

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol. 56 nr. 01 2019

Selvord i psykisk helsevern:

- Når har vi sikret nok?
Reportasje

FORELDRES SELVMORDS-FORSØK

- Barn som pårørende
Fra praksis

Allen Frances:

- Diagnoser må skrives med blyant
Intervju

ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-01



RETURUKE 07 185 NOK



PSY KOL OGI

Vol. 56 **nr. 1** 2019

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

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

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

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

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

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

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

Markedskonsulent Winnie Engevoid

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Marianne Hansen, Nasjonalt
kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Catharina E. A. Wang, Universitetet i Tromsø

Omslagsillustrasjon Åshild Irgens

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

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

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Tjenesterang

LIKE FØR JUL leverte Blankholm-utvalget NOU 2018:16 «Det viktigste først». Her beskrives for første gang prinsipper for prioriteringer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (tannhelsetjenesten inkludert), nettopp arenaer der mye av det fremtidige helsetjenestetilbudet skal leveres, og der psykologer vil inngå. Men noen stor rolle spiller verken psykisk helse og rus – eller psykologer – i denne NOU-en. For selv om depresjon og angst er blant de fem ledende årsakene til helsetap i Norge, og psykiske lidelser er den vanligste årsaken til uføretrygd, er psykisk helse og rus knapt nevnt.

Utredningen viderefører spesialisthelsetjenestens prioriteringskriterier. Samtidig legger den til grunn at kommunene er steder der mennesker først og fremst lever og bor. Det betyr at kommunen må stå fritt til å prioritere tiltak i helt andre sektorer enn helse- og omsorgstjenesten – enkelt sagt, tenke bredere enn diagnoser og behandling. Derfor inkluderer Blankholm-utvalget fysisk, psykisk og sosial *mestring* i de kommunale prioriteringskriteriene, og betoner at alvorlighetskriteriet ikke er det samme som blålysmedisin, slik at forebygging og tidlig intervensjon kan vektlegges.

Psykologisk kunnskap og metoder vil være viktige grep for å løse slike oppgaver. Men det er ikke gitt at politikere, enten de sitter i kommunen eller på Stortinget, ser hvorfor slike oppgaver skal prioriteres, eller hvordan psykologien kan løse dem. Faren er at vi ender med lokale varianter av debatten om den gylne regel, som paradoksalt nok i dag handler mest om den manglende prioriteringen av psykisk helse og rus i spesialisthelsetjenesten.

Prioritering betyr samtidig å velge vekk. Men når psykologer i stedet raust inkluderer alle lidelser under parolen «Alle skal med», blir prioriteringer en umulig øvelse for standen, uttalte Ole Jacob Madsen til Psykologtidsskriftet i desember. Slik overlates denne vanskelige øvelsen til andre. Men ressurser er nødvendigvis begrenset, og en satsning på psykisk helsetiltak i en kommune betyr at andre kommunale tiltak ikke gjennomføres.

Prioriteringskriteriene skal nettopp hjelpe både politikere og klinikere til en rettferdig ressursallokering, enten det gjelder behandlerens tidsbruk i møtet med den enkelte pasient, eller det gjelder valget mellom trygg skolevei og lavterskeltilbud i kommunebudsjettet. Da er det all mulig grunn til å gi tid og innspill til Blankholm-utvalgets utredning. Den vil nemlig fort forme helse- og omsorgstjenestene du som psykolog skal jobbe i, og bestemme hvilke tjenester du som borger mottar. ✖



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Ressurser er nødvendigvis begrenset, og en satsning på psykisk helsetiltak i en kommune betyr at andre kommunale tiltak ikke gjennomføres

6/36/48



FOTO: FARTEIN RUDJORD

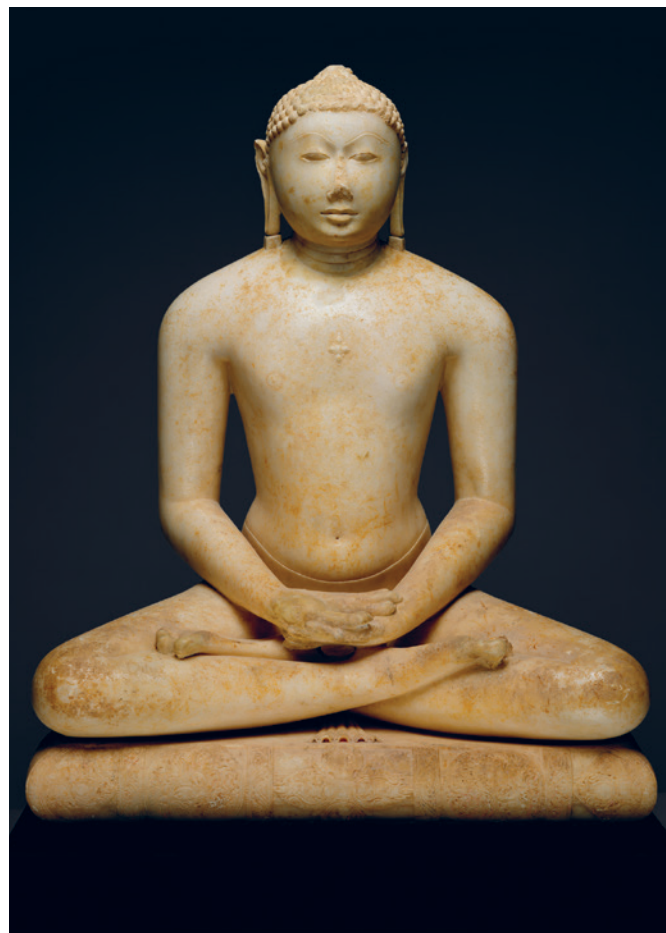
SELMORDSDILEMMAENE

Psykologtidsskriftet har besøkt en avdeling ved Sykehuset Innlandet der en ung jente tok livet sitt for drøyt et år siden. I ett år har de ansatte jobbet med å innføre nye sikringstiltak etter pålegg fra Helsetilsynet. Her er utsikt fra akuttenheten.

Reportasje

Meninger

28



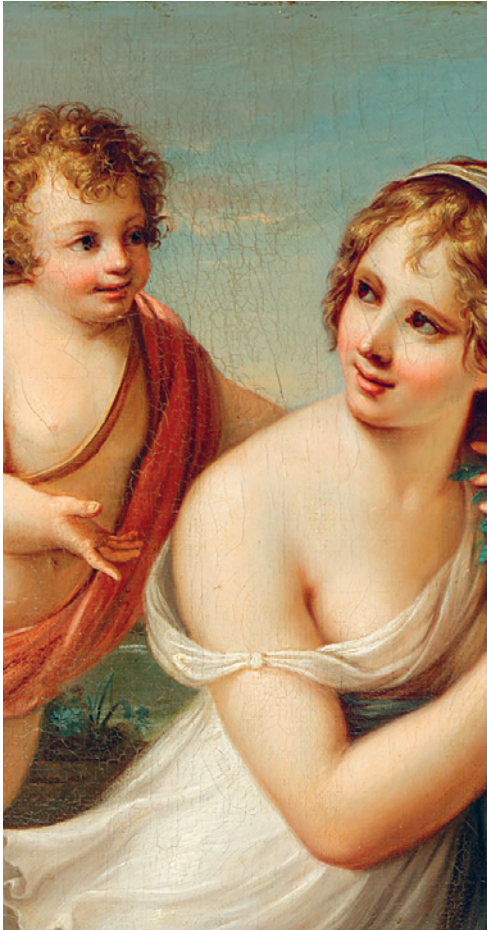
INDISK SKULPTUR FRA 1000TALETT. FOTO: THE MET

MEDITATIV FOREBYGGING

Et mindfulness-program skal hjelpe pasienter med ruslidelser med å unngå tilbakefall. Resultater fra studier av programmet synes lovende, rapporterer Arvid Skjerve og Eva Amundsen i en ny oversiktsartikkel.

Vitenskapelig artikkel

42/44



BILDE: ANGELICA KAUFMANN (1741-1807) / THE METHUINS

I DRIFT

«Gullestad synes å ville ha tilbake libidoteorien. Og det er da jeg spør, finnes det noen ny empiri som tilsier at denne teorien, som ble forkastet av de fleste gjennom den «relasjonelle vending», nå bør vurderes i nytt lys?»

Professor Sigmund Karterud i Meninger.

Les også psykiater Jon Morgan Stokkelands innlegg i debatten om driftsbegrepet i psykoanalysen.

Innhold

- 1 Tjenesterang**
Leder | Bjørnar Olsen

- 4 Velkommen til virkeligheten**
NÅ: Malin Fors | Per Olav Solberg

- 6 Gitar eller glattcelle**
Reportasje | Øystein Helmikstøl

- 16 Angrende diagnostiker**
Intervju | Kjersti Gulliksen

- 20 Barn som pårørende etter selvmordsforsøk**
Fra praksis | Tine K. Grimholt, Ingeborg Lunde & Kristin Frisch Moe

- 28 Mindfulness-basert tilbakefallsforebygging for rusbruklidelser**
Vitenskapelig artikkel | Arvid Skjerve & Eva Amundsen

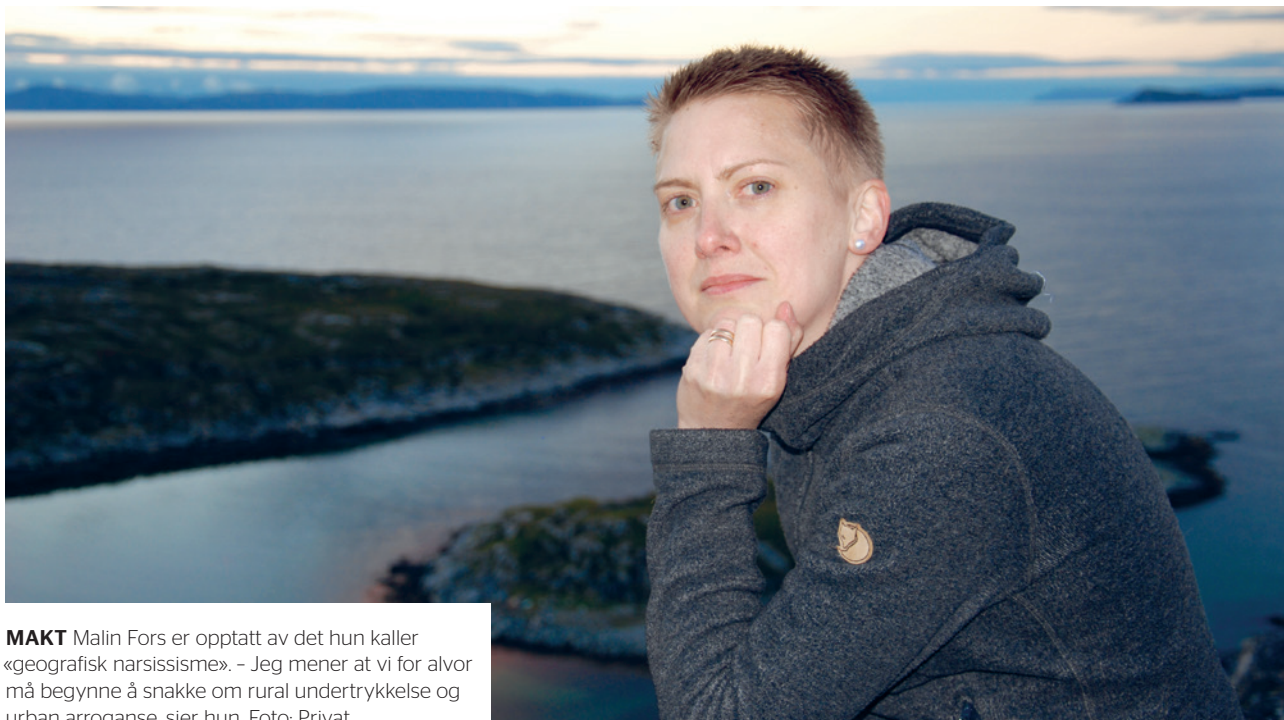
- 35 MENINGER**
Hovedinnlegg: Er det sykdom som dreper? | Einar Plyhn (s. 36)
Debatt: Psykoanalysen (s. 42, s. 44), Psykologisk førstehjelp (s. 47), Selvmord i psykisk helsevern (s. 48)

- 49 INNTRYKK**
Bokanmeldelser: Holder mer enn den lover (s. 50), Alderdommen er ikke for pyser (s. 52), Ærlig og vakkert (s. 54)
Språkfølelse: *Man burde kanskje spurt seg hvorfor enkelte følte at krymping var et godt bilde på det som hendte med psyken i en terapitime* | Hans Andreas Tvedt (s. 56)

- 58 Kurskalenderen**

- 59 Annonser**

- 64 Stillingsannonser**



MAKT Malin Fors er opptatt av det hun kaller «geografisk narsissisme». – Jeg mener at vi for alvor må begynne å snakke om rural undertrykkelse og urban arroganse, sier hun. Foto: Privat

Velkommen til virkeligheten

– Helse til befolkningen i distriktet er ikke like prioritert som helse til folk i store byer. Dette er et maktproblem, mener psykologspesialist ved Finnmarkssykehuset, Malin Fors.

TEKST

Per Olav Solberg

– **I år er det kommunevalg. Politikere er opptatt av at uansett hvor man bor i Norge, skal man få like god behandling. Hva er fakta?**

– Dessverre er det ikke slik. Oslo-folk ville aldri godtatt at en voksenpsykiatrisk poliklinikk kun var åpen én gang i måneden, og at man ellers måtte reise 3,5 timer én vei for å gå i terapi. Men slik er det for de som bor i Honningsvåg. Én gang i måneden ambulerer vi fra Hammerfest til Honningsvåg for å ha utekontor på fastlegekontoret der. Det er selvfølgelig ikke rettferdig.

– **Da er kanskje Skype-terapi en del av løsningen?**

– Ja, vi bruker Skype en del. Skype for business er en sikker plattform, men det er fortsatt noen praktiske problemer knyttet til det, og det passer ikke for alle. Selv bruker jeg det i veiledning. På Grønland – som kun har ett psykiatrisk sykehus, i Nuuk – har antallet tvangsinnleggelses gått radikalt ned etter at de begynte med Skype-

konsultasjon med psykosepasienter som var langt fra Nuuk, og for å motivere dem til å gå med på frivillig innleggelse. Telemedisin har absolutt sin plass, særlig i områder med store avstander. Men det kjøper ikke den urbane verden fri fra ansvar for urettferdighetene.

– **I fjor ga du ut en vitenskapelig artikkel i tidskriftet *Psychoanalytic Psychology* under tittelen «Geographical Narcissism in Psychotherapy». Hva er geografisk narsissisme?**

– Det handler om det urbane navle-syndromet! Vi begynner å bli flinke til å snakke om andre typer rettighetsspørsmål som urfolksrettigheter, problemer med kjønnsdiskriminering, rasisme og homofobi, for å nevne noe. Men hvordan den urbane verden ser ned på og utnytter distriktet, det snakkes det for lite om. Vi er for dårlige til å peke på det som jeg kaller den geografiske narsissismen, den urbane selvhøytideligheten. Jeg synes at den urbane verden ofte ser på seg

selv som verdens navle og midtpunkt: Det er de som kan noe, vet noe og definerer virkeligheten.

– Du kommer selv fra Gøteborg. Hadde du med deg denne typen fordommer da du dro nordover?

– Absolutt. Jeg har møtt min egen geografiske narsissisme. Innenfor psykologi dreier det seg for eksempel om en urban definisjon av hva som er normalitet. Da jeg kom hit, stuset jeg over at mange pasienter ikke hadde flyttet hjemmefra. De bodde i en hybelleilighet i samme hus som foreldrene sine eller i samme hus som sine svigerforeldre. Jeg tolket dette som et tegn på uselvstendighet og umodenhet. Helt til jeg forstod at dette var normalt, det er slik man gjør det her. Man kan være selvstendig og ha en moden personlighetsutvikling likevel. Det gikk opp for meg hvordan jeg tok min urbane livsstil fra Gøteborg for gitt. Det er litt flaut å tenke på nå. Universitetene og de store psykoterapi-instituttene er i store byer, de blir gjerne blinde for egne skjevheter omkring urbane normer. Det rurale er hele tiden et unntak, og dette er altfor lite satt ord på.

– Distriktene sliter med å rekruttere psykologer. Hvordan er situasjonen hos dere?

– Vi sliter mer med stabilisering enn rekruttering: å få folk til å bli her over tid. Men jeg tror vi må slutte å snakke om dette som et problem i distriktet. Jeg tenker at problemet er like mye et nasjonalt og generelt problem: at man har dårlige holdninger og kun tror at distriktet er en plass man kan utnytte naturressursene til eller bruke for turisme. Jeg tenker det er rart at ikke hele Norge synes det er et problem at ikke alle i Norge har samme tilgang på psykologhjelp.

– Pasientene lider under dette?

– Det er klart de lider, selv om mange er takknemlige for så lite. Å skifte behandler når man har oppnådd en god allianse og relasjon, er ikke bra. Det er heller ikke bra å få oppfølging altfor sjelden, som for eksempel gjelder noen av pasientene i Nordkapp og Havøysund. Vi forsøker så godt vi kan å beskytte de pasientene som trenger langtidsoppfølging, men det er ikke alltid vi får det til. En god ting med måten vi organiserer oss på, er at vi blir fleksible og får til mye med få midler. Jeg pleier å si til nyutdannede psykologer at de skal komme til Finnmark. Bedre og brattere læringskurve finnes

Hvorfor NÅ?

- Malin Fors er psykologspesialist og dr.philos.-kandidat, ved Finnmarkssykehuset i Hammerfest. Hun er opprinnelig fra Gøteborg og flyttet til Hammerfest i desember 2007.
- Fors er opptatt av hvordan geografi, tid og rom konstituerer organisering av helsetjenester og tilbud til befolkningen.
- I 2018 ga hun ut boken *A Grammar of Power in Psychotherapy* på forlaget til American Psychological Association. Boken omhandler ulike maktrelasjoner som kommer til uttrykk mellom pasient og behandler i terapirommet.

ikke. Man får ansvar, blir hørt og gjør en stor forskjell. Og man får veldig respekt for begrepet «godt nok». I noen små kommuner gjør for eksempel psykiatriske sykepleiere en enorm jobb med oppfølging av psykosepasienter i førstelinjen. Jeg har fått stor respekt for hva andre faggrupper kan bidra med.

– Universitetet i Tromsø (UiT) har profesjonsutdanning i psykologi. Hvordan få uteksaminerte studenter til å bosette seg og jobbe i Finnmark?

– Jeg mener at folk fra hele landet kan bo i distriktet, ikke bare folk som har studert i Tromsø. Men en idé jeg har tenkt på, er å lære av medisinstudiet på UiT. Jeg er lektor der, og en av kurslederne for faget kulturforståelse for studentene som tar det som kalles Finnmarksmodellen: Det innebærer at 12 medisinstudenter tar sitt femte og sjette studieår i Finnmark. Da har de undervisning ulike steder, både for å få samisk kulturkompetanse og rural kompetanse, i tillegg til å trene mer på akuttmedisin. Dette programmet er svært populært, også fordi studentene får mer tilgang på pasienter. Det har vært svært gode tilbakemeldinger så langt. Jeg tenker at psykologutdanningen kunne gjort noe liknende for å rekruttere nye psykologer til fylket og kanskje også til andre distrikter.

– Du nevner det samiske. Er det noen spesielle utfordringer knyttet til den samiske pasientpopulasjonen og kulturen?

– Ja, men jeg ser det omvendt. Det er ikke det samiske som er utfordringen. Utfordringen er vår historie. Norge har kolonisert samiske områder med konsekvenser som for eksempel minoritets-stress, generasjonstraumer, assimilering og internalisert undertrykkelse. Og vi kan heller ikke tilby helsehjelp på like vilkår for den samiske populasjonen. SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter) gjør en fantastisk jobb, men mer trengs. Hos oss på voksenpsykiatrisk poliklinikk i Hammerfest har vi kun én terapeut som snakker samisk. Det å kunne snakke sitt morsmål i sitt eget land, i en sårbar situasjon – som etter et suicidforsøk – burde jo vært en selvfølge. Vi har en tolk på sykehuset, men mange vil ikke bruke tolk, og da må vi gjøre vårt beste likevel. Det er kanskje da jeg føler meg som mest utilstrekkelig: Når jeg snakker mitt knotete svensk-norsk med en samisk pasient som også har norsk som andrespråk. ✘



REPORTASJE Selvmord i psykisk helsevern

Gitar eller glattcelle

I vår felles samtale om selvmord forsvinner ofte nyansene, mener fagfolk ved Sykehuset Innlandet, der en 14 år gammel jente tok sitt eget liv.

TEKST Øystein Helmikstøl | **FOTO** Brian Cliff Olguin



PASIENTROMMET Psykologspesialist Gine Maren Sollien viser frem gardinene, som ikke skal tåle mye vekt.

