

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol. 55 nr. 11 2018

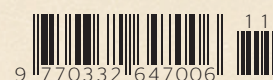
**Narrativ
rettferdighet**
NÅ-intervjuet

**ÆRESVOLD
MOT KVINNER**
Reportasje

Angst og
depresjon hos eldre:
**På tide å teste ut
nye metoder?**
Vitenskapelig artikkel

ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-11



RETURUKE 50 150 NOK



PSY KOL OGI

Vol. 55 **nr. 11** 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 Engevold

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Marianne Hansen, Nasjonalt
kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Catharina E. A. Wang, Universitetet i Tromsø

Omslagsillustrasjon Åshild Irgens

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat, Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Helsehjørnet

DET ER INGEN enkel øvelse å balansere psykologprofesjonens beskyttede rettigheter som helsearbeider opp mot ambisjonen om å bidra til tjenesteutvikling på nye arenaer. For det er ikke gitt at tittelbeskyttelsen vil gjelde når psykologen skal jobbe systemisk på kommunalt nivå, bidra til forebyggende arbeid, bedre barnehager og skoler, yte støtte for å holde folk i arbeid og mer til.

Samtidig er det ingen tvil om at psykologer anses som helsearbeidere. Dette kommer tydelig frem i Helse- og omsorgsdepartementets svar til ESA i forbindelse med ELTE-saken (se side 1040). Her betones det hvordan psykologene har fått et stadig mer utvidet, selvstendig ansvar i norske helsetjenester. Denne utviklingen skjøt fart etter årtusenskiftet, da ikke-kliniske psykologifag i stort monn ble faset ut til bachelor- og masterstudiene, mens profesjonsstudiet vektla psykologen som helsearbeider. På lederkonferansen i 2015 understreket ledere fra de norske profesjonsstudiene følgende: Hvis ikke psykologen utreder, diagnostiserer og behandler, er det heller ingen grunn til at psykologtittelen skal være beskyttet. Nettopp derfor mener norske myndigheter at ELTE-studentene ikke får kalle seg psykolog i Norge: De er ikke utdannet kliniske psykologer.

Mange lever godt med denne rendyrkede helseprofesjonsidentiteten, men både myndighetene og psykologene selv ønsker å utvide denne rollen. Som når psykologspesialist Britt Randi Hjartnes Schjødt i denne utgaven skriver om kommunepsykologrollen: «Psykologens kompetanse skal altså ikke bare brukes til bedre helsehjelp til den enkelte, men også til å utvikle bedre tjenester og kommuner» (se side 1038). Det betyr å se utover den kliniske kompetansen og dra veksler på blant annet en samfunnspsykologisk verktøykasse.

En rekke psykologer bruker allerede sin kompetanse på måter som peker ut av klinikken. Dette er viktig arbeid, men trolig vanskelig å forbeholde psykologprofesjonen. Bevegelsen ut av klinikken kan da gjøre det langt vanskeligere å beskytte psykologtittelen. Men kanskje finnes det gode argumenter for at psykolog er en beskyttet tittel også utenfor helsetjenestene? ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Hvis ikke psykologen utreder, diagnostiserer og behandler, er det heller ingen grunn til at psykologtittelen skal være beskyttet

998/1004



KVINNER UTSATT FOR ÆRESVOLD

Kvinner utsatt for æresvold møter lite forståelse både i landet de kommer fra og i møte med norske psykologer her hjemme.

Reportasje fra Nord-Irak

1022

ILLUSTRASJON: AGE PETERSON
ILLUSTRASJON: ASHILD IRGENS



FUTURISTISK PSYKOSEBEHANDLING

En «avatar» er en individuelt utformet syns- og hørselshallusinasjon som pasient og terapeut kan snakke til hverandre med. Denne formen for varm teknologi kan hjelpe pasienter å håndtere plagsomme hallusinasjoner.

Falig innspill

996/1044



FOTO: POLARFOX

FORTELLINGER OM 22. JULI

Regissøren av en ny dokumentarfilm om 22. juli, Carl Javér, vil at overlevende skal ta kontroll over minnene. Film kan være et godt medium for dette, mener han.

Les også intervju med forskeren Kjetil Grødum om betydningen av å gjenfortelle historien om 22. juli.

Aktuelt

Innhold

- 993 **Helsehjørnet**
Leder | Bjørnar Olsen
- 996 **- Kjærligheten kom for tidlig**
NÅ: Kjetil Grødum | Nina Strand
- 998 **Voldsutsatt, forfulgt og traumatisert**
Reportasje | Ole Dag Kvamme
- 1004 **Mangel på kulturkunnskap går ut over behandlingen**
Reportasje | Ole Dag Kvamme
- 1012 **Kognitiv atferdsbehandling av generalisert angstlidelse og depresjon hos eldre - På tide å teste ut nye metoder?**
Vitenskapelig artikkel | Stian Solem et al.
- 1022 **Varm teknologi mot hørseshallusinasjoner**
Faglig innspill | Svein Øverland & Patrick A. Vogel
- 1026 **Prøve igjen i morgen**
Fri assosiasjon | Pål Nielsen Glad
- 1029 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Sett NAV på timeplanen | Maria Leer-Salvesen (s. 1030)
Debatt: Forskere i Psykologforeningen (s. 1033), «Tabu: tennene» (s. 1033), Psykoanalysen (s. 1034), Kommunepsykologrollen (s. 1038)
Analyse: Ingen helseutdanning | Bjørnar Olsen (s. 1040)
- 1043 **INNTRYKK**
Aktuelt: Rekonstruksjonen | Kjersti Gulliksen (s. 1044)
Bokessay: En medisinsk klimakrise | Charlotte Lunde (s. 1050)
Bokanmeldelser: Politisk ukorrekt selvhjelp (s. 1056), (Nesten) alt går meget bedre ... faktisk (s. 1058), Ikke vanlig gruppeterapi (s. 1060)
Språkfølelse: *Aha-opplevelse er et fint eksempel på møtet mellom leg og lærd* | Hans Andreas Tvedt (s. 1063)
- 1064 **Kurskalenderen**
- 1065 **Annonser**
- 1072 **Stillingsannonser**

- Kjærligheten kom for tidlig

Forsoning tar tid, og ofre for terroren 22. juli hadde trengt at samfunnet ventet med kjærlighet som motsvar, mener Kjetil Grødum, ekspert på narrativ rettfærdighet.

TEKST Nina Strand

- Du har tatt doktorgrad på narrativ rettfærdighet. Hva er det?

- Kort fortalt: å få belyst andre sider enn de juridiske ved rettfærdighetsbegrepet, i sammenheng med eksempelvis folkemord og krigsforbrytelser. Narrativ rettfærdighet kommer i tillegg til den juridiske og folkerettslige av typen tribunal eller rettsoppgjør. I tillegg til rettsoppgjøret etter 22. juli ser vi behovet for at også ofrene forteller sin historie på individnivå. Det er et ledd i å etablere en større fortelling om terroranslaget som samfunnet kan ta del i. Filmene om 22. juli som kommer nå, gir også rom for det.

- Narrativ rettfærdighet er bedre enn hevn, konkluderte du i avhandlingen?

- Det er et hovedfunn i avhandlingen min. I 2008 var jeg i Kambodsja i rundt fire måneder i sammenheng med krigsforbrytertribunalet, der ofre og vitner til massakrene var hentet inn. Jeg fulgte en del av dem i prosessen, og intervjuet enda flere. Jeg fant at folk ikke var mest opptatt av hevn og dødsstraff for de ansvarlige. Først og fremst ville de at sannheten om overgrepene skulle bli kjent og anerkjent, for dette hadde vært forbudt å snakke om. Nå kunne fortellingene deres inkluderes i den kollektive historien. Og ofrene kunne si fra seg muligheten for personlig hevn og overlate beslutningene til en nøytral tredjepart, rettssystemet.

- Nylig kom filmen «Rekonstruksjon Utøya», den tredje filmen om 22. juli i år. I hvilken grad kan man bli retraumatisert, og i hvilken grad kan film hjelpe en til å bearbeide?

Hvorfor NÅ?

- Kjetil Grødum er forskningsleder og assisterende direktør ved freds- og menneskerettighetssenteret Arkivet, og jobber for tiden med temaet radikalisering og voldelig ekstremisme.
- Nylig hadde den tredje filmen om 22. juli i år, «Rekonstruksjon Utøya», premiere på norske kinoer.
- Les intervju med regissøren av «Rekonstruksjon Utøya» Carl Javér og psykolog Steffen Svendsen på side 1044.

- Jeg tror det er viktig for mange å gjenfortelle, bevare minner og få eierskap til dem. Samtidig trenger de å vite at hendelsene ikke blir glemt ved at samfunnet tar del i denne prosessen. Så lenge du selv bevarer en dynamisk fortelling i relasjon til omgivelsene og ikke blir værende i fortida, kan du bruke filmen til å styrke deg selv. Men faren er at hvis fortellingen om terroranslaget har blitt toneangivende for din identitet, en kontekst som alt annet forstås inn i, kan filmen bidra til å bekrefte deg som et offer og låse deg i denne fortellingen.

- I hvilken forstand kan dine funn hjelpe oss med å forstå fortellingene fra 22. juli?

- Forskningen min kan minne oss om at det må etableres fortellinger om hendelsene *utenfor* rettsprosessen der gjerningsmannens fortelling var så dominerende. Funnene viser hvor viktig det er at de som har gjennomlevd traumer får fortalt sin historie, og at fortellingene deres blir en del av den kollektive bevisstheten.

- Hvordan er forholdet mellom de kollektive kulturelle fortellingene og alle de individuelle?

- Ta Kambodsja, der Røde Khmer hadde lagt løkk på folkemordene i lang tid. Under krigsforbrytertribunalet fortalte en eldre kone fra landsbygda om grusomme drap og overgrep. Men først da fikk hun vite om millioner av andre som hadde lignende opplevelser. Hennes private historie ble bekreftet, og vevd inn i den store fortellingen om folkemordene. Slik ser vi en dynamisk prosess: Vi er avhen-



ÅPEN FORTELLING – Den store kollektive fortellingen om det som skjedde 22. juli 2011, må hele tiden være åpen for gjenfortelling og refortolkning, sier Kjetil Grødum. Foto: Erik Holand, Agderposten.

gig av at andre kan bekrefte og legitimere fortellingene våre, her ligger det et konstruktivt potensial.

– Det finnes parallelle og ganske ulike fortellinger om hva terroranslaget 22.juli var. En gal manns verk, eller en politisk handling rettet mot Arbeiderpartiet og særlig AUF?

– Jeg tror vi må være bevisst konteksten disse fortellingene oppsto i. Den store kollektive fortellingen om det som skjedde må hele tiden være åpen for gjenfortelling og refortolkning når en får ny kunnskap, flere perspektiver og mer distanse til hendelsene. Det som skjedde, det skjedde, men det må være rom for å endre vår forståelse av hendelsene. Rett etter 22. juli hørte vi en klar stemme si at «vi skal ha mer kjærlighet». I ettertid har jeg tenkt at jeg ville forstått det hvis de som var rammet av terroren kjente mer på sinne og hevntørst de første dagene. Men fra kronprins og statsminister kom en fortelling om kjærlighet. Noen kan ha følt at dette ble en trang ramme å tolke sine egne minner og følelser inn i akkurat på det tidspunktet. For dem kan det ha vært utfordrende å inkludere og få legitimert sin individuelle fortelling i den kollektive i disse dagene.

– At deres historie ikke ble bekreftet av den kollektive historien?

– Det vil jeg påstå. For dette handler om tid. Etter 22. juli feiret vi oss selv for denne forsonlige holdningen. Men jeg mener at noe slikt ikke kan iscenesettes på dag to etter et terroranslag – lenge før rettsprosessen var i gang. Det var mye å forvente fra terror-ofre.

– Hvordan leve med at fortellingene om 22. juli spriker innbyrdes?

– Det blir feil å ha en ambisjon om at den store fortellingen skal være lik de personlige fortellingene. Vi må ikke tape av syne at hver enkelt av de overlevende må finne sin vei og bruke dette som en del av sin identitet. Noen på Utøya var sterkt politisk engasjert, andre var ikke det. Minnene og fortolkningene vil være forskjellige. De rammede vil ha unike fortellinger som har like stor verdi.

– Kan du peke på noe vi som samfunn gjorde for å fremme helingsprosessen etter 22. juli – og noe vi bør gjøre fremover?

– Rettssaken var viktig. Det oppsto en stolthet, ikke minst over terroristens forsvarer Geir Lippestads måte å utføre sin oppgave på. Det ble etablert en kollektiv fortelling om at også gjerningsmannens menneskeverd skulle bevares, vi skulle ha en rettferdig rettsprosess. Denne kollektive historien ble lagt merke til internasjonalt, og åpnet for at ofrene kunne gi avkall på hevnen og i stedet identifisere seg med denne stoltheten. Med en annen håndtering kunne vi risikert kraftigere motfortellinger enn slik det ble. Her passer kjærligheten bedre inn enn i de første dagene etter terroranslaget. Det er her rettferdigheten skiller seg fra hevnen. Nå gjelder det å unngå at hendelsene blir et statisk og låst minne, at vi fortsetter å utvikle vår forståelse gjennom kontinuerlig refleksjon og kritisk tenkning. ❌

Voldsutsatt, forfulgt og traumatisert

Flere hundre kvinner i Nord-Irak blir utsatt for æresvold hvert år. De har bare tre krisesentre å gjemme seg på, og psykologisk behandling kan de se langt etter.

TEKST

Ole Dag Kvamme
 Suleimaniya, Nord-Irak

Om seks dager skal hun rømme og gifte seg med en mann hun knapt nok kjenner. Da reiser «Aniya Mahmoud» (22) fra Suleimaniya til en annen navngitt by i Nord-Irak.

Hun har møtt sin framtidige ekte-mann på kafé. Igjen skal en mann være redningen hennes. Men hun er ikke sikker. Går det bra, kan hun berge livet, kanskje senke skuldrene for første gang på fem år. Kanskje ikke onkelen hennes får rede på det unevnelige noen gang.

I 2018 reiser navn og bilder fort og langt over hele verden. Så vi bytter navn, og forteller ikke flere detaljer enn vi må. Det er lørdag formiddag. Jeg møter den 22 år gamle kvinnen på den en gang staseligste kafeen på hotellet Suleimaniya Palace. Hun har skautet kledelig på. Neglene er lakkert. Hun drikker te. Hun ser ut som en hvilken som helst ung kvinne i sine beste år. Klokken er 12:04. Den digitale opptakeren starter.

– Er du redd?

– Ja, jeg er redd. For at eksmannen min skal dukke opp, og for videoene. Jeg har bare sett to av dem, men jeg vet at det er fem til. Og så er jeg redd for onkelen min. Han vil drepe meg, sier Aniya.

OVER 400 DRAP I 2016

I Suleimaniya, den østlige og mest moderne byen i Nord-Irak, står kvinner noe friere enn på landsbygda. Likevel er drapstallene foruroligende høye til å være en by på Oslos størrelse. Ifølge offisiell statistikk ble 43 kvinner drept i æresdrap¹ her i 2016. 74 kvinner tok sitt eget liv, 220 ble brent i hjel, og 96 satte fyr på seg selv.

I 2011 innførte den delvis selvstyrte regionen Kurdistan, eller Nord-Irak, egne lover for å hindre kvinnevolden. Den opprettet også et eget direktorat for å bekjempe kvinnevold. 29 familievoldspolitikontor er opprettet. Politijurister utsendt av domstolene styrer etterforskningen av kvinnevoldssaker, i tett kontakt med en forhørsdommer i familiedomstolene. Men få blir dømt.

Aniya Mahmoud var 17 år da hun skal ha blitt dopet ned av en gutt. Han tok mobilvideo av henne, naken og sovende. Videoer han brukte til å true henne til å

1 Æresdrap er drap som begås i den hensikt å gjenopprette æren til en person, familie, slekt eller klan som føler seg krenket. I typiske tilfeller har offeret vært illojal mot personen eller gruppen det gjelder, og/eller har forbrutt seg mot rådende normer og på den måten skadet deres ære og anseelse.



TRUET Aniya var 17 år. En gutt tok mobilvideo av henne, naken og sovende. I fem år har hun levd under konstant trussel. Foto: Ole Dag Kvamme

bli hans kjæreste. I fem år har hun levd under konstant trussel. Nå orker hun ikke mer.

Vi har ingen mulighet til å konfrontere mannen og hans familie eller andre kilder som er involvert. Men saken er kjent gjennom flere år blant hjelpere, og den har vært i rettsapparatet.

– Jeg gifter meg frivillig. Jeg håper det skal roe seg, om jeg gifter meg med han, og vi flytter til Erbil. Onkelen min aner ingenting.

- SLIPPER IKKE UNNA

De siste årene har krigføring mot IS i deler av landet ført med seg mange flyktninger og uro. Offentlige lønninger er kuttet med opptil 75 prosent. Alt har ført til en kraftig tilbakegang for kvinners stilling.

– Mange kvinner er dels sterkt traumatisert, og lever i en voldskultur de vanskelig slipper bort fra, bekrefter spesialist i psykiatri Nashmeel Rasool Hamah Ameen (38) i Suleimaniya.

Hun omtaler seg som den første kvinnelige psykiateren i provinsen. Dels arbeider hun for provinsmyndighetene, og dels frivillig for å hjelpe kvinner som er utsatt for vold. Hun utdanner seg videre, praktiserer psykoterapi og traumehjelp, underviser i det samme feltet, samtidig som hun tilbyr medisinsk hjelp på fritiden.

»

– Jeg er redd for onkelen min. Han vil drepe meg

Aniya



SPECIALIST JOBBER FRIVILLIG Psykiatri-spesialist Nashmeel Rasool Hamah Ameen arbeider frivillig for voldutsatte kvinner. – Kvinnene blir ikke akseptert av samfunnet, og det gjelder særlig de brente og kvinner i krisesentrene. På grunn av stigmaet vil nesten ingen leger, psykiatere, psykologer eller sosialarbeidere jobbe med dem. Foto: Privat

Fakta

- Nord-Irak har rundt 5,8 millioner innbyggere og bare tre krisesentre.
- Nord-Irak innførte en familievoldsløve i 2011. Den forbyr vold mot kvinner, tvangsekteskap, kvinnelig omskjæring, med mer.
- Et Direktorat for bekjempelse av kvinnevold har blitt opprettet. Det har 29 lokalkontorer, og er et samarbeid mellom familiedommere, påtalemyndigheten og politiet.
- Fra direktoratets statistikk heter det at av 7544 rapporterte saker i 2016 ble 1844 etterforsket. 409 menn ble dømt.

Kulturen som bidrar til at tallene over kvinner som brennes i hjel, er så vidt høye, opptar henne. Hun var medforfatter på en artikkel² om temaet, og deltar i et forskningsprosjekt på feltet i samarbeid med Universitetet i Bristol, England.

– *Hva slags behandling tilbyr myndighetene?*

– Særlig lite. Kvinnene blir ikke akseptert av samfunnet, og det gjelder særlig de kvinnene som blir brent, og kvinner på krisesentrene. På grunn av stigmaet vil nesten ingen leger, psykiatere, psykologer eller sosialarbeidere jobbe med dem. Heller ikke myndighetene ønsker å ha noe særlig med dem å gjøre. Derfor er arbeidet mitt heller ikke betalt, med unntak av noen mindre prosjekter vi har klart å etablere tidligere, sier Nashmeel.

I samfunn som Nord-Irak er ikke det å bo for seg selv en mulighet. Om en kvinne ikke klarer å etablere sin egen familie, ender hun opp tilbake i opprinnelsesfamilien sin. Resten av livet blir gjerne vanskelig.

– Kvinner blir overlatt til seg selv. Brente kvinner blir kanskje også skilt på grunn av sin vansirete tilstand. Du må gjerne spørre om psykiatriske og psykologiske tilbud, men dette er en svært liten del av hva de trenger. Både i krisesentrene og etter at de er skrevet ut, har de massive praktiske og psykososiale behov. Jeg tilbyr dem noe medisin hvis det er nødvendig, men på krisesentrene får man jo ikke gjort noe med hovedproblemene deres, sier Nashmeel, og viser til kvinnes marginale plass i familien.

Hun sier arbeidet med å bevisstgjøre kvinner om egne valgmuligheter og arbeidstrening er sentralt.

– Kvinnene blir i familien, det er ikke akseptert å forlate den. I arabiske kulturer lenger sør er kvinners levekår kanskje enda verre. Jeg tror økonomisk stabilitet og uavhengighet er viktig, at de kan få muligheten til å jobbe, skape et liv og inntekt for seg og barna, selv om de lever sammen med den øvrige familien sin.

ETT ÅRS FENGSEL

Aniya planlegger en stille bryllupsseremoni, før de skal samle eiendelene sine og forhåpentligvis finne et hemmelig krypinn i en by lenger vest. Kanskje kan de lage et liv sammen?

Det forrige forholdet ble oppdaget av familien. En domstol dømte mannen til ett års fengsel for å ha truet Aniya til å gifte seg. Hun måtte droppe voldtektsanklager, etter at storfamiliene hadde samlet seg: Over hodet på henne og foreldrene ble de enige om at paret skulle flytte sammen når han hadde sonet ferdig.

Da mannen kom ut, ville han ikke være sammen med henne likevel. Onkelen hennes mente likevel at skammen ikke var renset.

– Han har sagt flere ganger at familiens ære kun kunne renses om jeg ble drept. Moren min klarte lenge å passe på meg, men det går ikke lenger, forklarer hun.

Familievoldsløven av 2011 forbyr vold mot kvinner, tvangsekteskap og en rekke andre forhold. For eksempel forbyr loven en mann å være hallik for kona. Det viktigste er likevel trolig at det ble innført straff for kone mishandling, og at det ble mulig å forfølge kvinnevold rettslig. Det som før ble ansett som interne familieanliggender, og voldsomt skambelagt,

.....

2. Amin, N.M.M., Ameen, N.R.H.A., Abed, R., & Abbas, M. (2012). Self-burning in Iraqi Kurdistan proportion and risk factors in a burns unit, *International Psychiatry*, s. 72–74.



DOMMER AMIRA - Jeg har gjerne 50 personer innom kontoret mitt i løpet av en arbeidsdag, sier forhørsdommer Amira Salim Kurshid i Erbil, Nord-Irak. Foto: Ole Dag Kvamme

begynte å bli diskutert. Mens kvinnevold og ekstremkontrollens konsekvenser tidligere ble diskutert i familieråd, med eller uten mullaer, førte loven til en bevisstgjøring som bidro til at slike saker kom frem i lyset.

Av 7544 rapporterte saker i 2016 ble 1844 etterforsket. 409 menn ble dømt.

DOMMER REDD FOR DØTRENE

– Selvsagt er jeg redd for hva jentene mine kan bli utsatt for i dette samfunnet. Derfor er også arbeidet mitt veldig viktig, sier forhørsdommer Amira Salim Kurshid (42) i Erbil, Nord-Irak.

Vi møter dommeren, neddyngnet i saker, i kontor 7 i det som kalles Familie- og barneavdelingen, ved hoveddomstolen i Nord-Irak.

Hun er alene om å ha ansvar for familievoldssaker i Erbil sentrum, selv om domstolen også har familievoldsjurister plassert på sykehusene for å få med seg voldssaker.

– Det første jeg gjør, er å se om det er behov for å reagere raskt. Et vanlig tilfelle er ei jente som føler seg truet av faren eller brødrene sine, kanskje har hun en kjæreste, eller de har sett bilder på telefonen hennes av en mann. Hvis det ikke er fare for lovbrudd, sender jeg gjerne saken videre til Direktoratet for bekjempelse av kvinnevold, og ber dem følge opp. Er det større trusler, kan jeg sørge for at hun får plass på krisesenter.

Hjemme har hun tre døtre som har skolefri. Selv har hun arbeidsdag fra 08:30 til 13:00, og tar med seg saker hjem etterpå. Hennes bevæpnede dørvakt bærer inn flere mapper. Alt foregår på papir.

– Selvsagt er jeg redd for hva jentene mine kan bli utsatt for i dette samfunnet. Derfor er også arbeidet mitt veldig viktig

*Forhørsdommer Amira Salim Kurshid
i Erbil, Nord-Irak*

»



BISTÅTT Bahar Munzir Osman (t.h.) har bistått Aniya i Irak og har kontaktet flere hjelpeorganisasjoner for å få henne ut av landet, men uten å lykkes. Foto: Ole Dag Kvamme

– Jeg har gjerne 50 personer innom kontoret mitt i løpet av en arbeidsdag. Kanskje avgjør jeg 10–15 saker, og så tar jeg hjem et trettitalls mapper med andre saker for å forberede meg hjemme til neste dag. Det er lange dager, sier Amira.

ANIYAS KAMP ER OGSÅ BAHARS KAMP

– Aniya har vært under et enormt press. Men hun har ikke fått tilbud om profesjonell oppfølging – det finnes knapt i Irak. Norske Bahar Munzir Osman har forsøkt å bistå henne. Bahar kom til Norge i 1997. Hun tok en universitetsgrad i statsvitenskap, og konsentrerte seg etter hvert om å hjelpe innvandrerkvinner i Norge, og var ansatt på et krisesenter i Oslo. For noen år siden reiste hun tilbake til Irak med norsk pass, og driver hjelpeorganisasjonen *Peoples development organization* for kvinner.

Bahar arbeider for å styrke kvinners selvbilde, og er ikke fornøyd med oppfølgingen kvinner får på de tre statlige krisesentrene i

Irak som ble etablert etter at familievoldsloven kom i 2011. Men fordi trusselen mot kvinnene ofte ikke forsvinner, blir kvinnene der i årevis.

– De er som fengsler, der kvinnene stort sett må klare seg selv, sier Bahar.

Aniya sier at gutten hun ble sammen med da hun var 17 år og senere giftet seg med, ga henne piller og alkohol. Hun har sett to mobilvideoer av seg selv. I den ene ligger hun naken og sovende i et falleferdig hus de oppholdt seg i. I den andre sitter hun naken i bilen hans.

Han sendte filmene til fetteren hennes, som ringte henne, og da bryter helvetet løs. Det er så vanskelig, og så enkelt. Familiene blir vanæret når unge jenter blir sett med feil gutter.

«Jeg vet at dere har hatt sex, jeg har sett filmene», skriver fetteren hennes i en melding til henne.

Hun ga opp. Hun giftet seg med mannen.

– Nei, det var ikke frivillig, han truet med å dele videoen, sier hun.

Aniya turte ikke si noe til foreldrene sine, og fetteren prøvde uten hell å få mannen til å slette videoene. Til slutt oppdaget hennes foreldre saken. Moren prøvde selv å kontakte guttens familie, men det hjalp ikke. Jenta troppet opp hjemme hos guttens familie, men de sendte henne på dør med slag og spark. Dessuten var mannen ansatt i sikkerhetspolitiet, og levnet henne ingen sjanse.

Skammen bare vokste. Moren fikk hjerneslag. Onkelen, som var familiens overhode, stengte henne inne i hjemmet i fire måneder.

Til slutt rømte hun fra onkelen og troppet opp på kontoret for familievold. De tok henne til sykehuset, der de fikk påvist at jomfruhinnen var brutt, for å ha bevis mot gutten. Deretter ble hun fraktet til krisesenteret i Suleimaniya, der hun var i 40 dager.

— — —

Bahar Munzir Osman har kontaktet flere hjelpeorganisasjoner for å få Aniya ut av landet. Men hun er bare en av mange, og ingen hjelp har vært å få.

Fem år etter at videoene ble delt, henger dødstrusselen fortsatt over Aniya, og hun orker ikke mer. Giftermålet er tydeligvis ikke med en mann hun elsker – foreløpig.

– Jeg har sagt ja. Men nei, jeg kjenner han ikke. Men jeg har som sagt møtt ham, på kafé, sier hun.

– *Men hva hvis han ikke er snill, hvis han også er full av æreskodekser?*

– Jeg har sagt at jeg har vært gift før, men det er klart, jeg har ikke sagt dette med videoene. Hvis han finner det ut, frykter jeg at han også vil dumpe meg.

Så hvorfor gifte seg med ham?

– Jeg håper det roer seg. Vi flytter til et ukjent sted i Erbil, der kan vi kanskje lage en familie. Jeg vet ikke om han er snill, men jeg vil bare legge det vonde bak meg. Det er som å rømme, og vi gjør det neste fredag.

Den nye mannen er 29 år, og også han har vært gift før.

– Ikke alle aksepterer meg. Dette er min sjanse.

De siste årene har hun også gjort ferdig en bachelor i landbruk på universitetet.

– Hun har ingen andre valg enn å godta et arrangert ekteskap. Det er trist, avslutter Bahar Munzir Osman. ✘

– Jeg vet ikke om han er snill, men jeg vil bare legge det vonde bak meg

Aniya

PÅ DE NESTE SIDENE:

Psykologtidsskriftet ser på hvordan tilbudet til voldsutsatte innvandrerkvinner er i Norge. Tilbudet til kvinner som er utsatt for ekstremkontroll, er bedre enn noen gang, men norske psykologer kritiseres for manglende kompetanse og interesse for æreskulturer.



REPORTASJE Æresvold mot kvinner

Mangel på kultur- kunnskap går ut over behandlingen

Kvinner utsatt for æresrelatert vold får ikke den hjelpen de trenger i Norge, ifølge flere kilder
Psykologtidsskriftet har snakket med.

TEKST Ole Dag Kvamme | ILLUSTRASJON Åshild Irgens

OFFISIELLE TALL VISER at mellom 75 000 og 150 000 mennesker årlig utsettes for vold i en nær relasjon i Norge. I perioden 1990–2014 ble 867 personer drept i Norge. En fjerdedel av disse var partnerdrap.

Mens Nord-Irak fikk sin familievoldslov i 2011, innførte Norge krisesenterloven året før. Den forplikter norske kommuner til å ha tilbud for alle som er utsatt for vold eller trusler i nære relasjoner. Men alt i 1978 åpnet det første norske krisesenteret, og i dag har vi 47 mer eller mindre skjulte krisesentre i norske byer og tettsteder. I 2016 tok 2469 kvinner og 1822 barn tilflukt på sentrene. Tallene har vært svært stabile de siste 20 årene.

Rundt 60 prosent av kvinnene tilhører i dag minoritetsgrupper. Hvor mange som kommer fra æreskulturer, er ikke kjent. Tall som kan identifisere kvinner, brytes i liten grad ned.

– Det finnes ingen omfangsstudier eller nasjonale registre. Vi kjenner derfor ikke omfanget av de som er utsatt for tvangsekteskap og æresrelatert vold i Norge, sier avdelingsdirektør i oppvekstavdelingen Wenche Mobråten i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir).

De norske krisesentrene organiserer også bokollektiv for å skjule unge jenter som rømmer fra tvangsekteskap. Lokalt politi har også noe tilbud for disse jentene, og Bufdirs kompetanseteam har et nasjonalt bo- og støttetilbud for personer over 18 år som er utsatt for tvangsekteskap og æresrelatert vold. Kripos har et eget opplegg gjennom adressesperre (såkalt kode 6- og kode 7-beskyttelse), med mulighet for ny identitet og nytt bosted. Personer under 18 år har også muligheter til hemmelige bosteder via politi og kommunalt barnevern.

Sammenfattet betyr det at mange tusen kvinner hvert år får bistand for å skjule seg for voldsutøvere i den nære familie.

HANDLINGSPLAN MOT VOLD

I Norge er vold i nære relasjoner høyt på dagsordenen. I fjor laget Justis- og beredskapsdepartementet en handlingsplan frem til 2020 mot tvangsekteskap, kjønnslemlestelse og æresrelatert vold, inkludert æresdrap. Planen skal blant annet styrke rettsvernet for utsatte personer og styrke kvinner som bryter med familiene. Overfor tjenestetilbudet handler det om kompetanseheving. Norske psykologer har liten plass i rapporten, selv om det er velkjent at de psykiske plagene er svært store.

«Den som bryter ut av et tvangsekteskap har som regel behov for langsiktig psykososial, helsemessig og økonomisk hjelp», heter det i handlingsplanen, uten at dette følges opp. I stedet pekes det på akutt tilbud hos krisesentrene, og å utvikle kompetanse i helse- og sosialfag for å styrke førstelinjetjenesten.

Rapporten bygger også på Barne- og likestillingsdepartementets Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), en plan som har fokus på forebyggende tiltak. Den viser til at rekrutteringen av psykologer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene har økt.

Regjeringen oppfordrer psykologer og andre i grunnutdanningen å tilegne seg «den grunnleggende kompetansen om vold og overgrep og hvordan det kan avdekkes». Den er åpen på at tjenesten i dag er mangelfull, også når det gjelder barn. Den viser til at de regionale helseforetakene har ansvar for å gi et tilbud.

«Tilbudet om traumebehandling i psykisk helsevern for barn og unge bør utvides», heter det, og man viser til at de regionale ressursentrene mot vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) har gjennomført undervisning og kurs ved en rekke helseforetak.

