

PSYKOL OGI

Vol. 55 nr. 12 2018

**Ole Jacob
Madsen om
«generasjon
prestasjon»**

*NÅ,
Anmeldelse*

**AUTISME PÅ
FILM OG TV**

*Aktuelt,
Fagbulletin*

**Psykologisk
behandling
ved Parkinsons
sykdom**

Evidensbasert praksis

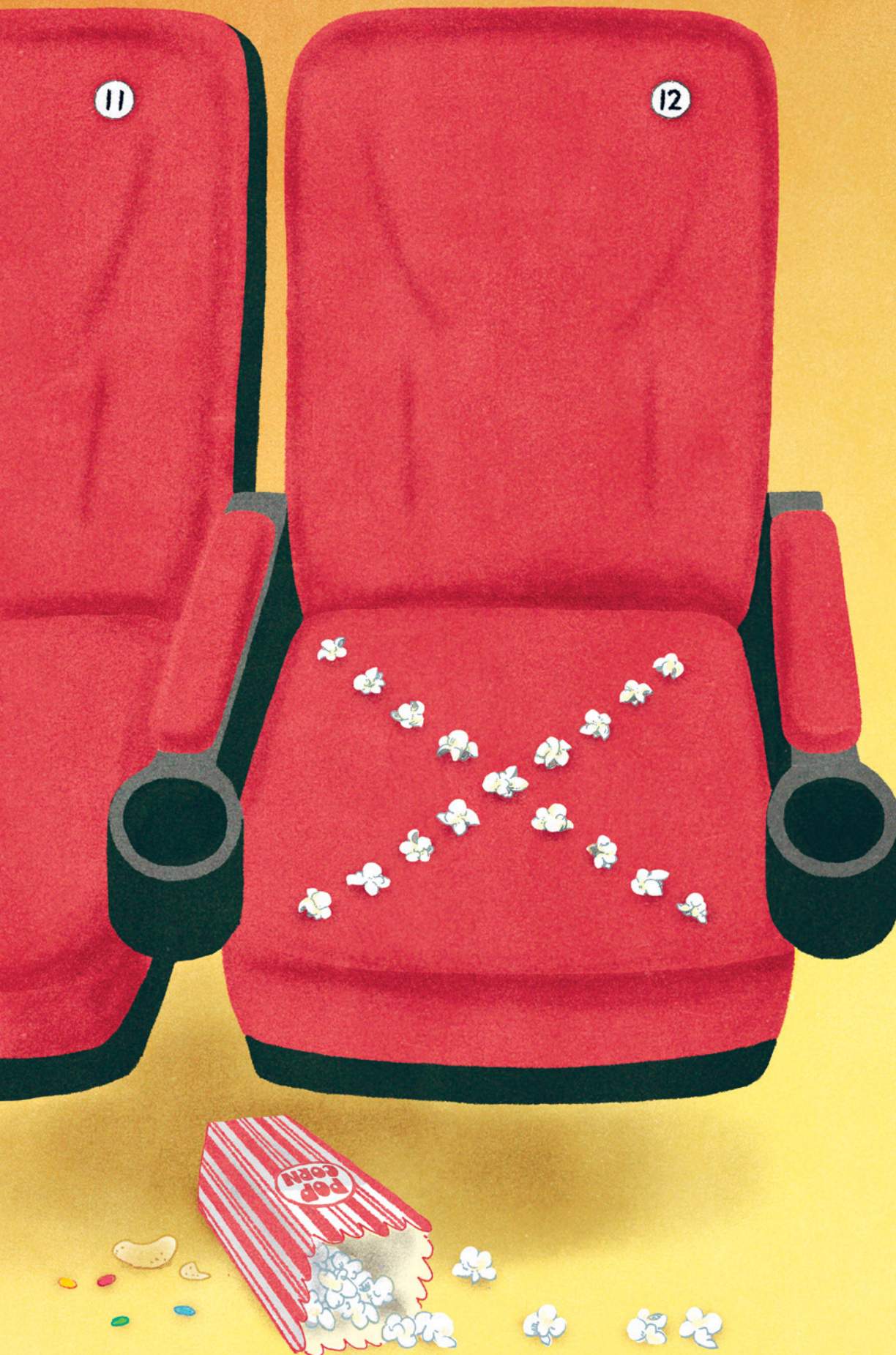
ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-12



9 770332 647006 1 2

RETURUKE 03 150 NOK



PSY KOL OGI

Vol. 55 nr. 12 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

Årsregnskap

SER VI PÅ 2018-årgangen av Psykologtidsskriftet, finner vi også linjer som peker inn i 2019. Som psykologrollen og tjenesteutvikling, men også psykologifagets kunnskapsgrunnlag.

Går vi til Elte-saken, ser vi at den alt legger sterke føringer for hvilke kvalifikasjoner norske myndigheter forventer av psykologer her til lands – og da er det de kliniske kvalifikasjonene som er de primære. Samtidig speiler Elte-saken en debatt som ledet opp til Psykologforeningens landsmøte i 2010. Under tittelen «Profesjon i endring» ble det i våre spalter diskutert hvordan foreningen og profesjonen skulle forholde seg til de andre aktørene som forvalter psykologifaget, men ikke får kalle seg psykolog. På årets lederkonferanse signaliserte president Tor Levin Hofgaard at profesjon i endring igjen vil stå på dagsorden inn mot landsmøtet 2019.

Psykologrollen påvirkes også ved at psykologene går inn på nye arenaer, som i kommunen. Men ikke bare påvirkes profesjonsutformingen når den aksler nye oppgaver; den påvirkes også av at andre aktører trer inn på psykologenes felt. Både brannvesen, tannleger og veterinærer ble i våre spalter omtalt som førstelinjetjenesten i psykisk helsevern, mens myndighetene ønsker tverrfaglige helseteam i kommunene. Dette gir en psykologrolle der samarbeid og team står sentralt. Og med pasientens helsetjeneste vil brukere være viktige i dette samarbeidet, da også som en demokratisk korreks til profesjonenes makt.

Profesjonens makt korrigeres også gjennom myndighetenes styring. Spenningen mellom klinisk skjønn og offentlig styring går igjen i flere av våre saker i 2018. Vi ser den i den nylige utrulling av pakkeforløpene i psykisk helsevern og rus. Mens Tormod Stangeland og kolleger i denne utgaven uttrykker bekymring for de kliniske følgene av Helsetilsynets tilsynsrapport etter at en tenåring tok livet sitt mens hun var til behandling på en sykehuspost (se side 1142).

Mer subtilt tilstedeværende i våre spalter har neste års kommunevalg vært. Tradisjonelt

har ikke psykisk helse og rus vært del av lokalpolitikken på samme vis som i rikspolitikken. Men når kommunene får et stadig økt ansvar for oppgaver også innenfor psykisk helse og rus, er det gjennom kommunens realpolitikk – tenk bevilgninger, nyansettelser og omorganiseringer – tjenestetilbudet vil formes. Det betyr at kommunepolitikken vil virke direkte inn på borgernes tjenestetilbud og mange psykologers arbeidsdag. Det gjør det vel verdt å engasjere seg i – og dekke – det som skjer i den enkelte kommune.

Langt fra alt handler om profesjonsrolle, tjenesteutvikling og politikk. Mye handler også om psykologifagets grunnlag. I denne utgaven reiser Henrik Berg en debatt om det etiske grunnlaget for prinsipperklæringen om evidensbasert praksis (se side 1132), det dokumentet som trolig i størst grad strukturerer den kliniske delen av psykologifaget. I kjølvannet av våre to temanummer om psykoanalysen i dag skrev Sigmund Karterud i novemberutgaven at psykoanalysen ikke minst er omstridt på grunn av sitt problematiske forhold til empiri i vanlig akademisk forstand. I denne utgaven svarer Siri Gullestad på kritikken, blant annet ved å spørre hva som skal gjelde som empiri (se side 1138).

Samlet gir dette et inntrykk av et fag og en profesjon i bevegelse. Det gjør det vel verdt å følge med på, og involvere seg i, faget også neste år.

PS! 2018 har også vært et år da vi har jobbet med å utvikle Psykologtidsskriftets nye digitale plattform. Samtidig som du mottar denne utgaven av Psykologtidsskriftet på papir, gjennomgår våre nettsider en kraftig oppgradering. Den blir lettere å navigere i, og langt mer lesbar på ulike digitale plattformer. Vi vil også publisere saker på nett mellom våre ordinære, månedlige utgaver. Du kan lese mer om vår digitale satsning på side 1089, men ikke minst: Gå til psykologtidsskriftet.no og sjekk ut selv. Finner du ting som bør rettes eller endres, send oss gjerne en tilbakemelding. God lesning – både på papir og nett! ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Samlet gir dette et inntrykk av et fag og en profesjon i bevegelse

1096/1102

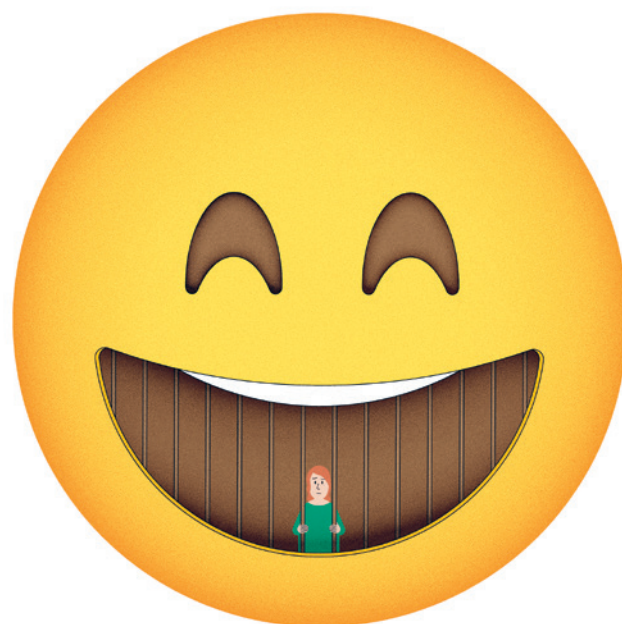


AUTISME PÅ LERRETET

Autisme på film og TV kan gi kunnskap om diagnosen, men også forsterke stereotypier, skriver forfatterne av en fagbulletin om temaet. Psykologtidsskriftet har snakket med tre autister og en skuespiller om hvordan de mener diagnosen fremstilles på skjermen, og hva autistene kan lære oss «nevrotypiske».

Aktuelt, Fagbulletin

1118



PRISEN AV POSITIV TENKNING

Moren hadde sendt henne visdomsord og lykketegninger på mobilen: «Don't worry, be happy», men i prosessen «med å få det bedre» hadde noe blitt enda verre.

Fra praksis



FOTO: FARTEN/RUDJØRN

LASSO RUNDT FRU GRAN

– Jeg var ikke den eneste som følte at foreldrehjemmet var et bur. Det var en lettelse å lese, sier Sissel Gran, som i dette intervjuet forteller hva romanen *Lasso rundt fru Luna* av Agnar Mykle har betydd for henne som psykolog og menneske. I en serie intervjuer fremover forteller kjente psykologer om bøker som har betydd mye for dem.

Intervju

Innhold

- 1081 **Årsregnskap**
Leder | Bjørnar Olsen
- 1084 **Psykologitilsynet**
NÅ: Ole Jacob Madsen | Øystein Helmikstøl
- 1086 **«Det som gjør hverdagen min så hektisk, er egentlig alt»**
Enquête | Sofia Røstad, Astrid Prijanka Rød & Benedicte Tønsberg Henes
- 1088 **Reagerer på Bovims framstilling**
Aktuelt | Per Olav Solberg
- 1090 **Helse Fonna beklager feil hos BUP Haugesund**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 1096 **Autisten i oss**
Aktuelt | Nina Strand
- 1102 **En empirisk studie av autisme på film og TV**
Fagbulletin | Anders Nordahl-Hansen et al.
- 1108 **Psykologisk behandling av ikke-motoriske symptomer ved Parkinsons sykdom**
Evidensbasert praksis | Aleksander H. Erga et al.
- 1118 **Hvor hadde hun det fra?**
Fra praksis | Kari Evelin Arellano Lorentzen
- 1122 **Utenfor rekkevidde**
Fra praksis | Thormod Idsøe et al.
- 1131 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Ikke tenk, vær nyttig | Henrik Berg (s. 1132)
Debatt: Organisering av helsetjenester (s. 1136),
Psykoanalysen (s. 1138), Forebygging av selvmord (s. 1142)
- 1147 **INNTRYKK**
Intervju: Lassoen, friheten og buret | Eivind Normann-Eide (s. 1148)
Bokanmeldelser: Truslene mot fri forskning (s. 1159),
Psykologiens Askeladd (s. 1160), Uforløst om
samtidsdiagnose (s. 1162)
- 1164 **Kurskalenderen**
- 1165 **Annonser**
- 1179 **Stillingsannonser**



KRITISK Filosof og psykolog Ole Jacob Madsen gransker mediefortellingene om «generasjon prestasjon» i sin nye bok.

Psykologitilsynet

I sin nye bok svinger psykologiprofessor Ole Jacob Madsen svøpen over medier, psykologstanden og forskere.

TEKST

Øystein Helmikstøl

FOTO

Fartein Rudjord

– Du er opptatt av at mediene kan ha medvirket til økt rapportering av psykiske plager. I boka omtaler du et innlegg¹ av Linnea Myhre, der hun skriver at psykiske lidelser ikke smitter.

– Hun skrev en kommentar der hun minner om at psykiske lidelser ikke smitter, og ikke er noe trendy som unge frivillig velger. Jeg leser teksten som symptomatisk for hvor lite utviklet modellen for smitte via kulturen og språket er. Hvis man problematiserer ulempe ved «den nye åpenheten», må man være beredt på å bli anklaget for å mene at psykisk syke er trendnisser som har valgt lidelsen selv.

.....

1. Linnea Myhre, «Åpenhet for alle.» (2017), <https://morgenbladet.no/ideer/2017/11/myhre-apenhet-alle.>, avs. 8.

– Uttrykket «generasjon prestasjon» kommer for alvor inn i det offentlige ordskiftet fra og med 2014 med en reportasje² av journalist Marit Bromark, skriver du. Hva er det med den?

– Teksten er en av de første som tar i bruk uttrykket «generasjon prestasjon». Den demonstrerer hvordan det gjerne er kritikerne av prestasjons-samfunnet som er først ute med å bruke begrepet. Det reiser jo interessante spørsmål om det er fenomenet eller begrepet som kommer først.

– Du gjennomgår kritisk det du kaller en tidstypisk reportasje om «målehysteri» i Klasse-

.....

2. Marit Bromark, «Prestasjonsbarna: – I dag er det ingen arena for det vanlige, bare for det som er best», *foreldre.no* (2014), <http://www.klikk.no/foreldre/barn/prestasjonsbarna-1447809.ece.>, avs. 12.

kampen³ fra august i fjor. Hva er det reportasjen illustrerer?

– Den illustrerer hvordan man snakker om et «målehysteri» i skolen knyttet til testing og prestasjoner, der unge som blir spurt, sier at «de kjenner seg igjen i forskningen». Da synes jeg det er forbløffende at man ikke reflekterer over hvordan forskere og media selv kan representere et «hysteri» i de stadige oppslagene om hvordan de unge egentlig har det.

– Målehysteri, altså?

– Det er jo forståelig at man ønsker seg et best mulig bilde av livskvaliteten til unge i Norge i dag, men jeg mener vi må spørre oss selv til hvilken pris. Offentliggjøringen av slike rapporter blir avløst av en serie medieoppslag som tematiserer ungdommens psykiske helse negativt, og som jeg er redd kan bidra til et selvoppyllende kulturelt narrativ om unge som sliter seg ut med stress, press og perfektjonskrav.

– Du gir et sted honnør til forskerne bak Ungdata-undersøkelsene, Mira Aaboen Sletten og Anders Bakken, for å ha utfordret mediefortellingen om de flinke pikene, men du er også direkte i kritikken mot dem. Hva er galt med Ungdata?

– Jeg synes det er interessant å se hvordan de har forsvart seg mot kritikken blant annet fra Marthe Schille-Rognmo her i tidsskriftet.⁴ Argumentet deres er at dersom Ungdata skulle komme til å sykeliggjøre unge, så ville flere helsearbeidere rundt om i Norge ha sagt fra. Her tror jeg de har for stor tillit til helsesøstre og psykologer. Hvis det er noe som kjennetegner vår profesjon, er det snarere: «Ingen lidelse er meg ubetydelig!»

– I 2015 inkluderer det private psykologsen-teret HelpLink i Oslo «flink pike-syndrom» i sitt tjenesterepertoar. Det er du ikke begejstret for?

– Nei, jeg synes det er etisk problematisk at man sømløst inkluderer en pseudodiagnose i tjenesterepertoaret sitt på linje med angst og depresjon, fordi en ny nisje i markedet åpner seg.

.....

3. Jo Røed Skårderud, «Jentene stresser seg syke», *Klassekampen*, 22. august 2017.

4. Per Olav Solberg, «Mener Ungdata gir et nyansert bilde», *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 55, nr. 2 (2018).

Hvorfor NÅ?

- Ole Jacob Madsen er ute med boka *Generasjon prestasjon*.
- Madsen «friskmelder ungdommen, men sykmelder psykologstanden», skrev Dagbladets anmelder og ga boka terningkast 6.
- Madsen er en norsk psykolog og filosof som særlig har skrevet om kultur- og samfunnspsykologi. Han er professor ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.
- Se også anmeldelse av den nye boka på side 1162.

– Et annet sted er du kritisk til Solfrid Raknes' *Psykologisk førstehjelp*⁵ i skolen. Fortell.

– Nå er jo ikke det noe nytt, jeg viet et helt kapittel til det i min forrige bok *Det er innover vi må gå*. Jeg opplever Raknes som lydhør for kritiske innspill, men siden disse selvhjelpsskrinene tas i bruk i stadig større omfang, må jeg nesten gjenta meg selv. I denne boken spør jeg om grønne og røde tanker er symptomatisk for en mentalhygienisk tro på regulering av positive og negative tanker, som er fjernt fra et eksistensielt syn på følelser og lidelser, der disse må gis en mening.

– Tiden er overmoden for at psykologprofesjonen gir seg i kast med samfunnsetiske dilemma rundt ressursbruk og prioriteringer, skriver du, og mener at det er en oppgave som legeprofesjonen til nå har vist seg mest moden til. Hvor langt bakpå er psykologstanden?

– Psykologstanden opererer under APs parole «Alle skal med», eller «Ingen lidelse er meg ubetydelig», som jeg skriver i boken. Denne rause, inkluderende profesjonstenkningen er i ferd med å bli et problem, fordi det å trekke grenser eller gjøre prioriteringer blir en umulig øvelse.

– På hvilken måte bidrar psykologer til sykeliggjøring?

– Sykeliggjøring er et upresist begrep, og leder fort tankene til konspirasjoner. Poenget mitt er at psykologer inngår i et kretsløp der vi hele tiden må reflektere over virkningen vi og vårt tilbud har, og ikke utelukkende bør forstå oss selv som løsningen som vil dempe problemet.

– Du er såpass privat i boka at du dediserer den til din datter. Peder Kjøs har åpnet opp i VG og fortalt om da han møtte kona si. Bjuda på, Madsen: Har du en historie om da du berørte partneren din i korsryggen?

– Vi er travle småbarnsforeldre, så berøringene oss imellom er stort sett begrenset til å bytte bilnøkkel med sykkelnøkkel i forbindelse med vaktskifte og henting i barnehage og på SFO. Men jeg har begynt å trene korsryggen. Attpåtil med en personlig trener – og jeg elsker det! Veien er visst kort fra kritikk av prestasjonssamfunnet til markløft og knebøy på treningssenteret mitt Optimal Prestasjon. ✘

.....

5. Redaksjonen opplyser om at redaktør Ida Holth har skrevet et kapittel om *Psykologisk førstehjelp* sammen med Ole Jacob Madsen. Kapittelet er for tiden til vurdering hos Cappelen Damm.



UNG JOURNALIST Sofia Røstad var en av tre ungdommer som jobbet i Psykologtidsskriftet en uke i sommer.

«Det som gjør hverdagen min så hektisk, er egentlig alt»

I juni i år var det arbeidsuke ved Grevlingen ungdomsskole i Son. I en uke arbeidet Sofia Røstad, Astrid Prijanka Rød og Benedicte Tønsberg Henes, alle 15 år, som journalister i Psykologtidsskriftet. Oppgaven deres var å intervju andre ungdommer om hvordan de opplever livet sitt, hva som skaper stress, og når de føler at de kan være seg selv. Vi har spredt svarene ungdommen ga, på flere steder og sider gjennom denne utgaven. I de tilfellene der ungdommene som svarer, er under 16 år, spurte journalistene om samtykke fra foreldrene.

Røstad er fornøyd med at hun fikk muligheten til å prøve seg som journalist:

- Det var uvant å intervju ungdom på min egen alder. Jeg var særlig spent på om de ønsket å svare i det hele tatt, og hva de kom til å svare. Mange vi tok kontakt med, ønsket ikke å si noe, de virket litt sjenerte; særlig mange av guttene vi henvendte oss til, var tause. Jeg kan godt forstå det – jeg tror jeg hadde reagert litt sånn selv også, hvis det var jeg som skulle bli intervjuet av tre gutter på min egen alder om litt sensitive spørsmål.

Mange av de som svarte, hadde reflekterte svar, synes Røstad.

- *Hva lærte du av å jobbe journalistisk?*

- Det tok tid å komme inn i det. Da vi begynte, gjorde vi det veldig skjematisk, og vi hadde få oppfølgingsspørsmål. Etter hvert skjønte vi at det var mye bedre å være mer empatiske. Da fikk vi også bedre og mer interessante svar. Det var en bratt læringskurve, avslutter hun.

TEKST OG FOTO

Per Olav Solberg*

* Journalisten er også far til en av de tre ungdommene.

- Hvordan er det å være ungdom i dag?

TEKST Sofia Røstad, Astrid Prijanka Røed og Benedicte Tønsberg Henes

Jeg synes det er fint at vi har mange muligheter til å gjøre det vi vil, og å uttrykke oss. Samtidig er det slik at vi gutta blir ofte sett ned på av eldre folk som tror at vi bare driver med faenskap og sånt.

Gutt, 15 år, Son

Det er greit, men vanskelig iblant med alt arbeidet vi blir pålagt. I tillegg forventes det kanskje mer av oss siden vi blir eldre. Det jeg synes er bra, er at man kan utforske hvem man er, og hvor dine egne grenser går.

Jente, 15 år

Jeg tror det er mer press på oss i dag enn det var på generasjonen før oss, men jeg føler ikke at jeg blir påvirket av dette. Jeg gikk for eksempel yrkesfag, og jeg følte ikke noe press for å ta studiekompetanse fordi de andre gjorde det. Jeg gjør det jeg selv ønsker.

Jente, 20 år, Oslo

Det som er dumt, er at det er mye press på grunn av sosiale medier og det idealet om at man må være perfekt og sånt. Det som er bra, er at det har blitt mye lettere å finne på ting med venner og å holde kontakten.

Emma, 15 år, Son

I og med at vi opplever motgang under ungdomstida, får vi mye tettere bånd med vennene våre.

Helena, 15 år, Kongsberg

Det er jo mye press. Alt er egentlig press. Både på sosiale medier, skole og så videre. Hvilken skole du går på, og hvordan du er på sosiale medier, har stor betydning. Personlig føler jeg ikke så mye på dette presset angående sosiale medier, fordi jeg ikke er så aktiv på å legge ut bilder. Det jeg synes er bra, er at man får venner man kommer til å ha resten av livet.

Veronica, 15 år, Vestby

Det er veldig fint å være ungdom i dag, men samtidig vet jeg at det er mange som føler press på hva man har på seg, hvordan man skal se ut, og at man skal ha gode karakterer.

Yllka, 18 år, Sofiemyr

Flere spørsmål og svar på side 1117 og 1129. ➤

**PSY
KOL
OGI**

SKRIV FOR OSS!

Visste du at du kan få 20 poeng til vedlikehold av spesialiteten for å publisere vitenskapelig hos oss?

Vi har tre vitenskapelige sjangere å velge i: vitenskapelig artikkel, evidensbasert praksis og fagbulletin. Se nettsidene våre for informasjon om krav til sjanger og manusutforming. Psykologtidsskriftet er et godkjent nivå 1-tidsskrift og vitenskapelige artikler hos oss gir også publikasjonspoeng.

Send inn bidrag til bjornar@psykologtidsskriftet.no

Bovims framstilling

Psykologisk institutt ved NTNU i Trondheim kjenner seg ikke igjen i rektor Gunnar Bovims framstilling av klinikkstriden.

TEKST

Per Olav Solberg

I NOVEMBERUTGAVEN av Psykologtidsskriftet ble rektor ved NTNU Gunnar Bovim intervjuet om hvorfor han mener det er nødvendig å reorganisere internklinikken ved Psykologisk institutt ved NTNU. Bovim sa blant annet at han opplever at folk ved instituttet er sinte og redde, og at det har overrasket ham. Klinikkleder ved barne- og ungdomsklinikken ved Psykologisk institutt ved NTNU Katrin Glatz Brubakk kjenner seg ikke igjen.

– Vi er hverken sinte eller redde, men derimot engasjerte for å opprettholde høy utdanningskvalitet og faglig autonomi. Vi er opptatt av at studentene skal få best mulig opplæring, og det er mange faglige argumenter for å fortsatt ha en internklinikk som instituttet selv organiserer og har ansvaret for.

– *Bovim mener at Psykologisk institutt ikke skal operere annerledes enn andre utdanninger. «Vi driver ikke egne skoler for lærerutdanningen eller egne sykehus for legestudentene», sier han. Er ikke dette et poeng?*

– Det at én type organisering er bra for én utdanning, betyr ikke nødvendigvis at det er riktig for en annen utdanning. Alle universitetene har internklinikker for psykologi, det samme gjelder odontologi i Bergen og fysioterapi i Oslo – fordi det gir best læring for disse fagutdanningene. Psykologistudentene våre har hovedpraksis utenfor campus, stort sett i spesialisthelsetjenesten. Men den første terapiopplæringen har de her på internklinikken. Legestudentene har også en ferdighetslab på campus, der de øver opp praktiske ferdigheter før de prøver seg ute i «den store verden». Når du lærer å kjøre bil, tar du ikke den første kjø-



Katrin Glatz Brubakk mener det er mange faglige argumenter for å ha fortsatt internklinikk ved NTNU. Foto: NTNU

returen på autobahnen i Tyskland. Å få utfordringer som passer ferdighetene og under tett veiledning, er essensielt for god læring, sier Brubakk.

KUNNSKAP – IKKE SKJØNN

I forbindelse med planleggingen av et nytt senter for psykisk helse knyttet til St. Olavs hospital i Trondheim ba universitetsledelsen ved NTNU konsultentselskapet PwC om å utrede to klinikk-løsninger: enten fortsatt internklinikk, der NTNU har ansvaret, eller å la klinikken bli en del av spesialisthelsetjenesten ved det nye

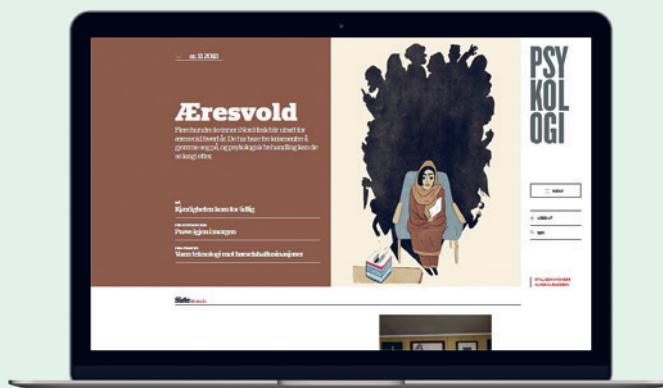
senteret. PwC konkluderte med at en internklinikk trolig ville være den beste løsningen for å sikre utdanningskvaliteten. Årsak: Ved å flytte ansvaret for terapiopplæringen til St. Olav, ville den være pliktig til å følge spesialisthelsetjenesteloven. Studentene vil da risikere å få svært syke pasienter til behandling, og som de ikke er kvalifiserte til å ha i terapi. For å få en «second opinion» ba universitetsledelsen ved NTNU St. Olav om å kommentere rapporten fra PwC. St. Olavs konklusjon: Det er ikke noe problem å organisere denne delen av virksomheten i utdanningsøyemed, og at studentene da får pasienter med lettere psykiske lidelser.

– I intervjuet med Psykologtidsskriftet kaller Bovim svaret fra St. Olav en rapport. Det er det virkelig ikke. Det kan mer leses som et hørings-svar på PwC-rapporten. Notatet fra St. Olav er på to sider. Han sier videre at konklusjonen i PwC-rapporten etter hans skjønn ikke kan være riktig. Skal virkelig Norges største universitet styres etter skjønn? Vi håper debatten og vedtaket blir fundert på fagkunnskap og forskning.

– Men hvis St. Olav har rett, at man kan organisere virksomheten i utdanningsøyemed, er det da noen argumenter for ikke å flytte ansvaret for terapiopplæringen til St. Olav?

– Det er mange argumenter, uavhengig av akkurat dette poenget. Vi ønsker kontroll over vår egen utdanning, og vi ønsker faglig autonomi og stor grad av studentmedvirkning. Dette ivaretas best ved at vi selv organiserer klinikken. Studenter er svært fornøyd med internklinikker generelt, noe som kom fram i Nokut-rapporten «Til glede og besvær – praksis i høyere utdanning» fra september i år. Studenter med ekstern praksis uttrykker at det er for lang vei mellom teori og praksis, og at kvaliteten på veilederne er for varierende. Våre studenter fremhever at dette er ting de er svært fornøyde med slik det er nå. Vi tenker at dette sikrer god utdanningskvalitet. Et annet helt sentralt poeng er at psykologutdanningene nå endres til å bli mer rettet mot forebygging, lavterskeltilbud og førstelinjen. Vi skal utdanne studentene til morgendagens arbeidsmarked, og de politiske signalene går i retning av mer behandling og flere psykologer i førstelinjen. Da er ikke svaret å gi studentene all praksis i psykiatrien og spesialisthelsetjenesten. Det er å gå baklengs inn i fremtiden, avslutter Brubakk. ✘

AKTUELT



Psykologtidsskriftet lanserer nye nettsider

TEKST Per Olav Solberg, redaktør

Når du leser dette, har Psykologtidsskriftet lansert nye nettsider. De nye sidene gir lettere og bedre tilgang til stoffet vårt, et forbedret søkeverktøy og et tidsriktig design som er leservennlig både på PC og mobil. Vi har jobbet med å beholde tidsskrift-følelsen på nett – vi skal være til å kjenne igjen, også i vårt nye digitale format. Men den nye løsningen gir også nye muligheter: Nytt lesestoff kommer på nett mellom hver papirutgave, både journalistikk, debattinnlegg og fagbidrag. Gjennom kommentarfelt til hver tekst på nett blir det også enklere for deg å komme i kontakt med redaksjonen og å kommentere fagbidrag og delta i aktuelle debatter. Vi håper du liker resultatet!

Tilbakemeldinger på nettløsningen kan sendes på epost til: redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Helse Fonna beklager feil hos BUP Haugesund

Internrapport og Fylkesmannen kritiserer BUP Haugesunds rolle før dommeravhør i overgrepssak. Høyesterett har opphevet dom fra lagmannsretten, men saken fortsetter i rettssystemet.

TEKST OG FOTO
Øystein Helmikstøl

EN MANN I 40-ÅRENE fra Haugalandet ble i tingretten dømt til ni års fengsel for incest. I ankesaken ble han frikjent av juryen, en kjennelse som ble godtatt av fagdommerne. Likevel ble han dømt av fagdommerne til å betale erstatning. Denne erstatningsdommen er nå opphevet av Høyesterett, og det ser ut til å gå mot ny ankebehandling i lagmannsretten.

Psykologtidsskriftet fulgte hele saken i lagmannsretten i Stavanger og Høyesterett i Oslo, og saken ble omtalt i januar-, mars- og juniutgaven av Psykologtidsskriftet.

I lagmannsretten ble BUP Haugesunds utredning og behandling av mannens datter et sentralt tema. Etter dommen i lagmannsretten har en intern vurderingsgruppe i Helse Fonna kommet med sterk kritikk av BUP Haugesund. Og i etterkant av denne internrapporten har også Fylkesmannen kommet med sterk kritikk mot to erfarne behandlere i BUP.

BEKLAGER

Nå beklager Helse Fonna på det sterkeste. Kenneth Eikeset, direktør for psykisk helsevern i Helse Fonna, skriver i en e-post til Psykologtidsskriftet at fylkeslegens konklusjon er i tråd med Helse Fonnas egen interne gjennomgang. Han opplyser at behandlingen av barnet la til grunn en utredning gjort på Statens barnehus, en utredning som ifølge klinikkdirektøren ikke var et godt nok grunnlag for videre behandling.



BEKLAGER Klinikkdirktør Kenneth Eikeset i Helse Fonna beklager på det sterkeste etter at en intern utredningsgruppe og Fylkesmannen har sett på utredning og behandling i BUP Haugesund i tilknytning til en straffesak om påståtte seksuelle overgrep. Foto: Eirik Dankel/Helse Fonna

– Det beklager vi på det sterkeste overfor dei involverte i saka, skriver Eikeset.

- ENDELIG

Mannen fra Haugalandet ble i 2016 dømt til ni års fengsel i Haugaland tingrett¹ for grove seksuelle overgrep mot sin datter. I tillegg ble han dømt til å betale 350 000 kroner i erstatning.

Han ble frikjent av juryen i Gulating lagmannsrett² i 2017. Tidligere i år ble mannen

.....

1. 15-169536MED-HAUG
2. 16-062300AST-GULA/AVD1

likevel dømt til å betale 250 000 kroner i erstatning, fordi han ble strafferettslig frikjent, men sivilrettslig dømt for samme forhold. Fagdommerne mente det var klar sannsynlighetsovervekt for at mannen hadde begått noen av de overgrepene han var anklaget for.

Den frikjennende dommen i lagmannsretten er rettskraftig. Men nå har Høyesterett³ også opphevet erstatningsdommen fra lagmannsretten.

– Endelig. Folk forstår ikke hvor lett det kan være å få anklager om seksuelle overgrep mot seg, og hvor utrolig vanskelig det er å renske seg fra de samme anklagene.

Det sier mannens talsperson Svein Olav Nordlien til Psykologtidsskriftet.

SAKEN FORTSETTER

I begrunnelsen for å idømme erstatningsansvar siterte lagmannsretten deler av tingrettens dom, der mannen ble funnet strafferettslig skyldig. Mannen ble blant annet omtalt som «tiltalt» flere ganger, selv om han i straffesaken er frikjent av juryen. Høyesterett slo ned på måten dommen fra lagmannsretten er skrevet på, og mener den krenker uskyldspresumsjonen i Grunnloven og Den europeiske menneskerettskonvensjon.

Formelt står det sivilrettslige kravet om erstatning på 350 000 kroner fra tingretten fortsatt ved lag. Kravet om erstatning er opprettholdt, ifølge bistandsadvokat Elisabeth Rød. Det går ifølge forsvarer Thomas Randby mot ny ankebehandling i lagmannsretten, med mindre forsvarers motpart frafaller erstatningskravet.

BEHANDLING I BUP

Fars talsperson Svein Olav Nordlien forteller at han kom inn i saken etter at far ble dømt til ni års fengsel av tingretten. Han har etter tingrettsdommen engasjert seg for å få far rensket, og har jobbet sammen med forsvarer Thomas Randby for å finne nye bevis i saken. Det førte blant annet til at et videoopptak fra BUP Haugesunds EMDR⁴-behandling av mannens datter ble vist to ganger i lagmannsretten. På opptaket forteller en behandler i detalj til jenta hva hun skal ha blitt utsatt for. Det skjedde før jenta skulle avhøres av politiet for andre gang. Etter det første barneavhøret ville politiet henlegge saken.

Det kom fram i lagmannsretten at BUP fikk vite av politiet at de vurderte et nytt dommeravhør av jenta. I lagmannsretten kom det også fram at jenta i BUP-behandlingene aldri selv hadde sagt noe om seksuelle overgrep fra far.

Det syv minutters opptaket av BUP-behandlingen ble også spilt av i Høyesterett. Advokat John Christian Elden, som representerte far i saken, forteller til Psykologtidsskriftet at han viste filmen fordi fagfolk har kommet med sterk kritikk mot BUP Haugesunds behandling i denne saken. Ifølge Elden er fagfolkens kritikk et godt argument for at dommen burde oppheves.

.....

3. 18-049784SIV-HRET

4. EMDR er en forkortelse av «Eye Movement Desensitization and Reprocessing». EMDR er en psykoterapeutisk tilnærming, som hjelper å minske det ubehaget som kan prege hverdagen, hvis du har vært utsatt for ubehagelige opplevelser i fortiden, ifølge emdrnorge.no.



LETTET Svein Olav Nordlien er glad og lettet over at Høyesterett nå har opphevet en dom om erstatning i en overgrepssak. Nordlien jobber for at far skal bli helt rensket for anklager om incest.

– Vi må vere audmjuke og opptre særleg korrekt og velgrunna i saker som kan få strafferettslege konsekvensar

Kenneth Eikeset, klinikkdirektør Helse Fonna

»

Haugalandet-saken

Behandling og rettsprosess

Sommeren 2014

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

22. juli 2014

Mor anmelder til politiet.

28. juli 2014

Jenta undersøkes av lege, som ikke finner merker eller spor av overgrep.

15. august 2014

Første dommeravhør av jenta.

9. oktober 2014

Inntakssamtale BUP Haugesund.

– Stor sannsynlighet for PTSD, ifølge første journalnotat.

24. oktober 2014

Politiet foreslår henleggelse.

16. februar 2015

Uttalelse fra overlege Sissel Øritsland i BUP etter henvendelse fra bistandsadvokat:

– Stor faglig sikkerhet for at seksuelle overgrep har skjedd.

10. mars 2015

Statsadvokaten ber om ytterligere etterforskning.

16. mars 2015

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

25. mars 2015

I EMDR-behandling forteller BUP-behandler i detalj til jenta om hva hun skal ha opplevd av seksuelle overgrep fra far.

5. mai 2015

Andre dommeravhør av jenta.

1. april 2016

Far enstemmig dømt til ni års fengsel i Haugaland tingrett.

13. desember 2017

Nye bevis.

Far frikjent i Gulating lagmannsrett.

19. januar 2018

Fagdommerne dømmer far til å betale 250 000 kroner i erstatning.

– Klar sannsynlighetsovervekt for overgrep, mener fagdommerne.

19. mars 2018

Internrapport Helse Fonna:

– Utredning og EMDR-behandling av jenta var faglig uforvarlig.

20. september 2018

Høyesterett opphever erstatningsdommen fra Gulating lagmannsrett.

21. september 2018

Fylkesmannen:

– Utredningen av jenta hos BUP Haugesund var ikke forvarlig.

– Det er veldig sjelden at man viser bevis i Høyesterett, men jeg synes filmen er så talende for hvordan fagpersoner har gått frem i denne saken. De lager en historie, i stedet for å formidle en historie fra vitnet. Dette var det greit at Høyesterett fikk vite, sier Elden til Psykologtidsskriftet.

Advokat Arild Christian Dyngeland, som var Eldens motpart i Høyesterett, ønsker ikke å kommentere saken.

STRID OM BUP-BEHANDLING

Rapporten fra en intern vurderingsgruppe ved Klinikk for psykisk helsevern hos Helse Fonna, som kom i mars i år, konkluderte med at utredningen av jenta var faglig uforvarlig og ikke i tråd med anerkjent faglig praksis. Vurderingsgruppen konkluderte videre med at leketerapi for jenta og støttesamtaler og psykoedukasjon for mor var faglig forvarlig og i tråd med anerkjent faglig praksis.

Vurderingsgruppen mener imidlertid at bruken av EMDR som terapiform overfor jenta var faglig uforvarlig, fordi det etter gruppens oppfatning er usikkert hvorvidt jenta hadde vært utsatt for traumer før hun ble henvist til BUP Haugesund. Avslutningsvis peker rapporten på at institusjonen på så måte utviklet seg i en positiv retning.

Klinikkdirektør i psykisk helsevern i Helse Fonna Kenneth Eikeset beklaget til Psykologtidsskriftet i juni at barnet ikke hadde fått god nok utredning.

Bakgrunnen for at Helse Fonna vurderte BUP Haugesunds behandling relatert til straffesaken om påståtte seksuelle overgrep, var ifølge interngruppens rapport eksterne henvendelser og en artikkel i Psykologtidsskriftet i januar om det vi omtaler som Haugalandet-saken. I artikkelen uttalte psykolog og førsteamanuensis ved Polithøgskolen Ellen Margrethe Wessel at behandlingen jenta hadde fått, var så klanderverdig at tilsynsmyndighetene burde gå gjennom behandlinger gjort tidligere ved denne poliklinikken. Wessel var sakkyndig vitne oppnevnt av forsvarer under rettsaken.

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

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

I retten avviste hun at behandlingen hadde skapt falske minner hos barnet. Rettsoppnevnt sakkyndig psykolog Tori Mauseths vurdering var at faglige anbefalinger og retningslinjer er ivaretatt gjennom utredning og behandlingstilbud ved BUP Haugesund, opplyste hun til retten. I en e-post til Psykologtidsskriftet skriver hun nå at Høyesteretts opphevelse av erstatningsdommen fra Gulating ikke har noe med BUP-behandlingen eller Fylkesmannens vurdering å gjøre. Dommen ble opphevet på grunn av måten den ble begrun-



net på, noe som er et juridisk prinsipp, påpeker hun. Siden hun ikke har lest Helse Fonnas rapport eller Fylkesmannens avgjørelse, ønsker hun ikke å kommentere dette nærmere.

Aktor i saken, statsadvokat Birgitte Budal Løvlund, skriver i en e-post at påtalemyndighetens sak er rettskraftig avgjort i Gulating lagmannsretts dom, og at de dermed ikke er part i saken som gjelder erstatningsspørsmålet, som ble behandlet av Høyesterett. Løvlund har ikke lest Fylkesmannens avgjørelse, som hun presiserer ikke inngår i påtalemyndighetens sak. Til Psykologtidsskriftet betoner hun at det Høyesterett behandlet, var hvordan lagmannsretten begrunnet sin avgjørelse, ikke bevisvurderingen, som ikke ble tillatt fremmet for Høyesterett. Og det var lagmannsrettens begrunnelse som av Høyesterett ble vurdert som å være i strid med Grunnlovens uskyldspresumpsjon, understreker hun.