Hun har fått klarsignal fra avdelingslederen til å vise journalist og fotograf rundt i avdelingen, og låser opp døren til hobbyrommet. Her står det en gitar på gulvet, ei bunke malerpensler i en kopp og et keyboard på stativ.

– Før kunne enkelte pasienter være på hobbyrommet uten kontinuerlig tilsyn, men nå skal det være ansatte der hele tiden, forklarer Gine Maren Sollien, psykologspesialist ved barne- og ungdomspsykiatrisk seksjon Sanderud, som har låst opp for Psykologtidsskriftet. Psykologspesialist og kollega Eldri Kjørren står også ved den åpne døren.

– Det er heller ikke lov lenger for pasienter å oppholde seg på TV-stua uten personale, sier hun.

Det er et «før» og «etter» på barne- og ungdomspsykiatrisk døgnavdeling, enhet for akutt Sanderud ved Sykehuset Innlandet. En 14 år gammel jente tok sitt eget liv under innleggelse her i fjor. Statens helsetilsyn konkluderte i en rapport høsten 2018 med at Sykehuset Innlandet ikke ga pasienten forsvarlig helsehjelp. I tilsynsrapporten kommer Helsetilsynet med generelle læringspunkter, og det er disse psykologspesialistene ved BUP døgnavdeling på Sanderud er kritiske til. Den konkrete saken ønsker de ikke å si noe om.

– Det er en sak som ikke er avsluttet, noe som betyr at vi hverken kan eller ønsker å uttale oss spesifikt. Vi vil bare si at vi er fortvilt over det som skjedde her.

Divisjonsdirektør for psykisk helsevern i Sykehuset Innlandet Gunn Gotland Bakke sier til NRK at hun beklager den tragiske hendelsen på det sterkeste.

Inne på døgnavdelingen på Sanderud forteller de to psykologspesialistene at samme dag som den 14-årige jenta tok sitt eget liv, fikk de ansatte beskjed om hastetiltak av Helsetilsynet, som de satte i verk umiddelbart. De har nå brukt et år på å implementere nye sikkerhetsrutiner, forteller de.

– Enheten har nå sikret alle farlige gjenstander som er nevnt i Helsetilsynets rapport, for eksempel malerpensler, musikkinstrumenter og en pepperkake som hang i en tråd.

De forteller at de har hatt brødrister til ungdommene stående ved siden av frokostbordet. Den er det forbud mot. De legger av og til inn foreldre i enheten. Sikkerhetsregimet gjelder dem også, og de må levere inn vesker. Sko med lisser må inndras, og jakkene deres blir låst inne. Personalet har gjort om skapene slik at det blir færre opphengspunkter.

Gine Maren Sollien er bekymret for at altfor mye av tiden går med til kontroll og dokumentasjon.

– Vi bruker mye tid på å gjennomføre sikkerhetstiltakene, og mye tid på å dokumentere at vi har gjennomført dem. Dessuten fører det til en falsk trygghet og gir illusjoner om at vi kan gjøre noe som vi ikke kan. Og ikke er det god behandling heller.



SELMORDSDILEMMAENE - Når har vi sikret nok? undrer psykologspesialist Eldri Kjørren (til venstre) på Sanderud ved Sykehuset Innlandet. Her sammen med kollega Gine Maren Sollien.

I 2017 var 220 ungdommer innlagt ved BUP Sanderud, 165 jenter og 64 gutter. I 2016 (siste måling) ble 153 av 207 pasienter innlagt med / på grunn av suicidalfare. 106 hadde tanker om å ta sitt eget liv, 22 hadde konkrete selvmordsplaner, og 13 hadde gjort selvmordsforsøk, ifølge tall fra avdelingen.

Siden 2002, da de begynte å telle innleggelser, har 2349 pasienter vært til behandling på akutteneheten på Sanderud. I den perioden har det vært ett selvmord.

Selvmordstanker er vanlig i psykisk helsevern. På Akuttpsykiatrisk avdeling ved klinikk psykisk helse og avhengighet ved Ullevål universitetssykehus i Oslo har sjefspsykolog Asbjørn Kolseth undersøkt selvmordstall ved egen avdeling for de ti siste årene. For over halvparten av de tusen pasientene som kommer til hans avdeling årlig, er inngangs-

billetten en eller annen form for selvmordstan-ker eller -planer, forteller han. Det dør én til to i året, de aller fleste i permisjon eller måneden etter utskrivelse.

– At det er mulig å ta sitt liv på sykehus i Norge, kan ses i sammenheng med at vi tilbyr en verdig behandling, mener Kolseth.

Hans erfaring fra møter med kolleger fra land med færre ressurser er at de kan ha store utfordringer, men selvmord har de lite eller ingenting av. Det har pasientene liten mulighet til.

– Avdelingene er strippet, eiendeler er tatt fra pasientene, og de bor på fellesrom med opp-til 10 personer på hvert rom. Da blir det lite anledning til selvmord. Dette illustrerer balansegangen mellom sikkerhet og verdig, god behandling. Vi kunne jo hatt det slik i Norge også. Ville det vært bedre? spør Kolseth.

Ifølge NRK tar minst én person livet av seg i psykisk helsevern i Norge annenhver dag. Kolseth er kritisk til mediedekningen rundt disse tallene.

– Hva er nyheten her? Tallene må sammenlignes med tall fra andre land det er naturlig å sammenligne seg med, og disse tallene viser stort sett det samme bildet: Det er ingen epi-demi nå. Når det blir slått opp slik, så er det som om noe er rammet Norge.

Selvmordsrisikoen er til og med redusert med en fjerdedel totalt på en generasjon i Norge, viser psykologiprofessor Ole Jacob Madsen i sin nye bok *Generasjon prestasjon – Hva er det som feiler oss?* Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) viser en gjennom-snittlig stabil, men svak nedgang i selvmord blant unge de siste tiårene i 35 land rundt om i verden. I Skandinavia og Storbritannia har det vært en tydelig nedgang etter relativt høye fore-komstene av selvmord på 1980- og 1990-tallet, dokumenterer Madsen, som skriver:

– Andelen mennesker med psykiske lidelser som tar sitt eget liv, er liten – livstidsrisikoen for selvmord ved alvorlig depresjon er antatt å være mellom 3 og 6 prosent.

Ved Ullevål universitetssykehus i Oslo mener Asbjørn Kolseth vi bør se på hvordan det er på kreftavdelingen og andre somatiske avdelinger. I psykisk helsevern blir det sett på som en feil »

Selvmord i psykisk helsevern

16. april 2018

Reportasjen «14 år gamle Erika ville ikke leve lenger» publisert på NRK.no.

2. oktober 2018

Helsetilsynet konkluderer med at helsehjelpen til en 14 år gammel jente som hengte seg inne på lukket barne- og ungdomspsykia-trisk enhet på Sykehuset Innlandet i desember i 2017, ikke var forsvarlig.

17. november

I artikkelserien «Selvmord i psykiatrien» gjennomgår NRK 200 saker og omtaler at helseforetakene bryter loven annenhver gang.

24. november

Elisabeth Swensen, lege og pårørende, skriver i Klassekampen (+):
– NRK trækker på levende og døde i sin gransking av selvmord.

27. november

I Klassekampen (+) svarer NRK:
– Bruk innestemme, Swensen.

Desemberutgaven av Psykologtidsskriftet

Fagpersoner går ut mot Helsetilsynet i Psykologtidsskriftet:
– Helsetilsynets læringspunkter kan paradoksal nok hindre godt selvmordsforebyggende arbeid med vår pasientgruppe.

6. desember

Ingen avvik påvist etter oppfølgende tilsyn ved Sykehuset Innlandet HF.

10. desember

Helsetilsynet til NRK.no:
– Psykologene overreagerer.

14. desember

– Det har vært viktig ikke å gå etter enkeltbehandlere, sier vaksjef Ståle Hansen i NRK til Klassekampen.

18. desember

1910 pasienter har tatt livet sitt under eller etter kontakt med spesialisthelsetjenesten i perioden 2008 til 2015, ifølge en ny rapport fra Nasjonalt kompetansesenter for selvmordsforskning og -forebygging (*Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie*).

- Enheten har nå sikret alle farlige gjenstander som er nevnt i Helse-tilsynets rapport, for eksempel malerpensler, musikkinstrumenter og en pepperkake som hang i en tråd

Gine Maren Sollien, psykologspesialist

om man dør av sykdommen sin, mens i somatikken er det en større forståelse for at sykdommen kan føre til død, påpeker han.

- NRKs dekning er preget av at dette er sjokkerende. Men dette er fellets natur.

Kolseth mener NRKs dramaturgi i selvmordssakene, spesielt på nett, ligger tett opp til «true crime»-sjangeren.

- Koblet til det gjentatte mantraet om lovbrudd får det leseren inn i en slags historie om lovbrudd, (selv)mord og den naturlige fortsettelsen: Hvem er morderne? Det er ubehagelig og urettferdig mot alle som jobber med ansvar og hjerte for å hjelpe folk som ikke vil leve mer.

Redaksjonssjef Reidar Kristiansen svarer dette på kritikken fra Kolseth:

- NRK har systematisert, dokumentert og fokusert på systemfeil, basert på tall og fakta som ikke har vært sammenstilt før. Det er essensielt for å kunne forbedre systemet. Vi tror ikke fakta skaper frykt. Vi dekker psykiatrien som vi dekker andre felt: Når vi finner feil og lovbrudd, er det pressens jobb å belyse det. Det er stor enighet om at selvmordsdeknningen trenger mer åpenhet, og det har NRK bidratt med. Men nyansene er viktige. Vi har hittil belyst behandlernes dilemmaer i tre brede reportasjer, uttaler Kristiansen på e-post til Psykologtidsskriftet.

På BUP døgnavdeling på Sanderud har vi fått lov til å besøke et pasientrom. Gardinene er hengt opp på en måte som gjør at de ikke tåler mye vekt. Det står en seng, en stol og et skap her.

- Det går faktisk mot glattceller. Det blir veldig kalde og sterile rom, sier Eldri Kjørren.

Hun tviler på om Helsetilsynets generelle læringspunkter med vekt på sikkerhet er god forebygging av selvmord.

Et hovedpoeng for psykologspesialistene Gine Maren Sollien og Eldri Kjørren på Sykehuset Innlandet er at Helsetilsynets rapport om Sanderud-dødsfallet skjærer alle over én kam. De framhever at kunnskapsgrunnlaget for god behandling ser forskjellig ut fra pasient til pasient. Tiltakene for en pasient med paranoid schizofreni med imperative stemmer om å skade seg selv eller andre ser helt annerledes ut enn for en person med kronisk tilstedeværende selvmordsproblematikk. For noen kan suicidale tanker være en måte å kjenne kontroll på og bevare verdighet i et vanskelig liv.

- For disse menneskene finnes det ingen forskning som viser at det hjelper å være på glattcelle en uke, sier Kjørren.

Begge mener at man må legge ned et mye større arbeid i diagnostiske vurderinger langt tidligere, for eksempel ved å hente inn god komparentinformasjon for å komplettere det bildet pasienten kommer inn med.

Direktør Jan Fredrik Andresen i Statens helsetilsyn avviser kritikken fra fagfolk mot Helsetilsynet.

- Jeg ser ikke grunnlag for kritikken, og jeg er helt uenig i at institusjonene nå må rydde bort alle gjenstander som kan være miljøterapi. Men institusjonene må være bevisste på problemstillingen og benytte de nasjonale retningslinjene. Man skal ha en bevissthet om hvordan de fysiske omgivelsene er utformet, og hvordan man oppbevarer og bruker gjenstander som kan brukes av pasienter til å skade seg selv. Rådene vi gir, er helt i tråd med de nasjonale retningslinjene som fagfolk, myndigheter, pasienter og pårørende er enige om.



HOBBYROMMET På befaring på Sanderud etter at en tenåring tok sitt liv på sykehuset, slo Helsetilsynet ned på at musikkinstrumenter med strenger lå åpent fremme i fellesarealer. Nå står gitaren innelåst.



MALERPENSLER På befaringen slo Helsetilsynet også ned på at det på aktivitetsrommet på avdelingen var malerpensler, med lange spisse skaft.



AKUTTBYGGET På Sanderud ved Sykehuset Innlandet.

– Når skal vi stoppe
å sikre?

Eldri Kjørren, psykologspesialist

Statens helsetilsyn mener at gjennomgangen av dødsfallet på Sanderud i desember 2017 har avdekket forhold som har betydning for sikkerheten og kvaliteten i helsetjenesten generelt, og fremhever tiltak som skal redusere risiko for skade og selvskading. Andre virksomheter i spesialisthelsetjenesten blir oppfordret til å gå gjennom egne rutiner og vurdere om det er behov for forbedringer.

Selv om Helsetilsynet ikke har formulert alle punktene som generelle krav, er de to psykologspesialistene kritiske til vektleggingen av sikkerhet fremfor god klinisk behandling.

– Økt oppmerksomhet på sikring kan føre til at vi jobber klinisk dårligere. Det er som om kvalitet på behandlingen er synonymt med tidsfrister og sjekklister, sier Gine Maren Sollien.

Hun og Eldri Kjørren forteller at det gjennomføres romsjekk tre ganger i døgnet. Dette skal journalføres. Ved mistanke om skadelige gjenstander må det fattes vedtak om romgjennomgang og kroppsvisering

av pasienten. Nå kan man ettergå sjekklisterne for å se hvem som har gjort feil, ned til miljøterapeut-nivå: «Hvem glemte å ta inn ledningen i går?» Arbeidet med sikring fører ifølge Sollien også til at mye av tiden til behandlere går med til møtevirksomhet.

– Vi er ikke imot å tenke bedre sikkerhet, her må vi hele tiden jobbe for å bli best mulig. Men man får opplevelsen av at dette handler om en frykt for at noe alvorlig skal skje, ikke om gode kliniske vurderinger, sier Kjørren, og spør:

– Skal vi sikre hver gang de har vært på perm med foreldrene? Skal vi sikre etter at de har vært på vår skole, på vårt område? Skal vi sikre når de har vært på poliklinisk samtale på BUP? Når skal vi stoppe å sikre?

Spesialisthelsetjenestetilbudet for befolkningen i Kongsvingerområdet overføres 1. februar til Ahus. Det gir færre pasienter å behandle for Sykehuset Innlandet, som reduserer sitt tilbud både i somatikken og psykisk helsevern. Det er ikke endelig besluttet hvor man skal redusere antall senger ved BUP-døgnavdeling, ifølge kommunikasjonsavdelingen ved Sykehuset Innlandet.

Psykologspesialistene Sollien og Kjørren lurte på om publikum, de som bruker BUP døgnenhet, er kjent med implikasjonene ved eventuelle nedskjæringer. I 2017 var 220 ungdommer innlagt ved BUP Sanderud, noe som er en økning fra 180 pasienter i 2013. Fire av disse pasientene ble ifølge tall fra avdelingen henvist til Voksenpsykiatrisk poliklinikk, på grunn av sprengt kapasitet på BUP.

– Bildet er sammensatt, og politikk og økonomi er viktige komponenter, sier Gine Maren Sollien.

Hun og kollega Kjørren mener pasienter, brukere og samfunnet ellers må få mer informasjon om hva psykisk helsevern kan bidra med.

– Man kan få inntrykk av, blant annet gjennom medias dekning den siste tiden, at selvmord alltid kan hindres. Men slik situasjonen er per i dag, med den kunnskapen vi sitter på, er det slik at man hverken i somatikken eller i psykiatrien kan forhindre alle dødsfall, selv om det er det man jobber for.

Økt oppmerksomhet på sikring øker forventningene om at selvmord kan forebygges, mener Sollien og Kjørren.

Psykologspesialistene mener det er en forventning i psykisk helsevern om at når man legges inn, skal man komme frisk ut igjen.

– *Men har psykologer oversolgt hva de kan ordne opp i?*

– Ja, det kan hende, svarer Kjørren.

På Ullevål universitetssykehus advarer psykolog Asbjørn Kolseth mot denne grøfta: at predikering er umulig, derfor nytter ikke selvmordsforebygging. Kolseth er enig i at vi med hjelp av forskning ikke kan forutse selvmord på individnivå, men det må ikke misforstås slik at vi ikke er opptatt av sikkerhet, mener han. Han sammenligner med trafikkulykker: Vi kan heller ikke predikere hvem som kommer til å dø i en trafikkulykke, likevel jobber vi med trafikkusikring.

– Jeg er helt sikker på at vi redder liv med det vi gjør. Men det er ikke bevist, og det kan ikke bevises. Forskning der halvparten av en gruppe får sikkerhetstiltak og den andre halvparten ikke, vil aldri passere en etisk komité.



PÅ AKUTTPSYKIATRISK AVDELING

Sjefpsykiolog Asbjørn Kolseth ved Ullevål universitetssykehus i Oslo har undersøkt selvmordstall ved egen avdeling for de ti siste årene. Foto: Privat

Reaksjoner på innlegget «Faglig motmære mot Helsetilsynet», som sto på trykk i desemberutgaven

- **JEG STØTTER** innlegget. Innlegget beskriver på en klok måte hvordan behandlingsapparatet kan risikere å iverksette tiltak som ikke er nyttige for den enkelte som strever med å klare å leve. I tillegg beskriver den alternative tiltak, knyttet til behovet for tillitsskappende tiltak, likeverd og samarbeid om livsmestring i pasientens eget tempo.

Siren Hoven, avdelingsleder ved Psykiatrisk avdeling Universitetssykehuset Nord-Norge HF



FOTO UNNNO

Siren Hoven

- **VI TRENGER** modige stemmer som sier ifra nå Helsetilsynets anbefalinger og råd kommer i konflikt med hva fagfolk vet er god klinisk praksis. Selvmord vekker sterke følelser og et behov for at noe må gjøres. Det er uheldig om helsemyndighetene fastholder at vi kan forebygge selvmord med enkle grep, når vi vet hvor kompleks dette fagområdet er: at det først og fremst er behov for tid nok, trygge rammer og skreddersøm av behandlingen.

Kristin Østlie, psykologspesialist



FOTO LIDSEN

Kristin Østlie

- At det er mulig å ta sitt liv på sykehus i Norge, kan ses i sammenheng med at vi tilbyr en verdig behandling

Asbjørn Kolseth, sjefpsykolog

- *Har psykologer oversolgt hva de kan tilby og hva de kan fikse?*

- Jeg tror ikke psykologer er de verste. Det har skjedd en medikalisering av samfunnet: Får vi bare avdekket flere sykdommer, så kan vi tilby en kur.

Kolseth trekker også frem hvor vanskelig det er å navigere i lovverket i psykisk helsevern.

- Helsetilsynet i Oslo avdekker feil i form av lovbrudd i langt flere tilfeller enn i Bergen. Dette er ett av funnene i NRKs dekning, som vi ikke snakker om. Forskjellene i praksis viser ulik lovforståelse, mener han.

Fagfolk kommer ifølge Kolseth også i en skvis mellom Stortinget, som vil ha mindre tvang, og tilsynsmyndigheter, som kommer inn når det skjer feil, og påpeker manglende restriktive tiltak. Lov om samtykkekompetanse understreker at vi må respektere at pasienten tar feil valg.

Tilbake på Sanderud, der Helsetilsynet om noen dager kommer på oppfølgende tilsyn.

Kjørren, på vei til et møte med andre ansatte der hun skal snakke om selvmordsvurderinger, understreker at faglig god kvalitet ikke kan gi tapt for kontroll, sikkerhet og frykt for å gjøre feil.

De mener begge at NRKs mediedekning med overskriften «selvmord i psykiatrien» skaper frykt hos pasienter og pårørende. Nyansene forsvinner i den offentlige samtalen om dilemmaene på dette feltet, mener de.

Sollien og Kjørren ønsker seg en overordnet diskusjon om menneskerettigheter og etikk i tilknytning til selvmord og bruk av tvang i psykisk helsevern: paternalisme mot retten til autonomi.

- **INNLEGGET ER** en viktig motvekt mot det vi oppfatter som en økt instrumentell dreining i den samfunnsmessige diskusjonen rundt suicid. Det er klart at både sikkerhet og terapeutisk arbeid har sin plass her, og at pasienter har ulike behov i ulike faser. Imidlertid kan man lett miste fokus når motsetningene skal fram i media. Vi tror de fleste som jobber med alvorlig suicidale pasienter, er enige om at det viktigste spørsmålet man må stille seg, er: «Hvordan kan jeg hjelpe dette mennesket til å gjenvinne håp?»

Stephan Neuhaus og Eivind Liljedahl Hagen, psykologspesialister



Stephan Neuhaus

FOTO PRIVAT



Eivind Liljedahl Hagen

FOTO PRIVAT

- **HER ER** det mange viktige læringspunkter for Helse-tilsynet.