– Det finnes ingen omfangsstudier eller nasjonale registre. Vi kjenner derfor ikke omfanget av de som er utsatt for tvangsekteskap og æresrelatert vold i Norge

Wenche Mobraten i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

»

- Det er ikke psykolog en voldsutsatt kvinne trenger

Inger Lise W. Larsen, daglig leder ved Oslo krisesenter

«Regjeringen vil videreføre arbeidet med å implementere traumebehandling i psykisk helsevern for barn og unge over hele landet», heter det i planen.

Tross dette uttrykkes det stor skepsis til det profesjonelle behandlingstilbudet psykologer yter til voldsutsatte grupper.

- DET ER IKKE PSYKOLOG EN VOLDSUTSATT KVINNE TRENGER

Rundt 200 personer oppsøker Oslo krisesenter hver måned, de aller fleste kvinner. Senteret gjør selv en trusselvurdering. Rundt 30 får et midlertidig botilbud, ifølge daglig leder Inger Lise W. Larsen.

- Under én prosent blir henvist til oss fra leger, helsesøstre eller jordmødre. Dette viser at det ordinære hjelpeapparatet ikke avdekker volden, sier Larsen.

Botilbudet på krisesenteret er to til tre måneder. Oppfølging etterpå finnes knapt.

- Fokuset i planverket er på forebygging. Oppfølging får vi ikke midler til, men vi gjør det likevel. Vi er nødt. De som har levd hele livet med vold, vet ikke om så mye annet, sier hun.

Larsen har ikke mange gode erfaringer med psykologer. De ser ikke volden, de forstår ikke ambivalensen og kjenner ikke kollektivistisk kultur. Når en voldsutsatt kvinne reiser fra familien, reiser hun fra alle sine, noe som er svært smertefullt og fylt av ambivalens, forklarer Larsen.

- Mange som kommer til krisesentrene, har også vært til psykolog, gjerne både før og etter. Uten at det har hjulpet. Det er ikke psykolog en voldsutsatt kvinne trenger, men praktisk hjelp til hvordan hun skal greie livet sitt. Dessuten er det altfor lange ventelister på psykologer i offentlige institusjoner. Vi har enkelte psykologer vi kan bruke, og som vi har hatt gode erfaringer med over mange år, sier Larsen.

- Den ene dagen vil de leve alene, den neste savner de familien sin. De som er de nærmeste, er samtidig deres store trussel. Valget om å ikke ha kontakt er kanskje det mest fornuftige, men savnet og ensomheten og ønsket om at situasjonen skulle vært annerledes, er der hele tiden, sier Larsen.

Hun har mer tro på miljøterapi enn psykologhjelp.

- Vi mener at vår miljøterapi er viktig og bra. Hovedsaken er å hjelpe den voldsutsatte til å kunne ta egne valg og se konsekvensene av egne handlinger. Det holder ikke med vanlige terapitimer. For å hjelpe unge jenter må man være tett på dem. Gode relasjoner og tillit er viktigst. I stedet for regler og grenser, som de har fått mer enn nok av fra før, må man vise gjennom handling og samtale hvordan de kan leve livet sitt, sier Larsen.

- Men trenger ikke mange ordentlig psykologhjelp?

- Kanskje det, men jeg tror vi gir vel så god hjelp i denne krisefasen. De som har vært hos psykolog før, sier: «Endelig noen som skjønner oss.» Det handler gjerne om å få livet til å fungere. Mange har levd med vold hele livet. De har familie og svigerfamilie som mener de skal tåle volden. Vi driver med førstehjelp. Mange snakker ikke ett ord norsk, sier Larsen.

Det betyr ikke at de overser traumebehandling.

- Mange kvinner kommer med sterke traumer, og stabiliseringsarbeid er det første vi tar tak i. Noen trenger spesialisttjeneste. Vi tar helst kontakt med familievernet, som har psykologer og kjenner gruppa vår. I noen grad kontakter vi også distriktspsykiatriske klinikker, men der er det svært personavhengig om det går bra eller ikke, sier hun.



PROSJEKT NOVEMBER: Stovner politistasjon i Oslo har gjennom et treårig prosjekt laget et tverrfaglig team som går inn i familier med volds- og æresproblemer. Camilla Heidahl (nr. to fra venstre) er psykologspesialisten i teamet. Andre personer på bildet, fra venstre: Hanne Finanger, Gro Aasen, Cathrine Lise Saroea, Eldbjørg Sandmark Håseth og Rolf Krokene. Foto: Jørn H. Moen / Dagbladet

– De som er hos oss, står i fare for å bli drept. Jeg er også overbevist om at det har foregått æresdrap i Norge, som ikke er oppdaget som drap, avslutter Larsen.

- KULTUR ER IKKE STATISK

Norge har fem regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Spesialrådgiver Kirsten Jagmann ved RVTS Øst er kjent som en aktiv pådriver i kompetanseheving i førstelinjetjenesten på Østlandet. Avdekking og forebygging av negativ sosial kontroll og tvangsekteskap i æreskulturer er en av hennes spesialiteter.

– Vi glemmer ofte at kultur ikke er statisk. Innvandrere fra æreskulturer i diasporaen er gjerne mer konservative enn de i hjemlandet, akkurat som nordmenn som utvandret, var mer «norske» enn de som ble igjen. Husk at de som utfører vold i æreskulturer i Norge, risikerer å bli sendt ut av landet, sier Jagmann.

Hun forklarer at volden bunner i behovet for å beholde kontroll over æren til familien.

– For å beholde et godt rykte bruker en del familier trusler, psykisk vold og krenkelser for å få særlig kvinner til å oppføre seg slik man ønsker. Det »

- Mange terapeuter er fastlåst i tanken på kjernefamilien

Kirsten Jagmann, spesialrådgiver ved RVTS Øst

finnes mye negativ sosial kontroll. Mange barn og unge har det vanskelig. Men det er også stor variasjon. Blant irakiske familier er ære viktigere i noen familier enn andre.

- *Du beskriver en form for dobbeltmoralisme?*

- Ære handler om alt fra å ha nok kake til kaffen til å bli gravid med feil mann. Og det er gjerne kvinnene som bærer æren, altså har ansvaret for familiens ære. Det gjelder å unngå alt som er skambelagt. Så lenge det er hemmelig, går det bra. Når det gale blir kjent, mister man kontroll. Det handler gjerne om et sett av regler i en gitt kultur, som regel handler det om seksuell kontroll og om å oppføre seg bra. Foreldrene krever gjerne å skulle bestemme partnere til barna, og ønsker at de skal ha samme sosiale klasse og utdanning som dem selv. Kurdere har ofte sterk æreskodeks, men det er ulikt om de bor i by eller på landsbygda. I en familie er det gjerne en mannlig klanleder som alle avgjørelser må gjennom. Han trenger ikke bo i Norge, men typisk er han i Sverige eller i hjemlandet. Det er utrolig viktig å få tak i hvem dette er, når man møter familien.

En storfamilie kan variere fra et titall til flere tusen mennesker.

- Uansett er de ganske definert. Det norske hjelpeapparatet må forstå at den mora og faren man møter, hvis en ungdom er utsatt, ikke nødvendigvis er de som bestemmer.

- Tap av ære for en person rammer hele familien. Dine søsken, barna dine, alle. Den som har brutt æren, kan bli ekskludert. Ingen vil være med deg. Du blir frosset ut. Du blir et null, satt ut av arv, og det kan gjelde både barna dine og dine søsken. Det er veldig truende. Dette handler om å ta vare på hele familien. Følger du reglene, blir du ivaretatt, de sørger for deg når du blir gammel. Følger du ikke reglene, tar ikke folk seg av deg, da faller velferdssystemet bort. Da kan du sulte i hjel, sier Jagmann.

Jagmann opplever som andre at norske psykologer i liten grad forstår jenter og kvinner fra slike kulturer, og at de derfor kan gå lenge med dels sterke traumer og påfølgende dårlig psykisk helse.

- Folk er veldig lojale mot foreldrene sine og kulturen sin. Psykologer kan møte folk som forteller om selvmordsforsøk, rus, kriminalitet, skolefravær, depresjoner – og bak dette ligger det kan hende psykisk vold fra familien. En rekke tabber seg ut ved å spørre ungdom mens familien er til stede. Ingen 10-åringer vil si at de blir slått av faren når han sitter der.

Hun mener hjelpeapparatet først og fremst ikke har den kompetansen man skal ha, mer enn å være naive.

- Mange terapeuter er fastlåst i tanken på kjernefamilien. Men æren ligger som en klam hånd over familien. Kvinner kan ikke gjøre som de vil. Våre menneskerettigheter gjelder ikke for dem. Men selv om vi forstår dette, er det vanskelig å akseptere. Vi må bruke mødrene. De får gjerne kjeft om barna ikke er lydige. Samtidig er de viktige alliansepartnere for oss: Ofte fortsetter ekskluderte familiemedlemmer å ha kontakt med moren. Psykologer må på kurs, de kan ikke nok om dette. Du må skjønne hvor sterk æren er, når du kan drepe barnet ditt, når ære kan vaskes ren i blod, sier Jagmann.

PROSJEKT NOVEMBER

Stovner politistasjon i Oslo har gjennom et treårig prosjekt, under navnet Prosjekt November, tverrfaglige team som går inn i familier med volds- og æresproblemer. Målet er å bedre sikkerhet og samordne rundt trusselutsatte, pårørende og deres familier i bydelene Alna, Bjerke, Grorud og Stovner.

Dette ligner litt på nordirakisk familiepoliti. Men i Norge skjer dette altså i en svært liten målestokk.

– Vi jobber ikke spesielt mot æreskulturer, men de utgjør i praksis en stor andel av sakene i vårt nedslagsfelt, sier familievoldsanalytiker Cathrine Lise Saroea ved Stovner politistasjon.

I hver sak går de inn med en psykologspesialist, en klinisk sosionom og to politiansatte.

– Vi snakker med alle involverte, også trusselutøver, sier Saroea.

Prosjekt November har sju ansatte, med politi, sosialfaglig leder med barnevernbakgrunn, en klinisk sosionom, en seniorrådgiver, en psykologspesialist og to voldsrisikoanalytikere. Camilla Heidahl er psykologspesialisten i teamet og har selv bakgrunn fra distriktskykiatrien.

– Æresrelatert vold kan være vanskelig å forstå og avdekke for mange behandlere. Til DPS kan det henvises kvinner som kommer som flyktninger, asylsøkere eller på familiegjennforening, med psykiske lidelser og diffuse somatiske plager. Det er kanskje lettere å tolke pasientenes psykiske og somatiske plager ut ifra en kontekst vi bedre forstår, som traumer, migrasjons- og integreringsvansker, enn vold og æresrelatert vold. Mitt inntrykk er at mange behandlere synes det er vanskelig å spørre om dette, og at man har lett for å gi seg dersom pasienten benekter det. Jeg tror det er viktig at psykologer får bedre opplæring i hvordan man kan spørre om og snakke om vold generelt.

Heidahl forklarer at mange er redde for å miste kontrollen, og for at volden skal eskalere dersom de er nødt til å anmelde forholdet.

– Vårt hovedfokus er å forebygge ny vold, uten at det blir en straffesak. Når de blir fortalt at det ikke krever en anmeldelse for å snakke med oss, blir de beroliget. Men de får informasjon om at dersom de forteller om pågående og alvorlig vold, så trer vår avvergingsplikt inn. Da blir vi nødt til å informere om dette til etterforskning og påtale. Vi er likevel opptatt av å gå i takt med den utsatte, sier Heidahl.

Hun opplever at psykologer er mer oppdatert på taushetsplikten enn avvergingsplikten etter paragraf 196 i straffeloven.

– Mange er ikke klar over at avvergingsplikten står sterkere enn taushetsplikten, og den gjelder oss alle – også som privatpersoner. Å bruke avvergingsplikten er vanskelig for mange behandlere fordi man er redd for at alliansen med pasienten blir brutt eller vedkommende avslutter behandlingen, dersom man melder ifra til politiet. Konsekvensen er at pasientene forblir i et voldelig forhold, og dermed opprettholdes eller forverres den psykiske lidelsen. Vi har samarbeidet med behandlere fra ulike DPS, og gitt informasjon og rådgivning til dem og deres pasienter. Flere av disse pasientene har valgt å bryte ut når de får vite hvilke muligheter de har for beskyttelse, og hvilke rettigheter de har.

- UTILSTREKkelig TILBUD

At psykologer har utfordringer med å nærme seg æreskulturfeltet, støttes av alle kildene vi har vært i kontakt med. Privatpraktiserende psykologspesialist Judith van der Weele arbeider som sakkyndig psykolog, og med metodisk utvikling av kulturkompetanse, med æreskultur som spesialfelt.

– Det psykologiske tilbudet er utilstrekkelig. Minoriteter med voldsopplevelser i familien, jenter, kvinner, men også homofile i familien, og gutter som blir tvangsgiftet, har ofte komplekse traumelidelser. Men oppfølgingstilbudet er tilfeldig og puslete på alle nivåer. Det psykologiske arbeidet er viktig ikke bare for klassiske posttraumatiske sympto- >>



- IKKE LIKEVERDIGE TJENESTER Privatpraktiserende psykologspesialist Judith van der Weele mener distriktskykiatrien svikter ofre for æresvold. – Det er en gjenganger at disse kvinnene ikke får hjelpen de trenger på DPS. Foto: Fartein Rudjord

- Det er en gjenganger at disse kvinnene ikke får den hjelpen de trenger på DPS

Judith van der Weele, psykologspesialist

mer, men for å sikre at man ikke vender tilbake til farlige familier. Min erfaring er at mange voldsutsatte minoriteter underkommuniserer hva de er utsatt for. Som fagperson kan man derfor undervurdere behovet for sikkerhetsarbeid, tillitsbygging og mer langvarig behandlingsbehov. Disse menneskene har økt risiko for selvmord, selvskading, bli påført alvorlig skade – ja, bli drept, sier van der Weele.

Den manglende psykologiske kompetansen gjelder særlig i distriktspsykiatrien, mener hun. Og det er nettopp til DPS-ene både førstelinjetjenesten og familievernet henviser dem.

– Men fordi spesialisthelsetjenesten ikke forstår dem og tilbyr vestlige behandlingsmetoder, havner de gjerne tilbake i familievernet. Mennesker som blir ganske syke, med dels alvorlige dissosiative traumelidelser, blir for ofte overlatt til sin egen skjebne. Når det er sagt: Noen terapeuter skiller seg ut, og deler av familievernet gjør et svært godt arbeid.

Van der Weele legger ikke fingrene imellom når hun beskriver distriktspsykiatriens mangel på feltet:

– Det er en gjenganger at disse kvinnene ikke får den hjelpen de trenger på DPS. Det gjelder ikke bare æresrelatert vold, men traumer som følger av familievold. Vi liker å si at vi har likeverdige tjenester i Norge, men det har vi ikke.

Ett av problemene, ifølge Van der Weele, er at det kliniske behandlingstilbudet er for rigid i formen. Den klassiske én til én kontor-behandlingen passer gjerne ikke slike kvinner.

– Det kan være et ork å jobbe med slike saker. Psykologer hater å jobbe med tolk, og i tillegg er behovene hos traumatiserte svært sammensatte, man må jobbe med flere instanser. Distriktspsykiatrien har også et produksjonspress, for å få folk gjennom. Men disse menneskene trenger å høre til et sted, kanskje over flere år. Men siden de gjerne er ustabile i sitt oppmøte, mister de dessverre fort plassen sin.

Van der Weele savner skreddersøm i arbeidet med denne gruppen.

– Psykologer må kunne skifte arbeidsmetodikk til mer indirekte behandlingsmetoder, være mer handlingsorientert og håndtere æresfokusert behandling. Det handler blant annet om hvordan bygge verdighet istedenfor gjennomgang av traumatiske hendelser. Kunnskap om storfamilier og ære må alminneliggjøres og ikke tilhøre en eksotifisert virkelighet, sier hun.

Som Kirsten Jagmann understreker van der Weele at det er like stor variasjon blant æreskulturer som i majoritetsbefolkningen.

– De som flykter, vil ofte bort fra undertrykkelse. Ære er en sosial og kulturell konstruksjon, som er under kontinuerlig påvirkning. Fortellingene om foreldre som elsker sine barn og betaler en høy pris for å bryte med skadelige tradisjoner, når ikke mediene. Men her finnes mange vakre og modige fortellinger, sier hun.

Tross handlingsplan og gode ord opplever van der Weele at ekstremisme og hjemvendte mulige kruttønner tar for mye plass i offentligheten sammenlignet med vold i nære relasjoner.

– Det går i sykluser. Nå er det ekstremisme som er populært – og som gir prosjektmidler. Men vi trenger en gjennomgripende forståelse av systematisk arbeid med mennesker rammet av vold og overgrep i æreskontekst. Jeg hadde ønsket at vi brukte mindre ressurser på en eller annen ekstremist som kommer tilbake til landet, og mer på kontekstuell rammeforståelse for utenforskap, marginalisering, mikroaggresjoner og majoritetens inkompetanse i å tilby likeverdige tjenester, avslutter Judith van der Weele. ✘

Kunnskapsdepartementet skal avgjøre klinikkstriden

Rektor Gunnar Bovim ved NTNU mener internklinikken ved psykologisk institutt bør organiseres på samme måte som andre helseutdanninger ved universitetet, det vil si utenfor campus.

TEKST Per Olav Solberg

UNIVERSITETSLEDELSEN VED NTNU i Trondheim ønsker å flytte internklinikken ved psykologisk institutt fra campus til et nytt, framtidig senter for psykisk helse knyttet til St. Olavs hospital i Trondheim.

– *Hvorfor er dette viktig når de ansatte ved internklinikken er fornøyd med dagens løsning?*

– Det er ingen uenighet knyttet til at internklinikken på et tidspunkt skal flytte ut fra campus på Dragvoll og til andre lokaler. Det er både vi og instituttledelsen enige om. Det er den framtidige driftens organisering som skaper uenighet. Alle de andre helseutdanningene ved NTNU er organisert på den måten at studentpraksis skjer der ute, der de relevante institusjonene ligger. Vi driver ikke egne skoler for lærerutdanningen eller egne sykehus for legestudentene. Jeg ser derfor ikke argumentet for hvorfor psykologisk institutt bør ha en egen internklinikk, sier Gunnar Bovim.

Psykologisk institutt er redd for at en slik flytting vil innebære at studentene må behandle pasienter ut fra helseforetakets behov, og ikke ut fra hva som er best for studentenes læring. Ved internklinikken rekrutterer man først og fremst pasienter med lettere psykiske lidelser.

– *Rapporten fra PWC som universitetsledelsen ba om, konkluderte med det samme som instituttledelsen: en tilrettelagt internklinikk gir best læring. Din kommentar til det?*

– PWC tar for gitt at studentene må behandle rettighetspasienter i psykisk helsevern dersom virksomheten flyttes til St. Olav. Det er etter

mitt skjønn ikke riktig. Sykehuset har full anledning til å ta inn pasienter til undervisningsformål, og man kan finne gode ordninger for å få egnede pasienter til studentene. St. Olav har skrevet en egen rapport som svar på PWC-rapporten. Her presiserer sykehuset at de har en selvstendig oppgave i å legge til rette for undervisning, og at dette er sidestilt med pasientbehandling. Jeg er helt enig i at det er svært viktig at studentene får pasienter tilpasset sine ferdigheter og hvor de er i utdanningsløpet.

– *Jeg har forstått det slik at dere vil la Kunnskapsdepartementet avgjøre denne saken?*

– Vi kommer til å sende begge rapportene til Kunnskapsdepartementet for å få en vurdering fra dem, ja. Dette er prinsipielt viktig. Hvis det er slik at psykologstudentene ikke kan unndras lov om spesialisthelsetjeneste hvis klinikken flyttes til St. Olav, da vil dette også ramme alle andre helseutdanninger ved universitetene. Da må alle helseutdanningene reorganiseres med tanke på klinisk praksis. Dit tror jeg ikke vi kommer.

– *Jeg har merket meg at denne saken vekker sterke følelser ved Psykologisk institutt.*

– Folk er veldig sinte og redde, og det har overrasket meg. Dette er en sak der vi trenger å finne gode løsninger. Jeg har vært ganske tydelig og sagt hva jeg mener er en fornuftig organisering. Jeg tror nok de tenker at jeg har bestemt meg på forhånd.

– *Men er det ikke slik da, at du har bestemt deg?*

– Jeg har sagt hva jeg mener er den beste organiseringen, men hvis det kommer andre råd fra departementet eller universitetsstyret bestemmer seg for noe annet, så må jeg jo selvsagt følge disse rådene. Jeg ønsker ikke å gjøre noe hvis det er uklokt å gjøre det, avslutter Bovim. ✘



GUNNAR BOVIM, rektor ved NTNU. Foto: Thor Nielsen

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2018 S. 1012-1021 FAGFELLEVDERT

STIAN SOLEM, ROGER HAGEN, LEIF EDWARD OTTESEN KENNAIR og ODIN HJEMDAL

Psykologisk institutt, NTNU

KONTAKT stian.solem@ntnu.no

KOGNITIV ATFERDS- BEHANDLING AV GENERALISERT ANGSTLIDELSE OG DEPRESJON HOS ELDRE

På tide å teste ut nye metoder?

Metakognitiv terapi kan være et godt alternativ i behandling av generalisert angst og depresjon hos eldre.

Forekomst av angst og depresjon øker med alder (Stordal et al., 2001), og verdens befolkning blir stadig eldre. Angst hos eldre (60+) er gjerne kronisk og assosiert med redusert livskvalitet, høy grad av velferdsytelser, redusert funksjonsnivå, økt bruk av medisiner, økt risiko for kognitiv svikt og demens samt økt selvmordsrate (DeLuca et al., 2005; Goncalves, Pachana, & Byrne, 2011; Lenze et al., 2000; Voslar, 2013). Samtidig ser vi at fysiske sykdommer og psykiske lidelser påvirker hverandre. For eksempel vil hjerteproblemer kunne gi større fare for depresjon og vice versa (Lenze et al., 2001). Helsekostnadene assosiert med angst og depresjon hos eldre er høye (Vasiliadis et al., 2013), mens vellykket behandling bedrer funksjon og reduserer mortalitet (Gallo et al., 2013). I denne artikkelen vil vi vise til noen sentrale utfordringer ved eksisterende og anbefalte behandlinger for disse tilstandene, peke ut en mulig retning for bedre forståelse og behandling samt gi anbefalinger for videre forskning.

Anbefalt behandling for generalisert angstlidelse (GAD) og depresjon er gjerne selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) og kognitiv atferdsterapi (KAT). Medikamentell behandling er mer effektiv enn placebo hos eldre, men effektene er imidlertid beskjedne og varierte (Nelson, Delucchi, & Schneider, 2008). Samtidig er det også utfordringer med KAT, da forskning viser at kun en av tre er kvitt sin depresjon ved 18 måneders oppfølging (Dimidjian et al., 2006), og man finner lignende tall for GAD (Fisher & Durham, 1999). Det er med andre ord behov for å videreutvikle psykoterapeutiske intervensjoner sett i lys av de moderate effektene av medikamentell behandling og KAT.

ABSTRACT

Cognitive behaviour therapy for older adults with generalised anxiety disorder and depression – Should new interventions be tested?

Research on treatment of generalised anxiety disorder and depression among older adults (60+) has some challenges. Treatment guidelines recommend pharmacological treatment and cognitive behaviour therapy (CBT), but the effects suggest that there is room for improvement. Furthermore, generalised anxiety disorder and depression are not necessarily two distinct disorders and may share common underlying mechanisms such as repetitive negative thinking like worry and rumination. Transdiagnostic treatment options targeting these thinking processes should therefore be developed. In this current paper, CBT for depression and generalized anxiety disorder is compared with metacognitive therapy (MCT). Results suggest that MCT could be more effective than CBT. However, MCT has not been tested with elderly patients. We therefore recommend that MCT and CBT for older adults with anxiety and depression should be compared using a randomised controlled trial design.

Keywords: cognitive behavior therapy, transdiagnostic, depression, anxiety disorders, metacognitive therapy

»



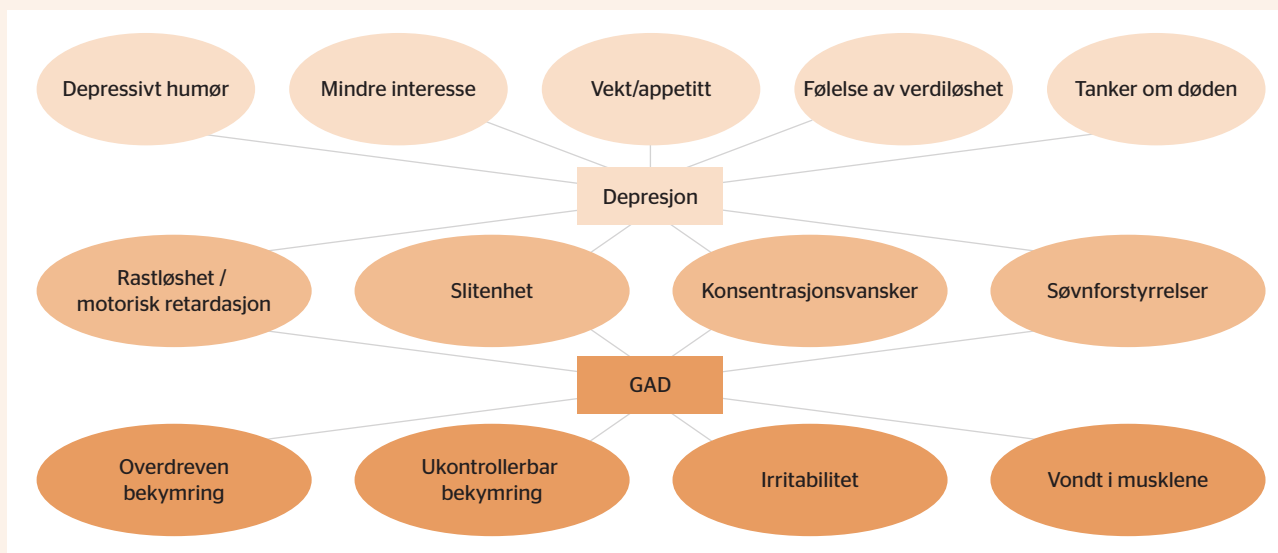
Helsekostnadene assosiert med angst og depresjon hos eldre er høye, mens vellykket behandling bedrer funksjon og reduserer mortalitet

Effekten av KAT kan være noe svakere for eldre sammenlignet med voksne i arbeidsalder (Kishita & Laidlaw, 2017). Det kan være flere grunner til dette, som kompliserte fysiske forhold, mobilitet, holdning til psykoterapi, insomni, bivirkninger av medisiner, sorg- og tapsopplevelser, sosialt nettverk og kognitive endringer. Disse faktorene gjør at behandlingen må tilpasses, selv om grunnprinsippene er de samme. En annen utfordring er at majoriteten av behandlingsstudier er rettet mot en enkelt diagnostisk gruppe til tross for at det er vanlig med samtidig angst og depresjon. Dette er betenkelig når angst kan forstyrre behandlingsresponsen til både medikamentell og psykologisk behandling av depresjon (Andreescu et al., 2009). Behandlingsforskningen for eldre med psykiske vansker er dessverre begrenset, og man har observert at geriatri og psykiske lidelser er de to minst populære temaene innenfor helsebehandling og forskning (Album & Westin, 2008).

Det er betydelig overlapp med tanke på risikofaktorer, fenomenologi og genetiske faktorer ved depresjon og angst (Kendler, Gardner, Gatz, & Pedersen, 2007). Det eksisterer ikke ett unikt gen for angst eller depresjon, men genene medfører en ikke-spesifikk sårbarhet for psykisk sykdom (Kendler, Heath, Martin, & Eaves, 1987). Det spesifikke uttrykket til lidelsen kan være mer gitt miljøpåvirkninger. Figur 1 viser hvor stort overlapp det er blant symptomer på depresjon og generalisert angstlidelse (GAD). De antatte unike trekkene ved lidelsene er kanskje ikke så unike? Depressivt humør og manglende interesse er ofte tilstedeværende hos personer med GAD. På samme måte som bekymring er et vanlig fenomen hos personer med depresjon. I samme gate er irritabilitet og vondt i musklene angitt som spesifikke symptomer for GAD, men kjente måleinstrumenter for depresjon (f.eks. Beck Depression Inventory) angir irritabilitet og bekymring over fysiske plager som depressive symptomer. Som man kan se i figur 1, er mange av symptomene identiske for disse to lidelsene, slik som rastløshet, slitenhet, søvnevansker og konsentrasjonsvansker. En mulig forklaring på dette kan være at sentrale mekanismer ved lidelsene er like. En mulig videreutvikling knyttet til både forskning og behandling kan derfor være å utvikle mer effektive transdiagnostiske behandlingsintervensjoner.

Begrepet transdiagnostisk varierer noe i hvordan det blir forstått, men det foreslås at det innebærer universelle terapeutiske prinsipper, empirisk baserte moduler for spesifikke problemer samt terapi som retter seg mot mekanismer som eksisterer på tvers av ulike lidelser (Sauer-Zavala et al., 2017). Transdiagnostisk teori og behandling er rettet mot å forstå og endre de felles og spesifikke prosessene ved ulike psykiske lidelser. Lovende resultater har blitt funnet for denne typen behandling (f.eks. Farchione et al., 2012; Johnson, Hoffart, Nordahl, & Wampold, 2017).

En felles tankeprosess ved angst og depresjon kan være grubling og bekymring, og begrepet repeterende negativ tenkning har blitt brukt for å omfatte begge tankestilene (Topper, Molenaar, Emmelkamp, & Ehring, 2014). En randomisert kontrollert studie (RCT) fant at en intervensjon rettet mot å redusere denne formen for repeterende negativ tenkning kan virke preventivt med tanke på utvikling av depresjon og GAD (Topper, Emmelkamp, Watkins, & Ehring, 2017). Det foreslås at disse tankeprosessene utgjør en transdiagnostisk mekanisme som går på tvers av ulike angst- og depresjonslidelser, og at transdiagnostiske behandlingsmanualer derfor bør utarbeides (McEvoy, Watson, Watkins, & Nathan, 2013). Samtidig vet vi at metakognisjoner er teoretisk og empirisk knyttet



FIGUR 1. Likheter i diagnostiske kriterier for depresjon og generalisert angstlidelse (DSM-5)

til disse tankeprosessene (Wells, 2009). Derfor kan det tenkes at en terapi rettet mot disse tankeprosessene og det som styrer dem, kan være en fornuftig tilnærming også for eldre.

En slik utvikling har vært metakognitiv terapi (MKT; Wells, 2009). MKT er en terapiform som har fokus på hvordan man forholder seg til sine kognisjoner, slik som bekymring og grubling. Med denne terapien prøver man å utfordre metakognisjoner som for eksempel at man ikke kan kontrollere bekymring, eller at bekymring har positive aspekter ved seg som at man blir mer forberedt og mestrer livet bedre. I motsetning til KAT vil MKT ikke adressere innholdet i de spesifikke bekymringene. Tankeinnholdet anses dermed som uviktig, mens tankestil og tankeprosesser er i fokus. MKT er basert på en modell kjent som the Self-Regulatory Executive Function model (S-REF; Wells & Matthews, 1994). S-REF-modellen forklarer psykologiske vansker ut fra dysfunksjonelle metakognisjoner. Metakognisjoner er her tenkt som aspektene av informasjonsprosesseringen som monitorerer, tolker, evaluerer og regulerer tankeprosesser. Modellen viser til en selvreguleringssvikt, der kognitive strategier og sikringsstrategier er knyttet til en negativ persevererende tenkning (grubling og bekymring).

KAT er mest evaluert og er i dag den best dokumenterte behandling for personer med generalisert angstlidelse og depresjon, men en nylig gjennomgang konkluderer med at MKT faktisk kan være mer effektivt for angstlidelser

og depresjon (Normann, Emmerik, & Morina, 2014). Det er derfor viktig å teste hvorvidt dette kan gjelde også for eldre. Av behandlingsstudier i Norge har man funnet signifikante effekter av MKT for depresjon (Hagen et al., 2017) og likeså for behandling av GAD (Nordahl et al., 2018). Det har også blitt gjennomført flere studier på MKT i andre land (f.eks. Jordan et al., 2014; van der Heiden, Muris, & van der Molen, 2012; Wells et al., 2010). Disse studiene på MKT var imidlertid rettet mot voksne i arbeidsalder, ikke eldre. Forskning på det teoretiske grunnlaget for denne terapiformen har også fått støtte da det virker som at metakognisjoner er viktig (og kanskje viktigere enn ordinære kognisjoner) i utvikling og opprettholdelse av angst og depresjon (Hjemdal, Stiles, & Wells, 2013; Solem, Håland, Vogel, Hansen, & Wells, 2009; Solem et al., 2017). Gitt disse funnene er det av interesse å teste om man kan oppnå de samme effektene for eldre som plages av generalisert angst og depresjon.

