten i voksenpsykologi

Psykologspesialister kan søke opptak på samlingene som vedlikeholdsaktivitet, da stilles ikke krav til praksis og veiledning.

Påmelding

- Valgfrie program og obligatoriske kurs kan ikke gjennomføres samtidig
- For å kunne starte må du ha fullført alle fire samlingene i Fellesprogrammet
- Påmelding gjelder for hele programmet

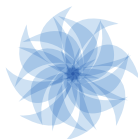
Sted og dato: Oslo, 24.-25. oktober 2018 (1. samling)

Påmeldingsfrist: 19. september 2018

Medlemspris: kr 6 800 per samling

Kursnr.: 141-18

For påmelding og ytterligere informasjon,
gå inn på www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning



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

STIFTELSEN MENTALHYGIENISK RÅDGIVNINGSKONTOR

v/styreleder Otto Steinfeldt-Foss utlyser

STIPEND FOR 2019

Stiftelsen Mentalhygienisk Rådgivningskontors formål er å fremme virksomhet innen det barne- og ungdomspsykiatriske helsevern ved tildeling av stipend til enkeltpersoner og institusjoner. Formålene det kan søkes midler til må ha en bred forankring innen den psykodynamiske tradisjon som hele tiden har vært Mentalhygienisk Rådgivningskontors arbeidsform og forståelse.

Det kan søkes om midler til undersøkelser med relevans for området, til datainnsamling og/eller bearbeidelse av data. Det kan også søkes midler til frikjøp av tid for utarbeidelse av artikler, rapporter eller foredrag, samt studiebesøk eller deltagelse på kongresser.

Søknadsskjema, personvernerklæring og informasjon hentes ut via denne linken:

<http://medmenneskeioslo.com/legater/>

Det må sendes en søknad for hvert prosjekt og for hver person. Søknaden må inneholde en oversikt over hva pengene skal brukes til. Det må foreligge en prosjektplan med budsjett og informasjon om hvorvidt det foreligger annen finansiering.

Den som tildeles midler må gi en skriftlig rapport med vedlagt regnskap tilbake til Stiftelsen for å dokumentere at stipendet har blitt brukt til det formål det ble søkt om. Ikke disponerte midler tilbakebetales. Dette må gjøres innen 30.04 året etter.

Ytterligere informasjon ved henvendelse til overlege Otto Steinfeldt-Foss **402 00 019**, otto.steenfeldt-foss@medisin.uio.no, psykiater Rune Johansen **22 42 50 05**, ru-jo3@online.no eller til psykolog Anders Zachrisson **947 91 550**, johnaz@online.no.

Styret i stiftelsen Mentalhygienisk Rådgivningskontor vurderer søknadene og tildeler midler. Det overordnede hensyn ved vurderingen er prosjektets kliniske relevans.

Søknad med dokumentasjon sendes:

Mentalhygienisk Rådgivningskontor v/Oslo Røde Kors

Att: Randi Hammerstrøm

Pb. 3 Grønland

0133 Oslo

Søknadene kan også sendes pr. e-post

kontakt.oslo@redcross.no eller e-post ranham@online.no

SØKNADSRIST: 11. september 2018



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Visittkort

Ny selvbetjent løsning for bestilling
av Visittkort med timekort.

Velg mellom løse kort
eller visittkort i blokk,
og med eller uten
egen logo.

Bestilles via «min side»
for medlemsrabatt.



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

Velkommen til innføringskurs i Coherence Therapy 27. – 28. september 2018 i Oslo

Lær en ny og spennende opplevelsesbasert terapiform.

Kurset er godkjent av Norsk psykologforening
som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer og av
Norsk Legeforening som 16 timer valgfritt kurs i
psykiatri.