– BUP-behandlingen har absolutt ingenting med dette å gjøre, skriver Løvlund. Påtalemyndigheten forstår ellers avgjørelsen dit hen at hovedforhandlingen ikke er opphevet,

og at lagmannsretten i prinsippet dermed kan skrive en ny dom med begrunnelse innenfor formkravene.

Bistandsadvokat Elisabeth Rød skriver i en e-post at hun ikke er fagperson når det gjelder BUPs behandling, og at hun derfor forholder seg til Fylkesmannens avgjørelse. Hun legger til at det har vært viktig for hennes klient å få hjelp i en vanskelig situasjon, og at behandling, slik også Fylkesmannen legger til grunn, har hatt positiv effekt. Domsopphevelsen har ikke noe med denne behandlingen å gjøre, men med uskyldspresumsjonen, understreker Rød. Hun skriver at det ikke er «noen feil med lagmannsrettens avgjørelse, men lagmannsretten skulle begrunnet sin fellede avgjørelse på en annen måte». Hun legger til at ankeforhandlingene ikke er opphevet av Høyesterett, og at den sivile saken ikke er avgjort, men ligger hos lagmannsretten.

TILSYNSSAK

Fylkesmannen åpnet tilsyn mot BUP Hauge-sund på bakgrunn av klager på behandlingen »

I HØYESTERETT

Advokatene Arild Christian Dyngeland (til venstre) og John Christian Elden under Høyesteretts behandling av Haugalandet-saken.



I LAGMANNRETTE

Aktor Birgitte Budal Løvlund og forsvarer Thomas Randby da Haugalandet-saken gikk i Gulatings lagmannsrett i Stavanger. Foto: Jan Inge Haga

og etter Helse Fonnas egen rapport. Fylkesmannens avgjørelse kom i slutten av september. Konklusjonen er at utredningen av jenta ikke var forsvarlig. Det ble ifølge Fylkesmannen ikke gjort tilstrekkelig utredning før behandlingen startet, og behandlingen ble startet på et for snevert og mangelfullt grunnlag. Fylkesmannen kritiserer behandlerne for manglende barnehageobservasjon eller hjemmeobservasjon, og at det ikke ble tatt anamneseopptak med foresatte. Behandlerne får også kritikk for at de ikke i tilstrekkelig grad vurderte mors og fars bakgrunnshistorie eller familiedynamikk. Ifølge Fylkesmannen manglet opplysninger fra helsestasjon, og somatisk historie ble ikke tilstrekkelig utredet.

– Behandlerane stilte diagnosen PTSD på eit svært tidleg tidspunkt, utan å vurdere alternative diagnoser, eller å la diagnosen vere tentativ, konkluderer Fylkesmannen i Hordaland, som slår fast at Helse Fonnas interne rutine for basisutredning på flere punkter ikke er fulgt. Fylkesmannen understreker at selv om det ikke er slik at en alltid skal følge prosedyren punkt for punkt, «vil det i ei sak som gjeld så alvorlege påstandar som seksuelle overgrep

mot barn, som også kan få strafferettslege konsekvensar, stillast strenge krav til utgreiing».

– EMDR-behandling i forkant av siste dommaravhøyr var uheldig, står det i Fylkesmannens avgjørelse, der det også understrekes at det er behandlerne selv som er ansvarlige for svikten.

Fylkesmannen konkluderer med at avviket fra god praksis er av en slik karakter at det kan karakteriseres som uforsvarlig etter helsepersonelloven paragraf 4. Saken blir ikke sendt over til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon, fordi Fylkesmannen legger til grunn at de har endret praksis i samsvar med nye og forbedrede krav til utredning av barn ved mistanke om seksuelle overgrep.

Fylkesmannens vurdering er at behandlingen under ett synes å ha hatt en positiv effekt, og finner ikke holdepunkter for at behandlingen i seg selv var uforsvarlig.

Psykologtidsskriftet har gjort de to behandlerne kjent med det som kommer fram i denne artikkelen, men vi har ikke lyktes i å få en kommentar fra dem. Overlege Sissel Øritsland henviser til kommunikasjonsavdelingen i helseforetaket.

Kenneth Eikeset, direktør for psykisk helsevern i Helse Fonna, peker på at det aktuelle barnet opplevde en fin utvikling som følge av behandlingen, og at fylkeslegen også mener at behandlingen var forsvarlig tross uforsvarlig utredning. Han legger til at dagens utredning og behandling av traumatiserte barn både nasjonalt og lokalt er vesentlig annerledes i dag enn i 2014. Helseforetaket har ifølge klinikkdirektøren også gått gjennom tilsvarende, avsluttede saker, og har ikke funnet saker tilsvarende den som nylig ble behandlet hos Fylkesmannen.

Eikeset opplyser at de vil fortsette å gjennomgå slike saker fremover, for å sikre at utredning og behandling er forsvarlig. Han skriver også at behandlerne ved BUP har deltatt i dette forbedringsarbeidet, og at man arbeider med den rollen behandlere har i retten som sakkyndig og som behandler.

– Vi må vere audmjuke og opptre særleg korrekt og velgrunna i saker som kan få strafferettslege konsekvensar, påpeker Eikeset.

PRINSIPIELL DEBATT

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

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

Bistandsadvokat Elisabet Rød mente at det i seg selv ville være et overgrep å ikke igangsette behandling i påvente av at en sak skulle behandles i rettssystemet.

Psykologspesialist og forsker Dag Nordanger uttalte at den prinsipielle diskusjonen saken reiser, er hva som skal ha forrang av straffesporret og behandlingssporet, altså om hensynet til rettsprosessen skal veie tyngre enn hensynet til en persons behandlingsbehov.

– Ved alvorlige fysiske skader ville man ikke holdt tilbake helsehjelpen for ikke å forspille bevis – man hadde ikke overlatt den medisinske vurderingen til politiet og avventet klarsignal fra dem, slik Randby foreslår. Det prinsipielle spørsmålet blir da hvorfor man skal tenke annerledes om psykiske skader, sa Nordanger til Psykologtidsskriftet i mars.

Randby avviser at han har foreslått at politiet skal gjøre medisinske vurderinger.

– Jeg har pekt på at de tilfeller hvor det foreligger både et behandlingsbehov og en pågående etterforskning, reiser det særskilte problemstillinger som er egnet for reflektert diskusjon. Behandlerne bør i det minste opplyse til politiet hvis de foretar behandling som vil kunne påvirke etterforskningen. Det er alle tjent med.

PFU

Psykologtidsskriftet publiserte første artikkel om Haugalandet-saken i januar i år. I etterkant har blant andre Haugesunds Avis og NRK omtalt saken flere ganger. Alle tre medier er klaget inn for Pressens Faglige Utvalg for artikler om saken. Klagene blir etter planen behandlet nå i desember. ✕

– Ved alvorlige fysiske skader ville man ikke holdt tilbake helsehjelpen for ikke å forspille bevis

Dag Nordanger, psykologspesialist og forsker

Psykologi og rettssikkerhet

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

Se www.psykologtidsskriftet.no

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

Se *desemberutgaven i 2017*.

Autisten i oss

Filmer, TV-serier og teaterstykker med autistiske rollefigurer møter stor entusiasme blant publikum. Hvorfor? Og er det egentlig bra? Vi spurte tre autister og en skuespiller som i tre år har spilt autist.

TEKST Nina Strand



FRYKTER DET UKJENTE Frank Kjosås spiller autisten Christopher som trosser angsten og reiser hjemmefra. Foto: Dag Jenssen/Det norske teatret

Både fiksjon og forskning om autisme vekker stor interesse. På Det norske teatret i Oslo vises nå stykket «Den merkelege hendinga med hunden den natta» på fjerde året, fortsatt for fulle hus. Teaterstykket bygger på den engelske forfatteren Mark Haddons bestselger fra 2003 om en autistisk gutt som går gjennom en livskrise. Samtidig står kritikerroste «Tung tids tale» på repertoaret, med den hardt autismerammede sønnen til forfatter Olaug Nilssen i sentrum.

Professor ved Høgskolen i Østfold Anders Nordahl-Hansen er førsteforfatter på fagbulletinen om autisme på film og TV (side 1102). Han mener de to teaterstykkene illustrerer et viktig poeng i undersøkelsen han og kollegene har gjort: Det er stor bredde i autismspekterforstyrrelsene som portretteres i fiksjonene.

– Rundt halvparten av filmene vi undersøkte, handler om mennesker med utviklingshemning og autisme. At vi tror noe annet, skyldes nok at det i flesteparten av de mest

populære filmene og TV-seriene ikke handler om personer med alvorlig utviklingshemning, sier professoren, som har forsket på autisme i en årrekke. Han peker på en interessant forskjell mellom autismefeltet og psykisk helsefeltet: Mange vil heller bli kalt autist eller autistisk enn for eksempel «person med autisme». Identiteten som autistisk er viktig for mange istedenfor såkalt person-først-betegnelse

– Ved «identitet-først»-språk får man bedre frem at autistiske personer er annerledes, noe som innebærer både styrker og svakheter, sier Nordahl-Hansen, og understreker at autisme da heller ikke er en forstyrrelse, men en tilstand. Likevel fremhever han at mange foretrekker andre termer. Blant annet vil en del foreldre kunne foretrekke person-først-språk, eller si at barnet deres er «på autismspekteret». Autister på sin side har sitt eget begrep for «oss andre».

– Det er ganske utbredt blant autister å kalle oss uten diagnosen for «nevrotypiske», mens de selv er «nevroatypiske», kommenterer han.

DILEMMA

Nordahl-Hansen mener det ligger et dilemma i at autismspekterforstyrrelse fremstilles på film og TV, ofte i serier der hensikten først og fremst er å underholde. På den ene side kan fremstillingene gi økt oppmerksomhet og kjennskap til autisme. På den annen side kan måten autister fremstilles på, skape og forsterke stereotypiske holdninger.

Funnene i Nordahl-Hansens undersøkelse tydet på at de fiktive autistiske karakterene hadde veldig mange autistiske trekk, og at fremstillingen av dem overordnet sett er i tråd med beskrivelser i diagnosemanualer. Men dette er foreløpig lite undersøkt, poengterer forskeren, som ble litt overrasket da han i fjor sammen med kolleger publiserte en vitenskapelig artikkel om disse funnene i tidsskriftet *Psychiatry Research*.

– Vi har aldri tidligere publisert noe som har skapt så stor debatt, og tidsskriftet fortalte oss at antall delinger og mediedekning av artikkelen var blant topp fem hos dem noensinne.

PUSTEROM FRA NORMALITETEN

Hvorfor denne interessen for mennesker med autismspekterdiagnose? Filosof og autist Ragnhild Jordahl (se også side 1100), sier det slik:

– Noe av grunnen kan være at disse figurene blir som et slags pusterom fra et normalitetsjag som jeg tror mange føler på. At det kanskje kan være godt å se karakterer som ikke automatisk er med på alle selvfølgeligheter og regler som folk generelt lever etter – at de kanskje gjør litt motstand mot ting som «bare er sånn».

Hun trekker også frem at disse figurene gir muligheter til undring og underliggjøring – et nytt blikk på ting som er velkjente for oss.

– På samme måte som når Mummitrollet plutselig må forholde seg til, forsøksvis forstå og navigere seg igjennom vinteren i Tove Janssons *Trollvinter*, må Christopher i «Den merkelege hendinga ...» navigere seg igjennom noe som er en velkjent verden for de fleste av oss, men som for ham er noe nytt, skummelt og uforutsigbart, funderer Jordahl, som tror den autistiske karakteren gir rom for vårt behov for å stille spørsmål ved tilsynelatende selvfølgeligheter.

– Kanskje får vi høre «Ikke spør så mye!» så mange ganger som barn at vi til slutt faktisk gir opp å sette et lite «Ja, men hvorfor?», reflekterer filosofen, som mener vi heller ikke skal kimse av at dette kan være både morsomme og sjarmerende karakterer. Sheldon Cooper i TV-serien *Bing bang* gir kanskje ingen dyp innsikt i hvordan det er å være autistisk, men han er en morsom karakter, og det er også verdifullt. Christopher i «Den merkelege hendinga ...» og en del andre karakterer har også en ganske interessant dualitet mellom å være både intellektuelt moden og samtidig emosjonelt og erfaringsmessig umoden, påpeker hun.

– Dette gir karakterer som virker både sjarmerende og sympatiske, noe som også gir et bakteppe for artige og rørende situasjoner.

Helene Larsen som skriver bloggen *Aspergerinformator* (se også side 1099), er inne på lignende tanker:

– Som underholdning tror jeg nevrotypikere synes det er befriende med autister fordi de i filmene sier ting rett frem. Som når Sam i «Atypical» i en alminnelig familiesamtale rundt middagsbordet sier han skal begynne å ha sex. Familien setter maten i halsen, ler og ser på hverandre.

Hun tror slike scener vekker en vennlig, ikke en stigmatiserende latter blant «nevrotypikerne».

– Jeg synes det er ok at de er nysgjerrige på oss. Da er vi ikke bare uønskede utskudd, men personer som bringer frem noe godt hos andre. Vi kan virke vågale og direkte, men gjennom en slik TV-serie ser man på oss med litt andre briller, tror hun.

Men for dem som selv har diagnosen, kan stereotype fremstillinger av autisme også gjøre vondt å se på. Det velter seg i Olav Helland (side 1098) når han ser overdrevne filmscener, der rollefiguren dummer seg ut på en usannsynlig måte. Samtidig mener han de beste filmene med autister i sentrale roller kan være viktige.

– De får frem at det er verdifullt i et samfunn å ha dette mangfoldet, sier han.

PÅ DE NESTE SIDENE:

Les kommentarer fra tre autister og en skuespiller.

For meg medfører autisme en del utfordringer, men ingen begrensninger. Jeg trener mye på – og oppsøker – utfordrende situasjoner

OLAV HELLAND



«**JEG HAR ASPERGER SYNDROM**», sier jeg, når jeg skal forklare diagnosen min. Nå endres diagnosemanualene, og man skal gå over til å bruke autismespekterdiagnose. Det synes jeg er bra. Jeg har ingenting imot å bli kalt autist. Men det er viktig å ta hensyn til det den enkelte foretrekker. Autisme er en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse som påvirker personligheten – den er en del av identiteten min. Jeg vet at en del med aspergerdiagnose føler usikkerhet nå som fagfolk snakker om diagnosen som om den ikke finnes lenger. Selv fikk jeg diagnosen på slutten av barneskolen, og for meg var det en lettelse. Jeg fikk svar på hvorfor jeg var annerledes, og jeg fikk god hjelp til å komme meg gjennom skolen.

Filmen Temple Grandin-filmen er fin, og en god introduksjon til autismetematikken. Det er en spillefilm, men bygger på en sann historie. Temple Grandin er autist, og ble først kjent gjennom arbeidet sitt med dyrevelferd i kjøttindustrien, som hun tok doktorgrad på, og som fikk stor innflytelse. Grandin viste at man kan få til ting selv om man er autist. Faktisk mener mange at autismen bidro til ideene og resultatene hennes. Grandins forskning og bøker er noe av grunnlaget for ideen om nevromangfold, som legger vekt på at autisme representerer noe verdifullt for samfunnet. Hun er en viktig stemme i autismefeltet, og filmen hand-

ler om hennes oppvekst og liv. Jeg viste filmen for familien min fordi jeg syntes det var viktig å se den sammen.

Noen filmer og TV-serier kan føles kleint å se på. Big bang og Atypical, for eksempel. Jeg synes karakterene i Big bang er slitsomme. De tar lite hensyn til andre, men ikke alle med diagnosen er sånn. Som gruppe sliter vi riktignok med sosialt samspill, men det kan gi seg ulike utslag. Noen snakker eksempelvis altfor lenge når de får ordet i en samtale. Selv passer jeg veldig på at jeg ikke oppfører meg på den måten. Hovedpersonen i Atypical dummet seg ut på date, det ble for urealistisk og ubehagelig, og jeg droppet raskt å se på den serien. Nå har jeg hørt at i andre sesong samarbeidet de med folk som har diagnosen, så kanskje den er blitt mindre stereotypisk. Men uansett er det bedre at filmene finnes, enn at de ikke var der. Folk som ikke vet noe om autisme, får et slags innblikk, og kanskje de får lyst til å vite mer.

Favorittkarakteren min er Abed i TV-serien Community. Jeg kjenner meg igjen i ham. Han er spesiell, men vi får aldri bekreftet at han har en diagnose. Det er en komiserie som gjør narr av andres reaksjoner på autisme, ikke av de som er autister. Vi ser hva som skjer inni Abed, og oppdager at han er en helt annen enn det de rundt ham tror.

Jeg liker historier om folk som er annerledes. Da jeg vokste opp, kjente jeg meg godt igjen i hovedpersonen i Erlend Loes bok *Naiv super*, han er annerledes, uten at det handler om autisme. Ingvar Ambjørnsens Elling er et annet eksempel.

Det mest kjente ved autisme og som vises mye på film, er sosiale utfordringer. Men mange av oss sliter også med eksekutive ferdigheter, som konsentrasjon, søvn, og det å organisere hverdagen. For meg medfører autisme en del utfordringer, men ingen begrensninger. Jeg trener mye på – og oppsøker – utfordrende situasjoner. For mens folk flest tar sosiale settinger intuitivt, gjør ikke vi autister det. Vi må bruke logikk, og analysere hva som er forventet. Som i et spill.



*Når jeg får lov å være litt sånn
annerledes, kan jeg også skape og gi både
livet mitt mening og andre mennesker
impulser i hverdagen*

HELENE LARSEN

HEI, JEG HETER HELENE. Det er det jeg sier om meg selv, for jeg er et individ. Så kan jeg av og til legge til, slik at det blir en setning med tilleggsinformasjon: Hei, jeg heter Helene, og jeg har Asperger syndrom. Som Saga Norén i kriminalserien Broen er jeg litt annerledes. La meg være det! For når jeg får lov å være litt sånn annerledes, kan jeg også skape og gi både livet mitt mening og andre mennesker impulser i hverdagen via bloggen min. Det kommer av at jeg opplever verden med andre øyne. Øynene mine er blå og fine akkurat som mange andres øyne, jeg trenger til og med egentlig briller, men jeg ser detaljer. Detaljer får meg til å fotografere og skrive. Jeg er forfatter!

Men jeg kan henge meg opp i detaljene eller velte. Jeg er sårbar for uforutsigbarhet og endring av planer. Fordi jeg ikke alltid mestrer livet mitt, har psykiatrien vært og er mye inne i bildet. Sammen bygger vi, ikke som en bro, men kanskje som et litt skjevt tårn, et liv som strekker seg mot noe bedre for meg på lengre sikt. Noe dagligdags, noe som gjør at jeg kan si: Hei jeg heter Helene, og jeg bor i kommunal leilighet. Jeg ønsker meg en liten valp, og hun skal hete Lykke. En som jobber med meg, spurte hvorfor det. For meg som tolker bokstavelig, sier det seg selv.

Akkurat som Sheldon Cooper i komiserien The Big Bang Theory har jeg egne «spots» jeg liker å sitte på, der jeg oppholder meg, for eksempel på sjeselongen i sofaen eller kulestolen ved siden av. Setter noen seg der, blir det fryktelig vanskelig. Don't sit on my spot!

En nydelig film om autisme er Temple Grandin, og personen med samme navn lever jo på ordentlig. Det gjør det ekstra kult at hun som autist er professor, forfatter og konsulent for husdyrindustrien. Jeg liker at film er basert på sanne historier. Jeg har også likt å se filmer som Mozart and the Whales og I Rymden Finns Inga Känslor. Den første av dem er om to som forelsker seg – på tross av, eller på grunn av sine særegenheter. Den andre er om Simon som helst vil være i ver-

densrommet. I tillegg finnes det en flott animasjonsfilm som heter Mary & Max. Den får frem at det ikke er noe galt med Max, egentlig. Det savner jeg litt i filmene, aksepten, og at det ikke kommer frem at vi faktisk bryr oss svært mye om andre mennesker. Det er bare ikke alltid så lett å omgås dem, eller dere.

Med en diagnose på papiret har jeg fått en tilhørighet til andre mennesker som også strever litt, uten at verken de eller jeg er helt feil, late eller mislykkede. Vi har bare en tilstand som gjør det litt vanskeligere å få hverdagen til å gå opp, og kanskje havner man i psykisk uføre med flere diagnoser samtidig også, særlig de av oss som er sent diagnostisert. Men bedre sent enn aldri, og nå forstår menneskene rundt meg dette absurde, selvskadende, anorektiske mønsteret mitt. Alt sammen er kanskje en slags belastningslidelse, og et svar på å ha levd som totalt misforstått. Da jeg vokste opp, hadde jeg ikke hørt om Max eller Saga eller Temple. Jeg visste ikke engang hva Asperger var for noe, og fikk meg et sjokk, samtidig som jeg oppdaget at det gav mening, som at to pluss to er fire. Men hva Asperger er, er det mange som ikke vet i dag også. Derfor er jeg veldig glad for TV-serien Alle i arbeid, som gikk på TV2 i høst. Mange aspergere gav diagnosen et ansikt som skapende, spennende og flotte individer.

Det er ikke sånn at vi enten ødelegger familier eller er fantastiske genier, vi er hele mennesker

RAGNHILD IVERANNA HOGSTAD JORDAHL



MITT FØRSTE MØTE med en fiktiv autist var i den begredelige TV-filmen *Family Pictures*. Her er det autistiske barnet et element som ødelegger familien – kanskje den dystreste stereotypen om autisme vi har. Bedre skildringer har kommet til, men ofte er det slik at eksplisitt autistiske karakterer fremstår som en sjekkliste av DSM-kriterier. I et forsøk på å gi en troverdig fremstilling passer man på å omtrent alle diagnostisk relevante trekk er med og glemmer at man skal skape et helt menneske.

Nå er det ikke slik at alle karakterer som fremstår som autistiske, eksplisitt er ment å være det, og om vi skal snakke om autistiske karakterer i film og TV, må vi til en viss grad ta med flere eksempler enn kun de som er uttalt autistiske fra opphavspersonenes side. Slike karakterer kan vi si er *autistisk kodet*, de fremviser autistiske trekk uten at det er sagt i klartekst at karakteren er autistisk. To eksempler på dette er Sheldon Cooper fra serien *Big Bang Theory*, og Saga Norén fra *Broen*. Slike karakterer fremstår som autistiske for mange av seerne, og de vil også være med på å forme bildet av hva autisme er, for mange av oss. Dermed ligger det et stort ansvar i det å skape slike karakterer.

Problematiske stereotyper inkluderer at den autistiske karakteren oftest er en hvit mann, som er genial, men sosialt utilpass. Sensoriske vanskeligheter forekommer sjelden, og figuren fremstår påtatt frekk og brå. Et godt eksempel på dette er Sheldon Cooper. Selv om det ikke er uttalt at Sheldon er autist, vil han likevel leses som å være det. Han er en av de mest kjente autistiske karakterene som

finnes, men jeg har aldri møtt noen autistiske mennesker som oppfører seg som han gjør. Selvsagt er det riktig at vi kan bomme på sosiale koder, eller at vi kan fremstå som frekke fordi vi ikke ser verdien av *small talk*, men de aller fleste av oss går ikke inn for å være frekke.

Gode portretter finnes, og inkluderer for eksempel den blå rangeren fra *Power Rangers* (2017). Han er åpenbart smart, men ikke fullstendig genial, og han er ikke frekk – og bare det er forfriskende. Filmen har små fine detaljer, som hvordan han klapper i hendene når han blir ivrig. Kanskje den mest gledelige offisielt autistiske karakteren på film og TV den senere tid.

Andre gode eksempler er Dr. Spencer Reid, fra *Criminal Minds*, og Saga Norén. Saga fremstår karikert i enkelte perioder av serien, men vi får også noe som mangler i mange andre fremstillinger; vi får se sårbarheten i henne. Reid fremviser mye av det samme, og sprenger til dels de rammene som stereotypen gir.

Det finnes nyere serier, deriblant *The Good Doctor* og *Atypical*, som jeg ennå ikke har orket å se fordi jeg må forholde meg til min egen reaksjon på disse seriene. Det har vært nok å se trailere, og å lese andre autisters omtale.

Mitt håp er at en mer realistisk fremstilling av autistiske karakterer kan være et hjelpemiddel til å få bukt med stereotyper, og til å øke den generelle forståelsen av autisme. I tillegg kan TV og film nå ut til folk som kanskje trenger en diagnose. Diagnostiseringsraten har heldigvis økt, men enkelte grupper synes fremdeles konsekvent å underdiagnostiseres. Karakterer som representerer *hele* spekteret, kan føre til at flere kjenner seg igjen. Jeg savner *diversitet* i fremstillingene av autistiske folk, og jeg savner *nyanserte* fremstillinger. Det er ikke sånn at vi enten ødelegger familier eller er fantastiske genier, vi er hele mennesker.

Jeg hadde rullet å bli 32 år før noen fant ut at jeg hadde Asperger syndrom. Jeg foretrekker å si at jeg er autist eller autistisk når jeg skal omtale min egen diagnose. Man bør si «autistiske personer» og ikke «personer med autisme» når man skal omtale oss som gruppe. Formuleringen «... med autisme» får det til å virke som at det autistiske er noe som er separat fra mennesket – et slags tillegg som man kanskje kan tenke seg å fjerne. Det gir ikke et korrekt bilde. Når det er sagt, er det viktig å alltid respektere den språkbruk som hvert enkelt menneske foretrekker – det er bare å spørre!



Dersom eg skulle beskrive «min indre autist», trur eg det handlar om at sanseapparatet mitt er blitt så tilgjengeleg, både fysisk og psykisk

FRANK KJOSÅS

EG HAR HOVUDROLLA i «Den merkelege hendinga om hunden den natta» på Det norske teatret. Veldig kort handlar stykket om den unge guten Christopher, som vil finne ut kvifor naboens hund blei drepen, og som dermed trassar grensene sine og går ut i den store verda. Det blir eit «52 plukk-opp» i livet. Kortstokken han har tviheldt i, flyg frå kvarandre. Heile verda hans blir snudd på hovudet. For eit såkalla normalt menneske er slikt noko ein kan ta fatt i og ordne. Christopher manglar den tilpassingsevna, men har øvd mykje på å setje saman puslespelbitane i livet sitt. No bryt han alle reglane sine, og lærer mykje om seg sjølv. Dette er ein slags sigershistorie for Christopher.

Da eg jobba med denne rolla, fekk eg besøke ein ung gut med autisme og familien hans for å snakke om utfordringane. Eg strekte ut handa da eg skulle helse, men det tok tid før han tok ho. Seinare forklarte han grunnen: Han hadde problem med å møte ei framand hudflate. Samtidig visste han kor viktig handhelsing er i samfunnet, og brukte mykje tid og energi på å lære seg å tole det. Eg forstod at den fysiske delen av å ha autisme verkeleg kan vere ein kamp. Det taktile var viktig i hans form for autisme. Han hadde til dømes sterk angst for å komme nær graset på fotballbanen, særleg den grove flata under grasstrået.

Åtte måltid om dagen var heilt vanleg for denne guten. Sidan kroppen var i konstant spenn, var forbrenninga hans enorm. Det kan eg bruke for å få inn det psykologiske aspektet, tenkte eg, og derfor står eg og ristar under heile førestillinga.

Guten øvde seg på å gå til butikken og tole lydar frå trafikken utan å bli sprø. Det var smertefullt, og for å greie det, hadde han funne ein metode: Han held hendene hardt saman mens han drar armane frå kvarandre så hardt at det gjer vondt. Sjølvskadinga døyver smerta, og hjelper til med å roe ned sanseintrykka. Eg fortalde han at dette ville eg stele til rolla mi.

No har eg hatt rolla som Christopher i snart fire år. Førestillinga varer i to timar, og eg er møkksliten etter 10 minutt, fordi eg er i konstant heilspenn. Christopher kjempar for å bli forstått. Det er ei Kafka-kjensle. Ein kan ikkje kan stole på nokon. Eg er i dette. Det er jobben min, eg kan ikkje distansere meg eller beskytte meg for Christopher sine kjensler.

Eg har begynt med eit triks rett etter at førestillinga er ferdig. Eit enkelt knep for å lure kroppen. Når lyset blir sløkt og vi skal ta applaus, ser eg ned. Så ser eg raskt opp, og set opp eit kjempestort smil. Det triggjar endorfina

i kroppen, og fortel kroppen at eg har det bra. Dette måtte eg gjere som Hamlet og som Jesus, og no som Christopher.

Dersom eg skal kunne gå så langt som eg gjer i yrket mitt utan å bli sjuk, må eg greie å komme tilbake igjen til min eigen kjerne når førestillinga er slutt. Eg må ikkje bli i rolla sin kjerne. Skilnaden på meg og ein som ikkje er skodespelar, er at eg har verktøy som gjer at eg kan gå langt i å undersøke, og å vere i kjensler. Eg har spela Christopher 110 gonger, men i kvar førestilling greier eg likevel å la kjenslene mine og kroppen oppleve det som om det var for første gong i livet. Det er fascinerande, synest eg.

Noko av det som eg syntest var mest interessant med å møte ein autist, var det at ein kan bli så observant og var på sansane sine. Det å kjenne på ting, la det som vi ofte tar for gitt, spele ei rolle. Leggje merke til overflata av ting, som korleis vatnet renn over handa. Ta på eit grasstrå. Kjenne på den sida som er heilt glatt og på den som er veldig grov.

Eg blei òg meir bevisst på lydar etter å ha snakka med den autistiske guten. Og så blir eg fascinert over kva ein kan få hjernen sin til å tru. For faktisk har eg sjølv blitt lydsensitiv etter å ha spela Christopher så lenge. Det er litt skummelt. Sist eg var på Oslo City, blei eg veldig frustrert over alle lydane. Høge stemmer, telefonar som ringde. Eg måtte komme meg vekk frå alt dette. Dersom eg skulle beskrive «min indre autist», trur eg det handlar om at sanseapparatet mitt er blitt så tilgjengeleg, både fysisk og psykisk. Eg trur det må ha lege ei spire der, som kanskje har vakse seg fram etter kvart. ✖

ANDERS NORDAHL-HANSEN¹, MAGNUS TØNDEVOLD², ROALD A. ØIEN^{3,4} & SUE FLETCHER-WATSON⁵

¹ Avdeling for Lærerutdanning, Høgskolen i Østfold, ² Skullerud skole, ³ Institutt for Lærerutdanning og Pedagogikk, Norges arktiske universitet, Universitetet i Tromsø, ⁴ Child Study Center, Yale University School of Medicine, New Haven, USA, ⁵ The Patrick Wild Centre, University of Edinburgh

KONTAKT anders.nordahl-hansen@hiof.no

EN EMPIRISK STUDIE AV AUTISME PÅ FILM OG TV

ABSTRACT

Autism on film and TV: an empirical study

There has been a rise of character portrayals of persons with autism or autistic traits in TV and film. In this quantitative study we analyse 26 films and TV-shows with characters with autistic traits and how these relate to diagnostic criteria in DSM-5. Out of all 26 portrayals, 20 showed at least 10 of all 12 symptom items. Our main findings indicate that portrayals, although aligning closely to diagnostic criteria, run the risk of upholding and increasing stereotypes about the highly complex disorder. Researchers, clinicians and practitioners with knowledge of the disorder have a responsibility to nuance public understanding of autism spectrum disorders.

Keywords: autism spectrum disorder, awareness, film, stereotypes, TV, understanding

Når autismespekterforstyrrelse fremstilles på film og TV, kan det gi økt oppmerksomhet og kunnskap om diagnosen, men også forsterke stereotypiske fremstillinger.

Studier av hvordan mennesker med psykiatriske diagnoser blir omtalt og portrettert i media, har lange tradisjoner i psykiatriforskningen (Cloverdale, Nairn & Claasen, 2001). Media påvirker psykiatrifeltet, først og fremst pasienten og dennes familie, men også helsepersonell og beslutningstagere på myndighetsnivå. Også holdninger i samfunnet formes av mediens fremstilling av mennesker med ulike psykiatriske diagnosetilstander (Wahl, 1995). Forskning antyder at media maler et unyansert bilde blant annet ved å overrepresentere personer med psykiske lidelser i forbindelse med vold (Edney, 2004; Stout, Villegas, & Jennings, 2004; Stuart, 2006), eller gi feilaktige framstillinger av eksempelvis amnesi eller schizofreni (Baxendale, 2004). Upresise og til tider feilaktige framstillinger bidrar til å forsterke stereotypier og negativ forståelse av mennesker med psykiatriske diagnoser (Wahl, 1995). På den annen side kan medier bidra til et økt fokus og gi bedre kjennskap til psykiatriske tilstander for allmenheten. I *The Lancet* ble det allerede i 1936 fremhevet at spillefilmer kunne være et spesielt potent virkemiddel for å øke kjennskap til ulike diagnoser, og at det lå et potensial i å benytte film i utdanningen av helsepersonell (Annotations, 1936). Verdien av karakterportrettering på film og TV har også i nyere tid blitt understreket av ledende forskere innenfor psykiatrien (Baron-Cohen, 2015; Butler & Hyler, 2005; Conn & Bhugra, 2012; Gabbard & Horowitz, 2010).

I takt med den økende forekomsten av autismespekterforstyrrelser (Baird et al., 2006; Kogan et al., 2009) har det de siste 30 årene blitt svært populært å portrettere karakterer med autistiske sympto-

mer både i film og på TV. Karakteren Saga Norén i TV-krimserien *Broen* er kjent for det nordiske publikum, mens internasjonalt har TV-serier som *The Big Bang Theory*, *Atypical* og *The Good Doctor* fått mye omtale for sine portretteringer av karakterer med autistiske trekk. Disse seriene føyer seg inn i rekken av populære framstillinger av autismespekterforstyrrelse sammen med klassikere som *Rain Man* og *What's Eating Gilbert Grape?*. Slike portretteringer er hyppig debattert blant personer som har diagnosen selv, deres familier, helsepersonell, og i samfunnet generelt. Med noen få unntak (Conn & Bhugra, 2012; Garner, Jones, & Harwood, 2015; Nordahl-Hansen, Tøndevold, & Fletcher-Watson, 2017) finnes det svært lite empirisk dokumentasjon som omhandler i hvilken grad slike portretteringer i filmer og TV-serier er plausible sett opp mot diagnostiske kriterier.

I denne studien benytter vi oss av de mest oppdaterte diagnostiske kriterier for autismespekterforstyrrelse i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA, 2013)* for å evaluere i hvilken grad et utvalg karakterer med autistiske trekk som er portrettert

i filmer og TV-serier, relaterer seg til diagnosekriteriene. Forsknings-spørsmålene er: 1) I hvilken grad er de to kjernesymptomer for autismespekterforstyrrelse i DSM-5 representert i de enkelte karaktererportretteringer på film og TV, og 2) hvilke av 12 symptomer i DSM-5 forekommer hyppigst i karakterportretteringer av mennesker med autistiske trekk på film og TV?

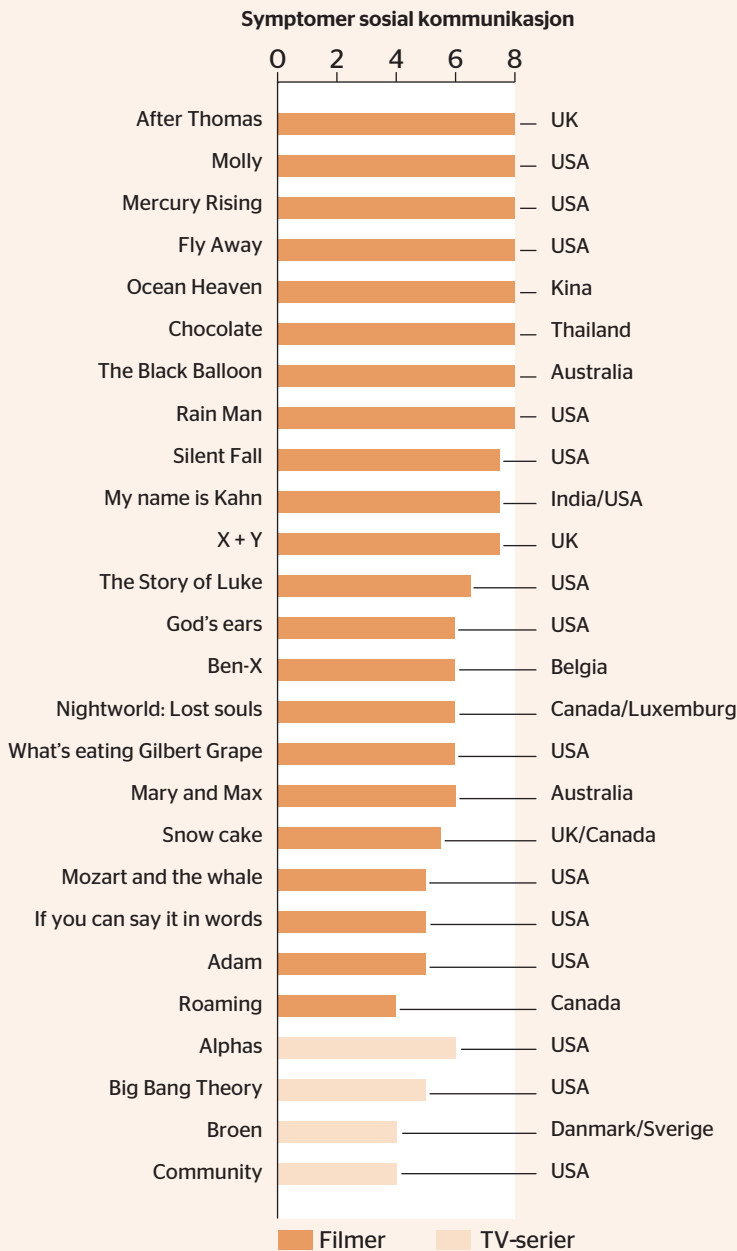
MATERIALE OG METODE

Utvalg

Denne observasjonsstudien bygger på et utvalg av 26 filmer og TV-serier (film n = 22, TV-serier n = 4) mellom årstallene 1988 og 2016. Alle filmene og TV-seriene i vårt utvalg portretterer mennesker der autismespekterforstyrrelse er tydelig uttalt, eller der karakterene gjennom media eller i akademiske tekster har blitt tydelig koblet til autismespekterforstyrrelsesdiagnosen. Ofte har studier i denne sjangeren et Hollywood-fokus. For å få et geografisk mer variert utvalg valgte vi portretteringer fra ulike regioner (Asia, Oseania, Europa og Nord-Amerika). Siden autismespekterforstyrrelse er en som regel livslang tilstand og svært heterogen diagnose, valgte vi karakterer med ulikt aldersspenn og ulik intellektuell fungering i utvalget. Naturligvis var informasjon om for eksempel kognitive ferdigheter ikke tilgjengelig, men rundt halvparten av karakterene framstod som å ha få eller ingen tegn til psykisk utviklingshemming. Seksten av karakterene (12 fra film og fire fra TV-serier) var om voksne personer, fem omhandlet ungdom, mens fem portretterte barn med autismespekterforstyrrelse. Utvalget ble begrenset til kun å innebære filmer og serier der engelsk undertekst var tilgjengelig. »

	JA	NEI	I.M	Annen Info
1. Vansker innen sosial kommunikasjon og interaksjon				
a. Betydelig vansker innen nonverbal kommunikasjon (f.eks. ansiktsuttrykk)				
b. Betydelig vanskeligheter i å utvikle eller opprettholde venns-kapsrelasjoner				
c. Tydelig tegn på vansker i forbindelse med sosial og eller imaginær lek				
d. Betydelige vansker innen sosial-emosjonell gjensidighet				
e. Forsinket språkutvikling				
f. Betydelige vansker med å initiere eller opprettholde samtale				
g. strukturelle språkvansker				
h. Pragmatiske språkvansker				
3. Begrensede repetitive atferdsmønstre, interesser, eller aktiviteter				
a. Stereotype eller repetitive motoriske bevegelser, bruk av objekter, eller tale (eks. motor stereotypier, arrangere leker på rekke og rad, spinne objekter, ekkolali, idiosynkratisk tale)				
b. Behov for likhet/forutsigbarhet, lite fleksibilitet ifbm. rutiner, verbale/nonverbale ritualer				
c. Svært begrensede interesser av intens karakter				
d. Hyper- eller hyporeaktivitet eller uvanlige sensoriske interesser				
Informasjon om savantiske evner				

I.M= Ikke mulig å vurdere



Samlet sett viser våre funn en tett sammenheng mellom diagnosekriterier og portretteringer av personer med autistiske trekk i film og TV

Prosedyre

Første- og annenforfatter, som hver har minst 16 års erfaring med å jobbe med mennesker med autismspekterforstyrrelse, kodet de enkelte karakterene. Kodingen av karakterene ble gjort separat med tanke på å gjennomføre inter-rater-reliabilitetsanalyser. Skjema for koding av symptomuttrykk ble utviklet i forkant av kodingen, inspirert av Miller og Ozonoff (1997). Kodingsskjemaet bygger på de to kjernesymptomene fra DSM-5 (APA, 2013), som er 1) forstyrrelser i sosial kommunikasjon og interaksjon og 2) begrensede repetitive atferdsmønstre, interesser, eller aktiviteter (restriktive og repetitive atferder – Restrictive and Repetitive behaviours: RRB). Maksimal symptomskåre for sosial kommunikasjon og RRB var henholdsvis åtte og fire. Et eksempel på en kode i sosial kommunikasjonsdomenet var dersom karakteren tydelig viste vedvarende nonverbale kommunikasjonsproblemer. Dette kunne blant annet observeres gjennom tydelig unnvikelse av blikkontakt eller lite til ingen bruk av ansiktssmimikk i interaksjon med andre (se kodingsskjema i tabell 1).

Statistiske analyser

Inter-rater-reliabilitet mellom kodere ble analysert ved hjelp av intraklasse-korrelasjon (ICC type «average measure») for hver av de 12 symptomkategoriene. ICC indikerte en korrelasjon på 0,981 mellom de to skårene, noe som anses som svært høyt ut ifra satte standarder (Cicchetti, 1994). Vi rapporterer her de aritmetiske gjennomsnittsskårene mellom de to skårene. Analysene ble gjennomført ved hjelp av SPSS[®] 23.

Det var ikke nødvendig å søke om etiske tillatelser, da denne studien består av fiktive karakterportretteringer på film og TV.

RESULTATER

Resultatene viste at karakterene på film og i TV-serier er svært nær knyttet opp mot diagnosekriteriene som finnes i DSM-5. Åtte av karakterene fikk maksimal skåre i sosialkommunikasjonsdomenet (figur 1), mens hele 18 karakterportretteringer fikk en maksimalskåre innenfor RRB-domenet (figur 2).