Magnus P. Hald, overlege ved Akuttseksjonen ved Psykiatrisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge



Magnus P. Hald

FOTO PRIVAT

– Styring, sikring og at noen bestemmer hva som er best for alle, strir mot det. Spørsmålet er hvilken god behandling vi skal gi, slik at vi hjelper pasienter til å bli autonome personer som mestrer livet.

Den 6. desember 2018 kom konklusjonen fra oppfølgende tilsynsbesøk av Fylkesmannen i Hedmark og Statens helsetilsyn. Ingen avvik ble funnet.

*

I Oppland sitter et foreldrepar i dyp sorg og fortvilelse etter det som skjedde på Sanderud ved Sykehuset Innlandet i desember 2017. De etterlatte foreldrene vil ifølge advokat Mari Grefslie ha krav på pasientskadeerstatning fra Norsk pasientskadeerstatning. I tillegg opplyser advokaten til Psykologtidsskriftet at det er inngått en taushetsbelagt avtale mellom foreldrene og Sykehuset Innlandet om oppreisning. ✘

Se også debattinnlegget til Jan Fredrik Andresen og Ewa Ness i Statens helsetilsyn, på s. 48, og Einar Plyhns kritikk av sykdomsmodellen i psykisk helsevern, side 36.



Angrende diagnostiker

Da Allen Frances ledet arbeidet med diagnosemanualen DSM-4, omtalte New York Times ham som verdens mest innflytelsesrike psykiater. Som pensjonist skjøt karrieren for alvor fart da han ba om tilgivelse for dette arbeidet.

I KJØLVANNET AV beklagelsene over sitt eget verk, DSM-4, har Frances også markert seg som en betydelig kritiker av den reviderte versjonen, DSM-5. En mann av små ord er han ikke. Fra sin faste spalteplass i *Psychology Today* beskrev han den endelige godkjenningen av DSM-5 som intet mindre enn «det tristeste øyeblikket i min 5 år lange karriere med å forske, praktisere og undervise i psykiatri» (red. overs.).

Godkjenningen kom til tross for at han i flere år hadde advart mot den oppmykningen av grenser mellom normale reaksjoner og psykisk lidelse som utviklet seg i løpet av arbeidet med DSM-5. Advarslene var tuftet på egne erfaringer med at selv små oppmykninger i noen få diagnostiske kategorier i DSM-4 fikk uante og uønskede konsekvenser. Frances mener dette særlig skyldes legemiddelindustriens intense arbeid med å utvikle, reklamere for og tjene penger på å tilby medikamentell behandling for nye lidelser.

Ambisjonene med DSM-5 var store og var ment å lede til et paradigmeskifte i diagnos-

tisering av psykisk lidelse, blant annet gjennom å etablere mer sikre biologiske markører for de enkelte lidelsene. Slik gikk det ikke, og i artikkelen «The New Crisis of Confidence in Psychiatric Diagnosis» hevder Frances at det lovede paradigmeskiftet ble erstattet av et løsluppet diagnosesystem som i verste fall kan føre til underbehandling av pasienter med reell og behandlingstrengende psykisk lidelse, til fordel for en overbehandling av normale menneskelige problemer.

Etter utgivelsen av boka *Saving normal: An Insider's Look at the Epidemic of Mental Illness and How to Cure It* har Allen Frances vært reisende i diagnosekritikk, og under Schizofrenidagene 2018 advarte han forsamlingen mot medikalisering og overbehandling av psykiske lidelser. Fra scenen i Stavanger foreleste han, selv svært overbevist, om farene ved enhver skråsikkerhet omkring årsaker til og behandling av psykiske lidelser. Mellom forelesningene og sine daglige twitringer tok han seg tid til en samtale med Psykologtidsskriftet.

DEN STØRSTE UTFORDRINGEN

Den største utfordringen har vært å møte pasienter på måter som gir mening for dem, sier Frances om psykiatergjerningen. Ofte har han spurt seg selv; hvordan kunne han forbedre sin relasjon til pasienten? Var det noe han kunne si >>

TEKST

Kjersti Gulliksen, fagredaktør

FOTO

Jan Inge Haga

< **PSYKIATER** Som en av de sentrale fagpersonene bak diagnosemanualen DSM maner psykiateren Allen Frances nå til forsiktighet ved diagnostisering: - Diagnoser skal skrives med blyant, uttalte han til Psykologtidsskriftet under Schizofrenidagene i Stavanger i 2018.

som hadde kraft til å forandre dette menneskets liv? Nettopp i det at vi aldri kan forutsi akkurat når endring skjer i terapi, eller hvordan det vil skje, ligger både utfordringen og belønningen i det terapeutiske arbeidet, mener Frances.

– Noen ganger får vi til å si eller gjøre noe som er helt vesentlig for folk, og som de husker resten av sitt liv. Ofte gjør vi det ikke.

Han minner om at for pasienten er enhver undersøkelse eller terapisaamtale et viktig øyeblikk i deres liv. Som aldri må bli et rutinemessig gjøremål for terapeuten.

– Vi må holde oss våkne for dramaet og poesien i enhver samtale. Og for det store privilegiet det er å få muligheten til å komme så nær andre mennesker i vårt arbeid, understreker han.

PARADIGMEPESSIMIST

Et langt psykiaterliv seinere er han overbevist om at mennesket er det mest kompliserte av alt det vi forsøker å forstå oss på. Entusiasmen omkring biologiske markører for psykisk lidelse er på hell, og Frances ser ingen paradigmeskifter rundt neste sving.

– Hvis fruktene av det å kartlegge biologiske markører for psykisk lidelse hadde hengt så lavt som noen spådde? Det er klart vi hadde plukket dem for lengst.

Han tenker nå at det biologiske sporet var en nokså dårlig idé fra begynnelsen av. At det ikke er lett, og kanskje regelrett umulig å oversette hjerneprosesser til menneskets psykologi.

– Det finnes jo for eksempel ikke én form for schizofreni, men hundrevis av varianter, fortsetter han.

Siden det vi vet om psykisk lidelse, fortsatt er veldig begrenset, bør vi være forsiktige med å love ting vi ikke kan innfri, mener Frances.

– Når vi på dette kunnskapsgrunnlaget lager endringer i diagnostiske kriterier, bør endringene derfor gjøre ting bedre, ikke verre for pasientene.

BER OM TILGIVELSE

Selv tar han ansvar for at bruken av diagnosene ADHD, autisme og bipolar lidelse skjøt i været i kjølvannet av DSM-4, diagnosemanualen han selv brukte år av eget yrkesliv på å revidere. Han ber om unnskyldning.

– Vi gjorde noen feil, som fikk forferdelige konsekvenser, sier han. Blant annet førte inkluderingen av Asperger og bipolar lidelse 2 til falske epidemier. Innføringen av disse tilstandene

medførte en oppmykning av kriteriene for å få autisme eller bipolar lidelse, og vi var ikke klar over hvor mange måter de nye og «mildere» kriteriene kunne bli misbrukt på.

For Frances og kollegaer var hensikten med å inkludere bipolar 2 blant annet å forhindre at pasienter med hypomane episoder fikk en unipolar depresjonsdiagnose. Ved å bli behandlet med antidepressiva under depressive episoder risikerte disse pasientene å vippe over i en manisk tilstand. Frances og kollegaer ønsket å unngå slike behandlingsspåførte skader.

– Dessverre ble innføringen av bipolar 2 heftig akkompagnert av legemiddelindustriens svært offensive markedsføring av ny antipsykotisk medisin for denne tilstanden. Slik førte endringene i manualen til en overdiagnostisering og overmedisinering av bipolare tilstander. En rekke pasienter som ikke hadde hjelp av dette, ble feilaktig satt på antipsykotisk medisin, sier Frances.

Overbehandling altså. Både i intervjuet og i sine forelesninger under Schizofrenidagene advarer han sterkt mot en overdreven entusiasme for å diagnostisere og behandle pasienter. På tidlig 1970-tall var han med på det han mener var overbehandling av pasienter med schizofrenidiagnose. Basert på diagnosen, og den alene, beholdt de pasientene innelukket på sykehus for behandling i ett til to år.

– I ettertid så vi at dette var veldig uheldig for mange pasienter. Vi skar alle over en kam, og skilte ikke mellom de som ikke responderte på behandlingen, de som hadde negativ effekt av den, og de som kunne ha oppnådd spontan bedring dersom de hadde fått muligheten til det.

Frances har fortsatt kontakt med noen av pasientene fra den tiden, og de har tilgitt ham.

– Men jeg er ikke sikker på at jeg noen gang kan tilgi meg selv for dette, sier Frances.

Mer erfaren, skrev han ti år seinere artikkelen «No treatment as a prescription of choice», der han drøfter i hvilke situasjoner behandling kan være skadelig og sannsynligvis ineffektiv, og at ikke alle som tilfredsstiller kriteriene for en psykiatrisk diagnose, nødvendigvis eller automatisk skal ha behandling for den.

DIAGNOSER – PÅ GODT OG VONDT

Derfor er det et problem at diagnosene har blitt for mange, mener Allen Frances. Og peker på at stadig mer av vår livssmerte og våre kon-

tektstavhengige menneskelige reaksjoner forstås og behandles som psykiske lidelser. Med tilhørende økning av mennesker som mottar medikamentell behandling. I så måte mener han DSM-5 er en katastrofe. Den nylig lanserte ICD-11 har han heller ikke mye til overs for. Allikevel vil han ikke vekk fra diagnosene.

På sitt beste kan diagnoser være et utgangspunkt for å reorientere seg i livet, mener han. Diagnosen kan være et vesentlig øyeblikk i et menneskes liv.

– Når en diagnose formidles på riktig måte, slik at pasienten opplever å føle seg forstått, og ikke fordømt, og den gir behandlingen rett kurs, da er diagnosen så absolutt til hjelp.

– *Hvordan skal vi gjøre dette i praksis?*

– Diagnoser må settes med stor varsomhet, og i tett samarbeid med pasienten. Underdiagnostisering er alltid bedre enn overdiagnostisering. Og diagnosene skal skrives med blyant.

OVERFLATE ELLER DYBDE

Frances, som startet ut som psykoanalytiker og underviste i Freud i over ti år på Columbia universitet, har tidligere i intervjuet argumentert for psykiatrisk behandling som en meningsskapende prosess. Hvordan får han dette til å gå opp? Ønsker han seg noen gang tilbake til et mer teoretisk fundert diagnosesystem? Svaret på dette er et kontant nei. Selv om han har skrevet en rekke artikler om feil og mangler ved de eksisterende systemene, mener han det kriteriebaserte og deskriptive systemet som både DSM-5 og ICD-11 tar utgangspunkt i, er det beste nåværende alternativet til klassifisering av psykiske lidelser.

– Det er vanskelig nok å oppnå noenlunde samsvar mellom ulike diagnostiske vurderinger basert på de atferdsmessige overflatesymptomene. Med et mer teoretisk fundert perspektiv, som i de psykodynamiske diagnosebeskrivelsene, blir det helt umulig å oppnå noe slikt.

Frances viser til at overflatemanifestasjoner av psykisk lidelse er totalt uinteressant fra et psykodynamisk ståsted, da man som psykodynamiker jo vil dykke ned under overflaten av symptomene. Noe som gjør at graden av fortolkning hos den enkelte fagperson øker.

– Desto flere slutninger som er involvert, desto mindre sannsynlighet er det for at du vil oppnå enighet om en diagnose. Du kan ha ni psykoanalytikere i ett rom, og ende opp med ti forskjellige meninger om diagnosen. ✘

– Hvis fruktene av det å kartlegge biologiske markører for psykisk lidelse hadde hengt så lavt som noen spådde? Det er klart vi hadde plukket dem for lengst

Allen Frances

REFERANSER

- Frances, A. (2013). DSM 5 is Guide Not Bible – Ignore Its Ten Worst Changes, *Psychology today*.
- Frances, A. (2013). The New Crisis of Confidence in Psychiatric Diagnosis, *Annals of Internal Medicine*.
- Frances, A. (2013). *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York: HarperCollins Publishers Inc.
- Frances A. & Clarkin JF. (1981). No treatment as a prescription of choice, *Archives of General Psychiatry*, 38(5):542–5

Barn som pårørende etter selvmordsforsøk

I møter med barn som pårørende etter foreldres selvmordsforsøk bør psykologer basere sine intervensjoner på utviklingspsykologisk kunnskap, og sørge for et godt samarbeid mellom alle involverte instanser

TEKST

Tine K. Grimholt¹,
Ingeborg Lunde²,
Kristin Frisch Moe^{3*}

- 1 Institutt for helse og samfunn, Avd. allmenntmedisin, Universitetet i Oslo og Akuttmedisinsk avdeling universitets-sykehus
- 2 Regionalt Ressurs-senter om Vold, Traumatisk stress og Selvmordsforebygging, Øst
- 3 BUP Oslo Nord, Oslo universitetssykehus og Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør

KONTAKT

ingeborg.lunde@
rvtsost.no

ILLUSTRASJON

Åge Peterson

SOM BEHANDLERE i psykisk helsevern for barn og unge har vi møtt flere barn som har opplevd at én av foreldrene har forsøkt å ta sitt eget liv. Noen ganger har barna vært direkte eksponert for foreldres gjentatte selvmords-trusler og selvmordsforsøk, og slik sett levd med en konstant trussel om at forelderen én dag vil lykkes med å ta livet sitt. Vi foretok en systematisk litteraturgjennomgang, og fant tilnærmet ingen forskningsbasert kunnskap om intervensjoner for barn som pårørende ved selvmordsforsøk (Lunde, Myhre Reigstad, Frisch Moe, & Grimholt, 2018).¹

I dette bidraget retter vi søkelyset mot en gruppe «usynlige» barn som står i fare for alvorlig skjevutvikling. Hva kan vi gjøre for hindre at disse barna selv utvikler selvmordsatferd og andre vansker? I utviklingspsykologisk teori har vi funnet støtte til hvordan vi kan møte disse barna, og vil her dele våre erfaringer fra behandlingen av dem. Først gir vi en oppdatert oversikt over kunnskapen som eksisterer om selvmordsforsøk og følger for barn som pårørende. Deretter vil vårt møte med «Eline» illustrere hvordan utviklingspsykologiske perspektiver inspirerer våre intervensjoner og kan

bidra til at hjelpeinstansene får et samlet perspektiv på hvordan vi sammen kan møte og jobbe med disse barna. Utviklingspsykologien betoner betydningen av samspillet mellom foreldre og barn for barnets utvikling, og vår erfaring er at oppmerksomhet på foreldrefunksjonen er spesielt viktig i disse sakene.

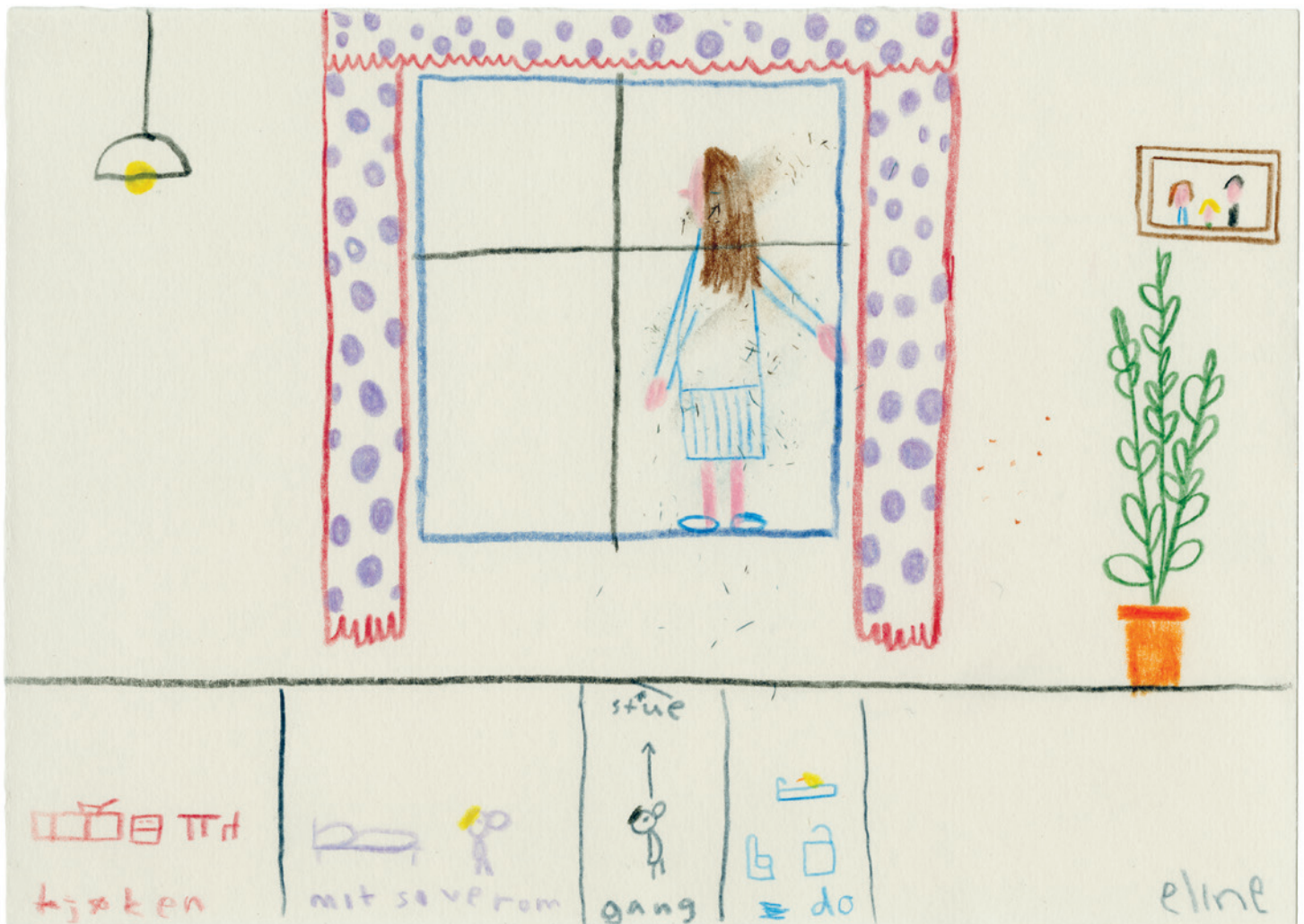
SELVMORDSFORSØK - TOPPEN AV ET ISFJELL

Vi vet ikke hvor mange barn som opplever at mor eller far forsøker å ta livet sitt. Anslag tyder på at 4000-6000 selvmordsforsøk behandles årlig i helsevesenet i Norge (Folkehelseinstituttet, 2017). En norsk studie viste at rundt fem prosent av pasientene som ble lagt inn ved akuttmedisinsk avdeling etter selvmordsforsøk, bodde alene med barn (Grimholt et al., 2015). En amerikansk studie viste at hvert tredje barn visste om forelderens selvmordsforsøk, og hvert fjerde barn hadde vært til stede under forsøket (Cerel, Frey, Maple, & Kinner, 2016). Det dreier seg altså sannsynligvis om en betydelig andel barn hvert år.

Mer enn 80 prosent av sykehusbehandlede voksne pasienter med selvmordsforsøk har en diagnostisert psykisk lidelse, i hovedsak depresjon, angst, personlighetsforstyrrelser og alkoholmisbruk (Hawton, Saunders, Topiwala, & Haw, 2013). Mange strever med psykososiale problemer, og har behov for hjelp fra ulike

* Forfatterne har likeverdige bidrag til artikkelen.

1. Kunnskapsoversikten i dette bidraget overlapper til dels med innholdet i vår oversiktsartikkel.



VITNE Eline var fem da hun ble henvist til BUP fra barneverntjenesten. Hun hadde vært vitne til at mor forsøkte å hoppe ut av et vindu. Forfatterne beskriver hvordan de møtte Elines behov. «Elins» illustrasjon er fiktiv, og signert Åge Peterson.

hjelpeinstanser i tiden etter selvmordsforsøket (Grimholt, Bjornaas, Jacobsen, Dieserud, & Ekeberg, 2012). Kontakt med hjelpeapparatet representerer en gylden mulighet til å vurdere den voksnes hjelpebehov, men ikke minst også til å kartlegge hjelpebehovet til eventuelle barn som pårørende.



Kontakt med hjelpeapparatet representerer en gylden mulighet til å vurdere den voksnes hjelpebehov, men ikke minst også til å kartlegge hjelpebehovet til eventuelle barn som pårørende

IMPLIKASJONER FOR BARN SOM PÅRØRENDE

Barn som opplever selvmordsforsøk eller selvmord hos egne foreldre, har økt risiko for å utvikle psykiske helseplager og egen selvmordsatferd (Geulayov, Gunnell, Holmen, & Metcalfe, 2012). Selvmordsatferd overføres mellom generasjoner også uavhengig av psykisk lidelse (Brent & Mann, 2005; Brent & Melhem, 2008). Andre negative følger for disse barna er svakere skoleprestasjoner og økt risiko for kriminalitet og rusmisbruk (Geulayov, Metcalfe, & Gunnell, 2016; Jennings, Maldonado-Molina, Piquero, & Canino, 2010; McManama O'Brien, Salas-Wright, Vaughn, & LeCloux, 2015).