Informasjon

Kursavgift: NOK 5000
(inkl. lunsj begge dager)

Søknadsfrist: 15. september 2018

Påmelding og mer info på vår nettside:
www.psykologbehandling.no





Styrkebasert leder- og organisasjonsutvikling

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister, mastere i arbeids- og organisasjonspsykologi

Målsetning

Å gi en teoretisk innføring i hvordan kartlegge, utvikle og balansere styrker for ledere, medarbeidere og organisasjoner

Forventet læringsutbytte

- Kurset vil gi deltakerne «state of the art» på forskningen innen positiv psykologi og styrkebasert leder/organisasjonsutvikling
- Deltakerne får trening og veiledning i en metode for hvordan positiv psykologi og styrkebasert utvikling kan implementeres i ledelse og organisasjoner
- Deltakerne skal kunne anvende konkrete verktøy til bruk i egne leveranser

Kurset er godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdskurs med 16 timer

Kursledere:

Lisa Vivoll Straume har doktorgrad fra NTNU og er faglig leder i Mind: AS. På bakgrunn av egen og nyere forskning innen positiv psykologi, har Lisa utviklet flere av konseptene MIND: AS leverer i dag, blant annet veiledningsprogram i lederutvikling. I tillegg til å være faglig veileder i MIND: AS, har Lisa flere sentrale roller in det internasjonale forskningsmiljøet.

Benedicte Langseth-Eide er psykolog og har studert ledelse ved UiT Norges arktiske universitet. For tiden tar hun en doktorgrad i organisasjonspsykologi hvor hun forsker på hvordan organisasjoner og bedrifter kan skape og øke jobbengasjement, på individ-, gruppe- og strukturnivå. Hun underviser på universitetet og arbeider som psykoterapeut på instituttets klinikk. Langseth-Eide jobber også som foredragsholder og konsulent.

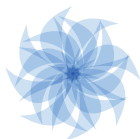
Sted og dato: Oslo, 29.–30. oktober 2018

Påmeldingsfrist: 24. september 2016

Medlemspris: kr 6 900

Kursnr.: 117-18

Mer informasjon og påmelding: www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning



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



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

Lovkurs; Tvangsvedtak i psykisk helsevern

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

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

Aktuelle tema:

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

Kurset er godkjent som 16 timers fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet.

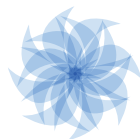
Sted og dato: Oslo, 15.-16. oktober 2018

Påmeldingsfrist: 10. september 2018

Medlemspris: kr 6 900

Kursnr.: 115-18

Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning



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



Oppstart obligatoriske kurs høsten 2018

For å kunne starte på de obligatoriske kursene må du ha fullført alle fire samlingene i Fellesprogrammet.

Samfunns- og allmennpsykologi

Sted	Kursnr.	Kurs	Kursdato	Kursleder
Oslo	581-18	Kurs 1	12.-14. september 2018	Monica Beer Prydz

Påmeldingsfrist: 8. august

Nevropsykologi

Sted	Kursnr.	Kurs	Kursdato	Kursledere
Oslo	421-18	Kurs 1	17.-19. oktober 2018	Heine Hagenberg/Rita R. Skavhellen

Påmeldingsfrist: 12. september

Barne- og ungdomspsykologi

Sted	Kursnr.	Kurs	Kursdato	Kursleder
Oslo	391-18	Kurs 1	5.-7. november 2018	Simon-Peter Neumer

Påmeldingsfrist: 1. oktober

Arbeidspsykologi

Sted	Kursnr.	Kurs	Kursdato	Kursledere
Oslo	521-18	Kurs 1	15.-16. november 2018	Anette Høy Dye/Bjørn Lau

Påmeldingsfrist: 11. oktober

Rus- og avhengighetspsykologi

Sted	Kursnr.	Kurs	Kursdato	Kursleder
Bergen	471-18	Kurs 1	28.-30. november 2018	Eva Karin Løvaas

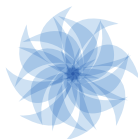
Påmeldingsfrist: 24. oktober

Voksenpsykologi

Sted	Kursnr.	Kurs	Kursdato	Kursleder
Oslo	251-18	Kurs 1	29.-30. november 2018	Pia Therese Wiig

Påmeldingsfrist: 25. oktober

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



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



Valgfritt program i psykoterapeutisk metode for barn og unge:

Emosjonsfokusert familieterapi anvendt i klinisk arbeid med barn og unge

Emosjonsfokusert familieterapi og foreldreveiledning (EFFT) har fokus på å behandle psykiske vansker hos barn eller hjelpe barn med emosjonsregulering, gjennom å veilede og støtte foreldrene.