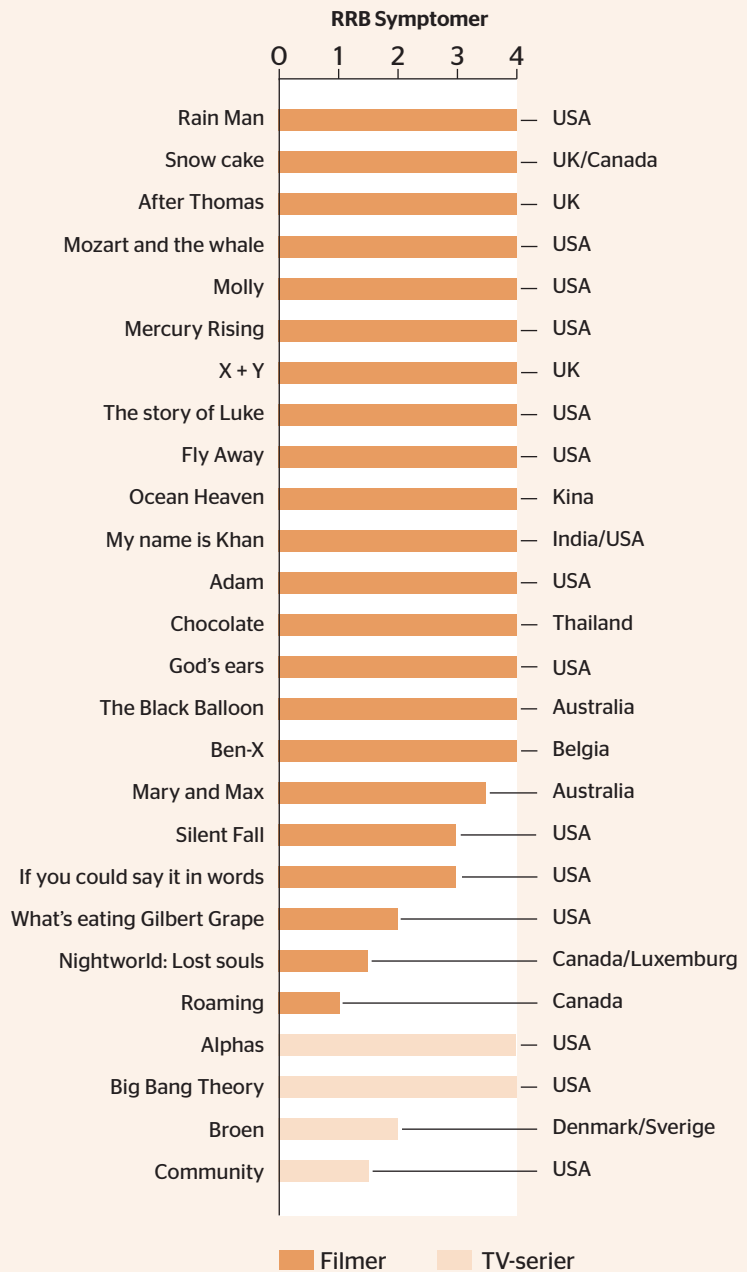
Videre viser våre resultater at alle karakterportretteringer i vårt utvalg ble framstilt som å ha problemer i forbindelse med sosial-

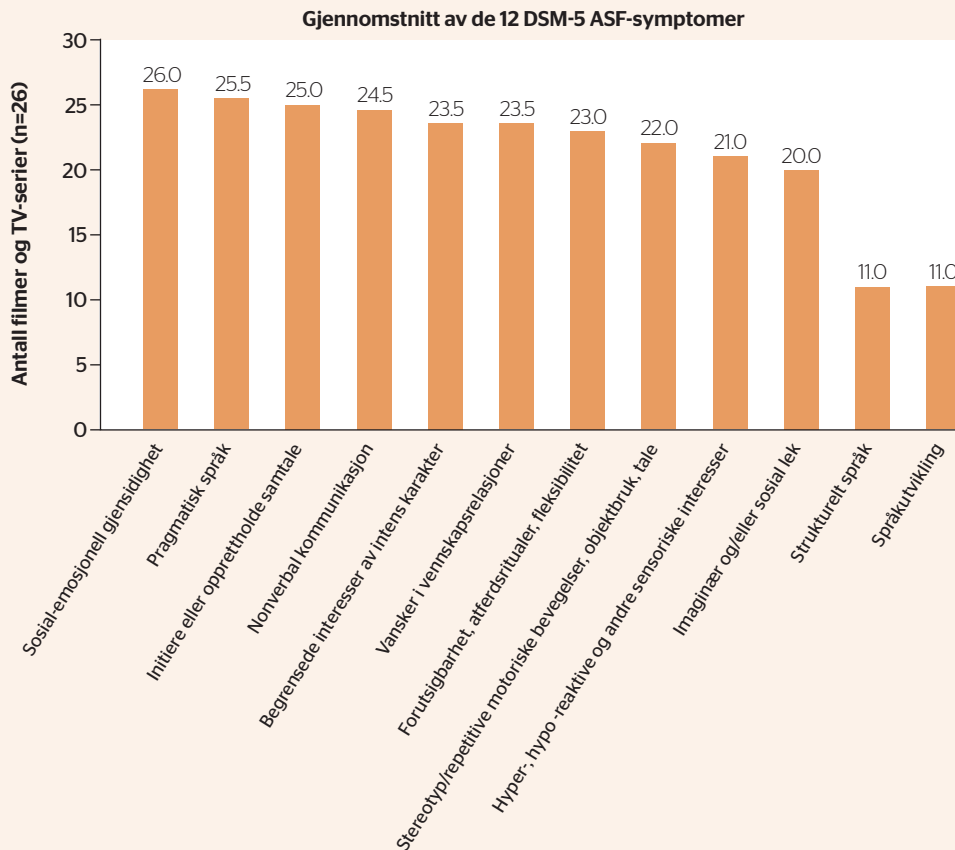
emosjonell interaksjon (figur 3). Videre viser de fleste karakterene i utvalget å inneha de fleste symptomer beskrevet i DSM-5 (APA, 2013). To unntak var symptomer relatert til strukturelle språkvansker og generelle problemer i språkutvikling, som ikke inngår i kjernesymptomene i DSM-5 beskrivelsene av autismespekterforstyrrelse-diagnosen, men som likevel vektlegges andre steder i manualen.

DISKUSJON

Denne observasjonsstudien viser at karakterer på film og TV som er assosiert med autistiske trekk, blir portrettert med den fulle bredde av symptomer som er å finne i diagnosekriteriene i DSM-5 for en autismespekterforstyrrelse-diagnose (APA, 2013). Resultatene antyder at svært mange av karakterene oppnår en høy skåre innenfor de to kjernesymptomene for autismespekterforstyrrelse – sosiale kommunikasjonsvansker og RRB. Det er verdt å merke seg at hele 16 av de 26 karakterene i utvalget fikk full skåre innenfor alle fire symptomkategorier for RRB. Videre, ved inspeksjon av de 12 symptomkategoriene er «mangel eller svekkelse i sosial emosjonell gjensidighet» et symptom som alle karakterer i utvalget viser. «Pragmatisk språkproblematikk», «evne til å starte og opprettholde samtale» og «problemer med nonverbal kommunikasjon» er også høyfrekvente symptomer som går igjen hos de fleste i utvalget. Imidlertid er problemer i forbindelse med karakterenes «språkutvikling» og «strukturelle språkproblemer» mindre frekvent. Dette beror i stor grad på at mange av karakterene i utvalget er ungdom eller voksne personer der informasjon om tidligere utvikling ofte var for mangelfull til å kunne bli vurdert.

Samlet sett viser våre funn en tett sammenheng mellom diagnosekriterier og portretteringer av personer med autistiske trekk på film og TV. At 10 av i alt 12 symptomkategorier går igjen i 20 eller flere karakterer, er svært høyt. En måte å tolke dette på er at karakterene på en god måte reflekterer hva autismespekterforstyrrelse er. Spesielt kan dette være positivt siden filmene kan benyttes i undervisning av helsepersonell som supplement til andre typer case-arbeid (Baron-Cohen, 2015; Butler & Hylér, 2005; Conn & Bhugra, 2012; Gabbard & Horowitz, 2010). Filmer og TV-serier kan belyse situasjoner som er lite tilgjengelig i det virkelige liv grunnet etiske forhold. På den annen side »





kan det store sammenfallet mellom diagnosekriterier og brorparten av karakterene i utvalget gi et urealistisk bilde av en svært kompleks diagnose. I denne studien bedømmer vi ikke om karakterene var gode eller dårlige portretteringer av autismespekterforstyrrelse. Derfor er det viktig å understreke at karakterer som fikk full symptomskåre, kontra de som fikk lav, ikke nødvendigvis var bedre portretteringer. De to portretteringene som skårer lavest på forekomst av symptomer, henholdsvis karakterer i filmen *Roaming* og TV-serien *Community*, er blant dem som har fått svært god mottakelse, særlig av personer som selv har autismespekterforstyrrelse-diagnosen. Det kan virke som mange manusforfattere «fyller» karakterene sine med absolutt alle symptomer for diagnosen. Karakteren blir da mer en prototyp framstilling av en full symptomsekkliste for autismespekterforstyrrelse, noe som sjelden er tilfelle i det virkelige liv. Dette kan bidra til å opprettholde og forsterke stereotypiske holdninger og stigmatisere en svært heterogen gruppe, som mennesker med autismespek-

terforstyrrelse er. Blant annet er det tidligere rapportert at filmer og TV-serier med karakterer med autismespekterforstyrrelse gjerne portretterer dem med såkalte savantiske evner (altså særegne, gode evner innenfor avgrensede områder) (Garner et al., 2015; Nordahl-Hansen, Tøndevold, et al., 2017). Dette til tross for at godt under én av tre personer med autismespekterforstyrrelse har savantliknende evner (Howlin, Goode, Hutton, & Rutter, 2009).

Likevel kan filmer og TV-serier med karakterer med autismespekterforstyrrelse, eller andre psykiatriske diagnoser, bidra til å øke bevisstheten til folk generelt. Det ligger et stort potensial i å benytte seg av portretteringer av karakterer med psykiatriske diagnoser fra film og TV som kasus-eksempler i helseundervisning i høyere utdanning. Et stort ansvar ligger imidlertid på underviseren, som bør ha solid kunnskap, både klinisk og teoretisk, og må fungere som navigator i form av å nyansere der film- og TV-representasjonene ikke gjør det.

Så vidt vi vet, er dette det største utvalget i en observasjonsstudie av filmer og TV-serier

som omhandler karakterer assosiert med autismespekterforstyrrelse. Likevel finnes det langt flere filmer og TV-serier som ikke er med i utvalget. Derfor kan det være at et annet eller utvidet utvalg kunne gi andre resultater. Videre bygger kodingsskjemaet på DSM-5, som gjerne bare benyttes i forskningssammenheng i Norge. ICD-10-kriteriene for autismespekterforstyrrelse-diagnosen er derimot ikke oppdatert, og ICD-11 antas å ligge nærmere DSM-5.

KONKLUSJON

Portretteringer av karakterer med psykiatiske diagnoser som autismespekterforstyrrelse vil fortsette å skape debatt, da disse kan øke oppmerksomheten rundt diagnosene samtidig som det er en fare for at stereotypiske og stigmatiserende holdninger kan oppstå, forsterkes og vedvare. Helsepersonell, klinikere, forskere og ikke minst personer med diagnosene selv kan fungere som viktige bidragsytere ved å nyansere holdninger og oppfatninger som oppstår i forbindelse med portretteringer av karakterer med psykiske lidelser og psykiatiske diagnoser på film og TV. ✕

REFERANSER

- Annotations (1936). The Cinema in Psychiatry. *The Lancet*, 228(5909), 1280. doi:10.1016/S0140-6736(00)32385-6
- APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., & Charman, T. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). *The Lancet*, 368(9531), 210–215.
- Baron-Cohen, S. (2015). Autism, maths, and sex: the special triangle. *The Lancet Psychiatry*, 2(9), 790–791.
- Baxendale, S. (2004). Memories aren't made of this: amnesia at the movies. *Bmj*, 329(7480), 1480–1483.
- Butler, J.R., & Hyler, S.E. (2005). Hollywood portrayals of child and adolescent mental health treatment: implications for clinical practice. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 14(3), 509–522.
- Byrne, P. (2009). Why psychiatrists should watch films (or What has cinema ever done for psychiatry?). *Advances in psychiatric treatment*, 15(4), 286–296.
- Cape, G. (2009). Movies as a vehicle to teach addiction medicine. *International Review of Psychiatry*, 21(3), 213–217.
- Cicchetti, D.V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological assessment*, 6(4), 284.
- Cloverdale, J., Nairn, R., & Claasen, J. (2001). From source material to news story in New Zealand print media: A prospective study of the stigmatizing process in depicting mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 645–659.
- Conn, R., & Bhugra, D. (2012). The portrayal of autism in Hollywood films. *International Journal of Culture and Mental Health*, 5(1), 54–62.
- Edney, D.R. (2004). Mass media and mental illness: A literature review. *Canadian Mental Health Association, Ontario*.
- Gabbard, G., & Horowitz, M. (2010). Using media to teach how not to do psychotherapy. *Academic Psychiatry*, 34(1), 27.
- Garner, A., Jones, S., & Harwood, V. (2015). Authentic representations or stereotyped 'outliers': using the CARS2 to assess film portrayals of Autism Spectrum Disorders. *International Journal of Culture and Mental Health*, 8(4), 414–425.
- Howlin, P., Goode, S., Hutton, J., & Rutter, M. (2009). Savant skills in autism: psychometric approaches and parental reports. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 364(1522), 1359–1367.
- Kogan, M.D., Blumberg, S.J., Schieve, L.A., Boyle, C.A., Perrin, J.M., Ghandour, R.M., ... van Dyck, P.C. (2009). Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US, 2007. *Pediatrics*, 124(5), 1395–1403.
- Kuhnigk, O., Schreiner, J., Reimer, J., Emami, R., Naber, D., & Harendza, S. (2012). Cinemeducation in psychiatry: a seminar in undergraduate medical education combining a movie, lecture, and patient interview. *Academic Psychiatry*, 36(3), 205–210.
- Miller, J.N., & Ozonoff, S. (1997). Did Asperger's cases have Asperger disorder? A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(2), 247–251.
- Nordahl-Hansen, A., Tøndevold, M., & Fletcher-Watson, S. (2017). Mental health on screen: A DSM-5 dissection of portrayals of autism spectrum disorders in film and TV. *Psychiatry Research*.
- Nordahl-Hansen, A., Øien, R.A., & Fletcher-Watson, S. (2017). Pros and Cons of Character Portrayals of Autism on TV and Film. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1–2.
- Stout, P.A., Villegas, J., & Jennings, N.A. (2004). Images of mental illness in the media: identifying gaps in the research. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 543–561.
- Stuart, H. (2006). Media portrayal of mental illness and its treatments. *Cns Drugs*, 20(2), 99–106.
- Wahl, O. (1995). Media, Madness, Public Images of Mental Health. In: New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

”

Ikke-medikamentelle
behandlingsformer,
som psykoterapi, er
generelt lite studert
ved Parkinsons
sykdom

EVIDENSBASERT PRAKSIS

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2018 S. 1108-1116 FAGFELLEVDERT

**ALEKSANDER H. ERGA¹, MICHAELA D. GJERSTAD^{1,2},
GUIDO ALVES^{1,2,3} & KENN FREDDY PEDERSEN^{1,2}**¹Nasjonal kompetansetjeneste for bevegelsesforstyrrelser, Stavanger universitetssjukehus²Nevrologisk avdeling, Stavanger universitetssjukehus³Institutt for kjemi, biovitenskap og miljøteknologi, Universitetet i Stavanger**KONTAKT** aleksander.hagen.erga@sus.no

PSYKOLOGISK BEHANDLING AV IKKE-MOTORISKE SYMPTOMER VED PARKINSONS SYKDOM

Søvnforstyrrelser og psykiske plager som angst og depresjon er vanlig ved Parkinsons sykdom. Både farmakologiske og psykologiske intervensjoner kan være til hjelp.

For omtrent 200 år siden publiserte James Parkinson kassstudien «An essay on the shaking palsy». Essayet fra 1817 var den første systematiske beskrivelsen av det som i dag er kjent som Parkinsons sykdom. Siden da har forskning gitt oss en grundig beskrivelse av sykdommens epidemiologi og klinikk, mens etiologien fremdeles er ukjent. Parkinson er den nest vanligste neurodegenerative lidelsen etter Alzheimers sykdom, med en estimert prevalens på 1 prosent hos personer over 60 år (Pringsheim, Jette, Frolkis, & Steeves, 2014). Parkinsons sykdom kjennetegnes primært av tap av dopaminproduserende celler i substantia nigra og funn av Lewy-legemer (patologiske strukturer av sam- »

ABSTRACT***Psychological treatment of non-motor symptoms in Parkinson's disease***

Parkinson's disease is a common, chronic neurodegenerative disorder. Patients suffering from this debilitating disease often experience a range of non-motor symptoms in addition to their motor symptoms. This paper provides an overview of the most common non-motor symptoms, using three clinical vignettes. A multidisciplinary approach is suggested for the treatment of these symptoms, and there is evidence supporting the use of cognitive behavioral therapy for anxiety and depressive symptoms. The evidence for the treatment of impulse control disorders and sleep disorders is sparse, but psychoeducation and cognitive behavioral therapy may be a viable option to reduce the severity of symptoms. Other neuropsychiatric symptoms are without known treatment options and may have a chronic course.

Keywords: Parkinson's disease, non-motor symptoms, psychological treatment

Tabell 1: Ikke-motoriske symptomer ved Parkinsons sykdom og evidensstatus for behandling

Ikke-motorisk symptom	Prevalens	Utrednings- verktøy ^a	Evidensbasert(e) behandlingsmetode(r):
Depresjon og angst	> 35 %	MADRS BDI HADS	PS-tilpasset KAT Farmakologisk behandling ECT ved alvorlig depresjon uten behandlingsrespons
Impulskontrollforstyrrelser	≈ 30 %	QUIP	Tilpasning av PS-medisinerings KAT kan tilbys ved vedvarende/alvorlige symptomer
Søvnvansker ^b			
Insomni	≈ 30 %	PDSS-2	Tilpasning av medisinering, søvnhygieniske tiltak, følge depressive plager
Søvnighet på dagtid	20–60 %	ESS	Tilpasning av medisinering, søvnhygieniske tiltak, følge depressive plager
Fatigue	≈ 50 %	FFS	Ingen evidensbasert behandling tilgjengelig
Apati	≈ 40 %	SAS	Ingen evidensbasert behandling tilgjengelig
Pårørendeslitasje	≈ 50 %	SWLS SF-36	Inkludere pårørende i behandling av andre ikke-motoriske vansker Psykoedukasjon spesifikt for PS (individuell eller i gruppe)

a Kartleggingsverktøyene er tilgjengelige her: <https://helse-stavanger.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-bevegelsesforstyrrelser/ressurser/kartleggingsskjema>

^b PS er assosiert med flere søvnforstyrrelser enn skissert i tabellen. Denne oversikten begrenser seg til søvnforstyrrelser med størst relevans for allmennpsykiologisk praksis.

MADRS = Montgomery and Aasberg depression rating scale; BDI = Beck Depression Inventory; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale;

QUIP = Parkinson's Disease Impulsive-Compulsive Disorders Questionnaire; PDSS-2 = Parkinson's disease sleep scale, revised; ESS = Epworth Sleepiness

Scale; FSS = Fatigue Severity Scale; SAS = Starkstein Apathy Scale; SWLS = Satisfaction with Life Scale; SF-36 = Short Form 36; KAT = Kognitiv atferdsterapi;

PS = Parkinsons sykdom; ECT = Elektrokonvulsiv terapi

menfoldet protein i hjernen). Disse kan sees i gjenværende nevroner i ulike deler av sentralnervesystemet. Tap av dopamin i hjernen, og endringer i andre neurotransmittere, gir opphav til motoriske symptomer, som hviletremor, rigiditet, bradykinesi (motorisk treghet) og postural ustabilitet (ustabilitet mens stående), og en rekke ikke-motoriske plager. Blant de mest utbredte ikke-motoriske symptomene finner man søvnforstyrrelser og psykiske plager som depresjon, angst og impulskontrollforstyrrelser. Disse symptomene kan ha negativ innvirkning på pasientenes livskvalitet og gir ofte hjelpebehov ut over det som tilbys av tradisjonelle nevrologiske poliklinikker. På grunn av den store aldersspredningen blant pasienter med sykdommen vil pasienter komme i kontakt med psykologer i store deler av hjelpeapparatet: somatiske avdelinger, alderspsykiatriske poliklinikker, distriktspsykiatriske poliklinikker, privat praksis og førstelinjetjenesten. I denne artikkelen illustrerer vi gjennom tre kliniske vignetter noen typiske ikke-motoriske symptomer ved tilstanden. Vi vil gi en oppdatert oppsummering av forskningsfeltet og relevante behandlingstilnærminger for depresjon og angst, impulskontrollforstyrrelser og søvnforstyrrelser hos pasienter med Parkinsons sykdom. Av plasshensyn vil ikke hallusinasjoner, psykose, smerte, mild kognitiv svikt og demens dekkes i denne gjen-

nomgangen, til tross for at disse plagene også er utbredt blant pasienter med lidelsen. Det bemerkes at de kliniske vignettene som blir presentert, er fiktive og laget for å illustrere en typisk klinisk presentasjon av denne type symptomer hos personer med Parkinsons sykdom.

DEPRESJON OG ANGST

En 55 år gammel mann med Parkinsons sykdom henvises til allmennpoliklinikk for depressive plager og symptomer på angst av sin fastlege. Kjent Parkinson de siste tre år, med god respons på dopaminerg medisinering. Pasienten har hatt det tøft det siste året, med flere sykemeldinger fra jobb. Pasienten opplever vansker med indre uro, konsentrasjon, redusert appetitt, svekkede følelsesmessige reaksjoner og lite initiativ (MADRS = 18). Fastlegen noterer at pasienten ikke rapporterer depressivt tankeinnhold, men bruker mye tid på å bekymre seg. Pasienten fremstår emosjonelt avflatet og mimikkfattig, men samarbeider og kommuniserer adekvat, dog med noe latens. Samtale og screening med MoCA ga ingen holdpunkter for vesentlig kognitiv svikt. I inn-taksteamet ved allmennpoliklinikken er det noe uenighet om hvorvidt pasientens symptomatologi er et resultat av Parkinson alene, og hvorvidt pasientens symptomer tilfredsstillende kriteriet om alvorlighet.

Depressive symptomer er vanligere hos pasienter med Parkinson enn hos jevnaldrende i den generelle befolkningen (Årslund, Pahlhagen, Ballard, Ehrh, & Svenningsson, 2011). Omtrent 35 % av pasientene rapporterer klinisk relevante depressive symptomer (Reijnders, Ehrh, Weber, Årslund, & Leentjens, 2008). Milde og moderate depressive vansker er mest utbredt (22 %), mens alvorlig depressiv lidelse (17 %) og dystymi (13 %) også kan forekomme. Som i befolkningen ellers er depressive symptomer knyttet til redusert livskvalitet og psykososial fungering også hos pasienter med Parkinsons, og studier har vist at deprimerte pasienter kan ha raskere utvikling av motoriske symptomer (Carod-Artal, Ziolkowski, Mourao Mesquita, & Martinez-Martin, 2008). Parkinson-assosiert depresjon (PSd) ledsages ofte av angstplager, som regel i form av generalisert angst, panikkangst eller sosial fobi.

Parkinson-assosiert depresjon kan lett overses i klinisk praksis grunnet stor symptomatisk overlapp mellom depresjon, angst og symptomer på Parkinsons sykdom (redusert appetitt, forstyrret søvn, bradyfreni og nedsatt mimikk, for å nevne noen). Konsentrasjonsvansker, uoppmerksomhet og beslutningsvegring kan også opptre hos parkinsonpasienter uten depressive vansker. Angstplager fluktuerer ofte med motorisk funksjonsevne og dagsvariasjon i effekten av parkinsonmedisiner (såkalte on- og off-perioder). I så måte er det umulig å utelukke organisk årsaksforhold for denne type plager ved Parkinson, og det anbefales at en i klinisk praksis har en «inkluderende» tilnærming til symptomene og unngår å forsøke å skille mellom «primære» og «sekundære» symptomer (Leentjens et al., 2008; Marsh et al., 2006). Depresjon hos pasienter med Parkinson forstås i så måte best ut fra en biopsykososial modell, der de nevrodegenerative aspektene ved PS vektet i særlig grad. Videre anbefales det å bruke Parkinsons-spesifikke cut off-verdier ved bruk av typiske screeningverktøy, som MADRS (total skåre > 14) og HAMD (total skåre > 13).

Depresjon vil ofte ledsages av to andre nevropsykiatriske tilstander: fatigue og apati. Fatigue kjennetegnes av en overveldende følelse av trøtthet, energimangel eller utmattelse. Tilstanden oppstår hos omtrent halvparten av pasienter med Parkinsons sykdom, oftest hos pasienter med depressive plager, søvnvansker, apati og kognitive vansker (Kluger et al., 2017). Apati er en tilstand preget av motivasjonssvikt

og oppstår hos omtrent 40 % av pasientene med sykdommen (den Brok et al., 2015). Sentrale symptomer inkluderer redusert evne til å ta initiativ, vise interesse for omgivelsene eller for å lære seg noe nytt, eller fremvise følelsesmessige reaksjoner (Pedersen, Larsen, Alves, & Årslund, 2009). Apati oppstår oftere hos eldre pasienter og ved ulike demenstilstander, og gjerne samtidig med milde depressive plager. Både fatigue og apati regnes som vedvarende nevropsykiatriske plager ved lidelsen, og det finnes i dag ingen behandlinger med overbevisende effekt for disse plagene. Det er derfor viktig å kartlegge både fatigue og apati både før og etter et behandlingsforløp, ettersom disse tilstandene kan vedvare til tross for at en pasients depressive plager er blitt bedre.

PSYKOTERAPI FOR PARKINSON-ASSOSIERT DEPRESJON

Om pasienten som ble henvist for depresjon og angst, kan vi lese følgende i journalen:

Pasienten tilbys en vurderingssamtale ved poliklinikken. Under samtalen vurderes han å tilfredsstillende kriteriene for en depressiv episode, og pasienten gis et tilbud om behandling. Under kartleggingen viser pasienten også symptomer på apati, men det er uklart om dette er en del av pasientens depressive tilstand eller ei. Etter en konsultasjon med pasientens nevrolog fremgår det at pasienten har hatt symptomer på apati i flere år, men at de depressive symptomene er nye. Ettersom pasientens plager fremstår som milde, tilbys han kognitiv atferdsterapi (KAT) som er tilpasset pasienter med Parkinson-assosiert depresjon, som førstelinjebehandling. Eventuell farmakologisk behandling vil vurderes om symptomene vedvarer etter psykoterapi.

Ikke-medikamentelle behandlingsformer, som psykoterapi, er generelt lite studert ved Parkinsons sykdom, men flere kasuistikker og ikke-randomiserte studier har vist at psykoterapi kan egne seg for pasienter med Parkinson-assosiert depresjon. Kun et fåtall randomiserte kontrollerte studier av psykoterapi for depresjon er gjennomført hos denne pasientgruppen, og da i hovedsak på KAT. Disse studiene tyder på at KAT kan gi betydelig reduksjon i alvorlighet av plager og kan gi symptomlette ved tilstanden (Calleo et al., 2015; Dobkin et al., 2011). Samtidig »

Tabell 2: Kliniske anbefalinger for KAT ved depresjon og angst ved Parkinsons sykdom^a

Tema	
Kognitiv fungering	Kartlegging av kognitiv fungering før KAT bør gjennomføres
Tilgjengelighet	Hjelp pasienten med å planlegge transport til behandler / KAT over telefon eller internett
Tilpasninger av time	Tilpasninger ofte nødvendig (f.eks. begrense skriftlig arbeid for pasient) Ved kognitive utfall bør timene tilpasses ytterligere
Psykoedukasjon	Gi håp om bedring av depressive plager og angst tidlig i forløpet Skille depresjon, angst og livskvalitet fra motoriske vansker og Parkinsons sykdom
Rolle og funksjon	Validering av reaksjoner på endringer i pasientens funksjonsnivå og roller
Selvpersepsjon	Utfordre tanker om å være en byrde for andre
Pårørende	Pårørende kan med fordel inkluderes i behandlingen Pårørende kan dra nytte av egne tilbud knyttet til rollen som hjelper

^a Tilpasset fra Egan og medarbeidere (2015). KAT = Kognitiv atferdsterapi

varierer disse studiene i utfallsmål, inklusjons- og eksklusjonskriterier, størrelse og varighet. For eksempel er det uklart hvorvidt KAT gir vedvarende behandlingseffekt etter én måned. Samlet er evidensen for KAT ved Parkinson-assosiert depresjon svak og av varierende kvalitet. Det er derfor stort behov for nye randomiserte kontrollerte studier, og da gjerne studier av nyere behandlingsformer som mindfulness-basert kognitiv terapi og metakognitiv terapi.

De siste årene har den psykologiske fenomenologien knyttet til Parkinson-assosiert depresjon blitt beskrevet i større detalj, noe som gjør at vi i dag anbefaler at KAT tilpasses de særegne utfordringene en ser blant pasienter med denne tilstanden (Calleo et al., 2015; Dobkin, Menza, & Bienfait, 2008; Egan, Laidlaw, & Starkstein, 2015). Pasienter med Parkinson-assosiert depresjon og angstplager har en økt tendens til både atferdsmessig og kognitiv unngåelse (Evans & Norman, 2009; Hurt et al., 2011). Økt ruminering og høyt sykdomsfokus, spesielt på de motoriske symptomene ved sykdommen, er også beskrevet hos disse pasientene (Julien, Rimes, & Brown, 2016). Kliniske observasjoner tyder på at pasienter med angstplager også kan ha innslag av somatisering, uten at denne observasjonen er etablert empirisk.

Noen sentrale anbefalinger for KAT for Parkinson-assosiert depresjon er presentert i tabell 2. Som ved all KAT er en kasusformulering, der pasientens symptomer, kjerneantakelser og handlinger settes i system og gir grunnlag for behandlingsmål, sentral også ved denne formen for depresjon (for et godt eksempel på

kasusformulering for pasienter med Parkinson-assosiert depresjon, se Egan og medarbeidere, 2015). Tema knyttet til unngåelse og sosial isolasjon, somatisk fokus, ruminering håndtering av stress og angst, monitorering av motoriske symptomer og søvnhygiene fremstår som viktig for pasienter med Parkinson, mens tradisjonelle depressive symptomer som selvbredelse, nedsatt selvfølelse og tristhet ofte er mindre fremtredende. Sentralt i behandlingen er atferdsaktivisering (gjærne i form av fysisk aktivitet / trening), tankeregistrering, atferdseksperimenter, oppmerksomhetstrening og avslapningsøvelser.

Merk at kognitiv funksjon bør evalueres hos alle pasienter med Parkinsons sykdom, ettersom mild kognitiv svikt er hyppig forekommende, og flertallet av pasienter utvikler demens i senere stadier av Parkinson. De fleste studier av KAT for Parkinson-assosiert depresjon har også ekskludert pasienter med indikasjon på kognitiv svikt (MoCA skåre ≤ 25 ; MMSE skåre ≤ 24), noe som gjør evidensgrunnlaget dårligere for denne gruppen. Samtidig tyder kliniske erfaringer på at samtaleterapi kan tilpasses de ekstra utfordringene som oppstår ved mild kognitiv svikt: Terapeuten kan repetere nøkkelpoeng, ha kortere timer, oppsummere skriftlig, tilpasse skriftlig materiale for hjemmelekser og bruke kalender og påminnere (Dobkin et al., 2008).

IMPULSKONTROLLFORSTYRRELSER

Psykolog ved somatisk avdeling kontaktes for å ha konsultasjon med en 53 år gammel mann med Parkinson ved nevrologisk poliklinikk:

Med bakgrunn i bekymringsmeldinger fra pasientens pårørende mistenker behandlende nevrolog at pasienten har utviklet impulskontrollforstyrrelse eller kognitiv svikt. Pasienten har i den senere tid fremstått mer kaotisk, disinhibert og mindre bluferdig enn tidligere, og pårørende rapporterer at pasienten ikke lenger har orden på leiligheten sin. Pårørende mistenker at han har mistet kontroll over pengebruken, og forteller at pasienten er blitt overdreven åpen og opptatt av sitt seksuelle liv, noe som er veldig utypisk for ham.

Impulskontrollforstyrrelser (IKF) oppstår hos 7–30 % av pasientene med Parkinson og er spesielt knyttet til bruk av dopaminerge medisiner, særlig dopaminagonister (Molde et al., 2018; Weintraub et al., 2010). Impulskontrollforstyrrelser inkluderer impulsive og kompulsive atferdsforstyrrelser, som pengespillavhengighet, hyperseksualitet, overspising og økt kjøpetrang. I tillegg er hobbyisme (overdreven tidsbruk på en hobby), punding (stereotyp, gjentakende atferd) og kompulsiv vandring også utbredt. Forstyrrelsene kan potensielt få alvorlige juridiske og/eller økonomiske konsekvenser og kan være vanskelige å oppdage i klinisk praksis ettersom pasientene ofte ikke rapporterer om slike symptomer spontant eller ikke opplever atferden som problematisk. Selv om disse forstyrrelsene er sterkt knyttet til bruk av dopaminerg medisinering, utvikler langt ifra alle som bruker slike medisiner, symptomer, noe som taler for en underliggende sårbarhet hos den enkelte. Risikofaktorer inkluderer ung alder, impulsive personlighetstrekk, familiehistorikk med avhengighet og genetiske forhold (Erga et al., 2018; Voon et al., 2011). Impulskontrollforstyrrelser er også blitt assosiert med økte depressive plager, men ser ikke ut til å være knyttet til mild kognitiv svikt eller demensutvikling (Erga, Alves, Larsen, Tysnes, & Pedersen, 2017). Pasienter med denne typen forstyrrelser kan vise spesifikke kognitive dysfunksjoner knyttet til abstraksjon, kognitiv fleksibilitet, visuospatial fungering og beslutningstaking (Santangelo, Raimo, & Barone, 2017).

Etter undersøkelse av pasient henvist for differensialdiagnostisk vurdering av impulskontrollforstyrrelser eller kognitiv svikt noterer behandlingsansvarlig følgende i journalen:

Etter kognitiv testing, klinisk intervju og en tverrfaglig diskusjon vurderes pasienten som kognitivt intakt, men med symptomer forenelig med impulskontrollforstyrrelse, da i form av hyperseksualitet og kompulsiv shopping. For å redusere denne atferden forsøkes det å optimalisere den dopaminerge medisineringen. Ved kontroll forteller pasienten at atferden ikke lenger er noe problem, men bekymringsmeldinger fra pårørende og førstelinjetjenesten tyder på at pasientens vansker er vedvarende, og de stiller spørsmål ved pasientens evne til å bo alene.

Førstelinjebehandling ved impulskontrollforstyrrelser er å tilpasse medisinbruken, og da spesielt redusere bruken av dopaminagonister. Endring av dopaminerge medisiner er imidlertid ikke noe alternativ for alle pasienter, ettersom endringer kan føre til forverring av motoriske symptomer og gir risiko for utvikling av «dopamine agonists withdrawal syndrome» (Voon et al., 2017). På grunn av dette har det vært forsøkt å identifisere behandlingsalternativer for pasienter med impulskontrollforstyrrelser. Enkeltstudier har vist at farmakologisk behandling med SSRI, amantadin og naltrekson kan redusere alvorlighetsgraden av forstyrrelsene, »

”

Merk at kognitiv funksjon bør evalueres hos alle pasienter med Parkinsons sykdom

”

Førstelinje-
behandling
ved impuls-
kontrollfor-
styrrelser
er å tilpasse
medisin-
bruken

men større studier er nødvendig før kliniske anbefalinger kan gis (Voon et al., 2017). KAT har også vist lovende resultater i en mindre pilotstudie (N = 45) og kan gi signifikant reduksjon i alvorlighetsgraden av impulskontrollforstyrrelser (Okai et al., 2013). KAT inkluderer ved denne typen tilstander motiverende intervju-teknikker, ettersom impulskontrollforstyrrelser ikke alltid oppleves som en belastning for den berørte pasienten (se Okai og medarbeidere, 2013 for mer detaljer om KAT-manualen). Samtidig ser det ut til at pasienter med høy alvorlighetsgrad (flere samtidige impulskontrollforstyrrelser, høy grad av angst eller depresjon) responderer dårligere på behandlingen enn pasienter med mindre alvorlige impulskontrollforstyrrelser, og effekten av KAT er sannsynligvis avhengig av optimalisert dopaminerg behandling (Okai, Askey-Jones, Samuel, David, & Brown, 2015). Impulskontrollforstyrrelser er i flere studier blitt assosiert med depressive symptomer, så det anbefales å inkludere depresjon og angstplager under utredning. Det er fremdeles mye usikkerhet rundt behandlingalternativer for impulskontrollforstyrrelser, men siden konsekvensene av disse forstyrrelsene kan være alvorlige, er det naturlig å forsøke å begrense dem. KAT kan i så måte vurderes for pasienter som ikke har mulighet for å endre dopaminerge medisiner, eller hos pasienter som har vedvarende alvorlige symptomer til tross for optimalisert medisiner. Videre kan det være viktig med et tverrfaglig samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten, gjerne med bruk av individuell plan, for pasienter med de mest alvorlige impulskontrollforstyrrelsene.

SØVNFORSTYRRELSER

En 60 år gammel kvinne med kjent Parkinson oppsøker kommunepsykolog etter å ha lest om tilbudet hos sin fastlege.

Pasienten har hatt vansker med innsovning i lengre tid og har vært plaget med hyppige oppvåkninger om natten samt dårlig søvnkvalitet. Føler seg ofte stivere motorisk dagen etter dårlig søvn. Under innkomstsamtalen forteller pasienten om flere depressive symptomer, noe kartlegging med MADRS også bekrefter (MADRS = 16). Pasientens søvnvansker synes forenelig med insomni. Pasienten bruker flere ulike medikamenter, inkludert dopaminago-

nister, antidepressiva og medisin for innsovning. Etter tverrfaglig møte med behandlende nevrolog og gjennomgang av medisinliste legges en behandlingsplan der dopaminagonist nedjusteres, innsovningsmedisin seponeres og pasienten tilbys oppfølging av psykolog både for å følge utviklingen av depressive vansker og avhjelpe disse.

Søvnforstyrrelser forekommer vesentlig hyppigere hos pasienter med Parkinson enn hos jevnaldrende friske personer. Disse forstyrrelsene kan være et resultat av dopaminerg behandling eller Parkinson-spesifikk patologi, og de kan også oppstå i forbindelse med andre påkjenninger som stress. Vanlige søvnforstyrrelser ved Parkinsons sykdom inkluderer motorisk uro, søvnapné, nattlige hallusinasjoner, insomni, hypersomni og REM-søvnatferdsforstyrrelse. To av disse – insomni (reduert nattlig søvnkvalitet som fører til redusert funksjonsnivå på dagtid) og økt søvnløshet på dagtid (på engelsk forkortet EDS) – er de hyppigst forekommende og mest invalidiserende søvnforstyrrelsene ved sykdommen.

Insomni er hyppig forekommende, og ca. 60 % rapporterer symptomer på insomni ved senere stadier av sykdommen. Typiske symptomer inkluderer søvnfragmentering, tidlig morgenoppvåkning og delvis sen innsovning. Selv om insomni ikke behøver å være vedvarende, er symptomene som regel behandlingskrevende idet de bidrar vesentlig til redusert livskvalitet (Gjerstad, Wentzel-Larsen, Årslund, & Larsen, 2007). Insomni kan også oppstå som en del av andre komorbide lidelser, som depresjon eller nokturni (vannlating om natten), samt oppstå som en komplikasjon av medikamentbruk (Tholfsen, Larsen, Schulz, Tysnes, & Gjerstad, 2015). Gjennomgang av medisinliste er derfor alltid anbefalt for denne pasientgruppen, noe som også understreker behovet for tverrfaglig samarbeid i både vurdering og behandling av denne typen symptomer.

Økt søvnløshet på dagtid, som kjennetegnes av uønskede og tidvis imperative søvnanfall, opptrer hos omtrent 12 % av parkinsonpasienter før igangsetting av medisiner, og kjente risikofaktorer er økt premorbid søvnløshet og bruk av dopaminagonister. Forekomsten av økt søvnløshet på dagtid øker med alder og graden av sykdom, og omtrent 23 % har disse vanskene etter fem års sykdom (Gjerstad, Alves, Wentzel-Larsen, Årslund, & Larsen, 2015; Tholfsen et al., 2015).

Til tross for at det kun foreligger et fåtall pilotstudier som undersøker KAT for søvnforstyrrelse ved Parkinsons sykdom (Patel et al., 2017), gir funn fra den generelle befolkningen og fra pasienter med Alzheimers sykdom grunnlag for optimisme. Essensielt for samtlige søvnforstyrrelser er gjennomgang og optimalisering av medisiner og søvnhygieniske tiltak (Videnovic, 2017). Gode søvnhygieniske tiltak kan være: faste rutiner for når man står opp, holde høy aktivitet på dagen, avstå fra småhviler i løpet av dagen og eksponering for dagslys på dagen. Ved tidlig morgenoppvåkning må det utredes om plagene er en del av insomni eller fremskyndet søvnfase-syndrom, der pasienten sovner for tidlig om kvelden. Klinisk er det viktig å huske at søvnforstyrrelser kan oppstå ved andre psykiske vansker ved Parkinson, og behandling av for eksempel depressive vansker bør fortrinnsvis inkludere tiltak for søvnhygiene og søvnmonitorering hvis søvnvansker er en del av depresjonen. Det er også viktig å merke seg at depressive vansker ofte letter ved bruk av dopaminagonister, og dermed må følges tett opp ved seponering/justering av dose av denne medisinen.