Hovedhensikten med denne artikkelen er derfor å undersøke effekten av KAT for generalisert angstlidelse og depresjon hos eldre og sammenligne dette med funn fra studier på metakognitiv terapi. Vi vil vurdere om det er grunnlag for å teste nye innfallsvinkler til å gi god og effektiv behandling til eldre som plages av generalisert angst og depresjon, siden dette kan bli et økende helseproblem. I vår litteraturgjennomgang har vi brukt følgende kriterier: Studien må ha et RCT-design, forskningen skal ha blitt publisert i løpet av de siste ti

årene, det må være mer enn minst 20 pasienter i hver behandlingsbetingelse, og den kognitive atferdsterapien skal være gitt ansikt-til-ansikt. Begrunnelsen for disse avgrensningene er blant annet å sikre at studiene har tilstrekkelig statistisk styrke, samt at KAT på 80-tallet ikke nødvendigvis er identisk med dagens kognitive atferdsterapi. Både terapiformen og pasientene samt deres miljø kan ha forandret seg. Vi velger å se på ansikt-til-ansikt-studier fordi vi ønsker å sammenligne med studier av MKT som så langt har brukt dette formatet. En annen begrunnelse for å velge ut ansikt-til-ansikt-terapi er at mange av behandlingsstudiene som baserer seg på selvhjelp og internett-basert behandling, inkluderer deltakere med lettere symptomnivå.

METAANALYSER

Det eksisterer nylig publiserte metaanalyser på KAT for angst og depresjon hos eldre. Derfor har vi ikke valgt å gjennomføre en ny systematisk metaanalyse. For depresjon ble det publisert en metaanalyse i 2014 som inkluderte 44 studier (Cuijpers, Karyotaki, Pot, Park, & Reynolds, 2014). For behandling av GAD kom det en metaanalyse i 2016 som inkluderte 14 studier (Hall, Kellett, Berrios, Bains, & Scott, 2016), og en i 2017 som inkluderte 7 studier (Kishita & Laidlaw, 2017). Gitt begrensningene vi har satt, er det imidlertid ganske få studier fra Hall og medarbeideres og Cuijpers og kollegers metaanalyser som tilfredsstiller kriteriene. For GAD er det kun to studier (Stanley et al., 2009; Stanley, Wilson, & Amspoker, 2014). For depresjon er det likeså kun to studier (Laidlaw et al., 2008; Serfaty et al., 2009) samt en som ser på behandling av blandet angst og depresjon (Wutrich & Rapee, 2013).

Metaanalysen på depresjon viste at den samlede effektstørrelsen for psykoterapi vs. kontrollbetingelse var $g = 0,64$ (Cuijpers et al., 2014). De konkluderte med at psykologisk behandling var trygt, og at grunnlaget var sterkest for KAT og problemløsningsterapi (terapi med fokus på at pasienten identifiserer sine problemer, genererer mulige løsninger, legger planer og gjennomfører disse samt evaluerer effekten).

Metaanalysen vedrørende KAT for GAD hos eldre fant at KAT var mer effektiv sammenlignet med standard behandling og venteliste-betingelser (Hall et al., 2016). Det var ikke

like tydelige forskjeller når KAT ble sammenlignet med andre aktive behandlinger. Videre fant metaanalysen at behandling som viste god effekt på depresjonssymptomer, var assosiert med større bedring for GAD-symptomer. Den andre metaanalysen på GAD sammenlignet effekten av KAT for GAD hos eldre og voksne i arbeidsalder (Kishita & Laidlaw, 2017). Det var ingen statistisk forskjell selv om effektstørrelsen kunne se ut til å være noe høyere for voksne i arbeidsalder ($g = 0,94$) enn for eldre ($g = 0,55$). De tolket dette som at det er rom for forbedring når man driver med psykoterapi for eldre. De mente videre at KAT-protokoller ikke tok hensyn til gerontologisk forskning for å gjøre dem mer alderstilpasset. Det er blitt gjort alderstilpasning av KAT for barn, så tilsvarende er mulig for eldre, og kan muligens bedre effekten.

I metaanalyser slår man sammen studier som bruker mange ulike behandlinger og behandlingsformat. En rekke av studiene i de nevnte metaanalysene er godt over 30 år gamle, mange er basert på selvhjelp, noen behandlinger baserer seg på at en sykepleier stikker innom av og til, mens andre tyr til behandling over telefon. Noen studier er gruppebaserte, mens andre bruker individuell behandling. Nylig er også flere internettbaserte behandlingsstudier inkludert. Det kan også være forskjeller blant deltakerne, som at noen studier retter seg mot behandling av depresjon hos personer med HIV/diabetes/bruddskader og andre lignende vansker. Samtidig er det store forskjeller i kvalitet på studiene og utvalgsstørrelse. I metaanalyser blir slike studier slått sammen for å gi en indikasjon på generell effekt. Ulike nyanser og detaljer ved de ulike studiene vises således ut. Derfor vil det være viktig å studere de inkluderte studiene mer nøye med våre angitte kriterier.

KOGNITIV ATFERDSTERAPI FOR GENERALISERT ANGSTLIDELSE HOS ELDRE

Den ene studien for GAD (Stanley et al., 2009) inkluderte pasienter over 60 år som hadde GAD-diagnose. Kvaliteten på studien var høy med en skåre på 38 av maks 46 (som målt med Cochrane Quality Assessment Tool). Studien sammenlignet KAT med «forsterket standard behandling». Deltakerne i KAT-betingelsen fikk 10 timer med terapi. Terapimanualen (Stanley et al., 2004) inkluderte psykoeduka-

Tabell 1. Oppsummering og sammenligning av ukontrollerte effektstørrelser ved KAT for eldre og MKT for voksne i behandling av depresjon og generalisert angstlidelse

	GAD			Depresjon			Angst + depresjon
	KAT		MKT	KAT		MKT	KAT
	Stanley (2009)	Stanley (2014)	Nordahl (2018)	Laidlaw (2008)	Serfaty (2009)	Hagen (2017)	Wutrich (2013)
Alder	66,6 (5,8)	66,9 (6,6)	36,96 (14,0)	74,0 (8,4)	74,1 (7,0)	32,2 (11,7)	67,4 (6,2)
Depresjon	0,81	0,65	-	1,23	0,93	3,50	1,41
Bekymring/angst	0,79	0,64	1,91	0,13	0,16	2,09	0,50
Insomni	-	0,48	-	-	-	-	-
Livskvalitet		-	-	-	0,12	-	-
Mental livskvalitet	0,76	0,63	-	0,40	-	-	0,86
Fysisk livskvalitet	0,29	0,05	-	0,23	-	-	-

Merknad. Det var noe variasjon i hvilke måleinstrumenter de enkelte studiene brukte. Stanley brukte PSWQ for å måle bekymring, BDI for depresjon, og SF-12 for livskvalitet. I 2014 brukte de i tillegg Insomnia Severity Index for å måle søvnvansker. Laidlaw brukte også PSWQ og BDI i tillegg til World Health Organisation Quality of Life scale. Hagen brukte BDI og BAI som utfallsmål. Wutrich brukte PSWQ, SF-12 og Geriatric Depression Scale. Serfaty brukte BDI, BAI og Euroqol.

sjon, motiverende intervju, avslapningsøvelser, kognitiv terapi, eksponeringsterapi, problemløsning og søvnhigiene. KAT medførte større endring enn kontrollbetingelsen, og forfatterne konkluderte med at KAT for GAD er en effektiv behandling for eldre. En oppsummering av effektstørrelsene for de ulike studiene er gjen-gitt i tabell 1.

Den andre studien (Stanley et al., 2014) undersøkte hvorvidt utdanningen til terapeutene påvirker behandlingseffekten. Pasientene var over 60 år og hadde en GAD-diagnose. KAT-behandlingen innebar en blanding av ansikt-til-ansikt og samtaler over telefon. Deltakerne hadde et snitt på 7,3 sesjoner ($SD = 2,7$). Behandlingen besto av psykoedukasjon, motiverende intervju, pustetrening, mestringsøvelser, atferdsaktivering, eksponeringsterapi, søvnhigiene, problemløsning, tankestopp og kognitiv restrukturering. Effekten av KAT var ikke påvirket av utdanningsnivået til terapeutene. KAT fungerte bedre enn standard behandling, og forfatterne konkluderte med at KAT for GAD var effektivt.

KOGNITIV ATFERDSTERAPI FOR DEPRESJON HOS ELDERE

Den eldste depresjonsstudien (Laidlaw et al., 2008) i vår gjennomgang baserte seg på pasienter over 60 år med depresjonsdiagnose. Meta-analysen ga studien 3 poeng av 4 mulige ved vurdering av studiens kvalitet. Studien sam-

menlignet standard behandling med KAT. Behandlingen baserte seg på de opprinnelige prinsippene til kognitiv terapi, men hadde også modifikasjoner for den eldre populasjonen som beskrevet i manualen (Thompson et al., 2000). Deltakere øvde på selvmonitring, utfordret negative kognisjoner og gjennomførte aktivitetsplanlegging. Pasientene fikk i gjennomsnitt 8 sesjoner hver ($SD = 4,7$, range 2–17). Forfatterne konkluderte med at KAT for depresjon hos eldre var en effektiv behandlingsform.

Den andre depresjonsstudien (Serfaty et al., 2009) hadde også pasienter med en diagnostisert depresjonslidelse og brukte samme manual som foregående studie. Studien fikk full skåre på kvalitetsvurderingen. Pasientene fikk tilbud om 12 sesjoner (gjennomsnitt på 7) med KAT. Hele 40 % av deltakerne mottok behandlingen hjemme hos seg selv da det var vanskelig for dem å komme til terapeuten. KAT ble sammenlignet med standard behandling kombinert med at terapeutene viste interesse og varme overfor pasientene og diskuterte nøytrale tema som dagsaktuelle hendelser, hobbyer og sport. Det var signifikant bedre effekt av KAT enn kontrollbetingelsen. Forfatterne konkluderte med at KAT er en effektiv behandling for depresjon hos eldre.

Studien til Wutrich & Rapee (2013) skiller seg noe ut da deltakerne hadde både en angstlidelse og en stemningslidelse. Studien fikk en »



Mer effektive metoder som kan behandle både angst og depresjon hos eldre, vil både være helse- og sosialøkonomisk gunstige, samtidig som de kan bidra til å bedre livskvalitet for en stor og økende gruppe eldre

kvalitetsskåre på 3 av 4. Pasientene var over 60 år, og de mottok 12 doble sesjoner med gruppebasert KAT. Behandlingen bestod av generisk KAT med psykoedukasjon, problemløsning, kognitiv restrukturering, søvnhigiene, selvheldelsestrening og eksponeringsterapi samt aktivitetsplanlegging. KAT var signifikant mer effektiv enn ventelistebehandling. Et interessant aspekt ved denne studien er at effektstørrelsene er sammenlignbare med effekten av lidelsesspesifikke behandlinger som vist i tabell 1. Forfatterne konkluderte med at KAT for komorbid angst og depresjon er effektivt. Videre sier de at studien møter behovet for å utvikle en effektiv transdiagnostisk behandling.

DISKUSJON

Angst og depresjon forekommer gjerne samtidig, og det kan være felles mekanismer ved lidelsene (f.eks. grubling/bekymring og metakognisjoner). KAT er i dag den mest anbefalte formen for psykologisk behandling, og studiene gjennomgått ovenfor viser at KAT gir signifikant bedring også for eldre med angst og depresjon. Behandlingseffekten på tvers av symptomer og livskvalitet er imidlertid lavere sammenlignet med de to norske MKT-studiene. Det ser ut som det behøves en behandlingstilnærming som er transdiagnostisk og dermed intervensjoner på felles mekanismer som opprettholder både symptomer på generalisert angst og depresjon. MKT kan representere dette, og effektstørrelsene for denne behandlingen er større enn for KAT (tabell 1). Resultatene med MKT er imidlertid funnet i behandling av voksne i arbeidssalder og ikke spesifikt testet med eldre. Det bør derfor undersøkes hvorvidt eldre med generalisert angst og depresjon kan nyttiggjøre seg MKT.

Psykoterapiforskning med voksne har indikert at MKT kan være mer effektivt enn KAT for personer med angst og depresjon (Normann, Emmerik, & Morina, 2014). Det er imidlertid utfordringer med denne forskningen da det har vært problemer med utvalgsstørrelse og design i flere MKT-studier. Det er derfor behov for sammenlignende studier av høyere kvalitet og med eldre pasienter for å avklare om MKT kan være et bedre alternativ. For KAT har man sett en mulig tendens mot at effekten kan være lavere for eldre. Om det samme funnet replikeres ved MKT, er uvisst.

Metaanalysene som er gjort på feltet (studier (Cuijpers et al. 2014; Hall et al., 2016; Kishita & Laidlaw, 2017), har også svakheter, og det påpekes at majoriteten av studiene inkludert i disse analysene sammenligner KAT med venteliste eller heterogene betingelser ofte kalt standard behandling. Slike sammenligninger kan utfordre generaliserbarheten samt overdrive effekten av behandlingen. Vi anbefaler derfor at fremtidige undersøkelser bruker veldefinerte aktive kontrollbetingelser. Vi mener også at det vil være avgjørende å sammenligne MKT med KAT i en randomisert kontrollert studie RCT. Det er videre viktig å kartlegge prevalens av generalisert angst og depresjon hos de eldre. En slik kartlegging må være helhetlig og kartlegge både mental og fysisk helse, søvn og livskvalitet. Det vil være nødvendig å kartlegge hva slags behandling de eldre pasientene får. Videre vil det være fornuftig med fokusgruppeintervjuer for å utforske mer i detalj hva brukere og helsepersonell opplever som viktig for å hjelpe denne gruppen. Mer effektive metoder som kan behandle både angst og depresjon hos eldre, vil både være helse- og sosialøkonomisk gunstige, samtidig som de kan bidra til å bedre livskvalitet for en stor og økende gruppe eldre.

Et annet viktig aspekt av vår litteraturgjennomgang omhandler viktigheten av transdiagnostisk behandling siden lidelsene er fenomenologisk like (Hagen, Johnson, Rognan, & Hjemdal, 2012). En metode for å forstå strukturen til psykiske lidelser med mulige transdiagnostiske og diagnosespesifikke faktorer er kjent som nettverksanalyse. En slik modell beskriver systemer av dynamiske kausale relasjoner mellom symptomer og kan brukes for å forklare diagnostisk overlapp (Borsboom & Cramer, 2013). Dette kan illustreres med at en person bekymrer seg mye (et symptom på GAD) og dermed får søvnvansker (symptom på depresjon og GAD). Søvnvanskene medfører slitenhet (symptom på GAD og depresjon), som igjen gir depressivt humør (symptom på depresjon). Samtidig kan det være selvforsterkende «feedback loops», slik som at man bruker sovemedisiner, som igjen vil kunne forverre symptomer på slitenhet og søvnvansker. Fremtidig forskning bør undersøke hvordan ulike behandlinger påvirker slike symptomer og prosesser, med nettverksanalyser.

KONKLUSJON

Hovedhensikten med denne artikkelen var å undersøke effekten av KAT for generalisert angstlidelse og depresjon hos eldre samt sammenligne dette med funn fra studier på metakognitiv terapi. Generalisert angstlidelse og depresjon kan ha felles underliggende mekanismer i form av repeterende negativ tenkning som grubling og bekymring. Gjennomgangen vår viser også at transdiagnostisk KAT kan fungere like bra som diagnosespesifikk KAT. Samtidig viser resultatene at effektstørrelsene i alle disse studiene er relativt beskjedne. MKT kan representere et transdiagnostisk perspektiv for denne gruppen, fordi behandlingen fokuserer spesifikt på å redusere grubling og bekymring. Resultatene viste også at effektstørrelsene fra studiene på MKT var betraktelig høyere. MKT har imidlertid ikke blitt testet ut på den eldre populasjonen. Fremtidige studier bør derfor undersøke effekten av MKT og KAT i en randomisert kontrollert studie for denne gruppen. ✕

REFERANSER

- Album, D., & Westin, S. (2008). Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*, 66, 182-188. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.07.003>
- Andreescu, C., Lenze, E.J., Mulsant, B.H., Wetherell, J.L., Begley, A.E., Mazumdar, S., & Reynolds, C.F. (2009). High worry severity is associated with poorer acute and maintenance efficacy of antidepressants in late-life depression. *Depression and Anxiety*, 26, 266-272. <http://dx.doi.org/10.1002/da.20544>
- Borsboom, D., & Cramer, A.O.J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Pot, A.M., Park, M., & Reynolds, C.F. (2014). Managing depression in older age: Psychological interventions. *Maturitas*, 79, 160-169. <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.027>
- DeLuca, A.K., Lenze, E.J., Mulsant, B.H., Butters, M.A., Karp, J.F., Dew, M.A., ... Reynolds, C.F. (2005). Comorbid anxiety disorders in late life depression. Association with memory decline over four years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 848-854. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1366>
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmaling, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, ... Jacobson, N.S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl, J., ... Barlow, D.H. (2012). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43, 666-678. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2012.01.001>
- Fisher, P.L., & Durham, R.C. (1999). Recovery rates in GAD following psychological therapy: An analysis of clinically significant change in STAI-T across outcome studies since 1990. *Psychological Medicine*, 29, 1425-1434. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291799001336>
- Gallo J.J, Morales, K.H., Bogner, H.R., Raue, P.J., Zee, J., Bruce M.L., & Reynolds, C.F. (2013). Long term effect of depression care management on mortality in older adults: follow-up of cluster randomized clinical trial in primary care. *BMJ*, 346, f2570. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f2570>

- Goncalves, D.C., Pachana, N.A., & Byrne, G.J. (2013). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among older adults in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Journal of Affective Disorders*, *132*, 223–230. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.023>
- Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Kennair, L.E.O., Nordahl, H., Fisher, P., & Wells, A. (2017). Metacognitive therapy for adult depression: A waiting list controlled trial. *Frontiers in Psychology*, *8*, 31. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00031>
- Hagen, R., Johnson, S.U., Rognan, E., & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *49*, 247–252.
- Hall, J., Kellett, S., Berrios, R., Bains, M.K., & Scott, S. (2016). Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *24*, 11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2016.06.006>
- Hjemdal, O., Hagen, R., Nordahl, H., Solem, S., Kennair, L.E.O., Ryum, T., ... & Wells, A. (2016). Metacognitive therapy in major depression: An Open trial of comorbid cases. *Cognitive and Behavioral Practice*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.06.006>
- Hjemdal, O., Stiles, T., & Wells, A. (2013). Automatic thoughts and meta-cognition as predictors of depressive or anxious symptoms: a prospective study of two trajectories. *Scandinavian Journal of Psychology*, *54*, 59–65. <http://dx.doi.org/10.1111/sjop.12010>
- Johnson, S.U., Hoffart, A., Nordahl, H.M., & Wampold, B.E. (2017). Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, *50*, 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.004>
- Jordan, J., Carter, J.D., McIntosh, V.V., Fernando, K., Frampton, C.M., Porter, R.J., Mulder, R.T., Lacey, C., & Joyce, P.R. (2014). Metacognitive therapy versus cognitive behavioural therapy for depression: a randomized pilot study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *48*, 1–12.
- Kendler, K.S., Gardner, C.O., Gatz, M., & Pedersen, N.L. (2007). The sources of comorbidity between major depression and generalized anxiety disorder in a Swedish national twin sample. *Psychological Medicine*, *20*, 1067–1074. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291706009135>
- Kendler, K.S., Heath, A.C., Martin, N.G., & Eaves, L.J. (1987). Symptoms of anxiety and symptoms of depression. Same genes, different environments? *Archives of General Psychiatry*, *44*, 451–457. <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800170073010>
- Kishita, N., & Laidlaw, K. (2017). Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults? *Clinical Psychology Review*, *52*, 124–136. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.003>
- Laidlaw, K., Davidson, K., Toner, H., Jackson, G., Clark, S., Law, J., ... Cross, S. (2008). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *23*, 843–850. <http://dx.doi.org/10.1002/gps.1993>
- Lenze, E.J., Mulsant, B.H., Shear, M.K., Schulberg, H.C., Dew, M.A., Begley, A.E., ... Reynolds, C.F. (2000). Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 722–728. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.722>
- Lenze, E.J., Rogers, J.C., Martire, L.M., Mulsant, B.H., Rollman, B.L., Dew, M.A., ... Reynolds, C.F. (2001). The association of late-life depression and anxiety with physical disability: A review of the literature and prospectus for future research. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *9*, 113–135. <http://dx.doi.org/10.1097/00019442-200105000-00004>
- McEvoy, P.M., Watson, H., Watkins, E., & Nathan, P. (2013). The relationship between worry, rumination, and comorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *Journal of Affective Disorders*, *151*, 313–320. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>
- Nelson, J.C., Delucchi, K., & Schneider, L.S. (2008). Efficacy of second generation antidepressants in late-life depression: A meta-analysis of the evidence. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *16*, 558–567. <http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181693288>
- Nordahl, H., Borkovec, T., Hagen, R., Kennair, L., Hjemdal, O., Solem, S., ... Wells, A. (2018). Metacognitive therapy versus cognitive-behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder. *BJPsych Open*, *4*, 393–400. [doi:10.1192/bjo.2018.54](https://doi.org/10.1192/bjo.2018.54)
- Normann, N., van Emmerik, A.A.P., & Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review. *Depression and Anxiety*, *31*, 402–411. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22273>
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C.A., Farchione, T.J., Boettcher, H.T., Bullis, J.R., & Barlow, D.A. (2017). Current Definitions of «Transdiagnostic» in Treatment Development: A Search for Consensus. *Behavior Therapy*, *48*, 128–138. <http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>
- Serfaty, M.A., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S., & King, M. (2009). Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, *66*, 1332–1340. <http://dx.doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.165>
- Solem, S., Hagen, R., Wang, C.E.A., Hjemdal, O., Waterloo, K., Eisemann, M., & Halvorsen, M. (2017). Metacognitions and mindful attention awareness in depression: A comparison of currently depressed, previously depressed and never depressed individuals. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *24*, 94–102. <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.1983>
- Solem, S., Håland, Å.T., Vogel, P.A., Hansen, B., & Wells, A. (2009). Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, *47*, 301–307. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.003>

- Stordal, E., Bjartveit Krüger, M., Dahl, N.H., Krüger, Ø., Mykletun, A., & Dahl, A.A. (2001). Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *104*, 210–216. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00130.x>
- Stanley, M.A., Diefenbach, G.J., & Hopko, D.R. (2004). Cognitive behavioral treatment for older adults with generalized anxiety disorder: a therapist manual for primary care settings. *Behavior Modification*, *28*, 73–117. <http://dx.doi.org/10.1177/0145445503259259>
- Stanley, M.A., Wilson, N.L., & Amspoker, A.B. (2014). Lay providers can deliver effective cognitive behavior therapy for older adults with generalized anxiety disorder: a randomized trial. *Depression and Anxiety*, *31*, 391–401. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22239>
- Stanley, M.A., Wilson, N., Novy, D.M., Rhoades, H.M., Wagener, P., Greisinger, A.J., ... Kunik, M.E. (2009). Cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder among older adults in primary care a randomized clinical trial. *JAMA*, *301*, 1460–1467. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2009.458>
- Thompson, L.W., Gallagher-Thompson, D., Laidlaw, K., & Dick, L.P. (2000). *Cognitive-behavioural therapy for late life depression: A therapist manual*. University of Edinburgh, Department of Psychiatry.
- Topper, M., Emmelkamp, P., Watkins, E., & Ehring, T. (2017). Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *90*, 123–136. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2016.12.015>
- Topper, M., Molenaar, D., Emmelkamp, P., & Ehring, T. (2014). Are rumination and worry two sides of the same coin? A structural equation modelling approach. *Journal of Experimental Psychopathology*, *5*, 363–381. <http://dx.doi.org/10.5127/jep.038813>
- Van der Heiden, C., Muris, P., & van der Molen, H.T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 100–109. doi: 10.1016/j.brat.2011.12.005
- Vasiliadis, H.-M., Dionne, P.-A., Prévile, M., Gentil, L., Berbiche, D., & Latimer, E. (2013). The excess healthcare costs associated with depression and anxiety in elderly living in the community. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*, 536–548. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.016>
- Voshar, R.C. (2013). Lack of interventions for anxiety in older people. *British Journal of Psychiatry*, *203*, 8–9. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.113.127639>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 429–434. doi: 10.1016/j.brat.2009.11.013
- Wuthrich, V.M., & Rapee, R.M. (2013). Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behaviour Research and Therapy*, *51*, 779–786. <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.002>

Nå kommer skolepsykologen

TEKST Øystein Helmikstøl

Slemdal skole i Oslo er på jakt etter en psykologspesialist med bred erfaring fra arbeid med barn og familier, både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Rektor Vegard Tversland Kjesbu forteller til *Psykologtidsskriftet* at det er psykologer på noen skoler via Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, men han er ikke kjent med at det i hovedstaden eller i landet for øvrig finnes skolepsykologer ansatt direkte av skolen.

– Mange lærere kan lite om psykisk helse. De er pedagoger, ikke psykologer, sier

Kjesbu, som opplyser at skolepsykologen i liten grad skal ha terapi én til én. Skolepsykologen vil være en del av et psykososialt team sammen med helsesøster og sosiallærere. Teamet ledes av rektor gjennom skolens læringsmiljøutvalg, der hele ledergruppen er aktive parter.

Skolepsykologen er tenkt å ha åtte ansvarsområder: styrke barnas psykiske helse, sortere og kartlegge barnas behov, bidra til bedre kartlegging av elever med konsentrasjonsvansker, hjelpe familier i krise, foreldrekursing, kompetanseheve lærerne og undervise elever i livsmestring.

Utdanningsetaten i Oslo kjenner foreløpig ikke til at det andre steder i landet finnes skolepsykolog ansatt direkte av skolen, ifølge kommunikasjonsdirektør Trine Lie Larsen.



John Blum

Varm teknologi mot hørselshallusinasjoner

Om lag 25 prosent av personer med psykoselidelser opplever hørselshallusinasjoner til tross for behandling. En ny digital intervensjon har gitt lovende resultater nettopp for denne gruppen.

Vi er i London. Vi er på en konferanse om «Trauma and Attachment». Men samtidig er vi på besøk i en hallusinasjon. Eller for å si det mer korrekt, vi benytter lunsjen til å besøke et lydisolert laboratorium i kjelleren på University College of London. Der har vi fått hjelp til å lage hver vår «avatar»; en individuelt utformet syns- og hørselshallusinasjon som vi kan snakke til hverandre med. Det Svein sier i mikrofonen i rommet ved siden av Patrick, blir forvrengt slik at det virker som om det er hallusinasjonen på Patricks datamaskin som snakker. Utenfor står professorene Mark Huckvale og Tom Craig. De har gjort dette før, men da sammen med pasienter med schizofreni og såkalt behandlingsresistent hallusinose. Eller for å si det mindre klinisk: folk som har slitt med jævlige stemmer i årevis.

«Patrick. Bare innrøm det. Du vet det jo. Du er en elendig professor.» Patrick ser trassig tilbake på ansiktet på skjermen foran seg. Stemmen og ansiktet på skjermen er en digital visuell representasjon av en hørselshallusinasjon. «Alle vet at dine ferdigheter i statistikk er håpløse. Og du vet det ikke, men du lukter også. Vondt! Du lukter dritt, Patrick, alle vet det.»

HVA ER AVATAR-BEHANDLING?

Vi så det først på BBC. En reportasje om den innovative kliniske forskningen på effekt av AVATAR Therapy for Refractory Auditory Hallucinations. Vi har i årevis hatt en fascinasjon for digitale helseløsninger. Patrick, som professor i psykologi på NTNU, var svært tidlig ute innen forskning på effekt av e-terapi i behandling av OCD. Svein, som grunnlegger av Superego AS, har i årevis mast om at digitale løsninger bør demokratiseres for å gi «psykologi til folket». Men teknologi skuffer ofte. Vi gikk derfor til forskningen bak AVATAR med en god dose skepsis.

Det terapeutiske miljøet i Storbritannia har alltid vært banebrytende når det gjelder å utforske psykologiske metoder for behandling av psykoser (Tarrrier et al., 1993; Garety et al., 2001, & Morrison, 2001). En nøkkelantagelse har vært at psykoser kan forstås på et kontinuum mellom normalitet og avvik. Ut fra denne forståelsen er ikke stemmehøring alene det avgjørende. Som kjent kan også ikke-psykotiske høre stemmer, men da vanligvis ikke-forstyrrende stemmer (de Leede-Smith & Barkus, 2013; Johns et al., 2014). Snarere er det antagelsene om og

SVEIN ØVERLAND,
seksjonssjef, Seksjon
for nasjonale
rettspsykiatriske
funksjoner, Avd. Brøset,
St. Olavs Hospital

PATRICK A. VOGEL,
professor emeritus,
Institutt for psykologi,
NTNU

ILLUSTRASJON
Åge Peterson



hvordan vi forholder oss til stemmene, som er det vesentlige. I tillegg har stemmehøring ofte en sammenheng med tidligere relasjonelle erfaringer av mindreverdighet og maktesløshet (Birchwood, 2000, 2004). Så mange som 25 prosent av personer med psykoselidelser plages av vedvarende hørselshallusinasjoner tross behandling (Craig et al., 2018). Dette er bakgrunnen for utviklingen av metoder innen kognitiv atferdsterapi som har fokusert på selvhedelsestrening og rollespill (to-stoler) for å øke pasientens opplevelse av akseptering og kontroll over tidligere nedbrytende opplevelser.

AVATAR-terapi (Leff et al., 2013; Craig, Ward, & Rus-Calafell, 2016) bygger videre på arbeidene til Birchwood og det britiske fagmiljøet. Det er utviklet programvare som gjør det mulig å lage en realistisk visualisering av en figur (menneskelig eller ikke-menneskelig) som representerer den som pasienter tror snakker til dem. I tillegg brukes programvaren til å endre terapeutens stemme slik at den matcher hallusinasjons-stemmen. Når pasienten tar på seg hodetelefon og sitter foran skjermen (med terapeut ved siden av eller i et annet rom), begynner sesjonen med at pasienten hører terapeutens stemme. Når de så sammen har konstruert en troverdig kopi av stemmen til hallusinasjonene, kan man gå videre til selve rollespillet. Slik får pasienten en trygghet på at hallusinasjonen ikke er reell. Målet er ikke å fjerne hallusinasjonene, men at pasienten skal oppleve mer kontroll og mestring i relasjon til stemmene.

Behandlingen består av seks sesjoner. De tre første konsultasjonene består hovedsakelig av selvhedelsestrening. De to neste sesjonene består av at hallusinasjonen (gjennom avataren) gir uttrykk for de positive kvalitetene pasienten har utvist. I siste sesjon diskuteres fremtidige ønsker og utvikling av en personlig teori/mening med tilfriskning. Pasienten får også opptak av sesjonene for avspilling hjemme.

Stemmen oppleves som troverdig av pasienten. Det blir som en form for *virtual reality* som muliggjør eksponering for fryktede opplevelser. Når det som fryktes, blir konfrontert, blir angsten redusert. Særlig vil maladaptive holdninger, både kognitive og metakognitive, bli avkrefte. Det er viktig at pasienten «ikke overgir seg» til stemmene. Dette tolkes som unnvikelse og konfronteres på en empatisk måte. Både pasient og terapeut kan derimot avbryte sesjonen ved bruke en «rød knapp». Det er også

mulig å dempe inntrykkene ved å forminske avataren, for eksempel slik at den kun vises i frimerkestørrelse. Å også høre avataren uttrykke støttende kommentarer til pasienten, kan i tillegg føre til at avataren etter hvert fremstår som en alliert for pasienten.

Resultater fra en pilotstudie (Leff et al., 2013) med 26 pasienter med kronisk psykose-problematikk var svært lovende. Frekvens og intensitet av stemmene ble rapportert med over 30 prosent reduksjon (effektstørrelse på .80). Noen av pasientene hadde hallusinert i 10 år på tross av medikasjon og psykoterapi. Dette er ganske oppsiktsvekkende for en så kortvarig intervensjon. Forsøket gjentas nå med et langt større utvalg (n = 140+).