Målgruppe

Psykologer som har fullført obligatorisk program for barn og unge. Andre med fullført obligatorisk program og minimum 2 års praksis med barn og unge (se oversikt på Psykologforeningens nettsider over spesialiteter som har godkjent programmet).

Psykologspesialister kan søke opptak til kursene som vedlikehold.

Tema

Teoretiske rammeverk for EFFT, emosjonsveiledning, reparere emosjonelle sår i relasjonen til barnet, praktiske rammer for foreldreveiledning og foreldrekurs.

Kurssamlingene

Fire samlinger på to dager hver. Undervisningen er seminarbasert, og vil gjennomgående integrere deltakernes praktiske erfaring med teori.

Kurslederne

Vanja Hjelmseth er utdannet psykolog ved NTNU 2003. Treårig utdanning i emosjonsfokusert terapi. Videreutdanning som facilitator i emosjonsfokusert individualterapi og i emosjonsfokusert familieterapi. Ansatt ved Institutt for Psykologisk Rådgiving, Bergen.

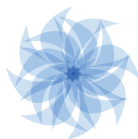
Bente Austbø er utdannet ved Universitet i Bergen i 2001. Er spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi (2008) og utdannet Marte Meo-terapeut. Sertifisert i De utrolige årene, Circle of Security (P), Tuning into Kids og Emosjonsfokusert familieterapi og foreldreveiledning. Per i dag privatpraktiserende psykolog og jobber ved Institutt for psykologisk rådgivning.

Sted og dato: Oslo, 28.-29. november 2018

Påmeldingsfrist: 24. oktober 2018

Medlemspris: kr 6 800

Kursnr.: 185-18



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



Undersøkelse av oppmerksomhet med vekt på BRIEF og Conners' CPT

En rekke psykiske lidelser kjennetegnes av svikt i eksekutive funksjoner/oppmerksomhetsevne. Oppmerksomhet er imidlertid ikke et enhetlig fenomen. Snarere er det sånn at ulike personer og diagnosegrupper kjennetegnes av ulike typer oppmerksomhetssvikt.

Målgruppe/Målsetning

Psykologer som arbeider med undersøkelse av eksekutivfunksjoner/konsentrasjon enten med barn eller voksne.

Hensikten med kurset er å gi en innføring i bruken av kartlegging- og testverktøyene Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF), den nye versjonen BRIEF-II og Conners CPT-III. I tillegg vil vi presentere oppdatert kunnskap om delprosesser og nyanser ved oppmerksomhetsfunksjoner og synliggjøre hvordan disse to kartleggingsverktøyene kan måle dette. Styrker og svakheter ved begge verktøyene vil bli presentert.

Innhold

Kurset vil gjennomgå teori og modeller på eksekutiv-funksjoner /oppmerksomhet, forskning på CCPT og BRIEF, drøfte kliniske problemstillinger og gjennomgå kliniske kasus med voksne og barn. Kurset vil også gjennomgå andre undersøkelsesmetoder som kan gi et nyansert bilde av oppmerksomhetsressurser.

Om kurslederne

Jens Egeland er forskningsleder ved Klinikk for Psykisk Helse og Rusbehandling, Sykehuset i Vestfold. Egeland er spesialist i nevropsykologi, dr. psychol. og professor ved Universitetet i Oslo. Han har publisert flere artikler basert på CCPT-II og har deltatt i det norske BRIEF-valideringsprosjektet.

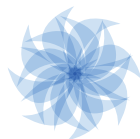
Øyvind Fallmyr er spesialist i klinisk voksenpsykologi og arbeider ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avd., Klinikk for Psykisk Helse og Rusbehandling, Sykehuset i Vestfold. Han har vært prosjektleder for det norske BRIEF-valideringsprosjektet. Han er aktuell med fagboken «Følelshåndtering og relasjonsbygging i skolen».

Sted og dato: Oslo, 1.-2. november 2018

Medlemspris: kr 6 900

Påmeldingsfrist: 27. september 2018

Kursnr.: 107-18



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

Vil du være med å revolusjonere psykisk helsehjelp i Norge?

NORWAY Head of **Psychology**

KRY er en digital helsetjeneste som gjør det mulig for pasienter å møte helsepersonell via videosamtale på mobil. KRY har et mål om å bygge en bedre og mer tilgjengelig helsetjeneste ved å flytte konsultasjoner fra fysisk til digitale møter.