PÅRØRENDES Plass I BEHANDLINGEN

Parkinsons sykdom påvirker ikke bare pasienten selv, men har konsekvenser også for de pårørende. Pasienter med PS får over tid behov for mer assistanse og stell etter som sykdommen progredierer, og kan trenge hjelp av pårørende opp til 30 ganger per dag i de

senere stadiene av sykdommen (Secker & Brown, 2005). I tillegg til et høyt omsorgsbehov og antall timer brukt på stell vil psykiske symptomer gi økt belastning for pårørende (Leiknes, Tysnes, Årslund, & Larsen, 2010). Vår kliniske erfaring tilsier at pårørende bør tilbys hjelp til å mestre både de praktiske, fysiske og psykiske utfordringene knyttet til Parkinson. Pårørende bør inkluderes under behandling, ettersom de ofte er en ressurs og noen ganger er helt sentrale for at pasienten skal få gjennomført sine dagligdagse gjøremål. I tillegg trenger pårørende ofte egne tiltak for å oppleve økt mestring i sin omsorgsrolle, redusere belastning og øke egen livskvalitet. Pårørendesentrerte intervensjoner er generelt lite undersøkt ved PS (Secker & Brown, 2005), men erfaringer fra andre kroniske lidelser tyder på at både individ- og grupperettede tiltak kan gi positive effekter på pårørendes mestring av stress og rollen som pårørende. Strukturerte psykoedukative grupper, som eksempelvis programmet Patient Education Program Parkinson, kan også virke forbyggende mot pårørendebelastning (A'Campo, Spliethoff-Kamminga, Macht, EduPark, & Roos, 2010).

KONKLUSJON

Pasienter med Parkinsons sykdom har høy risiko for å utvikle ikke-motoriske problemer som medfører negative konsekvenser for både pasient og pårørende. Behandling av vanskene krever tverrfaglig samarbeid. Pasienter med depresjon og angst kan dra nytte av både farmakologiske intervensjoner og psykologisk behandling i form av KAT. For andre ikke-motoriske symptomer som impulsforstyrrelser og søvnvansker viser enkelte studier noe effekt av KAT. Både impulsforstyrrelser og søvnvansker henger ofte sammen med den medikamentelle behandlingen for Parkinson. Det er derfor viktig at psykolog og behandlende nevrolog samarbeider tett om disse pasientene. Noen ikke-motoriske symptomer, som apati og fatigue, har ingen etablert evidensbasert behandling og vil ofte vedvare til tross for bedring av for eksempel depressive symptomer. Pårørende bør involveres i den psykologiske behandling av ikke-motoriske symptomer ved Parkinsons sykdom. ✕

REFERANSER

- A'Campo, L.E., Spliethoff-Kamminga, N.G., Macht, M., EduPark, C., & Roos, R.A. (2010). Caregiver education in Parkinson's disease: formative evaluation of a standardized program in seven European countries. *Quality of Life Research*, 19(1), 55–64. doi:10.1007/s11136-009-9559-y
- Calleo, J.S., Amspoker, A.B., Sarwar, A.I., Kunik, M.E., Jankovic, J., Marsh, L., ... Stanley, M.A. (2015). A Pilot Study of a Cognitive-Behavioral Treatment for Anxiety and Depression in Patients With Parkinson Disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 28(3), 210–217. doi:10.1177/0891988715588831
- Carod-Artal, F.J., Ziolkowski, S., Mourao Mesquita, H., & Martinez-Martin, P. (2008). Anxiety and depression: main determinants of health-related quality of life in Brazilian patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 14(2), 102–108. doi:10.1016/j.parkreldis.2007.06.011
- den Brok, M.G., van Dalen, J.W., van Gool, W.A., Moll van Charante, E.P., de Bie, R.M., & Richard, E. (2015). Apathy in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*, 30(6), 759–769. doi:10.1002/mds.26208
- Dobkin, R.D., Menza, M., Allen, L.A., Gara, M.A., Mark, M.H., Tiu, J., ... Friedman, J. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy for Depression in Parkinson's Disease: A Randomized, Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, 168, 1066–1074.
- Dobkin, R.D., Menza, M., & Bienfait, K.L. (2008). CBT for the treatment of depression in Parkinson's disease: a promising nonpharmacological approach. *Expert Reviews of Neurotherapeutics*, 8(1), 27–35.
- Egan, S.J., Laidlaw, K., & Starkstein, S. (2015). Cognitive Behaviour Therapy for Depression and Anxiety in Parkinson's Disease. *Journal of Parkinsons Disease*, 5(3), 443–451. doi:10.3233/JPD-150542

- Erga, A.H., Alves, G., Larsen, J.P., Tysnes, O.B., & Pedersen, K.F. (2017). Impulsive and Compulsive Behaviors in Parkinson's Disease: The Norwegian ParkWest Study. *Journal of Parkinsons Disease*, 7(1), 183–191. doi:10.3233/JPD-160977
- Erga, A.H., Dalen, I., Ushakova, A., Chung, J., Tzoulis, C., Tysnes, O. B., ... Maple-Grødem, J. (2018). Dopaminergic and Opioid Pathways Associated with Impulse Control Disorders in Parkinson's Disease. *Frontiers in Neurology*, 9. doi:10.3389/fneur.2018.00109
- Evans, D., & Norman, P. (2009). Illness representations, coping and psychological adjustment to Parkinson's disease. *Psychology & Health*, 24(10), 1181–1196. doi:10.1080/08870440802398188
- Gjerstad, M.D., Alves, G., Wentzel-Larsen, T., Årslund, D., & Larsen, J.P. (2015). Excessive daytime sleepiness in Parkinson disease: is it the drugs or the disease?. *Neurology*, 85(2), 162–168.
- Gjerstad, M. D., Wentzel-Larsen, T., Årslund, D., & Larsen, J. P. (2007). Insomnia in Parkinson's disease: frequency and progression over time. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 78(5), 476–479. doi:10.1136/jnnp.2006.100370
- Hurt, C.S., Thomas, B.A., Burn, D.J., Hindle, J.V., Landau, S., Samuel, M., ... Brown, R.G. (2011). Coping in Parkinson's disease: an examination of the coping inventory for stressful situations. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1030–1037. doi:10.1002/gps.2634
- Julien, C.L., Rimes, K.A., & Brown, R.G. (2016). Rumination and behavioural factors in Parkinson's disease depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 82, 48–53. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.01.008
- Kluger, B.M., Pedersen, K.F., Tysnes, O.B., Ongre, S.O., Oygarden, B., & Herlofson, K. (2017). Is fatigue associated with cognitive dysfunction in early Parkinson's disease? *Parkinsonism and Related Disorders*, 37, 87–91. doi:10.1016/j.parkrel-dis.2017.02.005
- Leentjens, A.F., Dujardin, K., Marsh, L., Martinez-Martin, P., Richard, I.H., Starkstein, S.E., ... Goetz, C.G. (2008). Anxiety rating scales in Parkinson's disease: critique and recommendations. *Movement Disorders*, 23(14), 2015–2025. doi:10.1002/mds.22233
- Leiknes, I., Tysnes, O.B., Årslund, D., & Larsen, J.P. (2010). Caregiver distress associated with neuropsychiatric problems in patients with early Parkinson's disease: the Norwegian ParkWest study. *Acta Neurologica Scandinavica*, 122(6), 418–424. doi:10.1111/j.1600-0404.2010.01332.x
- Marsh, L., McDonald, W.M., Cummings, J., Ravina, B., Depression, N.N.W.G. o., & Parkinson's, D. (2006). Provisional diagnostic criteria for depression in Parkinson's disease: report of an NINDS/NIMH Work Group. *Movement Disorders*, 21(2), 148–158. doi:10.1002/mds.20723
- Molde, H., Moussavi, Y., Kopperud, S.T., Erga, A.H., Hansen, A.L., & Palleesen, S. (2018). Impulse-Control Disorders in Parkinson's Disease: A Meta-Analysis and Review of Case-Control Studies. *Frontiers in Neurology*, 9, 330. doi:10.3389/fneur.2018.00330
- Okai, D., Askey-Jones, S., Samuel, M., David, A.S., & Brown, R.G. (2015). Predictors of response to a cognitive behavioral intervention for impulse control behaviors in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 30(5), 736–739. doi:10.1002/mds.26108
- Okai, D., Askey-Jones, S., Samuel, M., O'Sullivan, S.S., Chaudhuri, K.R., Martin, A., ... David, A.S. (2013). Trial of CBT for impulse control behaviors affecting Parkinson patients and their caregivers. *Neurology*, 80(9), 792–799. doi:10.1212/WNL.0b013e3182840678
- Patel, S., Ojo, O., Genc, G., Oravivattanakul, S., Huo, Y., Rasameesoraj, T., ... Fernandez, H.H. (2017). A Computerized Cognitive behavioral therapy Randomized, Controlled, pilot trial for insomnia in Parkinson Disease (ACCORD-PD). *Journal of Clinical Movement Disorders*, 4, 16. doi:10.1186/s40734-017-0062-2
- Pedersen, K.F., Larsen, J.P., Alves, G., & Årslund, D. (2009). Prevalence and clinical correlates of apathy in Parkinson's disease: a community-based study. *Parkinsonism and Related Disorders*, 15(4), 295–299. doi:10.1016/j.parkrel-dis.2008.07.006
- Pringsheim, T., Jette, N., Frolkis, A., & Steeves, T.D. (2014). The prevalence of Parkinson's disease: a systematic review and meta-analysis. *Mov Disord*, 29(13), 1583–1590. doi:10.1002/mds.25945
- Reijnders, J.S., Ehrt, U., Weber, W.E., Årslund, D., & Leentjens, A.F. (2008). A systematic review of prevalence studies of depression in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 23(2), 183–189; quiz 313. doi:10.1002/mds.21803
- Santangelo, G., Raimo, S., & Barone, P. (2017). The relationship between Impulse Control Disorders and cognitive dysfunctions in Parkinson's Disease: A meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 77, 129–147. doi:10.1016/j.neubiorev.2017.02.018
- Secker, D.L., & Brown, R.G. (2005). Cognitive behavioural therapy (CBT) for carers of patients with Parkinson's disease: a preliminary randomised controlled trial. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, 76(4), 491–497. doi:10.1136/jnnp.2004.042291
- Tholfsen, L.K., Larsen, J.P., Schulz, J., Tysnes, O.B., & Gjerstad, M.D. (2015). Development of excessive daytime sleepiness in early Parkinson disease. *Neurology*, 85(2), 162–168. doi:10.1212/WNL.0000000000001737
- Videnovic, A. (2017). Management of sleep disorders in Parkinson's disease and multiple system atrophy. *Movement Disorders*, 32(5), 659–668. doi:10.1002/mds.26918
- Voon, V., Napier, T.C., Frank, M.J., Sgambato-Faure, V., Grace, A.A., Rodriguez-Oroz, M., ... Fernagut, P.O. (2017). Impulse control disorders and levodopa-induced dyskinesias in Parkinson's disease: an update. *Lancet Neurology*, 16(3), 238–250. doi:10.1016/S1474-4422(17)30004-2
- Voon, V., Sohr, M., Lang, A.E., Potenza, M.N., Siderowf, A.D., Whetteckey, J., ... Stacy, M. (2011). Impulse control disorders in Parkinson disease: a multicenter case—control study. *Annals in Neurology*, 69(6), 986–996. doi:10.1002/ana.22356
- Weintraub, D., Koester, J., Potenza, M.N., Siderowf, A.D., Stacy, M., Voon, V., ... Lang, A.E. (2010). Impulse control disorders in Parkinson disease: a cross-sectional study of 3090 patients. *Archives of Neurology*, 67(5), 589–595. doi:10.1001/archneurol.2010.65
- Årslund, D., Pahlhagen, S., Ballard, C.G., Ehrt, U., & Svenningsson, P. (2011). Depression in Parkinson disease—epidemiology, mechanisms and management. *Nature Review Neurology*, 8(1), 35–47. doi:10.1038/nrneurol.2011.189

Forskningsnotis

Parkinsons sykdom

Rytmens magi**Bergensforskere ser på de «musikalske hjernemekanismene» hos pasienter med Parkinsons sykdom.**

At musikk kan endre hjernen vår, har bred støtte i forskning. På hvilken måte kan dette komme til nytte hos pasienter med neurodegenerative lidelser, slik som Parkinsons sykdom? Forskerne i Bergen Research Group on Auditory Perception (BERG-AP) forsøker å finne svar. Parkinson kjennetegnes ved at nevroner i midthjernen dør. Skadene gir motoriske og ikke-motoriske symptomer knyttet til rytme og bevegelse. På Forskning.no beskriver stipendiat ved BERG-AP Ketil Vikene at virkningen av rytmisk musikk for en pasient med Parkinson oppleves nesten magisk: En pasient kan gå fra ustø gange til å gjenvinne kontroll over kroppen. Ifølge Vikene vet vi endel om *hvordan* rytmisk trening kan brukes for denne gruppen, men lite om *hvorfor* det fungerer. For å finne ut av dette, skanner Vikene og kollegaer hjernen til pasienter med Parkinson mens de lytter til musikk og rytmer. Så langt antyder forskningen deres at Parkinson-hjernen bruker litt mer energi på å behandle

rytmikk, og at oppgaven blir fordelt til intakte områder i hjernen. Funnene gir en forsiktig antydning om at rytmikken så kan medføre at visse hjernefunksjoner normaliseres. Rytmene ser ut til å hjelpe hjernen til å «komme i takt». Musikken kan føre til en slags kortvarig «reparasjon» av de delene av hjernen som kontrollerer kroppsbevegelsene. Forskerne håper at kunnskapen etter hvert kan komme til nytte også ved behandling av ikke-motoriske symptomer ved Parkinsons, slik som hukommelse og oppmerksomhet.

Kilde Forskning.no**ENQUÊTE**

Ungdomstanker

- Opplever du stress i hverdagen?

Det er stress med å ha balanse mellom skole og venner. Jeg synes det skulle vært lengre skoledager og mindre lekser.

Jente, 17 år

Det som gjør hverdagen min så hektisk, er egentlig alt, at jeg må bruke tid på både familie, venner og skole. Jeg vet ikke om det er noe jeg kunne gjort annerledes, men jeg mener at det burde være mindre press på at man må ha så fine klær og fin kropp.

Yllka, 18 år, Sofiemyr

Jeg opplever stress i hverdagen, men jeg tenker at det er deg selv som må prioritere det som er viktig for deg.

Gutt, 15 år, Son

Hverdagen min blir stressende på grunn av skole og venner, fordi det krever så mye tid.

Fabian, 15 år, Son

Det som gjør hverdagen så hektisk, er at du først må flere timer på skolen og deretter dra hjem, gjøre lekser, og øve til prøver. I tillegg må du bruke tid på venner og fritidsaktiviteter. Å slutte med lekser tror jeg ville forbedret stresshverdagen, slik at man kan få koblet av.

Jente, 15 år

Flere spørsmål og svar på side 1087 og 1129. ➔

Hvor hadde hun det fra?

I prosessen «med å få det bedre» hadde noe blitt enda verre.

TEKST

Kari Evelin Arellano
Lorentzen

KONTAKT

kari.lorentzen@gmail.com

ILLUSTRASJON

Åge Peterson

Men hvem sa at dagene våre
skulle være gratis?

At de skulle snurre rundt
på lykkehjulet i hjertet vårt
og hver kveld
stoppe på gevinst?

Hvem sa det?
Hvor hadde vi dét fra?

Hvem sa at livet vårt
skulle være lett å bygge ferdig?
At mursteinene var firkantede ballonger
som føk på plass av seg selv?
Hvem sa det?
Hvor hadde vi dét fra?

Dette er de første versene av et dikt jeg har delt med flere i mitt virke som psykolog (Falkeid, 2003, s. 339). Sist jeg leste det høyt, var i mitt møte med en nydelig jente på 19 år som trodde det var noe alvorlig galt med henne¹. Hun delte tungsinn, tvil og bekymring i møtet med det voksne livet. Hun hadde mange vonde tanker og følelser om seg selv og situasjoner hun hadde vært i. Kroppen kjentes sliten og urolig, pusten ujevn og kort. Hun unngikk mye hun syntes var ubehagelig, både innenfor og

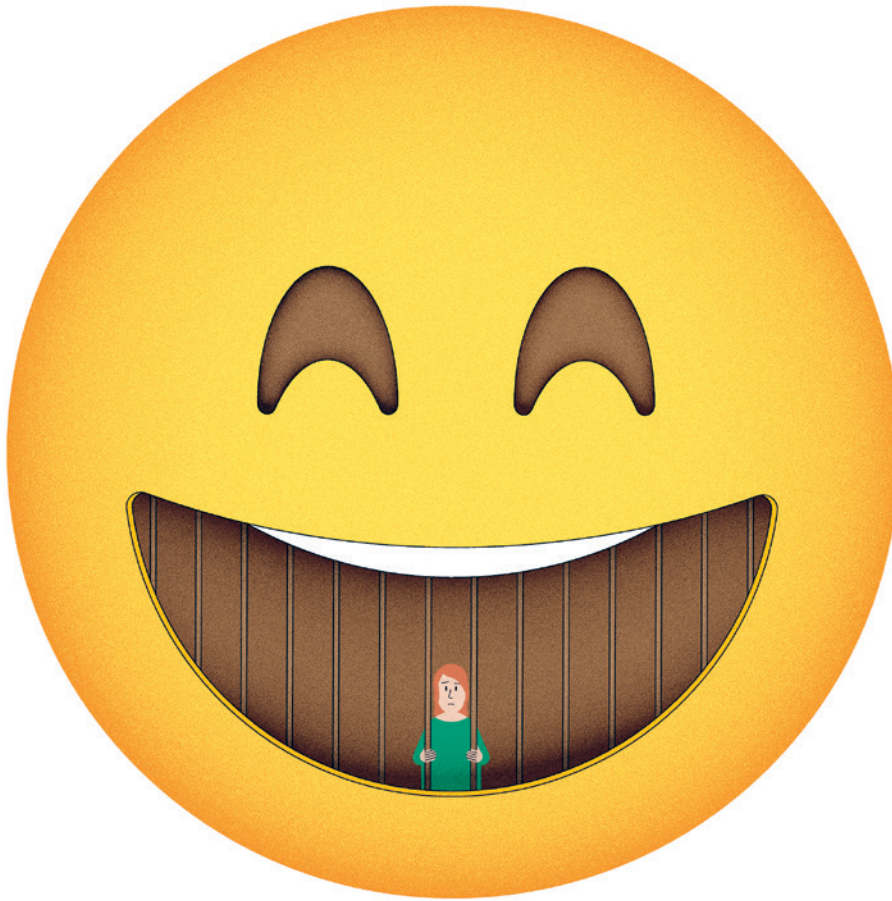
.....

¹ Teksten er anonymisert, og skriftlig samtykke er innhentet fra dem teksten er basert på.

utenfor seg selv. Hun hadde strevd en stund, og søkt hjelp en stund. Men i prosessen «med å få det bedre» hadde noe blitt enda verre. Det hadde blitt vanskeligere å møte seg selv, være nær seg selv, forstå seg selv og tåle seg selv.

Mamma hadde prøvd å støtte henne lenge. Hun hadde sendt henne visdomsord og lykketegninger på mobilen: «Don't worry be happy.» «Du blir hva du tenker, tenk at du er super!» «Livet er for kort til å være noe annet enn lykkelig.» Hun sa det kjentes fint å få oppmerksomhet. Håp ble vekket med troen på at gleden og velbehaget var lett tilgjengelig og mulig å velge med riktig innstilling. Men det opplyftende budskapets effekt varte bare til de vonde tankene og vanskelige følelsene meldte seg igjen.

Hos helsesøster noen år tidligere hadde hun lært om «røde og grønne tanker»; de røde var negative og vonde, de grønne var positive og hjelpsomme. Med helsesøster hadde hun jobbet iherdig med å stoppe de røde tankene, og med å hente de grønne frem. Hun og foreldrene hadde blitt anbefalt å dele gode opplevelser, bli mer oppmerksom på alt hun kunne kjenne seg glad for. De hadde skrevet livets lyspunkter ned i en yndig liten bok. «Familie som elsker meg. Trygt land. Mat på bordet. Penger på konto. Skoleplass. Gode venner. Frihet fra sykdom, tap og ulykker.» Hun ble mer tankebevisst. Hun tok seg selv i å tenke og føle unød-



vendig slemme, fæle, stygge ting. Hun trente på å velge riktig tankesett, tro på tankenes kraft. Det kjentes fint å slippe den besudlende melankolien, helt til de feilaktige og dumme ideene helsesøster kalte «dysfunksjonelle», ikke lot seg manipulere mer. Da kjente hun på skyld og skam over sitt blytunge humør, og fikk enda tyngre og mer kritisk tankevirksomhet å styre med.

Hos psykologen som siden fulgte opp på DPS, samarbeidet de kortvarig og målrettet videre. De jobbet hardt med å integrere de grønne tankene ytterligere, og enda hardere med å gi dem makt. De planla hvordan hun kunne prioritere, velge og innrette seg som «sin egen lykkes smed». Hun lærte teknikker for hvordan endre tankenes innhold, fikk eksperimentelle oppgaver og hjemmelekser med skjema og tabell. De snakket om «jag-styrke» og «viljestyrke», og om å velge det gode i livet. Det kjentes fint å bli en større agent i eget liv, inntil det skjedde noe leit som rev håpet bort og vekket tungsinnet, tvilen og uroen på nytt. Nå kjentes det indre ubehaget, som hun før hadde klart å redusere, sterkere enn noen gang.

DA HUN KOM TIL MEG

Da hun kom til meg, var hun utmattet og forvirret. «Jeg er drittlei meg selv», sa hun med lys og kvalt stemme. Hun mente det var forkastelig at hun fortsatt ikke hadde klart «å få det bedre». Hun visste at hun hadde mye å være glad for, men kjente fortsatt svært lite glede. Hun følte egentlig ikke så mye i det hele tatt. Det var vanskelig for meg å bli kjent med hvem hun var, komplisert å komme nær opplevelsene av det unge livet, vrient å få tak i hvilke erfaringer og historier hun bar på. Språket var sparsomt på liv og egenart. Det fantes få ord for mellommenneskelig ubehag som svik, hat og skuffelse. Veiene inn til de såre følelsene var for smale til å passere. Nærmet vi oss noe vondt og terapeutisk verdig, fikk hun berøringsangst og avbrøt seg selv raskt: «Fuck, nå ble jeg negativ igjen» og «Nei, sorry, sånn skal jeg jo ikke tenke».

Etter hvert forstod jeg at oppfølgingen hun hittil hadde fått, hadde forutsatt mer kapasitet enn hun hadde. Den hadde gitt flere nedturer enn økt mestringstro. Det hadde vært krevende å stå i de selvovervåkende og selv- »

korrigerende prosessene. Forsøkene på å kontrollere følelseslivet gjennom språket og tenkingen hadde forstyrret og tappet henne for krefter. Overreguleringen og kampen mellom «det gode og onde» inni henne hadde hindret livsutfoldelsen ytterligere. Med det fremtidsrettede perspektivet fra en psykoteknologi preget av rasjonell, mekanisk og optimistisk tenkning var det som om angsten hadde stengt seg enda mer inne. For når kontrolleringen av tankenes innhold ikke fungerte, utløste de nye kompliserte tankerekker og vonde følelser hun aldri hadde lært å romme. Løsningen på vanskene hadde blitt en betydelig grad av det som antakelig hadde vært selve problemet hele tiden. Jeg innså at det endimensjonale tankearbeidet alene ikke hadde bidratt til sunn bevissthetsfunksjon og sunn selvfølelse, men tvert om skapt flere barrierer for nærhet og fortrolighet.

INGEN KAN SPRE SLIKT MØRKE

«Ingen kan spre slikt mørke som den som har sett lyset», skrev sosiolog Nils-Fredrik Nielsen (Nielsen, 2007, s. 37). Dette var en ung kvinne med en bristende selvfølelse i en tidlig livskrise. Hun trengte nok først og fremst bistand fra de voksne med å flytte raust og vennlig inn i seg selv og til alt som rørte seg der, også det vonde og dramatiske.

I vår kultur kan rommet for det som er trist, vondt, sørgelig og negativt oss mennesker imellom, stå i fare for å lukke seg for tidlig. Det ligger til vår tid å anerkjenne åpenhet om psykiske vansker. Men det ligger også til vår tid å ha et voldsomt fokus på individets eget ansvar for fremgang og suksess. Min unge klient hadde lært at hun måtte finne svarene på egen hånd. At HUN måtte skape den forandringen hun trengte inni seg selv, ved å vende og vri på måten hun tenkte og følte om livet på. Som om hun var seg selv nok. Jeg stusset på det.

Behandlingsideologi, mål, tiltak, forventninger og tidspres kan forvirre og villed oss som jobber med mennesker. Som psykolog og yogalærer møter jeg stadig tilnærminger til og forestillinger om helse, normalitet og bedring som virker overdrevne og urealistiske. Noen hevder at lykke er vår menneskerett. Andre at det er vår sanne natur. Mange bærer oppfatninger om at livets lidelse bør og kan unngås; at det er uønsket, til og med unormalt. Verdens helseorganisasjon definerer helse slik: «En til-



Nærmet vi oss noe vondt og terapeutisk verdig, fikk hun berøringsangst og avbrøt seg selv raskt: «Fuck, nå ble jeg negativ igjen»

stand av fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom eller fysisk svekkelse» (WHO, 1946, s. 1, overs. Hofgaard, 2010). Med dette som utgangspunkt er det lett som menneske, som terapeut og klient, å falle for fristelsen til å tro at livet til enhver tid kan være fullkomment og behagelig.

HELSE OG TILFREDSHET

Vi psykologer vet at helse og tilfredshet er svært kompliserte fenomener. Vi vet at menneskelivet påvirkes av og handler om mye mer enn bare oss selv, våre egne tanker, mål, og innsats. Vi vet også at vi mennesker fødes inn i verden med helt unike begrensninger og muligheter. For livet skjer, og det skjer oss tidvis hardt, for noen mer hjerterått enn andre. Det er viktig å kunne ta tak i eget liv, men vel så viktig å slippe livet inn, la det skje og erfares, slik det måtte utfolde seg. For det er naturlig å søke det som er godt og gledelig, men vi må også kunne gi oss hen; tåle, romme og håndtere det som er vondt. Og vi tåler mer når vi tåler det sammen. Det vet vi. Og så vet vi at et liv som inneholder vonde opplevelser, ubehagelige tanker og smertefulle følelser, ikke er uforenlig med et godt liv. Men vi kan møte mennesker som ikke vet det, og som ikke lever i nærvær av noen som vet og tåler.

Jeg tror moderne og instrumentelle tenkemåter omkring terapeutisk endring kan stenge for en mer kroppslig, eksistensiell, helhetlig og genuin opplevelse av det å være menneske. Fremmedgjøring er et stort problem i vår tid. Mange kommer til psykoterapi med opplevelser av avstand til andre, til sitt eget selv, til sin egen kropp og natur. Og kanskje nettopp derfor er det så viktig at psykoterapi kan forsyne unge med det som samfunnet, den enkeltes miljø, familie og nettverk ikke har gjort. Det være seg tid eller aksept for kronglete historier om identitet, tro, kropp og seksualitet, hvis mening ikke kan reduseres til bokser, piler og tall.

Min erfaring er at terapi gir sjelegaver når den tilbyr det som mangler, savnes, frigjør og beveger. Freud beskrev psykoterapi som en tumleplass. Innenfor psykodynamisk tenkning står relasjoner, følelser og rammene rundt den enkeltes liv sentralt i forståelsen av helse. Frihet kan erfares, mens man gradvis utforsker, holdes og tolereres i varmen av terapeutens undrende og aksepterende grunnholdning. Østlig filosofi tilbyr gammel visdom om menneskets sjeloliv og bevissthet, som jeg også tror er nyttig i møtet med unge av vår tid. I kjernen av østlig psykologi ligger forståelsen av at det nærmeste vi kommer noe sikkert, er erkjennelsen av at livet er et usikkert prosjekt. Sinnsro får plass når vi forsoner oss med at livet også er lidelse. Sykdom, plager, problemer og nederlag forstås som en naturlig del av det å leve. Det å trene opp bevisstheten til å fungere som et stille, tilstedeværende og rommende vitne, står sentralt. Her sammenfaller og komplimenterer østlig psykologi og psykodynamisk tenkning hverandre. Der østlige visdomstradisjoner tilbyr veier til bevissthetsutvikling, tilbyr psykodynamisk tenkning relasjonelle rom der bevissthetens innhold også kan tas på alvor. I østlig tenkning beskrives det sanne selv som sjelelig, som ren bevissthet og felles eksistens. Vi er verdt «noe» og «er noen» før vi «presterer noe» eller «blir noen». Fra dette er det fristende å trekke linjer til eksistensiell filosofi og psykologi, som beskriver menneskelig lidenskap som evnen til å fornemme seg selv som subjekt. Som en som sanser, tenker, føler og fornemmer livet i sin paradoksale og sammensatte prakt. Fordelene med disse tilnærmingene i psykoterapi med unge mennesker tror jeg er flere. For det første at tankene og følelsene ikke lenger definerer hvem man er, og således ikke blir så truende. For det andre at alle hører til og er verdifulle, uavhengig av hva man har erfart og oppnådd med tankenes og handlingenes kraft. For det tredje at inderlighet og livsstyrke bærer i seg sjelolivets mange fasetter og kontraster.

I MITT MØTE

I mitt møte med den nydelige 19-åringen måtte spillereglene og premissene endres. Mål og teknikker fikk vike i prosessen med å forstå hvem hun var, hva som drev henne, hva hun rømte fra, hva hun søkte til, og hvilke sammenhenger hun stod i. Foreldrene ble invitert til sam-

arbeid, så deres perspektiv på livet, lykke og helse kunne utfordres. Jeg tok frem yogamatte, puter, erteposer, piggeball og fargestifter. Bruken av tenkning og ord ble delvis erstattet av kreative uttrykksformer. Kroppens frie bevegelser og åndedrett fungerte som veier til kontakt og erkjennelse. Sansene, følelsene og de umiddelbare erfaringene fikk med dette større plass og aksept. Vi fikk famlet i det lunefulle, dype og mørke. Vi fikk hentet frem tap, smerter og konflikter. Vi fikk blåst problemer tydelig opp.

Hun sa hun kjente seg takknemlig når hun fikk bekymret seg skikkelig for alt som kunne gå galt. Med en bevisst bruk av innpust som anerkjente lidelse, og en passiv utpust som gav de vonde følelsene plass i kroppen, lærte hun å tåle seg og sitt bedre. Noe lettet når destruktive krefter, opplevelse av nederlag og skuffelse ble delt som svarte hull og røde kruseduller på papir. Kroppen og pusten ble friere og mykere, og samtalene tydet på at hun kjente flere følelser, tolererte livet, og levde livet mer.

Men alt dette forutsatte tid, tålmodighet og improvisasjon. Jeg kjente meg tidvis famlende og usikker underveis selv. Å følge retningslinjer, anbefalte metoder og behandlingsmanualer til punkt og prikke kan nok temme en angst for å ikke være en god nok psykolog. Men her var det henne det skulle handle mest om, ikke modellen, metoden, eller meg.

Symptomene hun kom med, slapp ikke taket helt, og hun tok kontakt igjen året etter. Da vi startet opp igjen, var utgangspunktet et ganske annet. Hun hadde ingen opplevelse av at noe måtte fordrives og fikses opp i. Hun hindret ikke seg selv i å komme sårbar og berørt til orde. For hun visste det nå, hvor hun hadde hatt dét fra. ✘

REFERANSER

- Falkeid, K. (2003). *Samlede Dikt*. Oslo: J. W. Cappelens Forlag.
- Hofgaard, T.L. (2010). En ny definisjon av helse? *Tidskrift for Norsk psykologforening*, 47, 362.
- Nielsen, N.F. (2007). *Samlede tristesser i utvalg*. Oslo: Aschehoug.
- World Health Organization (1946, 22. juli). *Constitution of the World Health Organization*. Hentet fra <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>

Utenfor rekkevidde

Helsevesenets hjelpsøkingmodell fungerer dårlig for ungdom med psykiske plager. Våre erfaringer forteller både om mulige forklaringer på hvorfor det er slik, og om grep som kan gjøre at flere unge får hjelp.

TEKST

Thormod Idsøe¹,
Serap Keles¹, Görel
Bringedal¹, Trygve
Børve², Terje Ogden¹

¹ NUBU – Nasjonalt
utviklingscenter for
barn og unge

² BUP, Sykehuset
Levanger

KONTAKT

thormod.idsoe
@nubu.no

DENNE ARTIKKELEN tar opp spørsmålet om hvorfor helsetjenester i liten grad når ut til ungdom med psykiske plager (Helland & Mathiesen, 2009). Resultater fra Ungdata 2017-undersøkelsen viser en økning i selvrapporterte psykiske helseplager blant ungdom, og særlig blant jenter (Bakken, 2017). Dette er en indikasjon på at det kan være behov for kunnskapsbaserte hjelpetiltak for denne gruppen, der de fleste er i skolealder, og særlig i videregående skole.

Det norske helsevesenet jobber hovedsakelig etter en «reaktiv» eller hjelpsøkingmodell der den som søker hjelp, må erkjenne å ha et problem og deretter søke om hjelp. Denne modellen synes å fungere dårlig for ungdom og fører til at langt færre av de med begynnende psykiske helseproblemer søker og får et tilbud de kan ha utbytte av (Gulliver, Griffiths, & Christensen, 2010; Zachrisson, Rödje, & Mykletun, 2006). Dette ble en tankevekker for oss som arbeidet med programmet «Depresjonsmestring for ungdom», og i denne artikkelen drøfter vi noen mulige forklaringer, men også løsningsforslag som kan bidra til at flere ungdommer får hjelp.

HVORFOR SØKER IKKE UNGDOMMENE HJELP?

Internasjonal forskning om hjelpsøking viser at bare et mindretall av ungdom med vansker

oppsøker hjelp (se f.eks. Verhulst & Van Der Ende, 1997; Zwaanswijk, Van der Ende, Verhaak, Bensing, & Verhulst, 2003). Det bekreftes også av en norsk studie, der det blant de 15-20 % av ungdommene som rapporterte om høye nivåer av psykiske problemer, bare var 17 % som hadde hatt kontakt med fagpersonell (Helland & Mathiesen, 2009). Dette kan ha langsiktige og negative konsekvenser for ungdommene og skaper også utfordringer for barne- og ungdomstjenestene. En kartlegging foretatt av WHO (Andrade et al., 2014) viste at opplevelsen av å ikke ha behov for hjelp var hovedbarrieren for hjelpsøking, og det var en utbredt tendens til at ungdom ønsket og stolte på at de kunne ordne opp i problemene selv.

En norsk studie blant 15-16-åringer viste at det var en sammenheng mellom hvor store angst- og depresjonsplager ungdom hadde, og tendensen til å søke hjelp. Mens 34 % av de med det høyeste symptomnivået (over 99 % cutoff) rapporterte at de hadde søkt hjelp, var det bare 24 % av de med det nest høyeste nivået (over 90 % cutoff) som gjorde det (Zachrisson et al., 2006). Disse tallene viser at problemene skal være store før ungdom søker hjelp, og selv de med det nest høyeste symptomtrykket unngår å søke hjelp for plagene sine. Det kan handle om manglende problembesvissthet og vansker med å gi uttrykk for slike plager. Mange vil spontant snakke med venner om hva de sliter med, eller



de tilskriver psykiske helseproblemer til det å være ungdom. Sosial stempling eller stigma ble rapportert som en av de sterkeste hindringene i en litteraturgjennomgang av foreldrerapporterte forhold (Reardon et al., 2017). En annen litteraturgjennomgang viste at stigmatisering og det å være brydd over å måtte søke hjelp var de sterkeste barrierene mot hjelpesøking blant unge (Gulliver et al., 2010). Det bekreftes også i en norsk undersøkelse, sammen med manglende kunnskap om at det er mulig å få hjelp (Helland og Mathiesen, 2009). Manglende tillit til helsevesenet kan også spille inn, særlig hvis ungdommene opplever at emosjonelle ungdomsplager blir avskrevet som «normalt for

alderen». Noen gikk så langt som å rapportere frykt for å søke hjelp, men de som hadde hatt positive erfaringer med hjelpetjenestene, søkte lettere hjelp. Dette kan tyde på at det antagelig er behov for en langt større vektlegging av proaktive identifiseringsrutiner. Rekruttering av hjelpetrengende ungdommer bør være en av kommunenes og skolenes viktigste satsingsområder. Å kunne komme inn på et tidligere tidspunkt kan antagelig spare ungdommene og samfunnet for større utfordringer på lengre sikt.

DEPRESJON BLANT UNGDOM

I depresjon, som er tema for vår studie, inngår symptomer som påvirker, i betydningen redu- »

DÅRLIG OPPMØTE

Forfatterne av denne fra praksisteksten erfarte at det var vanskelig å få ungdommer til å komme til tilbudet deres om hjelp til depresjonsmestring. Foto: Chris Harrison / Millenium

serer, hjelpesøking (WHO, 1992). Symptomene omfatter tristhet eller melankoli, som sammen med lavt energi- og aktivitetsnivå, tretthet, svak selvfølelse og lav selvtilit reduserer motivasjonen for selv aktivt å søke hjelp. Resultatet er ofte at ungdommen unngår sosial kontakt og har en tendens til å isolere seg. Dette kombineres med tanker om skyld og verdiløshet, og bidrar ytterligere til å svekke motivasjonen for å søke hjelp.

Alt dette kjennetegner en depresjon. Samtidig er depresjonens kjennetegn også uforenlig med den tradisjonelle hjelpesøkningsmodellen og forklarer hvorfor deprimerte ungdommer er en spesielt vanskelig gruppe å nå for hjelpetjenestene. Som en strategi for å få flere til å søke hjelp er det lansert et lavterskeltilbud som vil kunne nå flere ungdommer som trenger hjelp. Spørsmålet er imidlertid hvilke faktorer som særlig må ivaretas. Vil flere søke hjelp dersom terskelen er lavere? Og hva vil det si å ha en lav terskel? Kanskje ungdommene fremdeles opplever terskelen som høy selv om hjelpetjenestene tror den er lav? Disse problemstillingene viser at det er behov for kunnskap om flaskehalsen i rekrutteringsarbeidet og hva som er virksomme tiltak i arbeidet med depresjon blant ungdom. Vi knytter denne diskusjonen til våre erfaringer med rekruttering til et lavterskel gruppebasert tiltak for ungdom med mild til moderat depresjon i videregående skole.

DEPRESJONSMESTRING FOR UNGDOM

«Depresjonsmestring for ungdom – DU» er et gruppetiltak som bygger på kognitiv atferdsmodifikasjon, og målgruppen er ungdom med lette til moderate depresjoner. Tiltaket er utviklet med støtte fra Helsedirektoratet (Børve, 2012a, 2012b, 2012c). Det har vist moderate effekter i å redusere depressive symptomer i en kvasi-eksperimentell studie (Garvik, Idsøe & Bru, 2014) og er klassifisert på evidensnivå 3 i Ungsinn-basen (Wergeland, Skotheim & Kvello, 2016). Programmet *Forskning og innovasjon i utdanningssektoren* (FINNUT – Norges Forskningsråd) har finansiert en evaluering med et sterkere forskningsdesign, blant annet for å kunne undersøke om DU kan redusere frafall i videregående utdanning. Dette prosjektet startet i 2015 og er forankret ved Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU, Unirand, UiO), og førsteforfatter er prosjektleder.



Et svakt ledd i programmets rekrutteringsstrategi kan altså være at de som skulle rekruttere, hadde for lite kontakt med målgruppen, og derfor hadde vanskelig for å bli kjent med og motivere for deltakelse

Tilbudet ble administrert av spesielt rekrutterte kursledere for grupper av ungdom ved videregående skoler. Kurslederne ble tilfeldig fordelt på en intervensjonsgruppe og en sammenligningsgruppe. De kurslederne som ble fordelt til intervensjonsgruppen, gjennomgikk umiddelbart en grundig og standardisert opplæring i en uke. De kurslederne som ble fordelt til sammenligningsgruppen, fikk sin opplæring etter intervensjonsperioden, slik at de kunne administrere det vanlige tilbudet som man tidligere har gitt til denne målgruppen på stedet de jobber. Før intervensjonsperioden fikk imidlertid alle kurslederne opplæring i hvordan de skulle rekruttere ungdommer i samsvar med inklusjons- og eksklusjonskriteriene for DU, dette for å gjøre rekrutteringsprosedyrene like for de to betingelsene. Ungdommer som ble rekruttert, fikk vite hvilket tilbud de skulle motta, et par uker før oppstart. En detaljert beskrivelse av studiens design er tilgjengelig i studiens publiserte forskningsprotokoll (Idsøe & Keles, 2016).

Et betydelig informasjonsarbeid ble iverksatt for å gjøre kurstilbudet kjent blant ungdom i målgruppen, det vil si elever på 1. eller 2. trinn i videregående skole. Likevel viste det seg vanskelig å rekruttere ungdommer. Prosjektet måtte derfor utvides til to kohorter som gikk med ett års mellomrom. Siden rekrutteringen var så utfordrende, bestemte vi oss for å undersøke hva som kunne forklare dette. Vi inviterte derfor alle lederne fra første opplæringsrunde til å rapportere sin opplevelse av hva som skapte vansker i rekrutte-

ringen. Åtte (73 %) av 11 kursledere som ikke greide å rekrutterte noen ungdommer, og 16 (84 %) av de 19 som rekrutterte ungdommer, besvarte vår henvendelse. Vi formidler svarene på tre åpne spørsmål knyttet til erfaringene med rekrutteringen: 1) Vi ønsker tilbakemeldinger og refleksjoner knyttet til prosessen når det gjelder rekruttering av ungdommer til forskningsprosjektet – hva har du for tanker om dette? 2) Opplevde du det som vanskelig eller utfordrende å rekruttere ungdommer? 3) Er det noe ved din situasjon eller ved din skole, helsestasjon, arbeidsplass som du tenker har spesiell betydning for rekrutteringen av ungdommer? Svarene ble systematisert ved å trekke ut og kategorisere meningsbærende enheter.

REKRUTTERINGSPROBLEMER

Svarene i undersøkelsen kan samles under seks overskrifter: 1) generelle rekrutteringsvansker, 2) stigmatisering og reservasjoner, 3) manglende nærhet til ungdommene i målgruppen, 4) manglende tid til rekrutteringen, 5) manglende tilgjengelighet, 6) gruppeformat og innramming i et forskningsprosjekt.

Generelle rekrutteringsvansker

Mange av informantene rapporterte *generelle vansker med å rekruttere målgruppen* og bekreftet dermed resultatene fra forskningen om temaet med utsagn som: «Eg opplevde det vanskelig å rekruttere ungdommer» og «Utfordrende å rekruttere ungdommer? JA!!!». I tillegg kan det ha gjort det enda vanskeligere å rekruttere siden målgruppen var deprimerte ungdommer (f.eks. «... overrasket over at det viste seg å være så vanskelig å få etablert kontakt med ungdommer som sliter med depresjoner. Jeg skjønner nå at det sannsynligvis er mange som ikke tar kontakt med noen ...»). Dette samsvarer med nasjonale og internasjonale funn om lav hjelpsøking blant ungdom generelt (Helland & Mathiesen, 2009; Verhulst & Van Der Ende, 1997; Zachrisson et al., 2006) og unngåelse og unnvikende atferd som kjennetegn på depresjon. Sammen kan dette ha forsterket rekrutteringsproblemer.