MULIGE ANVENDELSESOMRÅDER

Psykososer har flere likhetstrekk med andre psykiske lidelser enn man ofte tror. De mest ødeleggende hallusinasjonene er de bydende (imperative), allmektige (omnipotente) og kritiserende (negative). Slik er det også med plagsomme tanker generelt. Som både psykologer og folk flest er klar over, er plagsomme tanker noe som sjelden forsvinner av seg selv eller av at vi forsøker å la være å tenke dem. Plagsomme tanker er fremtredende i angstlidelser som post-traumatisk stresslidelse og OCD. Ofre for mobbing beskriver at minnene fremtrer som gjenopplevelser av selve mobbesituasjonen. Og personer med rusavhengighet beskriver ofte de «tillatende stemmene» som «fristere» eller «små djevler». Uansett lidelse, det er de plagsomme tankene og følelsene som gjør at pasientene søker hjelp. Teknologien bak AVATAR er enkel å bruke, og det er lett å tenke seg mange flere anvendelsesområder. For eksempel kan eksponeringsøvelser for sosial angst være krevende fordi man helst bør bruke andre enn terapeuten i de innledende rollespillene. Med AVATAR kan pasienten trene digitalt med individuelle utforminger og vanskelighetsgrader. Og den gode gamle to-stolsteknikken kan brukes på en mer fleksibel måte.

Selv om det allerede finnes en rekke imaginære teknikker for utforskning og eksponering av plagsomme tanker, gir AVATAR-behandling større fleksibilitet og har en ramme som for pasientene fremtrer som mer vitenskapelig. Den digitale formen gjør det dessuten mulig for terapeuten å bedre monitorere hvordan pasienten reagerer på metoden, og at behandlingen kan fortsette også mellom hver konsultasjon.

TEKNOLOGI KAN VÆRE KALD. ELLER VARM

Noe av skepsisen til innovative helseløsninger skyldes organisatoriske, juridiske og praktiske begrensninger. Men også psykologers og terapeuters holdninger og kunnskap (Chou et al., 2017). Vår erfaring er at psykologer fremhever relasjonen som sentralt i behandling. I verste fall virker teknologi fremmedgjørende gjennom å tilby pasienten en dings eller en app som fjerner eller hindrer en terapeutisk relasjon. Men varm teknologi, slik som AVATAR er et eksempel på, kan være et godt supplement til en terapeutisk relasjon. Varm teknologi kan til og med gjøre relasjonen sterkere. AVATAR tar som beskrevet utgangspunkt i terapeutens stemme. Den første fasen ligner på en slags felles «photoshopping» for å finne et passende ansikt og stemme. Prosessen gir også assosiasjon til politiets bruk av såkalte fantomteg-

ninger for å hjelpe vitner til å beskrive forbrytere. Eller til forberedelsen og «customization» av spillfiguren forut for et online-spill. Det er spennende og morsomt, og den individuelle tilpasningen styrker relasjonen mellom pasient og terapeut. Selv om det ikke er forskningsdata på dette, opplever vi at teknologien gjennom denne prosessen er en av styrkene med AVATAR. Og noe som gjør AVATAR til det vi kaller varm teknologi™.

Men alt som er nytt, kan virke skummelt. Også for psykologer. Da er det viktig å huske at dagens behandlingsformer generelt er kjent for psykologene, men som regel ikke for pasientene. Vi forventer at pasientene kommer til behandling og behandlere som de ikke kjenner til. Da bør vi som er psykologer og terapeuter, forvente av oss selv at vi har den samme holdningen til det som er nytt og fremmed. ✕

REFERANSER

- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P., Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychol Med* 30(2):337–344. doi:10.1017/S0033291799001828
- Birchwood, M., Gilbert, P., Gilbert, J., Trower, P., Meaden, A., Hay, J., Murray, E., Miles, J.N. (2004). Interpersonal and role-related schema influence the relationship with the dominant ‘voice’ in schizophrenia: a comparison of three models. *Psychol Med* 34(8):1571–1580
- Birchwood, M., Michail, M., Meaden, A., Tarrier, N., Lewis, S., Wykes, T., Davies, L., Dunn, G., Peters, E. (2014). Cognitive behaviour therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations (COMMAND): a randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 1(1):23–33
- Chou, T., Laura J Bry, L.J., Comer, J.S. (2017). Overcoming traditional barriers only to encounter new ones: Doses of caution and direction as technology-enhanced treatments begin to «Go Live». *Clinical psychology. Science and Practice*, 24, 3: 241– 244.
- Craig, T., Ward, T., & Rus-Calafell, M. (2016). AVATAR therapy for refractory auditory hallucinations. I B. Pradhan et al. (red.), *Brief interventions for psychosis: A clinical compendium*. DOI 10.1007/978-3-319-30521-9_4. 41–54.
- Craig, T.K.J, Rus-Calafell, M., Ward, T., Leff, J.P., Huckvale, M., Howarth, E., Emsley, R., Garety, P.A. (2017). AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, Available online 23. november 2017.
- de Leede-Smith, S., Barkus, E. (2013). A comprehensive review of auditory verbal hallucinations: lifetime prevalence, correlates and mechanisms in healthy and clinical individuals. *Front Hum Neurosci* 7:367. doi:10.3389/Fnhum.2013.00367
- Garety, P.A., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., Bebbington, P.E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychol Med* 31(2):189–195.
- Johns, L.C., Kompus, K., Connell, M., Humpston, C., Lincoln, T.M., Longden, E., Preti, A., Alderson-Day, B., Badcock, J.C., Cella, M., Fernyhough, C., McCarthy-Jones, S., Peters, E., Raballo, A., Scott, J., Siddi, S., Sommer, I.E., Laroi, F. (2014). Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care. *Schizophr Bull* 40:S255–S264. doi:10.1093/schbul/sbu005
- Leff, J., Williams, G., Huckvale, M.A., Arbuthnot, M., Leff, A.P. (2013). Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: proof-of-concept study. *Br J Psychiatry* 202:428–433. doi:10.1192/bjp.bp.112.124883
- Morrison, A.P. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behav Cogn Psychother* 29(3):257–276. doi:10.1017/S1352465801003010
- Tarrier, N., Beckett, R., Harwood, S., Baker, A., Yusupoff, L., Ugarteburu, I. (1993). A trial of 2 cognitive behavioral methods of treating drug-resistant residual psychotic symptoms in schizophrenic patients. 1. Outcome. *Br J Psychiatry* 162:524–532. doi:10.1192/bjp.162.4.524

Prøve igjen i morgen

Det er når solen skinner, man skal reparere taket,
men hva gjør man når det regner hele tiden?

TEKST

Pål Nielsen Glad,
psykologspesialist ved
Drammen DPS*

EN AMERIKANSK CHEROKEE ga barnebarna sine følgende livsvisdom: «En kamp oppstår inne i meg ... en grusom kamp mellom to ulver. Den ene ulven representerer frykt, sinne, misunnelse, grådighet, arroganse, underlegenhet og løgner. Den andre står for glede, fred, kjærlighet, håp, snillhet, empati, generøsitet, sannhet og medfølelse.» Han fortsatte: «Den samme kampen foregår inni dere, og inni alle andre personer.» Barnebarna tenkte over dette litt, før en av dem spurte: «Bestefar, hvilken ulv kommer til å vinne?» Den gamle svarte: «Den du føder.»

Historien om de to ulvene som jager i oss – en selvkritisk og en medfølende – bruker jeg av og til i arbeidet med pasienter. Ulveanekdoten er hyppig referert i medfølelsesfokusert terapi, en behandling som primært har oppstått i Storbritannia i løpet av det siste tiåret. To nøkkelbegreper er skam og selvkritikk. Begge er forbundet med dårlig selvfølelse.

I tillegg kan skam og selvkritikk gjøre det vanskeligere å ta andres perspektiv, og dermed bidra til at man oppfattes som selvopptatt og lite medfølende. For en skamfull og selvkritisk person er det i tillegg særlig én person det er vanskelig å ha medfølelse for: seg selv. Når

jeg arbeider medfølelsesfokusert, forsøker jeg derfor å hjelpe pasientene til å utvikle en opplevelse av indre varme, trygghet og selvtro.

DIN EGEN VERSTE FIENDE

Hva skjer om man dag ut og dag inn får høre at man er verdiløs? Til slutt begynner man å tro det er sant, og arbeidet med å undergrave seg selv fortsetter automatisk. Når man vedvarende forteller seg selv at man mangler verdi, vil det ha en minst like ødeleggende effekt som om man får høre det av andre. For å bryte slike onde sirkler må man prøve å bli mer venn med seg selv. Eller som legofiguren og vismannen Sensei Wu ville sagt til ninjane sine: «Den beste måten å overvinne en fiende på er å gjøre ham til venn.»

Alt fungerer best når man føler seg trygg. Evnen til selvmedfølelse kan antas å springe ut fra en sunn evne til å regulere og roe egne følelser. Når man føler seg truet, enten innenfra eller utenfra, trues også fornuften. Tenkingen blir mindre fleksibel og nyansert, og risikoen for å ta dårlige beslutninger øker. Derfor er det viktig å øve i fredstid, eller som

* Enkeltmomenter i dette bidraget har tidligere vært publisert i en kronikk i Klassekampen den 30. desember 2017.



John F. Kennedy sa: «Det er når solen skinner, man skal reparere taket.» Dess tryggere man føler seg, dess mer fleksibelt kan man forholde seg til omgivelsene. Man lærer best, lytter best og formulerer seg best i en tilstand av rolig våkenhet.

ET TRYGT STED

Pasienter jeg ikke har evnet å hjelpe, vekker frustrasjon og maktesløshet i meg. Ved slike anledninger forsøker jeg å minne meg selv på at ingen klarer å hjelpe alle. Det skal være samsvar mellom liv og lære. Men verdien blir liten om jeg ikke klarer å tro på det selv. Eller å overbevise andre om mitt medfølende budskap. Den skamfulles primære problem er nemlig ikke å formulere alternativer til selvkritikken. Hun tror bare ikke noe på dem. Når hun hører seg selv fremme mer selvaksepterende utsagn, blir det sagt med en kjølig, kanskje til og med spotende stemme. Om det skal bli noe mer enn fornuftens hvissen mot følelsenes brøl, trenger hun å bli møtt med varme og medfølelse. Paul Gilbert, en av grunnleggerne av terapiformen, snakker mye om stemmeklang, om betydning-

en av tonefallet, slik at man blir bevisst om man for eksempel lyder avvisende, streng eller genuint interessert. I et forsøk på å illustrere noe av denne dynamikken pleier jeg å gjøre følgende øvelse med pasientene mine: «Se for deg at du har et barn som skal begynne på skolen. Det er to parallellklasser, og du kan velge hvilken av dem barnet ditt skal gå i. Den ene klassen har en streng lærer, den andre en lærer som er snill og oppmuntrende. Hvilken lærer ville du valgt for barnet ditt? Hvis svaret er den siste læreren, tenk litt på hvorfor du alltid sender deg selv til den første.»

MOT

Det krever mot å overvinne skam og selvkritikk. Men hva er egentlig mot? Er det stridighet? Må man opp på barrikadene? Ikke nødvendigvis. Som Mary Anne Radmacher sier: «Noen ganger er mot den stille stemmen på slutten av dagen, som sier: «Jeg vil prøve igjen i morgen.» Det tror jeg er et brukbart bilde på den innstillingen mange terapeuter prøver å fremelske hos pasientene sine – og kanskje også hos seg selv: Prøve igjen i morgen. ✕

Psykologien i Sovjet-samveldet

Etter mange års isolasjon slår endelig sovjet-russerne sine porter opp og ønsker vestens psykologer velkommen. Og reaksjonene lot ikke vente på seg. 4000 psykologer fra hele verden dro til Moskva hvor 2000 sovjet-psykologer sto for vertskapet. Interessant nok var halvparten av gjestene amerikanere.
(...)

Det hovedinntrykk man sitter igjen med er at sovjet-psykologien har funnet sin plass innenfor sovjet-systemet for øvrig. Et viktig tidsskille er tydeligvis oktober-revolusjonen i 1917. Professor Smirnov understreket i sin brede presentasjon av sovjet-psykologien (...) hvordan vitenskapens frie utvikling først ble sikret gjennom revolusjonen. Før den tid var psykologien i altfor sterk grad dominert av konservative psykologer som ble støttet av de offisielle, tsaristiske kretser, hevdet han. På den annen side ble representantene for den progressive psykologi direkte forfulgt av tsar-regjeringen. (...) Sechenov ble tvunget til å forlate universitetet, mens Pavlov måtte slite med en elendig økonomi, skjønt han forlengst hadde oppnådd verdensberømmelse.

Disse forholdene ble endret med revolusjonen, og Smirnov nevnte hvordan Lenin gikk inn for at Pavlovs laboratorium måtte få all mulig støtte allerede i 1921, da den unge republikk ennå slet med svære økonomiske problemer.
(...)

Sovjet-psykologien arbeider bevisst innenfor et politisk system hvis læresetninger de legger til grunn for sitt arbeid. Flesteparten av dem er pedagogiske psykologer med den oppgave å finne de beste muligheter for å realisere dette politiske system. Betrakterens oppgave blir å akseptere at dette er det de virkelig ønsker.

Arbeidspsykologien startet f. eks. med Lenins appell like etter revolusjonen om at nå måtte den unge sovjetstat «lære å arbeide». Så ble da denne gren utformet i henhold til marxistiske teser om «arbeidet som bevissthetens kilde», «mennesket som bevissthetens lærer», «tankens aktive karakter» og «individet som en kombinasjon av sosiale relasjoner». Den siste tese ble for øvrig underbygget da man i tretti-årene registrerte arbeiderkollektivets betydning for personlighetsdannelsen.

I den første tid gjorde man seg imidlertid skyldig i «alvorlige feilslutninger», idet man i tjue-årene hadde oppfattet «arbeid» bare som fysisk arbeid og sett bort fra de sosiale betingelser. (...) I dag er det klart at arbeidspsykologi i USSR også er personlighets- og sosialpsykologi.(...).

Mens en vestlig psykolog godt kunne tenke seg å undersøke det underliggende verdisystem, vil dette være en urimeelig handling for en sovjet-psykolog. Vi finner det samme igjen i psykopatologien hvor f. eks. miljøets betydning eller underbevisste prosesser **ikke** behandles. Derimot er

de på dette felt opptatt av slike ting som «normal og unormal arbeids-evne», «nedbryting eller underutvikling av vaner av betydning for arbeidsevnen», «tankeforstyrrelser» eller «misforhold mellom kunnskap og tanke i schizofreni».

Nok en måte å trekke frem forskjeller på ble gjort av Bronfenbrenner (USA) som la frem en interessant undersøkelse over forskjeller mellom sovjetungdommen og amerikansk ungdom. Her kommer det tydelig frem hvordan sovjetungdommen prøver å følge de sosiale normer som foreldrene og skole står for, også når det bare dreier seg om samvær ungdom imellom. Den amerikanske ungdom viste derimot tendens til å operere med forskjellige normer, alt ettersom foreldrene var bekjent med hva de foretok seg eller ikke. Om det de gjorde bare kom annen ungdom for øre, ble normene straks tøffere og mer opposisjonelle.

Bronfenbrenner (...) oppsummerte sine inntrykk ved å avslutte med omtrent følgende uttalelse:

«Det ser ut til å være enighet om at en sunn personlighetsutvikling forutsetter at man på en eller annen måte har kunnet være i opposisjon til det bestående og til de gjeldende normer. Når man så senere finner sin plass innenfor systemet, kan man gjøre det på et selvstendig og uavhengig grunnlag. Forskjellen mellom dere og oss gir forskjellige problemer underveis. Vi er kanskje for villig til å la de unge opponere, slik at vi kan få vanskeligheter med å få dem tilbake igjen til samfunnet. Dere lar på den andre siden kanskje de unge få for liten anledning til å protestere, og vil på den måten kunne risikere at de senere som voksne går inn i et system på en mer avhengig og uselvstendig måte enn ønskelig er. På den annen side er det ikke lett å kritisere deres moralske normer, for de er jo gode.»

Trygve Johnstad rapporterer fra den 18. internasjonale psykologikongress i Moskva 4-13, august 1966. Publisert i desemberutgaven 1966

Meninger



FOTO: VINCENT CHARMETTE/PLANPICTURESCANPIX



Mangler empiri

Toneangivende psykoanalytikere motsetter seg empirisk testing av sine teorier, mener professor Sigmund Karterud.

Side 1034.

- NAV må inn på pensum

Les hovedinnlegget på de neste sidene.

Send innlegg til meninger@psykologtidsskriftet.no. Frist er den 10. 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.



Sett NAV på timeplanen

Når psykologiutdanningen nå endres, er det på høy tid at systemkunnskap generelt, og kunnskap om NAV spesielt, blir en selvfølgelig del av pensum.

KUNNSKAPSDEPARTEMENTET LAGER i disse dager retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene. Spørsmålet som stilles, er hvorvidt innholdet i utdanningene svarer til tjenestenes behov. Mange vil svare nei og ser positivt på departementets initiativ. Flere emner slåss om plassen i vårt eget profesjonsstudium i psykologi. Én stor mangel er NAV.

NAV har tjenester for hele befolkningen, fra vugge til grav. Og psykologer er viktige premissleverandører for systemet. NAV disponerer faktisk så mye som 1/3 av statsbudsjettet. Av det brukes ca. 120 milliarder kroner i året på rene ytelser, basert på psykologers og legers uttalelser.¹ Summene er betydelige. Konsekvensene for den enkelte borger likeså. Hvordan kan det da ha seg at Universitetet i Oslo ikke har én eneste forelesning om NAV gjennom det seksårige utdanningsløpet? Emnet er ikke vesentlig bedre dekket på de andre universitetene.

GRUNNLEGGENDE SYSTEMKUNNSKAP

Vår velferd er avhengig av at alle psykologer har kunnskap om NAVs ordninger og arbeidsmetoder. NAV er en uunnngåelig samarbeidspartner for psykologer. NAV etterspør uttalelser fra behandlende psykologer, og lener seg tungt på

våre erklæringer. Retten til å innhente informasjonen er hjemlet i lov om folketrygd § 21–4. Det går ikke mange ukene før den nyutdannede psykologen oppdager at NAV krever redegjørelse for pasientens behandling, funksjon og arbeidsevne. NAV spør psykologen om hva han/hun tenker om pasientens arbeidsevne til tross for sykdom eller skade. Da blir det dessverre blankt hos mange psykologer. Pasientene har behov for psykologer som evner å se deltakelse i samfunns- og arbeidsliv som et viktig behandlingsmål, og som en viktig faktor for god psykisk helse. Hjelpeapparatet trenger på sin side opplysninger om hva som egner seg av tiltak og virkemidler. For det finnes faktisk en god del løsninger. De kobles bare for sjelden på. Én grunn er sannsynligvis at løsningene er ukjente for psykologene, til tross for at vi er premissleverandører. Psykologer må bli i stand til å skrive nyttige erklæringer som opplyser NAV om pasienters begrensninger og muligheter innenfor rammene av våre velferdsordninger og trygderettigheter.

Målet er å få flest mulig ut i jobb, en helt nødvendig forutsetning for finansiering av velferdsstaten. Staten bruker derfor ni milliarder kroner i året på arbeidsrettede tiltak – likevel lykkes altfor få! Media forteller med jevne mellomrom historier om enkeltmennesker som har mistet sitt håp om å bli inkludert, etter runde på runde med tiltak som mislykkes. >>



MARIA LEER-SALVESEN,
Spesialist i klinisk
nevropsykologi, NAV

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

NAV

1. Tallene er hentet fra «NAV i tall og fakta, 2017»



Det finnes faktisk en god del løsninger. De kobles bare for sjelden på

I TV2s serie «Alle i arbeid» møter vi blant andre Olav, Jonas og Silje, alle med diagnoser satt av psykologer, som strever med å få på plass god nok tilrettelegging slik at deres mange ressurser og gode evner kan benyttes. Forklaringene er selvsagt komplekse. En årsak er at NAV og arbeidsgivere ikke har blitt godt nok opplyst om hva som faktisk er utfordringen til den enkelte, og hva som kreves av konkret tilrettelegging for å øke funksjonen. Nøye identifisering av problemet er nødvendig før tiltak kan lykkes og faktisk bli hensiktsmessige. Psykologene innehar denne unike kunnskapen, men har likevel ikke forutsetningene for å opplyse NAV. Fordi NAV som tema er fraværende i utdanningen, er det fremmed for de fleste psykologer å tenke konkret omkring atferding, vite hvor i systemet det finnes mer hjelp, og uttale seg om tiltak og virkemidler som de selv aldri har hørt om. Psykologenes bidrag leveres uten kjennskap til konteksten.

INNSIKT I RELEVANT LOVVERK

Arbeidsavklaringspenger og uføretrygd er ytelser som kun skal tildeles brukere med sykdom, skade eller lyte som i *vesentlig grad* reduserer deres evne til å skaffe eller beholde inntektsgivende arbeid. Hvorvidt det foreligger en slik sykdom, skade eller lyte, er det kun lege og psykolog som kan avgjøre. For å forstå hva som menes med begrepene i denne særegne sammenhengen, kreves innsikt i lov om folketrygd. Hva som ligger i begrepene, er juridisk definert, og ikke opp til hver enkelt å synes noe om. I tillegg må psykologene skuleres i tilretteleggingsmuligheter, arbeidsmarkedskompetanse og velferdsstatens faktiske rammer. Uten denne innsikten blir psykologers erklæringer mangelfulle eller i verste fall feilaktige. Det kan medføre at vilkår ikke blir oppfylt, og pasienters rettigheter går tapt. I andre tilfeller fører det til at millionbeløp sløses bort, som kunne vært brukt på langt bedre formål. Når det gjelder spørsmålet om arbeidsevne, sier det seg selv at prognosen vurderes som dårlig om psykologen ikke kjenner til hjelpemidlene, tiltakene og virkemidlene som faktisk finnes for å øke arbeidsevnen.

Med dagens modell for tildeling av ytelser og oppfølging harmonerer det ikke at psykologer ikke lærer om velferdssystemet vårt i grunnutdanningen.

I 2016 skrev Helsedirektoratet sammen med Arbeids- og velferdsdirektoratet en rapport, kalt «Arbeid og helse – et tettere samvirke». I rapporten belyses behovet for tettere samarbeid og økt kunnskap om hverandres tjenester og rammevilkår. Gis feil oppfølging fra NAV, forringes effekten av psykologers behandling og pasientens livskvalitet. Tilsvarende ser vi økt arbeidsdeltakelse hvis oppfølgingen fra NAV skjer i samarbeid med og parallelt i tid med psykologisk behandling. Departementene har bestemt at tjenestene skal samkjøres, og kunnskapen om hverandre skal økes. Det vil da være underlig om universitetene får fortsette å negligere temaet i profesjonsstudiet.

Myndighetene har gitt psykologer en unik mulighet til å sikre riktig tildeling av ytelser og sørge for nødvendig og hensiktsmessig oppfølging. Både samfunnet som helhet, og NAVs brukere især, er tjent med at psykologer får økt sin kunnskap om NAV. Psykologene på sin side får sin legitimitet og relevans redusert om ikke rollen som samarbeidspartnere og sakkyndige forvaltes bedre. Ett nødvendig første ledd er å innføre NAV og arbeid som obligatorisk tema under utdanningen til kommende psykologer. ❌



Fagforening søker forskere

Psykologforeningen sliter med å rekruttere tillitsvalgte i akademia. Det bør lokallag og akademikere sammen gjøre noe med.

SIDSEL FJELLTUN, Yngre psykologers utvalg

FORSKERE I PSYKOLOGFORENINGEN

AKADEMIA BØR VÆRE et åpenbart rekrutteringsområde for en fagforening, for her er det mye som en jobbsøker må håndtere: ujevne maktforhold, mange midlertidige stillinger og vanskelig forhandlingsklima. Likevel ser vi at det er få tillitsvalgte fra Psykologforeningen i akademia. For kliniske psykologer er Psykologforeningen den selvsagte fagforening, mens for forskere er det flere å velge mellom. Forskerforbundet og Norsk Tjenestemannslag forsøker begge å rekruttere psykologer i akademia. Der forskerne er en minoritet i Psykologforeningen, er de en del av majoriteten i Forskerforbundet. Forskere og klinikere trenger imidlertid hverandre: Forskerne trenger en sterk fagforening som støtter opp om dem, og Psykologforeningens medlemmer trenger psykologer som bidrar til forskning.

Dersom fulltidforskere skal være godt representert i foreningen, må lokalavdelingene og akademisk tilsatte finne sammen. For å bidra til rekrutteringen oppfordrer Yngre psykologers utvalg lokalavdelingene til å lage møteplasser for å nå ut til psykologer i akademia. Vi oppfordrer også forskere til å melde seg som tillitsvalgte og bidra aktivt i utformingen av arbeidsplassen. Forskning er grenen vi alle sitter på og må gi næring til. Vår autoritet som fagfolk er basert på vårt ry og vår rolle som evidensbaserte praktikere. Den må vi opprettholde. ✕

Tilsva

Selvsagt meldeplikt

TIRILL WILLUMSEN, professor og tannlege

«TABU: TENNENE»

DET ER SELVFØLGELIG slik at tannleger har meldeplikt til barnevernet når de har mistanke om ulike former for barnemishandling, og jeg beklager at det ikke kom bedre frem i intervjuet med meg i juliutgaven av Psykologtidsskriftet. Jeg vil takke for at dette ble presisert av Ragnhild Nordengen i oktoberutgaven. Tannhelsepersonell møter pasienter som utsettes for ulike overgrep, både barn og voksne. Fysiske skader etter vold er ofte i munn og hode-/halsregionen. Vi har meldeplikt til barnevernet og medisinsk og etisk plikt overfor voksne pasienter (over 18 år) til å henvise videre til relevant hjelp. Kunnskap om psykologi og samarbeid med psykologer er viktig for å ta opp slike vanskelige temaer med pasienter på beste måte, samt opparbeide god tverrfaglig kompetanse. ✕

Presisering

Takk for presiseringen

BJØRNAR OLSEN, sjefredaktør

«TABU: TENNENE»

I DEBATTINLEGGET TIL Maren Lillehaug Agdal og kolleger i oktoberutgaven av Psykologtidsskriftet understreker avsenderne at TOO-teamet som omtales i saken «Tabu: tennene» ikke er det første tverrfaglige teamet som arbeider med tannlegeskrekk i landet. Psykologtidsskriftet takker for presiseringen. Vi ser at særlig bildeteksten på side 568 i saken ble upresis. ✕



Faksimile fra septemberutgaven av Psykologtidsskriftet, som var det andre av to temanumre om psykoanalyse.

Psykoanalysen mangler emosjoner

Etter 100 år skulle man tro at teorien om libido enten ville være verifisert eller falsifisert. Problemet er imidlertid at toneangivende psykoanalytikere motsetter seg empirisk testing av sine teorier.



SIGMUND KARTERUD, MD, PhD, professor i psykiatri, Institutt for mentalisering

PSYKOANALYSEN

TIDSSKRIFT FOR NORSK psykologforening skal ha honnør for sine to interessante spesialnumre om psykoanalytisk orientert psykoterapi. Psykoanalysen er, av mange gode grunner, omstridt. Ikke minst på grunn av sitt problematiske forhold til empiri i vanlig akademisk forstand. I nevnte spesialnumre kommer bredden i psykoanalytiske tilnærminger godt frem. Imidlertid savnet jeg flere kritiske røster. Den tydeligste kritiske stemmen kom faktisk fra psykoanalysens grand old lady i Norge, Siri Gullestad, som i en litt refsende stil i artikkelen «Seksualitet i et psykoanalytisk perspektiv» rettet pekefingeren mot den «relasjonelle vending», som, ifølge Gullestad (2018), bærer i seg en «teoretisk svekkelse av driftsperspektivet» og dermed et «tap av kompleksitet på teoretisk så vel som på klinisk nivå».

Det er noe klassisk psykoanalytisk, nærmest arkaisk, ved Gullestads artikkel som jeg vil kommentere ettersom det anskueliggjør sentrale dilemmaer i psykoanalytisk teoridanning. Dermed vil jeg gi Gullestad anerkjennelse for hennes kritiske kommentarer, men samtidig peke på en annen vei enn «retour à Freud».

MANGEL PÅ EMPIRISK TESTING

Hovedproblemet med Gullestads tekst er den innelukkede diskursstilen, som utelukkende refererer til andre psykoanalytiske forfattere, hvorav Freud selvsagt inntar en sentral posisjon. Det hele blir svært eksegetisk; jeg får sterke assosiasjoner til bibelfortolkninger. Spørsmål om sant eller galt underordnes en drøfting av hvordan Freud og hans etterfølgere kan tolkes, og «teoretiske spenninger»

mellom drift og objekt i Freuds forfatterskap opphøyes til et overordnet tema. Dette er kjente problemer hos mange psykoanalytiske teoretikere. Man avviser utfordringen om *empirisk testing* av egne påstander (Green, 2000). I dette tilfellet er de viktigste påstandene at Freuds driftsteori i hovedsak er gyldig, og at klinikere som ikke inkorporerer denne i sin forståelse og kliniske praksis, er overflatiske, underforstått at en driftsbasert psykoanalyse er «dypere». Jeg merker meg også at polemikken mot «de relasjonelle» er referanseløs. Det er ingen spesifiserte forfattere det oppones mot, og det refereres heller ikke til noen empiriske undersøkelser som faktisk kan vise at relasjonelle terapeuter er mer «overflatiske».

La oss ta påstanden om gyldigheten av Freuds driftsteori først. Inkludert noen modifikasjoner er denne teorien nå omtrent 100 år gammel. Teorien er kompleks og inneholder mange elementer. Viktigste premiss er elementet om libido som en grunnleggende søken etter lyst, en driftsbasert psykoseksualitet, som på avgjørende måter vil prege vår personlighetsutvikling. Libido vil med nødvendighet drive barnet inn i en ødipalkonflikt med incestønsker overfor mor og dødsønsker overfor far. En skulle tro at etter 100 år ville denne teorien enten være verifisert eller falsifisert. Problemet er imidlertid at toneangivende psykoanalytikere motsetter seg vanlige regler og prosedyrer for hypotesetesting. For dem er det ikke noe problem at ingen hittil har funnet libido som noen målbar størrelse som er lokalisert til bestemte deler av hjernen, og som har sin egen nevrokjemi. For libido skal være noe annet enn den seksualdriften som vekkes i puberteten, og som er knyttet til testosteron. Sistnevnte utgjør ifølge Gullestad et naivt syn på seksualitet, noe som Freud nettopp utfordret, ja «snudde på hodet». Problemet er imidlertid at dette «naive» synet, som sterkt nedtoner betydningen av barneseksualitet, står langt sterkere vitenskapelig enn libidoteorien. Det er heller ingen empiriske holdepunkter for at incestønsker overfor mor og dødsønsker overfor far er viktige og allmenne problemer for barn (M.N. Eagle, 2018). Det *kan* være vesentlige problemstillinger for *noen* barn, men da skyldes det gjerne foreldrenes adferd. Det som derimot *er* vesentlige problemstillinger hos alle barn, er at foreldrene er trygge som tilknytningspersoner, at de beskytter, tar vare på, respekterer og interesserer seg for og stimulerer barnets opplevelsesverden.

De ovenfor nevnte argumentene er selvsagt ikke nye for Gullestad. Hun har støtt på dem utallige ganger før. De går nettopp på *begrunnelserne* for hvorfor «relasjonelle teoretikere» har forkastet driftsteorien: 1) Teorien om libido som drift har ingen forankring i virkeligheten, 2) de fleste barn strever ikke med incest- og dødsønsker, 3) alle barn strever imidlertid med å forstå andre og seg selv og trives best i trygge tilknytningsforhold, og 4) ovennevnte har stor betydning for psykodynamisk teori og praksis. Problemet er at Gullestad ikke argumenterer empirisk for hvorfor «de relasjonelle» tar feil når de forkaster hennes driftsteori. Selv vil hun ha «både drift og relasjon», men har ingen nye empiriske argumenter for hvorfor drift er viktig, annet enn å appellere til Freud og løse påstander om at driftsløs teori og praksis blir «overflatisk». Selv antyder Gullestad mer sosialpsykologiske grunner til at driftsperspektivet er svekket i moderne psykoanalyse, for eksempel at analytikere nå har økt kunnskap om tidlig samspill, og at de har litt annerledes («sykere») klienter. Men hun unngår sakens kjerne: Hvorvidt seksualteorien bør forkastes fordi den rett og slett ikke er sann.