Det er flere hypoteser om hvordan overføring av selvmordsatferd fra foreldre til barn skjer. Tvilling- og adopsjonsstudier tyder på en genetisk komponent i overføringen (Peterson, Sorensen, Andersen, Mortensen & Hawton, 2014; Wilcox, Kuramoto, Brent & Runeson, 2012). Men også imitasjon eller sosial læring kan spille



en rolle, selv om dette ikke er identifisert som en tilstrekkelig forklaring (Brent et al., 2002; Burke et al., 2010). Når vi vet at selvmordsforsøk henger sammen med psykisk lidelse og sosiale problemer hos den voksne (Grimholt et al., 2012; Hawton et al., 2013), forteller dette oss at selvmordsforsøk i mange tilfeller kan være et faresignal om et avvikende oppvekstmiljø for barna. Vi fant studier som tyder på at om lag ett av tre barn som er pårørende ved selvmordsforsøk, har vært utsatt for mishandling eller ulike typer forsømmelse (Diderich, Pannebakker, Dechesne, Buitendijk, & Oudesluys-Murphy, 2015; Hawton, Roberts, & Goodwin, 1985). Det er en sterk sammenheng mellom ulike typer mishandling og neglekt erfart i barndom, og senere selvmordsatferd (Brodsky et al., 2008).

Disse barna er altså en del av en risiko-populasjon, og vi antar at faktorer som direkte eksponering for selvmordsforsøket, antall selvmordsforsøk, barnets alder og den sosiale støtten både i og rundt familien kan påvirke deres psykososiale utvikling. I tillegg kan grad av eventuell psykopatologi hos forelderen, og om barnet erfarer andre potensielt traumatiserende hendelser, virke inn. Å anlegge et utviklingspsykologisk perspektiv, og se barnet som del av en større kontekst, er dermed helt nødvendig for å forstå og hjelpe disse barna.

UTVIKLINGSPSYKOLOGISKE PERSPEKTIVER

For et barn vil det ikke bare kunne oppleves som en stor påkjenning og en avvisning at forelderen forsøker å ta sitt eget liv, det kan også innebære å fortsette å leve med en frykt for at forelderen kan velge å forlate deg. I en svensk studie beskrev barn som hadde opplevd foreldrenes gjentatte selvmordstrusler, en sterk uro. Denne uroen var så vanskelig å leve med at noen ytret et ønske om at forelderen skulle lykkes med å ta livet sitt, noe som medførte skyldfølelse og angst (Skerfving, 2015). Det er ellers vanlig å tenke at det å ha barn beskytter mot selvmord og selvmordsforsøk, men en ny studie viste at samspillsproblemer og konflikter knyttet til omsorgen for egne barn kan bidra til å utløse et selvmordsforsøk hos den voksne (Cerel et al., 2016).

Å leve med en suicidal forelder vil føre til økt beredskap hos barna og hindre deres arbeid med egne utviklingsoppgaver. Det er godt dokumentert i utviklingspsykologien at barn setter egne utviklingsbehov til side hvis det er



Å anlegge et utviklingspsykologisk perspektiv, og se barnet som del av en større kontekst, er helt nødvendig for å forstå og hjelpe disse barna

nødvendig for å opprettholde kontakten med forelderen (Trevvarthen, 1993; Tronick, 2010). Barnet kommer i en situasjon der deres eget behov for å bli roet eller aktivert settes til side. Dette vil påvirke barnets utvikling på alle områder, for eksempel medføre til at utviklingen av grunnleggende menneskelige kapasiteter som affektregulering, autonomi og evnen til å søke trygghet og støtte hos andre blir negativt påvirket (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011).

Utrygg tilknytning har sammenheng med selvmordsatferd hos ungdom (Falgares et al., 2017), og en longitudinell studie viste at forstyrret samspill mellom mor og barn og en desorganisert tilknytning hos 18 måneder gamle barn predikerte selvskading og selvmordsatferd hos de samme barna som ungdommer (Lyons-Ruth, Bureau, Holmes, Easterbrooks & Brooks, 2013).

I utviklingspsykologien og nyere traume psykologi beskrives det å være «reguleringsstøtte» for barnet som omsorgsgiverens viktigste oppgave (Nordanger & Braarud, 2014). Intersubjektiv teori beskriver hvordan en forelder som inn-toner seg på barnets tilstand og hjelper barnet til å roe seg (eller aktivere seg), gir barnet erfaringer med å regulere egne, indre tilstander. Det at en annen hjelper barnet med reguleringen, vil over tid gjøre at barnet utvikler en egen evne til selvregulering (Hansen, 2012; Stern, 2003). Når den voksne har felles oppmerksomhet med barnet, og hjelper til med regulering og mestring av konkrete oppgaver, får barnet støtte til å fungere utover sin egen kompetanse inntil det mestrer på egen hånd – altså det som ofte kalles «utviklingsstøttende samspill» (Hafstad & Øvreide, 2011; Hansen, 2012).

I våre møter med barn som pårørende ved selvmordsforsøk er det en slik utviklingspsykologisk forståelse vi har lagt til grunn. Vårt arbeid har tatt utgangspunkt i viktigheten av



FAMILIEARBEID Foreldrene var dem som først og fremst snakket med datteren, etter veiledning fra behandlerne. Mor og far fikk råd om å vente på spørsmål fra Eline for så å svare så konkret og sannhetsnært som mulig. «Elins» illustrasjon er fiktiv, og signert Åge Peterson.

foreldres evne til å gi barna reguleringsstøtte, og til å hjelpe barnet med å skape mening og sammenheng i det som er skjedd. Ved å rette blikket mot hele familiesystemet og se på samspillet mellom foreldre og barn kan vi jobbe helhetlig med barnets omsorgssystem og sørge for god nok ivaretagelse av barna.

I det videre skal vi vise et eksempel på hvordan vi jobber med utgangspunkt i en utviklingspsykologisk forståelse. Eline er et fiktivt kasus basert på flere barn vi har møtt; barn som har vært pårørende ved selvmordsforsøk og psykisk sykdom.

ELINE

Eline var fem da hun ble henvist til BUP fra barneverntjenesten. Hennes mor var diagnostisert med en alvorlig psykisk lidelse, og hadde flere selvmordsforsøk bak seg. En gang hadde Eline også vært vitne til at mor forsøkte å hoppe ut av et vindu, og at politiet hentet mor med makt i etterkant. Eline hadde ikke vist reaksjo-

ner på noen av disse hendelsene. Foreldrene beskrev henne som «flink til å hjelpe til» i de periodene mamma hadde det vanskelig. I forbindelse med mors siste innleggelse hadde Eline imidlertid utviklet en rekke symptomer, hvorav separasjonsangst og aggresjonsutbrudd var mest fremtredende. I barnehagen var fraværet så høyt at hun hadde havnet på utsiden av det sosiale fellesskapet der.

Vi gjennomførte en vanlig BUP-utredning, der vi observerte barnet og snakket med henne, og lot foreldrene fylle ut ulike screeningskjemaer og gi anamnesticke opplysninger. I tillegg hentet vi inn informasjon fra strukturerte samspillsobservasjoner av Eline og henholdsvis mor og far. Viste Eline følelser overfor foreldrene? Søkte hun foreldrenes hjelp for å roe vanskelige følelser? Var foreldrene sensitive og responderende ovenfor Elines følelser? Hadde de gode strategier for å roe henne? På bakgrunn av disse samspillsobservasjonene vurderte vi at tilknytningen mellom Eline og foreldrene »

hadde mye til felles med et unnvikende tilknytningsmønster, der barnet i liten grad gir uttrykk for følelsesmessige behov, mens omsorgspersonen i liten grad anerkjenner disse behovene (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978).

Elines separasjonsangst og aggresjonsutbrudd måtte, slik vi så det, ses i sammenheng med den belastningen mors tilbakevendende selvmordsatferd utgjorde. Vi anbefalte ukentlig utviklingsstøttende individualterapi på lekerom for at Eline skulle bli tydeligere på egne følelser og behov, både overfor seg selv og andre (Johns & Svendsen, 2016). Vi anbefalte også parallelle, ukentlige foreldreveiledninger der foreldrene kunne få hjelp til å tolke Elines følelser mer korrekt, i tillegg til verktøy for å hjelpe Eline med hennes følelsesregulering. Eline trengte også alderstilpasset informasjon om mors sykdom, og hjelp til å forstå og skape mening i det hun hadde vært vitne til. Vi veiledet foreldrene med tanke på hva de kunne fortelle sin datter, og avholdt også noen familiesamtaler med begge foreldrene og Eline. I familiesamtalene fikk familien hjelp til å sette ord på og å snakke sammen om det som hadde skjedd, og lage avtaler som sikret at Eline følte seg trygg.

Vi skal i det videre trekke frem noen behandlingselementer vi mener var spesielt viktige i behandlingen av Eline, og som vi mener man bør være spesielt oppmerksom på i møter med barn som har opplevd selvmordsforsøk hos egne foreldre.

ULIKE HJELPEINSTANSER MÅ SAMARBEIDE

Mor slet med å forholde seg til at egne selvmordsforsøk og ustabile atferd hadde påvirket Eline. I noen timer kunne mor uttrykke sterk bekymring for Elines utvikling, og skyldfølelse knyttet til at hun hadde «ødelagt datteren for alltid». I andre timer fornektet mor totalt at noe var vanskelig i det hele tatt. Denne vekslingen hadde trolig flere årsaker. For det første var mors egen følelse av skam og skyld så sterk at hun hadde vansker med å forholde seg til den. For det andre ble omsorgen til enhver tid vurdert av barnevernstjenesten. Åpnet mor opp for hvor vanskelig det faktisk kunne være, risikerte hun å miste omsorgen. En tredje faktor som påvirket mor, var at DPS og BUP i begynnelsen av behandlingen hadde gitt ulik informasjon til mor: DPS så mors bekymring for å være til skade for Eline som en vrangforestilling, mens

BUP og barneverntjenesten formidlet at de så på denne bekymringen som reell.

Mange instanser var inne i saken, noe som krevde at barneverntjenesten, DPS og BUP måtte samarbeide og koordinere sitt arbeid. Hvem har for eksempel ansvaret for å sikre at de mange instansene har en felles forståelse av saken, og jobber mot det samme målet? Hvor går skillet mellom foreldreveiledning og individualterapi? I arbeidet med Eline og foreldrene tok BUP mye av koordineringsansvaret. Vi tok flere telefoner til både mors behandler i DPS og saksbehandler i barnevernet. Heldigvis ga mor samtykke til informasjonsutveksling med de andre instansene. Heldigvis, fordi vi i BUP blant annet trengte å vite at barneverntjenesten vurderte omsorgen som god nok. At vi samarbeidet med mors behandler i DPS, gjorde at de kunne tematisere mors skam knyttet til morsrollen på et annet vis enn det vi gjorde i foreldreveiledningen. Da DPS ble gjort oppmerksomme på at mors bekymring for å ha skadet eget barn var reell og ingen vrangforestilling, kunne de sette dette på dagsorden, og hjelpe mor med å akseptere det som hadde skjedd. Mor fortalte senere at dette var vendepunktet i behandlingen som hadde gitt henne lyst til å leve videre.

ALDERSTILPASSET INFORMASJON

Både *helsepersonell-loven §10 a* og *spesialisthelsetjenesteloven § 3–7* forteller om de plikter helsepersonell har til å gi nødvendig informasjon om foreldrenes tilstand til mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.

Eline hadde mange spørsmål. En viktig grunn til at vi må informere og involvere barnet, er kunnskapen vi har om betydningen av å gjenopprette mening når man opplever noe overveldende. Intersubjektiv teori beskriver traumer som sammenbrudd i alle områdene av selvopplevelse (Hansen, 2012; Stern, 2003). Dette innebærer blant annet at opplevelsen av sammenheng og mulighet til å påvirke sin egen situasjon bryter midlertidig sammen. En viktig del av behandlingen er således (gjen)opprettelsen av mening; både indre mening (mine reaksjoner er forståelige fordi ...) og ytre mening (hva skjedde og hvorfor?).

Felles mening vokser frem over tid, og informasjonsarbeidet må derfor ses som en løpende

prosess. Forklaringene Eline fikk, ble nyanisert og utvidet i løpet av behandlingen. Noe av informasjonsarbeidet foregikk i familiesamtaler, som vi hadde planlagt med foreldrene i forkant. Men det var først og fremst foreldrene som informerte datteren, etter veiledning fra oss. Vi ga dem råd om å vente på spørsmål fra Eline for så å svare så konkret og nært opp til sannheten som mulig.

Barn stiller ofte helt direkte spørsmål, og det gjorde også Eline. Mens mor fortsatt var innlagt, spurte hun blant annet flere ganger sin far om hvorfor mamma ville hoppe ut av vinduet. I familiesamtalene gikk vi gjennom hendelsesforløpet fra den kvelden det skjedde i detalj. Vi tegnet opp rommene i leiligheten, og hvor de forskjellige familiemedlemmene hadde vært til enhver tid. Vi gikk gjennom hendelsen fra øyeblikk til øyeblikk, og spurte familiemedlemmene hvor var du, hva så du, hva hørte du, hva tenkte du, og hva følte du da. Med støtte fra terapeuten klarte mor i disse samtalene å si til Eline at hun forstod at Eline måtte ha vært redd. Dette hadde tidligere blitt bortforklart av mor. Eline fikk også hjelp til å forstå hva som skjedde i forbindelse med at far forsøkte å forhindre mors selvmord. I samtalene fremkom det at Eline trodde at far hadde vært sint på mamma, og at han hadde slått henne. I samtalene ble Eline forklart at far hadde vært svært redd, og at han hadde forsøkt å hindre mor i komme frem til vinduet hun forsøkte å hoppe ut fra.

Hjemme kom Elines spørsmål gjerne om kvelden, på sengekanten. Far forklarte at mor hadde en sykdom som fikk henne til å tenke vonde tanker som kunne få henne til å tenke at hun ville dø. Det ble lagt vekt på at dette ikke var noens skyld. Det var ingenting noen kunne si eller gjøre som kunne få mamma til å føle sånn – det var sykdommen som gjorde at mamma følte seg sånn. Eline fikk mulighet til å fortelle om



Den helhetlige forståelsen vi argumenterer for, passer dårlig inn i en «behandlingspakke-tankegang»

vanskelige minner, mens foreldrene fikk anledning til å skape mening i det som hadde hendt da mamma hadde vært så fortvilet. At politiet kom for å hjelpe mamma, og ikke «ta henne», var eksempler på at det ble dannet ny mening.

Det var viktig at informasjonen som ble gitt, ikke skulle føre til at Eline opplevde at hun fikk ansvar for situasjonen, for eksempel at hun måtte passe på mor eller varsle noen. Det ble derfor avholdt flere familiesamtaler der Eline fikk informasjon om hovedtrekkene i mors sikkerhetsplan. Eline fikk hilse på mors behandler på DPS. Mormor var også til stede i en samtale der Eline fikk forklart hvem som skulle passe på mamma hvis sykdommen kom tilbake (mormor), og hvem som skulle passe på Eline (pappa).

I løpet av behandlingen fikk Eline oppleve at denne planen ble fulgt i forbindelse med at mor hadde følelsesmessige kriser. Vi vurderte at Eline hadde tatt inn informasjonen og trygget seg på denne, da hun delte den med kontaktlæreren sin og flere av de ansatte på SFO i forbindelse med at mor var en stund hos mormor. Skole og SFO rapporterte at Eline på en åpen og trygg måte forklarte om grunnen til at hun skulle være uvanlig lenge hos pappa. Eline snakket også med far og andre nære om at hun savnet mamma når hun var hos mormor.

FORELDREVEILEDNING

Parallelt med at vi informerte Eline, jobbet vi videre med foreldrene med tanke på at de bedre kunne møte Eline på en utviklingsstøttende måte.

I foreldreveiledningen med mor gikk vi langt i utforskningen av mors egne følelsesmessige reaksjoner i møte med barnet, og jobbet målrettet med hvordan Eline kunne skjermes når mor hadde det som vanskeligst. Dette krevde tett samarbeid med mors behandler. Også i individualarbeidet på DPS ble Elines behov inkludert i behandlingen i form av målrettet arbeid med regulering av vanskelige følelser som oppsto i mor i samspillet. Spesielt ble det gitt mye oppmerksomhet til skyldfølelsen og redselen som oppsto i mor når Eline ble lei seg, redd, skuffet eller sint. Mors skyldfølelse hadde preget samspillet mellom mor og datter ved at mor snakket bort Elines vanskelige følelser. Gradvis fikk mor større kapasitet til å tåle følelsene som kunne oppstå i samspillet, og mestringsbidro til positive sirkler. Eline delte oftere van-



skelige følelser med mor, og mor opplevde flere situasjoner der hun mestret å roe datteren i stedet for at hun roet seg selv. Eline, på sin side, ble bedre til å vise følelser på en tydelig måte, og symptomene hennes ble gradvis redusert. Parallelt begynte også Eline å vise mer positive følelser som vitalitet og glede.

EN SITUASJON Å TA PÅ ALVOR

Det er all grunn til å ta situasjonen til barn som pårørende ved selvmordsforsøk alvorlig. Det er et paradoks at det på det suicidalgiske fagfeltet i årtier er dokumentert at selvmordsforsøk har skadevirkninger for barn som pårørende, men i forsvinnende liten grad finnes litteratur om intervensjoner.

Det er utfordringer på flere nivåer i behandlingsskjeden for disse familiene, som at vi må klare å identifisere barn som pårørende, og vite når vi skal bli bekymret. Dessuten trenger vi mer litteratur om hva som er god hjelp for de som blir fanget opp. Når den voksne mottar behandling i forbindelse med et selvmordsforsøk, rettes tiltakene gjerne mot å redusere selvmordsrisiko. Dette kan føre til at det blir satt likhetstegn mellom reduksjon i selvmordsfare og bedring. Tett dialog mellom instansene som fulgte opp den voksne, og instanser som fulgte opp barnet, førte i Elines tilfelle til at kompleksiteten i saken ble synlig og behandlingstilbudet mer helhetlig for alle familiemedlemmene.