Vår ambisjon er å tilby en tjeneste som gir pasientene den beste helsetjenesten, uavhengig av sted. I dag tilbyr KRY lege-konsultasjoner i Norge, men vi har allerede lansert psykologi tjenester i andre markeder med stor suksess.

Vi søker nå etter en erfaren og entusiastisk psykolog for å lansere og bygge vårt psykologitilbud i Norge. Som Head of Psychology vil du spille en sentral rolle i KRY Norge-teamet, men i tillegg jobbe i nært samarbeid med vårt globale psykologi-team.

Om dette høres interessant ut, ta kontakt med malin@kry.no eller les mer på career.kry.se





Psykologer og terapeuter til nytt familievernkontor i Oslo

Bufetat søker psykologer og familierapeuter til spennende oppgaver ved vårt nye familievernkontoret nord i Oslo. Vi ser etter deg som brenner for forebyggende familierapeutisk arbeid, og som vil bidra til å utvikle og tilpasse familievernet til mangfoldet i Oslos befolkning. Du vil møte en variert brukergruppe med et bredt spekter av relasjonelle utfordringer.

Les mer om stillingene på Finn.no – kode: 123069048

Søknadsfrist: 30.08.18

www.bufdir.no

 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS  UiO : Universitetet i Oslo

Akershus universitetssykehus er Norges største akuttssykehus, og lokal- og områdesykehus for nær 10 % av Norges befolkning. Vi har et raskt voksende forskningsmiljø innen medisin og helsefag.

"Menneskelig nær – faglig sterk" er vår ledestjerne.

Ungdomspsykiatrisk klinikk Psykologspesialist med fordypnings- område barne- og ungdomspsykologi

Fast 100% stilling ved Ungdomspsykiatrisk klinikk.

Vi søker etter spesialist i klinisk psykologi med fordypningsområde klinisk barne- og ungdomspsykologi. Psykolog med påbegynt fordypningsområde barne- og ungdomspsykologi kan også komme i betraktning.

Spørsmål vedrørende stillingen kan rettes til Inger-Lise Olsen, Seksjonsleder, tlf. 924 35 097, Thomas Blikshavn, Overlege, tlf. 402 20 681 eller Hilde Jansen, Enhetsleder, tlf. 959 61 813.

Referansenr: 3869827811 **Søknadsfrist: 15. august 2018**

Les mer om stillingen på www.ahus.no

www.ahus.no

HELSE  SØR-ØST

frantz.no

 AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS  UiO : Universitetet i Oslo

Akershus universitetssykehus er Norges største akuttssykehus, og lokal- og områdesykehus for nær 10 % av Norges befolkning. Vi har et raskt voksende forskningsmiljø innen medisin og helsefag.

"Menneskelig nær – faglig sterk" er vår ledestjerne.

Follo DPS, Seksjon for gruppeterapi Psykologspesialist - 100 % fast

Seksjonen ivaretar utredning og behandling av pasienter med lengre varig psykisk problematikk som personlighetsforstyrrelser, traumer og psykosomatiske smertelidelser. Metoden er hovedsakelig gruppepsykoterapi, men også en del individuell utredning og behandling. Mentaliseringsbasert behandling og Meta kognitiv Inter personlig terapi er grunnlaget, og vi har også grupper under denne overskriften med psykoedukasjon. Foruten samtalegrupper har vi også billedterapi og bevegelsesterapi.

Ref.nr 3854486911

Søknadsfrist: 15. august 2018

Les mer om stillingen på www.ahus.no

www.ahus.no

HELSE  SØR-ØST

frantz.no

To av våre dyktige leiarar går over i andre viktige roller ved Haukeland universitetssjukehus.

Helse Bergen søker klinikkdirektørar til to veldrivne og framtdsretta DPSar

- Vi ønsker oss klinikkdirektørar med solide kunnskapar om psykisk helsevern samt vilje til å prioritere satsinga på det pasientnære, kliniske arbeidet.
- Vi forventar at du som klinikkdirektør ivaretek rolla som kulturbyggjar og bidreg til eit positivt og samansveisa fagleg fellesskap.