Barnets lystsøking blir seksualisert i unødvendig grad



DET UBEVISSTE

Som neste punkt vil jeg nettopp kommentere påstandene om det «overflatiske» og det ubevisste. Det er påstander en ofte hører fra psykoanalytisk hold, og som gjerne handler om at psykoanalysen «går dypere» fordi den henvender seg til «det ubevisste», der driftskreftene herjer (Gullestad, s. 816: «... de ubevisste driftsønsker er kjernen i det dynamisk ubevisste»). Men denne oppfatningen av det ubevisste inngår også i kritikken fra relasjonelle teoretikere (M.E. Eagle, 2018). Det er ikke slik at klassisk psykoanalyse har monopol på det ubevisste. En moderne forståelse av det dynamiske ubevisste handler om emosjonelt ladete relasjonskonflikter som individet ikke har oversikt over, og som driver individet og forvirrer det, snarere enn en indre, nærmest psykotisk kerne, der ubevisste og driftsbaserte incest- og dødsønsker herjer. Å gjøre det ubevisste bevisst i moderne relasjonell psykoterapi handler derfor mer om en (felles) utforskning av «how your mind works» enn av bevisstgjøring av driftsderivater. Å hevde at slik utforskning er «overflatisk», får stå for Gullestads egen regning. Jeg er selv lærer og veileder for en «relasjonell» psykoterapiretning, mentaliseringsbasert terapi (MBT). Hvert år ser jeg godt over 100 borderlinepasienter i video-basert veiledning. Det er ikke spesielt overflatisk det vi er vitne til der. Tvert om, det handler ofte om hjerteskjærende psykisk smerte som er på grensen til det som er mulig å holde ut. Og denne smerten skyldes ikke seksualdriften, men tidlige traumer, overgrep, neglisjering, vold og løgn. Det er heller ikke manglende innsikt i driftsproblematikk som er problemet for terapeutene. Som sikkert også Gullestad vil være enig i, handler det mer om terapeutenes vansker med å tenke fordi deres mentaliseringssevne blir satt på strekk (motoverføring) på grunn av det overveldende og ofte kaotiske emosjonelle feltet de blir trukket inn i.

Men jeg skal gi Gullestad medhold i ett anliggende: dette at mennesket «drives» av noe. En gyldig personlighetsteori må ha et begrep om energi (Karterud, 2017). Freud/Gullestad legger dette inn i libidobegrepet. I den grad «relasjonelle» teoretikere har et energibegrep om hva som driver oss, vil mange si at driften nettopp er relasjonell eller «objektsøkende» (Fairbairn, 1952). John Bowlby, som mange i vår tid vil se på som en samlende skikkelse som har lagt grunnlaget for en slags allmenn objektrelasjonsteori,

snakket om tilknytning som et instinktivt «autonomt adferdssystem» (Bowlby, 1969). Vi drives, på en nærmest driftsmessig måte, til å søke tilknytning til andre mennesker. Vi har «primære relasjonsbehov», og Bowlby ga disse en evolusjonær forankring. I og for seg var dette et fremskritt, men jeg er enig med Gullestad i at dersom dette går på bekostning av seksualdriften, har vi et problem. Jeg vil imidlertid legge til at problemet er større enn som så fordi det handler om mer enn seksualdriften, det handler om motivasjonelle drivkrefter i sin alminnelighet, og det handler spesielt om psykoanalysens mangel på en gyldig emosjonsteori.

DRIFT ELLER EMOSJONER?

Det *kan* være et problem for relasjonelle teoretikere om de slår seg til ro med «primære relasjonsbehov» som den ytterste motivasjonskilde. Den relasjonelle retningen jeg kjenner best til, er selvpsykologien (Karterud & Monsen, 1997). Ifølge Kohut (1977) er speiling et klart «primært relasjonsbehov». Hos Kohut ligger det ingenting «bakenfor» dette. Om det likevel *skulle* være noe «bakenfor», er da svaret å gå tilbake til Freud, slik Gullestad gjør? Nei! Et bedre alternativ er å dekonstruere «relasjonsbehov». Hva består de av? Med referanse til moderne personlighetsteori (Karterud, 2017) vil jeg hevde at *menneskets natur* er relasjonell. Emosjonene er relasjonelle i sitt vesen, de er evolvert for å håndtere andre levende organismer; tilknytningen er selvsagt relasjonell, og selvbevisstheten bygger på internalisering av språkliggjorte relasjonelle erfaringer. Men dette betyr ikke nødvendigvis at mennesker i utgangspunktet søker mennesker på driftsmessig vis, at vi av natur er «objektsøkende». En alternativ og bedre forklaring, i pakt med affektiv nevrovitenskap, finner vi i moderne emosjonsteori (Panksepp & Biven, 2012). Ja, mennesker (og spedbarn) søker ut over seg selv fordi de er drevet av utforskingstrang (SØKING, «SEEKING», forventningsglede; her skrevet i VERSALER, som er Panksepps uttrykksmåte). De søker mat, bryst, sex, opplevelser, makt, kontroll, med mer. Når små barn blir FRYKT-aktiverte og utsatt for SEPARASJONSANGST, gir de uttrykk for «distress calls», som påkaller tilknytningspersonens OMSORGS-system, og partene bindes til hverandre alt etter som hvordan de lykkes i sitt samspill. Som oftest blir denne tilknytningen trygg, og på grunnlag av denne «working

model of the mind» (Bowlby, 1973) bygges det ut indre objektrelasjoner som tjener som ledetråder for å håndtere en kompleks sosial verden. Med moderne emosjonsteori vil vi si at «relasjonsbehov» *ikke er årsak til tilknytning, men et resultat av den*. Spedbarn søker ikke noe «objekt», idet de ikke har noen forestilling eller representasjon av noe objekt. Spedbarn drives av sult og tørst og primitive primære emosjoner, og gjennom positive tilknytningserfaringer blir representasjoner av tilknytningspersoner ladet med forbindelser til nevrosystemene for oxytocin, vasopressin og endogene opioider. På sett og vis blir barnet «addicted» til sine tilknytningspersoner (Insel, 2003). Dermed blir det *etablert* «relasjonsbehov». I en videre forstand kan en si at barnet har relasjonsbehov fordi det er avhengig av å bli forstått, bekreftet, stimulert, ikke minst for å utvikle intersubjektiv kompetanse. Men dette er heller ikke basert i noen drift.

I tillegg til ovennevnte primære emosjoner har vi også SINNE, LEK (glede) og seksuell LYST. Ettersom psykoanalysen ikke har akseptert denne differensieringen, får den problemer med seksualitetens vesen. Barnets lystsøking blir seksualisert i unødvendig grad. Det at barn søker lyst, er ingen sensasjon i vår tid. Det gjør vi alle. Vi er alle drevet av SØKING, og vi tilbringer oftest mer tid i selve forventningsgleden enn i selve tilfredsstillelsen. SØKING er faktisk den primære emosjonen som empirisk kommer tettest på Freuds begrep om libido (Panksepp & Biven, 2012). Det er imidlertid god grunn til å benytte begrepet SØKING fremfor libido ettersom en da unngår den uheldige barneseksualiseringen. Det innebærer ikke at seksualiteten er over og ut. På ingen måte. Den kommer for full kraft, som drift, i puberteten, når seksualhormonene våkner. Slik sett har den «naive» seksualteorien rett.

Det finnes altså et mangfold av motivasjonelle krefter som setter preg på våre relasjoner, innenfra. Disse emosjonene inngår i (til dels gamle) relasjonelle scenarier, og delvis har de driftskarakter og dels har de det ikke. De spiller seg ut på måter vi ikke har oversikt over, og på den måten er de ubevisste. Psykoanalysen, den klassiske og den relasjonelle, vil stå seg på å sortere disse kreftene i tråd med moderne vitenskap. Siri Gullestad ønsker seg tilbake til Freud. Dessverre er det et blindspor. «Seksualitet i et psykoanalytisk perspektiv» viser dette ganske tydelig. ✕

REFERANSER

- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Vol. 1, Attachment and Loss*. London: The Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment. Vol. 2, Anxiety and Anger*. London: The Hogarth Press.
- Eagle, M.E. (2018b). *Core concepts in contemporary psychoanalysis*. London: Routledge.
- Eagle, M.N. (2018a). *Core concepts in classical psychoanalysis*. London: Routledge.
- Fairbairn, W.D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Tavistock.
- Green, A. (2000). Science and science fiction in infant research. I J. Sandler, A.M. Sandler, & R. Davies (red.), *Clinical and observational psychoanalytic research* (s. 41–73). London: Karnac Boks.
- Gullestad, S. (2018). Seksualitet i et psykoanalytisk perspektiv. Et forsvar for drift og begjær. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, (55), 9: 806–821.
- Insel, T.R. (2003). Is social attachment an addictive disorder? *Physiology & Behavior* (62), 213–218.
- Karterud, S. (2017). *Personlighet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karterud, S., Monsen, J. (red.) (1997). *Selvpsykologi. Utviklingen etter Kohut*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Panksepp, J., & Biven, L. (2012). *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions*. New York: W.W. Norton & Company.



Siri Gullestad ønsker seg tilbake til Freud. Dessverre er det et blindspor

Vi bør ikke se for mye til fastlegene

Kommunepsykologer bør ha langt større ambisjoner enn fastlegene.



**BRITT RANDI
HJARTNES SCHJØDT**
spesialist i samfunns-
og allmennpsykologi

**KOMMUNE-
PSYKOLOGROLLEN**

ANNE-KRISTIN IMENES HAR i Psykologtidsskriftets oktoberutgave et innlegg som jeg som kollega, kommune- og samfunnspsykolog har behov for å kommentere. Hun uttrykker bekymring for kommunepsykologers kliniske rolleutforming og anbefaler oss å snakke mer med fastlegene og bruke deres erfaring til å organisere oss bedre. Hun sier videre at vi har det samme oppdraget og mål for vår praksis, og at vi har de samme behov for spesialisering.

Jeg er selvsagt helt enig i at samarbeidet mellom fastleger og psykologer og andre kommunalt ansatte må styrkes. Jeg skal forsøke å forklare hvorfor jeg er uenig i de andre konklusjonene hennes.

ULIKT MANDAT

Psykologer i kommunen har et annet mandat enn fastlegene, selv om de deler oppdraget med behandling og oppfølging for dem som trenger det. Det finnes ingen egen forskrift for psykologer, men vi har etter hvert mange erfarne kommunepsykologer og mange gode eksempler på rolleutforminger tilpasset kommunens utfordringsbilde (NAPHA 2016: *Psykolog i kommunen – en medspiller*). Men der fastlegens oppdrag er ferdig når pasienten har gått, journalen er skrevet og refusjonskrav er sendt, skal vi som kommunepsykologer ha mye større ambisjoner. Vi kan ta steget ut i det åpne tverrfaglig landskapet og bidra til bedre oppvekst, trivsel og levekår, arbeidsliv og alderdom for befolkningen.

Psykologens kompetanse kan altså ikke bare brukes til bedre helsehjelp til den enkelte, men også til å utvikle bedre tjenester og kommuner. Sammen med sin kommune må psykologene utvikle en egnet praksis og rolleutforming, enten utfordringene finnes i befolkningen, i tjenestene eller i lokalsamfunnet. Da kan vi ikke la oss inspirere for mye av fastlegenes snevrere praksis- og rolleutforming, som i sitt samarbeid

i hovedsak oftere retter seg mot spesialisthelsetjenesten enn de kommunale tjenestene.

Det er særlig interessant for meg, som gjennom nesten en mannsalder har arbeidet med spesialisering av samfunns- og allmennpsykologer, å se hvordan Helsedirektoratets forventninger til psykologer på tilskudd i helse- og omsorgstjenestene har forandret seg gjennom årene. Der direktoratet i starten hadde fokus på behandlingsarbeid og allmennpsykologisk kompetanse, har føringene stadig tydeligere beskrevet arbeidsoppgaver som krever kompetanse fra en samfunnspsykologisk verktøykasse. Tre av fire delmål i tilskuddsordningen er nå knyttet til samfunnspsykologisk arbeid (<https://helsedirektoratet.no/tilskudd>) og er like aktuelle for psykologer i andre kommunale sektorer.

Psykologer i kommunen er ansatt på fast lønn. Heldigvis. Det gir oss en frihetsgrad som fastlegene ikke har, men som noen av dem kanskje misunner oss? Psykologene deler gjerne sin kompetanse gjennom å veilede andre og å delta i utvikling av helsefremmende og forebyggende tiltak på ulike arenaer i lokalsamfunnet. Tiltak som søvnskole, foreldregrupper og tverrfaglige konsultasjonsteam kan tilbys i tjenestene. Delaktighet i det nye livsmestringsfaget eller i innføringsprogram for flyktninger krever at vi oppsøker mer ukjente sektorer for helsearbeidere. Å bli engasjert i kommunal innsats mot vold i nære relasjoner eller annet kommunalt planarbeid krever at vi deltar på administrativt og ofte politisk nivå. Deltagelse i så ulike aktiviteter muliggjøres nettopp av den fleksible rolleutformingen som en psykolog i kommunene kan ha. Som en fastlege ikke har.

ULIKE KOMPETANSEBEHOV

Psykologer i kommunene gir uttrykk for at de opplever seg faglig rustet til å følge opp allmennpsykologiske behov, med noen unntak (Ad-Hoc-utvalgets rapport, Imenes, 2017). Psy-



Faksimile fra oktoberutgaven av Psykologtidsskriftet.

kologforeningen er i gang med å tilby kompetansetiltak for disse. Kommunene kan ha nytte av mange typer psykologspesialister, men spesifikk kompetanse er samlet i den integrerte *spesialiteten i samfunns- og allmennpsykologi*. Spesialiteten kombinerer de to fagområdene som legeforeningen har hver sin spesialitet for (allmennmedisin og samfunnsmedisin).

Bakgrunnen for at det ble en kombinert spesialitet for psykologer i kommunen, var nettopp at det ble vurdert som nødvendig med en samlet verktøykasse. Da spesialiteten ble opprettet i 1989, var den svært fremtidsrettet og preget av nye nasjonale føringer om forebygging og samarbeid. Det er likevel min oppfatning at spesialiteten aldri har vært mer relevant enn nå. De siste årene har den vært en av de mest populære spesialitetene i Psykologforeningens spesialistprogram. Psykologer med denne spesialiteten bygger kompetanse som gjør dem i stand til å dra erfaringer fra klinisk arbeid over i et system- og utviklingsarbeid – eller å ta føringer fra system- og utviklingsarbeidet over i sitt kliniske arbeid. Spesialiteten kan bygges på med ulike valgfrie og mer behandlingsrettede program for målgrupper som barn, voksne, eldre, helse, familie, habilitering og rehabilitering, rus osv. Det er en fleksibel spesialitet med rom for kompetanseutvikling tilpasset både kommuner og psykologer.

PSYKOLOGENES STORE HANDLINGSROM

Sjefredaktør Bjørnar Olsen trakk i forrige utgave av Psykologtidsskriftet fram samfunnspsykologen Rolf Mikkell Blakars utsagn: «Når individet går inn i psykologens klinikk og laboratorium (og fastlegens, min anmerking), må som oftast samfunnet stå igjen utanfor døra.» Jeg oppfattet Olsens innlegg slik at det hjelper ikke for psykologer å si at vi er opptatt av å redusere sosial ulikhet hvis vi ikke gjør noe for å redusere den. Det hjelper ikke å si at vi skal være med på å helsefremme og forebygge, dersom rolleutforming vi ønsker oss, kun tillater at vi tar imot mennesker for behandling på kontoret. Vi må faktisk også ut av behandlingsrommet og være virksomme der livene leves.

Da må vi også ha kompetanse som gjør oss bedre rustet til å samarbeide og utvikle samfunnet, sammen med innbyggere og samarbeidspartnere. En kompetanse som kan være med og bidra til bedre barnehager

og skoler, bedre barnevern og bedre tilbud til foreldre, lærings- og mestningsstøtte for å holde folk i arbeid, bedre helse- og omsorgstjenester og bedre samordning av tjenester. Vi kan og bør bidra til evaluering av de tjenestene vi er med på å utvikle, sammen med brukere. Ingenting av dette står fastlegen og spesialiteten i allmennmedisin i bresjen for.

Fastlegens nåværende rolleutforming og organisering styrker ikke kommunens evne til å endre samfunnet. Der fastlegene nå forsøker å begrense og beskytte sin praksis, må vi psykologer i kommunen være utforskende, kreative og modige i vår rolleutforming. Vi må gå arm i arm med alle relevante fag i arbeid for å utvikle kommunen og dens tjenester til beste for befolkningen. Der er fastlegene selvsagt svært velkomne til å bidra, om de kan oppsøke de åpne og tverrfaglige arenaene. Det er der de store endringene som vil bidra til bedre trivsel, liv og helse for befolkningen, skal skje.

Til det oppdraget har vi spesialiteter nok og både nåværende og kommende kommune-psykologer som er kompetente og mer enn klare. ✖

REFERANSER

- NAPHA, 2016: *Psykolog i kommunen – en medspiller*. Hefte.
- Norsk Psykologforening, 2017: *Klinisk praksis og kompetansebehov blant psykologer i kommunene*. Rapport fra Psykologforeningens ad hoc utvalg (2016-2017).

Ingen helseutdanning

Masterutdanningen ved ELTE er ikke likestilt med den norske profesjonsutdanningen, og dette gjelder både innholdet i utdanningen, og yrkesmuligheter og rettigheter etter endt utdanning, skriver norske helsemyndigheter i sitt svar til ESA.



BJØRNAR OLSEN,
sjefredaktør,
Tidsskrift for Norsk
psykologforening

I SOMMER INNLEDET EDTA Surveillance Authority (ESA) en formell sak mot Norge grunnet deres manglende autorisering av psykologstudentene fra ELTE, noe ESA mener kan utgjøre et brudd på EØS-avtalen.¹ Ved utgangen av september kom Helse- og omsorgsdepartementets svar til ESA. Her konkluderer norske myndigheter med at de har sitt på det tørre når de avviser å autorisere ELTE-studentene. De ber derfor ESA lukke klagesaken, også fordi norske myndigheter nylig har gitt akkurat disse kandidatene tilbud om ekstraordinære, kompenserende tiltak som kan lede til autorisasjon.² Samtidig melder sentrale aktører i Norge, som et samlet psykologfaglig miljø ved Psykologisk institutt i Oslo, at de ikke stiller seg bak dette opplæringsprogrammet som snart igangsettes.

Departementets svar er omfattende, og det som følger, gjengir noen av hovedlinjene i brevet, men dekker verken alle nyanser eller fortolkninger. Implikasjonene av sakskomplekset for norske helseprofesjoner vil vi kanskje først se følgene av i månedene og årene som kommer.

IKKE SAMME YRKE

Et sentralt punkt i ESAs klage knytter seg til EØS-avtalens krav om fri flyt av varer, tjenes-

ter, mennesker og kapital. Ikke minst handler klagen om at man har rett til å ta med seg sitt yrke – psykologprofesjonen i dette tilfelle – hvis man beveger seg over landegrenser innenfor EØS-området. Et sentralt spørsmål er derfor om ELTE-studentenes masterutdanning leder til det samme yrket som det vi i Norge kaller psykolog.

Det er ikke tilfelle, skriver norske myndigheter: ELTE-studiet er en masterutdanning i psykologi, om enn med klinisk orienterte fag. Etter endt utdanning kan man rett nok benytte den generelle psykologtittelen «okleves pszichológus» i Ungarn, men denne psykologtittelen er ikke en kategori i det ungarske helsepersonellregisteret, og gir dermed heller ikke rett til å virke som helsepersonell. Derimot er tittelen «klinikai szakpszichológus» – klinisk psykolog – en profesjonstittel som trolig kan sammenlignes med den norske psykologtittelen.

Det er dermed kun den ungarske profesjonen klinisk psykolog som vil utløse EØS-direktivets rett til å utøve sitt yrke også i andre land. For å oppnå autorisasjon som klinisk psykolog i Ungarn må man etter masterprogrammet følge et etterutdanningsprogram over tre til fire år. Dette er et fulltidsstudium med teori, klinisk praksis og veiledning rettet inn mot klinisk psykologi. Denne utdanningen tilbys i dag kun på ungarsk, mens ELTE-studentenes masterstudium er stengt for ungarske borgere.

1. For en analyse av ESAs brev, se «Rom for alle?», Psykologtidsskriftets augustutgave, side 688.
2. Tiltakene er omtalt i analysen «Kompletterende kostnader», Psykologtidsskriftets juniutgave, side 538.

Det finnes også et ytterlige to-tre år langt spesialiseringsprogram i psykoterapi eller rusbehandling (addiktologi) man kan gjennomføre etter å ha fått tittelen klinisk psykolog i Ungarn. Det er først etter at dette programmet er fullført, og etter at man har blitt lisensiert og registrert i ungarske helseregistre, at man kan autoriseres og tilby selvstendige kliniske helsetjenester der. Undervisningen i dette spesialiseringsprogrammet foregår også kun på ungarsk.

ESA tar derfor feil når de skriver at også psykologtittelen til ELTE-studentene kan registreres i det ungarske helsepersonellregisteret. Masterstudiet gir ikke i seg selv grunnlag for å virke som klinisk psykolog i Ungarn, og ungarske myndigheter har selv betont at man må skille mellom den generelle psykologutdanningen og den spesialiserte kliniske psykologutdanningen som leder til en helsetjenestetittel. Psykologtittelen ELTE-studentene kan bruke i Ungarn, er derfor ikke dekkende for det yrket som psykologtittelen her til lands omfatter. Dermed gjelder heller ikke EØS-direktivet om rett til å få profesjonsautorisasjon også i andre land.

SELVRÅDERETT

Et pålegg fra ESA om å autorisere ELTE-studentene som psykologer i Norge vil ifølge norske myndigheter underminere det nåværende norske utdanningssystemet, autorisasjonssystemet og psykologprofesjonen slik den nå er regulert. En svekkelse av kravene til autorisering vil også svekke pasientsikkerheten, kvaliteten på tjenestene og tilliten pasienten har til tjenesteutøver.

En godkjennelse av ELTE-studentene vil også ha følger for andre grupper av helsepersonell, kan vi lese i brevet. ESAs fortolkning av EØS-reglene kan dermed lede til en situasjon der norske myndigheter ikke lenger kan være sikre på om en lang rekke helseprofesjoner faktisk besitter de nødvendige kvalifikasjonene de må ha for å behandle pasienter. Det vises til nasjonenes selvråderett når det kommer til utforming av helsetjenestetilbud, en rett som gjør at land følger egne og ikke andre lands standarder når tjenestetilbudet utformes. Det indre markeds grunnleggende idé om fri flyt av varer og tjenester kan altså ikke legges til grunn i denne saken, skriver norske myndigheter, da helsetjenester eksplisitt er unntatt.

ESA har ment at Norge ikke kan påberope seg dette unntaket, da det ikke finnes noen spesifisert liste over aktiviteter reservert for psykologer her til lands. De skriver at psykologer kan jobbe med en rekke ulike oppgaver, alt fra diagnoser og behandling, til forebygging og helsefremmende arbeid. Norske helsemyndigheter svarer at det ikke er noen tvil om at psykologprofesjonen er en regulert helseprofesjon i det norske helsevesenet. Gjennom mange tiår har profesjonen blitt stadig mer uavhengig, med et utvidet, selvstendig ansvar innenfor klinisk psykologisk virksomhet. Spissingen inn mot klinikk og helse- og omsorgstjenester ble ytterligere aksentuert da profesjonsstudiet skilte lag med bachelor- og masterstudiene i psykologi rett etter millenniumskiftet. Norske myndigheter avviser dermed ESAs påstand om at psykologers aktiviteter i Norge ikke er omfattet av begrepet helsetjenester. Og dermed er profesjonsreguleringen unntatt de allmenne føringerne i det indre markedet.

Det understrekes ellers at ELTE-studentene ikke hindres i å bruke sin utdanning i Norge. Men de kan ikke benytte tittelen psykolog i Norge, da dette er en beskyttet yrkestittel knyttet til utøvelse av helsetjenester.

PASIENTSIKKERHET OG SELVSTENDIGHET

ESA mener at pasientsikkerhetshensyn kun er relevant hvis det allerede er meldt om hendelser som indikerer at ELTE-utdannede psykologer har utgjort en fare. Helse- og omsorgsdepartementet avviser denne forståelsen av pasientsikkerhet: Norske myndigheter kan ikke vente på at konkrete hendelser til skade for pasienten har funnet sted og har blitt rapportert, før de handler, da pasientsikkerhet også handler om preventive tiltak og risikoreduksjon. I svarbrevet kan vi lese at også veiledning av ungarske kandidater som utdanner seg til klinisk psykolog, er hjemlet i helselovgivningen, og ikke er en arbeidsrettslig formalitet, slik ESA skriver i sitt brev til norske myndigheter. Begrunnelsen for en slik pålagt, obligatorisk veiledning er tett knyttet til spørsmålet om pasientsikkerhet.

I Norge er tittelen psykolog nettopp ment å gi pasientene forutsigbarhet og trygghet knyttet til at de personene som bruker tittelen, har visse kvalifikasjoner. Hvis ELTE-studentene godkjennes, vil det bety at de har rett til å arbeide som psykolog i deler av psykisk »

helsevern uten tilstrekkelige ferdigheter, kan vi lese. Gitt den norske geografien betyr det også at mange vil jobbe alene, ofte uten tilgang til veiledning. Følgen blir at verken befolkningen eller annet helsepersonell kan føle seg trygge på at en psykolog har de nødvendige kvalifikasjonene som kreves for å utøve oppgavene som klinisk psykolog her til lands. Det betyr også at norske myndigheter ikke lenger kan være sikre på om psykologer faktisk besitter de nødvendige kvalifikasjonene til å behandle pasienter.

INGEN RETT TIL KOMPENSATORISKE TILTAK

I EØS-reglementet heter det at et land må tilby kompensatoriske tiltak for profesjonsutøvere fra andre land, slik at man blir i stand til å utøve sitt yrke. Men det er kun når en profesjon kan sies å være *det samme* yrke i to land, at retten til kompensatoriske tiltak utløses. Denne retten utløses ikke for ELTE-studentene, da det ikke er snakk om samme yrke.

Norske myndigheter finner det også urimelig at Norge skulle måtte opprette et permanent utdanningsprogram som vil kvalifisere alle med psykologi fra Ungarn til å autoriseres som psykolog, mens norske mastere i psykologi ikke har tilgang til dette programmet. Kostnadene til et slikt program vil dessuten frarøve Norge muligheten til selv å styre og planlegge ressursbruken både i helse- og utdanningssektoren. Kostnadene til kvalifiseringsprogrammet for de rundt 200 ELTE-studentene som snart igangsettes, er anslått til 245 millioner kroner over tre år (i parentes bemerket var de friske midlene til kommunepsykologer i årets statsbudsjett 50 millioner kroner).

Et vedtak i tråd med det ESA har skissert, vil for øvrig også kunne gjelde andre utdanningsinstitusjoner, i ulike land og for andre profesjonsgrupper – med de kostnadene et slikt pålegg vil medføre for den norske stat.

GÅR IKKE GOD FOR KVALIFISERINGSPROGRAMMET

Introduksjonskurset for det første kullet av ELTE-studenter igangsettes medio november, skriver Helsedirektoratet på sine hjemmesider. Men ikke alle fagmiljø ønsker å bidra til kvalifiseringsprogrammet slik det nå er utformet. Et samlet psykologfaglig miljø ved Psykologisk institutt i Oslo er blant disse. De ønsket seg opprinnelig et løp som strakk seg over 28 måneder, og vil ikke bidra til det nå 14 måneder lange programmet.

Heller ikke Psykologforeningen vil delta i kvalifiserings-tiltaket. – Så langt registrerer vi at det ikke stilles krav om at veiledningen skal forestås av spesialist. Det gir grunnlag for alvorlig bekymring, sier visepresident Rune Frøyland til psykologforeningen.no den 27. september. Helsetilsynets direktør Jan Fredrik Andresen deler denne bekymringen. På en konferanse for Psykologforeningens foretakstillitsvalgte 18. oktober pekte han på at veiledning fra spesialist er en sentral del av helseprofesjonsutdanningen i Norge, og at det vekker bekymring hvis dette prinsippet fravikes. ✘

Debattert

Helseleveranser

Behov Man skal ikke kjøres gjennom et standardisert pakkeforløp der man får den hjelpen man trenger hvis man er så heldig at man har akkurat de behovene som kan møtes der. Man skal få den hjelpen man trenger ut fra hvilke behov man har, punktum.

Hane Lone Berg og Marthe Johansen fra Rødt i Sarpsborg Arbeiderblad 11. oktober

Tro Pakkeforløp for behandling innen psykisk helse og rus er et prosjekt basert på troen til en statsminister, noen andre sentrale politikere, byråkrater og enkelte fagpersoner. Inspirasjonen til troen er hentet fra et helt annet og usammenlignbart helseområde, kreftbehandling.

Leif G. Strømdal debatterer i Saltenposten 11. oktober

Feil Dagens sykehus styres etter industrielle prinsipper for økonomisk utbytte, optimalisering av konkurransefortrinn og omdømmebygging. (...) Styringsmodellen er så gjennomgående at hvis den hadde vært den rette burde den ha virket svært godt. Når den ikke virker finnes bare en logisk forklaring: Den er feil.

Birgitte Sterud i tidsskriftet Pan, publisert på Harvestmagazine.no, 15. oktober

Somatisk vekst Veksten i somatikken har altså vært fem ganger høyere enn i psykisk helsevern, noe som er stikk i strid med den såkalte gylne regel.

Karin Andersen, Sheida Sangtarash og Janne Grøttumsbråten fra SV i Dagbladet 17. oktober

Trygg kontakt For dem som sliter med psykiske lidelser er det vesentlig å oppleve trygghet og stabilitet. Dette er en av grunnene til at regjeringen nå vil innføre pakkeforløp i psykisk helse. Det betyr at man får en fast kontaktperson som man kan forholde seg til uavhengig av hvilke behandlingstilbud man skal igjennom.

Stig Abrahamsen fra Frp i Askøvværingen 20. oktober



Psykiatriens manglende bærekraft

«Både Trond Arres *En mindre medisinsk psykiatri* og Niels Christian Geelmuydens *Pillebefinnende* er på hvert sitt vis tilstandsrapporter om det miljøbevegelsen ville kalt manglende bærekraft.», skriver lege Charlotte Lunde i et bokessay på side 1051

«Anbefaler jeg boka? Absolutt. Er jeg enig i alt som står der? Langt ifra.»

Line C. Gjerde om Jordan Petersons *12 regler for livet*

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.

AKTUELT Film

Rekonstruksjonen

Den svenske regissøren Carl Javér har laget dokumentarfilm om Utøya. En nødvendighet, sier han selv.

TEKST Kjersti Gulliksen, fagredaktør i Psykologtidsskriftet



MINNEROMMET I et stort, teppekledd rom møtte fire overlevende etter Utøya 12 ungdommer fra amatørteatre. Sammen rekonstruerte de hendelsene den 22. juli. Foto: Polarfox

TRE FILMER OM Utøya har nådd norske kinoer det siste halvåret. Flere anmeldere mener «Rekonstruksjon Utøya» er den eneste vi trenger. Psykologtidsskriftet møtte regissør Carl Javér og psykolog Steffen Andreas Rostock Svendsen til samtale om filmen.

BORTENFOR ORDENE

Sommeren 2011 ser Carl Javér bilder av skrekkslagne norske ungdommer strømme over tv-skjermen. Han vet han må bortenfor ordene. At han må lage film.

– Helt siden 22. juli har jeg strevd med å forstå og å prate om det som skjedde. Det er en så uhyrlig hendelse at det egentlig ikke går å beskrive den med ord. Siden jeg arbeider med film, visste jeg at filmmediet har muligheter i seg til å fortelle om det som ordene ikke når inn til.

En rekke samtaler ble det likevel. Mellom Javér og produsent Fredrik Lange. Mellom regissør, produsent og den nasjonale støttegruppen etter 22. juli.

– Fantest det et behov for å fortelle om hendelsene? Hos de som var rammet? Vi trengte å få svar på det spørsmålet før vi kunne gå videre med vårt ønske om å lage film. Det var et helt klart premiss, sier Javér.

VISKE UT BILDET AV GJERNINGSMANNEN

Han mener mediedekningen, og særlig den svenske, etter hvert har fokusert mest på gjerningsmannen. At det er en slags medielogikk i å rette oppmerksomheten mot den som begår ugjerningen. En hovedmålsetting med filmen, forklarer han, var å rette blikket et annet sted, mot de mange ungdommene som ble rammet.

– Vi opplevde et sterkt ubehag ved at gjerningsmannens ansikt ble det folk først og fremst forbandt med Utøya. Det kjentes nødvendig å flytte folks oppmerksomhet over til menneskene som skal *bære* minnet om Utøya, de som overlevde. At det er de som *var der*, som skal fortelle. Og da ikke bare fortelle med ord, men også på et kunstnerisk nivå kunne nå inn til noe som er bortenfor ordene. Som kan finne feste i oss andre som ikke var der. Mye av filmprosessen handlet om å gi overleverne tilbake kontrollen over hendelsen. En kontroll som ble tatt fra dem der på øya i 2011.

– Noen bilder er jo sånn, ikke sant? Har man sett dem, så glemmer man dem aldri. Og det håper man jo alltid som filmskaper, men kanskje særlig med den her filmen. At det fins et bilde fra filmen som kommer til å bli værende hos mennesker hele deres liv. Som de forbinder med Utøya. Hvordan det var.

For Javér er 22. juli og Utøya også en slags Europas 9/11, med en sterk symbolsk kraft:

– Jeg ville også lage filmen fordi jeg mener det er veldig viktig at vi ikke glemmer at Utøya var en politisk handling, et alvorlig angrep på demokratiet. Det var ikke en naturkatastrofe. Et menneskes handlinger står bak hendelsen.