Stigmatisering og reservasjoner

Videre rapporterte kurslederne *om stigma* knyttet til depresjonsproblemer generelt og kursnavnet spesielt (f.eks. «straks de hører ordet

depresjon og depresjonsmestring, kobler de ut»). Det er også mulig at navnet «Depresjonsmestring for ungdom» hadde en demotiverende effekt i seg selv. Andre utsagn underbygde dette: «Jeg liker ikke navnet på kurset; 'depresjonsmestring for ungdom'» og «[skulle] gjerne ha ønsket at prosjektet hadde endret navn fra Depresjonsmestring til 'Livsmestring'». Dette stemmer med tidligere forskning om sosialt stigma som en av de sterkeste barrierene knyttet til hjelpsøking (Reardon et al., 2017). Et relatert problem handlet om manglende forståelse og innsikt i egne problemer som årsak til manglende hjelpsøking (Helland & Mathiesen, 2009; Zachrisson et al., 2006). En medvirkende årsak til at ungdommer ikke ønsket å assosiere seg selv med depresjonsbegrepet, kan være at de rett og slett ikke var klar over at de var deprimerte. Men også andre ansatte på skolen mislikte at man fokuserte på depresjonsbegrepet. De ga uttrykk for at det ble opplevd som «... stigmatiserende og provoserende og at man diagnostiserer opplevelser og følelser som hører menneskelivet til». Slike reaksjoner formidler at det kan ha vært vanskelig å forankre og gi prosjektet legitimitet blant de ansatte, og at de langt på vei kan ha støttet opp om ungdommenes tendens til å reservere seg.

Dette peker på at også de som jobber med barn og unge, har sine oppfatninger om potensiell stigmatisering, men også hvilke merkelapper man setter på ungdomsproblemene. Kurset har i ettertid endret navn til «Mestringskurs for ungdom» uten at det var vår undersøkelse som var en direkte årsak til dette. Det er imidlertid rimelig å anta at navneendringen kan medvirket til å redusere en eventuell stigmatiseringseffekt.

Manglende nærhet til målgruppen

En tredje kategori som ble fremhevet, var viktigheten *av nærhet til ungdommene i målgruppen* (f.eks. «... det er samtalen, relasjonen mellom elev og i dette tilfellet meg som sosialpedagogisk rådgiver som har betydning for utvikling av elevens motivasjon til eventuelt å ønske hjelp og delta i gruppe. Det er en prosess som tar tid»). Avstand til elevene ble også påpekt som utfordrende: «For vår del, er vi avhengig av rekruttering gjennom andre som jobber på skoler, helsestasjoner, legekontorer osv. Jo flere ledd i rekrutteringsprosessen jo

»

tyngre er det å få med ungdom.» Flere fremhevet at de derfor forsøkte å alliere seg med lærere og andre som hadde en relasjon til elevene i rekrutteringsfasen. Disse funnene samsvarer med internasjonale funn som fremhever viktigheten av at de unge har tillit til og kan stole på de som tilbyr hjelpen, og det å ha kunnskap både om disse og om systemet rundt (Reardon et al., 2017). Et svakt ledd i programmets rekrutteringsstrategi kan altså være at de som skulle rekruttere, hadde for lite kontakt med målgruppen, og derfor hadde vanskelig for å bli kjent med og motivere for deltakelse. Her var en avhengig av lærerne og andre ansatte som hadde daglig kontakt med ungdommene, men som antagelig kjente for dårlig til programmet, og noen ga også uttrykk for skepsis og kritiske holdninger til tilbudet.

Manglende tid til rekruttering

Manglende tid til rekruttering ble også fremhevet, antagelig som en konsekvens av erfaringene med at det tok lang tid å nå gruppen (f.eks. «Rekrutteringen er krevende ... derfor tar det mye tid», og at man bør «... sette av en 50 % stilling i de ukene rekrutteringen pågår»). Det var tankevekkende å høre hvordan noen av informantene fremhevet tidsfaktoren som en betydelig utfordring: «Jeg har tenkt og sett på det jeg har av muligheter, og slik jeg ser det virker det rett og slett ikke gjennomførbart. Det er ingen av mine arbeidsoppgaver jeg kunne blitt fristilt fra for å få tid til dette. Det krever både tid, tilstedeværelse og et fokus som ikke er mulig nå.» Dette impliserer at ressursene til rekruttering til lavterskeltilbud langt fra er tilstrekkelige. Selve rekrutteringen var både kompetanse- og tidkrevende, både for å bli kjent med ungdommen og for å motivere dem for deltakelse. Mye tyder på at de som skal rekruttere ungdom, også må være i stand til å etablere en troverdig allianse, der de formidler forståelse og respekt for ungdommens behov, tar seg tid til å snakke med dem om hvilket utbytte de kunne ha, men også tid til å kunne drøfte skepsis og reservasjoner hos ungdommene.

Manglende forankring og praktiske problemer

Mangel på ressurser har nok også indirekte sammenheng med neste punkt som fremkom, nemlig manglende *forankring og praktiske pro-*

blemer. De praktiske problemene kunne være «ulik timeplan og ulik lokalisering ..», «mange elever som har lang skolevei ... det blir derfor lite attraktivt å være igjen etter skoletid» og «stor skole: informasjonsflyten kan til tider være treg». Med andre ord: Et nytt tilbud som DU-kurset medførte en del logistiske utfordringer som ikke alle skoler løste like bra. Et optimalt tilbud skal ikke bare ha et godt og troverdig innhold, det skal også være tilgjengelig på et sted og til en tid som passer deltakerne. Dermed kan timeplanlegging og reisevei for alle involverte være et problem. Men like viktig er det at tiltaket har god forankring og legitimitet i skolen og dens støttesystem (f.eks. PP-tjenesten). Et lavterskelprosjekt som dette krever samarbeid både oppover til ledelsen i skole og kommune og på tvers til lærere og andre ansatte. Manglende støtte og oppfølging fra kolleger og ledelse er et gjennomgangstema i forebyggende arbeid i skolen og kom her til uttrykk som: «Selv om jeg informerte om prosjektet og rekrutteringa, opplevde jeg ikke å få støtte for eksempel av kontaktlærerne (= klassestyrerne) og det var ingen som hadde interesse av å vite mer om dette.» Siden nærhet til elevene fremheves som viktig for rekruttering, sier det seg selv at man er nokså avhengig av god forankring blant lærerne. Om dette ikke oppnås, er det rimelig å anta at man trenger å bruke mer av egne ressurser for å komme i mål. Her kan det være behov for å vurdere om flere grupper ved skolen skulle ha vært involvert i opplæringen, eller fått tilbud om et opplæringskurs som ga innsikt i og forståelse av prosjektet. Ikke minst er det viktig å få fram hvor betydningsfulle de er for at prosjektet skal kunne lykkes med å rekruttere og hjelpe elevene i målgruppen.

Gruppeformat og forskningsprosjekt

En sjettede kategori som fremkom, var blandede reaksjoner blant ungdommene knyttet til muligheten for å kunne havne i gruppetiltak (f.eks. «... noen som jeg tenkte kunne hatt nytte av å delta, kvitte seg for å være med på eventuelle kurs»). Ideelt sett bør ungdom kunne få valg mellom gruppetilbud og individuell behandling, eventuelt en kombinasjon av de to. Den valgmuligheten hadde de ikke her. Videre kan ungdommenes frykt for å bli stemplet og stigmatisert, ha gjort dem tilbakeholdne, og for noen kan sosial ekspos-

nering i gruppe være ett av de problemene de slet mest med. Når en iverksetter gruppetiltak, er det imidlertid viktig å eventuelt henvis videre ved behov for individuell oppfølging, noe som ivaretas i DU-prosjektet. Det er viktig at dette kommuniseres til ungdommene. Til slutt var det også en del som pekte på *utfordringer med at kursstilbudet var innrammet av et forskningsprosjekt*, der deltakerne måtte akseptere inklusjons- og eksklusjonskriterier, og at gruppene ville bli tilfeldig fordelt på en intervensjons- og en kontrollbetingelse. Dette siste punktet gjorde nok ikke rekrutteringsprosessen lettere.

HVA MÅ TIL?

De som greide å rekruttere ungdommer innenfor den oppsatte tidsplanen, fremhevet betydningen av å ha direkte kontakt med ungdommene – og aller helst ha en relasjon til dem allerede. I tillegg pekte de på viktigheten av å involvere eller samarbeide med ulike sentrale aktører som helsesøstre, lærere og foreldre i rekrutteringsprosessen. Det var også et ønske om å unngå bruk av depresjonsbegrepet i markedsføringen av tiltak, da dette ble oppfattet som hemmende for rekrutteringen.

Siden det var knyttet forskning til lavterskeltilbudet, kan vi ikke se bort ifra at noen av rekrutteringsproblemene hadde sammenheng med forhold knyttet til inklusjons- og eksklusjonskriterier for selve forskningsprosjektet. Hensikten med denne artikkelen er imidlertid å peke på forhold som kan være vanskelige når en rekrutterer deltakere til forebyggende lavterskeltilbud. Med forbehold om at forskningsprosjektet kan ha vært en tilleggsbelastning, mener vi at informantenes svar har stor relevans i arbeidet med å identifisere og rekruttere ungdom til lavterskeltilbud generelt. Kurslederne våre var også mer opptatt av

å peke på faktorer som vi vil hevde dreier seg om å nå ut til hjelpetrengende ungdommer med lavterskeltilbud generelt, og som dermed kan opplyse oss om forhold det er viktig å ta i betraktning om man ønsker å nå ut med hjelpetiltak på en måte som monner. Nærhet til ungdommene synes å være en mulig suksessfaktor. For å lykkes med dette ser det ut til at man behøver en bedre forankring og legitimering på skolenivå og i støtteapparatet, som PP-tjenesten og skolehelsetjenesten. Selv om det er gjort gode erfaringer med slike tilpasninger noen steder, så mangler det dokumentasjon på lokale løsninger og ressursmobilisering, noe som er viktig med tanke på det videre rekrutteringsarbeidet når evalueringsstudien er avsluttet.

Vi tror at en screening eller kartleggingsstudier ved skoler, der alle elever svarer på spørsmål om psykiske og psykososiale helsebelastninger, kan være et godt utgangspunkt for å tilby lavterskeltilbud. En slik undersøkelse vil kunne bidra til å bevisstgjøre elever om deres psykiske helse, men også brukes som grunnlag for å rekruttere til lavterskeltilbud på skolen, slik som DU-prosjektet. En slik skoleomfattende kartlegging vil også engasjere lærere og andre ansatte ved skolen, og kan legge grunnlag for en diskusjon om hva problemene består i, og hvordan de kan forebygges. Det er naturlig å avdramatisere kortere perioder med psykiske plager, men også å peke på at risikonivået øker når problemene vedvarer, blir mer omfattende og går ut over elvenes skolefaglige og sosiale fungering. Lærere bør også ha muligheter til å drøfte sine bekymringer, eventuelt i anonymisert form, med kvalifisert personale.

Psykologforeningen pekte i sin hovedsatsing fra 2014 til 2016 på problemer knyttet til at det finnes såpass mange ulike regelverk og sektorer for barn og unge, og at det er viktig å kunne bedre samhandlingen mellom ulike nivåer og ulike tjenester som ytes til denne målgruppen. En koordinert innsats bør omfatte utprøving av virksomme identifiserings- og rekrutteringsmodeller, som etterpå kan implementeres i dokumenterte spredningsmodeller. Den nye loven om psykisk helsevern med en storstilt satsing på psykologer i kommunene kan bidra til å rette opp denne skjevheten. Økte ressurser kan føre til en sterkere prioritering av forebygging og tidlig innsats, og Psykologfore-



Depresjonens kjennetegn er også uforenlig med den tradisjonelle hjelpsøkingmodellen



ningen har gjort forebygging for barn og unge til hovedsatsingsområde i perioden 2016–2019. Slike innsatser kan også bidra til at flere ungdommer får nødvendig hjelp.

De som jobber med og for ungdommer, bør bedrive systematiske og langsiktige rekrutteringsprosesser. Det kan være en mulighet å tenke seg en spesifikk kompetanseheving der man tar i bruk systematiske verktøy for å bevege seg fra en intuitiv og tilfeldig prosess til mer strategisk forankrede rekrutteringsprosesser av hjelpetrengende ungdommer. Som med andre ord samsvarer med Psykologforeningens hovedsatsing, der man peker

på styrket samhandling og koordinering mellom de enkelte nivåer og tjenester som ytes til ungdommene. Inn under dette er det også naturlig å tenke seg en mer målrettet satsing på kommunikasjonsarbeid. Det er antagelig et stort forbedringsarbeid når det gjelder bruk av sosiale medier. Til slutt vil vi også påpeke betydningen av å analysere og evaluere rekrutteringsarbeidet. Prosessene bør ta utgangspunkt i kunnskapsbaserte strategier hvor man systematisk vektlegger kompetanseheving og forankring på alle nivåer, noe som igjen krever samarbeid mellom de involverte aktørene. ✘

REFERANSER

- Andrade, L.H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J., Al-Hamzawi, A., Borges, G., . . . De Graaf, R. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological medicine, 44*(6), 1303–1317. doi:https://doi.org/10.1017/S0033291713001943
- Bakken, A. (2017). *Ungdata 2017: Nasjonale resultater*. Oslo: Nova.
- Børve, T. (2012a). *Kursbok for Depresjonsmestring for ungdom*. Oslo: Rådet for psykisk helse.
- Børve, T. (2012b). *Hefte til foresatte, supplement til Kursbok for Depresjonsmestring for ungdom*. Oslo: Rådet for psykisk helse.
- Børve, T. (2012c). *Hefte til skole/praksissted, supplement til Kursbok for Depresjonsmestring for ungdom*. Oslo: Rådet for psykisk helse.
- Garvik, M., Idsøe, T., & Bru, E. (2014). Effectiveness study of a CBT-based adolescent coping with depression course. *Emotional and Behavioural Difficulties, 19*(2), 195–209. doi:10.1080/13632752.2013.840959
- Gulliver, A., Griffiths, K.M., & Christensen, H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC psychiatry, 10*(1), 113. doi:10.1186/1471-244X-10-113
- Gulliver, A., Griffiths, K.M., Christensen, H., & Brewer, J.L. (2012). A systematic review of help-seeking interventions for depression, anxiety and general psychological distress. *BMC psychiatry, 12*(1), 81. doi: https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-81
- Helland, M.J., & Mathiesen, K.S. (2009). *13–15-åringer fra vanlige familier i Norge – hverdagsliv og psykisk helse (Fhi-rapport nr. 1)*. Oslo: Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Idsøe, T., & Keles, S. (2016). Study protocol for a randomized controlled trial of a group cognitive-behavioral course for depressed adolescents. *BMC psychiatry, 16*(1), 246–255. doi:DOI 10.1186/s12888-016-0954-y
- Lopez, A.D., Mathers, C.D., Ezzati, M., Jamison, D.T., & Murray, C.J. (2006). Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *The Lancet, 367*(9524), 1747–1757. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68770-9
- WHO (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines (Vol. 1)*: World Health Organization.
- Reardon, T., Harvey, K., Baranowska, M., O'Brien, D., Smith, L., & Creswell, C. (2017). What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *European child & adolescent psychiatry, 1*–25.
- Verhulst, F.C., & Van Der Ende, J. (1997). Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(7), 901–909.
- Wergeland, G.J., Skotheim, S., & Kvello, Ø. (2016). *Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket DU – Mestringskurs for ungdom (2. utg.)*. Hentet fra http://www.unsinn.no/post_tiltak_arkiv/kunnskapsoppsummering-og-klassifisering-av-tiltaket-du-depresjonsmestring-for-ungdom-2-utg/
- Zachrisson, H.D., Rødje, K., & Mykletun, A. (2006). Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health, 6*(1), 34. doi:10.1186/1471-2458-6-34
- Zwaanswijk, M., Van der Ende, J., Verhaak, P.F., Bensing, J.M., & Verhulst, F.C. (2003). Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(6), 692–700.

Vil diskutere universell screening

En universell kartlegging av barn og unges psykiske helse hadde vært en proaktiv rutine, mener seniorforsker Thormod Idsøe ved NUBU.

TEKST Øystein Helmikstøl

- Kommunesatsingen er flott, men det hjelper ikke med mange psykologer i kommunene, hvis de som trenger hjelp ikke kommer dit hjelpen er. I dag er problemet at altfor mange unge ikke oppsøker hjelp for psykiske vansker. Og vi vet rett og slett ikke hvem som sliter.

Det sier Thormod Idsøe til Psykologtidsskriftet. Han er seniorforsker ved Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU) og førsteforfatter av fra praksis-teksten Utenfor rekkevidde på sidene foran. Han ønsker en diskusjon om hvordan kommunene og skolene kan være proaktive og komme i kontakt med barn og unge som trenger hjelp.

- Når de som trenger det, ikke kommer til psykologen, må psykologen komme til dem. Jeg ønsker meg et tettere samarbeid mellom skole og psykolog, mellom PP-tjenesten og skolene.

Idsøe mener også at personer med relasjon til unge, alt fra lærere til ledere i fritidsklubber, må få bedre opplæring i å se tegn på at en ungdom sliter.

Og han lufter et forslag han vet er kontroversielt:

- En universell screening av barn og unges psykiske helse hadde vært en proaktiv rutine, men kan også ha ulemper. Likevel, vi har i dag mange kartlegginger av barns faglige ferdigheter, så det er en vurderingssak om vi også skal kartlegge bedre hvordan barn og unge har det, sier Idsøe.

ENQUÊTE

Ungdomstanker

- Når føler du at du kan være deg selv?

Når jeg er med familie og venner kan jeg være meg selv. Jeg prøver jo selvfølgelig å være meg selv blant andre mennesker og på sosiale medier, men det er ting jeg kan legge skjul på.

Yllka, 18 år, Sofiemyr

Når jeg er sammen med de jeg er glad i. På sosiale medier vil jeg også si at jeg er meg selv, men jeg legger ikke ut særlig mye fordi jeg føler ikke noe behov for det. Jeg følger med på det andre folk gjør, og er aktiv, men legger ikke ut ting selv.

Jente, 20 år, Oslo

Jeg føler jeg kan være meg selv blant venner. På sosiale medier er det jo ting jeg legger skjul på, men samtidig så føler jeg at jeg kan si hva jeg vil.

Fabian, 15 år, Son

Jeg er meg selv når jeg er med vennene mine og har det gøy med dem. Egentlig hele tiden, bortsett fra skolen, fordi der må man være mye mer seriøs noen ganger. Vennene mine dømmer meg ikke for den jeg er.

Veronica, 15 år, Vestby

Definitivt når jeg er med de nærmeste vennene mine. På sosiale medier vil jeg si at jeg kan være meg selv til en viss grad. Noen ganger blir det kanskje litt for mye av det gode, men på Snapchat og sånt føler jeg at jeg kan være meg selv.

Helena, 15 år, Kongsberg

Flere spørsmål og svar på side 1087 og 1117. ✕

Fra arkivet: 2004

Opsjonssamfunnet

Utvilsomt har vi som samfunn i løpet av få tiår utviklet en bevissthet om individers rettigheter – legitime krav – som er historisk enestående. Det er intet naturlig endepunkt for rettighetenes og kravenes ekspansjon. Tendensen går ut på at «alle» har krav på «alt». I klartekst: Hvert individ har krav på en lykkelig barndom, et lykkelig voksenliv, kort sagt – et lykkelig liv. Dette må samfunnet og andre personer levere; om de feiler, søker en andre som kan fylle samme funksjon. Motgang og nederlag – som sykdom – fortøner seg som «feil», som noe som ikke har noen berettigelse og som bør fjernes, fikses og repareres av de dertil kompetente profesjoner eller egnede produkter, jo før, jo heller.

Men dette fanger ikke hele bildet. For selv om det skulle treffe tidsånden ganske godt å si at i dag går man gjennom livet med et krav på å oppleve lykke og vellykkethet, så er lite sagt om hvordan kravet arter seg, hvordan den enkelte lever det ut, og kanskje lider under det. Hva sikter jeg til?

Et samfunn hvis mediale og kommersielle refreng er at «alt er mulig», plasserer budskapets individuelle mottaker i en situasjon preget av krysspresset fra frihet og tvang – frihet som tvang.

Når alt etter sigende ikke bare kan, men skal og må velges, av den enkelte på vegne av hans eller hennes formodede individualitet og autentisitet, kan den feirede historiske økningen i valgfriheten vise seg ensbetydende med en tilsvarende økning i valgtvangen. I det såkalte «opsjonssamfunnet» er kollektive strukturer, tradisjoners autoritet og fortidens opparbeidede erfaring og visdom i ferd med å forsvinne som dugelige kilder for den endeløse rekken av valg som individet må gjøre og alltid selv stå for. Alle målestokkers uopphørlige endring er blitt det eneste permanente. Enhver har internalisert imperativet om individuell vellykkethet, om statusen og fremgangen som er belønningen for ytelsen. Man er sin egen lykkes smed, og følgelig også sin egen ulykkes. Enhver er suveren (autonom) i valgene som treffes – «Er det ikke mitt liv, mine preferanser, kanskje?» – og vil ha seg frabedt korrigeringer fra andre; moralsk fundert kritikk av andres atferd avfeies som motbydelig moralisme. Trykket utenfra på individet leveres i form av individets intensiverte trykk på seg selv, med prestasjonsangst, selvutmattelse, handlingslammelse, angst og depresjon – i betydningen selvets aggresjon overfor seg selv – som de hyppigste symptomene, hvis årsaker psykologen må søke å plassere i deres samfunnsmessige årsakssammenheng.

Dette samfunnet frembringer særdeles sårbare, avhengige, skjøre og forvirrede individer. Ingen unntatt. Ikke mer sårbare fysisk sett, men dårligere i stand til å takle tilvæ-

relsens skjørhet og egen sårbarhet psykologisk sett. At vi kommer inn i tilværelsen som sårbare og avhengige, i en ikke-valgbar forstand, er et eksistensielt forhold som utgjør en torn i øyet på tidsånden. Det vi i dag vil vite av, er det vi kan velge selv – og velge bort igjen dersom vi blir skuffet. Det ved livene våre som er hinsides våre valg og derved vår kontrollbestrebelse, vil vi ikke vite av; det fortøner seg utelukkende som negativt. Moderne medisinske teknologier bidrar med å gjøre mulig forandringer – kalt forbedringer – av selvet (ikke minst alt som har med vårt ytre å gjøre) som før var utenkelige.

Utviklingstrekket som er sykkelig-gjørende, har ikke folks påståtte syting som sin dypere årsak, ikke en gang som sitt mest signifikante symptom. Det kulturelle og kollektive mistaket, det som skaper slike problemer og slik lidelse for den enkelte, består i at vi som samfunn har erklært krig mot ufravikelige grunnvilkår ved tilværelsen: vår alles sårbarhet, avhengighet og dødelighet. Medisinen kan vise seg så innovativ den bare vil, der den muliggjør selvforandringer som inntil nylig var umulige såvel som utenkelige og uønskede. Markedet kan bli så allestedsnærværende og produkttilbudene så sofistikerte de bare vil, de psykoterapeutiske korttidseffektive behandlingsoppleggene likeså. Det som trengs, er å gå til problemets rot, kollektivt såvel som individuelt: å erkjenne at strevet etter uavhengighet, vellykkethet og usårbarhet vil bety vår undergang i det lange løp og gjøre oss syke, miserable og ensomme i det korte.

Fra Arne Johan Vetlesens «Syting, sykdom og sårbarhet», august, 2004

*Man er sin egen lykkes smed, og
følgelig også sin egen ulykkes*

Meninger



Karteruds misforståelse

– Jeg ønsker meg ikke tilbake til en ren freudiansk forståelse av drivkreftene i menneskesinnet, slik Sigmund Karterud synes å tro.

Siri Gullestad svarer på Karteruds kritikk, side 1138.



FOTO: FARTEN RUDJORD

Helsetilsyn på feil kurs

Helsetilsynet bommer på hvilke tiltak som skal til for å redusere selvmordsfare, mener fagfolk. Tilsynets forslag kan snarere ha motsatt effekt, hevder de.

Side 1142.

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.



Lille Thomas

Ikke tenk, vær nyttig

Prinsipperklæringen for evidensbasert praksis i psykologi hevder å kunne tilby beste behandlingsprinsipp, men hvor godt forstår vi egentlig hvordan evidensbasert praksis virker?

EVIDENSBASERT PRAKSIS har vært en del av norske psykologers hverdag i over et tiår. Prinsipperklæringen for evidensbasert praksis i psykologi EBPP er trolig det enkeltdokumentet som i størst grad strukturerer den kliniske delen av psykologifaget. Virkningene av prinsipperklæringen begrenser seg ikke til pasientbehandlingen gjennom faglige veiledere og behandlingspakker, men preger også stadig mer innforstått tenkningen om klinisk psykologi. Det gjør det viktig å spørre seg om EBPP kan ha følger som ikke er åpenbare ved første øyekast.

Å demarkere betyr å adskille, som når man tegner opp landegrensen mellom to stater. To av demarkasjonene som strukturerer EBPP, er enkle å identifisere: Den første er en demarkasjon som skiller mellom legitim og illegitim psykologisk praksis. Den andre er en demarkasjon som skiller vitenskap fra ikke-vitenskap. Forholdet mellom de to demarkasjonene er også relativt klar: Legitim praksis skal være basert på vitenskapelig kunnskap. Det første sentrale spørsmålet er dermed hvordan vitenskapelig kunnskap defineres i EBPP.

NYTTE-ETIKKENS KLAMME HÅND

Det er ikke forsøkt å legges skjul på at EBPP har sprunget ut fra evidensbasert medisin (EBM). I EBM har man inntatt en militant holdning i

metodologiske spørsmål og gitt randomiserte kontrollerte forsøk (RCT-er) og meta-analyser en særstatus. Til sammenligning har RCT-er (og meta-analyser) en noe mindre uttalt prioritet i EBPP, med en formell begrensning til kliniske intervensjoner (som jo er relativt vidt hva klinisk praksis angår). Hovedhensikten bak å særstille resultater fra forskning som bruker disse metodene, er å kunne tilby virksomme og kostnadseffektive behandlingsformer. RCT-ers og meta-analysers begrensninger er etter hvert velkjente, ikke minst i psykologisk forskning som har et komplekst studieobjekt. Et langt mindre belyst spørsmål er imidlertid hvorvidt EBPP kan virke på måter som det ikke er tatt høyde for.

Ved nærmere ettersyn kan man nemlig finne en tredje demarkasjon i EBPP. Denne demarkasjonen er etisk. Den regulerer psykologisk praksis på lik linje med de to foregående demarkasjonene, men et viktig trekk ved den etiske demarkasjonen er at den virker implisitt. Det ser ikke ut som at man i prinsipperklæringen har tatt stilling til om hvorvidt nytte-etikken bør være enerådende eller ikke. Den er snarere med som en nisse på lasset som man tar for gitt. På samme måte som den vitenskapelige demarkasjonen fjerner uvitenskapelige påstander fra psykologisk praksis, regulerer den etiske demarkasjonen psykologisk praksis gjennom



HENRIK BERG,
psykolog og filosof

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

**EVIDENSBASERT
PRAKSIS**





Med den kompleksiteten klinisk psykologi rommer, behøves et vell av ulike intellektuelle ressurser for å evaluere den

å utradere alternative etiske perspektiver. Dette er svært problematisk i en kompleks praksis som psykoterapi, der verdippluralisme både har stått og bør stå sentralt.

Den etiske demarkasjonen i EBPP er strukturert som en nytte-etikk. Ifølge klassisk nytte-etikk er den handlingen som fører til mest mulig glede eller lykke for flest mulig mennesker, den beste handlingen. Nytte-etikken baseres dessuten ofte mer eller mindre direkte på resultatene fra vitenskapelige studier. Forskning kan indikere hva som vil gi størst mulig helsegevinst for flest mulig mennesker, og slik informasjon er randomiserte kontrollerte forsøk og meta-analyser velegnede til å tilveiebringe.

Et eksempel kan illustrere hvordan den etiske demarkasjonen virker. Veiledet internettbasert selvhjelpsterapi er en terapiform som har vokst frem i kjølvannet av forbedret og mer utbredt informasjonsteknologi. I veiledet internettbasert selvhjelpsterapi går pasientene vanligvis gjennom et relativt strukturert selvhjelpsbehandlingsprogram på internett samtidig som de har jevnlig kontakt med en psykoterapeut via online-chat (derav veiledet). Denne terapiformen har vist seg å være virksom og kostnadseffektiv i en grad som gjør at den tåler sammenligning med ansikt-til-ansikt-terapi. Potensialet for kostnadseffektivitet er dessuten stort, ikke minst i utstrakte land med relativt spredt demografi. I EBPP er de eneste relevante parameterne effekt og kostnadseffektivitet, og slik kvalifiserer gjerne veiledet internettbasert selvhjelpsterapi som en evidensbasert terapiform. Det finnes imidlertid en rekke andre etiske perspektiver enn nytte-etikken som i aller høyeste grad er relevante for klinisk psykologi.

FRA BLIND AKSEPT TIL KRITISK UTSPØRRING

Den franske tenkeren Michel Foucaults analyser har klare etiske implikasjoner. Det finnes kunnskapsteoretiske premisser som muliggjør vitenskapelig kunnskap og praksiser som medisin, psykiatri eller skolevesen. I «menneskevitenskapene» skjuler det seg gjerne antakelser som er problematiske, men som bare kan identifiseres gjennom dybdeanalyser. Et annet sentralt moment i Foucaults tenkning er at praksiser som tilsynelatende er frigjørende, bidrar til nye, ofte mer subtile, former for tvang. Internettbasert veiledet selvhjelp kan ses på som et mindre paternalistisk alternativ til ansikt-til-ansikt-terapi, ettersom pasienter som mottar denne behandlingen, er mer selvdrevne. Det kan også bidra til å dempe stigma ettersom den opphever noe av skillelinjene mellom psykisk lidelse og hverdagsliv. På den andre siden vil pasientens hjem kunne bli omgjort til et slags konsultasjonsrom, der det likevel er helseinstitusjoners forståelsesformer som dominerer. Utbredelsen av helsetjenester på denne måten kan dessuten være en del av en såkalt medikalisering, der sykdom får så stor oppmerksomhet eller blir så vidt definert at sykdomsbegrepet bidrar til å skape lidelse.

Den fenomenologiske tradisjonen knytter vitenskap til den meningskonstituerende hverdagslige omgangen vår med verden. Enkelte fenomenologer har vært opptatt av hvilke etiske implikasjoner disse betingelsene har. Ifølge Levinas konstitueres menneskelig mening av «den andre». Det innebærer at vi allerede er i menneskers vold idet noe fremtrer som meningsfullt for oss, enten perseptuelt, språklig eller på andre måter. Dette grunnpremisset har klare etiske implikasjoner. Vi er innvevd med «den andre», noe som gjør at «den andres» lidelse også er «vår» lidelse. Ifølge Levinas er ingenting mer etisk betydningsfullt enn synet av ansiktet til et lidende menneske. Denne erfaringen påkaller oss til å handle uten at vi trenger en videre rasjonell begrunnelse for handlingen.

gen. I internetbasert veiledet selvhjelpsterapi har den direkte erfaringen av den andres lidelse blitt marginalisert. Den fenomenologiske tradisjonen fremhever også at all kunnskap – og da særlig kunnskap om mennesker – er uutgrunnetlig. Dette resulterer i en ydmykhet som også har etiske implikasjoner, fordi ethvert forsøk på å hjelpe må være utprøvende i formen. I motsetning stadfester typiske nytte-etikere at vitenskapen nærmest automatisk vil gi etiske fremskritt. Faktisk er det antatt å være så selvfølgelig at det ifølge nytte-etikkens kanskje mest kjente eksponent, J.S. Mill, ikke er verdt å ta meningsmotstandere seriøst.

I Aristoteles' dygdsetikk skiller han mellom tre ulike kunnskapstyper. Ren kunnskap («episteme») er kunnskap for kunnskapens skyld (f.eks. ren matematikk). Praktisk kunnskap («techne») lar oss realisere bestemte forhåndsdefinerte mål (f.eks. kurere en brukket fot). Praktisk klokskap («phronesis») gjør det mulig for oss å forstå hvilke mål som er gode i en konkret kontekst (f.eks. hjelpe et unikt individ til å få et bedre liv). Praktisk kunnskap er den dominerende kunnskapsformen i den grad psykoterapi er strukturert. I internetbasert veiledet selvhjelpsbehandling er behandlingsforløpet ofte relativt strukturert med suksessive moduler pasienten skal gjennom. Selv om pasienten gjerne formulerer egne behandlingsmål, er standardiserte mål det som legitimerer denne behandlingsformen. Et dygdsetisk mantra er imidlertid kun å behandle like tilfeller likt. Det kritiske spørsmålet (for en dygdsetiker) er hvorvidt pasienter er ulike på klinisk relevante måter i en praksis som psykoterapi. Hvis de individuelle særtrekkene til pasienter er klinisk betydningsfulle, er det nemlig den praktiske klokskapen og ikke den praktiske kunnskapen som er den viktigste kunnskapstypen.

Moralfilosofen Bernard Williams hevdet at nytte-etikken ikke nødvendigvis fører til uriktige beslutninger, men at den tenderer mot å ta stilling uten tilstrekkelig refleksjon. Den samme kritikken kan rettes mot EBPP. Med den kompleksiteten klinisk psykologi rommer, behøves et vell av ulike intellektuelle ressurser for å evaluere den. EBPP reduserer imidlertid de tilgjengelige intellektuelle ressurser selv om det ikke fremgår klart at det egentlig noensinne var siktemålet. Det bør være praksisens egenart som avgjør hvordan praksisen reguleres, og ikke en prinsipperklæring som er utformet som et politisk styringsverktøy. ✘

Debattert

Livsansvar

Ansvar - Det virker som om det har blitt en kultur der vi tenker at helsevesenet bør ta over ansvaret, slik at alle overlever. Det er en behandlingsform som er ganske skadelig. For vårt ansvar er å sette folk i stand til å ta ansvar for sitt eget liv.

Tormod Stangeland til NRK.no 19. november

Oppsiktsvekkende Men det er oppsiktsvekkende at @Helsetilsynet tilsynelatende tror (?) at det finnes kartleggingsverktøy som kan brukes til å predikere selvmordsrisiko.

Joar Øveraas Halvorsen på Twitter 19. november kl. 20:49

Ukultur Selvfølgelig skal alle pasienter overleve og bli friske av helsehjelpen. Serr, noe annet viser ukulturen som er forankret hos helsepersonell i Psykisk helsevern.

Hanne Tiller på Twitter 19. november kl. 21:19

Virksomhetsansvar - Jeg tror vi i Norge har et godt, profesjonelt og oppdatert tilsynsregime. Jeg tror ikke det er tilsynsmyndighetene som må være i fokus, men det er virksomhetenes evne og vilje til forbedring som må ses på (...). Vi er ansvarlig for å bringe tilsynserfaringer tilbake til virksomhetene slik at de kan lære og gjøre tjenesten trygge og gode for pasienten. Vi må aldri glemme at det er sykehusene som til enhver tid er ansvarlig for behandlingen.

Helsetilsynets direktør Jan Fredriksen Andresen til NRK.no 19. november

Oppskrift Håper NRK får løftet tematikken selvmord i psykiatrien - foreløpig fremstår d i stor grad som at de legger til grunn at bare en følger oppskriften vil alt gå så meget bedre.

Anne Grethe Teien på Twitter 20. november kl 10:25

Skandale - Det er skandale at sykehusene ikke lærer av egne feil når pasienter tar selvmord under deres behandling, mener Kjersti Toppe, helsepolitisk talsperson i Senterpartiet.

Kjersti Toppe til NRK.no 20. november



SPREDT HJELP Kan vi virkelig si at vi arbeider evidensbasert hvis vi gir terapi hver tredje uke, og evidensen for den behandlingen vi gir, bygger på studier med ukentlig terapi? spør psykolog Serina Pedersen Vorland. Foto: Anton Watman / Shutterstock / NTB scanpix

Alle skal få, men bare litt

Forskning antyder at å gå i terapi ofte forsterker effekten av behandlingen. Men konsultasjonshyppighet er ikke virkeligheten i norsk psykisk helsevern. Trenger vi å reorganisere oss?

**SERINA PEDERSEN
VORLAND**, psykolog

**ORGANISERING AV
HELSETJENESTER**

I EN SPENNENDE metastudie fra 2013 konkluderer forfatterne med at det er *konsultasjonshyppighet* som i størst grad påvirker behandlingsutfallet for behandling av depresjon. Ikke hvilken type behandling som gis, ikke det totale antallet timer, ikke hvor lenge behandlingen pågår, men hvor ofte pasientene får komme til timer. Ifølge studien er det faktisk nesten fem ganger så effektivt å drive terapi to ganger i uken som å gi pasientene ti ekstra timer med terapi. Dette gjelder uavhengig av depresjonsdybde i starten av behandlingen, samt behandlingsmetode.

En konsultasjonshyppighet på to timer i uken for hver pasient er langt fra virkeligheten til de fleste psykologer som arbeider i det offentlige helsevesenet. Mange psykologer opplever at de sjelden har kapasitet til å se sine pasienter hver uke. Ofte går det to uker mellom

hver time, eller kanskje til og med tre eller fire uker i ekstra travle perioder.

Jeg lurer på om det å ha så mange pasienter på listene våre, og det å spre behandlingen så tynt ut på så mange om gangen, virkelig er en god måte å arbeide på?

Å ARBEIDE EVIDENSBASERT

Hvilken behandling vi tilbyr, og hva vi kaller denne behandlingen, er også interessant i denne sammenheng. Mange av oss er opptatt av å arbeide *evidensbasert*. Vi vil gi terapi som har vist seg å være effektiv. Men kan vi virkelig si at vi arbeider evidensbasert hvis vi gir terapi hver tredje uke, og evidensen for den behandlingen vi gir, bygger på studier med ukentlig terapi? Er det i det hele tatt snakk om den samme behandlingen?

La oss bruke mentaliseringsbasert terapi (MBT) som eksempel. Institutt for mentalisering beskriver at mentaliseringsbasert terapi er dokumentert effektiv som intensiv poliklinisk behandling, og at en slik intensiv poliklinisk behandling består av kombinert individual- og gruppeterapi innenfor en fast struktur med et samarbeidende team og regelmessig veiledning.

Videre står det at mentaliseringsbasert terapi for den enkelte pasient blant annet skal innebære MBT individualterapi 1 time ukentlig i 1–2 år, 12 møter i psykoedukativ gruppe, og MBT gruppeterapi 1,5 timer ukentlig i inn-til 3 år. Mange terapeuter vil kanskje si at de driver med mentaliseringsbasert terapi, men hvor mange terapeuter som sier de tilbyr MBT, tilbyr *egentlig* dette? Å gi en mentaliseringsbasert individuell terapitime hver andre eller tredje uke synes ikke å være det samme som å gi evidensbasert MBT.

MBT er bare ett eksempel. Det samme kan sies for alle dokumenterte terapiformer. Evidensen for dem er gjeldende kun innenfor de bestemte rammene det er forsket på. Tar vi bort disse rammene, kan vi ikke lenger si at den behandlingen vi tilbyr, er den samme som den som har dokumentert effekt.

BEHOV FOR NYTENKNING

Jeg tror vi kunne gitt betydelig bedre hjelp ved å jobbe mer hyppig og intensivt med hver enkelt fremfor å forsøke å gi *litt* hjelp til alle på én gang. Jeg tror også dette kunne blitt organisert på gode måter som ikke hadde skapt unødige lange ventelister.

Det er så lett å tenke at det ikke går an å gjøre ting annerledes. Eller at det eneste som hjelper, er mer penger og flere psykologer. Klart det hjelper med større økonomiske ressurser og flere dyktige terapeuter, men vi kan også tenke nytt og effektivisere med de ressursene

vi alt har. Gode eksempler på nytenkning er hva psykologene Gerd Kvale og Bjarne Hansen har fått til med OCD-behandling i Helse Bergen. Fire dagers intensiv terapi med svært gode resultater!

Et annet eksempel er behandlingen som ble gjennomført på Drammen DPS med intensiv korttids psykodynamisk terapi for pasienter med sammensatt problematikk og langvarige vansker. Dette var pasienter som tidligere hadde fått behandling uten å ha hatt noen effekt av den, og som kunne sies å ha en «behandlingsresistent» problematikk. På bare åtte uker ble mange av disse betydelig bedre, og effekten var til stede ved post-målinger 14 måneder etter endt behandling. Kontrollgruppen som mottok vanlig behandling hadde liten endring i samme tidsperiode.

Ut fra disse to eksemplene, og ut fra meta-studien nevnt innledningsvis, ser vi at vi kan lage god intensiv behandling med svært ulike terapiretninger. Det kan være kognitiv atferds-terapi eller intensiv korttids psykodynamisk terapi, eller noe helt annet, og virkningen kan være den samme: Jo hyppigere og mer intensiv terapi, jo bedre utfall. Dette er selvfølgelig gode nyheter for den enkelte pasient, og det er i tillegg gode nyheter for helsevesenet og samfunnet som helhet. Ved å tilby god, effektiv behandling sparer vi samfunnet både for menneskelig lidelse og samtidig for utgifter til langvarig, mindre effektiv behandling. Til slutt tror jeg også at vi psykologer ville opplevd dette som svært positivt. Den viktigste årsaken til mistrivsel og utbrenthet blant psykologer er etter min mening ikke at vi jobber for tett på hver pasient, men at vi ikke får anledning til å jobbe så tett og hjelpe så godt som vi skulle ønske. Jeg tenker det er helt nødvendig med et skifte, både av hensyn til pasientene og til oss selv. ✕



Jeg tror vi kunne gitt betydelig bedre hjelp ved å jobbe mer hyppig og intensivt med hver enkelt fremfor å forsøke å gi *litt* hjelp til alle på én gang

REFERANSER

Cuijpers, P., Huibers, M., Ebert, D.D., Koole, S.L. & Andersson, G. (2013). How much psychotherapy is needed to treat depression? A meta-regression analysis. *Journal of Affective Disorders*, 149, 1–3. Mentalisering.no. https://www.mentalisering.no/tools/PDF_PPT_Mentalisering_og_MB_terapi.pdf

Solbakken, O.A., Allan, A. (2015) Intensive short-term dynamic residential treatment program for patients with treatment-resistant disorders. *Journal of Affective Disorders*, 181, 67–77.