Ved å bruke kunnskap fra utviklingspsykologi kan man utvide perspektivet til å se barnets symptomer i sammenheng med foreldrenes vansker og forhold i omgivelsene

Vår erfaring er at tett samarbeid mellom ulike behandlingsinstanser er avgjørende for hvorvidt behandlingen av disse barna blir effektiv hjelp. Det er imidlertid et tankekors at det sjelden er tid til samarbeid. Den helhetlige forståelsen vi argumenterer for, passer dårlig inn i en «behandlingspakke-tankegang» der en, basert på symptomer, må ta et valg mellom den ene eller andre behandlingsmetoden, og målet er individuell symptomreduksjon. Det er vår oppfatning at man ved å bruke kunnskap fra utviklingspsykologi kan utvide perspektivet til å se barnets symptomer i sammenheng med foreldrenes vansker og forhold i omgivelsene. Først da kan vi gi behandling som gjør reell endring mulig og bidrar til å reversere skjevutvikling. ✘

REFERANSER

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum.
- Brandtzæg, I., Smith, L., & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparasjoner: tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Brent, D.A., & Mann, J.J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics*, 133C(1), 13–24.
- Brent, D.A., & Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 157–177.
- Brent, D.A., Oquendo, M., Birmaher, B., Greenhill, L., Kolko, D., Stanley, B., ... Mann, J. (2002). Familial pathways to early-onset suicide attempt: Risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Archives of General Psychiatry*, 59(9), 801–807. doi:http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.59.9.801
- Brodsky, B.S., Mann, J., Stanley, B., Tin, A., Oquendo, M., Birmaher, B., ... Brent, D. (2008). Familial transmission of suicidal behavior: Factors mediating the relationship between childhood abuse and offspring suicide attempts. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 584–596. doi:http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v69n0410

- Burke, A.K., Galfalvy, H., Everett, B., Currier, D., Zelazny, J., Oquendo, M.A., ... Brent, D.A. (2010). Effect of exposure to suicidal behavior on suicide attempt in a high-risk sample of offspring of depressed parents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(2), 114–121. doi:http://dx.doi.org/10.1097/00004583-201002000-00005
- Cerel, J., Frey, L.M., Maple, M., & Kinner, D.G. (2016). Parents with suicidal behavior: Parenting is not always protective. *Journal of Child and Family Studies*, 25(7), 2327–2336. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10826-016-0377-x
- Diderich, H., Pannebakker, F., Dechesne, M., Buitendijk, S., & Oudesluys-Murphy, A. (2015). Support and monitoring of families after child abuse detection based on parental characteristics at the emergency department. *Child: Care, Health and Development*, 41(2), 194–202. doi:http://dx.doi.org/10.1111/cch.12201
- Falgares, G., Marchetti, D., De Santis, S., Carrozzino, D., Kopala-Sibley, D.C., Fulcheri, M., & Verrocchio, M.C. (2017). Attachment styles and suicide-related behaviors in adolescence: The mediating role of self-criticism and dependency. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 36.
- Folkehelseinstituttet (2017, 12. desember). Fakta om selvmord og selvmordsforsk. Hentet fra <https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/selvmord/selvmord-og-selvmordsforsk---fakta/>
- Geulayov, G., Gunnell, D., Holmen, T., & Metcalfe, C. (2012). The association of parental fatal and non-fatal suicidal behaviour with offspring suicidal behaviour and depression: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 42(8), 1567–1580. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711002753
- Geulayov, G., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2016). Parental suicide attempt and offspring educational attainment during adolescence in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) birth cohort. *Psychological Medicine*, 46(10), 2097–2107. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S0033291716000556
- Grimholt, T.K., Bjornaas, M.A., Jacobsen, D., Dieserud, G., & Ekeberg, O. (2012). Treatment received, satisfaction with health care services, and psychiatric symptoms 3 months after hospitalization for self-poisoning. *Annals of General Psychiatry*, 11, 10. doi:https://dx.doi.org/10.1186/1744-859X-11-10
- Grimholt, T.K., Jacobsen, D., Haavet, O.R., Sandvik, L., Jørgensen, T., Norheim, A.B., & Ekeberg, Ø. (2015). Structured follow-up by general practitioners after deliberate self-poisoning: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 15(1), 245. doi:10.1186/s12888-015-0635-2
- Hafstad, R., & Øvreide, H. (2011). *Utviklingsstøtte : foreldrefokusert arbeid med barn*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Hansen, B.R. (2012). *I dialog med barnet : intersubjektivitet i utvikling og i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hawton, K., Roberts, J., & Goodwin, G. (1985). The risk of child abuse among mothers who attempt suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 146(5), 486–489. doi:10.1192/bjp.146.5.486
- Hawton, K., Saunders, K., Topiwala, A., & Haw, C. (2013). Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 821–830. doi:10.1016/j.jad.2013.08.020
- Jennings, W.G., Maldonado-Molina, M.M., Piquero, A.R., & Canino, G. (2010). Parental suicidality as a risk factor for delinquency among Hispanic youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 315–325. doi:http://dx.doi.org/10.1007/s10964-009-9439-3
- Johns, U.T., & Svendsen, B. (2016). *Håndbok i tidsavgrenset intersubjektiv barneterapi (TIB): kunnskapsgrunnlag, behandlingsprinsipper og eksempler*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke.
- Lunde, I., Myhre Reigstad, M., Frisch Moe, K., & Grimholt, T. (2018). Systematic Literature Review of Attempted Suicide and Offspring. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 937.
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J.F., Holmes, B., Easterbrooks, A., & Brooks, N.H. (2013). Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Research*, 206(2–3), 273–281. doi:https://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.030
- McManama O'Brien, K.H., Salas-Wright, C.P., Vaughn, M.G., & LeCloux, M. (2015). Childhood exposure to a parental suicide attempt and risk for substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 46, 70–76. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.03.008
- Nordanger, D.Ø., & Braarud, H.C. (2014). Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(7), 531–536.
- Petersen, L., Sorensen, T.I., Andersen, P.K., Mortensen, P.B., & Hawton, K. (2014). Genetic and familial environmental effects on suicide attempts: A study of Danish adoptees and their biological and adoptive siblings. *Journal of Affective Disorders*, 155, 273–277. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.012
- Skerfving, A. (2015). *Barn till föräldrar med psykisk ohälsa: Barndom och uppväxtvillkor: Childhood conditions and challenges*. (Doktorgradsavhandling). Stockholm: Stockholms universitet.
- Stern, D.N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Trevarthen, C. (1993). The self born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. I *The perceived self: Ecological and interpersonal sources of self-knowledge* (s. 121–173). New York, NY: Cambridge University Press; US.
- Tronick, E. (2010). Infants and mothers: Self- and mutual regulation and meaning making. I Barry M. Lester & Joshua D. Sparrow (red.): *Nurturing children and families: Building on the legacy of T Berry Brazelton* (s. 83–93). Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Wilcox, H.C., Kuramoto, S.J., Brent, D., & Runeson, B. (2012). The interaction of parental history of suicidal behavior and exposure to adoptive parents' psychiatric disorders on adoptee suicide attempt hospitalizations. *American Journal of Psychiatry*, 169(3), 309–315. doi:http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11060890

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2019 S. 28-34 FAGFELLEVDERT

ARVID SKJERVE¹ og EVA AMUNDSEN²¹ Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet sykehus HF² Avdeling rus- og avhengighetsbehandling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus HF

KONTAKT arvid.skjerve@betaniensykehus.no

MINDFULNESS-BASERT TILBAKEFALLSFOREBYGGING FOR RUSBRUKSLIDELSER

– En litteraturoversikt

ABSTRACT

Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A review

This review describes feasibility and effects of mindfulness-based relapse prevention (MBRP), a program developed to reduce relapse in patients with substance use disorders. The program is recommended in treatment guidelines by the Norwegian Directorate of Health. Using database search, we found five randomized controlled MBRP trials published by August 2018. Each study reported changes in favor of MBRP compared to other interventions for one or more outcome variables: risk of relapse, substance use, craving, depression, anxiety, impulsivity and mindfulness. Feasibility of the program was good. We conclude that these findings are promising and support the use of MBRP in treatment of substance use disorders.

Keywords: mindfulness-based relapse prevention, mbrp, substance use disorder

Denne litteraturgjennomgangen støtter Helsedirektoratets anbefaling av mindfulness-basert tilbakefallsforebygging ved rusbrukslidelser.

Mellom 10 og 20 prosent av befolkningen får i løpet av livet en rusbrukslidelse («substance use disorder»), det vil si skadelig bruk eller avhengighet av alkohol, stoff eller vanedannende legemidler (Folkehelseinstituttet, 2018). Mange med rusbrukslidelser har også andre psykiske lidelser. Av de som får behandling for rusbrukslidelser, er det en høy andel som har tilbakefall til rusbruk innen ett år (McLellan, Lewis, O'Brian, & Kleber, 2000; Kirshenbaum, Olsen, & Bickel, 2009). Det er derfor viktig å få mer kunnskap om behandlingstilnæringer som kan bidra til å redusere tilbakefall.

Ett program som er spesielt utviklet for å redusere tilbakefall, er mindfulness-basert tilbakefallsforebygging («Mindfulness-based relapse prevention»; MBRP; Bowen, Chawla, & Marlatt, 2011). Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet anbefaler dette programmet (Helsedirektoratet, 2015). Målgruppen for MBRP er pasienter som har sluttet å ruse seg eller har stabilt lavt rusbruk. Programmet holdes for grupper på seks til tolv deltakere. MBRP er et standardisert program som går over åtte uker med ukentlige samlinger à 2 timer, det vil si til sammen 16 timer. Programmet

Tabell 1. Mål for MBRP (Bowen et al., 2011)

1.	Fremme oppmerksomhet mot triggere og vanemessige reaksjoner til disse, og øve opp evnen til å skape en pause i denne tilsynelatende automatiserte prosessen.
2.	Endre måten vi forholder oss til ubehag på, gjenkjenne utfordrende følelsesmessige og kroppslige opplevelser, og lære hvordan forholde oss til disse på en hensiktsmessig måte.
3.	Fremme en ikke-dømmende og vennlig holdning til oss selv og opplevelsene våre.
4.	Fremme en livsstil som bygger opp under mindfulness-praksis og bedring.

beskrives i en egen manual (Bowen, Chawla, & Marlatt, 2011). MBRP bygger på godt dokumenterte behandlingstilnærminger, og kombinerer tilbakefallsforebygging med kognitiv atferdsterapi (Relapse Prevention, RP; Marlatt & Gordon, 1985), med mindfulness-basert stressreduksjon (MBSR; Kabat-Zinn, 1990) og mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2013). Mindfulness, slik begrepet brukes i MBSR og MBCT, handler om å være oppmerksom på det som skjer her og nå, i oss og omkring oss, med en bevisst og ikke-dømmende holdning (Kabat-Zinn, 1994; Vøllestad, 2018). MBRP sikter mot å øke oppmerksomheten på indre og ytre triggere for rusbruk, og å fremme toleransen for og mestring av rustrang («craving»), se tabell 1.

Mindfulness-baserte programmer er relativt nytt i behandling av rusbrukslidelser, men oversiktsstudier konkluderer med at effekten av dem er lovende (Chiesa & Serretti, 2014; Dundas, Ravnanger, Vøllestad, & Binder, 2013; Li, Howard, Garland, McGovern, & Lazar, 2017; Sancho, de Gracia, Rodriguez et al., 2018). Programmene som inkluderes i disse oversiktene, varierer mye i form og innhold, men felles for dem er vektlegging av meditasjonsøvelser. Det fører for langt å komme inn på virkningsmekanismer, men effekten av slike programmer knyttes til både kognitive, affektive og psyko-fysiologiske endringer (Garland & Howard, 2018; Witkiewitz, Bowen, Harrop et al., 2014).

Det er publisert én systematisk litteraturoversikt og metaanalyse som kun gjelder MBRP (Grant et al., 2017). Den omfatter ni randomiserte kontrollerte undersøkelser publisert frem til august 2016. Forfatterne konkluderer med at det ikke kunne påvises statistisk sikre forskjeller mellom MBRP og sammenligningsgruppene når det gjaldt tilbakefall til rusbruk eller andre mål på rusbruk, bortsett fra en liten effekt i favør av MBRP for rustrang

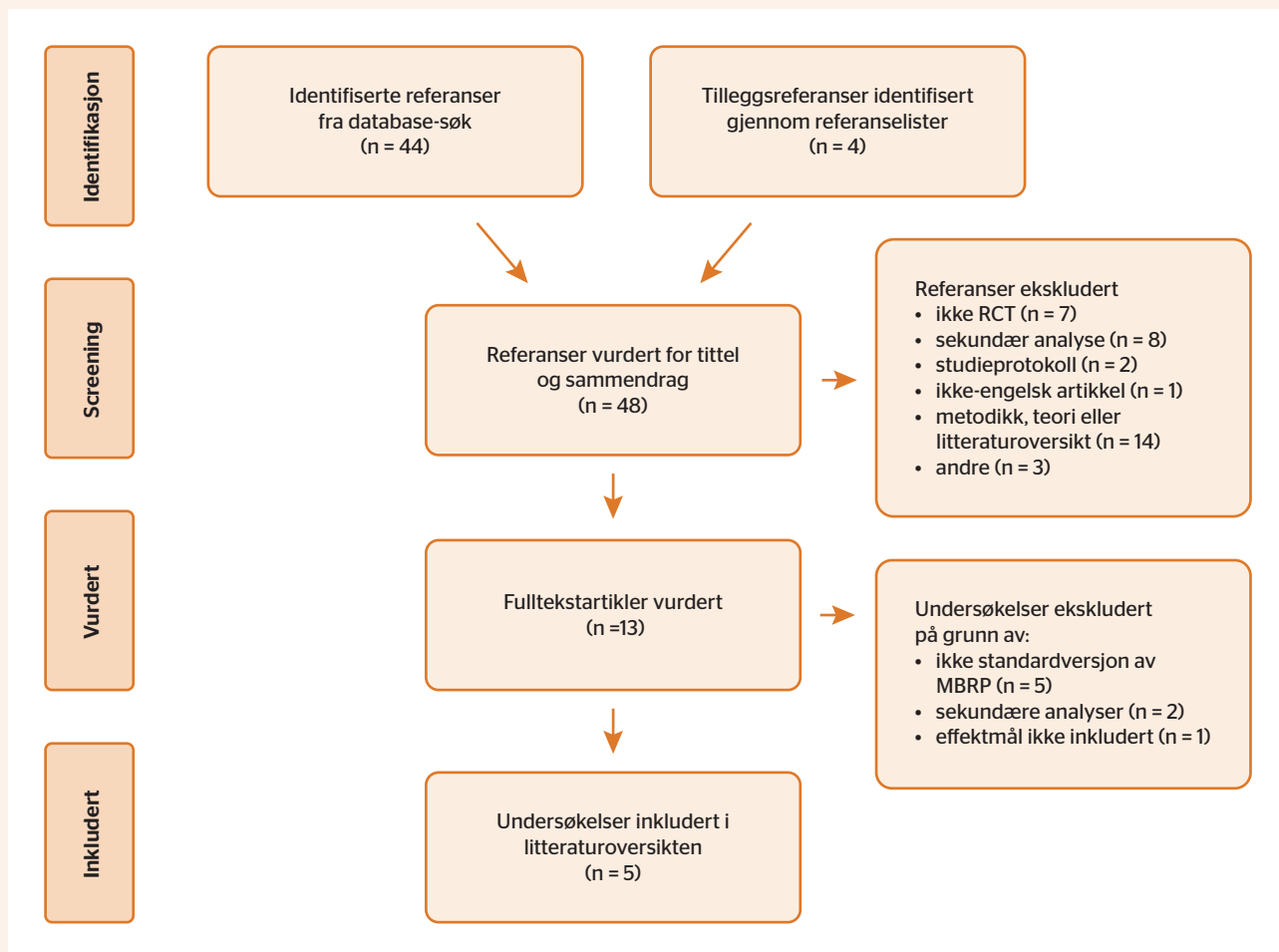
og for negative følger av rusbruk. Imidlertid omfatter studien kun tre publiserte undersøkelser med standardversjonen av MBRP på 16 timer. Fem av de andre undersøkelsene brukte tilpasninger av MBRP av kortere varighet, helt ned til ni timer. Dette kan ha påvirket utfallet av analysen siden sentrale elementer i programmet nødvendigvis må utelates ved kortere versjoner.

Forslaget i den nasjonale retningslinjen om å bruke MBRP bygger ikke på systematisk gjennomgang av forskning. Vi ønsker derfor å gi en oppdatert oversikt over forskningen. Vi vil se på om det er grunn til å si at MBRP er en gjennomførbar tilnærming i behandling av rusbrukslidelser, og at den har effekt på tilbakefall og andre mål på rusbruk og psykisk helse.

METODE

Vi søkte i databasene PubMed og PsycINFO frem til 15. august 2018. Søkeord var «mindfulness-based relapse prevention» eller «MBRP» alene eller kombinert med «substance use disorder». Vi søkte hver for oss i databasene og tok ut de referansene som ut fra tittel og sammendrag kunne være aktuelle å inkludere i oversikten. Vi hentet deretter fulltekstversjoner av disse artiklene og ble enige om hvilke undersøkelser som skulle inkluderes ut fra følgende kriterier: (1) Undersøkelsen bruker standardversjonen av MBRP på 16 timer slik det er beskrevet i manualen (Bowen, Chawla & Marlatt, 2011). (2) Undersøkelsen bruker et randomisert kontrollert design. Dette kriteriet ble valgt siden slike design regnes som den foretrukne standarden i behandlingsforskning. (3) Deltakerne er diagnostisert med en rusbrukslidelse og er i alderen 18 år eller mer. (4) Artikler publisert på engelsk. Vi gikk også gjennom referansene til artikler som ble inkludert, og referanser i tidligere oversiktsartikler om

»



FIGUR 1. Flytskjema for inklusjon av undersøkelser

mindfulness-programmer for rusbrukslidelser, for å se om det var andre undersøkelser som kunne inkluderes. Det primære utfallsmålet for effekt var forskjell mellom MBRP og annen behandling i sannsynlighet for tilbakefall til rusbruk. Sekundære utfallsmål var endringer i mål på rusbruk, rustrang og mål på psykisk helse. Vi tok utgangspunkt i retningslinjer for systematiske litteraturoversikter fra Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) som modell for fremstillingen vår (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & The PRISMA Group, 2009).

RESULTATER

Resultat for søket er vist i figur 1. Vi fant 17 engelskspråklige artikler som beskrev undersøkelse av MBRP for behandling av rusbruksli-

delser. Av disse var det sju undersøkelser som ikke brukte et randomisert kontrollert design. Fem av undersøkelsene brukte kortere versjoner av MBRP. Vi fant også ti artikler som beskrev sekundære analyser som brukte tilleggsdata fra deltakere i tidligere publiserte undersøkelser. Ni av disse var fra to undersøkelser (Bowen, Chawla, Collins et al., 2009; Bowen, Witkiewitz, Clifasefi et al., 2014). En oversikt med referanser for de sekundære analysene og de øvrige undersøkelsene som ikke ble inkludert, kan fås ved henvendelse til førsteforfatter.

De fem undersøkelsene som vi valgte å inkludere, er presentert i tabell 2. I alle undersøkelsene ble MBRP sammenlignet med en aktiv kontrollgruppe som fikk ordinær behandling eller behandling med et

Tabell 2. Randomiserte kontrollerte undersøkelser med MBRP

Referanse	N	Rusmidler	Grupper	Oppfølging	Signifikante resultater
Bowen et al. (2009)	168	Flere	MBRP vs. Ordinær	4 md.	Mindre rusbruk for MBRP i oppfølgingsperioden enn for Ordinær. Større reduksjon for MBRP i rustrang og større bedring i mål på aksept og oppmerksomhet rettet mot bevisst handling.
Bowen et al. (2014)	286	Flere	MBRP vs. RP vs. Ordinær	12 md.	Lavere risiko i tilbakefall til rusbruk i oppfølgingsperioden for MBRP og RP sammenlignet med Ordinær. Færre dager med rusbruk for MBRP ved 12 md. oppfølging enn for RP og Ordinær.
Imani et al. (2015)	30	Opiat med metadon/buprenorfin	MBRP vs. Ordinær	0 md.	Større reduksjon i bruk av rusmidler og større bedring i mål på mindfulness for MBRP etter behandling enn for Ordinær.
Zemestani et al. (2016)	74	Flere	MBRP vs. Ordinær	2 md.	Lavere skåre på depresjon, angst og rustrang for MBRP etter behandling og ved 2 md. oppfølging enn for Ordinær.
Yaghubi et al. (2017)	60	Opiat med metadon	MBRP vs. Ordinær	2 md.	Større reduksjon for MBRP i impulsivitet og større reduksjon i tilbakefall til rusbruk enn for Ordinær.

MBRP (Mindfulness-Based Relapse Prevention): Mindfulness-basert tilbakefallsforebygging
RP (Relapse Prevention): Tilbakefallsforebygging med kognitiv atferdsterapi

annet behandlingsprogram. Alle studiene beskrives som foreløpige undersøkelser eller pilotundersøkelser, med unntak av studien til Bowen og medforfattere (Bowen et al., 2014). To av undersøkelsene ble gjennomført i USA og tre i Iran (Imani, Atef Vahid, Gharraee et al., 2015; Yaghubi, Zargar, & Akbari, 2017; Zemestani & Ottaviani, 2016). Vanlige eksklusjonskriterier for deltakelse i undersøkelsene var psykose, høy selvmordsfare, alvorlig kognitiv svikt/demens og voldsrisiko. Undersøkelsene brukte selvrappport-skalaer, og tre av undersøkelsene brukte også urinprøver (Bowen et al., 2014; Imani et al., 2015; Yaghubi, Zargar, & Akbari, 2017).

Andelen av deltakere som gjennomførte MBRP, varierte fra 83 prosent (Bowen et al., 2009) til 92 prosent (Zemestani & Ottaviani, 2016), det vil si at frafallsrater var på åtte til 17 prosent. I de to undersøkelsene til Bowen og medarbeidere var deltakerne i snitt med på henholdsvis 5,2 og 6 av de åtte samlingene i MBRP (Bowen et al., 2009; 2014). Over 50 prosent av deltakere i disse to undersøkelsene brukte regelmessig øvelser fra programmet frem til 12 måneder etter behandling. Det var høye skåre for hvor meningsfullt og viktig deltakerne opplevde programmet, der blant annet gjennomsnittsskåren på en Likert-skala

for grad av opplevd viktighet (1–10 der 10 var høyest) var 8,3 (Bowen et al., 2009). Ingen av undersøkelsene i denne oversikten rapporterte om uønskede virkninger eller hendelser som følge av deltakelse i MBRP.