MINNEROMMET

I filmen møter vi fire overlevende, Rakel, Mohammed, Jenny og Torje. Men også 12 ungdommer, rekruttert fra amatørteatre, som ikke var på Utøya. I et stort, teppekledd rom, kalt minnerommet, skal de fire overle-



UNGDOMMENES FORTELLING Regissøren av dokumentaren «Rekonstruksjon Utøya», Carl Javér, ønsket å formidle fortellingen til ungdommene som ble rammet av terroren, og med det flytte fokus bort fra gjerningsmannen. Foto: Polarfox

Utøya-filmer

- I år ser tre Utøya-filmer dagens lys: Erik Poppes «Utøya 22. juli», Peter Greengrass' «22 July» og «Rekonstruksjon Utøya» av Carl Javér. I tillegg lages det for tiden en TV-serie på NRK, der Sara Johnsen og Pål Sletaune har regi.
- «Rekonstruksjon Utøya» er den eneste av produksjonene som er en dokumentar, der fire av de overlevende deltar. »



PSYKOLOG PÅ SETTET Steffen Andreas Rostock Svendsen var faglig konsulent for filmen. Han forteller at alvoret i arbeidet med rekonstruksjonene traff ham mer enn han hadde forestilt seg. Foto: Alva Pauline Gjerde

Råd til ungdom

- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress har i samarbeid med Den nasjonale støttegruppen etter 22. juli utarbeidet råd til berørte og pårørende om hvordan de kan forholde seg til egne reaksjoner på 22. juli-filmene: <https://www.nkvts.no/rad-i-forbindelse-med-kommende-filmer-om-terroren-pa-utoya/>
- I etterkant av terroren på Utøya utarbeidet Modum bad en manual til unge som har opplevd alvorlige og belastende hendelser: <https://www.modum-bad.no/hjelp-til-traumeut-satt-ungdom/>

vende fortelle sin historie. Oppgaven til de tolv amatørskuespillerne er å spille ut den enkeltes fortelling.

Den overlevende forteller, styrer hendelsesutviklingen, og bestemmer hvem som skal med i rekonstruksjonen. Hvordan deres indre bilder skal dramatiseres. Og de velger hvem av de andre 12 som skal spille dem selv.

– Det aspektet, at man velger noen som skal representere en selv. For meg var det et helt magisk øyeblikk. Når de spør: Vil du være meg? Alle var jo veldig frie til å velge den de ville. Alle valgte for eksempel jenter til å representere seg. Det var litt overraskende, sier Javér.

– At de selv teiper opp omgivelsene, på gulvet i minnerommet, er også et vesentlig element, fortsetter han. Hensikten er at de overlevende får mulighet til å ta kontroll over sine minner. Og i forlengelsen av dette, selve hendelsen. Selv om seks år har gått.

I filmen møter vi ungdommene i forberedelsene, der de tegner og forklarer scener de har valgt ut. Med hvit tape rekonstruerer de selv omgivelsene, og på det sorte gulvet trer bygninger, stier og en strandlinje frem. Den overlevende gir regi. Scener spilles gang på gang, til eieren av opplevelsen bekrefter: «Nå er det slik det var for meg.»

Og vi møter ansiktene – ser hvordan følelsene speiles der. Hvordan de andre ungdommene med sin kropp og sitt følelsesregister går inn i det å være 14 år og oppleve at: Nå dør jeg. Eller se sin storebror bli skutt, ikke én gang, men flere ganger. Den siste gangen i hodet.

IMPULSEN TIL Å HJELPE

Motet til å gå inn i de vanskeligste erfaringene har berørt regissør Carl Javér, men også psykolog Steffen Andreas Rostock Svendsen, psykolog-faglig konsulent for filmen.

– Det var virkelig en kraftanstrengelse for de fire overlevende å gå inn i minnerommet. Og noen vegret seg veldig i forkant. Tør jeg dette, kan jeg det, skal jeg det? Vi måtte vente til akkurat det øyeblikket der de selv kjente at okay, nå gjør vi det! Så gikk de inn i minnerommet. Og så var de i gang, forteller Svendsen.

De 12 amatørskuespillerne strakk seg ifølge regissør Carl Javér svært langt for å gi liv til de overlevendes historier. Flere hadde kjent på hjelpeløshet etter Utøya, noen også dårlig samvittighet, over å ikke kunne bidra med noe. De ønsket å være med og ta ansvar for noe som hadde rammet deres generasjon. «Det er vi som må ta i det», sa mange. Og: «Det her kan ikke de voksne gjøre for oss. Vi må gjøre det selv.»

– Jeg tror den sosiale impulsen til å hjelpe fikk utløp gjennom filmen. Det er noe helt grunnleggende menneskelig i at vi mennesker hjelper hverandre. Jeg tror vi vil det. Dypest sett, sier Javér.

I en scene som ikke er med i filmen forteller Torje hvordan han står i en sirkel sammen med andre ungdommer da han ser de første skudene. Og at han springer.

– Når vi gjorde den scenen så sprang hele sirkelen med ungdommer av gårde. Torje stoppet scenen, stod en stund og tenkte seg om. Og så sa han: Nei, men jeg husker at det var noen som ikke sprang av gårde. Noen ble jo skutt.

– Jeg ba da Torje velge ut noen som skulle representere dem som ikke sprang, fortsetter Javér. Torje stod veldig lenge og tenkte seg om, før han sa: Jeg velger at de alle løper videre.



TAR GREP Når ungdommene selv får teipe opp omgivelsene sine, får de en mulighet til å ta kontroll over minnene sine, mener regissør Carl Javér. Foto: Polarfox

– Scener som denne, og andre, der ungdommene valgte å endre historien var noe av det som berørte meg aller mest, sier Javér.

PSYKOLOGFAGLIG ASSISTANSE

Psykolog Steffen Andreas Rostock Svendsen har vært konsulent, og var tilstede under hele filmproduksjonen. Han hadde samtaler med alle som deltok, både før og etter gjennomføringen av prosjektet. Til tross for lang erfaring med traumearbeid nasjonalt og internasjonalt, er arbeidet med filmen noe av det som har berørt ham aller mest i yrkessammenheng,

– Jeg har vært traumeterapeut i mange år, jeg har jobbet i Palestina og på en sikkerhetspost. Alle disse erfaringene har jeg blitt sterkt berørt av, og de har preget meg som menneske. Men arbeidet med dette filmprosjektet er noe av det som har berørt meg sterkest. Og jeg trengte også tid på å bearbeide det.

Selv om han hadde jobbet med overlevende etter Utøya ble han overrasket over hvor dyptgripende prosesser filmen satte i gang, hvor krevende det var for de overlevende å fortelle, hvor sterke følelser og bevegelser disse fortellingene satte i gang i de medvirkende ungdommene som spilte ut historien. Han svarer avkreftende på om han ble bekymret underveis, for om dette ble for tøft for ungdommene, men dybden og alvoret i arbeidet med rekonstruksjonene traff ham mer enn han hadde forestilt seg.

– Jeg var aldri bekymret, men vurderte hele tiden; hvordan går dette? Er dette bra? Jeg satt jo der med et faglig ansvar, selv om regissøren hadde hovedansvaret. Og jeg tok det helt inn.

Svendsen gikk på forhånd god for gjennomføringen av prosjektet, blant annet fordi grunntanken var at alt foregikk på ungdommenes premisser. »

– Ved bearbeiding av traumer må man bli såpass trygg at man sakte kan nærme seg det vanskelige. Når man vil. Og når man er klar. Med de støtten som man trenger. Da kan det skje en heling, og jeg opplever at denne filmen tilnærmer seg traumet på denne måten. Det er hele tiden ungdommene selv som regulerer hvor mye de vil gå inn i.

Den norske psykologen berømmer regissør Carl Javér og produsent Fredrik Lange for at de har våget å gå inn i dette prosjektet, og forsøkt å fortelle om Utøya fra innsiden.

– Det krever mot å gjøre det de har gjort. For det er virkelig mange sterke krefter der ute fortsatt. Sinne. Fortvilelse. Redsel. Og det er også vår utfordring her, å få delt denne filmen med andre. Man vil egentlig ikke se noen film om Utøya.

– Ja, hvorfor skal folk egentlig det?

– Ja. Hvorfor skal de det? Jeg tror det viktigste er å undersøke om man virkelig vil se en film om Utøya. Men hvis man vil, så tror jeg dette er filmen. Med all respekt for Poppes film, og den andre filmen, så er dette en film som forteller fra innsiden. Og hvor det er så mange fellesmenneskelige prosesser og reaksjoner som tematiseres og som man kan kjenne seg igjen i. Og berøres av. Disse 16 ungdommene åpner seg og gir av seg selv – til hverandre – på en måte som kanskje ikke har vært vist på film før.

Underveis i filmminnspillingen ble gruppeprosessen det aller viktigste for regissør Javér. Regissørperspektivet måtte vike.

– Etterhvert kjente jeg at; hva så om filmen mislykkes? Det får vel gå. Det er sånt som hender. Men gruppeprosessen og hvordan folk hadde det. Det kunne bare ikke mislykkes. Det hadde jeg ikke kunnet leve med.

– Jeg håper filmen kan sette i gang samtaler om ting vi ikke snakker om, i det norske, men også i det svenske samfunnet. Om Utøya selvfølgelig. Men også om andre forferdelige hendelser som folk har med seg i livene sine. ❌

En vegg mellom fortid og nåtid

Måten man skiller mellom før og nå i

«Rekonstruksjon Utøya» minner om hvordan vi jobber med traumer i behandling, mener Helen Johnsen Christie.

TEKST Kjersti Gulliksen

GJENNOM ET HELT psykologliv har Helen Johnsen Christie arbeidet med traumer hos barn, ungdom og voksne. Hun var involvert i planlegging og gjennomføring av hjelpetilbudet til overlevende og pårørende etter 22. juli, og til stede på den første pårørendervisningen av «Rekonstruksjon Utøya». Psykologtidsskriftet stilte henne noen spørsmål om filmen og dens relevans for psykologer.

– Hva slags film om Utøya er dette – hvordan opplevde du denne filmen?

– Både som interessant og bevegende. Til å begynne med var jeg nok litt usikker på det mer stilistiske i formen. Dette sorte rommet, og den hvite tapen. Jeg hadde jo Poppe- filmen friskt i minne, som jeg også synes var en veldig god film, og som foregår i hendelsesens naturlige miljø. Men filmen ble veldig gripende etter hvert, og mer og mer interessant psykologisk. Med tanke på det terapeutiske potensialet i hvordan disse ungdommene arbeider med de traumatiske minnene.

– Ser du paralleller mellom metoden de anvender i rekonstruksjonen, og traumebehandling?

– Når den som «eier» traumet, får mulighet til å ta regi, mens noen andre spiller ut den traumatiske erfaringen, legger dette til rette for en bevegelse bort fra at traumet er noe som skjer med deg, til at du blir en aktør i situasjonen, en som tar tilbake kontrollen over hendelsen. På denne måten illustrerer filmen et viktig poeng i traumebehandling.

– Når man går fra å være en passiv mottaker av traumet til å være en som kan betrakte og bestemme over minnene, er mye gjort. Filmen gir jo også deltagerne muligheten til å betrakte sine erfaringer både innenfra og utenfra. Samtidig. Ved å instruere andre blir de ikke bare klart handlende, de må også reflektere. Og kan komme på ting de ikke husket – som at de faktisk tok valg, og «handlet inne i handlingen» – mens de tidligere kanskje har hatt en opplevelse av at de ikke tok noen valg underveis, at ting bare skjedde.

– En nokså potent metode, altså. Kunne dette båret galt av sted?

– Ja. Det kunne blitt en repetisjon og ikke en reparasjon. Mye dårlig traumebehandling har handlet om å fortelle om det vonde

på en måte som bare er repetisjon, og som heller øker enn reparerer skaden. Når traumenarrativer skal gjennomgås, må ett nytt element tilføres. Noe som markerer veldig klart at nå er nå, og da er da. Et traume kalles jo ofte for en «time-deficit», fordi man ikke klarer å skjønne at nåtid er nå. Hos traumatiserte invaderer fortiden nåtiden. I filmen gjør de noe veldig viktig – de markerer et klart skille – mellom det å gå inn i hendelser fra fortiden og å være til stede i nåtiden. Skillet mellom det sorte minnerommet og resten av tilværelsen er et gjentakende element under innspillingen. De spiller ikke disse erfaringene ut i peisestua, liksom.

– *Rommet blir en slags vegg mellom fortid og nåtid?*

– Ja. Det minner om det som vi i traumebehandling kaller «å styrke den indre veggen», øve på å lage en solid indre vegg mellom da og nå, som hjelper mot overveldelse. Etter hvert som denne metaforiske veggen er etablert, kan man lage en dør i den, som kan åpnes forsiktig når det kjennes trygt nok å nærme seg de traumatiske erfaringene.

– *Hva kan filmen bidra med? Og for hvem?*

– For de som selv var på Utøya, er nok dette en god film. Den forteller deres historie, og de gjenkjenner den. Og for de fire overlevende som deltok i prosjektet, tror jeg det var en ekstremt nyttig erfaring. For de andre ungdommene som spilte roller i filmen, virker det å ha vært en veldig sterk, men også god opplevelse. Som ga dem en følelse av å virkelig kunne bidra med noe inn i de overlevendes liv. Og uten å røpe for mye, så får jo de medvirkende også en slags «moment-of-relief» mot slutten av filmen. Noe som er viktig i ethvert arbeid med traumer. Så er jeg mer usikker på hvordan filmen oppleves for de etterlatte, de som ikke fikk barna sine hjem igjen. Det er jo en helt annen fortelling.

– Mer overordnet er dette en film om håp. Noe av det jeg syns filmen skildrer på en særlig nydelig måte, er vekslingene mellom det som skjer i det svarte minnerommet, og bilder av ungdommene ute i naturen, og i helt vanlige situasjoner. Det blir så tydelig hvordan Utøya-identiteten er én bit av dem, mens de på samme tid også er helt vanlige ungdommer.

– *Skal vi bare omfavne denne filmen, eller har du også noen betenkeligheter?*

– Vi kan helt fint omfavne filmen, uten å nødvendigvis propagandere at alle skal se verken denne eller andre filmer om Utøya. Det er lett å bli moralistisk. Og det syns jeg ikke vi skal være her. Det er så mange vonde fortellinger om Utøya, og vi må ha respekt for hver enkelt av dem. Det er det viktigste vi kan gjøre.

– *En siste kommentar?*

– Vi må passe på å ikke presentere Utøya og 22. juli som noe altfor særegent. Det går mange mennesker rundt i dette landet med voldsomme og lignende traumer. Fra andre situasjoner enn Utøya også. Det er et faktum. Som vi må ta inn over oss hver dag. ✘



TRAUME- PSYKOLOG

Helen Johnsen
Christie har sett
«Rekonstruksjon
Utøya».
Foto: Privat



FOTO: SCIENCE PHOTO LIBRARY / SCANPIX

En medisinsk klimakrise

Vi liker å tenke at den medisinske utviklingen gir oss stadig bedre og mer effektiv behandling. Men fremdeles finnes det ikke piller mot møkkete vann.

Dum Dum Boys' låt «Lunch i det grønne» fra 1988 har vanligvis vært brukt som kampsang av miljøbevegelsen. I 2018 kan den kanskje overføres til å omhandle et skakkjørt økosystem i deler av helsevesenet – et økosystem tidvis preget av overdiagnostisering, feilmedisinering og systemsvikt, skal vi tro det vi leser i to aktuelle bøker.

Både Trond Aarres *En mindre medisinsk psykiatri* og Niels Christian Geelmuydens *Pillebe-finnende* er på hvert sitt vis tilstandsrapporter om det miljøbevegelsen ville kalt manglende bærekraft. Men her handler det om et system vi helst liker å ha tillit til: det medisinske behandlingstilbudet. Begge utgivelsene kan leses som en sterk kritikk av det biomedisinske paradigmet, selv om den ene handler om psykiatri og den andre om farmasi.

Den første boken er en fagkritisk analyse av det psykiatriske tjenestetilbudet i en tid preget av New Public Management-ideologi. Den andre er en forskningsjournalistisk gjennomgang av våre mest brukte legemidler – der profitt litt for ofte ser ut til å trumfe pasientsikkerhet. I Aarres bok er det den biomedisinske tenkningen i systemet som stilles til veggs. I Geelmuydens bok er det den biomedisinske modellens makt og legemiddelindustriens økonomiske interesser som angripes.

DEN HULE LYDEN

Spesielt Aarres bok burde bli pensum for helsepolitikere med visjoner for en bedre psykiatri. «Dette er ei bok om den hule lyden jeg hører når jeg banker på den psykiatriske fagideologiens harde skall», skriver Aarre i sin innledning til *En mindre medisinsk psykiatri* og parafraiserer et sitat av Kjartan Fløgstad fra boken *Trans-Sovjet ekspress*. Han bruker også Fløgstad når han videre slår fast at han som fagarbeider innenfor rus- og psykiatri ikke bare har en «teieplikt», men også en «seieplikt».

Aarre beskriver et system som i økende grad er blitt opptatt av seg selv fremfor menneskene det skal betjene, og han begrunner sine konklusjoner godt. Som erfaren kliniker, avdelingsjef ved Nordfjord psykiatrisenter og fagsjef for psykisk helsevern i Helse Førde bør Aarre vite hva han snakker om. Selv om man skulle være uenig i hans konklusjoner, stiller han noen helt sentrale spørsmål flere ledere innenfor psykiatrien burde være opptatt av i en tid hvor helsebudsjettene stadig øker. «Hvorfor kan vi ikke bare fortsette som før?» spør Aarre. Fagsjefen er opptatt av at vi faktisk ikke trenger mer ressurser, men at vi må tenke helt nytt om hvordan behandlingstilbudet i psykisk helsevern skal organiseres. Valget står, etter Aarres syn, mellom å fastholde den medisinske modellen for psykisk lidelse «eller gå i motsatt retning og »

TEKST

Charlotte Lunde, lege i spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri ved Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus.



TROND AARRE *En mindre medisinsk psykiatri*, 2018, Universitetsforlaget, 200 sider



NIELS CHRISTIAN GEELMUYDEN *Pillebefinnende*, 2017, Cappelen Damm, 384 sider

forfekte et kontekstuellet perspektiv med større interesse for levevilkår og hvilket liv folk har levd».

Systemet må med andre ord i større grad rette seg mot å fremme folks funksjon, fremfor å bruke så mye ressurser på å kartlegge deres dysfunksjon. Dette poenget er, slik denne leseren ser det, helt sentralt. Som kliniker er det for eksempel lett å være enig med Aarre i at diagnostiske utredninger innenfor psykisk helsevern ofte tar langt flere ressurser enn det mange pasienter opplever som nyttig.

UTDATERTE DIAGNOSER

Den britiske psykologen Peter Kindermann, en prisbelønnet forsker og tidligere leder av den britiske psykologforeningen, er en av referansene til Aarre. I sin bok *A Prescription for Psychiatry: Why we need a whole new approach to Mental Health and wellbeing* fra 2014 tar også Kindermann til orde for at helsehjelpen i psykiatrien bør ta utgangspunkt i folks problemer, ikke i hvilken underliggende tilstand vi velger å tolke vanskene deres som. Aarre siterer Kindermann og kolleger (2013) i at man faktisk bør slutte å stille diagnoser, fordi: «Det finnes ingen enkel «cut-off» mellom en «normal» opplevelse og en psykisk lidelse. [...] En beskrivelse av folks faktiske problemer ville gi mer informasjon og ha større kommunikasjonsverdi enn en diagnostisk merkelapp.»

Aarre går grundig til verks når han kritiserer diagnostikken – selve grunnlaget for den medisinske modellen i psykisk helsevern, ifølge forfatteren. Det er gjennom å forstå psykiske lidelser som underliggende patofysiologi at psykiatrien legitimerer sin posisjon som medisinsk disiplin. Problemet er bare at tross milliarder av forskningsdollar er det aldri funnet entydige biologiske årsaker som bekrefter psykiatriske sykdommer slik vi klassifiserer dem i dag. Her får han støtte selv fra den biologiske psykiatriens høyborg, det amerikanske NIMH (National Institute of Health) og det såkalte Research Domain Criteria Initiative (RDoC). Aarre siterer NIMH-forskerne Bruce Cuthbert og Sarah Morris på at selv om DSM- og ICD-systemene, som er laget for forskningsformål og klinisk bruk, har bidratt stort til den psykiatriske diagnostikkens pålitelighet, var «kategoriene og kriteriene formulert før den moderne nevrovitenskapens tid, og gyldigheten av diagnosene er følgelig tvilsom».

EMOSJONELL AVSTAND

Men et svakt vitenskapeoretisk fundament er bare ett problem med dagens diagnosemanualer, slik mange ser det. Aarre trekker også frem hvordan kategorisering (diagnostisering) og standardisering (som f.eks. pakkeforløp) bidrar til fremmedgjøring, objektivisering og emosjonell avstand. Vi som jobber i klinikken, vet at psykiatriske journaler kan være fulle av språklige merkelapper som beskriver dysfunksjon og negative egenskaper kamuflert i et medisinsk språk, og at vi derved kan danne oss forutinntatte bilder av hvem vi skal møte, i forkant av en konsultasjon. Aarre beskriver at diagnosene kan forsterke avstanden og bidra til forenkling: «Kategoriseringen [...] gjør at vi tror vi vet så mye mer om folk enn vi faktisk gjør. Alle skotter er gjerrige. Muslimer er farlige. Og vi vet jo alle hvordan rusmisbrukerne, og ikke minst sunnmøringene, er. Men det er jo nettopp dette vi ikke vet.»

Og når listen for hva som kvalifiserer til en diagnose, stadig senkes, kan det ikke bare underminere folks selvopplevelse og tiltro til egen mestring, men også bidra til å overbelaste helsetjenesten, skriver Aarre. Han viser til en rekke studier som påpeker at forekomsten av alvorlig psykisk

lidelse er rimelig stabil, og at «veksten» i forekomst av psykiske lidelser kan tilskrives oppdaterte definisjoner av hva som regnes som sykdom. Utviklingen kalles «medisinsk inflasjon». Etter min oppfatning er det liten tvil om at vi i økende grad bør diskutere dette fenomenet dersom vi ønsker oss et bærekraftig velferdssamfunn også i fremtiden.

BEHANDLING UTEN DIAGNOSER

Aarre løfter dessuten frem interessante behandlingsstudier som viser at det er mulig å gi effektiv behandling uten å gå veien om en diagnose (Barlow et al., 2017), og at vi i større grad bør forstå plagene som normale reaksjoner på det folk har opplevd, ikke som symptomer på underliggende psykisk forstyrrelse. «Det er ikke snakk om å helbrede et individ for plager som kommer innenfra, men å gjøre det i stand til å leve et godt liv til tross for vanskene det har eller har hatt», skriver han. Han bruker historien om Stangehjelpa som et eksempel på hvordan norske helsemyndigheters tiltro til diagnoser og retningslinjer kan bli et problem for å lage gode og brukervennlige tjenester. Aarre bruker denne historien som et eksempel på det han kaller en «helsepolitisk spagat», der ønsket om mer brukermedvirkning kommer i konflikt med økt standardisering og systemrigiditet.

Selv om Aarre skriver overbevisende om hva som er galt i norsk psykiatri, kan han tidvis falle litt langt ned i skyttergraven. Når han fastslår at de siste tiårene ikke har gitt oss «noen som helst klinisk nytte av den kolossalt omfattende genetiske forskningen, knapt av nevrovitenskapen overhodet», er det nok rom for uenighet. Det er liten tvil om at forskning innenfor disse fagområdene også har hatt en rolle innenfor psykisk helsefeltet, og at ny kunnskap her kan komme psykiatriske pasienter til gode – selv om de store kunnskapsgjennombruddene har latt vente på seg. Farmakogenetikk betyr tross alt noe for hvilken nytte psykiatriske pasienter har av ulike medikamenter, og genetikken har også bidratt til å avdekke sårbarheter for symptomer som kan gi psykisk lidelse. Og selv om Aarre har rett i at forventningene til hva nevrovitenskapen skal løse, har vært langt større enn det den så langt har klart å innfri, bidrar den stadig til at vi i økende grad forstår hjernens «normalfysiologi» på en måte som kan ha betydning for forståelsen av patologiske prosesser også innenfor psykiatrifeltet.

Men selv om Aarre altså tidvis blir i overkant polariserende, oppfordrer han oss – godt begrunnet – til å tenke nytt om arbeidet vårt. «*En mindre medisinsk psykiatri* er derfor et helt sentralt innlegg i en debatt der det trengs flere uredde fagstemmer som Aarres.

DET MAN VET, HAR MAN VONDT AV

«Å skrive en kritisk bok om legemidler er ikke veien til lykke for en kronisk pillebruker», sa forfatter Niels Christian Geelmuyden til A-magasinet (25. august, 2017) da *Pillebefinnende* kom ut. Forfatteren er selv avhengig av en rekke legemidler etter en nyretransplantasjon og synes ikke å leve etter prinsippet om at det du ikke vet, har du ikke vondt av. Tvert i mot har han satt seg fore å få vite mest mulig om våre mest brukte medisiner.

De fleste farmasøytiske selskaper har i dag en egen avdeling for samfunnsansvar, der det sikkert gjøres og sies mye riktig. Og for å være helt klar på dette: Vi trenger en velfungerende legemiddelindustri. Men mer enn noensinne er vi avhengige av kritiske fagfolk og journalister som orker å fordype seg i den informasjonen selskapenes avdeling for samfunnsansvar ikke deler.



Etterhvert som jeg leser *Pillebefinnende* tar jeg meg i å ønske at opplysningene er konspiratoriske vrangforestillinger



ØDELAGT LEGEVITENSKAP

«Legevitenskapen er ødelagt», konstaterer den britiske psykiateren og forskeren Ben Goldacre i åpningen av sin bok *Bitter pille* fra 2012. Nettopp Goldacre har de siste årene hatt en avgjørende rolle når det gjelder å endre det internasjonale regelverket for innsyn i industrifinansierte legemiddelstudier. Før Goldacres initiativ «All Trials» kunne selskapene selektivt informere oss – og legemiddelmyndigheter – om medisiners positive effekter. Studier som viste negative effekter, i verste fall med dødelig utgang for forsøkspersoner, ble aldri publisert. Vioxx-skandalen fra begynnelsen av 2000-tallet er bare én av mange historier i dette bildet: Vioxx ble lansert i 1999 som et smertestillende middel mot leddgikt og et trygt alternativ til såkalte NSAIDS (ikke-steroide smertestillende). Medisinen ble solgt inn som en revolusjon grunnet lav bivirkningsprofil. I 2004 ble den trukket fra markedet da det viste seg at flere dødsfall kunne settes i direkte forbindelse med Vioxx. Det er dokumentert at produsenten Merck hadde underslått studier som viste at Vioxx ga risiko for hjertesykdom, og lot være å informere legemiddelmyndigheter om dette. Det er anslått at rundt 140 000 amerikanere døde som en følge av bruken av Vioxx. I Norge tror man at rundt 400 pasienter kan ha dødd som en direkte følge av bruken av Vioxx.

Pillebefinnende føyer seg med andre ord inn i en rekke bokutgivelser de siste årene som dokumenterer industriens manglende etiske standard – dokumentasjon som dessverre kaster mørke skygger over bransjens egen fortelling om samfunnsansvar. I et tilsvarende svar til Geelmuydens bok uttalte legemiddelforeningens (LMF) sjef Karita Bekkemellem at hun hadde funnet både «feilkonklusjoner og ubalanse» i bokens innhold, og at dersom LMF skulle imøtegått kritikken, «må vi faktisk utgi en bok selv» (Dagbladet 11. januar, 2018).

Det hadde faktisk vært ønskelig om de utga en slik bok, for etter hvert som jeg leser *Pillebefinnende*, tar jeg meg i å ønske at opplysningene er konspiratoriske vrangforestillinger.

Klisyéer om Big Pharmas kyniske holdning til både mennesker og miljø blir dessverre nok en gang bekreftet, og dokumentasjonen virker stort sett solid. En ulempe er at Geelmuyden tidvis bruker en del sekundærkilder, og noen steder er det ikke alltid like enkelt å finne primærkilden for tallene han presenterer. Andre

steder derimot oppgir han både primære og sekundære kilder.

Kapitlet som omhandler industriens økonomiske makt, taler for seg, hvis tallene her stemmer. Ingen industri har høyere fortjeneste enn legemiddelindustrien, og Geelmuyden siterer BBC fra 2014 på at farmasøytisk industri nå er større enn olje og gass. Så hvorfor får vi ikke stadig flere og bedre legemidler? undrer Geelmuyden og gir det fascinerende svaret: Til tross for at pilleforbruket stadig øker i omsetning, har antall nye virkestoffer, det vil si helt nye typer legemidler, stått nærmest stille siden 2007. Det er et slående faktum at selv om industrien stadig øker sin omsetning, utvikles det altså færre nye legemidler. Bransjens eget argument om at den enorme fortjenesten er nødvendig for at nye medisiner skal utvikles, fremstår derfor som mindre troverdig.

Vi får altså stadig flere typer medisiner mot de samme kjente tilstandene. Talende er det kanskje derfor at Vestens mestselgende legemiddel er kolesterolsenkende, såkalte statiner. De er anslagsvis brukt av cirka 100 millioner mennesker årlig. Geelmuydens gjennomgang av diskusjonene rundt dette legemiddelet er interessant. Den viser at solid forskning og fremtredende eksperter bestrider nytten av den omfattende bruken av dette legemiddelet. Når en så stor andel av effektstudiene er finansiert av industrien selv, er det viktig at det finnes uavhengige «frie» eksperter som ser på nytte versus risiko. Mange er nok ikke klar over at det ofte er de samme ekspertene som forsker på oppdrag fra industrien, som sitter i utvalg der retningslinjer for behandling bestemmes. Og det er godt dokumentert at legemiddelforskning finansiert av industrien ofte overvurderer effekten av en behandling, og undervurderer bivirkninger.

Og stemmer anslaget om at 14 millioner mennesker i den tredje verden årlig dør av sykdommer som kan behandles, er det ikke bare rart, men rystende at en industri med en slik inntjening ikke gjør mer. WHO anslår eksempelvis at 200 000 malaria-dødsfall kunne vært forhindrede av bedre medisiner, men at markedet for tropemedisiner ikke gir avkastning nok til at de store selskapene bryr seg. Typisk nok er det derfor ofte offentlige organisasjoner, som blant annet WHO, og frie forskningsinstitusjoner som står bak medisiner med mindre kommersielt potensial.

Med godt kildebelegg viser Geelmuyden til at mindre enn ti prosent av den globale medisinske forskningen gjelder sykdommer og helseplager i fattige land. Det meste av verdens forskningsmidler retter seg mot livsstilssykdommer i den rike del av verden, mot markeder som betaler. Livsstilssykdommer er naturlig nok bedre business, all den stund vi da kan defineres med et kronisk behov for forebyggende behandling, og medisiner kan rette seg mot pre-tilstander, det vil si sykdommer man kan ha større eller mindre risiko for å utvikle.

Det er mye dokumentasjon og et komplisert fagstoff å få grep om når man velger å fordype seg i studier på 11 av våre mest brukte medikamenter. Geelmuydens prosjekt er viktig og imponerende, men så stort at han med fordel kunne redusert listen av legemidler og kanskje gått lenger inn i diskusjonene om behandlingsnytte. Ikke alle studier det refereres til i argumentasjonen, fremstår med like stor tyngde (jf. studier med lite utvalg), men uten at det forstyrrer troverdigheten til hovedbudskapet. Geelmuyden siterer ofte kilder som står mot hverandre, og gjengir fagdiskusjonen åpent uten nødvendigvis å konkludere med hvem som har rett. Det styrker hans troverdighet.