KRITIKK I oktoberutgaven av Psykologtidsskriftet kritiserte Sigmund Karterud psykoanalytikere for å ikke ha en oppdatert emosjonsforståelse.



Psykoseksualitet er et grunnmotiv

Mitt anliggende er en teori som omfatter *både* relasjonsbehov og seksualitet som grunnleggende krefter i menneskelivet.



SIRIERIKA GULLESTAD

professor, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

PSYKOANALYSEN

«**SIRI GULLESTAD ØNSKER** seg tilbake til Freud», skriver Sigmund Karterud i sin kritikk av min artikkel om seksualitet i novemberutgaven av Psykologtidsskriftet. Det kan leses som at jeg ønsker meg tilbake til en ren freudiansk forståelse av drivkreftene i menneskesinnet. Dette er en misforståelse. Den såkalte relasjonelle vending og forståelsen av menneskets grunnleggende relasjonelle behov – for trygg tilknytning, selvbekreftelse og fellesskap – representerer en nødvendig og vesentlig utvidelse av psykoanalytisk motivasjonsteori (Gullestad & Killingmo, 2013). Behovet for tilknytning er primært og biologisk forankret og kan ikke avledes fra drift, slik Freud tenkte. Her er Karterud og jeg helt på linje. Når jeg begir

meg inn på prosjektet å forsøke å tenke rundt drift og seksualitet som motivasjonelle krefter, er det med en selvfølgelig forankring i et objektrelasjonsperspektiv.

DRIFT OG RELASJON

Utgangspunktet mitt er spørsmålet om vi med betoningen av relasjonsbehov har kommet i skade for å kaste barnet ut med badevannet – om relasjonsperspektivet har fortrenget driftsperspektivet. Et liknende spørsmål lå til grunn for Peter Fonagys (2008) frekvensanalyse av henvisninger til seksualitet i psykoanalytiske tidsskrifter, som viste seg å ha falt dramatisk fra 1925 til 2000. Karterud sier seg enig med meg i at dersom primære relasjons-

behov «går på bekostning av seksualdriften, har vi et problem». Det er nettopp det jeg mener vi har. Ronald Fairbairns (1952) kjente sitat om at mennesket er objektsøkende, ikke lystsøkende, innebærer – slik jeg leser ham – en unødvendig polarisering mellom relasjon og lystsøkende drift. Når Heinz Kohut (1971; 1978) snakker om seksualitet, er det i hovedsak som uttrykk for selv-forstyrrelser: Onani hos små barn og heftig seksuell aktivitet i ungdommen ses som uttrykk for og forsvar mot dypere opplevelse av tomhet og fragmentering av selvet, som er Kohuts fokus. Seksuelle handlinger kan selvsagt være uttrykk for selv-forstyrrelser, men Kohut unnlater å behandle seksualitet som lystsøken og som eget motiv. John Bowlby (1969) ser seksualitet som et separat atferdssystem, samtidig som han fremholder at det er «unusually close linkages» (Bowlby, 1969, s. 281) mellom dette systemet og tilknytningssystemet. Et problem med Bowlbys diskusjon av seksualitet, slik jeg leser ham, er hans generelle poengtering av alle systemers *funksjon*. På denne bakgrunn skriver Bowlby om homofili at fordi «the object towards which they are directed is inappropriate, the functional consequence of reproduction cannot follow» (Bowlby, 1969, s. 167). Et av Freuds hovedpoeng i diskusjonen av menneskets psykoseksualitet er at verken *objektet* eller *målet* for den seksuelle lystsøken er gitt, men tvert om gjenstand for stor variasjon: Lystens veier er utallige! Og heller ikke Bowlby behandler seksualitet som lystsøken og som eget motiv.

Mitt anliggende er en teori som omfatter *både* relasjonsbehov og seksualitet som grunnleggende krefter i menneskelivet. Jeg søker å vise at det er fruktbart å se de to drivkreftene som «innvevd» i hverandre. Når jeg her leser Freud, er det *gjennom* nyere teoridannelse – ikke for å skru klokken tilbake. Nærlesningen viser, som jeg sier i konklusjonen på min artikkel, at «relasjonen er med fra starten av i Freuds utforskning av menneskets psykoseksualitet» (s. 820). Samtidig søker jeg i artikkelen å utdype hvordan seksualiteten formes i et tidlig affektivt samspill, ikke minst gjennom objektets ubevisste seksuelle budskap.

PSYKOANALYSENS VITENSKAPELIGHET

Karterud hevder at psykoanalysens hovedproblem er at «man avviser utfordringen om *empirisk testing* av egne påstander». Han gjentar en kritikk mange har fremført før ham – diskusjonen om psykoanalysens forhold til vitenskapelighet og empiri er på ingen måte ny (Grünbaum, 1984; Holt, 1989; Webster, 1995). Imidlertid forholder han seg ikke til forskning som underbygger sentrale psykoanalytiske antakelser (Westen, 1999; Westen & Gabbard, 2002; Berlin, 2011; Schore, 2011; Kandel, 2006; Kandel, 2012; Rice & Hoffman, 2014; Leuzinger-Bohleber & Kächele, 2015). De siste tiårene har internasjonal psykoanalyse i økende grad fremhevet behovet for forskning og dialog med andre vitenskapelige disipliner. Det er i tråd med den posisjonen Harald Schjelderup, psykoanalytiker og Norges første professor i psykologi, stod for her i Norge: en «psykoanalyse i academia». Gjennom de siste tiår er psykoanalysen utvidet, revidert og nyansert blant annet med utgangspunkt i utviklingspsykologiske studier (Stern, 1985; Fonagy et al. 2002; Emde, 1999), nyere hukommelsesforskning (Fonagy, 1999; Shevrin, 2002) og nevrovitenskap (Solms, 2001).

At psykoanalysen «mangler emosjoner», slik Karterud hevder, er en oppsiktsvekkende påstand. Affekt står, teoretisk så vel som klinisk, i sentrum av psykoanalytisk teori (Gullestad, 2003). At psykoanalysen endres



At psykoanalysen «mangler emosjoner», slik Karterud hevder, er en oppsiktsvekkende påstand



og videreutvikles i tråd med ny kunnskap og ny empiri, er i tråd med Freuds syn: «For these ideas are not the foundation of the science upon which everything rests. That foundation is observation alone. They are not at the bottom but at the top of the whole structure, and they can be replaced and discarded without damaging it» (Freud, 1914).

HVA ER EMPIRI?

Hva så med det empiriske grunnlaget for Freuds teori om psykoseksualitet? Karterud hevder at teorien ikke har «forankring i virkeligheten». Driftsbegrepet, som ligger «på grensen» (Freud, 1905) mellom kropp og psyke, representerer en abstraksjon. Testing av denne type komplekse begreper på overordnet teoretisk nivå kan vanskelig finne sted med design som konkluderer enten med verifisering eller falsifisering. Det betyr ikke at vi må forkaste begrepet, slik jeg ser det. Vitenskaper trenger antakelser om teoretiske «førsteprinsipper». Et sentralt spørsmål i denne sammenhengen er hva vi regner som empiri. For Karterud synes empirisk verifisering å være ensbetydende med funn av korrelater i hjernen: «... ingen hittil har funnet libido som noen målbar størrelse som er lokalisert til bestemte deler av hjernen», skriver Karterud. Jeg ønsker også nevrovitenskapelige studier velkommen. En forskningsgruppe i Frankrike mener å kunne underbygge sentrale deler av Freuds seksualteori (forestillingen om seksualdriftens «driv», mål og objekt) ved hjelp av fMRI-studier, samtidig som de fremholder at ideen om driftens kilde må revideres: Kilden ligger ikke i perifere erogene soner, men snarere i sentral prosessering av stimuli (Stoléru, 2014). Slike studier kan nok underbygge fenomenet seksualitet fra en viss synsvinkel – subjektiv opplevelse av lyst har selvsagt også en forankring i hjernen. Fenomenologisk tilfører imidlertid lokaliseringen av menneskelige motiver i hjernesubstrater lite – menneskelig motivasjon blir ikke mer virkelig av at vi vet at visse substrat i hjernen er involvert i våre tanker og følelser (Solms, 2001). fMRI-studier belyser i liten grad menneskets indre psykiske liv – ønsker, drømmer, begjær, eller motsetningene og den uløste spenning i menneskets kjærlighets- og seksualliv, som er noe av det jeg ønsket å tematisere i min artikkel. Spørsmålet om hjerneforskningens relevans

for psykologisk vitenskap og klinisk praksis reiser grunnleggende epistemologiske problemstillinger (Sletvold & Rosenbaum, 2015) som Karterud ikke berører.

Også kliniske observasjoner er empiri – en ur-empiri (*empiri* betyr erfaringsbasert). Teori kan defineres som den til enhver tid mest fruktbare måte å forstå observasjoner på – teorien gir mening til våre observasjoner. Freud observerte barnets heftige lystsøken knyttet til ulike erogene soner, dets lidenskapelige forhold til sine foreldre, trangen til å være utvalgt og nummer én, den tidvis glødende søskensjalousien og rivaliseringen om mor. På denne bakgrunn definerte han menneskets psykoseksualitet som en bred form for lystsøking. Kanskje vekker termen «infantil seksualitet» motstand fordi det er vanskelig å fastholde at seksualitet viser til et slikt vidt begrep om lyst? Freud brukte også betegnelsen «sensuell» – han snakker for eksempel om «sensuell suging» (Freud, 1905) – som kanskje er en bedre betegnelse.

MINE ERFARINGER

Mine egne observasjoner kommer fra arbeidet med pasienters seksuelle vansker og parforholdets problemer. I klinisk praksis møter jeg ikke sjelden pasienter som lever i et stabilt og trygt forhold til en partner, men som samtidig føler seg fanget eller rastløse, eller de opplever at forholdet er dødt. De lengter etter mer spenning og er i skjul på jakt etter nye seksualpartnere. Det er en splittelse i kjærlighetslivet, som Freud tematiserte i flere arbeider. Her tilbyr driftsteorien et fruktbart perspektiv: tanken om libidinøst investerte, tapte objekter som aldri lar seg gjenfinne, og som forblir gjenstand for våre ubevisste lengsler; tanken om at menneskets seksualitet uvegerlig er knyttet til fantasier – bevisste og ubevisste – som ofte overskrider relasjonen til den aktuelle partneren; fascinasjonen ved *hindringen*; dragningen mot lidenskapelig villskap. Derved kan teorien tjene som motvekt til en idealisert tanke om det fullt ut harmoniske parforhold. Det dreier seg her om opplevelsesmodaliteter som ikke rommes i behovet for trygghet eller selvbeholdelse.

Karterud gir meg rett i at vi må ha en teori om hva som driver oss. Jeg deler hans interesse for nyere affektiv nevrovitenskap og studiet av de grunnleggende emosjonelle systemer som er fel-

les for alle pattedyr. Hans konklusjon – at det finnes «et mangfold av motivasjonelle krefter som setter sitt preg på våre relasjoner, innenfra» (s. 1037) kan jeg underskrive på. En sammenlikning av grunnleggende emosjonsforskning og psykoanalyse er en teoretisk interessant utfordring. Samtidig tviler jeg på om den affektive nevrovitenskapen fullt ut er i stand til å belyse menneskelig psykoseksualitet og spesifikt menneskelig affekt og begjær i all dets kompleksitet. Det fruktbare ved Freuds begrep om psykoseksuali-

tet, slik jeg ser det, er betoning av at biologisk forankret drift omsettes i psyken som ønsker, følelser, fantasi og begjær. Til slutt: Karterud hevder at jeg mener at han med sin mentaliseringsbaserte terapi jobber «overflatisk». Hvor har han det fra? Det har jeg aldri skrevet eller ment. Tvert om, forskjellige pasienter profitterer på ulike former for terapier. Det jeg ønsket å fremheve, er at nedprioriteringen av psykoseksualitet som grunnmotiv kan medføre tap av kompleksitet på teoretisk så vel som klinisk nivå. ❖

REFERANSER

- Berlin, H.A. (2011). The neural basis of the dynamic unconscious. *Neuropsychanalysis*, 13, 5–31.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. I. Attachment*. London: Penguin 1978.
- Emde, R.N. (1999). Moving ahead. Integrating influences of affective processes for development and for psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 80: 317–339.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Fonagy, P. (1999). Memory and therapeutic action. *International Journal of Psychoanalysis*, 80: 215–223.
- Fonagy, P. (2008). A genuinely developmental theory of sexual enjoyment and its implications for psychoanalytic technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 56: 11–36.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Freud, S. (1905). Three essays on the theory of sexuality. *Standard Edition*, Vol. 7, 123–245. London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1914). On narcissism. *Standard Edition*, Vol. 14: 67–73. London: Hogarth Press.
- Grünbaum, A. (1984). *The foundation of psychoanalysis.: a philosophical critique*. Berkeley: University of California Press.
- Gullestad, S.E. (2005). In the beginning was the affect. *Scandinavian psychoanalytic review*, 28: 3–10.
- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Holt, R.R. (1989). *Freud reappraised. A fresh look at psychoanalytic theory*. New York: Guilford.
- Kandel, E.R. (2006). *In search of memory. Emergence of a new science of mind*. New York: W.W. Norton & Company.
- Kandel, E.R. (2012). Biology and the future of psychoanalysis. A new intellectual framework for psychiatry revisited. *The psychoanalytic review*, 99: 607–644.
- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self. A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York: International Universities press.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities press.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Kächele, H. (red.) (2015). *An open door review of process and outcome studies of psychoanalysis*. London: International Psychoanalytic Association.
- Rice, T.R. & Hoffman, L. (2014). Defense mechanisms and implicit emotion regulation: A comparison of a psychodynamic construct with one from contemporary neuroscience. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 62: 693–708.
- Schore, A.N. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 21: 75–100.
- Shevrin, H. (2002). A psychoanalytic view of memory in the light of recent cognitive and neuroscience research. *Neuropsychanalysis*, 4: 131–139.
- Sletvold, H. & Rosenbaum, B. (2015) *Neurovidenskab og psykoterapi. I: Alberdi, F., Rosenbaum, B. og Sørensen, P., Moderne psykoterapi. Teorier og metoder*. København: Hans Reitzels Forlag, 527–542.
- Solms, M. (1995). Is the brain more real than the mind? *Psychoanalytic Psychotherapy*, 9 (2): 107–120.
- Solms, M. (2001). The interpretation of dreams and the neurosciences. *Psychoanalysis and History*, 3 (1): 79–91.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stoléru, S. (2014). Reading the Freudian theory of sexual drives from a functional neuroimaging perspective. *Frontiers in human neuroscience*, 8: 157–182.
- Webster, R. (1995). *Why Freud was wrong: Sin, science and psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- Westen, D. (1999). The scientific status of unconscious processes: Is Freud really dead? *Journal of the American Psychoanalytic Association* 47: 1061–1106.
- Westen, D. & Gabbard, G.O. (2002). Development in cognitive neuroscience, I: conflict, compromise and connectionism. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 50: 53–98.

Faglig motmæle mot Helsetilsynet

Helsetilsynets læringspunkter kan paradoksalt nok hindre godt selvmordsforebyggende arbeid med vår pasientgruppe.



TORMOD

STANGELAND,

psykologspesialist,

JAN HAMMER,

spesialsykepleier,

DIDRIK HEGGDAL,

psykologspesialist,

KIM LARSEN,

psykologspesialist,

LINE INDREVOLL

STÅNICKE,

psykologspesialist,

SVEIN ØVERLAND,

psykologspesialist og

TROND FJETLAND

AARRE, psykiater.

FOREBYGGING AV SELVMORD

NOEN GANGER DØR mennesker i selvmord mens de er innlagt nettopp for å få hjelp mot selvmordsfare. Da reagerer vi med sjokk og fortvilelse. Ikke bare pårørende og venner, men også vi som er helsepersonell. Det virker så opplagt at hvis vi bare hadde gjort mer, passet bedre på, fulgt opp tettere, så kunne vi reddet liv. Den triste sannheten er at det ikke er slik det fungerer. Omfattende forskning konkluderer med at vi ikke kan forutsi enkelttilfeller av selvmord (Fosse, Ryberg, Carlsson, & Hammer, 2017; Large et al., 2016; Large et al., 2018). Vi har ingen metoder for å skille ut de personene som dør i selvmord, fra den mye større gruppen av personer som har akkurat samme symptom-bilde, og som ikke dør. I ettertid er det gjerne lett å finne tegn som kunne vært forstått som faresignaler. I forkant er de som dør, ikke til å skille fra tusenvis av andre som viser akkurat de samme tegnene på at de sliter, og som tviler på om de orker å leve mer (Larsen & Teigen, 2015). Vi er opptatt av den store gruppen av pasienter og familier som lever i redsel for selvmord, og som trenger å oppleve seg hørt og tatt på alvor.

Helsetilsynet har markert sin tilsynsrolle med en skarp kritikk etter at en tenåring i fjor tok sitt eget liv mens hun var til behandling

på en sykehuspost (Helsetilsynet, 2018). Når Helsetilsynet går grundig igjennom en tragisk hendelse, vil det typisk komme opp viktige forbedringspunkter. Slik synes det også å være i dette tilfellet, så vårt innspill er ikke en global kritikk av tilsynsrapporten. Vi vil problematisere og forsøke å forstå bakgrunnen for at Helsetilsynet utvider sitt fokus. De setter opp generelle læringspunkter rettet til fagfeltet, der de særlig fremhever behovet for risikoreducerende tiltak. Helsetilsynet mener andre virksomheter i spesialisthelsetjenesten bør gå gjennom egne rutiner i lys av hendelsen og vurdere om det er behov for forbedringer. Rapporten angår altså ikke bare de som var involvert i dette enkelttilfellet, men alt helsepersonell som er involvert i å håndtere selvmordsrisiko i døgnavdelinger.

Vi reagerer på Helsetilsynets holdninger og vurderinger i rapporten.

FRA TERAPEUTISK MILJØ TIL ISOLAT

Følgende sitat er hentet fra Helsetilsynets rapport side 14:

Ved befaring ved enhet for akutt ble det observert gjenstander som potensielt kunne være



FAKSIMILE av
forsiden av rapporten
som omtales i
debattinnlegget.

farlige, og som kunne brukes til å kunne skade seg selv eller andre. Helsetilsynet så at det på aktivitetsrommet blant annet var malerpensler, med lange spisse skaft. Nakkeputer i fellesarealets sittegrupper var festet med lange lærreimer. Ved inngangen til en av korridorene med pasientrom var det en løs bjelke med 5 cm spisse treskruer i skilledøren. Musikkinstrumenter med strenger lå åpent fremme i fellesarealet. En rekke tekniske gjenstander med løse kabler, og pepperkaker som var festet i gardinstang med kraftig hyssing. På pasientrom var det gardiner enkelt festet i ordinære gardinfester.

Slik vi forstår dette, ønsker Helsetilsynet å gjøre om en avdeling som legger vekt på miljøterapi, aktivitet og en hyggelig atmosfære, til et isolat med primært fokus på sikkerhet. Og de mener vi alle må vurdere å gjøre det samme på andre døgnavdelinger.

FEILSITERING AV RETNINGSLINJENE

Helsetilsynet tar utgangspunkt i de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Dessverre feilsiterer de retningslinjene, som anbefaler å fjerne farlige

gjenstander fra pasienter som vurderes å være i alvorlig selvmordsrisiko (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 23). Tilsynsrapporten refererer dette uten forbeholdet «alvorlig» (Helsetilsynet, 2018, s. 11-12). Den aktuelle pasienten var vurdert å være i lav selvmordsrisiko i avdelingen, noe Helsetilsynet ikke virker å tillegge vekt, men kommenterer at «selvmordsfare er statistisk forhøyet for pasienter når de er innlagt i en psykiatrisk avdeling» (Helsetilsynet, 2018, s. 22). Dermed gjør de om sikkerhetsfokus fra noe en bør iverksette etter konkret vurdering av en enkelt-pasient i *alvorlig* risiko, til noe som gjelder alle pasienter som blir innlagt i døgnavdeling.

Det er ikke empirisk grunnlag for å hevde at døginnleggelse avverger selvmord (Mehlum et al., 2006), eller at avdelinger med høy bruk av tvang og sterkt sikkerhetsfokus beskytter bedre mot selvmord enn avdelinger med åpnere rammer (Berg, Rørtveit, & Aase, 2017; Hagen, Knizek, & Hjelmeland, 2018; Østlie, Stånicke, & Haavind, 2018). Helsetilsynets læringspunkter kan paradoksalt nok hindre godt selvmordsforebyggende arbeid med vår pasientgruppe.

Sivilombudsmannen har til oppgave å vurdere psykisk helseverns praksis i lys av mennes-



Den beste
behandlingen
vi har mot
selvmords-
fare, er det
stikk motsatte
av å sperre
folk inne og
ta fra dem
ansvar



kerettighetene, og de inntar motsatt standpunkt av Helsetilsynet. De har kritisert overdreven bruk av sikring av fengselsinnsatte i selvmordsrisiko:

Sivilombudsmannen har ved flere anledninger uttalt at det ikke utelukkes at bruk av sikkerhetscelle som et selvmordsforebyggende tiltak etter omstendighetene kan ha den motsatte effekt, ved at det i stedet for å minske risikoen for selvmord faktisk øker risikoen på kort og langt sikt. Dette understreker viktigheten av at både bruken av sikkerhetscelle og lengden av oppholdet er basert på en vurdering av at dette er et strengt nødvendig tiltak (Sivilombudsmannen, 2018, s. 28).

Selvmordstanker er utbredt blant mennesker som har det vondt. For mange er det også elementer av trøst og verdighet i fantasier om egen død. Selvmordsatferd og selvskading kan være en måte å dempe fortvilelse og overveldelse på, eller forsøk på å få andre til å forstå hvor vanskelig de har det. Dette er nettopp måter å mestre motgang på, og ikke i seg selv livsfarlig (Stangeland, 2016; Stänicke, Haavind, & Gullestad, 2018). Dersom samfunnet reagerer på selvmordstanker med å ta fra folk skolese og stenge dem inne, går vi ikke bare glipp av funksjonen og nytten til tankene som tegn på smerte som kan forstås og avhjelpes. Vi er også med på å fremmedgjøre tankene, og gjøre dem farlige og forbudte.

Sikringstiltak kan være virksomme ved akutte kriser som oppstår brått og avtar etter noen dager. Slike tiltak er ikke virksomme når selvmordstanker er en vedvarende del av personens emosjonelle fungering (Paris, 2004; Stangeland, 2012). De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern understreker at ved kronisk suicidalitet «er det nødvendig både for pasient, pårørende og involverte helsepersonell å leve med noe større grad av risiko for suicidal atferd for denne gruppa sammenlignet med pasienter med mer tidsavgrenset suicidalitet» (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 25–26). Retningslinjene fraråder lengre døgninnleggelse, anbefaler å følge en langsiktig individuell plan, og at raske og krisebaserte endringer i den bør unngås. Helsetilsynets rapport ser ikke ut til å ta inn over seg forskjellen, men behandler alle situasjoner med selvmordsat-

ferd i lys av sikkerhetsrisiko, begrunnet i det sjeldne og uforutsette tragiske utfallet i deres enkeltsak.

KLINISKE KONSEKVENSER

Vi skriver dette fordi vi ønsker å forstå hva Helsetilsynet mener vil være god praksis i psykisk helsevern. Læringspunktene i tilsynsrapporten er ikke forenelige med fagfeltets kunnskap om hva som vil være godt selvmordsforebyggende arbeid. Rapporten tyder også på at Helsetilsynet ikke er klar over de dramatiske konsekvensene etterlevelse av læringspunktene vil ha for klinisk praksis.

Tenåringen som var det tragiske utgangspunktet for tilsynsrapporten, var vurdert å være i lav selvmordsrisiko. Tenker Helsetilsynet at i en tilsvarende situasjon, med en annen ungdom med lignende tilstand, bør hun behandles i et isolatliggende miljø, uten musikkinstrumenter eller pepperkaker i vinduene, fratas alle personlige eiendeler og klesplagg som kan være farlige og tilses hyppig og uforutsigbart i tilfelle hun gjør nye selvmordsforsøk? Helsetilsynet er i så fall på kant med fagfeltet. Fagfolk vil typisk anbefale at hun bør skrives ut raskt, og følges opp av klinikere som klarer å danne en relasjon med henne. Vi fagfolk vil gjerne forstå hva som skjer i livet hennes, og gi henne håp om at hun kan ordne opp i problemene. Vi vil snakke med henne om hvordan hun oppfatter hjelpeforsøkene fra folk rundt seg, og gjøre det mulig for henne å si fra neste gang hun har det for vanskelig. Vi vil hjelpe omsorgsgiverne hennes å møte henne bedre. Fremfor alt: Vi vil ikke ta fra henne ansvaret for å holde seg fri fra skade. Vi vil heller hjelpe henne med å tåle vonde følelser, finne måter å roe seg på og be om hjelp når det blir mer enn hun kan klare på egen hånd. Hvis hun i stedet venner seg til at hjelpere skal gripe inn og stanse hennes impulser, har vi gjort henne mindre i stand til å ta vare på seg selv etter at innleggelsen er over.

SIKRINGSRETTET TANKEEKSPERIMENT

Selvmord er så fortvilende at det kan være nærliggende å sette i gang massive tiltak for alle som er i risiko, i håp om å redde de få som dør. Men vi må tenke over hva som egentlig kreves for å fysisk forhindre selvmord hvis personen selv forsøker å gjennomføre det. Den eneste pålitelige måten ville være å sperre inne og overvåke en stor pasientgruppe i faresonen over veldig

lang tid. Dette vil gå på bekostning av deres selvstendighet og privatliv, og ofte forutsette tvungen behandling. Helsetilsynet påpeker musikkinstrumenter og skolisser som farlige gjenstander, men listen ender ikke der, om man skal hindre fortvilte personer å skade seg. På akuttinstitusjoner har det inntruffet alvorlige pasienthendelser der innlagte har hengt seg i strømpebuksene sine eller strikken fra joggebuksene, skadet seg med bh-spilene sine og smuglet inn farlige gjenstander i kroppens hulrom.

Det er vanskelig å se for seg hvordan personer med håpløshet og selvmordstanker skulle bli mindre suicidale av slike kontrolltiltak. Forventninger om at selvmord aldri skal forekomme, ville føre til frykt for å skrive ut pasienter som ikke ble bedre av behandlingen. Så snart innleggelsen ble avsluttet, ville det være vanlig at selvmordsfaren var minst like høy som før tiltaket ble iverksatt, fordi vanskene som førte til selvmordstankene, ikke var blitt løst under akuttinnleggelsen. Et dominerende sikkerhetsfokus kan ødelegge for behandlingsalliansen og forstørre kløften mellom den som har det vondt, og alle de andre. Det vil ytterligere redusere den terapeutisk nødvendige følelsen av tilhørighet, i verste fall forsterke selvmordsønskene. Selvmordsatferden kunne også øke på grunn av selve behandlingserfaringen de hadde fått, fordi mange ville ha opplevd den som fremmedgjørende og dypt krenkende. Det virker sannsynlig at forekomsten av selvmord paradoksalt ville øke hvis vi fulgte denne planen. For å hindre muligheten for skade og død ville vi hindret muligheten for trivsel og livslyst.

Alternativet

Den beste behandlingen vi har mot selvmordsfare, er det stikk motsatte av å sperre folk inne og ta fra dem ansvar. Vi hjelper ikke ved bare å holde folk i live, vi hjelper ved å gi folk troen tilbake på at de kan klare å leve livet sitt. Vi må hjelpe dem å se hva de har å leve for, og nøre opp under håpet om at de kan få et bedre liv, om de våger. Det krever samarbeid og tillit og må skje i personens eget tempo. Mange nøler med å fortelle om tankene sine, mange er redde for andres reaksjoner om de får høre hemmelighetene deres. Handler hjelperne for raskt og bestemt for å avverge fysisk fare, kan det styrke folks redsel, og gjøre det enda mindre sannsynlig at de søker hjelp.

Helsetilsynets læringspunkter har ikke hjulpet oss til å bli bedre fagfolk. Vi deler samfunnets frustrasjon over at noen har det så vondt at de tar sitt eget liv. Vi vet at den nærliggende løsningen, å stramme inn sikringstiltakene for å hindre dødsfall, er et blindspor. Hvis fagfeltet får ansvar for å avverge selvmord uten å ha realistisk mulighet til å få det til, øker enkeltbehandlerne frykt. Ikke bare blir de redde for å miste en pasient. De blir redde for å få kritikk og skyld for dødsfallet. Redde behandlere blir ikke bedre til å håndtere vanskelige relasjoner eller ivareta pårørende, tvert imot.

Hvis fagfeltet svikter, så er det ikke fordi det også i fremtiden vil forekomme selvmord. Dette er sørgelig, men like fullt sant. Den større faren ligger i å omdefinere oppgaven til helsevesenet fra å hjelpe folk i krise til hovedsakelig å avverge selvmordsfare. Slik blir psykisk helsevern redusert til å gjennomføre vurderinger, kortsiktige sikringstiltak og defensiv avgrensning av ansvar mellom hver enkelt behandler, med stadig økende krav til ytre skadeavverging i behandlingen.

Den beste hjelpen til ungdommer i selvmordsfare kan nettopp være musikkinstrumenter og malerpenisler.



Helsetilsynets læringspunkter har ikke hjulpet oss til å bli bedre fagfolk



REFERANSER

- Berg, S.H., Rørtveit, K., & Aase, K. (2017). Suicidal patients' experiences regarding their safety during psychiatric in-patient care: a systematic review of qualitative studies. *BMC Health Serv Res*, *17*(1), 73. doi:10.1186/s12913-017-2023-8
- Fosse, R., Ryberg, W., Carlsson, M.K., & Hammer, J. (2017). Predictors of suicide in the patient population admitted to a locked-door psychiatric acute ward. *PLoS One*, *12*(3), e0173958. doi:10.1371/journal.pone.0173958
- Hagen, J., Knizek, B.L., & Hjelmeland, H. (2018). Former suicidal inpatients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *Int J Qual Stud Health Well-being*, *13*(1), e1461514. doi:10.1080/17482631.2018.1461514
- Helsetilsynet. (2018). Tilsynsrapport etter alvorlig hendelse. Nedlastet 16.11.18: https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/tilsyn/varsel_enhet/selv_mord_ved_bup_doegnavdeling_2018.pdf. Retrieved from
- Huber, C.G., Schneeberger, A.R., Kowalinski, E., Frohlich, D., von Felten, S., Walter, M., ... Lang, U.E. (2016). Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *Lancet Psychiatry*, *3*(9), 842–849. doi:10.1016/s2215-0366(16)30168-7
- Large, M., Kaneson, M., Myles, N., Myles, H., Gunaratne, P., & Ryan, C. (2016). Meta-Analysis of Longitudinal Cohort Studies of Suicide Risk Assessment among Psychiatric Patients: Heterogeneity in Results and Lack of Improvement over Time. *PLoS One*, *11*(6), e0156322. doi:10.1371/journal.pone.0156322
- Large, M., Myles, N., Myles, H., Corderoy, A., Weiser, M., Davidson, M., & Ryan, C.J. (2018). Suicide risk assessment among psychiatric inpatients: a systematic review and meta-analysis of high-risk categories. *Psychol Med*, *48*(7), 1119–1127. doi:10.1017/s0033291717002537
- Larsen, K., & Teigen, K.H. (2015). Hvorfor misforstås forskning om selvmord? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *52*(7), 606–612.
- Mehlum, L., Dieserud, G., Ekeberg, Ø., Grøholt, B., Mellesdal, L., Walby, F.A., et al. (2006). *Forebygging av selvmord, del 1: Psykoterapi, medikamentelle intervensjoner og elektrokonvulsiv terapi. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 24 – 2006. Nedlastet 20.11.2018: https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/rapport_24_06_selvmord_-del_i.pdf*.
- Paris, J. (2004). Half in love with easeful death: the meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. *Harv Rev Psychiatry*, *12*(1), 42–48.
- Sivilombudsmannen. (2018). Besøksrapport Åna fengsel. Nedlastet 20.11.18: <https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2018/03/Bes%C3%B8ksrapport-2017-%C3%85na-fengsel.pdf>.
- Sosial- og helsedirektoratet (2008). Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/3/Nasjonalfaglig-retningslinje-for-forebygging-av-selv-mord-i-psykisk-helsevern-IS-1511.pdf>. IS-1511.
- Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *49*, 138–144.
- Stangeland, T. (2016). I skyggen av selvmordsrisiko [In the shadow of suicide risk]. *Scandinavian Psychologist*, *3*, e3. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.15713.e15713>.
- Stänicke, L.I., Haavind, H., & Gullestad, S.E. (2018). How Do Young People Understand Their Own Self-Harm? A Meta-synthesis of Adolescents' Subjective Experience of Self-Harm. *Adolescent Research Review*, *3*(2), 173–191. doi:10.1007/s40894-018-0080-9
- Østlie, K., Stänicke, E., & Haavind, H. (2018). A listening perspective in psychotherapy with suicidal patients: Establishing convergence in therapists and patients private theories on suicidality and cure. *Psychother Res*, *28*(1), 150–163. doi:10.1080/10503307.2016.1174347



Når sannhet er til salgs

«Tilstanden i norsk forskning er slett ikke så ille, mener Hessen, men han er bekymret for veien det går.»

Helene Flood-Aakvaag har lest Dag O. Hessens nyeste bok (s. 1159)



– Jeg var ikke den eneste som følte at foreldrehjemmet var et bur. Det var en lettelse å lese

Les intervju med Sissel Gran om favorittboken hennes *Lasso rundt fru Luna* på de neste sidene.

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.

INTERVJU SISSEL GRAN

Lassoen, friheten og buret

Hva skjer når man spør Sissel Gran om å samtale om en roman som har betydd mye for henne? Svar: Et dypdykk ned i et av norsk litteraturhistories mest gåtefulle, desperate og ensomme sinn.

«Det var også buret han flyktet fra.»
Agnar Mykle, *Lasso rundt fru Luna*, s. 79.

TEKST

Eivind Normann-Eide,
psykologspesialist og
forfatter

FOTO

Fartein Rudjord





DEN ROMANEN Psykolog Sissel Gran trengte ikke lang betenkningstid da hun skulle finne fram til den romanen som i sterkeste grad har formet og preget livet hennes



Kjære Sissel Gran,

Jeg heter Eivind Normann-Eide, og jeg kontakter deg vedrørende et prosjekt jeg gjør i samarbeid med Psykologtidsskriftet.

I løpet av året vil jeg invitere et knippe psykologer til en samtale omkring et romanverk og hva dette verket har betydd for dem, som psykolog, kliniker og menneske. Felles for de jeg ønsker å snakke med, er at de har skrevet om skjønnlitteraturen og hvorvidt denne kan representere en kilde til bedre å forstå det tema de for øvrig berører. Jeg vil deretter skrive en tekst basert på samtalen vår, der denne blir det bærende elementet i formidlingen – av dine tanker omkring verket, og dets betydning for deg, i klinikken og i livet.

Jeg håper at dette er en form som åpner opp for refleksjoner, der vi veksler mellom det skjønnlitterære, faglige og kanskje også det litt personlige, som bidrar til at vi kan innnta ulike perspektiver omkring det mange av oss psykologer holder på med.

Vennlig hilsen Eivind Normann-Eide

Oslo, 2018. Jeg står utenfor huset til Sissel Gran. Svaret kom raskt etter at jeg hadde sendt e-posten, og valget av roman virket enkelt: Vi skulle snakke om *Lasso rundt fru Luna*. Agnar Mykles roman om Ask Burlefot – en av norsk litteraturhistories mest omdiskuterte litterære karakterer. Det er kaldt, og jeg finner ringeklokken. Selvkritisk tenker jeg på rollen min. Hvem er jeg i denne sammenheng: psykolog, kollega, journalist? Sissel ønsker meg imidlertid varmt velkommen, hun lurar på om jeg vil ha kaffe eller te, før vi går opp trappen til kontoret hennes i 2.



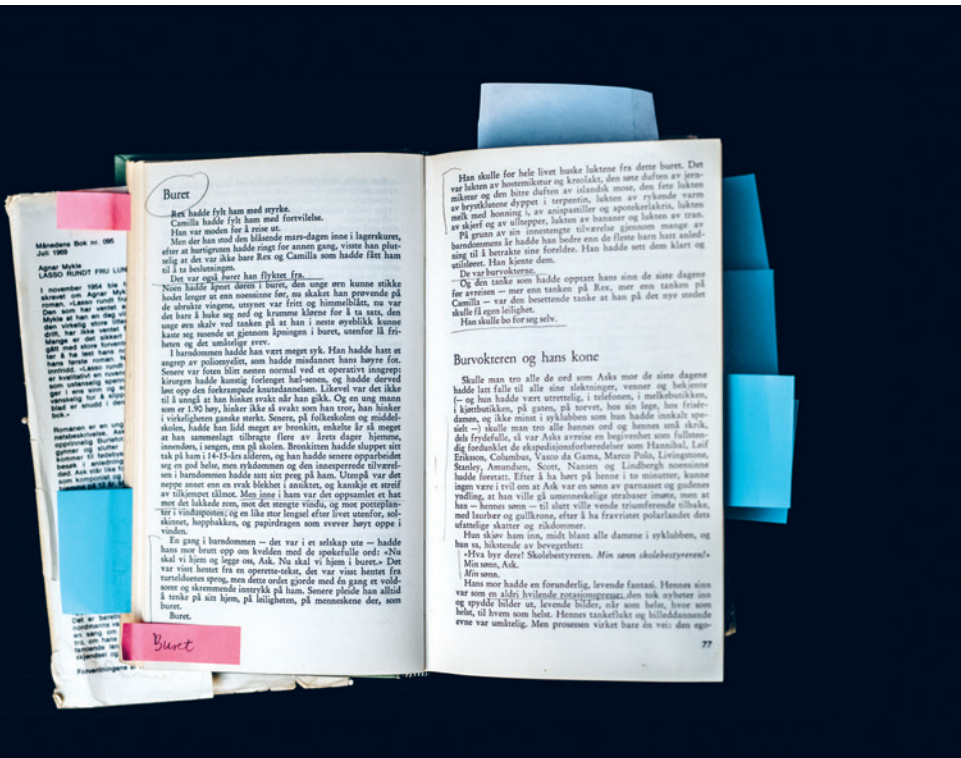
etasje. Jeg setter meg i en sofa og ser raskt over bokhyllene og bildene på veggene. Skrivebordet til venstre for meg bugner av bøker. Gjennom et stort vindu på andre siden av rommet ser jeg noen trær hvor det er hengt opp fuglemat, og bak der igjen deler av Oslo, som strekker seg ned mot vannet. Diktafonen legger jeg på bordet mellom oss, jeg holder et øyeblikk tak i forberedelsene mine – spørsmål, sitater, assosiasjoner – før jeg legger papirene til side. Med tillit til at jeg husker det viktigste, og at vi skal få til en samtale om noe felles, som engasjerer, som vi begge synes er viktig – om litteraturen og jobben vi gjør i møte med mennesker.

– *Hvorfor ville du snakke om Lasso rundt fru Luna?*

– Du vet, det er så mange bøker. Huset er fullt av dem, og jeg vet ikke hvor mange romaner jeg har lest. Men når jeg skal svare på et sånt spørsmål, blir det lett til at jeg går tilbake til da jeg var yngre, da jeg var mer sårbar og søkende. Mer opptatt av trøst og gjenkjenning, og veldig åpen for inntrykk.

– *Dine mer formative år, kanskje?*

– Ja, *Lasso* ble utgitt første gang i 1954, men denne utgaven kom i postkassa fra bokklubben i 1969. Da var jeg 18 år, og den traff meg



SLITT Lest, gjenlest, og lest på nytt igjen. Noen bøker får sitt eget liv og historie gjennom måten de har blitt brukt og lest på.

med full kraft. Du ser den er fillete, med rosa og blå lapper, full av røde understrekninger, kommentarer med barnslig håndskrift.

– Hva var det som traff deg?

– Ask Burlefot var omtrent på min alder.

Tyve år, når Agnar Mykle bringer ham ut i verden. Han har fått veldig mye pepper og kritikk, Ask Burlefot, slik også Agnar Mykle fikk. Men jeg tenkte ikke et vondt ord om ham den gangen – det var så mye i ham som jeg kunne identifisere meg med. Keitetheten, rotløsheten, hjemløsheten, den tyngende atmosfæren i hjemmet, avstanden mellom foreldrene, alle de middagene der man ikke snakket om noe ordentlig, der det var irettesettelser i et eneste kjøp. Jeg er jo vokst opp på 50-tallet, med mye skjenn og voksne som var fryktelig redd for hva andre skulle si og mene. Det var en svært konform tid, og for meg ble det en lettelse å lese at jeg ikke var den eneste som følte at foreldrehjemet var et bur.

– Mykle bruker det ordet.

– Ja, han bruker det ordet. *Buret*. Og det følte jeg stemte for mitt hjem også. Ikke ondartet, ikke slemt, ikke mishandling, men knugende. Mine foreldre var heller ikke gode venner, så taushet, mistillit og skuffelser lå der som en

Agnar Mykle og *Lasso rundt fru Luna*

Agnar Mykle (1915-1994) regnes som en av etterkrigstidens store norske forfattere, og *Lasso rundt fru Luna* – hans første av to romaner om Ask Burlefot – ble hans litterære gjennombrudd. Førsteutgaven kom i 1954, og den begynner med at Ask stiger inn i nattoget på Østbanen i Oslo, på vei til sine foreldre for å begrave lillebroren Balder. Herfra ruller historien opp, om en ung manns reise nordover som ensom skolebestyrer, hans forsøk på å frigjøre seg, med oppbrudd, drømmer, begjær og skjensel, og om umuligheten av å vende hjem. Oppfølgeren *Sangen om den røde rubin* kom i 1956, og begge romanene vakte betydelig oppsikt i samtiden – for sin litterære kraft, men også for sin bruk av levende modeller og for det som av mange på den tiden ble oppfattet som amoralske skildringer av seksualitet. Gyldendal Forlag og Agnar Mykle ble saksøkt for brudd på utuktspapagrafen i norsk lov, og ved dom i Oslo byrett i 1957 ble restopplaget av *Sangen om den røde rubin* inndratt. Mykle ble frikjent, og inndragningen ble senere opphevet. Like fullt, rettssaken mot Mykle ble en viktig symbolsak, ikke minst gjennom debatten som blusset opp omkring seksualmoral versus ytringsfrihet.