Direktør - Bjørgvin DPS

Vi ønsker å fremme psykisk helse under mottoet å gjere kvardagen lettare. Bjørgvin DPS er eit lokalsjukehus innan psykisk helsevern for vaksne som bur i bydelane Arna og Åsane i Bergen kommune og i kommunane Austrheim, Fedje, Lindås, Masfjorden, Meland, Modalen, Osterøy og Radøy. Vår referanse for å søkje på stilling som klinikkdirektør ved Bjørgvin DPS er 3863067579

Direktør - Kronstad DPS

Vi skal bidra til at menneske med psykiske lidningar kan leve eit normalt liv med fokus på deltaking, sjølvstende og meistring. Kronstad DPS ligg sentralt plassert like ved bybanestoppet på Danmarks plass. Ved Kronstad DPS blir det gitt tilbod om spesialisthelsetenester til befolkninga i bydelane Bergenhus, Årstad og Ytrebygda i Bergen kommune. Vår referanse for å søkje på stilling som klinikkdirektør ved Kronstad DPS er 3865985036

Interessert? For meir informasjon og å søke på begge stillingane sjå: www.helse-bergen.no/jobb

Kontaktperson til begge stillingane er rådgivar innan leiarrekruttering Tove Huse Bjerkevoll tlf 48 07 38 34

Søknadsfrist for begge stillingane er 9. september.



www.helse-bergen.no

Avdeling for rusmedisin (AFR) i Helse Bergen søker Seksjonsleiar ambulante tenester

Avdeling for rusmedisin har ansvar for behandling og oppfølging av menneske med skadeleg bruk av rusmiddel og avhengigheit. Avdelinga har om lag 340 tilsette. Avdelinga har tre seksjonar for døgnbehandling AFR Askøy, AFR Tertnes og AFR Floen, samt to seksjonar for polikliniske tenester AFR poliklinikk og AFR LAR poliklinikk. I tillegg har AFR ein eigen seksjon for forskning og ein seksjon for LIS-legar. Seksjon ambulante tenester blir ein ny seksjon i AFR med målsetting om å sikre tidlegare oppstart av gode behandlingssløp, samt hjelpe menneske med rusmiddelavhengigheit som ikkje nyttiggjer seg av poliklinisk behandling.

Poliklinikkane har hatt eigne team for ambulerande verksemd. AFR vil no styrkje denne tenesta gjennom å opprette ny Seksjon for ambulante tenester. Den nye seksjonen skal stå sentralt i avdelinga si satsing på fleksible og ambulante tenester. Det er ønskelig at seksjonsleiar skal være i førarsetet for denne utviklinga, gjennom oppbygging av ein helt ny seksjon, differensiering og klargjering av oppgåver og kliniske målsettingar, kompetansebygging og utvikling av nye samarbeidsarenaer og -formar.

Stillinga innehar fagleg ansvar for tenesta, samt personal- og økonomiansvar. Seksjonsleiar skal sjå til at dei samla ressursane blir nytta til det beste for pasientane. I stillinga vil du få varierte arbeidsoppgåver og faglege utfordringar. Du vil vidare vere med på å utforme det framtidige innhaldet i eininga, din eigen stilling og arbeidsdag. Tiltreding i stillinga så snart som mogeleg. Stillinga rapporterer til avdelingsdirektør i AFR og inngår i leiargruppa i AFR.

Av kvalifikasjonar er det ynskjeleg at du har erfaring og kompetanse innanfor eit eller fleire av desse områda:

- Kliniske vurderingar av menneske med alvorlege ruslidningar og alvorlege psykiske lidningar
- Fagutvikling, undervising og kompetanseutvikling
- Utviklingsarbeid både i høve til organisatoriske tilhøve og tenesteinnhald
- Leiing av eining innan spesialisthelsetenesta
- Klinisk erfaring med sjølvmoeds- og valdsproblematikk, LAR- og ROP-pasientar
- Du må ha utdanning innan psykologi, medisin, sjukepleie, sosialt arbeid eller vernepleie.