Som det fremgår av tabell 2, viser alle de fem undersøkelsene til signifikant større bedring for ett eller flere utfallsmål i favør av MBRP sammenlignet med kontrollgrupper. Dette gjelder både risiko for tilbakefall, rusbruk, rustrang, depresjon, angst, impulsivitet og mål på mindfulness og aksept. De to undersøkelsene til Bowen og medforfattere (2009; 2014) kan nevnes spesielt siden de hadde størst antall deltakere og lengst oppfølgingstid. Deltakerne i den første undersøkelsen var pasienter som først hadde gått gjennom en intensiv behandlingsperiode på to uker (Bowen et al., 2009). De ble deretter randomisert til MBRP eller ordinær behandling med et 12-trinnsprogram. Deltakerne ble fulgt opp med en kartleggingsperiode på 4 måneder etter behandlingen. I løpet av denne perioden så en mindre rusbruk (målt i dager med stoffbruk og/eller høyt alkoholbruk) hos deltakere som hadde deltatt i MBRP, sammenlignet med ordinær behandling. MBRP-deltakerne hadde også større reduksjon i rustrang og bedring i mål på aksept og det å handle med oppmerksomhet enn ordinær behandling. »

I den andre undersøkelsen til Bowen og medforfattere (2014) ble deltakerne randomisert til tre grupper: MBRP, tilbakefallsforebygging med kognitiv atferdsterapi (RP) eller ordinær behandling med et 12-trinnsprogram. Etter behandlingsperioden ble deltakerne fulgt opp i 12 måneder. Resultatene viser at deltakere i MBRP og RP samlet hadde 54 prosent mindre risiko for tilbakefall til stoffbruk og 59 prosent mindre risiko for tilbakefall til stort alkoholbruk sammenlignet med ordinær behandling i oppfølgingsperioden. RP hadde noe lavere risiko for tilbakefall til stoffbruk enn MBRP, men ellers var det ingen forskjell mellom de to gruppene. Ved oppfølging etter 12 måneder hadde deltakerne i MBRP mindre rusbruk sammenlignet med både RP og ordinær behandling. Ifølge forfatterne kunne dette tyde på at langtidseffekten for MBRP var større enn for de to andre intervensjonene.

DISKUSJON

I denne litteraturgjennomgangen om MBRP har vi inkludert fem randomiserte kontrollerte undersøkelser som har brukt standardversjonen av MBRP slik den beskrives i manualen til Bowen og medarbeidere (2011). I alle undersøkelsene ble MBRP sammenlignet med en aktiv kontrollgruppe. Oversikten viser at gjennomførbarheten til MBRP var god når det gjelder andel deltakere som fullførte programmet, som brukte mindfulness-øvelsene også etter at programmet var ferdig, og som opplevde programmet som meningsfullt. Det ble ikke rapportert om uønskede virkninger eller negative hendelser som kunne tilskrives deltakelse i MBRP. Når det gjelder effekt, var det bare én av undersøkelsene som beregnet risiko for tilbakefall i løpet av en oppfølgingstid på 12 måneder, det vil si det utfallsmålet som er mest interessant ut fra målet for MBRP (Bowen et al., 2014). Undersøkelsen viste at selv om deltakerne i MBRP hadde redusert risiko for tilbakefall sammenlignet med ordinær behandling, var ikke risikoen forskjellig fra deltakerne i tilbakefallsforebygging med kognitiv atferdsterapi. Alle undersøkelsene i denne oversikten viser ellers til signifikant større bedring for ett eller flere utfallsmål for MBRP sammenlignet med de aktive kontrollgruppene. Dette gjaldt for rusbruk, rustrang, depresjon og angst, impulsivitet og mål på mindfulness og aksept.

Samlet sett er resultatene for MBRP lovende: Programmet ser ut til å være gjennomførbart, og det er ingenting som skulle tyde på at effekten av programmet er dårligere enn for andre program, men derimot at effekten kan være større for flere mål på rusbruk og psykisk helse. Undersøkelsene har imidlertid klare metodiske begrensninger. De fleste undersøkelsene er gjennomført med få deltakere. Dette er ikke uventet ut fra at MBRP er et relativt nytt program, men videre undersøkelser bør ha flere pasienter i hver behandlingsgruppe for mer robuste mål på effekt. Den korte oppfølgingstiden i fire av undersøkelsene gjør at det ikke er mulig å få et godt mål på hvor effektivt MBRP er med hensyn til tilbakefall til rusbruk. Videre undersøkelser bør ha minimum ett års oppfølgingstid for å kunne si noe om den forebyggende effekten av programmet.

Resultatene fra denne oversikten er i samsvar med andre litteraturoversikter der mindfulness-baserte tilnærminger blir vurdert som lovende i behandling av rusbrukslidelser (Chiesa & Serretti, 2014; Dundas et al., 2013; Grant et al., 2017; Li et al., 2017; Sancho et al., 2018). Som nevnt i metaanalysen til Grant og medarbeidere (2017) var det liten forskjell mel-

lom MBRP og andre behandlingstilnæringer i ulike utfallsmål. Dette er ikke noe nytt i behandling av rusbrukslidelser, der flere undersøkelser tyder på lik effekt for ulike behandlingstilnæringer. Eksempel på dette er Project MATCH, som sammenlignet effekt av tre ulike behandlingstilnæringer for behandling av alkoholavhengighet (se Willenbring, 2010). Det kan være at selv om det ikke er forskjeller på gruppenivå, kan det være forskjeller for undergrupper av deltakere, og en oppgave blir da å kunne identifisere hvilke deltakere som vil ha best utbytte av en spesifikk behandlingsform.

Vi inkluderte kun undersøkelser med randomiserte kontrollerte design. Selv om slike undersøkelser regnes som «gullstandard» innenfor behandlingsforskning, finnes det også begrensninger ved disse. Randomiserte kontrollerte undersøkelser har ofte strikte inklusjonskriterier og selekterte utfallsmål som kan være nokså forskjellige fra det som er vanlig i den kliniske hverdag, og som kan gjøre at den eksterne validiteten med hensyn til klinisk praksis er lav (se Hjelmesæth, 2014). Dersom vi også hadde inkludert undersøkelser som brukte ikke-randomiserte design, kunne vi fått en bredere oversikt over gjennomførbarhet og endringer i mål på rusbruk. Vi valgte også å ikke ta med undersøkelser som brukte kortere versjoner av MBRP, slik det ble gjort i litteraturoversikten til Grant og medforfattere (2017). Dette ble gjort for å avgrense oversikten og fokusere på den standardiserte versjonen. Samtidig var det flere undersøkelser som benyttet kortere versjoner, noe som viser at det for noen deltakergrupper kan være behov for tilpasninger (se Wilson, Roos, Robinson et al., 2017). Ifølge manualen til MBRP kan en tilpasse programmet, men det finnes, etter det vi kjenner til, ikke kortere versjoner som er prøvd ut i flere undersøkelser.

Av praktiske årsaker har vi ikke undersøkt publikasjonsbias, det vil si tendensen til å publisere undersøkelser som viser ønsket effekt. Oversikten drøfter heller ikke teori og mulige virkemekanismer ved MBRP da det blir for omfattende å komme inn på dette her. Vi viser da til egne artikler (Garland & Howard, 2018; Witkiewitz et al., 2014;).

Når det gjelder bruk av MBRP i klinisk praksis, mener vi at det ikke er noe som skulle tale imot å bruke programmet som del av behandling for personer med rusbrukslidelser. Dette forutsetter at den standardiserte versjonen av programmet gjennomføres slik det beskrives i manualen, at de som skal lede programmet, har tilstrekkelig kompetanse, og at programmet passer inn i det øvrige behandlingstilbudet (se Bowen et al., 2011; Grant et al., 2017).

KONKLUSJON

Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet anbefaler å bruke MBRP (Helsedirektoratet, 2015). Denne litteraturoversikten støtter anbefalingen, da undersøkelsene viser til god gjennomførbarhet og effekt på ulike mål på rusbruk og psykisk helse. Samtidig viser oversikten at det er behov for mer forskning med et større antall deltakere i hver behandlingsgruppe, og der oppfølgingstiden er lengre enn ett år. Slike undersøkelser vil kunne gi mer solid kunnskap om effekten av MBRP på tilbakefall til rusbruk. ✘



Videre undersøkelser bør ha minimum ett års oppfølgingstid for å kunne si noe om den forebyggende effekten av programmet

REFERANSER

- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt G.A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. A clinician's guide*. New York: The Guilford Press.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S.E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglass, A., Larimer, M.E., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse, 30*, 295–305. doi: 10.1080/08897070903250084.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S.L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S.H., Carroll, H.A., Harrop, E., Collins, S.E., Lustyk, M.K., & Larimer, M.E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 71*, 547–556.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance Use and Misuse, 49*, 492–512. doi: 10.3109/10826084.2013.770027
- Dundas, I., Ravnanger, K., Vøllestad, J., & Binder, P.E. (2013). Er det forskningsmessig støtte for at oppmerksomt nærvær hjelper ved rusproblemer? *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 50*, 112–115.
- Folkhelseinstituttet (2018). *Psykisk helse i Norge*. Rapport 2018.
- Garland, E.L., & Howard, M.O. (2018). Mindfulness-based treatment of addiction: current state of the field and envisioning the next wave of research. *Addiction Science & Clinical Practice, 13*, 14. doi:10.1186/s13722-018-0115-3
- Grant, S., Colaiaco, B., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Sorbero, M., & Hempel, S. (2017). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Addiction Medicine, 11*, 386–396. doi: 10.1097/ADM.0000000000000338.
- Helsedirektoratet (2015). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Siste revisjon 2017. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>
- Hjelmæsæth, J. (2014). Randomiserte studier – nyttige for hvem? *Tidsskrift for Den norske legeforening, 134*, 1819. doi: 10.4045/tidsskr.14.0968
- Imani, S., Atef Vahid, M.K., Gharraee, B., Noroozi, A., Habibi, M., & Bowen, S. (2015). Effectiveness of mindfulness-based group therapy compared to the usual opioid dependence treatment. *Iranian Journal of Psychiatry, 10*, 175–184.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kirshenbaum, A.P., Olsen, D.M., & Bickel, W.K. (2009). A quantitative review of the ubiquitous relapse curve. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*, 8–17. doi: 10.1016/j.jsat.2008.04.001
- Li, W., Howard, M.O., Garland, E.L., McGovern, P., & Lazar, M. (2017). Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment, 75*, 62–96. doi: 10.1016/j.jsat.2017.01.008.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York, NY: Guilford Press.
- McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P., & Kleber, H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcome evaluation. *JAMA, 284*, 1689–1695.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & The PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic review and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine, 6*, e1000097. doi:10.1371/journal.pmed.1000097
- Sancho, M., De Gracia, M., Rodriguez, R.C., Mallorqui-Bague, N., Sanches-Gonzalez, J., Trujols, J., Sanchez, I., Jimenez-Murcia, S., & Menchon, J.M. (2018). Mindfulness-based interventions for the treatment of substance and behavioral addictions: A systematic Review. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 95. doi: 10.3389/fpsy.2018.00095
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Second edition. New York: The Guildford Press.
- Vøllestad, J. (2018). Mindfulness – en gjennomgang av kunnskapsstatus og relevans for psykologisk behandling. *Scandinavian Psychologist, 5*, e1.
- Willenbring, M.L. (2010). The past and future of research on treatment of alcohol dependence. *Alcohol Research Health, 33*, 55–63.
- Wilson, A.D., Roos, C.R., Robinson, C.S., Stein, E.R., Manuel, J.A., Enkema, M.C., Bowen, S., & Witkiewitz, K. (2017). Mindfulness-based interventions for addictive behaviors: Implementation issues on the road ahead. *Psychology of Addictive Behaviors, 31*, 888–896. doi: 10.1037/adb0000319.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Harrop, E.N., Douglas, H., Enkema, M., & Sedgwick, C. (2014). Mindfulness-based treatment to prevent addictive behavior relapse: Theoretical models and hypothesized mechanisms of change. *Substance Use and Misuse, 49*, 513–524. doi: 10.3109/10826084.2014.891845.
- Yaghubi, M., Zargar, F., & Akbari, H. (2017). Comparing effectiveness of mindfulness-based relapse prevention with treatment as usual on impulsivity and relapse for methadone-treated patients: A randomized clinical trial. *Addict Health, 9*, 156–165.
- Zemestani, M., & Ottaviani, C. (2016). Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention for co-occurring substance use and depression disorders. *Mindfulness, 7*, 1347–1355.

Meninger



FOTO: ARKIV



- Jeg lærte å kjenne et stivnet og autoritært system fra innsiden

Sigmund Karterud, side 44

SELVMORD I PSYKISK HELSEVERN

- Psykiatriens sykdomsmodell må erstattes med psykologiske og humanistiske tilnærminger

Les hovedinnlegget på de neste sidene.

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

DELTA I DEBATTEN

Spaltene er åpne for alle aktører i samfunnsdebatten. Vi ønsker debatt om

aktuelle samfunnstemaer, om behandlingsmetoder, ideologi, fagetikk, utdanning, helsepolitikk og lønns- og fagpolitiske spørsmål. Her kan du starte viktige debatter eller svare på innlegg i tidligere utgaver.

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

HOVEDINNLEGG

Hovedinnlegg i Psykologtidsskriftet er en kronikk om en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 til 8000 tegn inkludert mellomrom.

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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



EXIT

Er det sykdom som dreper?

For å få ned det høye antallet selvmord må det psykiske helsevernet erstatte psykiatriens sykdomsmodell med psykologiske og humanistiske tilnærminger.

DATA FRA NORSK pasientregister og Dødsårsaksregisteret ble nylig koblet sammen. Det avdekket at antallet selvmord blant pasienter i det psykiske helsevernet er mye høyere enn tidligere antatt: I perioden 2008 til 2015 døde i snitt rundt 250 pasienter hvert år; 43 prosent av alle registrerte selvmord i perioden.¹ Det dør altså mer enn én psykiatrisk pasient i selvmord annenhver dag, nesten fem hver uke.

For meg med erfaringer som etterlatt ved selvmord, og som alvorlig traumatisert pasient i akuttpsykiatrien etter å ha mistet mine to nærmeste i selvmord i løpet av et år, overrasker ikke disse tallene.

DET DIAGNOSTISKE BLIKKET

Dagens selvmordsforebygging er i stor grad basert på en biomedisinsk *sykdomsmodell*: Gjennom diagnostisering avdekkes en grunnlidelse, som så behandles for å redusere selvmordsfaren. Det «er sykdommen som dreper», fortalte Fredrik Walby fra Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) det norske folk i Søndagsrevyen 18. november 2018,

da han ble intervjuet i forbindelse med NRKs dekning av selvmord i psykiatrien. Til grunn for påstanden ligger en utbredt oppfatning om at over 90 prosent av dem som begår selvmord, har en diagnostiserbar grunnlidelse (Mehlum 2018: 747. Se også *Nasjonale retningslinjer og Handlingsplan for forebygging*),² med et særlig sterkt fokus på depresjon.

Melums referanse er Cavanagh og kolleger (2003), som er en oversiktsartikkel om psykologisk obduksjon, som ofte brukes som dokumentasjon for påstanden om en underliggende psykisk patologi bak de fleste selvmordene. Grundige analyser har imidlertid funnet omfattende metodiske svakheter ved slike obduksjoner (Hjelmeland mfl. 2012; Leenaars 2017: 147–156).

Ifølge Tarrier og medarbeidere er behandling effektiv når den tar direkte sikte på å redusere selvmordsatferden, ikke når den retter seg mot ulike symptomer som depresjon eller fortvilelse, og der redusert selvmordsatferd betraktes som en sekundær effekt (2008, s. 100).

.....

2. *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Sosial- og helsedirektoratet, 2008: 19; *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017*, Helsedirektoratet 2014:12.

¹ <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/aktuelt/2018/infografikk.html>.



EINAR PLYHN,
etterlatt ved selvmord,
forlagssjef og leder for
Stiftelsen Humania

ILLUSTRASJON
Åshild Irgens

**SELMORD
I PSYKISK
HELSEVERN**



En voksende mengde forskning viser at tilsynelatende godt dokumenterte korrelater i forbindelse med selvmord faktisk er korrelater med selvmordstanker, fordi man ikke har skilt mellom de som har selvmordstanker, og de som forsøker, se May og Klonsky (2016, s. 5–6).

Ut fra foreliggende forskning er et sentralt spørsmål om en tradisjonell diagnostisk tilnærming frembringer «adekvat selvmordsspesifikk kunnskap». Diagnosene er tross alt bare abstrakte konstruksjoner basert på et lite knippe observerte (antatte) dysfunksjoner hos pasienten: Minst fem fra en liste på ti symptomer, som tristhet, rastløshet og søvnvansker med varighet over to uker, er for eksempel tilstrekkelig for en depresjonsdiagnose. Psykiatriske diagnoser reduserer på denne måten stor kompleksitet til noen få karakteristika hos den diagnostiserte. Jeg kan ikke se at dette gir adekvat *selvmordsspesifikk kunnskap* til å kunne håndtere selvmordsfare.

Ifølge Folkehelseinstituttet lider mellom seks og tolv prosent av befolkningen (300 000 til 600 000 personer) av depresjon til enhver tid. Fordi «bare» 614 døde i selvmord i 2016 (nyeste tall), er det således lite ved en depresjonsdiagnose som predikerer selvmord.

Diagnostisering fungerer i somatikken ved å avdekke biologisk patologi som forårsaker plager og symptomer. Det er viktig å filtrere bort alt som ikke er vesentlig, for å stille en diagnose, der objektive biologiske tester, som blodprøver, røntgen, vevsprøver mv., spiller en avgjørende rolle. I psykiatrien der man ikke kjenner biologiske årsaker til lidelsene³, er situasjonen en helt annen.

De psykiatriske diagnosene er utelukkende klassifikasjoner av observert adferd. Ingen av de diagnostiske manualene (ICD og DSM) har fremkommet som resultat av forskningsresultater om psykiske lidelsers etiologi. Ifølge Robert Spitzer, som ledet arbeidet med DSM III – som la grunnlaget for psykiatriens biologiske vending i 1980 – fantes det «lite forskning som underbygger de fleste av de psykiatriske diagnosene» i DSM 3 (Davies, 2016, s. 36). Allan Frances, som ledet arbeidet med DSM 4, slår

.....

3. Hayes mfl. (1996: 1153): «After over 100 years of effort, almost no psychological diseases have been clearly identified. With the exception of general paresis and a few clearly neurological disorders, psychiatric syndromes have remained syndromes indefinitely.»

fast at heller ikke DSM 4 og DSM 5 er særlig mye bedre underbygget av forskning (Frances 2013). Det foreligger derfor ikke objektive tester ved psykiatrisk diagnostisering, bare sjekklister og lignende verktøy, til bruk ved subjektiv registrering og fortolkning.

Ved å redusere pasientens sammensatte liv og personlighet til en antatt grunnlidelse basert på noen få symptomer, er sannsynligheten stor for at de psykiatriske diagnosene filtrerer bort det meste av pasientens levde liv som kan forklare selvmordsfaren.

Når diagnosen er stilt, slik man er pålagt innenfor spesialisthelsetjenesten, utløser det standardisert behandling, som i somatikken. Men det bærer galt av sted hvis man tror at psykiatriske diagnoser gir anvisning for god selvmordsforebygging. Jeg skal illustrere dette med et eksempel – min kones selvmord – på hvor galt det kan gå når man forsøker å forebygge selvmord med fokus på en antatt grunnlidelse.

ET SMERTEFULLT EKSEMPEL

Min kone ble innlagt på en psykiatrisk klinikk etter å ha tilbrakt tre døgn på et somatisk akutt-mottak etter et alvorlig selvmordsforsøk. Hun var en 50 år gammel ressurssterk kvinne som brøt sammen etter å ha blitt utbrent i jobben. Hun hadde ingen forhistorie med psykiske problemer. Til tross for at sammenbruddet var utløst av konkrete psykososiale hendelser, ble disse aldri noe tema i behandlingen. Journalen dokumenterer at behandlerne nesten ikke snakket med henne under det syv uker lange sykehusoppholdet.

Under innleggessamtalen (jeg var med) ble min kone raskt diagnostisert som alvorlig deprimert og umiddelbart satt på antidepressiver, som etter tre uker ble supplert med elektrosjokk (ECT). Da hun etter syv uker fikk et *lite* energiløft, ble hun utskrevet før en helg. Mandag morgen var hun død.

Selv opplevde hun smerten og krisen som et *eksistensielt sammenbrudd* av alt som var viktig for henne: familie, venner, jobb, arbeidskollegaer, ja til og med livet selv. Sykehusets behandling ga henne en ny identitet: hjernesyk. Den terapeutiske «relasjonen» var rent instrumentell; ingen søkte etter innsikt i hennes psyke, i hennes intense smerte, i hva som utløste selvmordsimpulsene, eller annet. Da hun tok sitt liv, var det derfor ingen på klinikken som kjente

henne utover diagnosen, noe klinikken åpenbart mente var tilstrekkelig for å kunne gi henne adekvat behandling.

Det er kritikkverdigg at hun ikke fikk adekvat hjelp. Enda verre at behandlingen gjorde henne mye dårligere. Først ved å omdefinere hennes eksistensielle smerte til hjernesykdom, deretter ved å svekke hennes muligheter til tilfriskning med utelukkende biologiske intervensjoner som sløvet tanker, følelser og initiativ, og økte hjelpeløsheten og håpløsheten.