Mykle gir en veldig god beskrivelse av kvinners begjær

Sissel Gran



Om Sissel Gran

Sissel Gran er spesialist i klinisk psykologi, samlivsterapeut og forfatter. I 2005 ble hun tildelt Åse Gruda Skards pris for popularisering av psykologisk kunnskap. Sissel Gran har gitt ut flere bøker og har i mange år vært spaltist for ulike aviser - hvor hun har skrevet om kjærlighet, tilknytning, brudd og det moderne paret, ofte med henvisning til skjønnlitterære tekster. I de siste årene har vi også kunnet høre henne på «Kjærlighetspodden», en pod-kast hun driver sammen med kollega Catrin Sagen. I 2019 kommer Sissel Gran med ny bok, hvor hun skriver om aldring.

tung sky. Ikke alltid, men veldig ofte, og jeg kunne kjenne det så godt igjen. I beskrivelsen av Ask Burlefot, i buret, med burvokteren og hans kone, som er en betegnelse på hans foreldre.

– Lassoen kom ut på 1950-tallet, den er basert på hendelser fra 1930-tallet, du leste den første gang i 1969, og du har lest den på nytt. Hvordan opplever du romanen nå, lest med dagens øyne?

– Jeg leste den også da jeg skrev den første boken min, *Kjærlighet i hastighetens tid*, der jeg lette etter definisjoner av kjærlighet. Jeg har flere sitater fra Mykle i den boken, så jeg må ha funnet noe i den hele veien, og den har mye å fortelle meg i dag. Som skammen og flauheten – det er så ufattelig godt beskrevet. Kontrasten mellom den ytre arrogansen og den indre geléen. Det skjelvende mennesket, som frykter alt og alle. Boken er gjennomsyret av alt han kan gjøre galt, alt som kommer til å gå galt, og hva han ikke kommer til å få til. At jeg er avslørt, at alle ser på meg, at alle vet at jeg ikke kan noen ting, og det å gå gjennom verden med gru. Dette er gjennomgående i *Lassoen*. Det er bare noen få snublende øyeblikk Ask Burlefot er på høyden, før han raser ned i avgrunnen igjen. Hovmod står for fall hele tiden.

Fienden var skammen.

Mannens skam.

Han hadde sett Fienden utallige ganger i løpet av barndommen og ungdommen, han visste hvordan han så ut, han hadde budd seg på hans komme ...

Fins det i verden noe så forferdelig som en mann som mister ansiktet, som mister æren? (s. 409).

– Skam er et helt sentralt tema i romanen, frykten for å mislykkes, for å bli blamert. Som i forholdet til Gunhild, den litt eldre kvinnen han møter i *Indrepollen i Nord-Norge*. Ask Burlefot skjønner umiddelbart at dette er en person han ikke kan vise seg med. For å bruke et av dine egne begreper; han ser ikke for seg at Gunhild kan bli et livsvitne for ham, men han har like fullt et forhold til henne over lang tid.

– Ja, han har det, og da jeg leste om det første gang, var det nesten så jeg måtte knipe igjen det ene øyet, for det var utrolig pinlig. Det er et sitat der han skjønner at Gunhild fra *Indrepollen* aldri kommer til å bli hans dame:

Han visste bare at det han hadde opplevet med denne kvinnen, og det han følte for henne, ikke var kjærlighet. Han tenkte hastig: når det er kjærlighet, har man lyst til å vise henne frem, trekke henne rundt til venner og bekjente: se min lykke, se hva jeg har funnet. Noe slikt var utenkelig med denne kvinnen. Han frøs ved tanken ...

Hun besatt ikke noe som helst av det som en kvinne efter hans mening skulle ha: ikke ånd, ikke sjel, ikke ynde, ikke mykhet, ikke godhet, ikke blyghet, ikke undrende lengsel. Hun besatt bare én ting; men denne hennes rikdom var til gjengjeld slik at han måtte holde seg for strupen hver gang han tenkte på den (s. 200).

Det var begjæret, ikke sant. Så intenst. Og det som jeg aldri tenkte på den gangen, som jeg først tenker på nå, er at Mykle gir en veldig god beskrivelse av kvinners begjær. Noe som var forferdelig på 40-, 50- og

60-tallet. Man tenkte nok den gangen at Gunhild var en simpel, forferdelig kvinne, men her beskrives også en kvinne som har et positivt forhold til kroppen sin, til sex, sensualitet og erotikk. Jeg synes den forståelsen gikk i vasken den gangen, og at den fremdeles ikke er løftet nok frem. Det er først nå jeg kan se det ordentlig, at han beskriver Gunhild fra Indrepollen og Siv, som han senere møter, som kvinner med egen lyst. Som kraftfulle aktører i eget liv. Som tar sjanser. Som blir gravide, som havner i ulykken, og da er det hans ansvar, hans skam, og nesten ikke deres skam. Men dette er kvinner som begjærer menn, og som gjør det for sin egen del.

– *De har vel glede av hverandre, mer enn at det er den ene eller andre veien?*

– Ja, og det er det jeg ser når jeg leser det nå. Hun synes han er attraktiv. Han er ung, skolebestyrer, det er en fjær i hatten for Gunhild, som kalles for Nattstjernen og er en fallen kvinne i Indrepollen. Hun får en slags oppreisning, selv om han aldri viser henne frem, aldri står ved henne, så tror jeg hun får mye igjen for det.

– *I den forrige boken din, Det er slutt, skriver du om det selv-ekspanderende mennesket. Her trekker du en linje til Karl Ove Knausgård, om mennesker som søker seg til andres følelsesliv, og blir fylt med en form for liv, eller vitalitet, som får noe derfra. Det er kanskje noe selv-ekspanderende også i Asks relasjoner til både Gunhild og Siv?*

– Ja, det tror jeg du har helt rett i. Jeg synes at Ask ligner mye på Knausgårds beskrivelser av den unge mannen oppe i Nord-Norge, i hans første roman *Ute av verden*, og som gjenfortelles selvbiografisk i *Min Kamp 4*. Det Ask opplever med Gunhild, det er en dåp for ham. Han er vettskremt når Gunhild viser seg villig til å ta ham inn i dette utrolige, eventyrlige som er seksualiteten. Og hun synes at han er flink, hun beundrer ham, og han svulmer over hele kroppen av glede. Så det er ekstremt selv-ekspanderende det han opplever med henne. Selv om han skammer seg hver gang akten er over, og sier: aldri mer. Men så er det begjæret, og den opplevelsen av å mestre, av å bli noe mer enn det han var før. Men dette er så ufattelig knyttet til skam, og jeg kjenner igjen Asks blanding av feighet og selvoppholdelsesdrift. Det å ikke knytte seg, ikke la seg svinebinde igjen, ikke havne i buret en gang til, som far og mann til

en kvinne han verken ønsker å være gift med eller å ha barn sammen med. Jeg forstod det.

– *Kunne du også kjenne det da du var 18 år?*

– Ja, jeg kjente det veldig godt. At jeg hadde blitt desperat om jeg skulle havnet i den situasjonen selv, og blitt gravid, og måttet gifte meg, og ikke fått lov til å gjøre det jeg hadde tenkt, eller kanskje bare hadde en vag fornemmelse av at jeg skulle gjøre. Jeg kjente igjen frykten, og den voldsomme trangten til flukt. Så jeg hadde nok mer forståelse for Ask enn at jeg tenkte at han var det feige kjønn. Han kaller seg jo det feige kjønn.

– *Du refererer i flere av bøkene dine til Leslie Greenberg og emosjonsfokusert terapi. Hva med følelseslivet til Ask Burlefot, hvordan forstår du det?*

– Jeg ville tenkt at dette er en gutt som har vært utsatt for ekstrem lydighetstrening, som ikke har fått lov til å komme frem med sine følelser og har lært å skamme seg hjemme. Slik har han lært unnvikelsens edle kunst, og han er ikke i stand til å formidle det han føler, til et eneste menneske. Ordene setter seg fast i halsen, og han sitter taus i veldig mange sammenhenger. Også med vennene sine. Han klarer ikke å åpne seg, og han har veldig dårlig evne til selvregulering. Flukt er den eneste måten, å stikke av fra alt som er vanskelig. I dag ville vi tenkt at han var en litt tilknytningsskadet gutt. Han blir klemt flat av moren, som drev med overivrig inntoning og behandlet ham som sin lille mann. Hun fortalte ham at *det er bare du, Ask, som forstår meg (s. 102)*. Mange mødre sier jo sånt til barna sine. Gjorde i alle fall. Å si at pappa skjønner ingenting, men du forstår meg, du. Der du legger et ansvar på barnet som barnet ikke kan ta. Og Ask gjør alt han kan for å skyve det fra seg. Men egentlig er det moren som skyver ham fra seg, gjennom å være så ekstremt invaderende, og aldri tillate ham å ha noen egne følelser. Han får aldri hjelp til det. I sin oppvekst lærer han det vi kaller en unnvikende tilknytningstil. Her gjelder det å passe seg, her gjelder det å rømme unna så fort man kan. Men så kolliderer det voldsomt med det seksuelle begjæret. For hvis du skal ha sex med noen, så må du jo komme nær. Fysisk i hvert fall. Men han etablerer aldri noen form for psykisk eller emosjonell nærhet med noen av de kvinnene han er sammen med.

– *Går det an å si at han har et behov for følelsesmessig nærhet, der han nærmest erstatter det med sex?*

– Han gjør det. Voldsomt med Gunhild og voldsomt med Siv. Han leter jo vilt, eller han har laget seg et kvinneideal som er så langt fra denne vulgære, skamløse, invaderende moren som mulig. Og det er ikke så vanskelig å forstå. Men beskrivelsen av Gunhild ligner jo ganske mye på moren, hun har også en evne til krevende nytelse.

– *Du beskriver en repetisjon her?*

– Ja, det var nok Asks flukt, det å gå fra situasjoner som ville sendt ham inn i buret igjen. Og så har han noen litt rare venner. Som den maskuline venninnen Gro, konkurrenten Pelle, og han har Kvase, som han beundrer, og som er hans nærmeste venn. Men han forlater dem alle underveis, han har ingen god evne til å knytte seg til mennesker.

– *Noe av det som underbygger det du sier, er at han selv ikke overfor Kvase klarer å si noe om at han er far til to barn.*

– Han sier ingenting om det. Han sier ingenting om de viktigste ting som har skjedd i livet hans. Så han forblir en gåte, også for sine venner.

– *Og kanskje veldig ensom?*

– Det er riktig. Veldig ensom. Han er en ensom satellitt, og det var vel det jeg kjente da jeg leste boken, at den ensomheten ville jeg ikke ha. »



VEIVALG Litteratur har alltid betydning mye i Sissel Grans liv, og hun vurderte å bli litteraturviter. – Dersom jeg kun hadde gått inn i litteraturens verden, hadde jeg nok blitt et mer uvitende, utålmodig, og kanskje et grunnere menneske, sier hun.

– Du kjente det, også da du leste den første gang?

– Jeg kjente det veldig sterkt, hvor viktig det var å knytte seg til noen. For det er ganske trist at jeg tenkte jeg ikke kunne stole på mine foreldre. Jeg skulle kanskje gjort det litt mer. Men det er vanskelig å være åpen når du ikke vet om de vil behandle det pent, det som du kommer med. Det kunne jeg ikke ta sjansen på. Så da ble det venner, fra gymnaset.

– Så da hadde du evne til å etablere tillit?

– Absolutt. Jeg hadde faktisk det. Jeg tenker, ja hvor fikk jeg den evnen fra?

– Stein Mehren har sagt at det er noe i oss som ikke er språk, men som bare språk kan gi oss tilgang til. Jeg tenker at noen leseropplevelser er på den måten, der litteraturen setter ord på noe som plutselig treffer, og jeg kan oppleve at: ja, sånn er det. Og det du sa nå – der du kunne lese, gjenkjenne og tenke, at sånn har det vært i

livet mitt, og sånn skal jeg ikke ha det – det høres ut som en slik opplevelse?

– Jeg var veldig opptatt av Mehrens dikt da jeg var ung, og du vet, lenge før jeg begynte å studere, tenkte jeg at jeg ikke skjønte noe av mennesker. Av hva som rørte seg i dem. For det var ikke tema hjemme hos meg. Vi snakket ikke om sånt. Jeg skjønte ikke hvorfor moren min var så taus og sint, og hvorfor faren min stakk hver gang noe var litt ubehagelig. Og dette var gjennomgående, denne dystre dickenske «Bleak House»-stemningen, som lå tungt i mange hjem. Det var vanskelig å skjønne hva som foregikk hos foreldrene, og hva som foregikk i meg, og skjønnlitteraturen ble en kilde til en slags forståelse. Ikke bare en gjenkjenning, men også en utvidelse av et perspektiv, til å forstå andre mennesker innenfra. Det var en mentaliseringsreise for meg å lese bøker, og jeg kjente at det ble veldig viktig for meg å ha et

forpliktende forhold til andre. Fra ganske tidlig alder, med kjæreste og venner. Jeg ville ikke være noen ensom satellitt.

– *Det er sagt mye om hvordan Ask behandler kvinner, men den personen han også svikter, er hans yngre bror, Balder. Det er noe av det vondeste i romanen, da han reiser hjem til sin avdøde bror, og romanen forteller om deres relasjon, og den grenseløse beundringen Balder hadde for Ask.*

– Grenseløs beundring og trofasthet, kjærlighet og ikke minst evne til forsoning og tilgivelse, som Ask i veldig liten grad har.

– *Har du selv hatt en forsoningsprosess, overfor din egen bakgrunn og dine foreldre, som vi ikke finner hos Ask?*

– Etter hvert som jeg jobbet meg inn i yrket som psykolog, jobbet jeg også mer med å forstå mine egne foreldre. Forstå moren min og hennes fortvilelse, forstå faren min og hans fortvilelse. Og etter hvert kunne jeg se deres strev, og skjønne hvorfor de var så strenge, vanskelige og fordømmende. Når du er terapeut, så må du bende empatigenet ditt alt du kan. Du må virkelig bry deg om de du jobber med, føle varme for dem, uansett hvor umulige de noen ganger kan virke, og hjelpe dem med å forsone seg med hverandre og med historien sin. Jeg synes noe av det vanskeligste med mange par, og med mange enkeltindivider som jeg har jobbet med, er de som helt uforsonlig fortsetter å kverne på mor og far, og aldri blir ferdige med det.

– *Det minner om noe av det du skriver i din andre bok, Kjærlighetens tre porter. Der det å komme seg gjennom den siste porten – som symboliserer det punktet der paret velger hverandre, også etter at de har lært å kjenne hverandres gode og dårlige sider – fordrer en forsoning, eller aksept av sin oppvekst, og sitt forhold til sine foreldre.*

– Ja, for uten forsoning vil den vanskelige relasjonen du har til mor eller far, ofte gnage på forholdet ditt. Det har jeg sett mange ganger, at den ene eller begge ser det bitre de opplevde med mor eller far, i partneren sin, særlig de som er sårbare for avvísning og krenkelser. Dersom de ikke er ferdige, ikke har gjort noe med relasjonen til sine foreldre, da vil dette dukke opp igjen og være en evig kilde til den grunnsceneproblematikken som par har med seg. Der de spiller sine roller med de samme replikkene, de samme underliggende vonde og reaktive følelsene, den samme tilbaketrekingen, hakkin-

gen, med anklager, bebreidelser, unnvikelser. Dersom jeg synes at jeg kommer til kort, noe som faktisk skjer ganske ofte, da synes jeg at det ofte handler om at de har en helt ubearbeidet historie med mor eller far.

– *Hva gjør du når du ser at det er det fastlåste, uforsonlige som utspiller seg?*

– Jeg går rett inn på det. Med begge to. Begges bakgrunn og tilknytningshistorie er viktig når det har låst seg for dem. For der ligger det hunder begravet. Da tar jeg ene-samtaler med hver av dem, og sammen. Så trekker vi linjen tilbake til det, og kan si at det er ikke rart at du er en mann som blir stille, som trekker deg unna når det er høy stemme, eller når du føler deg anklaget eller bebreidet. Det var det du gjorde hver gang mor og far skrek til hverandre, eller når far kjefte på deg, eller bebreidet deg for at du aldri var god nok eller aldri dugde. Det er veldig forståelig. Det reddet deg den gangen, men det redder deg ikke i ekteskapet. Så det må vi gjøre noe med. Sånne ting. Og det er klart, om jeg i studiet og mange år etterpå hadde vært mindre opptatt av læringsteori og strømmen av fantasifulle, ofte uforståelige systemteoretiske metoder – dersom jeg litt tidligere hadde tatt innover meg både selvpsykologien og emosjonsfokuseret tenkning – da hadde mitt yrkesliv sett annerledes ut. Eller det hadde vært lettere for meg. Å ikke måtte tilegne meg det så sent i løpet.

– *Her trekker du inn selvpsykologisk tenkning, som også er interessant i forståelsen av Ask, og av hans forhold til foreldrene. For under oppveksten fremstår han kanskje først og fremst som morens selvobjekt; han regulerer hennes behov og følelser, og det er han som skal bringe stolthet og ære til familien, ved å bli det verken hun eller faren maktet, slik at de kan speile seg i hans triumfer?*

– Ja, moren har overskredet Asks grenser fra første stund, og han både hater og frykter henne, fordi hun er så invaderende.

Alt og alle i den ganske verden samlet hun i en spiss innad, inn mot seg selv. Hun var en edderkopp, en suge-ventil, en umåtelig sluk (s. 84).

– *Og Asks løsning blir en total avvísning av opphavet. For han vil bort, fra morens sluk, fra fattigdom og det han opplever som middelmåddighet. Men faren er vel også en helt sentral biperson i denne romanen?*



For det er det vondeste jeg ser hos mange par, hos mine egne foreldre og i Asks liv: hvor lite de forstår at de har en jobb å gjøre med seg selv

Sissel Gran

– Ja, Ask har vokst opp med en far som ikke sier noe om viktige ting, og aldri avslører hva som foregår inni en. Han har altså en far som aldri har sagt noe pent til ham, som aldri har sagt noe om hvordan han har det, som aldri har vært selvsøgende overfor sønnen. Ask vet ikke hvem faren er. Det er en episode der han kommer over faren, som i all hemmelighet har trukket seg inn i skogen med hornet sitt og spiller de vakreste toner. Han ser at faren, som ble en trikkefører, egentlig ville bli musiker. Som var et stort talent, og kunne spille, men som gjennom hele livet måtte pakke vekk den drømmen. Faren var nok sånn sett en bitter, ulykkelig mann. Han klarte heller aldri å si noe om sin sorg, og han greide aldri å formidle til sønnen at man kan snakke om det man føler.

– *Det Ask kanskje frykter aller mest, er å skulle gå inn i eller bli fanget inn i noe som er ufritt. Å bli som faren sin?*

– Nettopp. For det ble farens skjebne. Han ble fanget inn i forholdet til moren og hennes families forventninger.

– Det er litt personlig dette, men du har skrevet at du har vært gift før, to ganger. Har det vært noe av den samme dynamikken, slik du kan se det i ettertid? At også ekteskapet ble et bur, som du måtte ut av?

– Absolutt, også i kjærestelivet, som jeg hadde før jeg giftet meg. Sånn har det nok vært hele veien for meg. Jeg tenker på kjærlighet som selvutvidende, for du inkluderer den andre i ditt eget selv. Du føler at du vokser. Du blir mer enn den du var, du blir kanskje tryggere, modigere, føler deg beskyttet. Men så skjer den reverseringsprosessen, der ting begynner å gå galt. Der det ene etter det andre ikke fungerer. Og så opplever mange, slik jeg også har kjent selv, at du blir mindre enn den du ønsker å være, mer og mer fremmed for deg selv, der du ser deg selv i speilet og tenker: Er det der meg? Det er det som gjør at folk til slutt bryter båndet og drar. De føler at selvet krympes. Jeg har hatt mange samtaler om dette, og det er det alle sier: Jeg fikk ikke puste, jeg ble kvalt, jeg følte at jeg døde, slike metaforer. Det har jeg selv følt noen ganger, og da har jeg dratt.

– *Du er gift på nytt og har vært det i mange år. Hvordan er det nå? Er du ute av buret?*

– Jeg er helt ute av det, og det er veldig fint. Jeg kaller jo mannen min for fristedet, det viktigste leirbålet. Der jeg virkelig kan sitte ned, være sint og lei meg, slik at jeg kan være flink og sterk der ute. Mannen min er ikke noe bur, han er mitt tryggeste sted. Men det kommer heller ikke av seg selv.

– *Går det an å si noe om hva som skal til?*

– Det får meg til å tenke på denne morsomme setningen i Lassoen, under kapittelet som heter «Den ganske unge manns bønn», der Ask sier til seg selv:

Kjære Gud, jeg ber ikke om ære, ikke om heder, ikke om mirakler. Jeg ber deg om en liten flamme som kan brenne i meg, alle mine livsens dager, og kaste sitt skjær på min kvinnes åsyn. Kjære Gud, jeg ønsker ikke allmakt, jeg vet at jeg ikke kan gjøre godt for alle mennesker på jorden. Men la meg gjøre godt for den kvinne jeg en gang skal møte, la meg få fylle vårt rom med lys. Kjære Gud, inngyd meg med attrå. For jeg tror at attrå er det største og det beste og det vakreste en mann kan ha.

Kjære Gud, puss min juvél.

Takk (s. 111).



Ask ønsker her at han skal bli inngytt med attrå, slik at han kan gjøre godt for den kvinnen han en gang vil møte, der han sier *Gud, puss min juvel*. Og det er morsomt, for det er jo seksuelt ladet dette, en bønn om å bli en bra elsker, men det er også en bønn om å bli bra, bli god. Å pusse sin egen juvel handler om at du i samlivet skal bli et så bra menneske du kan, og ikke bare forvente at den andre skal være der for deg. Dette tar tid å forstå, at du har en forpliktelse til å gjøre deg selv bra, gå i deg selv, jobbe med ditt eget, ta grep om dine egne sprekker. Der som man da ikke er ekstremt heldig og alt bare klikker inn. For det er det vondeste jeg ser hos mange par, hos mine egne foreldre og i Asks liv: hvor lite de forstår at de har en jobb å gjøre med seg selv.

– Nå da, etter et langt yrkesliv, hva tenker du om at du ble psykolog?

– Ja, hva skal jeg si? Jeg tror nok både lesingen, studiet og yrket har gjort meg godt. Der-

som jeg kun hadde gått inn i litteraturens verden, hadde jeg nok blitt et mer uvitende, utålmodig, og kanskje et grunnere menneske.

– Grunnere?

– Ja, jeg tror jeg hadde skjønt mindre av livet.

– Her setter du ord på et samvirke, mellom litteratur og psykoterapi?

– Mye av det jeg har gjort som psykolog, er å sitte med par i terapi, eller med enkeltpersoner som er forlatt, eller skal forlate partneren sin. Det har vært øyeåpner på øyeåpner. For noe av det aller viktigste jeg ser, er hvordan folk drar med seg sin fortid. Jeg angret litt på at jeg var så høy på pæra tidligere, og så raskt avviste en del av den psykodynamiske tenkningen.

– Den kliniske erfaringen har brakt inn det perspektivet?

– Ja, jeg visste ikke nok om det, og jeg avviste jo min egen bakgrunn, for jeg var så ivrig etter å fjerne meg fra mitt eget bur. Jeg tror at uten å studere psykologi og lese skjønnlitteratur »

BURET «Det var også buret han flyktet fra», skriver Agnar Mykle i *Lasso rundt fru Luna*. Det var et bilde som traff Sissel Gran sterkt.

kunne jeg risikert å bli et ganske forvirret menneske den dag i dag. Jeg føler meg ikke så forvirret som jeg var den gangen. Gudskjelov for det. For nå er jeg 67 år, men jeg føler meg fortsatt forvirret, altså.

– *Jeg ser du har Thorvald Steens siste roman Det hvite badehuset liggende på pulten din. Der skildrer Steen et møte med behandlere i psykisk helsevern, og han spør om de som var så sikre og mente at de forstod hele mennesket, hadde lettere for å begå overgrep enn de som tvilte. Du fremstår imidlertid med en tvil og evne til endring, der du på bakgrunn av klinisk erfaring og egen livserfaring har supplert opprinnelige perspektiver med nye, der du har latt deg inspirere og åpnet for nye kilder til kunnskap?*

– Jeg tror nok det har vært veldig viktig å kunne snu og bli motivert til å lære noe annet, og dermed kunne legge noe vekk. Dette støttes også av psykoterapiforskningen: at en viss grad av tvil underveis skaper en form for ydmykhet som gjør en til en bedre behandler. Altså, en god form for tvil, som kommer den andre til gode. At vi ikke er så bombastisk sikre på hvordan dette skal gjøres. Der jeg etterspør om jeg virkelig har forstått han eller henne riktig; der jeg inviterer dem til å korrigere meg om jeg tar feil. Dette var nok vanskeligere da jeg var ung, og jeg tror ikke jeg kom på betydningen av å tvile den gang. For da skulle man være så sikker. Men etter som jeg har blitt eldre, har det også blitt lettere å være spørrende, åpen på at jeg kan ta feil, uten at jeg

av den grunn behøver å fremstå som utrygg, usikker og famlende.

– *Nå sitter du her, med selvstendig praksis. Du kan kombinere jobben som terapeut med å skrive og holde foredrag. Det har brakt deg til et sted, dette, der du også har fått en stemme i offentligheten, knyttet til perspektivene dine.*

– Ja, nå kan jeg ha klienter, lese bøker og skrive. Det var det jeg egentlig hadde lyst til. For jeg tenker, slik Helge Rønnestad sier, at vi har et ansvar for vår egen utvikling om vi skal holde ut lenge i dette yrket. Vi må hele tiden passe på, ha veiledning og ta vare på oss selv, og samtidig oppsøke nye impulser, være terapeutisk involvert og interessert i det vi driver med, fremfor at vi trekker oss unna, til et sted der vi ikke orker mer.

– *Så du har endt opp her, via omveier, eller kanskje dette var veien, som skulle til?*

– En lang vei, men til slutt kom jeg hit.

– *Du hadde ikke kommet hit ved å bli værende i buret, eller i skjønnlitteraturen.*

– Nei, jeg hadde ikke det. Men jeg synes det har vært en hard vei. Jeg klager noen ganger til mannen min Ola, og sier: Hvorfor ble jeg psykolog? Nå må du slutte med det der, sier han, og ikke kjempe mot de valgene du har tatt. Du hadde vært et mye dummere menneske og ikke skjønt noen ting av livet ditt om du ikke hadde blitt psykolog. Du hadde antakelig ikke vært noe morsom å være sammen med i det hele tatt. Du hadde nok vært en innadventd litteraturviter eller oversetter, og det ville ikke jeg hatt, sier han til meg. ❌

LITTERATUR

- Gran, S. (2004). *Kjærlighet i hastighetens tid*. Aschehoug.
 Gran, S. (2007). *Kjærlighetens tre porter: vendepunkter i nye og gamle forhold*. Aschehoug.
 Gran, S. (2016). *Det er slutt: historier om løsrivelse*. Aschehoug.

- Knausgård, K.O. (1999). *Ute av verden*. Forlaget Oktober
 Knausgård, K.O. (2010). *Min kamp 4*. Forlaget Oktober
 Mehren, S. (2006). *Forseglinger*. Aschehoug.
 Mykle, A. (1954). *Lasso rundt fru Luna*. Gyldendal Norsk Forlag
 Steen, T. (2017). *Det hvite badehuset*. Forlaget Oktober

Truslene mot fri forskning

Alle som i noen grad bruker vitenskap i sin hverdag, vil kunne la seg engasjere, og skremme, av denne boken.

I APRIL 2017 stod Dag O. Hessen på Rådhuskaia og hørte på appellene under *March for Science*. Foranledningen var at Trump, da nokså nyinnsett, varslet dårligere vilkår for forskning og viste liten tiltro til forskningsbasert kunnskap, men for Hessen er marsjen også en anledning til å reflektere rundt det moderne akademiet. I boken *Sannhet til salgs. Et forsvar for den frie forskningen* beskrives flere trusler mot den frie og kreative forskningen. Kortsiktig nytteverdi prioriteres over grunnforskning, og et new public management-perspektiv krever at kunnskapen skal gi umiddelbar avkastning. Piratidsskrifter tilbyr publisering der kvalitetssikring er fraværende eller illusorisk, og de stadig strengere publikasjonskravene forskere møter, gjør at de stadig publiserer mer, men ikke nødvendigvis bedre.

Boken avslutter med et kapittel der forfatteren gir råd om hvordan utfordringene kan møtes. Rådet er langt på vei å ikke gjøre noe – eller heller å unngå å gjøre *mer* – for å dytte norsk forskning i retning av mer business, mindre frihet og mer fokus på tellekanter og kortsiktig nytteverdi. Tilstanden i norsk forskning er slett ikke så ille, mener Hessen, men han er bekymret for veien det går. Det som skjer når markedsstyringen tar over universitetet, er urovekkende for alle som bryr seg om hva det betyr når vi sier at vi vet noe.

BEKYMREDE FORSKERE

Bekymringene Hessen gjør seg, er gjenkjennbare fra arbeidshverdagen som forsker. De beskrives på en personlig måte, og selv om noen av kjepphestene nok er knyttet til Hessens eget fagfelt, oppleves disse avsnittene ikke som interne for oss som ikke er biologer. Noen problemstillinger omtales overflattisk; som yngre forsker (i alle fall sammenliknet med Hessen) kunne jeg for eksempel gjerne lest mer om den utstrakte bruken av midlertidig ansettelse, og hva det gjør med forskningen at så mange yngre forskere går i konstant frykt for hva som venter

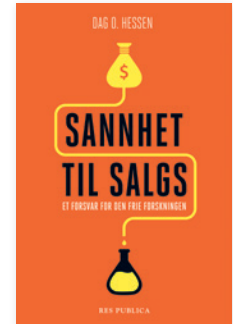
når kontrakten deres utløper. Men en tekst på knappe 150 sider kan ikke favne alle perspektiver, og boken dekker bredt.

Sakprosalitteraturen beskriver og analyserer gjerne problemer i samtiden, og det er prisverdig når forfattere tør å foreslå løsninger på problemene. Foruten å bevare systemet vi har, ønsker Hessen et forskningsråd som er mer uavhengig av politikerne og departementene, endringer i finansieringsmodellene, og mer selvrefleksjon hos forskerne selv. Denne biten drukner litt i detaljene rundt Forskningsrådets drift og andre teknikaliteter, og forblir noe uklart sammenliknet med resten av teksten. At problemene i akademiet ikke er lette å løse, kan forfatteren selv sagt ikke klandres for, men en avslutning som greide å holde blikket hevet, og som klart formulerte de store linjene, ville løftet teksten.

BALANSEGANG

Boken er et hjertesukk fra en enkelt forsker. Et slikt perspektiv kan være krevende å balansere, fordi stilen tilsier at teksten skal være personlig, men samtidig relevant ut over forfatterens arbeidsplass. Dette lykkes Hessen i nesten hele veien, og kun unntaksvis kjennes det for personlig. På sitt beste er det å lese denne boken som å sitte og snakke med en klok og erfaren kollega som reflekterer rundt arbeidet, en sånn samtale der man føler seg heldig som fikk akkurat *denne* kollegaen til bords og fikk ham inn på akkurat *dette* temaet. Kritikken hans er desto mer relevant fordi den sterke kjærligheten han helt åpenbart har til akademiet, ligger i bunn gjennom hele teksten.

I utgangspunktet berører temaet oss alle, eller i alle fall alle som bryr seg om hvordan kunnskap dannes. Det skader nok ikke å ha en viss forforståelse av hvordan forskningens verden fungerer, men boken bør ha interesse utover akademiet. Alle som i noen grad bruker vitenskap i sin hverdag, vil kunne la seg engasjere, og skremme, av denne boken. Så dermed er landets psykologer godt innenfor målgruppen. ❌



DAG O. HESSEN

Sannhet til salgs. Et forsvar for den frie forskningen. Res Publica, 2018. 149 sider

ANMELDT AV

Helene Flood Aakvaag, Ph.D., psykolog og forsker II ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS).

Psykologiens Askeladd

Peder Kjøs har en rik assosiasjonsevne, og tar vare på erfaringer som senere kommer til nytte i arbeidet som psykolog.



PEDER KJØS *Berøring*. Pax forlag, 2018. 205 sider

«**JEG FANT, JEG FANT**», ropte han. I likhet med Askeladden, som samler på det han finner, tar Peder Kjøs vare på kunnskap og erfaringer han erverver seg underveis. Og han viser i boka *Berøring* at dette kan komme til nytte. Kjøs har en rik assosiasjonsevne, og han nevner i boka at «kreativitet henger sammen med fri flyt av ideer». Det bærer boka preg av. Kjøs setter sammen egne ideer og egen kunnskap, og trekker inn ulike teoretiske perspektiver.

Tittelen «Berøring» gir boka en rød tråd og binder innholdet sammen. Ordet gir rom for ulike temaer som: møter med klienter, forståelse av makt, omtanke for dyr, medfølelse, onani, Kants moralfilosofi, stjernestøv, døden, hverdagslige betraktninger, kontakt, mangel på kontakt, åndelig og fysisk berøring, samt forfatterens egne bekjennelser, og mye mer.

Kjøs skriver varmt og berørende om «kengu-ruomsorg». Altså hvordan et spedbarn trenger, og er innstilt på, kroppslig kontakt for å stimuleres til en sunn og god utvikling. Formidlingen er så berørende at jeg får lyst til å dele leseropplevelsen med min yngre venninne, som er i barsel. Måtte denne delen av boka bli lest av mange småbarnsforeldre.

HVA SYNES KLIENTEN?

Kjøs deler tanker om seg selv og sin sårbarhet og rastløshet. Der opplever jeg at han er emosjonelt nærværende. Han skriver både nyanisert og reflektert om etiske grenser, grenser for berøring, og hvor komplisert fysisk berøring kan være i terapi, fordi det kan gi uklare signaler, og at han vanligvis ikke gjør det. I starten av boka skriver han: «Hendene hennes er egentlig ikke vakre. Fingrene er ganske korte og butte. Huden er blek og litt ru ...». Han forteller hvordan han selv blir berørt, og snakker til klienten om «de fine hendene dine». Senere, i avsnittet «Psykologen», skriver Kjøs: «Hun er veldig pen, men det er ikke derfor jeg holder rundt henne, sa jeg til meg selv. Det er fordi jeg ikke når frem til henne på noen annen måte. Vi har ikke noe annet språk.»

Kjøs er en profilert psykolog og terapeut. Han er opptatt av åpenhet, og å gjøre det mere legitimt å dele psykiske utfordringer. Mitt inntrykk er at mange har hatt nytte av hans mediprojekter. Men hvordan er det å være klient og skulle rette blikket mot seg selv når terapeuten din er så profilert, og mener så mye i det offentlige rom? For noen klienter vil det kunne virke forstyrrende på arbeidet med å rette blikket innover og mot seg selv. Sett at klientene som er omtalt ovenfor, leser boka, hvordan vil det oppleves å lese om dette betrakterperspektivet, om de korte, butte, bleke og ru hendene? Eller om terapeutens refleksjoner om at han ikke klemmer klienten fordi hun er så pen? Vil det kunne medvirke til at klienten kan miste sin subjektposisjon i møte med sin terapeut, og lettere oppleve seg som et objekt i terapitimen?

I dette perspektivet vekker boka noen refleksjoner hos meg. Jeg mener at siden Kjøs profilerer seg som praktiserende terapeut og klinisk psykolog, så har han et annet etisk ansvar enn for eksempel Karl Ove Knausgård og Vigdis Hjorth, som kun profilerer seg som forfattere, og skriver om personer i sitt liv, og hvordan de berøres. Som klinisk psykolog har Kjøs, etter min oppfatning, et særskilt ansvar for å ivareta den andres – klientens – perspektiv og opplevelse. Hvordan er det for en klient å lese om seg selv med terapeutens blikk? Det skrevne ord virker sterkt. For alt jeg vet, er dette fiktive pasienthistorier. Jeg får ikke inntrykk av det, men i så fall savner jeg at det står nevnt innledningsvis.

ETIKK MED NERVE

I kapitlet «Mors hender» intervjuer Kjøs en mann som er vokst opp med en voldelig mor. Her belyser han hvilke psykiske spor volden kan skape, hva volden har gjort med mannen, både når det gjelder ham selv, hans ekspartner og egne barn. Kjøs skriver om hvordan voldsutsatte barn prøver å være slik som foreldrene ville ha dem. «De [barna] ville ha den tydelige bekreftelsen, den de aldri fikk, fra en annen.»

ANMELDT AV

Kari Galaen, karakteranalytiker og klinikkleder for opplæringsklinikken ved Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø

Kjøs skriver om hvordan dette samspillet er i ferd med å bli iscenesatt i relasjonen mellom ham og intervjuobjektet. Han skriver: «Var jeg ikke farlig nær å bruke ham til mine formål, da han [intervjuobjektet] så en mulighet til å være den jeg ville ha og gjøre meg glad?» Denne mannen har ikke Kjøs et klientforhold til, men han reflekterer over hvordan han står i fare for å bruke intervjuobjektet, fordi det ville passe inn i boka. Her opplever jeg en nerve i beskrivelsen, at Kjøs formidler sentrale refleksjoner og etiske betraktninger rundt sin dobbeltrolle som forfatter og klinisk psykolog.

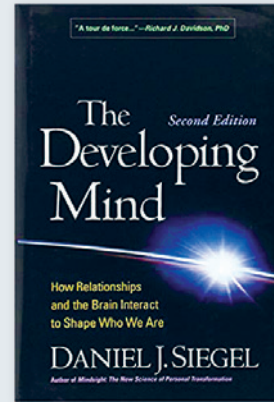
Kjøs skriver også nært om Johan Borgens Lillelord-trilogi, der rammene er hentet fra tidlig nittenhundretallets borgerskap. Kjøs bruker dette til et terapeutisk dypdykk og betraktninger om den moderen nordmannen, og dermed også om psykologen. Her er det ikke noe klient-terapeutforhold, og bøkene er fortsatt samfunnsaktuelle. For meg vekkes også minnene fra min egen tid ved opplæringsklinikken på Universitetet i Oslo, med Bjørn Killingmo (nå professor emeritus) og hans refleksjoner rundt Lillelord. Tvetydigheten i personligheten som Borgen og Killingmo formidlet om Lillelord, får Kjøs godt frem. For meg blir det et møte mellom gammelt og nytt, med klassikeren Lillelord, minnene fra Killingmos tolkninger, og Kjøs' refleksjoner.

UENIG - OG BEGEISTRET

Kjøs' beskrivelse av seg selv som en vitebegjærlig mann, og setningen «... for vi så oss selv i hverandre, syntes vi, vi som visste så mye rart og ville vite så mye», er som en rød tråd gjennom hele boka. Et stort spenn. I den grad det er mulig å savne noe, så må det bli arven etter Reich, slik som Norsk Karakteranalytisk Institutt forvalter den. Her tenker jeg på hvordan de nonverbale, emosjonelle og ofte uformulerte aspektene kan påvirke et terapeutisk møte – både kroppslig, implisitt i en ubevisst dialog og i samspill.

Oppsummert sitter jeg igjen med at jeg har et annet syn enn Kjøs på bruk av klientillustrasjoner i denne type bøker, når forfatteren arbeider som klinisk psykolog og terapeut. Men jeg begeistres også av hvordan han henter opp referanser fra sitt liv, både som privat- og fagperson. Boka anbefales, og kan oppleves som en spennende reise for leseren, der leseren utfordres til å åpne opp for utforskning underveis. ✘

KLASSIKEREN



Jeg tenkte at et nevrobiologi-språk var begrensende og trangt. Så hørte jeg Susan Hart snakke.

Daniel Siegel: *The Developing Mind. How Relationships and the Brain interact to shape who we are* (1999)

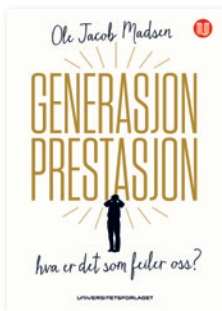
Jeg jobber ved RVTS Sør, der en del av jobben handler om å formidle fagstoff til de som står nærmest barn og unge, de som gjør de virkelig vanskelige og viktige jobbene, blant annet lærere, fosterforeldre og barnevernsarbeidere. I denne sammenhengen har jeg vært opptatt av å finne frem til gode forenklinger, modeller og metaforer som kan gjøre fagstoffet forståelig og anvendbart.

Jeg ble introdusert for Daniel Siegel en gang tidlig på 2000-tallet, og var først ikke så veldig interessert. Jeg tenkte at et nevrobiologi-språk var begrensende og trangt, og ikke nok egnet som modell for kompleks sosial virkelighet. Så hørte jeg Susan Hart snakke om nevroaffektiv utvikling og «avstemming på ulike nivåer i hjernen», og ble slått av hvor enkelt det går an å snakke om komplekse fenomener. Dette var i 2008. Susan Hart henviste blant annet til Siegel, og jeg prøvde meg på boken en gang til. Denne gangen falt det skjell fra mine øyne, som det heter. Hans måte å snakke på om grunnleggende hjernefunksjoner som hukommelse, tilknytning og emosjoner i sammenheng med selvregulering og meningsdannelse, åpnet veien for en pedagogisk modell som har vist seg veldig anvendbar i vår jobb som kunnskapsformidlere. Boken kom i ny utgave i 2012, så for de som måtte være interessert, er det nok den man bør skaffe seg.

Heine Steinkopf, fagleder og psykologspesialist ved RVTS Sør, utfordrer Jan Wergeland til å ta stafettpippen videre.

Uforløst om samtidsdiagnose

Interessante kontroverser vises frem, men drøftes ikke videre. Som leser slippes jeg for raskt.



OLE JACOB MADSEN *Generasjon prestasjon. Hva er det som feiler oss?* Universitetsforlaget, 2018. 240 sider

«HVA ER DET som feiler oss?» spør Ole Jacob Madsen i sin nye bok *Generasjon prestasjon*. Gjennom 240 sider tar han oss med på en kontinuerlig dialog mellom sosialfilosofiske samtidsdiagnoser, helse- og sykdomsstatistikk, mediedekning og individuelle fortellinger som illustrerer kompleksiteten i de moderne fenomenene «prestasjonssamfunnet», «generasjon prestasjon» og «flink pike-syndromet».