Interessert? Kontakt Else-Marie Løberg ved Avdeling for rusmedisin, telefon 55957000/ else.marie.loeberg@helse-bergen.no eller assisterande avdelingsdirektør Christian Ohldieck, telefon 473 18 419/ christian.ohldieck@helse-bergen.no



Ref.nr. 3856328354 - Søknadsfrist: 26.08.2018



Frelsesarmeens Behandlingscenter Stavanger søker

Psykologspesialist/psykolog

Frelsesarmeens Behandlingscenter (FAB) gir et behandlingstilbud til kvinner og menn med alvorlig rusmisbruk og samtidig lettere til moderate psykiske lidelser. Behandlingscenteret består av behandlingsavdeling, stabiliseringsavdeling, dagbehandling og ambulante tjenester.

Informasjon om stillingen:

Stillingen er 100% fast, dagtid.

Arbeidsoppgaver bl.a.:

- Utredning, diagnostisering og behandling ved samtidig rusmiddelavhengighet og psykisk lidelse (døgnbehandling)
- Tverrfaglig samarbeid både internt og med eksterne instanser
- Individual- og gruppeterapi
- veiledningsoppgaver
- deltakelse i institusjonens faglige utviklingsarbeid
- bidra til kunnskapsbasert praksis og helhetlig integrert pasientbehandling

Kompetanse, kvalifikasjoner og erfaring:

- Psykologspesialist eller psykolog
- Ønskelig med erfaring fra psykisk helsevern og/eller rusbehandling
- Personlig egnethet og evne til tverrfaglig samarbeid vektlegges
- Utdannelse og/eller erfaring med gruppeterapi vektlegges
- Må beherske norsk skriftlig og muntlig

Vi søker en person:

- Som er interessert i fagfeltet, faglig oppdatert og som ønsker å bidra til å utforme behandlingstilbudet
 - Med gode mellom menneskelige egenskaper og gode kommunikasjonsevner
 - Som er selvstendig og ansvarsbevisst.
- Den som ansettes må arbeide i samsvar med Frelsesarmeens kristne grunnsyn.

Vi tilbyr:

- Et tverrfaglig miljø med faglige utfordringer og varierte arbeidsoppgaver.
- Lønn etter avtale
- Tilrettelegging for spesialistutdanning for psykologer
- Pensjonsordning.

Spørsmål:

Spørsmål kan rettes til daglig leder Hilde Wikheim, tlf. 51 82 87 23/00 eller fagsjef Elzbieta Stefanoff, tlf. 51 82 87 34.

Tiltredelse: 1. september 2018

Søknadsfrist: 25. august 2018

Sendes til:

hilde.wikheim@frelsesarmeen.no

For mer informasjon om FAB se våre nettsider:

www.fa-fab.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.

¹Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
09	17.08	03.09
10	17.09	01.10
11	18.10	01.11

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

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

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

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

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. Helseforetakene har om lag 27 300 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

Helse Vest RHF

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Førde

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Førde er ledig frå 01.02.2019, eller etter avtale.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

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

Avtalespesialisten skal bidra til 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 Førde ved DPS for ytre Sogn og Sunnfjord. Avtalespesialisten skal samarbeide med Helse Førde ved DPS for ytre Sogn og Sunnfjord om oppgåvedeling og for å sikre gode pasientløp. Avtalespesialisten skal også ta imot pasientar som er vurdert i Helse Førde ved DPS for ytre Sogn og Sunnfjord. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalespesialisten.

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

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

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

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.



Helse Nord RHF (regionalt helseforetak) har ansvar for spesialisthelsetjenesten til befolkningen i Nord-Norge. Vår visjon er «Helse i Nord der vi bor». Vi skal utvikle en helsetjeneste basert på verdiene kvalitet, trygghet og respekt, som er tilpasset vår landsdel.

Hovedoppgaven er å planlegge og utvikle spesialisthelsetjenesten i regionen. Helse Nord RHF har ca. 93 avtaler med private spesialister med driftsavtale. Avtalene utgjør om lag 75 årsverk. Praktiserende spesialister som har driftsavtale med Helse Nord RHF skal: delta i faglig utvikling og samarbeid med øvrig spesialisthelsetjeneste i regionen, rapportere og administrere sin praksis i tråd med gjeldende avtaler, prioritere i samsvar med helsepolitisk prioriterte områder.

7 avtalehjemler - 100 % driftsavtaler for psykologspesialist i Nordland, Troms og Finnmark

Vi søker spesialister innen klinisk voksenpsykologi med bred allmennpsykiatrisk erfaring, herunder utredning, diagnostikk og behandling. Psykologen må ha interesse for tverrfaglig samarbeid hvor målet er å bistå pasienter til å komme tilbake i arbeid og forhindre unødige langvarige sykefravær.