Behandlingen skjedde på en klinikk solid plantet i norsk psykiatri. Jeg mente behandlingen måtte ha vært uforsvarlig, og klaget. Klinikken mente behandlingen var god, og Helsetilsynet vurderte behandlingen til å være i tråd med norsk standard. Behandlingen ble vurdert som god *fordi* den var i tråd med retningslinjene for behandling av den diagnostiserte grunnlidelsen.⁴ Både klinikken og Helsetilsynet mente åpenbart at det var den diagnostiserte grunnlidelsen som drepte henne.

SELMORDENE BRUKES IKKE TIL LÆRING OG FORBEDRING

Når behandlingen blir ansett som å ha vært god, kan man knapt forvente at behandlingsstedene ønsker å gå inn i krevende vurderinger om det er noe å lære og forbedre etter et selvmord. Den eneste undersøkelsen jeg kjenner til om dette, er da også svært nedslående. En studie av 176 selvmord innrapportert til tilsynsmyndighetene over en toårsperiode, viste at nesten ingen av behandlingsstedene brukte selvmordene til «kvalitetsforbedrende tiltak», for å bruke rapportens terminologi fra 2008.⁵

Vi vet også svært lite om den behandlingen pasientene faktisk får. Få om noen forsker empirisk på dette. Utover opplysningene i Dødsårsaksregisteret (dødsår, antall, alder, kjønn og dødsårsak) vet vi heller ikke mye om dem som fullfører selvmord.

Vi har flere data om de som har selvmordstanker, og de som gjør selvmordsforsøk. Det er mitt inntrykk at disse dataene ofte brukes som om de også gjelder dem som fullfører selvmord, til tross for at de per definisjon tilhører helt ulike grupper. Sammenblandingen tåkelegger og skaper uklarhet, slik også den uspesifikke sekkebetegnelsen «har selvmordstanker» gjør. Svært mange har fra tid til annen tanker, i en eller annen form, om at livet ikke er verdt å leve. Slike tanker sier imidlertid lite om risikoen for selvmord.

HVORDAN BØR VI FORSTÅ OG HÅNTERE SELVMORDSFARE?

Selvmord bør forstås som forsøk på å løse overveldende eksistensielle problemer, der det psykiske smertetrykket har blitt så uutholdelig at det å avslutte livet – utslette egen eksistens – oppleves som løsningen. For å håndtere slike komplekse og sammensatte utfordringer kreves en humanistisk og psykologisk orientert tilnærming, der man går ut over sykdomsmodellen og inn i pasientens eksistensielle livskrise, til det *selvmordsspesifikke*.

Suicidologiens pionerer hadde en slik orientering⁶, som i stor grad har blitt erstattet av psykiatrisk tenkemåte de siste tiårene. Det er mitt

.....

4. Hjelmeland mfl. (2018) viser for øvrig at hele 31 av de 34 anbefalingene i gjeldende retningslinjer ikke bygger på pålitelig dokumentasjon.

5. Rønneberg og Walby (2008) <https://tidsskriftet.no/2008/01/aktuelt/selvmord-hos-pasienter-behandlet-i-psykisk-helsevern>

6. Nestoren var Edwin Shneidman. Se f.eks. Shneidman (1995) og 2001).



Det bærer galt av sted hvis man tror at psykiatriske diagnoser gir anvisning for god selvmordsforebygging



håp at psykologer⁷, psykiatere og annet helsepersonell reorienterer seg mot humanistiske og psykologiske tilnærminger. Det vil redde liv.

Et eksempel på en slik tilnærming er *Collaborative Assessment and Management of Suicidality* (CAMS), utviklet over mange år av psykologiprofessor David A. Jobes og medarbeidere i «The Suicide Prevention Laboratory» ved The Catholic University of America, Washington DC (Jobes, 2016).

CAMS er et fleksibelt terapeutisk rammeverk for selvmordsspesifikke vurderinger og behandling av selvmordsrisiko, som kan brukes på tvers av teoretiske orienteringer og disipliner for et bredt spekter av selvmordsnære pasienter. Det kreves at behandler og pasient går inn i en interaktiv vurderingsprosess, der pasienten deltar aktivt i utviklingen av egen behandlingsplan. Behandleren søker å forstå pasientens lidelse fra et empatisk, ikke-fordømmende og intrasubjektivt perspektiv, for så langt som mulig å forstå pasientens psykiske smerte og kamp slik den oppleves av den selvmordsnære selv. Psykiatriske diagnoser spiller en helt underordnet rolle, og man forsøker så langt som mulig å unngå innleggelse i sykehus. Selv ved akutt selvmordsfare!⁸

Internasjonalt er CAMS i ferd med å bli et av de best dokumenterte oppleggene for vurdering og håndtering av selvmordsatferd. Til tross for dette får man ingen treff på CAMS på nettsidene til Helsedirektoratet eller Folkehelseinstituttet. På nettsidene til Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (NSSF) får man to treff. Det ene viser til en side i Årsmeldingen for 2008. Det andre til et referat fra en konferanse i Belgia i september i år (2018). Det er imidlertid interesse for CAMS i enkelte norske fagmiljøer, og det er ventet at resultatene fra en norsk randomisert studie snart blir publisert. Den sammenligner CAMS med

tradisjonell behandling, og er gjennomført i Vestre Viken HF.

I tillegg til CAMS finnes det også andre interessante og godt dokumenterte behandlingsopplegg med lignende innretning, for eksempel *Brief Cognitive-behavioral Therapy* (BCBT) (Bryan og Rudd, 2018). I Norge synes *Basal eksponeringsterapi* (BET) å være særlig lovende. BET er et behandlingstilbud til pasienter med alvorlige og sammensatte psykiske lidelser preget av selvmordsforsøk, hyppig selvskading, hørselshallusinasjoner, vrangforestillinger, spiseforstyrrelser og dissosiasjon. Behandlingen er utviklet over snart 20 år i Vestre Viken HF av psykologspesialist Didrik Heggdal og medarbeidere.

MEDMENNESKER I EKSISTENSIELL KRISE

Skal vi kunne hjelpe, må selvmordsnære møtes som medmennesker i eksistensiell krise. Det gjør vi ikke med diagnoseutredninger av antatte underliggende grunnlidelser, for så å behandle disse som primærårsak til selvmordsatferden. Heller ikke ved å medisinere antatt kjemisk ubalanse i hjernen.⁹ Innskjerpning av svakt dokumenterte behandlingsretningslinjer eller å bygge glattcellepregete – såkalte selvmordssikre – avdelinger, som det har vært betydelig fokus på i forbindelse med NRKs dekning av selvmord i psykiatrien den siste tiden, er heller ikke løsningen. Skal vi få ned antallet selvmord, må behandlerne leve seg inn i den selvmordsnæres eksistensielle meningssammenbrudd med et empatisk, ikke-fordømmende og intrasubjektivt perspektiv, for så langt som mulig å forstå den psykiske smerten og kampen slik den oppleves av den selvmordsnære selv. Først da kan man gi kvalifiserte hjelp. ✕

.....

7. «Syndroma classification is in many ways foreign to psychology, because it tends to ignore the developmental, functional, contextual approach to behavior that is characteristic of much of our discipline» Hayes mfl. (1996: 1163).
8. Den ideelle stiftelsen Humania arrangerte 13. september i 2017, i samarbeid med LEVE – Landsorganisasjonen for etterlatte ved selvmord – en dagskonferanse om selvmordsforebygging med Jobes som hovedinnleder. Videoer av hans presentasjon gir en fin innføring i CAMS og ligger gratis ute på stiftelsens nettsider: www.stiftelsenhumania.no.

.....

9. Til tross for at det aldri har vært fremlagt noe pålitelig dokumentasjon, har myten om at psykiske lidelser skyldes en kjemisk ubalanse i hjernen, og at hjernen kan medisineres i balanse, spredt seg bredt over flere tiår både blant fagfolk og i allmennheten. *American Psychiatric Association* publiserte i 2005 en informasjonsfolder som de kalte «Let's talk facts about depression», der det het: «Antidepressants may be prescribed to correct imbalances in the levels of chemicals in the brain.» Daværende leder i Norsk psykiatrisk forening sa i NRK Ekko 31. mai 2016 at antipsykotika retter opp en ubalanse i signalstoffene i hjernen. 10. januar 2018 påsto en psykiater i samme programpost at det i bunnen av psykoser lå en kjemisk ubalanse (Kolstad 2019). Så mytene lever videre!

REFERANSER

- Bryan, C.J. og Rudd, M.D. (2018) *Brief Cognitive-behavioral Therapy for Suicide Prevention*. New York: The Guildford Press.
- Cavanagh, J.T.O. mfl. (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 3 (33), 395–405.
- Davies, J. (2016) *Sammenbrudd. Hvorfor psykiatri gjør mer skade enn gagn*. Oslo: Abstrakt forlag
- Frances, A. (2013) *Saving Normal: An Insider's Revolt Against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York: William Morrow.
- Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017*, Helsedirektoratet, 2014.
- Hayes, SC mfl (1996) Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6 (64), 1152–1168.
- Hjelmeland H. mfl. (2012) Psychological Autopsy Studies as Diagnostic Tools: Are They Methodologically Flawed? *Death Studies*, 36 (7), 605–626.
- Hjelmeland H. mfl. (2018) Retningslinjer forebygger ikke selvmord. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 10. doi: 10.4045/tidsskr.18.0349
- Jobses, David A. (2016) *Managing Suicidal Risk. A Collaborative Approach*. 2. Edition. New York: The Guilford Press.
- Kolstad, A. (2019) Ny kunnskap om hjernen og genene – konsekvenser for behandling av psykiske lidelser, i Kolstad, A. og Kogstad, R. (red.) *Grunnlagsproblemer i vitenskapene om mennesket*. Under utgivelse.
- Leenaars, A. (2017) *The Psychological Autopsy. A road-map for Uncovering the Barren Bones of the Suicide's Mind*. New York: Routledge.
- May, A.M. & Klonsky, E.D. (2016) What Distinguishes Suicide Attempters From Suicide Ideators? A Meta-Analysis of Potential Factors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, (23), 5–20.
- Mehlum, L. (2018) Selvmord og selvmordsforsøk, i Malt, U.F. mfl. (red.) *Lærebok i psykiatri*. 4. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. Sosial- og helsedirektoratet, 2008.
- Rønneberg, U. og Walby, F. (2008) Selvmord hos pasienter behandlet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2008/01/aktuelt/selv-mord-hos-pasienter-behandlet-i-psykisk-helsevern>.
- Shneidman, E. (1996) *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press.
- Shneidman, E. (2001) *Comprehending suicide: Landmarks in 20th century suicidology*. Washington, DC: American Psychological Press.
- Tarrier mfl. (2008) Cognitive-Behavioral Interventions to Reduce Suicide Behavior. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Behavior Modification*, 1 (32), 77–108.

Debatter

Ikke gylne tider

Annerledes Muligens må også resultatene av behandlingen vurderes annerledes i psykisk helsevern enn i somatikken. Det er forskjell på å «bli frisk» fra en ruslidelse, og på en brukket arm eller et ben. Helt sikkert er det at makten i spesialisthelsetjenesten må vektes annerledes enn i dag dersom vi skal ha en reell mulighet til å innfri Den gylne regel. Dersom ledergruppene består av personer med ansvar for somatikken, vil de nødvendigvis «levere» på de parametrene man blir målt på.

Fra Markus Moes leder i Dagens Medisin 11. desember

Merkutt – Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling kuttes mer enn andre helsetilbud. Med rammefordelingen foreslått i budsjett 2019, vil ikke Helse Møre og Romsdal klare Den gylne regel: større vekst i psykisk helsevern og rusbehandling enn somatikk.

Siri Næs til Romsdals Budstikke 15. desember

Avtalesatsning – Selv om avtalespesialister er en del av spesialisthelsetjenesten, telles deres ventetider og aktivitet ikke inn under Den gylne regel – og den satsningen vi har gjort her vises derfor ikke.

Henrik Sandbu til Dagens Medisin 16. desember

Ikke juks Nasjonale tall fra Samdata-rapporten for spesialisthelsetjenesten for 2017 viser at antall polikliniske konsultasjoner i perioden 2013-2017 har økt med 28,5 % for psykisk helsevern for voksne, 10,4 % for psykisk helsevern for barn og unge og 33,6 % for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Helse- og omsorgsdepartementet er ikke kjent med at det foregår juks i forbindelse med rapporteringen.

Bent Høie svarer Kjersti Toppe, Stortinget.no, 17. desember

Tyst Nok en gang svarer @BentHHøyre med vekst i «antall polikliniske konsultasjoner» som utkvittering av den gylne regel i #psykisk helse – selv om ALT har skjedd ved effektivisering, ikke økte ressurser. Fem ganger høyere vekst i somatikk er det tyst om,

Tor Levin Hofgaard kommenterer Høies svar til Toppe på Twitter, 17. desember kl 14:19

Psykoanalyse og vitenskap

Noen begreper tilhører en meningsdimensjon og er avhengige av vår subjektivitet for å være virksomme.



**JON MORGAN
STOKKELAND,**

psykiater, dr.philos.,
Stavanger
universitetssykehus.

PSYKOANALYSEN

EN IRE KOMMER over to slåsskjemper i durabel kamp, og spør høflig: «Is this a private fight, or is it possible to join in?» Hverken Siri Gullestad eller Sigmund Karterud trenger assistanse, professorene slår godt fra seg på egen hånd. Likevel er det fristende å blande seg litt, da temaet er spennende.

Jeg satte stor pris på Gullestads (2018a) artikkel om seksualitet i septembernummeret, og stusset over Karteruds (2018) påfølgende kritikk. Hans korte tekst er innholdsrik, jeg vil bare kommentere ett av punktene i den. Det gjelder ankepunktet om at driftsteorien til Freud etter over hundre år sies å mangle empirisk belegg, og at man ikke har greid å lokalisere libido som en målbar størrelse i hjernen. Som Gullestad (2018b) påpeker, er det faktisk dem som mener å ha kommet i nærheten av å finne et anatomisk-fysiologisk korrelat til Freuds driftsbegrep (Stoléru, 2014, i Gullestad, 2018a)¹. Hun skriver videre at begrepet empiri ikke må tolkes for snevert. Jeg er hjertens enig, og vil si det mer radikalt: Det er en misforståelse av Freuds driftsbegrep, og dertil en vitenskapsfilosofisk misforståelse, å skulle prøve å bevise eller falsifisere det som en målbar størrelse.

MENINGSDIMENSJONEN

Visse fenomener i psykologien og psykiatrien lar seg kvantifisere, de lar seg telle, måle eller veie. Vi kan se dem på fMRI, i mikroskop eller ved hjelp av annen apparatur. Dette er fenomener som vi kan klassifisere som tegn, f.eks. neurotransmittorer eller hormoner. Disse er entydige og opererer etter et enkelt ja/nei-system, de lar

seg objektivisere. Andre fenomener – Freuds driftsbegrep hører med blant dem – må vi plassere på et symbolsk nivå (Stokkeland, 2004). De tilhører en *meningsdimensjon* og er avhengige av vår subjektivitet for å være virksomme. De lar seg ikke telle, måle eller veie, de lar seg ikke fange inn av en instrumentell fornuft. Freud skriver i 1933: «Driftslæren er så å si vår mytologi. Driftene er mytiske vesener, veldige i sin ubestemmelighet. Vi kan i vårt arbeid ikke se vekk fra dem et eneste øyeblikk, og vi er aldri sikre på å se dem skarpt» (s. 101, min oversettelse).

På dette tidspunktet snakket Freud (f.eks. 1920/1983) like gjerne om Eros som om libido. Det er snakk om begreper som er beskrivende, som er ment å nærme seg noe som er sammensatt og vanskelig avgrensbart. Vi kan gjerne la nevrovitenskapene *informere* vår forståelse av slike fenomener, men å tilordne disse en slags epistemologisk kongestatus i denne forbindelse blir litt som å skru fra hverandre et piano for å fange musikkens vesen. Som en kontrast minnes jeg komponisten Alban Berg, som skriver til sin kone i 1912, ett år etter Gustav Mahlers død:

Jeg har nok en gang spilt gjennom Mahlers 9. symfoni. Første sats er det aller herligste Mahler har skrevet. Det er uttrykk for en uført kjærlighet til denne jord, lengselen etter å leve i fred med naturen, å kunne nyte den til fulle, til hennes dypeste dybder – før Døden kommer. For den kommer, uunngåelig. Hele denne satsen er grunnlagt på et forvarsel om døden» (Karajan, 1985, min oversettelse).²

2. Sitatet på tysk: «Ich habe wieder einmal die IX. Mahler-Symphonie durchgespielt. Der erste Satz ist das Allerherrlichste, was Mahler geschrieben hat. Es ist der Ausdruck einer unerhörten Liebe zu dieser Erde, die Sehnsucht, in Frieden auf ihr zu leben, sie, die Natur, noch auszugenießen bis in ihre tiefsten Tiefen – bevor der Tod kommt. Denn er ist unaufhaltsam. Dieser ganze Satz ist auf die Todesahnung gestellt.»

1. For meg er denne ambisjonen om å bygge en sømløs bro mellom hjerne og sinn, uttrykt bl.a. av Mark Solms (Kaplan-Solms & Solms, 2000, s. 55), en halsløs gjerning. Det er som å bygge en bro mellom fastlandet og rentefoten, mellom to fenomener som befinner seg på ulike ontologiske nivåer.

Dette er Eros. Men hvor er denne erosen, denne driften hen? I notene i partituret? (Når Berg skriver *spilt gjennom*, mener han antageligvis at han har lest gjennom partituret og hørt det for sitt indre øre.) I Bergs hjerne? I Mahler, som er død? I ordene i brevet til kona? I orkesteret? Neppe det siste, musikken har på dette tidspunktet ennå ikke blitt til tonende klang i noen konsertsal. Likevel er det virkelighet vi snakker om her. Freuds driftsbegrep hjelper oss til å få øye på virkelige fenomener i møte med levende pasienter, slik Gullestad så fint har beskrevet i sin tekst.

ET ØNSKE TIL UNIVERSITETSMILJØENE

Det er mulig Karterud egentlig erter mer enn han slås i sin kommentar. Og når han gir et lite innblikk fra sin kliniske praksis, da viker min skepsis for respekt og beundring. Likevel er spørsmålene alvorlige nok, og de burde egentlig være et tilbakelagt stadium i dag.

Allerede på 1950-tallet hjalp filosofen Hans Skjervheim (1957) oss til å sortere ut de vitenskapsfilosofiske problemene som møter oss her. Og Arne Johan Vetlesen og Erik Stänicke (Vetlesen og Stänicke, 1999; Stänicke og Vetlesen, 2002) arbeider rundt årtusenskiftet klargjorde sammenhengene enda tydeligere. I praksis er det likevel slik at når det gjelder penger og makt innenfor våre fagfelt, da er det langt lettere å vinne frem om man har tall å slå i bordet med. Dette er en ulykke for faget, da så mange av de fenomenene vi ønsker å forstå, ikke lar seg tallfeste.

Avslutningsvis derfor et ønske om at man på noen av de psykologiske eller psykiatriske instituttene ved universitetene kunne opprette en underavdeling der man hadde et ekstra blikk for slike fenomener som vi med en samlebetegnelse kunne kalle *filosofisk antropologi* (Stokkeland, 2011). Et slags senter for subjektivitetsforskning, gjerne som en møteplass mellom psykoterapeuter, filosofer og litteraturvitere – slike som ennå ikke har fått dilla på tall. ✕



Freuds driftsbegrep hjelper oss til å få øye på virkelige fenomener i møte med levende pasienter

REFERANSER

- Freud, S. (1933). Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, Vol. 15 i Freud, S. *Gesammelte Werke*, 3–170. Imago Publishing Co., Ltd., London.
- Freud, S. (1983). Hinsides lystprincippet. I *Sigmund Freud: Metapsykologi 2*, oversatt og redigert av Ole Andkjær Olsen og Simo Køppe, 29–34. Opprinnelig verk utgitt 1920. København: Hans Reitzels Forlag.
- Gullestad, S.E. (2018a). Psykoseksualitet er et grunnmotiv. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55, 12, 1138–1141.
- Gullestad, S.E. (2018b). Seksualitet i et psykoanalytisk perspektiv. Et forsvar for drift og begjær. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55, 9, 806–821.
- Kaplan-Solms, K. & M. Solms (2000). *Clinical studies in Neuro-Psychoanalysis*. London: Karnacbooks
- Karajan, H. (1984) Mahler. Symphonie nr. 9. DG. CD-plate.
- Karterud, S. (2018). Psykoanalysen mangler emosjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55, 11, 1034–1037.
- Skjervheim, H. (1957). Deltakar og tilskodar. I Skjervheim, H. (1976). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Johan Grundt Tanums Forlag.
- Stokkeland, J.M. (2004). Mennesket som selvførtolkende vesen. *Psyke & Logos*, 2, 762–801.
- Stokkeland, J.M. (2011). *Å gi og å ta imot. Donald Meltzers psykoanalytiske tenkning i tradisjonen fra Melanie Klein og Wilfred Bion*. Doktoravhandling, Universitetet i Tromsø.
- Stänicke, E. & A.J. Vetlesen (2002). Bruken av hermeneutikk i norsk psykoanalytisk debatt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 39, 208–217
- Vetlesen, A.J. & E. Stänicke (1999). *Fra hermeneutikk til psykoanalyse*. Oslo: Gyldendal.