Madsen mestrer å skrive både godt og lett på samme tid. Især vil jeg trekke frem hans eksempelbruk og evne til å krydre teksten med så vel historiske som populærkulturelle referanser. Boken beveger seg fra samfunns- til individnivå, fra historiske linjer til norske tilstander anno 2018. Underveis løfter Madsen frem flere store og viktige tema og kontroverser. Hva skjer når identitetsutvikling blir til et livsprosjekt du selv må ta ansvar for? Hvordan har ungdom det *egentlig*, og hvordan er det vi snakker om unges livsutfordringer? Kan dette *egentlige* (i objektiv forstand) i det hele tatt skilles fra samfunnets oppfatning av ungdoms virkelighet? Madsen er også innom spørsmålet om hva som er den vitenskapelige forskningens definierende makt, og hvilken rolle mediasamfunnets rapportering spiller for nåtidens ungdomsdiskurs, før han avslutningsvis ber leseren reflektere over hva denne diskursen sier om oss alle.

SAMTIDSBLIKKET PÅ UNGDOMMEN

Boken innehar kapitler som tar opp spørsmålet om hvordan ungdom *egentlig* har det, så vel som kapitler hvor temaene omhandler samtidens forståelse, omtale og forhold til unges liv og helse. Da min egen forskningsinteresse er knyttet til ungdomsundersøkelsens samfunns-påvirkninger, er det kanskje ikke uventet at de sistnevnte kapitlene er av spesiell interesse. Boken er best i den delen hvor etablerte begrepssett og forståelser utfordres, og hvor

paradokser rundt sykdomsklassifikasjoner løftes frem. Spesielt setter jeg pris på bruken av Ian Hackings teorier om *looping effects* på norske forhold. Looping effects er Hackings begrep for hvordan kategoriserende uttrykk påvirker menneskers selvforståelse og mulighetsrom for sin egen identitetsutvikling. Madsen forsøker å forene dette perspektivet med den verdien diagnostiske begreper har for klinisk praksis. «... vi må betrakte psykologiske begrep som stress, angst og depresjon både som samlebetegnelser på lidelser som kan være nyttige i klinisk behandling, og som meningsbærende myter som mennesker anvender for å forstå sitt liv» (s. 162). Madsens bruk av Hackings perspektiv er særlig vellykket i sammenheng med begrepene *flink pike-syndrom* og *prestasjons-samfunnet*. Han gjør det derimot ikke i samme grad overfor Ungdatas kategorier. Boken mangler et fullverdig begrepsapparat for en kritisk analyse av Ungdatas rolle i samtidsblikket på norske ungdommer.

Forfatteren kunne tjent på å kutte noe ned på den innledende sosialfilosofiske utgreiingen. Her er det mange teoretikere som introduseres, men ikke anvendes. Gitt at Madsen drar så store veksler på Ian Hacking og også støtter seg til Nikolas Rose, to svært Foucault-inspirerte filosofer, er det på den andre siden underlig at Michel Foucault selv er viet liten plass blant moderniseringskritikere som preger den første delen av boken.

I OVERKANT BALANSERT

Det er vanskelig å skulle kritisere enn bok for å være i overkant samvittighetsfull og balansert, men det er likevel det jeg har tenkt å gjøre. Gjennom sitt ønske om å vise frem kompleksiteten i de samfunnsforholdene som påvirker *Generasjon prestasjon*, inkluderer Madsen et vidt spekter av perspektiver med ulike tilhø-

ANMELDT AV

Marthe Schille-Rognmo, universitetslektor, Institutt for helse- og omsorgsfag, UiT Norges arktiske universitet



rende begrepsapparat og underliggende premisser. Vi beveger oss raskt fra historiske til samtidige forhold, fra samfunns- til individnivå og fra lineære til rekursive forståelser av sammenhenger. Dette stiller særlige krav til tekstlig brobygging, og det er ikke alltid like lett å henge med i overgangene. I særdeleshet er dette tydelig mellom kapittel 3 og kapittel 4, hvor vi går fra en fremstilling av modernitetens utvikling til kvalitative intervjuer med skandinaviske tenåringer.

De hyppige sceneskiftene og måten ulike perspektiver stadig er i dialog med hverandre på, er prisverdige, men det er en fare for at det blir for mye og for lite på en og samme

tid. Resultatet er at boken har noe uforløst i seg. Jeg sitter igjen og vil rope: «Ja, men fortsett!» Interessante kontroverser vises frem, men drøftes så ikke videre. Som leser slippes jeg for raskt. Jeg ønsker meg mer av Madsens egen stemme. Denne oppfatter jeg som mindre tydelig i *Generasjon prestasjon* enn den var i *Den terapeutiske kultur* (2010) og *Det er innover vi må gå* (2014), men det er kanskje bokens intensjon. Som Madsen selv skriver: «En ambisjon med boken har simpelthen vært å utforske spørsmålet om hvordan unge egentlig har det (...) uten at noen av enkeltkapitlene nødvendigvis innehar nok forklaringskraft alene» (s. 186). ❌

FOR SAMVITTIGHETSFULL *Generasjon prestasjon* er i overkant samvittighetsfull og balansert, mener anmelder Marte Schille-Rognmo, som ønsker seg mer av forfatter Ole Jacob Madsens (bildet) egen stemme. Foto: Fartein Rudjord

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.

FEBRUAR

Hvordan skrive journal

Oslo, 11. februar 2019

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

MARS

Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

Oslo, 7.–8. mars 2019

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

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



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Medlemsmøte for privatpraktiserende psykologer med driftstilskudd og refusjonsrett

Oslo Kongressenter onsdag 9. januar 2019 kl. 17.00–19.30

Psykologforeningen inviterer til medlemsmøte for avtalespesialister og privatpraktiserende med refusjonsrett på Oslo Kongressenter 9. januar 2019. Møtet er hovedsakelig tenkt for privatpraktiserende i Helse Sør Øst. I løpet av våren vil vi gjennomføre tilsvarende medlemsmøter i de andre helseregionene. Agenda for møtet er blant annet informasjon om pågående planer og endringer i avtalespesialistordningen, endringer i takstsystemet og andre aktuelle saker.

Enkel servering med kaffe/te og frukt.

Ingen påmelding.



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

Kurs
28. januar
2019



PEGASUS

Et psykoedukativt kursopplegg for voksne med ADHD og deres nærmeste

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

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

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

>> Gruppelederkurs for PEGASUS - 28. januar 2019, Oslo

Kursleder: Psykolog Natalie Månskär Modh og Psykiatrisk sykepleier Merete Møller

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

Påmeldingsfrist 19. desember 2018

NASJONALT DIABETESFORUM 2019

Teknologi og omsorg

- det beste innen forskning, behandling og egenbehandling

Er du nysgjerrig på samspillet mellom **diabetes og psykologi**? Lær mer om hvordan **diabetes** påvirker **den psykiske helsen** på Norges største diabeteskonferanse for **helsepersonell**.

EGET FAGSEMINAR FOR PSYKOLOGER

Diabetes og psykiske lidelser: hvordan jobbe som psykolog med psykiske lidelser hos personer med diabetes.

Norsk psykologforening har godkjent kurset med 18 poeng som vedlikeholdsaktivitet.

diabetesforbundet

 Helsedirektoratet

The Qube,
Clarion Hotel, Gardermoen
Forskningsforum 2.-3. april
Fagforum 3.-4. april

Meld deg på i dag!
diabetes.no/
diabetesforum2019

Paralleller

Normalpsykologiske utfordringer ved diabetes.
Jon Haug og Nina Handelsby

Rus og diabetes - Søvn og diabetes
Eirin Vinje og Ane I. Wilhelmsen

Plenum

Forståelsen av overvekt og diabetes type 2, og praktiske grep man kan ta i pasientbehandlingen.
Spennende tverrfaglig innlegg og debatt med Kåre I. Birkeland, Anne-Marie Aas og Jon Haug.

tangled
up in blue Gettin' through

10. nasjonale konferanse om selvmordsforskning og -forebygging

Tid/sted: 1.-3. april 2019 i Stavanger

For mer informasjon:

www.nasjonal-selvmordsforebyggingskonferanse.no

NSSF  Nasjonalt senter for selvmordsforebygging og -forebygging

 UiO : Universitetet i Oslo

VELGÅ
LEVE.NO

HELSE  VEST

 Stiftelsen
Psykiatrisk Opplysning



Jack A. Naglieri, J.P. DAS & Sam Goldstein:

CAS 2 Cognitive Assessment System

er andre utgave av CAS-testen - et verktøy for kartlegging av kognitive evner basert på den bredt forskningsbaserte kognitive/ nevro-psykologiske PASS-teorien (planning-attention-simultaneous-successive).

PASS-teorien definerer evner som kognitive prosesser, og for hver av de fire indeksene er det lagt vekt på at deltestene skal kartlegge prosessen det gjelder, og ikke hva personen har lært.

CAS2 er laget for å måle kognitive prosesseringssevner som er viktige for et bredt spekter av differensialdiagnoser og for å kunne gi råd om tiltak for aldersgruppen 5.0 til 18.11.

CAS2 tilbyr praksisfeltet et valid og reliabelt verktøy for å vurdere barn og unges styrke og vanske på viktig områder av kognitiv prosessering.

CAS2 er en evnetest der deltestene er utviklet for å gi informasjon om PASS-prosessene. PASS-indeksene har god rating, og gir ved siden av full skala viktig informasjon på indeksnivå.

Finn mer informasjon på www.pedverket.no. På www.jacknaglieri.com, finner du presentasjoner og publiserte artikler med omfattende referanser.

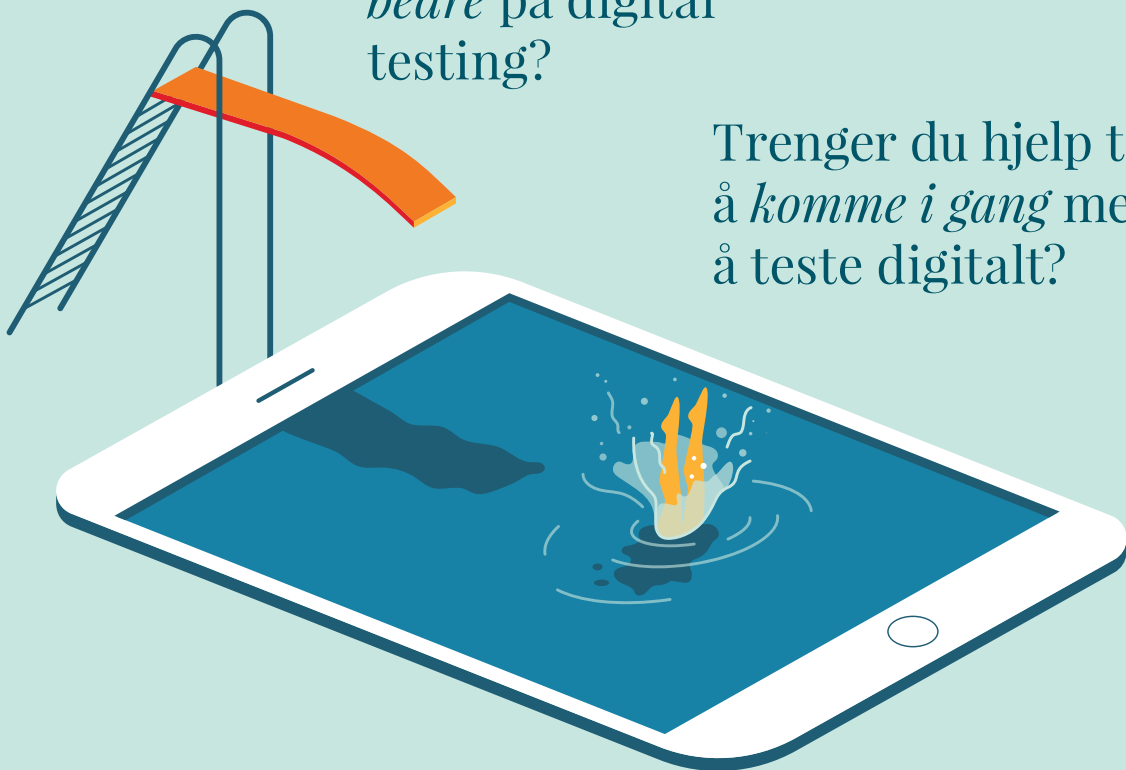
Pedverket Kompetanse, Uttrågata 12, 5700 VOSS
tlf. 56521820 / 91184610 post@pedverket.no



Er du *nysgjerrig* på
å teste digitalt?

Vil du bli enda
bedre på digital
testing?

Trenger du hjelp til
å *komme i gang* med
å teste digitalt?



Kontakt oss for å få hjelp av våre psykologer.
digital@pearson.com | Les mer på pearsonassessment.no/helloq



Q-interactive®

Kognitiv terapi er en dokumentert nyttig metode for behandling og veiledet selvhjelp, som anbefales av helsemyndighetene for en rekke psykiske lidelser.



Kunnskapen jeg har tilegnet meg gir meg et tydeligere kart å navigere etter i behandling, og jeg føler jeg har utviklet meg til en bedre terapeut.

• MARIANNE BERGESKÅR - Psykologspesialist, Enhet spiseforstyrrelser, Helse Stavanger HF

Kognitiv terapi for leger og psykologer

Norsk Forening for Kognitiv Terapi tilbyr 2-årig videreutdanning som godkjennes av Norsk Psykologforening som obligatorisk kurs i spesialiteten psykoterapi.

OPPSTART:

- Stavanger 10. desember 2018
- Bergen 9. januar 2019
- Trondheim og Arendal 2019

MER INFORMASJON OG PÅMELDING:

kognitiv.no



NORSK FORENING FOR
KOGNITIV TERAPI

HAVANNA-SEMINARET «Det Psykoterapeutiske Møtet»

4.–8. februar 2019

Foredragsholdere :

Psykiater Alexis Arturo Alonso Rodriguez, Cuba

Psykiater Ana Sarracent Sarracent,
Dr. Med., Cuba

Psykiater Carlos Enrique Rubalcaba Fernández,
Cuba, og Psykiater Reina Rodriguez Mesa,
Dr. Med., Cuba

Psykolog Doris Brothers, PhD, psykoanalytiker, USA

Psykolog Jon Sletvold, spes. klinisk psykologi,
karakteranalytiker, Norge

Psykolog Tor Sletten, spes. klinisk psykologi,
bodydynamic analytiker, Norge

Påmelding: Kr 5 000,- til **Almagroforeningen,**
5006 Bergen, konto: 5082 06 97348.

Send også melding om påmelding til e-post
almagroforeningen@gmail.com. Kontakt oss på
samme e-postadresse for mer informasjon.

NeuroAffektiv Relasjons-Modell

NARM Introduksjonskurs 5.–6. april 2019

v. Psykologspesialist Tove Mejdahl

NARM er en særdeles effektiv og nytenkende behandlingsmetode utviklet av Dr. Laurence Heller («Udviklingstraumer», Reitzel 2014).

NARM kombinerer traume- og personlighetsteori med en kontaktfull ressursorientert innfallsvinkel, hvor kropp, følelser og tanker knyttes sammen i en her og nå prosess.

Således understøttes vår kapasitet til å føle oss forbundet med oss selv og andre.

Norsk Psykologforening har godkjent NARM som vedlikeholdsaktivitet.

Utdannelsen over 2 år teller som 72 timer. Introduksjonskurset teller som 14 timer.

Se mer og påmelding på www.NARM.no

Det bør benyttes standardisert verktøy for måling av symptom og/eller funksjon tidlig i utredningen og ved avslutningen av pakkeforløpet.

Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, voksne.



Unikt verktøy for diagnosearbeid

Protokoll SCID-5-KV er et unikt og standardisert utviklet klinisk intervju som dekker de oftest forekommende diagnosene i psykisk helsevern for voksne:

- stemningslidelser
- psykotiske lidelser
- schizofreni
- rusmisbrukslidelser
- angstlidelser
- posttraumatisk stresslidelse
- oppmerksomhetssvikt/hyperaktivitet

**Første
autoriserte
versjon utgitt
i Norge**

Protokoll SCID-5-KV inkluderer også screeningspørsmål for 17 diagnoser. Protokollen er utgitt i kombinasjon med brukerveiledningen Manual, SCID-5-KV.

Bestilling: www.scid.no

Halstead-Reitans testmetode

Festspillkurs 120-19, Bergen 23.–24. mai 2019

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

Målsetting

Etter kurset behersker deltakere å administrere, skåre og tolke Halstead-Reitans testbatteri for et bredt spekter av nevropsykologiske problemstillinger for alle aldersgrupper. De kjenner og forstår metodens grunnleggende rasjonale, dens styrke og dens begrensninger.

Innhold

- HRB historikk: idé, utvikling og bruk. Hvorfor ble akkurat denne metoden så utbredt? Hva er dagens situasjon og tanker om fremtiden?
- Administrasjon barn og voksne – spesielle hensyn og unntak
- Skåring GNDS: Trites, Wisconsin og Heaton-normer
- Resultater og tolkning – ulike systemer presenteres
- Kliniske syndromer og eksempler – barn og voksne
- Kurset er hovedsaklig en workshop som har som siktemål å bygge opp og støtte opp under kliniske ferdigheter
- Deltakere kan ta med egen saker for drøfting

Kursledere:

Rune Raudeberg og Jarle Fehn.

Kurset starter 23. mai kl. 0900 og avsluttes 24. mai kl. 1700.

Kurset er godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

MEMLEMSPRIS: KR 7 000
PÅMELDINGSFRIST: 10. APRIL 2019



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN
PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30
FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs%20og%20utdanning)

E-terapi og digitale helseløsninger

Festspillkurs 106-19, Bergen 23.–24. mai 2019

Målgruppe

Psykologer, både i klinikk og administrasjon

Målsetting

Å gi en oppdatert og forskningsbasert oversikt over de vanligste og mulige digitale helseløsninger til bruk i psykoterapi og veiledet selvhjelp.

Innhold

- Oversikt over digitale helseløsninger; både selvhjelp og veiledet selvhjelp, e-terapi
- Demonstrasjon av simulert psykoterapi til bruk i opplæring av psykologer
- Demonstrasjon av e-terapi i praksis
- Innføring i relevante lover og retningslinjer
- Vanlige problemstillinger
- Etikk og brukerperspektivet
- Gruppeøvelser

Om kurslederne

Svein Øverland er barnepsykolog og sjef for Nasjonale rettspsykiatriske funksjoner, avd. Brøset, St. Olavs hospital. Han er styremedlem i Digpsyk og utvalgsmedlem i EFPAs task force for online therapy. Patrick Vogel er professor Emeritus ved Psykologisk institutt, NTNU.

Kurset starter 23. mai kl. 0900 og avsluttes 24. mai kl. 1700.

Kurset er godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

MEDLEMSPRIS: KR 7 000

PÅMELDINGSFRIST: 10. APRIL 2019



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

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

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs_og_utdanning

Innføringskurs i parterapi: En emosjonsfokusert tilnærming

Festspillkurs 122-19, Bergen 23.–24. mai 2019

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

Målsetting

Gjennom kurset vil deltakerne tilegnet seg et grunnleggende teoretisk og forskningsmessig fundament, og kliniske ferdigheter, som vil sette dem i stand til å utøve parterapi.

Innhold

På kurset vil vi belyse de mest sentrale utfordringene ved det å leve sammen i parforhold; typiske måter samlivsproblemer og –konflikter utspiller seg; hvordan vi som parterapeuter kan forstå problemene og konfliktene, og ikke minst; hvordan vi kan bidra til å redusere og eliminere dem ved hjelp av parterapeutiske intervensjoner.

Videre vil vi se på likheter og forskjeller mellom individualterapi og parterapi; spesielle utfordringer knyttet til parterapeutisk virksomhet; og forskning på parterapi – herunder effektstudier.

Dernest vil vi gå gjennom det teoretiske rasjonale for emosjonsfokusert parterapi, samt de grunnleggende kjennetegnende ved denne terapiformen.

Undervisningen vil veksle mellom plenumsforelesninger, dramatiseringer ved bruk av skuespillere, videodemonstrasjoner, og gruppesamtaler.

Kursleder

Frode Thuen

Kurset starter 23. mai kl. 0900 og avsluttes 24. mai kl. 1700.

Kurset er godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

MEDLEMSPRIS: KR 7 000

PÅMELDINGSFRIST: 10. APRIL 2019



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

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

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

Developing Compassionate Resilience to Help Recovery from Complex PTSD:

A workshop to explore therapeutic ways to work with the effects of interpersonal trauma and shame

Festspillkurs 104-19, Bergen 23.–24. mai 2019

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

Content

This workshop will present a treatment programme to work with Complex PTSD using a compassion focused approach to enhance evidence-based practice.

Learning objectives

The participant should after the workshop have knowledge about

- How to develop compassionate resilience using CFT theory and practice
- How to develop a compassionate trauma time line and expand with compassionate narrative
- Ways to work directly with shame-based trauma memories using the compassionate soothing system
- Ways to develop compassionate values to help flourishing

About Dr. Deborah Lee

Dr. Deborah Lee, Consultant Clinical Psychologist, Berkshire Traumatic Stress Service & South Central Complex Treatment Service for Veterans. Honorary Senior Lecturer, Department of Clinical Psychology, University College London.

Kurset starter 23. mai kl. 0900 og avsluttes 24. mai kl. 1700.

Kurset er godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

MEDLEMSPRIS: KR 7 000

PÅMELDINGSFRIST: 10. APRIL 2019



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

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

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs_og_utdanning

Destruktiv ledelse og mulige mottiltak

Festspillkurs 105-19, Bergen 23.–24. mai 2019

Målgruppe

Psykologer, leger eller akademikere med mastergrad i psykologi

Målsetting

- Å gi en innføring i fenomenet destruktiv lederatferd (DL): konsept, konsekvenser og årsaker
- Å identifisere mulige mottiltak mot DL på individ- og organisasjonsnivå
- Å gi en faglig basis for å kunne designe intervensjoner mot DL, personlig, som leder eller som organisasjonspsykolog eller organisasjonskonsulent

Innhold

- Destruktiv lederatferd; konsept, konsekvenser og årsaker
- Barrieremodell for uønskede hendelser
- Kasus, egne og fra kursledelse applisert på individs respektive organisasjonsnivå
- Individuelle intervensjoner: (a) bevisstgjøring, (b) simulering, kombinert med profesjonell tilbakemelding

Om kursleder

Leo Kant er psykolog - praktiker og forsker. Han er EuroPsy sertifisert spesialist i arbeids- og organisasjonspsykologi, med over ti års fartstid innenfor beredskap- og kriseledelse. Forskingen som stipendiat ved Universitetet i Bergen er fokusert på destruktiv ledelse, dets årsaker og konsekvenser. Leo er en anerkjent taler og prisvinnende forskningsformidler.

Kurset starter 23. mai kl. 0900 og avsluttes 24. mai kl. 1700.

Kurset er godkjent som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

MEDLEMSPRIS: KR 7 000

PÅMELDINGSFRIST: 10. APRIL 2019



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGS-AVDELINGEN

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

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning



Valgfritt program i

Allmennpsykologi – psykologisk behandlingsarbeid i kommunal kontekst

Det valgfrie programmet i allmennpsykologi gir økt rolleforståelse for psykologen som behandler, samarbeidspartner og som endringsagent i kommunal kontekst. Dagens kommunestruktur inviterer til større fleksibilitet mellom tjenestefelt, samhandling på tvers av tjenester og sektorer og med et tydelig fokus på tidlig intervensjon og tilgjengelige lavterskeltilbud.

Målgruppe

Psykologer som arbeider i kommunen og i førstelinjetjenester. Utdanningen er også aktuell for psykologer som driver privatpraksis eller som ønsker å øke sin allmennpsykologiske kompetanse som kompetansehevende tiltak utenom spesialistutdanningen. Psykologspesialister kan søke opptak på kursene som vedlikeholdsaktivitet. Da stilles ikke krav til praksis og veiledning.

Forventet læringsutbytte

Psykologen skal etter programmet ha kompetanse mht.

- Forebygging og behandling av psykiske lidelser og rus
- Beherske metoder for å spre kunnskap og øke kompetanse – konsultasjon, veiledning, undervisning og formidling
- Håndtering av kriser og traumer i et kontekstuellt perspektiv
- Ressursorienterte intervensjoner

Kursleder

Heidi Wittrup Djup er spesialist i samfunns- og allmennpsykologi og daglig leder ved Klinik for krisepsykologi i Bergen. Hun har arbeidserfaring innen barnesakkyndig arbeid, traumepsykologi, kriseberedskap og flyktningfeltet. Er psykologforeningens representant i Standing Committee on Crisis, Disaster and Trauma Psychology, European Federation of Psychologists' Associations (EFPA), og medlem av Norsk psykologforenings menneskerettighetsutvalg (MRU).

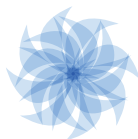
Sted og dato: Oslo, 24.-25. januar 2019 (1. samling)

Påmeldingsfrist: 20. desember 2018

Medlemspris: kr 7 000 per samling

Kursnr.: 131-19

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



Hvordan skrive journal?

Journalkurs for psykologer i psykisk helsearbeid

Tilsynsrapporter viser at psykologer kan bli bedre når det gjelder journalføring, derfor arrangerer Norsk psykologforening et dagskurs i journalføring. Kurset er for alle psykologer i spesialist-helsetjenesten, kommunal helsetjeneste og privatpraktiserende psykologer. Målet med kurset er hvordan formulere, begrense og sikre forsvarlig journalføring innen psykisk helsearbeid etter gode faglige og juridiske prinsipper.

På kurset:

- Generell innføring i lovverk og myndighetskrav
- Hva sier tilsynsrapportene om journalføringen?
- Hva slags mangler og feil utpeker seg?
- Workshops i journalføring for arbeidsfeltene psykisk helse for voksne og for barn og unge, som skal gi gode sjekklister og gode formuleringer tilpasset de ulike arbeidsfeltene

Kurssets utbytte skal være at man vet hvordan man formulerer, begrenser og sikrer faglig forsvarlig journalføring.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 8 timer.

Foredragsholdere:

Christian Zimmermann, advokat i Norsk psykologforening

Ingvild Aubert, advokatfullmektig/spesialrådgiver i Norsk psykologforening, tidligere Fylkesmannen i Oslo og Akershus

Brit Helen Bjørheim Lye, spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi, enhetsleder AHUS, BUP Øvre Romerike

Kirsti Sunde Hansen, psykologspesialist i klinisk voksenpsykologi, Favne Psykologbistand

Aina Fraas-Johansen, psykologspesialist i klinisk voksenpsykologi og spesialrådgiver i Norsk psykologforening

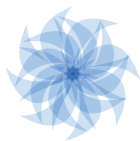
Sted og dato: Oslo, 11. februar 2019

Påmeldingsfrist: 7. januar 2019

Medlemspris: kr 3500

Kursnr: 118-19

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



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen

Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

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



Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

Innhold

- metodeproblemer i selvmordsforskningen
- selvmord - et lavfrekvent og et multikausalt betinget fenomen
- viktige funn i suicidologisk forskning, som effekter av begrensning i adgang til selvmordsmetoder og spredningseffekter som følge av mediaomtale
- kunnskap om hvordan det går med personer som har utført et alvorlig selvmordsforsøk
- kunnskap om hvorfor det er så vanskelig å predikere selvmord på individnivå, samt den essensielle forskjellen mellom et prospektivt og et retrospektivt perspektiv
- kronisk suicidalitet og selvskading
- profesjonelles reaksjoner på selvmord og depresjon hos pasienter
- egne reaksjoner i møte med suicidalitet, overføring og motoverføring
- etiske dilemma ved selvmordsforebyggende tiltak på individnivå
- det anvendes reelle og anonymiserte eksempler

Det forventes at psykologen vil få økte forutsetninger for å vurdere risiko- og beskyttelsesfaktorer, samt å dokumentere selvmordsrisikovurderinger i journal.

Om kursleder

Psykologspesialist Kim Larsen er tilknyttet Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Øst/Sykehuset Østfold og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

Kurset godkjennes som 16 timers fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet.

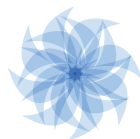
Sted og dato: Oslo, 7.-8. mars 2019

Påmeldingsfrist: 31. januar 2019

Medlemspris: kr 7 000

Kursnr: 101-19

Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning



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



Ledige kontorer sentralt i Oslo

Trivelige og sjarmerende behandlingsrom til leie i Villa SULT, Kruses gate 8 på Frogner. Leie fra kr 8 000,- per måned. Renhold, strøm og bredbånd inkludert. Tilgang til flotte fellesrom og nydelig hage. Vi ønsker deg som har lyst til å bidra til et godt sosialt og faglig miljø i et spennende arbeidsfellesskap.

Kontakt Stiftelsen Institutt for spiseforstyrrelser.
E-post: astrid@villasult.no, telefon: 913 25 750.

Les mer om oss på villasult.no

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

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
01/19	13.12	02.01
02/19	17.01	01.02
03/19	15.02	01.03

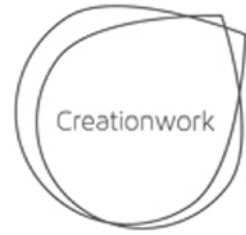
ANNONSEFORMATER

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

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

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 etterutdannelse hvor du utvikler solide ferdigheter som mindfulnessinstruktør.



Instruktørutdannelsen er godkjent av NPF som 72 timers vedlikeholdsaktivitet.

Les mere på:

www.creationwork.org



Ny kontingentsats

Sentralstyret har fastsatt kontingent for 2019 til kr 7 227. Månedlig kontingent øker med kr 15,25.

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

Søknad om nedsatt kontingent sendes til medlemsservice@psykologforeningen.no eller per post til:



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30

Ledig stilling for psykolog

Tannhelse Rogaland har ledig 20 % stilling som psykolog, knyttet til prosjektet «Tilrettelagt tannhelsetilbud for torturofre, overgrepsofre og personer med odontofobi». Tiltredelse etter avtale.

Les mer og søk via
www.tannhelserogaland.no



TANNHELSE
ROGALAND



STATENS BARNEHUS
Et tverrfaglig kompetansehus

Oslo

STATENS BARNEHUS OSLO

Ledige stillinger som:

Psykologspesialist/psykolog – 1 fast stilling og 1 vikariat

SKO 1304 psykologspesialist kr 740.000–830.000

SKO 0794 psykolog kr 610.000–650.000

Vi søker etter dyktige og engasjerte psykologspesialister. Psykologer som er i ferd med å fullføre sin spesialisering kan også komme i betraktning til vikariatet.

Barnehuset er et tverrfaglig kompetansehus for barn og unge, samt voksne med en utviklingshemming, der det er mistanke om at de er utsatt for seksuelle overgrep, vold eller er vitne til vold. Politiet foretar avhør av disse gruppene ved Statens barnehus Oslo. Det er vår oppgave å medvirke til at barns rettsikkerhet styrkes, samt å påse at Stortingets hovedintensjon om å sette barnet i sentrum blir fulgt.

Psykologspesialisten/psykologen vil bli en av 21 behandlere, hvorav tre er psykologspesialister og 18 er seniorrådgivere med klinisk kompetanse. En sentral arbeidsoppgave er å bidra til at målgruppen får nødvendig oppfølging og behandling. Samtidig er fagutvikling og undervisning viktige oppgaver ved Statens barnehus Oslo. Begge stillinger kan tiltredes snarlig.

Statens barnehus Oslo er en del av Oslo politidistrikt. For fullstendig utlysning, se www.politijobb.no, www.finn.no og www.nav.no

Søknadsfrist: 12.12.2018

Kontakt: Daglig leder: Astrid Johanne Pettersen, tlf. 22 70 56 60 / 959 34 486
Psykologspesialist: Kristine Rysst Heilmann tlf. 22 70 56 65/404 16 846



Helse Midt-Norge RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge. Disse eies av staten ved Helse- og omsorgsdepartementet og skal sørge for at befolkningen får tilgang på spesialiserte helsetjenester med god kvalitet. Helse Midt-Norge RHF har overordnet ansvar for spesialisthelsetjenesten i Trøndelag og Møre og Romsdal. Virksomheten er organisert gjennom 4 helseforetak som eies av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg er Helse Midt-Norge IT (HEMIT), Driftsenteret for logistikk og økonomi og Helseplattformen en del av Helse Midt-Norge RHF. Den samlede virksomheten omfatter ca 22 000 medarbeidere og et årlig budsjett på vel 21,8 milliarder kroner.

Trondheim

100 % avtalehjemmel i klinisk barne- og ungdomspsykologi

Helse Midt-Norge RHF har ledig 100 % avtalehjemmel for spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi. Praksisen skal i sin helhet konsentreres rundt arbeid med barn og unge og skal lokaliseres i Trondheim. Hjemmelen vil kreve et godt samarbeid med helseforetaket, og sammen skal det skapes balanse og stabilitet innen dette fagområdet i denne delen av regionen.

Søknadsfrist: 4. januar 2019

Søknad blir sendt elektronisk via www.helse-midt.no - der du også finner fullstendig utlysningstekst.

frantz.no

HELSE  MIDT-NORGE

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

Orkdal DPS

Ambulant akutt team

Psykologspesialist / psykolog

Det er ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist / psykolog ved AAT.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til seksjonsleder Trond Asmussen, tlf. 72 82 98 47 eller avdelings sjef Anne Cathrine Svenning, tlf. 920 23 078.

Søknadsfrist: 17. desember 2018

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

Vi ønsker ikke kontakt med telefonselgere!

frantz.no

 ST. OLAVS HOSPITAL

stamina 

Stamina Ringerike Rehabilitering sin visjon er å være faglig spydspiss innen området sykkelig overvekt og ortopedisk rehabilitering. Klinikken har et tungt og kompetent fagmiljø, solide eiere og vekstambisjoner innen helse- og rehabiliteringsfeltet.



PSYKOLOG GRUPPELEDER OVERVEKTSTEAM

Du vil ha ansvar for behandlingstilbudet innen sykkelig overvekt, og lede et tverrfaglig og kompetent team på ni årsverk. Stillingen innebærer også klinisk arbeid, samt ansvar for faglig videreutvikling av behandlingskonseptet. Som gruppeleder vil du også inngå i avdelingens ledergruppe.

For mer informasjon se experis.no.

Ved spørsmål kontakt Experis Executive v/Gisle Roll Ludvigsen, tlf 934 68 168.

Søknadsfrist snarest!


Experis
Executive
ManpowerGroup

Avdeling for rusmedisin (AFR), Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har ledig

Fast stilling som psykologspesialist og vikariat for psykolog

Avdeling for rusmedisin, LAR, har ansvaret for behandlinga til pasientane i LAR i Bergensområdet. Vi har totalt om lag 100 tilsette fordelt på 7 poliklinikkar i ulike bydelar i Bergen, samt eit eige team for pasientar i omegnskommunane. Eininga er tverrfagleg samansett med sjukepleiarar, vernepleiarar, sosionomar, merkantile, legar og psykologar. Det er ein psykologspesialist i seksjonen, samt seks psykologar.

Etter nokre års oppbygging av eininga er vi i gang med ein større satsing på psykologisk behandling for pasientane. Vi vil utvikle eit integrert behandlingstilbod med betydeleg fokus på psykososiale perspektiv.

I løpet av dei neste to åra vil seksjonen etablere individ-, gruppe- og dagbehandlingstilbod. Som psykolog vil du bli sentral i denne utviklinga. Det er forventa at psykologar skal drive med behandling, men ein skal i tillegg støtte medarbeidarar gjennom rettleiing, undervising og samarbeid i team. Vi ser etter ein psykologspesialist som kan hjelpe oss med å utvikle ein felles forståing og ein integrert modell for rusbehandling til pasientgruppa i LAR.

Vi lyser no ut ein fast stilling som psykologspesialist til LAR team Årstad. Dette teamet har også ansvaret for vår lavterskel-LAR, der opioidavhengige kan henvende seg direkte for vurdering av sitt behandlingsbehov for LAR, utan å trenge tilvising. Arbeidsstaden vil vere dels i LAR Årstad sine polikliniske lokale i Møllendalsveien 31, og dels i våre polikliniske lokale i Østre Murallmenning 7 i Bergen sentrum.

Vikariatet gjeld for perioden 15.02.2019 - 15.08.2019. Ein vil i dette vikariatet vere tilknytta LAR team Bergenhus, med arbeidsstad i Bergen sentrum.

Interessert? Ta kontakt med Seksjonsoverlege Christian Ohl dieck, telefon 47318419

Ref.nr. 3978968443 - Søknadsfrist: 10.12.2018

 HELSE BERGEN
Haukeland universitetssjukehus

Les meir og søk stilling:
www.helse-bergen.no/jobb





Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten, region øst

Barne-, ungdoms og familieetaten har egne enheter som driver med multisystemisk terapi (MST), som er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Terapeutene jobber i hjem, nærmiljø og skole med foreldre og ungdom, der ungdommen står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet. MST er en evidensbasert metode utviklet i USA, og implementeringen i Norge ledes av NUBU, Universitetet i Oslo. I region øst drives det totalt seks MST-team. Et team består av tre-fire terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av teamet. Behandlingen er tilgjengelig 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for MST-terapeuter, og er godt økonomisk kompensert. Stillingen innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig veiledning og regelmessige fagseminarer.

MST Terapeut 100% stilling - ett års svangerskapsvikariat

Terapeut til 100% stilling i MST (Multisystemisk Terapi), Gjøvik i Bufetat region øst

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no

Vestre Viken er et av landets største helseforetak med ca. 9 400 medarbeidere og har ansvar for spesialisthelsetjenester til omlag 500 000 innbyggere i 26 kommuner.

PSYKOLOGSPESIALIST

Bærum BUP

Referansnr. 3977292254 Søknadsfrist: 17.12.2018

Vi har ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist. Stillingen er knyttet til et av generalistteamene ved Bærum BUP.

Bærum BUP er en av 5 poliklinikker i avdelingen. Vi har ca. 45 fagstillinger fordelt på 4 team; 2 generalistteam, et sped- og småbarnsteam og et nevroteam. Bærum BUP er også tillagt områdefunksjon for behandling av OCD fra 2014 og har etablert eget OCD-team. Det er også etablert en gruppe som arbeider med barn og unge med spiseforstyrrelser.

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

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



frantz.no

Helse Sør-Øst RHF søker:



100 % avtalehjemler i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Bjerke, Grorud, Stovner eller Søndre Nordstrand

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

Praksisene skal lokaliseres til bydelene Bjerke, Grorud, Stovner eller Søndre Nordstrand i Oslo.

Nærmere opplysninger:

Spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge eller rådgiver Tina Cecilie Sanders, telefon 02411

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

Søknadsfrist: 24. desember 2018



frantz.no

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

Tor Levin Hofgaard

tor@psykologforeningen.no
23 10 31 30

Visepresidenter

Rune Frøyland

rfroey@online.no
450 30 522

Heidi Tessand

heidi.tessand@
psykologforeningen.no
916 67 804

Medlemmer

Aina Holmén

aih@sivilombudsmannen.no
986 64 501

Kjetil Kaasin

kjetil.kaasin@sthf.no
35 00 57 00

Britt Randi Hjartnes

Schjødt
bibihj@gmail.com
922 99 371

Ragnhild Klingenberg Røed

ragnhildkstkoke@gmail.com
414 21 366

Ingvild Gregersen

ingvildg@gmail.com
957 27 801

Arnhild Lauveng

post@arnhildlauveng.com
913 17 162

Else-Marie Molund

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

Studentrepresentanter

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

SPECIALITETSRADET

Heidi Tessand, leder,

e-post heidi.tessand@
psykologforeningen.no
tlf. 916 67 804

KVALITETSUTVALGET

Heidi Tessand, leder,
e-post heidi.tessand@psykologforeningen.no
tlf. 916 67 804

FAGUTVALGENE

Felleselementene
Per-Einar Binder, leder,
e-post per.binder@psykp.uib.no, tlf. 995 00 313

Barne- og ungdomspsykologi

Lars Ravn Øhlckers, leder,
e-post larsravnohlckers@gmail.com, tlf. 908 81 250

Familiepsykologi

Trine Eikrem, leder, e-post trine.eikrem@bufetat.no, tlf. 466 16 566

Psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblemer

Eva Karin Løvaas, leder, e-post eva.karin.loevaas@bergenclinics.no, tlf. 55 90 88 00

Eldrepsykologi

Lise Næss, leder, e-post lisenæs@online.no, tlf. 55 90 06 63

Psykoterapi

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

Voksenpsykologi

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

Nevropsykologi

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

Psykologisk habilitering

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

Arbeidspsykologi

Anette Høy Dye, leder, e-post anette.hoy.dye@moment.consulting, tlf. 928 24 338

Samfunn- og allmennpsykologi

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

Organisasjonspsykologi

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

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder, e-post borrik.schjodt@helsebergen.no, tlf. 990 27 309

GODKJENNINGS-UTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

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

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIGHETSUTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Jørgen Edvin Westgren, leder, e-post joergenwestgren@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, Privatpraksis
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
Guðrun 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, Univer-
sitetetsforskning 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, Familie-
vernkontoret 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
kunnskapscenter 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-naturviten-
skapelige universitet
Borrik Schjødt, Haukeland
universitetssykehus
Jan Skjerve, Universitetet i
Bergen
Ingunn Skre, Universitetet
i Tromsø
Arvid Skutle, Stiftelsen
Bergensklinikkene
Lars Smith, Nasjonalt
kompetansenettverk for
sped- og småbarns psykiske
helse
Håkan Sundberg,
Universitetet i Bergen
Frode Svartdal,
Universitetet i Tromsø
Nora Sveaass, Psykologisk
institutt, Universitetet i Oslo
Stephen von Tetzchner,
Universitetet i Oslo
Odd Arne Tjersland,
Universitetet i Oslo
Bente Træen, Universitetet
i Oslo
Merete Øie, Sykehuset
Innlandet HF
Simon Øverland,
Universitetet i Bergen

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

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

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

Frist for innlevering av annonser:
13.12, 17.01, 15.02, 18.03, 11.04, 16.05,
17.06, 18.07, 19.08, 17.09, 17.10, 18.11

Hva har du skrevet om meg?

Dette heftet inneholder enkel og lettfattelig informasjon om journaler og epikrise til både helsearbeidere, pasienter og pårørende. Det er med flere eksempler fra hverdagsituasjoner, og det er også informasjon om hvilke klagemuligheter man har.

Helsepersonell er pålagt å føre journal på alle pasienter de er i kontakt med, og å sende epikriser etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Journaler og epikriser er nødvendige for å gi pasienten god helsehjelp i fremtiden – helsepersonell trenger ofte å vite om tidligere sykdom for å gi forsvarlig behandling. Journaler er også nødvendige for pasientens rettsikkerhet – hvis det ikke finnes noen opplysninger om behandlingen, blir det umulig å sjekke om behandlingen var forsvarlig, og det blir også vanskelig å nå frem med en klage.



Besøk www.erfaringskompetanse.no og kjøp heftet i vår nettbutikk. Pris: 75,-.



erfaringskompetanse.no

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

PRIORITY