Kontaktinfo: Linn Hege Larsen, rådgiver, tlf. 922 97 252 eller Stian Wik Rasmussen, rådgiver, tlf. 909 94 180

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema finner dere på: www.helse-nord.no, velg Jobbsøk - ledige stillinger

Søknadsfrist: 02. september 2018



Vestre Viken har rundt 9 300 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 490 000 mennesker i 26 kommuner. Helseforetaket består av Bærum sykehus, Drammen sykehus, Kongsberg sykehus, Ringerike sykehus og Hallingdal sjukestugu. Vi har også et av landets mest komplette tilbud innen rus- og psykiatribehandling. Vi har nærmere 9 300 medarbeidere, et årlig driftsbudsjett på 9 milliarder og et investeringsbudsjett på 400 millioner kroner.

PSYKOLOGSPESIALISTER

BUPA Bærum BUP

Referansenr. 3865073530 Søknadsfrist: 15.08.2018

Bærum BUP har ledig:

- 2 x 100 % faste stillinger som psykologspesialister, ledig for tiltredelse fra 01.11.18. Stillingene er knyttet til de ulike generalistteamene ved Bærum BUP.

Arbeidet innebærer blant annet utredning, diagnostisering og behandling av alle barnpsykiatriske tilstander for barn og unge. I dette ligger også et utstrakt samarbeid med barnas foreldre og nære omsorgsgivere.

Vi søker deg med erfaring fra arbeid med barn og unges psykiske helse, som er selvstendig og med god evne til struktur og egenorganisering.

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til seksjonsleder Carl-Aksel Sveen, tlf. 67 52 36 34.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.vestreviken.no



NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

Tor Levin Hofgaard

tor@psykologforeningen.no
23 10 31 30

Visepresidenter

Rune Frøyland

rfroey@online.no
450 30 522

Heidi Tessand

heidi.tessand@
psykologforeningen.no
916 67 804

Medlemmer

Aina Holmén

aih@sivilombudsmannen.no
986 64 501

Kjetil Kaasin

kjetil.kaasin@sthf.no
35 00 57 00

Britt Randi Hjartnes

Schjødt
bibihj@gmail.com
922 99 371

Ragnhild Stokke Røed

ragnhildkrokke@gmail.com
414 21 366

Ingvild Gregersen

ingvildg@gmail.com
957 27 801

Arnild Lauveng

post@arnhildlauveng.com
913 17 162

Else-Marie Molund

else-marie.molund@
psykologene.no
481 33 860

Studentrepresentanter

Marte Sandbugt Pettersen

marte.sa.pettersen@
gmail.com
469 51 450

Sebastian Gulbrandsen

sebastian.gulbrandsen@
gmail.com
926 93 702

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 Sørli Røhr

iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo

Inger Marie Andreassen

ingermarieandreassen@
hotmail.com
992 33 966

Rogaland

Elise Constance Fodstad

ecgr@sus.no
930 07 971

Sogn og Fjordane

Ida Smedbold

ida.smedbold@gmail.com
986 14 212

Sør-Trøndelag

Morten Thorsen

morten.thorsen@nav.no
464 14 174

Telemark

Birgitte Lindøe

birgitte.lindoe@
borgestadklinikken.no
473 83 123

Troms

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 lisenæs@online.no, tlf. 55 90 06 63

Psykoterapi

Ingunn Aanderaa Opsahl, leder, e-post ingunnaanderaa@hotmail.com, tlf. 971 50 507

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 Høy Dye, leder, e-post anette.hoy.dye@moment.consulting, 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

Marte Sandbugt Pettersen, NTNU, leder, e-post marte.sa.pettersen@gmail.com, tlf. 469 51 450

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIGHETSUTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

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

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

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

SEKRETARIATET

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

Administrasjonsavdeling

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

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

Forhandlingsavdeling

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

Fagpolitisk avdeling

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

Utdanningsavdeling

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se www.psykologforeningen.no

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 utviklingssenter 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 inneholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppgave.

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 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:
17.08, 17.09, 18.10, 16.11