MOTKREFTER

Både *Pillebefinnende* og *En mindre medisinsk psykiatri* fremhever en tro på at de uavhengige og samfunnsmedisinske bevegelsene som Choosing Wisely (www.choosingwisely.com) og Preventing Overdiagnosis (www.preventingoverdiagnosis.com) kan fungere som motkrefter i kampen mot overbehandling. Geelmuyden skriver at han håper boken kan bidra til at «gode krefter vil medvirke til å gjøre fremtidens medisiner bedre og tryggere». Det finnes gode krefter både innenfor farmasøytisk industri og i psykisk helsevern, men det er i økende grad viktig at fortellingen om hva som ikke fungerer, løftes frem og gjøres kjent – og at dette gjøres av uavhengige stemmer. Det medisinske økosystemet er uhyre komplisert og satt sammen av ulike interesser og drivere – som kan mistenkes for å ikke alltid ha pasientens velferd i sentrum. Velbegrunnet systemkritikk er derfor en nødvendighet for å bringe medisinske behandlingstjenester fremover, men også for å se nærmere på om god medisin kanskje rett og slett betyr mindre medisin. ✘

REFERANSER

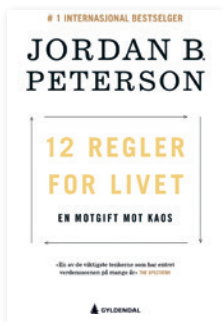
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., ... & Cassiello-Robbins, C. (2017). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Bekkemellem, K. (2018, 11. januar). Jeg er stolt av å jobbe i verdens viktigste industri. *Dagbladet*. Hentet fra: <https://www.dagbladet.no/kultur/jeg-er-stolt-av-a-jobbe-i-verdens-viktigste-industri/69328329>
- Golacre, G. (2012) *Bitter pille*. Oslo: Gyldendal.
- Ioannidis, J.P. (2009). Adverse events in randomized trials: neglected, restricted, distorted, and silenced. *Archives of internal medicine*, 169(19), 1737–1739.
- Lundh, A., Lexchin, J., Mintzes, B., Schroll, J.B., & Bero, L. (2017). Industry sponsorship and research outcome. *The Cochrane Library*.
- Pileberg, S. (2017, 24. august). Syv av ti nordmenn fikk reseptbelagte legemidler i fjor. Vet vi nok om pillene vi putter i oss? *Aftenposten, A-magasinet*. Hentet fra https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/42dztg/Syv-av-ti-nordmenn-fikk-reseptbelagte-legemidler-i-fjor-Vet-vi-nok-om-pillene-vi-putter-i-oss?spid_rel=2



Selv om Aarre skriver overbevisende om hva som er galt i norsk psykiatri, kan han tidvis falle litt langt ned i skyttergraven

Politisk ukorrekt selvhjelp

Jordan Peterson messer myndig sine råd, som om han var Gud sjøl, men i dét ligger også en god dose omsorg og varme.



JORDAN PETERSON
12 regler for livet.
En motgift mot kaos
 Gyldendal, 2018,
 448 sider

ANMELDT AV

Line C. Gjerde,
 forsker ved
 Folkehelseinstituttet
 og førsteamanuensis
 II ved Psykologisk
 institutt, UiO

I VÅR NÅDDE debatten om den kanadiske psykologiprofessoren Jordan Peterson norske aviser. Oppegående mennesker ble bedt om å rydde rommet sitt, og ordskiftet var krast. Selv visste jeg fint lite om fyren, men jeg hadde fått med meg at han tilsynelatende soknet til høyresiden, og at han ikke ville kalle transpersoner for deres foretrukne pronomen. For å være helt ærlig syns jeg han virket som en oppblåst og uinteressant type. Men så la jeg merke til at forbausende mange i den akademiske bekjentskapskretsen min snakket varmt om *12 regler for livet*. En motgift mot kaos, og en nysgjerrighet ble vekket i meg. Hva var det med denne mannen og boka hans som fenet sånn? Etter å ha sett et YouTube-intervju der en Channel 4-reporter vrir og vender ad absurdum på det Petersen sier, fikk jeg litt mer sansen for ham, og anskaffet boken i lydbokformat.

Boken *12 regler for livet* kan vanskelig kalles noe annet enn en selvhjelpsbok. Men i motsetning til andre selvhjelpsbøker mener jeg at denne retter seg mot et mer akademisk publikum. Den er delt inn i 12 kapitler, hvert med en tittel som skal vise til en regel, fra den åpenbare «Rett deg opp og trekk skuldrene tilbake» til de mer kryptiske som «La barna være i fred når de skater». Før forfatteren gyver løs på reglene, har han et forord (eller en ouverture, må vite). Her kommer det fram at reglene ble til som svar på spørsmålet «Hva er de mest verdifulle tingene alle burde vite?» på Quora. Svaret hans ble likt rekordmange ganger, og Peterson skjønnte at han hadde noe viktig å si.

GUD SJØL

Reglene Peterson tegner opp, er langt fra nye. Hvem har vel ikke hørt at det er lurt å rette seg opp i ryggen eller å verdsette de små gledene i livet? Men å bare si det åpenbare er sjelden virksomt. Et aspekt jeg tror er med på å gjøre boka så populær, er det utypiske formatet for en selvhjelpsbok. Han krydrer med lange digresjoner inn i fagfelt som historie, religionsvitenskap, biologi og statsvitenskap. Og lik en småbarnsfar som later som om skjeen med grøt er et fargerikt romskip med destinasjon munnen, har Peterson en imponerende evne til å selge inn rådene sine. Han spiller også på overraskelsesmomentet. Hvem kunne gjetten at en omfattende redegjørelse for sjødyrs atferd skal lede fram til konklusjonen om at det er lurt å holde ryggen rak og «fake it till you make it»? Har du hørt om veike hummere? Vet du hva som kan skje med dem? Har du lyst til å være en veik hummer? Ikke? Så rett deg opp i ryggen. I lydboken er den tynne, raspende stemmen overraskende myndig og til tider meskende, som om Peterson var Gud sjøl. Men Petersons stemme og budskap formidler også varme og omsorg til oss lesere. Og langt viktigere saker enn at man skal rette seg opp i ryggen. Det jeg liker best med boka, er nemlig at Peterson maner til dugnad for å gjøre verden til et bedre sted. Han har ikke noen tro på at vi mennesker kan bestemme oss for å løfte i flokk, men om alle hver for seg tar seg kraftig sammen, vil en hyggelig bivirkning være at orden erstatter kaos. Det er ikke lett å leve som



UT AV KAOS Jordan Peterson har ikke noen tro på at vi mennesker kan bestemme oss for å løfte i flokk, men om alle hver for seg tar seg kraftig sammen, vil en hyggelig bivirkning være at orden erstatter kaos, skriver Line C. Gjerde. Foto: Jason Franson/Pa Photos/Scanpix

et ansvarlig menneske, men nettopp i denne utfordringen ligger nøkkelen til et lykkelig og meningsfullt liv.

SELVHJELP FOR SNOBBEN?

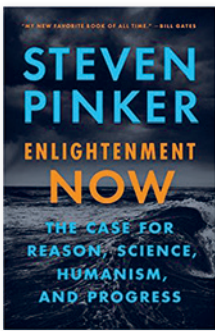
Jeg tror dette er argumenter som fungerer godt på de som allerede er vant til å jobbe hardt, og som gjerne tar to marshmallows i morgen heller enn én i dag. Men hvordan er det for dem som virkelig strever? Vil de ha et positivt utbytte av denne boken? Dessverre er jeg ikke så sikker på det, all den tid boka tross alt er noe snobbete utformet. Det er ikke alle som har glede av å pløye seg gjennom x antall sider med analyse av bibelhistorier for å få vite at de må sammenligne seg med den de selv var i går, i stedet for med naboen. Enkelte vil hevde at Petersons meninger er skadelige. Det er et faktum at incel-bevegelsen finner inspirasjon og skyts hos Peterson (men antakeligvis har de brukt metodikk å la de fra narkomane Jarle fra Åpen post, for å finne denne støtten: «Hvis man bretter denne Rema-poseden sånn, og leg-

ger den ved siden av denne Ica-poseden sånn, så står det faktisk America der»). Det er også stoff i boka som mange vil reagere negativt på. Et eksempel er at han i kapittelet «Ikke la barna dine gjøre noe som får deg til å mislike dem» argumenterer for at det er greit at foreldre bruker fysisk makt dersom ingenting annet nytter. Vil ettåringen absolutt ikke legge seg, og du har prøvd alle lokkemetoder? Da kan man, ifølge Peterson, legge en varsom, men bestemt hånd på ryggen til barnet inntil det gir opp og legger seg til å sove. Hovedbudskapet i kapittelet er likevel langt mindre kontroversielt: Gode foreldre tåler å sette grenser, også når det innebærer at de for en stakket stund faller ut av barnets liste over favorittpersoner.

Anbefaler jeg boka? Absolutt. Er jeg enig i alt som står der? Langt ifra. Men selv om man kan si mye om Petersons meninger og opptredener, klarer han i denne boka på en imponerende måte å kombinere politisk ukorrekthet og «ta deg sammen»-mentalitet med store doser varme og empati. Det er en kraftfull blanding. ❌

(Nesten) alt går meget bedre ... faktisk

Les denne boken. For humøret, for troen på fremtiden, for å dempe ideen om at ingenting nytter.



STEVEN PINKER
Enlightenment now. The Case for Reason, Science, Humanism, and Progress. Viking, 2018. 576 sider

FOLK SOM ER opptatt av triste, dype, tungsin-dige ting, oppleves nok som langt mer intelli-gente og innsiktsfulle enn de som studerer det som man i mangel av et annet ord må kunne kalle lettsindige fenomener. Det er slik for meg i hvert fall: Jeg er mer seriøs som forsker når jeg forsker på seksuell trakassering og depre-sjon fremfor orgasmer og flørtning.

Vi har langt flere ord for negative følelser enn for positive emosjonelle tilstander. Og av en eller annen merkelig grunn (ikke tving meg til å si ordet evolusjon, det er ille nok at jeg nesten sa ordet sex over) så er det slik at denne opp-tattheten av at alt er ille, er noe som svært lett blir provosert frem av tanken på at det faktisk går bra. Men faktisk går det bedre. Ja, tallene viser det: Vi opplever faktisk fremskritt.

SPEKTAKULÆRT

Det spektakulære ved dette, ut over hvor mange menneskeliv som reddes og bedres, så mye lidelse som er unngått, utryddelsen av død og fordervelse som foregår hver dag ... ok, la meg ikke være så ironisk, det er faktisk dette som er det virkelig spektakulære. Men poenget er altså at det er vanvittig – og det mener jeg i beste kliniske forstand – at vi ikke bare ikke vet det, men dette: Dersom en psykolog fra Harvard sier det høyt, så vil vi ikke tro det. Vi vil ikke høre det. Det kan ikke være sant. Som alltid, når man møter vitenskap som man støtes av: Om det skulle være sant, må ikke folk flest få vite det.

Nå går jo ikke alt bedre hele tiden. Det ville ikke være fremskritt, det ville være magi, påpe-ker Pinker. Det finnes en global bedring, men det finnes lokal stagnasjon og tilbakeslag. Og det er ikke slik at Pinker argumenterer for at det *må* være slik at det systematisk over tid vil gå bedre. Han mener bare at det har gjort det, og om det skyldes bestemte forhold ved

vår psykologi, så bør vi passe på å verne om de prosessene som har gjort at alt (nesten) går så meget bedre nu.

KRIG OG FRED OG SÅNN

Vi ønsker oss stadig flere psykologer inn i sam-funnsdebatten, selv om vi som profesjon trives best i skyggene. Med våre individuelle pasienter. Helst i privat praksis. Samtidig er det slik at vi som psykologer vet mye som er relevant for for-ståelsen av folks atferd, og dermed for samfun-net generelt. Det er derfor noe merkelig å se en kognitiv forsker, en lingvist, en evolusjonspsy-kolog tre ut av fagets strenge rammer og snakke om verden. At han skriver godt, er for lengst slått fast. At han er en av fagets store formidlere, finnes det liten tvil om. At han skulle skrive en hel bok om krig og fred og sånn, som i sin for-rige bok *The Better Angels of Our Nature: Why Violence Has Declined*, 2011, overrasket meg mer den gang. Men denne oppfølgeren overrasker ikke noe særlig. Den er i stor grad en reaksjon på kritikken han møtte etter å ha slått fast at verden holder på å bli fredeligere, spesielt om man vurderer en enkelt persons sannsynlighet for å bli drept eller utsatt for vold. Som tross alt, på tross av all trass, er det mest relevante målet. Likevel var mange akademikere opptatt av å for-svare sitt syn om at det er farligere og fælere nå enn før, basert på vanlige, menneskelige tanke-feil – og kanskje behovet for å fremstå som dype.

Hva var reaksjonen på det glade budskapet om fred? Ikke fordragelighet. Faktisk ble det stort sett avfeid og mistenkeliggjort. Dermed er det ikke så dumt at det er nettopp en professor i kognitiv psykologi som skriver om temaet. Han vet nemlig en del om hvordan vi kommer i skade for å tenke feil om ting. Hvordan vi fokuserer på farer og potensiell elendighet med større grad av oppmerksomhet enn på lange perioder med fred.

ANMELDT AV

Leif Edward Ottesen
Kennair, professor i
psykologi, NTNU

KATASTROFER SELGER

Hans Rosling, den nylig avdøde svenske legen, professoren, statistikeren og formidler par excellence, er en av de store heltene i boken, akkurat som PRIO var den store helten i forrige bok om fred. Formidling er likevel ikke lett, selv for fremragende formidlere. Verken Rosling eller Pinker når frem med budskapet om at det går bedre. Min gamle tante, for eksempel, mener at ting var bedre før, selv om hun uten vansker kan fortelle hvor ille det var den gang da – uten sammenligning verre enn det er nå på svært mange områder. Aviser skriver om det som selger. I stor grad er det slik at det som skremmer, selger. Kriser, katastrofer, konflikter, død. Men stadig flere lever lenger, de lever sunnere, uten at det vil nødvendigvis ende i en befolkningskrise.

Stadig flere har det bedre. Stadig flere opplever stadig tryggere livssituasjoner med bedre livskvalitet. Stadig færre er fattige, syke eller utsatt for vold. Stadig flere får stadig bedre rettigheter. Og likevel er dette både vanskelig å formidle og nesten enda vanskeligere å få med seg. Mediene selger uro og frykt, akkurat som den kulørte pressen selger rykter, sex og lavt selvbilde. Det er vanskelig for en opposisjon å feire fremskritt, og fremskritt skjer på et kontinuerlig, men stillferdig vis. De utallige menneskene som ikke har dødd, når aldri forsidene.

Alt er imidlertid ikke rosenrødt. Pinker er genuint bekymret for enkelte sider ved miljøutviklingen, og spesielt utslipp av klimagasser. Han er samtidig talsperson for det som kalles miljørasjonalitet: Skal man løse problemene, er ikke det å tvinge folk tilbake til «gode gamle dager»-løsningen. Romantisering av fortid og konservering med romantiske motiver er neppe like effektive løsninger som utvikling og videre fremskritt: Hvor er man mest energiøkonomiske, hvor kan man ta seg råd til å verne natur?

Her er det samtidig en del politiske ømme tær som blir tråkket på – til høyre og til venstre. Blant romantikere og konservative og blant de naive symbol- og dydsposerende. Det er virkelig ikke politisk balansert, fra et norsk perspektiv: Pinker, som for eksempel Obama (jeg nekter å nevne andre presidenter i denne teksten), er nordamerikansk og liberal. Og, som Ole Jacob Madsen nok ville påpekt, individperspektivet oser. Det er samtidig neppe primært et politisk perspektiv han ønsker å fremme, men et fokus på opplysning, rasjonalitet, vitenskap og tall.

Dette er også provoserende. Pinker er vitenskapspolitisk natur-/normalvitenskapelig orientert, selvsagt. Og det er for mange suspekt i seg selv. Og ikke minst: Han later som om han kan noe om filosofi og sånt. Jeg tror at de som vil provoseres av boken, ville ha godt av å sjekke biasene sine, men det er jo ikke menneskelig å gjøre slikt. Og i disse Twitter-tider er det en dyd å være provosert og sint fremfor rasjonell.

FARLIG RESIGNASJON

Boken har to viktige budskap. Det første er at vi har en merkelig psykologisk tendens til å være villige til å ofre svært mange enkeltskjebner til sult, fortvilelse og armod, basert på våre gode intensjoner og idealer. Det andre er at det alvorlige, negative, engstelige og frustrerte perspektivet på verden og utviklingen – dette kontinuerlige fokuset på at alt er galt, blir verre og stort sett er uopprettelig – former den politiske diskursen. Og derigjennom folks opplevelse av hvorvidt det nytter å bry seg, eller hvorvidt det er behov for enorme omveltninger. I stor grad bidrar svartmaling og krisemaksimering og fravær av formidling av hva som går bra, til å forme bevisstheten til velgermassen. Om det er verre og ikke kan bli mye bedre, så må noe radikalt gjøres, eller så kan man bare resignere. Det er farlige tendenser i et mediebilde som faktisk (det presenteres tall på det også) blir mer fokusert på elendighet, i en periode av verdenshistorien der alt faktisk preges av fremskritt.

Journalister skylder stort sett på desken når jeg tar opp dette med dem. Desken skal selge aviser og klikk. Men gjennom å gjøre leserne mer inn- og utgruppe-orientert, mer emosjonelle enn rasjonelle og mer dystopiske for å selge aviser, er den fjerde statsmakt i ferd med å bli demokratiets største utfordring. Fremfor å bli opplyste, blir vi solgt det vi vil ha. Men det er ikke nødvendigvis verken sant eller sunt. Og i tillegg til sport og kjendishysteri får vi manglende tro på samfunnene våre, mens vi lever i den beste perioden i verdenshistorien.

Noen ganger må man selvsagt kunne mene at det er viktig å drenere sumpen, noen ganger er kanskje revolusjon viktig. Det finnes absolutt ting som går dårlig. Det er ikke fremgang overalt hele tiden, det ville vært magisk, påpeker Pinker. Men det er kanskje lurt å lese denne boken ... for humøret, for troen på fremtiden, for å dempe ideen om at ingenting nytter, eller at man drenerer fantasi-sumper. ❌

”

Jeg tror at de som vil provoseres av boken, ville ha godt av å sjekke biasene sine, men det er jo ikke menneskelig å gjøre slikt

Ikke vanlig gruppeterapi

Sesong 2 av «Jeg mot meg» kan gi inntrykk av at ungdommens problemer løses gjennom støtte fra gruppa, noe som blir i overkant enkelt. Men så er jo heller ikke dette en vanlig terapigruppe.

TITTEL

«Jeg mot meg»,
sesong 2

SJANGER

Norsk dokumentar-
serie, 8 episoder

PRODUKSJONS- SELSKAP

ANTI TV, 2018

PRODUSENT

Birgitte Bruusgaard

REGISSØR

Stefan Faldbakken

PROSJEKT- REDAKTØR I NRK

Gittle Calmeyer

HELT SIDEN forhåndsannonseringen har jeg fulgt «Jeg mot meg»-serien på NRK med stor interesse. Etter sesong 1 var jeg mest begeistret; gruppeformatet ble synliggjort, ungdommenes mot og styrke i å vise fram sine problemer imponerte, og Peder Kjøs' åpenbare ordentlighet og alvor i prosjektet var betryggende. Skepsisen fra min side handlet om etiske dilemmaer knyttet til eksponering av deltakerne, og gruppeterapifaglig om hva som faktisk ble vist; var dette gruppeterapi? Flere av oss gruppeterapeuter stusset også over at NRK valgte en psykolog uten gruppepsykoterapiutdanning som seriens terapeut. Med sesong 2 fortsatte interessen, men jeg har savnet å få følge gruppeprosessen i tilleggsmaterialet NRK la ut i sesong 1. At jeg nå kjenner meg enda mer som en kikker, kan handle om at jeg som godt voksen psykiater ikke tilhører programmets målgruppe, og er enda mindre fortrolig med formen når jeg kun får se de ferdig redigerte, oppstykke TV-episodene.

TV-PRODUKSJONEN

Jeg tror fortsatt dette er «god TV», som treffer sin unge målgruppe. Formålet med programmet – å synliggjøre og normalisere unge menneskers psykiske strev og vise at det hjelper å være åpen om sårbare tema – virker å bli nådd. Gir serien et realistisk og riktig bilde til andre ungdommer som sliter, av hva psykisk lidelse og terapi er, og hvordan gruppeterapi foregår? Jeg er sterkt i tvil. Jeg tror det bildet som tegnes, lander for langt unna det alminnelige, og løsningsene kan oppfattes som enklere enn de faktisk

er. Enkelte har kritisert serien for å ikke ta hensyn til hvilke konsekvenser selveksponeringen kan få for disse unge menneskene. Jeg er usikker på hvor godt denne kritikken treffer. Kanskje har de mer yringsvett enn oss godt voksne. Før serien slutter, framstår også alle som vinnere innenfor sine definerte problemområder. Men at serien er etisk uproblematisk, tenker jeg debatten i kjølvannet har vist at den ikke er.

ER DETTE TERAPI?

Mitt svar er nei. Disse ungdommene er ikke pasienter, og de har heller ingen formelle pasientrettigheter. De er nødvendigvis utvalgt etter andre kriterier enn om det hadde handlet «bare» om behandling. Det vi ser, ligner mye på terapi, og det fungerer på mange måter terapeutisk for de som deltar. Men det kan gode opplevelser i nære relasjoner, i parfold og blant gode venner også gjøre. Det som gjør dette til noe annet enn behandling, er alt det som er annerledes. Terapirom er vanligvis ikke åpne. Lyskastere og TV-kamera er ikke med, og videoopptak brukes kun til veiledning. Taushetsplikt er nødvendig for trygghet, både i individuell terapi og i gruppeterapi. Terapirommet endres i det øyeblikket det åpnes, uansett hvor god hensikten er. I gruppeterapi er det heller ikke vanlig å la deltakerne kontakte hverandre døgnet rundt på sosiale medier. Deltakernes motiver for å delta i en TV-gruppe vil nødvendigvis også være flere enn å gå i terapi. De uttrykker et ønske om å hjelpe andre gjennom sin åpenhet. Kanskje tanken på det å forplikte seg, med hele Norge som publikum, økte presset de la på

ANMELDT AV

Synnøve Ness
Bjerke, psykiater,
gruppeanalytiker og
undervisningsleder
ved Institutt for
gruppeanalyse og
gruppepsykoterapi,
IGA



TVILER PÅ REALISMEN Anmelder og gruppeanalytiker Sunnøve Ness Bjerke er i tvil om «Jeg mot meg» gir et realistisk bilde av hva psykisk lidelse og gruppeterapi er for noe. Foto: Andris Visdal/Anti

seg selv, og dermed troen på at de kunne klare det som kreves for endring? Gruppeterapi er et potent format. TV-formatet er utvilsomt enda mer potent, på godt og vondt. Mot slutten snakker de om sin «oppmerksomhetssyke» og betydningen av å vite at de skulle på TV. Tønen er humoristisk, men TV-kjendis-effekten ligger jo der som en helt reell mulighet.

Som terapeuter vet vi at det er mulig å ha mange forskjellige følelser samtidig, at motivasjon og drivkrefter kan være både bevisste og ubevisste, og de kan ha forskjellige og til dels motstridende kilder. Peder Kjøs er nok heller ikke utvalgt kun etter terapeutkriterier. NRK ville vel ha en TV-personlighet, ikke «bare» en terapeut eller en gruppeterapeut. Han gjør seg også godt på TV og framstår som et godt valg for produksjonen.

Hovedpoenget mitt er at det er så mye som er annerledes i formen, formidlingen og konseptet på TV enn i et terapirom, at det er mye vi ikke kan vite sikkert. Det er derfor viktig og riktig å stille spørsmålene og å holde den etiske refleksjonen oppe. Debatten i kjølvannet av serien er etter min mening både nødvendig og verdifull.

HVA SKJER I GRUPPEN?

Forskning har så langt vist at de faktorene som har størst betydning for effekten av gruppepsykoterapi, er *gruppesamhold*, *interpersonlig læring*, *utvikling av sosialiseringsevne*, *universalitet* og *altruisme*. Ifølge Irving Yalom's undersøkelser blant gruppedeltakere tilkommer *vekkelse av håp*, *formidling av informasjon*, *imiterende atferd*, *katarsis*, *eksistensielle faktorer* og *korrigerende gjenopplevelser av erfaringer fra oppvekstfamilien*. »

”

Terapirommet endres i det øyeblikket det åpnes, uansett hvor god hensikten er

I «Jeg mot meg» ser vi at deltakerne etter hvert opplever et sterkt gruppesamhold og blir viktige for hverandre. De kjenner seg igjen i hverandre og er til hjelp for hverandre. Vi ser eksempler på at håp vekkes og på katarsis; at sterke følelser, kanskje for første gang, slippes igjennom. Noe formidling av informasjon mellom deltakerne og *noe* interpersonlig læring i form av ærlige tilbakemeldinger ser vi også. Det meste av dette virker å skje «av seg selv», uten spesielle intervensjoner fra Peder Kjøs' side. Hans viktigste bidrag hører hjemme blant fellesfaktorene; hans evne til empati og å skape allianse, hans genuine interesse og tillit til hver enkelt av deltakerne og hans trygghet i situasjonen. Dette er viktige forutsetninger for at det skapes en god og støttende kultur i gruppen. Videre inspirerer han hver enkelt til å ta ansvar for egen endring. Fokus er imidlertid – som i sesong 1 – enkeltmenneskene. Han intervensjoner fortsatt så godt som kun på individnivå. Han er aktiv, stiller de fleste spørsmålene og gir selv de fleste tilbakemeldingene, i det vi får se, iallfall.

Terapigrupper gjennomgår faser der forskjellige typer tema aktualiseres og kan jobbes med. Roy MacKenzie, en annen kjent kliniker og forsker på gruppepsykoterapifeltet, beskriver fire utviklingsfaser: I *engasjementsfasen* handler det om å skape trygghet og «vifølelse», med fokus på gjenkjennelse, støtte, å finne likheter og engasjement for gruppeprosessen. I *differensieringsfasen* utforskes forskjeller og ulikheter. Nå er fokus å erkjenne forskjeller, tåle og eventuelt løse konflikter. I *arbeidsfasen* er målet å forstå hvert individs tanke- og handlingsmønstre i relasjoner, hvilke roller de gjerne tar, og gruppen karakteriseres av stadig økende åpenhet. U hensiktsmessige mønstre hos en selv og andre får oppmerksomhet, med økt toleranse og samtidig økt opplevelse av likeverd som resultat. I *avslutningsfasen* er målet at deltakerne aksepterer ansvar for seg selv, tåler tap og atskillelse og kan erkjenne sorg og frihet til å gå videre.

I «Jeg mot meg» ser vi en gruppe som forblir i engasjementsfasen helt til de sier farvel – og de avslutter egentlig ikke. De har kontakt mellom gruppesamtalene og framstår på slutten som en vennegjeng som vil fortsette som det. Ingen form for vanskelighet dem imellom er berørt, ingen forskjeller er identifisert eller snakket om. Tilbakemeldingene dem imellom er støttende, sjelden utfordrende. At noen er

borte fra gruppen, berøres ikke, vi ser så vidt at en stol er tom på noen gruppemøter.

Gruppeterapeutiske prosesser innebærer langt mer og har et større terapeutisk potensial enn det vi får se her. De mulighetene for terapeutisk arbeid som ligger i differensierings-, arbeids- og avslutningsfasen, med blant annet ærlige tilbakemeldinger også om vanskelige her og nå-følelser gruppedeltakerne imellom, uenigheter, konflikter og vanskelige atferdsmønstre som aktiveres, skjer ikke. Sannsynligvis er det ikke mulig når deltakerne i så stor grad oppfordres til vennskapelig kontakt mellom gruppemøtene. I en vanlig gruppepsykoterapi ville kontakt på sosiale medier døgnet rundt bli vurdert som altfor utrygt. Det ville bli sett på som rammebrudd, og man ville arbeidet med å undersøke hva som lå bak det som skjedde. I dette TV-formatet er det imidlertid helt greit å holde seg i innledningsfasen. Da er avhengigheten av terapeuten størst og terapeutoppgavene mest overskuelige. Men inntrykket som gis av at bare man får støtte, så klarer man å løse problemene sine, blir i overkant enkelt. Men så er jo heller ikke dette en vanlig terapigruppe.

HVA VIDERE?

Jeg er fortsatt takknemlig for hvordan deltakerne og Peder Kjøs i fellesskap avstigmatiserer det å streve i unge år, og viser fram nytten av å søke hjelp og å snakke med andre. Min skepsis til hva som skjer når man såkalt åpner terapirommet, har imidlertid økt. Derfor er det kanskje ikke overraskende at jeg nå *ikke* håper på en sesong 3 i samme format. Jeg ønsker mye heller at flere unge mennesker får hjelp i «alminnelige» terapigrupper, der de bor, at de kan få adekvat hjelp i et format der de også kan hjelpe hverandre, *uten* å komme på TV. Dersom det likevel skal lages flere sesonger, kunne kanskje NRK prøve seg på et konsept som er mindre individorientert, gir mindre kikker- og grenseoverskridende utleveringsopplevelser, men viser mer av det som skjer i gruppen. Gjerne med en utdannet og erfaren gruppepsykoterapeut, som ville jobbe mer med gruppeintervensjoner og gruppeprosessene. Ville det bli for kjedelig for TV? Det er ikke kjedelig i alminnelige terapigrupper, iallfall. Aller helst skulle jeg ønske NRK laget en serie med skuespillere, lignende «Skam» eller «In Treatment», der man følger unge voksne gjennom en gruppeterapiprosess. ❌

Aha-opplevelse er et fint eksempel på møtet mellom leg og lærd, skriver Hans Andreas Tvedt

Plutselig innsikt, særlig fremkommet ved koblingen av kunnskap på en ny måte, kan gi en tilstand vi gjerne kaller en *aha-opplevelse*.

Spiritisten, okkultisten, parapsykologen, journalisten og filosofen Richard Eriksen var formodentlig en mann med en rekke aha-opplevelser. Han gir i hvert fall det første dokumenterbare eksempel på bruk av dette uttrykket på norsk i *Hvad er mennesket?* (1934):

Dyret [en sjimpanse] har – efter uttrykket å dømme – hvad Køhler kaller en ‘ahaopplevelse’.

‘Aha’ er jo det karakteristiske utrop når en prås plutselig går op for oss og gir oss innblikk i en ‘før uanet sammenheng’. Det lyser op i apens øine som den vilde si: ‘Aha, nu vet jeg.’

Denne Køhler som Eriksen viser til, er Wolfgang Köhler, en av gestaltpsykologiens grunnleggere. En av forløperne hans igjen var Karl Bühler av Würzburg-skolen, og dette er mannen som blir angitt som opphavsmannen til uttrykket *Aha-Erlebnis* i H.E. Lücks (2009) bok *Geschichte der Psychologie*.

Begrepet ble ikke særlig etablert i skriftlig norsk før i 1950-årene, men finnes i Peter Wessel Zapffes doktoravhandling *Om det tragiske* (1941), et arbeid der Zapffe i innledningen postulerer å undersøke «hvad det betyr at være menneske» (Eriksens bok er naturlig nok i litteraturlisten):

Alle de reaktioner hos os selv og andre som vi ‘forstaar’, forstaar vi fordi vi mener at kjende aarsaken. Naar denne gaar op for os har vi, hvad man har kaldt en ‘aha-opplevelse’.

Man skulle selvsagt tro betegnelsen på en slik følelse som alle har hatt flerfoldige ganger i sitt liv, var eldre enn som så, og det er selvfølgelig tilfellet: Frem til det ble gjort til en psykologisk term, var det dette man beskrev med *Eureka!* I grunnen er det blant unntakene at et gangbart gresk ord blir oversatt for å skape en fagterm (særlig i Tyskland). Kanskje er det den uhøytidelige anekdoten med Arkimedes i badekaret (som uløselig er knyttet til ordet eureka) som skapte behov for et annet uttrykk i den nye disiplinen psykologi ved det forrige århundreskiftet. Aha-opplevelse oppfattes nok likevel ikke som noen fagterm lenger, og er slik et fint eksempel på hvor leg og lærd møtes. ✕

Hans Andreas Tvedt er forlagsredaktør i Cappelen Damm Akademisk og driver nettstedet klisjeer.no, som handler om norske uttryksmåter. I *Psykologtidsskriftets* spalte vil han se på psykologiens ord og vendinger. Send ham derfor tips om uttryksmåter, enten de kommer fra folkepsykologien, psykisk helsevern, profesjonsfaget eller andre relaterte områder. E-post: hans@klisjeer.no

REFERANSER

- Eriksen, R. (1934). *Hvad er mennesket?* Oslo: Aschehoug, s. 95.
 Lück, H.E. (2009). *Geschichte der Psychologie: Strömungen, Schulen, Entwicklungen*, 4. utgave. Stuttgart: W. Kohlhammer, s. 67.
 Zapffe, P.W. (1941). *Om det tragiske*. Oslo: Gyldendal, s. 264.

Kurskalenderen

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

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

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

NOVEMBER

Kurs i takstbruk for avtalespesialister

Oslo, 21. november
For mer informasjon og påmelding kontakt forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no

Psykologen som sakkyndig i ulike rettsinstanser, sivil og strafferett

Oslo, 22.-23. november
For mer informasjon og påmelding se www.psykologforeningen.no/kurs- og utdanning

NEPSY-II

Oslo, 22.-23. november
For mer informasjon og påmelding se www.psykologforeningen.no/kurs- og utdanning

Innføring i metakognitiv terapi for angst og depresjon

Oslo, 22.-23. november
For mer informasjon og påmelding se www.psykologforeningen.no/kurs- og utdanning

MARS 2019

Klinisk bruk av WISC-V i spesialisthelsetjenesten

Oslo, 11.- 12. mars 2019
For mer informasjon og påmelding se www.psykologforeningen.no/kurs- og utdanning

Psykologfaglig arbeid med barn og unges omsorgsbetingelser

Oslo, 21.-22. mars
For mer informasjon og påmelding se www.psykologforeningen.no/kurs- og utdanning

2019

Obligatoriske kurs i spesialiteten i Habiliteringspsykologi

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



Er du usikker på hvilket tilbakemeldingssystem du skal velge?

Norse Feedback er et norskutviklet dynamisk tilbakemeldingssystem. Systemet er utviklet i samarbeid med klinikere og pasienter for å sikre pasienten en sterkere stemme og økt brukermedvirkning.

- Sikrer god behandling – time for time
- Bred kartlegging av pasientens problemer og ressurser
- Heldigitalt system som tilpasser seg pasientens tilbakemeldinger
- Integrert i journalsystem – automatisk utsending av kartlegginger
- Norse Feedback er i kontinuerlig utvikling og vil alltid være et oppdatert tilbakemeldingssystem

Norse Feedback er:



Joachim Vie



Rolf Woll



Marianne M. Hellesest



Geir Helge Møller



Christian Moltu



Samuel Nordberg

Uviklet i Helse Førde av:

Vi gir solid opplæring og støtte under implementering.
Kontakt oss i dag for en uforpliktende samtale.

kontakt@norsefeedback.no / +47 90 19 43 00 / norsefeedback.no



Nominert til årets gründer 2018
Vinner av kvalitetsprisen i Helse Vest 2017

GODE KONSULTASJONSROM TIL LEIE I TRONDHEIM



Audiografklinikken AudioPlus Trondheim holder til på Valentinlyst, og søker medleietakere. Rommene passer fint for to psykologer, og inkluderer venterom til pasienter, og lunsjrom. Gode parkeringsmuligheter og bussforbindelser. Ved interesse, kontakt **Kim Alexander Eriksen**, Tlf. 954 32 497.

OSLO. LEDIG LOKALE ØNSKES LEID

Psykiater med 20 % driftsavtale i Oslo søker snarest lokale med universell utforming for ukentlig kveldspraksis. Langtidsterapier. Kontakt **Iver H Høy**, tlf. 934 46 957 / e-post iverhoy@hotmail.com

LOKALER TIL LEIE I STAVANGER

Psykologer ønskes i tverrfaglig helsemiljø.

Ledige behandlingsrom for psykologer som ønsker å drive selvstendig virksomhet i et tverrfaglig helsemiljø i nye, flotte lokaler i toppetasjen på Tasta Senter, kun 5 minutters kjøring fra Stavanger sentrum. Gratis innendørs parkering for kundene i P-anlegg, heis/trapp direkte opp til helsesenteret. Rompris inkluderer tilgang til felles venterom, stort spiserom / undervisningsrom, wc, strøm, bredbånd. 2 fysioterapeuter, 4 psykomotoriske fysioterapeuter, osteopat, kiropraktor, ernæringsfysiolog, massør, fotterapeut++ er allerede på plass. Ideelt for deg som ikke vil investere så mye i egne lokaler, men drive egen praksis i et sosialt og spennende helsemiljø med andre terapeuter. For mer informasjon, ring tlf. 981 00 500, e-post bjornar@tastahelseloft.no

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **3. desember**, frist for å bestille annonse til desember-utgaven er **16. november**

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

Mindfulness MBSR kurs med psykologspesialister

Ønsker du å delta på 8 ukers forskningsbasert kurs og lære om stressmestring, øke livskvaliteten i hverdagen, utvikle egen mindfulness praksis og kunne bruke mindfulness i ditt fagområde?

Neste kurs starter: Tirsdag 15. januar 2019

Kurset er godkjent av NPF som 24 timers vedlikeholdskurs.

Les mer på:
www.cathrinesasson.wix.com/mindfullife



Håkon Ruud og Cathrine H. Sasson, psykspecialister og MBSR lærer



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

Mindfulness instruktør-utdannelse

Kun for psykologer og leger - oppstart 6. februar - maks 20 plasser!



” *Det er påvist markante vitenskapelige effekter av mindfulness: På stress, livskvalitet, hjernens funksjoner, immunforsvaret, helt ned på genprogrammeringsnivå.*

Christian Gaden Jensen cand. Psych., Ph.D fra Rigshospitalets Neurocenter, Institut for Psykologi, Københavns Universitet, samt Harvard University.

Hovedlærer



Ivar Vehler er sosiolog fra UIO/UC, Berkeley. Han har utdannet 14 kull med mindfulnessinstruktører siden 2012 og har jobbet med utviklingsprosesser i over 26 år.

Hovedlærer



Viggo Johansen levde fire år som buddhistmunk (94-98) og tok i 2004 hovedfag i filosofi (UIO). Han er også kognitiv terapeut fra Sct. Hans Hospital, Roskilde, (2009).

Kontakt oss: ivar.vehler@co-create.no | **Les mer:** www.co-create.no



Norsk Karakteranalytisk Institutt
utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

To-årig grunnseminar
Oppstart Oslo og Bergen (vår 2019)

Videreutdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

Utdanningen fokuserer spesielt på ikke-verbal kommunikasjon med utgangspunkt i den norske tradisjonen etter Wilhelm Reich. Det legges vekt på å skape sammenheng mellom kandidatens teoretiske forståelse og det som skjer i det mellommenneskelige møtet mellom pasient og terapeut. Utdanningen gir også en innføring i generell og samtidig psykoanalytisk teori og metode med relevans for karakteranalysen. Psykologer og leger kan søke, og det er et krav at kandidaten har minimum to års klinisk praksis. Grunnseminaret består av 200 timer undervisning over fire semestre.

Det er en forutsetning at kandidaten under utdanningen får veiledning hos godkjent karakteranalytiker, og har pasienter i psykoterapi. Grunnseminaret inngår i den karakteranalytiske utdanningen som er godkjent som fordypningsprogram i spesialiteten i psykoterapi (Norsk psykologforening).

Søknadsskjema sendes fortløpende til kontor@karakteranalyse.no

Søknadsskjema og ytterligere informasjon:

www.karakteranalyse.no
eller på telefon 412 56 600.



IBUP

Institutt for barne- og ungdomspsykoterapi

Ønsker du å fordype deg i barn og ungdom? Da bør du vurdere nytt valgfritt program i regi av IBUP!

IBUP Institutt for barne- og ungdomspsykoterapi tilbyr et nytt program med oppstart mars/april 2019, godkjent som del av Norsk psykologforenings nye spesialistordning og godkjent av Den norske legeforening med 108 timer som valgfritt kurs for leger i spesialisering.

Målsetting med seminaret: Programmet gir en innføring i moderne psykodynamisk og relasjonsorientert teori og forskning, samt spesifikk metodekompetanse i psykodynamisk og relasjonsorientert psykoterapi. Det er utarbeidet for at psykologer og leger innen psykisk helse / spesialisthelsetjenesten og barne- og familievern skal bli mer kompetente i å tilby tilpasset behandling, ved så vel enklere som mer komplekse vansker hos barn og ungdom, samt anvende kunnskapen de tilegner seg, inn i arbeidet med voksne rundt barnet/ungdommen.

Fakta om programmet: Programmet er temabasert, strekker seg over 6 samlinger av 3 dager, over 3 semestre og omfatter 54 timers teori og 54 timers klinisk seminar og forutsetter en samtidighet med relevant klinisk praksis. Det forutsettes at man har individuell veiledning utenom samlingene.

Om arbeidsmetoden: Undervisningen vil bestå av kliniske og teoretiske fremleggelsler. Undervisningen er prosessorientert der en søker å integrere den kliniske og teoretiske tilegnelsen. Kliniske fremleggelsler vil baseres på vignetter fra deltakernes eget kliniske arbeid, presentert i form av enten time-referat eller video.

Om underviserne: IBUP har lang erfaring med videreutdanningsforløp og benytter seg av erfarne og dyktige undervisere og klinikere med mange års erfaring fra arbeid med barn, ungdom og familier. Det vil være forskjellige undervisere knyttet til de forskjellige temabølker gjennom forløpet, mens det vil være samme veileder tilknyttet den enkelte veiledningsgruppen som følger gruppen gjennom hele forløpet.

Påmeldingsfrist: 15. januar 2019

Kursansvarlige:

Annette Marfjord og Anne Catrine Møller

Seminaravgift: kr 7 900,- per samling

Påmelding og nærmere informasjon:

www.ibup.no eller post@ibup.no



Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Trinn 1 Oslo 8.–10. januar 2019

Trinn 1 Bergen 22.–24. mai 2019

Trinn 2 Oslo 5.–7. desember 2018

Trinn 2 Trondheim 8.–10. mai 2019

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Approved Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:

www.emdrutdanning.no

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook

BLI MINDFULNESSINSTRUKTØR

Ønsker du å fordype deg i mindfulness, bruke mindfulness i ditt fagområde, eller ha egen mindfulnesspraksis ?



Ny start 28. mars 2019

8 samlinger over 14 mdr. torsdag - søndag

Bli med på en spennende og kreativ etterutdanning hvor du utvikler solide ferdigheter som mindfulnessinstruktør.



Instruktørutdannelsen er godkjent av NPF som 72 timers vedlikeholdsaktivitet.

Les mere på:

www.creationwork.org



Klinisk bruk av WISC-V i spesialisthelsetjenesten

Målgruppe

Psykologer som jobber med utredning og behandling av barn og unge.

Målsetning

Lære om bruk av evneprøve som del av kliniske utredninger, og deretter i planlegging av behandlings- og tilretteleggingstiltak.

Innhold

- Gjennomgang av administrasjon
- Skåring
- Tolkning
- Klinisk observasjon i en strukturert testsituasjon
- Tilbakemelding av resultater
- Dokumentasjon av resultater

Etter kurset

Økt kunnskap om bruk av evneprøve i en klinisk sammenheng, både til differensialdiagnostiske vurderinger og til funksjonskartlegging.

Om kurslederne

Ingun Møgedal Brustugun er psykologspesialist i nevropsykologi, og jobber til daglig i BUP poliklinikk. Hun har tidligere jobbet i PPT.

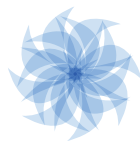
Marthe Aunan Roald er spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi, og snart ferdig med spesialisering i nevropsykologi. Hun jobber til daglig i BUP poliklinikk og har tidligere jobbet i PPT.

Sted og dato: Oslo, 11.–12. mars 2019

Medlemspris: kr 7 000

Påmeldingsfrist: 4. februar 2019

Kursnr.: 103-19



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



THE 4TH INTERNATIONAL CONFERENCE

METACOGNITIVE THERAPY

NATIONAL HOUSE OF VINOHRADY, PRAGUE 2019

PRE CONGRESS WORKSHOP 30 APRIL, 2019

CONFERENCE 1–2 MAY 2019

Presenting the latest developments and evidence in Metacognitive Therapy and its applications. This conference covers state-of-the art work on assessment, mental processes, research and treatment across a wide range of disorders.

PRESENTERS – KEYNOTES & MASTER CLINICIANS

Prof. Adrian Wells, University of Manchester

Dr. Bruce Fernie, Kings College (UK)

Prof. Hans M. Nordahl, NTNU (Norway)

Dr. Costas Papageorgiou, Priory Hospital (UK)

SYMPOSIA & CLINICAL PRESENTATIONS

- Attention Training
- Group MCT
- Trauma & PTSD
- Major Depressive Disorder
- Generalized Anxiety Disorder
- Metacognitive Beliefs
- Mental Regulation
- And much more



www.mct-institute.co.uk/conference

Stipend – Psykologer i ledelse

Norsk psykologforening deler ut tre stipender til lederutdanning til en samlet sum på kr 75 000.

Stipendene er et stimuleringsmiddel til å få flere psykologer i ledelse.

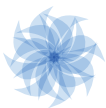
Stipend kan søkes for å dekke utgifter i forbindelse med lederutdanning/lederkvalifisering. Ett av stipendene kan gis til anvendt forskning / kunnskapsakkumulering om psykologer og ledelse.

Søkere må være medlem av Norsk psykologforening. Kvinner oppfordres til å søke.

Gjør kort rede for hva det søkes støtte til og tentativ karriereplan. Vedlegg CV med oversikt over utdanning, arbeidserfaring, tillitsverv, med mer. De som tildeles stipend sender i løpet av 2019 en kort redegjørelse for hvordan pengene er benyttet.

Søknad sendes Norsk psykologforening v/ Tone S. Naglestad, p.b. 419 Sentrum, 0103 Oslo, e-post tone.s.n@psykologforeningen.no

Søknadsfrist 1. desember 2018.



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



Valgfritt program i **Psykologfaglig arbeid med barn og unges omsorgsbetingelser**

Det valgfrie programmet i psykologfaglig arbeid med barn og unges omsorgsbetingelser skal gi deltageren økt kompetanse i psykologisk arbeid med barn og unge med utfordrende omsorgsbetingelser. Deltagerne vil få økt kjennskap til lovverk, forvaltning og hvordan barnevernet er organisert på statlig og kommunalt nivå.

Målgruppe

Psykologer som arbeider i en kontekst hvor barn og unges omsorgsbetingelser er et sentralt arbeidsområde. Psykologer som har fullført obligatorisk program til spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi, voksenpsykologi, familiepsykologi eller samfunns- og allmennpsykologi.

Psykologspesialister kan søke opptak til kursene som vedlikeholdsaktivitet. Da stilles det ikke krav til praksis og veiledning.

Målsetting

Å gi deltagerne økt kunnskap om forvaltning av relevant lovverk og psykologisk kunnskap i en barnevernfaglig sammenheng, i tillegg til å øke kompetansen om barnevernsundersøkelser, vurderinger og tiltak. Arbeidet med barns omsorgsbetingelser retter seg både mot barnet/ ungdommen, omsorgsgivere, systemet rundt og forvaltningen på ulike nivåer.

Kursleder

Bernadette Christensen er fagdirektør for avdeling ungdom på Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge- NUBU. Hun har hatt ansvaret for implementeringen av metoder for behandling av familier og ungdommer med alvorlige atferdsproblemer, vold i nære relasjoner og for behandling av familier der det forekommer vold og omsorgsvikt. Hun er spesialist i klinisk psykologi og har i mange år undervist på Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo.

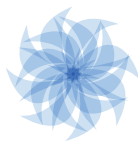
Sted og dato: Oslo, 21.-22. mars 2019 (1. samling)

Påmeldingsfrist: 14. februar 2019

Medlemspris: kr 7000 per samling

Kursnr.: 191-19

Påmelding og ytterligere informasjon <https://www.psykologforeningen.no/medlem/kurs-og-utdanning>



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



BÆRUM KOMMUNE

Barneverntjenesten i Bærum kommune er en av Norges største barneverntjenester med cirka 125 faste stillinger. Barneverntjenesten består av barnevernsjef, Avdeling stab og fem fagavdelinger.

Avd. tiltak har ca. 22 stillinger fordelt på bl.a. familieterapeuter, og et eget FFT-team på 2-3 terapeuter + leder. Avd. tiltak arbeider med hjembaserte tiltak i familien for å styrke foreldrekompetansen. Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge, NUBU har et faglig ansvar for implementeringen av Funksjonell familieterapi, og skal således ta del i rekrutteringen til FFT-team. Når du søker på stillingen gir du derfor samtidig samtykke til at NUBU får innblikk i din søknad. Mer informasjon om FFT finner du på <http://www.nubu.no/fft>

Psykolog/ psykologspesialist – tiltak

100 % stilling – Barneverntjenesten

Arbeidsoppgaver

- og ansvarsområder for FFT (terapeuter)
- Familieterapeutisk arbeid etter FFTs kliniske modell
 - Koordinere det faglige arbeidet i hver enkelt sak
 - Utøve informasjonsarbeid om FFT

Kvalifikasjoner:

Det kreves høyskole- eller universitetsutdanning: Profesjonsstudiet i psykologi eller mastergrad/ hovedfag i helse og sosialfag med minimum 2 års klinisk videreutdanning, samt bredde og lang erfaring fra terapeutisk arbeid.

God skriftlig fremstillingsevne, samt gode engelskkunnskaper både muntlig og skriftlig.

Vi søker deg som:

- jobber selvstendig
 - innehar beslutningsevne og evne til å oppnå resultater
 - jobber strukturert og planmessig
 - lar deg inspirerer og engasjere
 - er initiativrik og resultatorientert
- Personlig egnethet vektlegges

Det vil bli gitt grundig opplæring, ukentlig veiledning i det kliniske arbeidet, samt faglig oppfølging og utvikling.

Se full annonsetekst med kontaktpersoner og søk på stillingene via www.baerum.kommune.no/jobb

Søknadsfrist 15. november 2018

Bærum kommune –
sammen skaper vi fremtiden



Giske kommune

KOMMUNEPSYKOLOG

100 % vikariat

ledig frå 01.02.2019–31.03.2020

Søknadsfrist: 15.11.2018

Sjå fullstendig utlysingstekst på

www.giske.kommune.no/ledige-stillinger/

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

Helse Nord-Trøndelag

Habiliteringstjenesten for barn og unge

har ledig følgende stilling:

Psykologspesialist / Psykolog

Vi søker psykologspesialist/psykolog i et års vikariat. Tiltredelse etter avtale.

Referansenr. 3931819767.

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

Søknadsfrist: 12. november 2018

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



HELSE NORD-TRØNDELAG



SiO Helse søker psykologspesialister og psykolog

til faste 100 % stillinger.

Stillingene inngår i seksjon for Psykisk helse. Psykisk Helse SiO har behandlere på Blindern og i sentrum (Holbergs gate). Psykisk Helse Blindern og Psykisk helse Sentrum fusjoneres til en seksjon med felles leder.

SPESIALISTER I KLINISK PSYKOLOGI, FORTRINNSVIS VOKSENPSYKOLOGI

Da to av våre spesialister har fått avtalehjemmel, søker vi to psykologspesialister til klinisk arbeid, herunder avklaringssamtaler, diagnostiske vurderinger, gruppetilbud samt utadrettet og forebyggende virksomhet. Vi søker trygge og faglig engasjerte psykologspesialister som liker å møte mange pasienter og skape gode behandlingsforløp. **Du må trives med – og har interesse for korttidsterapi. Du bør ha erfaring fra offentlig psykisk helsevern og ha psykoterapeutisk erfaring. Vi søker deg som er interessert i diagnostikk, dokumentasjon og avklaringssamtaler, og har gode samarbeidsevner. Søknadsfrist: 20. november.**

PSYKOLOG TIL POLIKLINISK UTREDNING OG BEHANDLING, SAMT UTADRETTET OG FOREBYGGENDE VIRKSOMHET

Du er interessert i korttidsterapi, men kunne også tenke deg å jobbe utadrettet og forebyggende. Interesse for digitalisering, og kursvirksomhet er en fordel.

Søknadsfrist: 15. november.

Personlig egnethet vil bli vektlagt.

Vi tilbyr:

Et kompetent og aktivt fagmiljø. Seksjonen er kjennetegnet ved at det er høy andel spesialister. Vi har bred tverrfaglig kompetanse og vektlegger samarbeidet mellom våre faggrupper og seksjoner for et godt helhetlig tilbud til studentene. I tillegg til å holde kurs ved lærestedene leverer tjenesten også innhold til podcasten Eksamensboost og kampanjer rettet mot studentene. Andre oppgaver innenfor seksjonens til en hver tid gjeldende ansvarsområde kan tilfalle stillingene.

Gjennom blant annet vår nasjonale undersøkelse SHoT, vet vi at overgangsproblematikk knyttet til studietiden kan gi seg utslag i psykiske symptomer, og at dette forekommer langt hyppigere hos studenter enn andre jevnaldrende. Vårt oppdrag er å hjelpe studentene til gjennomføring av studier og bedret funksjon i studietilværelsen. Vi har gode pensjons- og forsikringsordninger og lønn etter avtale. Klinisk spesialist vil opptjene rett til 4 måneders studiepermisjon hvert 5 år.

Søknadsfrist: 15. november og 20. november 2018

Søknad og CV sendes på e-post til yasmin.iqbal@sio.no

Spørsmål?

Ta kontakt med seksjonsleder/ psykologspesialist Yasmin Sofia Iqbal, e-post yasmin.iqbal@sio.no



FJALER KOMMUNE

-eit ope samfunn

PPT

PEDAGOGISK PSYKOLOGISK TENESTE FOR
YTRE SOGN OG -SUNNFJORD



Psykolog/psykologspesialist

Tenker du at det kan vere fint å ha ein gjevande jobb der du får moglegheit til å gjere ein forskjell for barn og unge, og har interesse av å samarbeide tverrfagleg? Då er det kanskje deg vi søker til ei 100 % fast stilling som psykolog i PP-tenesta.

PPT-regionen Ytre Sogn og -Sunnfjord har 11,5 fagstillingar og kontorplassering i Fjaler, men arbeidsstad kan diskuteras. PP-tenesta har eit tett fagleg samarbeid, faste møtedagar på skulane og i barnehagane, og jobbar både på individ- og på systemnivå.

Arbeidsoppgåvene vil vere utgreiingar og sakkunnige vurderingar av barn og unge med særskilte opplæringsbehov, samt konsultasjon, rettleiing og rådgjeving i einskildsaker.

For meir informasjon sjå våre heimesider www.fjaler.kommune.no eller ta kontakt med leiar i PPT Berit L. Bjørnsen på telefon 95255939 eller e-post berit.louise.bjornsen@hoyanger.kommune.no

Søknadsfrist: 18. november 2018

 NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Ved institutt for psykologi er det ledig stilling som

Professor/Førsteamanuensis i personlighetspsykologi (SU-248)

Nærmere opplysninger om stillingen fås ved å kontakte instituttleder **Ute Gabriel**, tlf. 73 59 17 78 eller e-post ute.gabriel@ntnu.no.

Nærmere opplysninger om søknadsprosessen kan fås ved henvendelse til HR-seksjonen ved **Kirsten Sjolte**, e-post kirsten.sjolte@ntnu.no

Søknadsfrist: 02.12.2018

Se fullstendig utlysningstekst på <https://www.jobbnorge.no/ledige-stillinger/stilling/158595/>

Vestre Viken har rundt 9 300 ansatte. Vi gir god og trygg behandling til 490 000 mennesker i 26 kommuner.

PSYKOLOGSPESIALIST / PSYKOLOG

Ringerike DPS

Referansenr: 3947368601 Søknadsfrist: 15.11.2018

100 % fast stilling som psykologspesialist

Ringerike DPS er tilknyttet Ringerike lokalsykehus og avdelingen består av seksjon for døgnbehandling og seksjon for poliklinisk behandling. Vårt DPS samarbeider nært med Blakstad psykiatriske sykehus som har ansvar for de spesialiserte sykehustjenester for befolkningen i vårt opptaksområde.

Våre polikliniske team er tverrfaglig sammensatt, hvor vi har integrert psykisk helse for voksne og rus/avhengighet.

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til Avdelingssjef Kent Håpnes, tlf. 991 00 195.

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

 VESTRE VIKEN



Vanylven ligg sørvest på Sunnmøre med ein time reisetid til Måløy, Volda, Ørsta, Ulsteinvik og Fosnavåg. Kommunen har trivelege nærmiljø, eit ekspansivt næringsliv og gode kommunale tenester til innbyggjarane. Kommunen har rekrutteringstiltak.

VANYLVEN KOMMUNE SØKER ETTER

Psykolog i 100 % fast stilling

Har du lyst til å bli den nye samarbeidspartnaren vår?

Kan du tenke deg ein spennande jobb der du bidreg til å bygge ny teneste i Vanylven kommune? Tenestetilbodet er under oppbygging med hovedfokus på førebyggjande tenester, psykisk helse og rusarbeid, tidleg innsats og lavterskeltilbod retta mot individ og grupper. Tilbodet gjeld barn, unge og voksne. Vanylven kommune er i ferd med å etablere ambulans team for barn og unge med psykiske helseutfordringar, og der du vil vere ein ressurs inn mot dette teamet. Samlokalisert med legesenter, helsestasjon og jordmor. Kommunene på søre Sunnmøre har eit breitt interkommunalt samarbeid.



ID 564 | Søknadsfrist 25.11.2018

ARBEIDSOPPGÅVER

- Kartlegging, utredning og behandling
- Etablering av samarbeid rundt ambulans team for barn- og unge
- Systematisk tverrfagleg arbeid i team
- Kompetanseutvikling og veiledning i team

KVALIFIKASJONER

- Norsk godkjenning som psykolog

PERSONLEGE EIGENSKAPER

- God relasjons- og samtalekompetanse
- Sjølvstendig og initiativrik
- Bidreg til eit godt samarbeidsklima og ein god dialog
- Empatisk
- God på tverrfagleg samhandling

Psykolog som flyttar til Vanylven kommune får nedbetalt studielån med 15 % kvart år dei er i arbeid, maks kr 28.000,- pr. år etter nærare retningsline. Nytilsette med under 4 års ansiennitet, startar med løn som etter 4 års ansiennitet.

Kommunen har svært god pensjonsordning. For nærare opplysningar kan de ta kontakt med kommunalsjef **Arnhild Nordaune på telefon 700 30 000**. Aktuelle søkjarar kan bli innkalla til intervju. Tilsetjing på kommunale vilkår med løn etter gjeldande regulativ og avtalar.

Søknad skal sendast på kommunen sitt søknads-skjema som du finn www.vanylven.kommune.no. CV skal fyllast inn i søknaden. Kopi av attestar og vitnemål skal leverast ved førespurnad. Godkjend politiattest må kunne leggjast fram. Oppgje stillings-ID i søknaden. Gjer vel å oppgje referansar.

Stiftelsen Karmsund ABR Senter er en ideell organisasjon som tilbyr et bredt utvalg av tjenester til personer med rusproblemer. Vi har 6 avdelinger på 4 ulike steder. På Avaldsnes Ressurssenter på Karmøy har vi tilbud om tverrfaglig spesialisert rusbehandling på oppdrag for Helse Vest. Her er det stabiliserings- og utredningsavdeling, døgnavdeling, dagavdeling og poliklinikk.

Vi søker psykolog på Avaldsnes i 100% stilling

Arbeidsoppgaver:

- Utredning, diagnostisering og behandling av henviste pasienter.
- Delta i undervisning og gruppetilbud for pasienter.
- Delta i arbeid med pasientsikkerhet, systematisk kvalitetsarbeid og kontinuerlig forbedring av virksomheten.

Kvalifikasjoner:

- Norsk autorisasjon som psykolog.
- Vi ønsker søkere med variert klinisk erfaring og interesse for fagfeltet.
- Søkere må beherske norsk muntlig og skriftlig.

Personlige egenskaper

- Engasjement og fleksibilitet.
- Gode kommunikasjons- og samarbeidsevner.
- Personlig egnethet vil bli betydelig vektlagt.
- Bidra til et godt arbeidsmiljø.
- Evne til både selvstendig arbeid og teamarbeid.

Vi tilbyr

- En spennende og utfordrende jobb i et godt faglig miljø.
- Faglig og personlig utvikling.
- Utfordrende og kreativt arbeidsmiljø.
- Lønn etter avtale.

Tiltredelse etter avtale.

Søknadsfrist: Snarest

Søknad sendes til:

E-post: stilling@kabr.no

Kontaktperson: Daglig leder Bjørn Orhammer

Telefon: 917 18 770



www.kabr.no

PSYK
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

Send e-post til tidsskrift@psykologtidsskriftet.no og meld din interesse.

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. Nettannonnene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 450 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Konferanser og kurs».

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
12/18	16.11	03.12
01/19	13.12	02.01
02/19	17.01	01.02

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

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

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

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



Utdanningsetaten (UDE) i Oslo er Norges største kommunale etat med 88 600 elever og lærlinger og ca. 15 000 ansatte. Årlig brutto driftsbudsjett er ca. 14 mrd. kroner. Utdanningsetaten har det faglige, økonomiske og administrative ansvar for skolene, Aktivitetsskolen, PPT, fag- og voksenopplæringen i Oslo.

Les mer om Osloskolen på <https://www.oslo.kommune.no/skole-og-utdanning/>

Skolepsykolog – Slemdal skole

OSLO KOMMUNE, UTDANNINGSETATEN

Vil du være med på å bygge opp flaggskipet Slemdal? En skole folk skal se til for inspirasjon og læring? Og vil du være med på å utvikle en helt ny type stilling i Osloskolen; Skolepsykologen?

Skolen flytter inn i fantastiske nye lokaler om 1,5 år og frem til det ønsker vi å videreutvikle organisasjonen slik at den står i stil til det vi flytter inn i.

Slemdal skole har 600 elever på 1.-7.trinn. Vi er midlertidig delt i to driftsteder og busser mange elever.

SØKNADSFRIST: 20.11.2018 **REF. NR.** 3947312802 **STILLINGSBRØK:** 100 % fast stilling
KONTAKTINFO: Vegard Tversland Kjesbu, rektor, tlf. 402 02 911, **EPOST** vegard.kjesbu@ude.oslo.kommune.no
ARBEIDSSTED: Slemdal skole, 0776 Oslo

Arbeidsoppgaver

- Styrke barns psykiske helse
- Sortere og kartlegge barnas behov
- Samarbeide med spesialhelsetjenesten
- Hjelp familier i krise i innledende faser
- Foreldrekursing
- Kompetanseheve personalet
- Kurse elever i livsmestring
- Se detaljert beskrivelse av stillingen på: <https://slemdal.osloskolen.no/>. Se under om skolen og skolepsykolog

Kvalifikasjoner

- Psykologspesialist med utdanningsinnretning og erfaring med arbeid med barn
- Bred erfaring fra arbeid med barn og familier, både fra kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Spesialitet i barn og unge/ familier/ samfunn/ habilitering er aktuelle spesialiteter
- God kjennskap til både normalutvikling og potensiell alvorligere skjevutvikling hos barn og unge. God systemkunnskap og forståelse for betydningen av barns oppvekstvilkår er avgjørende
- Erfaring med tverrfaglig samarbeid på tvers av tjenester og vant til å jobbe i team med andre faggrupper

Utdanningsretning

- Helse-, sosial- og idrettsfag
- Utdanningstittel: Psykologspesialist

Personlige egenskaper

- Du er utviklingsorientert og ser potensialet i stillingen
- Du er løsningsorientert og klarer å tenke utenfor «boksen»
- Du er mål- og resultatorientert
- Du har gode samarbeidsevner og er en god kollega
- Du er har et elevsyn med fokus på å utvikle glade og robuste barn

Språk

Norsk

Vi tilbyr

- En skole i utvikling og vekst
- Et positivt arbeidsmiljø med flotte kollegaer
- Et utviklingsorientert og samarbeidende personale
- Tydelige ansvarsområder med delegert gjennomføringsansvar
- En jobb der du kan utgjøre en positiv forskjell
- Faglig samarbeid med Helseetaten

Lenke til elektronisk søknadsskjema finner du på [www.utdanningsetaten.no/ledige stillinger](http://www.utdanningsetaten.no/ledige-stillinger) og www.jobb.osloskolen.no/ se ledige stillinger

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 Klingenberg Røed

ragnhildkstkoke@gmail.com
414 21 366

Ingvild Gregersen

ingvildg@gmail.com
957 27 801

Arnhild Lauvang

post@arnhildlauvang.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

Sigrud Larsen

sigrid_la@hotmail.com
979 90 893

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 Øvrebo, Stat,

tlf. 982 49 732

Helene Kindle-Skau, Virke/

HUK, tlf. 924 28 703

Grete Schau, Privatpraksis,

tlf. 909 19 372

Torstein Winger, Oslo

kommune, tlf. 415 80 567

Hanne Indregard Lind,

Helse Sør-Øst, tlf. 948 05 153

FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

Rune Frøyland, leder,

e-post rfroey@online.no,
tlf. 67 92 20 40

SPELIALITETSRÅDET

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@helse-
bergen.no, tlf. 990 27 309

GODKJENNINGS-UTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

Annika Melinder, leder,
e-post a.m.d.melinder@
psykologi.uio.no,
tlf. 930 80 618

STUDENTPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

Tanya Ryder, leder, e-post
tanya.ryder@hotmail.com,
tlf. 918 41 109

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

Åste Herheim,
fagsjef, e-post aste@
psykologforeningen.no
Aina Fraas Johansen,
nestleder, e-post aina.f.j@
psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

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

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

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

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

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: bjornar@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller 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:
16.11, 13.12, 17.01, 15.02, 18.03, 11.04, 16.05,
17.06, 18.07, 19.08, 17.09, 17.10, 18.11



Du finner oss alle i Fagpressen

Med rundt 1,3 millioner månedlige lesere på nett og et samlet papiropplag på 3,5 millioner årlig, er Fagpressen en betydelig mediekanal og samfunnsaktør. Organisasjonen favner over 217 yrkesgrupper og interesseorganisasjoner. Hver med en redaksjon som lager uavhengig og balansert journalistikk for sine engasjerte lesere.