Omkamp om libidoteorien?



Libidoteorien har en enestående plass i psykoanalysens historie.

Den vekker fortsatt følelser.

**SIGMUND
KARTERUD,**
professor i psykiatri

PSYKOANALYSEN

SIRI GULLESTAD OG jeg har i *Psykologtidsskriftet* en debatt om betydningen av drift for personlighetsteori og psykoanalytisk psykoterapi (Gullestad, 2018a; Karterud, 2018). Vi er enige i mye, la det være sagt, men i prinsipielle debatter bør ting settes på spissen. Når jeg i mitt første innlegg bruker en litt provoserende og ironisk overskrift som «Psykoanalysen mangler emosjoner», er det selvsagt en *gyldig teori* om emosjoner jeg mener.

Jeg mener det er dekning for den påstand at i et historisk perspektiv har den psykoanalytiske driftsteorien skygget for en gyldig emosjonsteori. Og Gullestads svar synes jeg bekrefter min påstand. Hun fremhever «psykoseksualitet» som «grunnmotiv» og snakker vekselvis om «lystsøkende drift» og «seksuell lystsøken». I bunn og grunn er det *libidoteorien* det handler om. Forskjellen mellom oss ser ut til å være denne: Gullestad anser libidoteorien for å være nyttig (og sann?), mens jeg mener den er feilaktig og villedende og må dekonstrueres. Gullestad ser ut til å mene at barns lystsøkende adferd og voksen seksualitet kan tilbakeføres til en og samme kilde. Jeg hevder det dreier seg om forskjellige emosjonelle systemer. Spissformulert: Barns lyst er dopamindrevet, mens voksen seksualdrift er betinget av seksualhormoner.

Utgangspunktet for Gullestads første artikkel var en bekymring for at den «relasjonelle vending» i psykoanalysen som nedprioriterte «psykoseksualitet som grunnmotiv» kunne «medføre tap av kompleksitet på teoretisk så vel som klinisk nivå». Hun viste blant annet til en studie av Fonagy (2008), som fant at referanser til seksualitet i psykoanalytiske tidsskrifter hadde sunket radikalt med årene. Om dette er problematisk, kommer an på øynene som ser. Nyere psykoanalytiske artikler har kanskje andre sider ved seg som gjør dem vel så teoretisk og klinisk komplekse, om de ikke refererer eksplisitt til seksualitet. Gullestad frykter at

tapet av «driftstanken» skal fremme en «relasjonell reduksjonisme».

SEKSUALITET, PARRELASJONER OG LIBIDO

Ved et pussig sammentreff brakte siste nummer av tidsskriftet et «case» som kan illustrere vårt tema. Jeg sikter til Eivind Normann-Eides intervju med Sissel Gran om Agnar Mykles roman *Lasso rundt fru Luna* (Normann-Eide, 2018). Det er et flott intervju, der seksualdriften og parrelasjoner i høyeste grad er i fokus, i lys av mentaliteten på 1950-tallet. Det er komplekst så det holder. Det gjelder den tilknytningsskadede romanhelten Ask Burlefot, som herjes av sitt seksuelle begjær, men ikke klarer å behandle kvinnene han møter, med kjærlighet og respekt. Slik jeg kjenner Eivind Normann-Eide og Sissel Gran, er det ikke libidoteorien som organiserer deres forståelse av menneskets personlighet. Men det forhindrer dem ikke, med utgangspunkt i Agnar Mykle og Ask Burlefot, å samtale dypt, komplekst og personlig om seksualitet, begjær, angst for nærhet, gjentakelsestvang, tomhet, skam, vitalitet, m.m. Libidoteorien er rett og slett ikke nødvendig for å italesette disse temaene. Med andre ord, Gullestads bekymring over «relasjonell reduksjonisme», som ikke har plass for seksualdriften, synes å være overdreven.

Sissel Gran er imponerende åpen om sin egen bakgrunn. Jeg tar opp hansken og vil si litt om hvorfor jeg er spesielt sensitiv med hensyn til libidoteorien. Libidoteorien var jo det «sted» der slaget sto i sin tid mellom «klassisk» og «relasjonell» psykoanalyse. Det var ikke bare snakk om en abstrakt teoretisk formulering. Det handlet om hele personlighetsteorien og om helt sentrale terapeutiske holdninger. Stikkord er «en-persons-» versus en «to-persons-psykologi». Ikke minst handlet det om intersubjektivitet. I vår tid tar vi det som en selvfølge at selvet er intersubjektivt i sitt vesen, at selvutvikling er betinget av tilknyt-



BEGJÆR Eros med sine piler er den greske guden for sanselig kjærlighet og begjær, det mange også kaller libido. Bilde: *The Victory of Eros* av Angelica Kauffmann (1741-1807) / The Met.

ningspersonenes intersubjektive kompetanse, og at voksen fungering er intersubjektivt krevende. I intersubjektiv fungering veksler individet mellom implisitt og eksplisitt mentalisering av selv og andre, og dette kan være mer eller mindre vellykket.

En slik forståelse var fremmed for en-persons-psykologien. Måten en analytiker oppførte seg på i terapirommet, såfremt han/hun var «nøytral», var i prinsippet likegyldig. Pasienter skulle akseptere og underordne seg denne rammen på samme måte som analytikere og kandidater måtte underordne seg en hierarkisk og autoritær organisering av psykoanalytiske institutter. Slik var det også internasjonalt. På grunn av innflytelsen fra Wilhelm Reich på 1930-tallet var det norske psykoanalytiske instituttet ansett som suspekt, og det måtte gjennom en periode med streng kontroll fra International Psychoanalytic Association etter siste verdenskrig. Driftsteorien var en del av dette maktapparatet. Den var trolig det viktigste organiserende prinsipp som holdt bevegelsen sammen.

Den relasjonelle vending ble kjempet frem av analytikere som opponerte mot dette, ofte med høye personlige omkostninger. Det var 1) en teoretisk kamp, 2) en kamp om terapeutiske holdninger, og 3) en kamp mot et autoritært opplæringsystem.

EGNE ERFARINGER

Jeg fikk selv merke dette på kroppen. Jeg begynte som kandidat ved Norsk psykoanalytisk institutt i 1980. Som litt rufsete og opposisjonell freudo-marxist med antiautoritær bakgrunn fra 1968 var jeg nok ingen ønskekandidat for instituttet. I tillegg var jeg forskningsstipendiat med emosjonalitet og W.R. Bions gruppeteori som tema. Underkastelse har aldri vært min melodi, og det er mulig jeg var plagsom på teoriseminarene og hadde en livsstil som irriterte noen. I psykoanalytisk utdanning ble vi den gang tildelt to erfarne analytikere som skulle følge oss med intervjuer om faglig og personlig progresjon. Jeg husker spesielt det andre intervjuet. Denne analytikeren husket meg ikke igjen fra forrige gang, men da det omsider gikk opp for henne at det var meg, sa hun: «De har forandret Dem.» Det ble et kjølig intervju. Jeg mislikte sterkt at hun ikke kunne ta ansvar for sin egen glemsel og måtte attribuere det til meg. Men det kunne jeg jo ikke si. Jeg var avhengig av hennes godkjenning. Det emosjonelle som foregikk mellom oss, gikk fullstendig under jorden. Her var det ikke mye intersubjektiv utforskning. Verre ble det da samme analytiker neste gang, etter nærmere 4 års analyse, for andre gang nektet å godkjenne meg for opptak på videregående kurs. Da ble en tredje analytiker oppnevnt til å foreta en «second opi-»



Jeg erfarte klassisk analyse på kroppen, lærte teorien og lærte å kjenne et stivnet og autoritært system fra innsiden

nion». Det var på vinteren, kaldt og guffent. Jeg hadde kommet for tidlig, satt i bilen med motoren i gang utenfor huset hennes, men tenkte at hun kanskje hadde venteværelse og ringte på. Ingen svarte. Tiden gikk, men jeg så ikke at det kom noen til huset. Litt i villrede ringte jeg på, på nytt, og idet hun åpnet døren, sa jeg litt overrasket: «Så du er hjemme, jeg ringte på for et kvarter siden.» Hun tok et skritt tilbake og sa: «Vi hadde en avtale klokken halv fem, hadde vi ikke?» Det ble ikke spesielt hjertelig dette intervjuet heller, og jeg skjønte med en gang at her røk min psykoanalytiske utdanning. Jeg kunne riktignok fortsette i min personlige analyse på ubestemt tid, men uten noen garantier for å komme videre og uten noen begrunnelse for hva som var «galt». Det var helt Kafka. Jeg ga opp. Her var jeg åpenbart ikke ønsket. Her ville de ha personer som kunne kunsten å underkaste seg og svelge kameler og benekte eget sinne over å bli behandlet ovenfra og ned.

Fire års egenfinansiert psykoanalyse for en lavtlønnet forskningsstipendiat var bortkastet. Skjønt helt bortkastet var det ikke. Jeg erfarte klassisk analyse på kroppen, lærte teorien og lærte å kjenne et stivnet og autoritært system fra innsiden. Når Kernberg senere skrev en sterk kritikk av psykoanalytiske institutter, kunne jeg nikke gjenkjennende (Kernberg, 2014). Viktigst den gangen var at jeg hadde noe å sammenligne med. Dette var på begynnelsen av 1980-tallet, og den kritiske litteraturen som allerede hadde kommet, med Heinz Kohut og medarbeidere i spissen og som innevarslet nettopp den relasjonelle vending, gjorde spesielt inntrykk på meg på grunn av mine personlige opplevelser (Kohut, 1977). Da jeg tok kontakt med den selvpsykologiske bevegelsen og

senere gikk i analyse i USA hos Kohuts arvtaker, Paul Ornstein, var opplevelsen ganske annerledes. Det handlet om å bli møtt med interesse, respekt og empati. Og at psykoanalytisk psykoterapi er et intersubjektivt prosjekt der vi gjør noe sammen. Jeg viste min respekt tilbake ved å skrive to bøker om selvpsykologi og ved å opprette Forum for selvpsykologi i Oslo.

OMKAMP ELLER SORGPROSESS?

På denne måten var jeg sterkt involvert i den relasjonelle vending. Jeg skal innrømme at da Siri Gullestad i sin første artikkel ønsket seg mer drift og formulerte seg nedsettende («mer overflatisk klinisk forståelse»; Gullestad, 2018b, s. 808) om ikke-driftsbasert psykodynamisk psykoterapi og i tillegg argumenterte som om hele oppgjøret om driftsteorien ikke var gyldig, følte jeg et gufs. Er vi der igjen? Er det en *omkamp* Gullestad vil ha? Nå betyr Gullestad at hun ikke vil tilbake til Freud i «ikke-relasjonell» forstand. Hun vil ha en syntese, både drift og relasjon. Det er etter min mening fullt mulig, ved å akseptere seksualdriften slik den vokser frem i puberteten som et hormonbetinget emosjonelt system. Men det er ikke dette Gullestad vil ha. Gullestad synes å ville *ha tilbake libidoteorien*. Og det er da jeg spør, finnes det noen ny empiri som tilsier at denne teorien, som ble forkastet av de fleste gjennom den «relasjonelle vending», nå bør vurderes i nytt lys? Når jeg ikke finner referanse til det, lurar jeg på om det er en stanset sorgprosess det handler om. Det kan være forståelig. Det er vondt å gi opp en skattet forestilling som ga dypere mening til psykoanalytisk samtale, og som var et organiserende prinsipp som bandt kolleger sammen. ✕

REFERANSER

- 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.
- Gullestad, S. (2018a). Psykoseksualitet er et grunnmotiv. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(12), 1138–1141.
- Gullestad, S. (2018b). Seksualitet i et psykoanalytisk perspektiv. Et forsvar for drift og begjær. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(9), 806–821.
- Karterud, S. (2018). Psykoanalysen mangler emosjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(11), 1034–1037.
- Kernberg, O. (2014). The Twilight of the Training Analysis System. *Psychoanalytic review*, 101(2), 151–174.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Normann-Eide, E. (2018). Lassoen, friheten og buret. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(12), 1148–1158.

- Madsen bommer på kritikken

Jeg ser ikke mye galt i å hjelpe folk til å tenke annerledes så lenge folk opplever det nyttig i situasjoner som kan være litt vanskelige.



PSYKOLOGTIDSSKRIFTET HAR BEDT meg om en kommentar til Ole Jacob Madsens kritikk av Psykologisk førstehjelp i forbindelse med NÅ-intervjuet de har med ham rundt hans nye bok. Det er litt uklart for meg hva Madsen mener med det han sier i intervjuet. Det kan virke som han ikke liker at flere skoler tar i bruk Psykologisk førstehjelp eller andre psykososiale programmer som har til hensikt å hjelpe barn til å utvikle mestringsstrategier. Selv synes jeg det er positivt at psykologisk kunnskap spres bredt og ikke forbeholdes noen få skoler i de rikeste og mest velfungerende kommunene.

Andre deler av kritikken er også noe kryptisk, men jeg oppfatter at Madsen er kritisk til å prøve å påvirke emosjonelle reaksjoner gjennom fokus på tankeinnhold. Jeg ser ikke mye galt i å hjelpe folk til å tenke annerledes så lenge folk opplever det nyttig i situasjoner som kan være litt vanskelige. Jeg tror ikke det er noen fare for at Psykologisk førstehjelp skal gjøre det slutt på lidelse her i verden, hverken i Norge eller her i flyktningleirene for syrere i Libanon, der jeg i skrivende stund befinner meg. Den eksistensielle betydningen av følelser og lidelse er store og viktige tema, men ikke noe Psykologisk førstehjelp kan eller skal gi svar på. Når angst herjer et barnesinn, er man ikke nødvendigvis opptatt av den eksistensielle siden ved smerten. «Hva kan jeg gjøre her og nå for å redusere plagene?» er nok en mer nærliggende tanke. Etter å ha sett barn bli livredde av helikopter i fredssoner, og bli ridd av marer nattestid, er det å være opptatt av hvordan redusere angstsymptomer og forebygge utvikling av psykiske lidelser både fint og lurt, synes jeg.

Uro og nedstemthet kan henge sammen med mye og forklares av mangt. Noen ganger kan det selvsagt være opprettholdt av ytre forhold som det da er viktig å ta tak i. Dersom Madsen er bekymret for at Psykologisk førstehjelp skal medføre at vi ikke tar tak i sider ved barn og unges livssituasjon, tror jeg kanskje bekymringen er noe overdrevet.

Fra de innblikkene jeg har fått gjennom bruk av Psykologisk førstehjelp i skoler, helsestasjoner og barnehus, har jeg sett at metoden har vært til hjelp for å kartlegge både situasjoner barnet opplever som vanskelig, og barnets følelser og tanker i disse situasjonene. Noe av hensikten med Psykologisk førstehjelp i skolen er å tematisere vanlige, vanskelige opplevelser og tilhørende følelser og tanker, og slik hjelpe barna til å oppdage det allmenne i å streve. Jeg synes gode skoler skal hjelpe barn til dette, og til å gi barn og unge tro på at det kanskje finnes en vei ut av en vanskelig situasjon, at det er lurt å søke støtte, tørre å snakke om det man kaver med. Men forholdet mellom «ytre» og «indre» årsaker er et viktig tema. Å gjøre alle vansker personlige er en farlig vei å gå.

Jeg leser i intervjuet at Madsen har skaffet seg personlig trener. Det har jeg selv også hatt, og det syntes jeg var nyttig og gøy! Som barn syntes jeg som de aller fleste andre i klassen at gym var det morsomste faget. Skolegym er vesentlig billigere enn personlig trener til alle. På samme måte har jeg tro på å sette følelser og tanker på timeplanen for å fremme psykisk helse for alle. Det står ikke i motsetning til å ta tak i ytre utløsende og opprettholdende årsaker. Og det betyr ikke at man ikke også kan undres på meningen med livet. Kos deg med treningen, Madsen! ❌

SOLFRID RAKNES,
psykologspesialist

**PSYKOLOGISK
FØRSTEHJELP**

- Vi forfekter ikke et spesifikt faglig syn

Det er ingen motsetning mellom kvalitet i behandling og pasientsikkerhet



JAN FREDRIK ANDRESEN, direktør ved Statens helsetilsyn og **EWA NESS**, seniorrådgiver ved Statens helsetilsyn

**SELMORD
I PSYKISK
HELSEVERN**

VI SYNES DET er positivt at en av våre tilsynsrapporter vekker interesse og diskusjon blant fagfolk («Faglig motmæle mot Helsetilsynet», desemberutgaven av Psykologtidsskriftet). Statens helsetilsyns mandat og rolle er å undersøke hvorledes tjenestene oppfyller sine forpliktelser i henhold til helselovgivningen. I denne saken gjaldt det sikring av behandlingslokaler på en lukket avdeling for barn og ungdom. Deler av rapporten er sladdet for ikke å utlevere for mange opplysninger om pasienten etter hennes død. Vi kan derfor ikke diskutere dette enkelte selvmordet i særlig detalj. Helsetilsynet forholder seg til helselovgivningen og nasjonale retningslinjer, og påpeker om de ikke er fulgt, slik vi gjorde ved Sykehuset Innlandet.

Vi er enige med forfatterne i at en grunnleggende verdi i behandlingen er pasientens autonomi, og at ansvarliggjøring er sentralt i behandlingen ved selvmordsproblematikk. Vi kan likevel ikke se at dette står i særlig stor motsetning til et gjennomtenkt allment sikkerhetsnivå basert på forskning, inne på en lukket døgnavdeling der kun de aller sykeste pasientene skal være i kort tid. Det er riktig som forfatterne påpeker, at vi ikke kan forutsi selvmord, og at det har dannet seg en oppfatning av at dette er mulig, og at selvmordsrisiko kan graderes.

TILTAK BEDRER SIKKERHETEN

Fra England og USA vet vi at gjennomgang av lokalene i psykiatriske døgnavdelinger med

fjerning av mulige steder å henge seg, bidro til å redusere forekomsten av selvmord. Mange av de gjennomførte endringene reduserer i liten grad trivselen, og flere av dem er i praksis usynlige. Tiltakene bedrer sikkerheten uavhengig av individuelle risikovurderinger. Iverksetting av tiltak for å ivareta pasientsikkerheten må kalibreres opp mot pasientgruppens behov. Vi mener at andre døgnavdelinger i Norge bør kunne lære av vårt tilsyn med den lukkede døgnavdelingen på Sykehus Innlandet.

Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet retter forebyggingsfokuset mot alle pasienter innlagt i akuttpsykiatriske døgnavdelinger, det er altså primærforebyggende. I tillegg er det mulig å ha et forebyggingsperspektiv på enkeltpersonnivå, dvs. sekundærforebygging, som f.eks. med kontinuerlig observasjon, når individuell personlig vurdering har funnet et spesielt høyt risikonivå.

Helsetilsynet har ikke ansvar for å yte helse-tjenester. Tilsynets oppdrag er å føre tilsyn med at pasientene får trygge og gode tjenester. Vi forfekter ikke et spesifikt faglig syn der man skal frata pasienten deres autonomi og etablere et dominerende sikkerhetsfokus i døgninstitusjoner. Vi er helt enige med forfatterne når de skriver: «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.» ✕

Inntrykk

Bokessay, anmeldelser og forfatterintervjuer



ILLUSTRASJON: STEFFEN KVERNELAND (FRA BOKEN)



- Unik fortelling om egen sorg

Les anmeldelsen av Steffen Kvernelands tegneserieroman på side 54.

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.

Holder mer enn den lover

Boka gir ikke bare en innføring, men behandler også grunnleggende spørsmål i utviklingspsykologisk tenkning og forståelse.



LARS SMITH

En kort introduksjon til utviklingspsykologi. Fagbokforlaget, 2018. 153 sider

DET SOM GJØR boka spesiell og svært nyttig for folk som trenger innføring i utviklingspsykologi, og for psykologer som trenger å presse sin egen forståelse, er at forfatteren gjennomgående gjennom hele boka tar stilling og plasserer seg faglig i forhold til de spørsmålene som stilles innenfor utviklingspsykologien. Dette gjør boka svært forfriskende og utfordrende, fordi leseren hele tiden må konferere med sin egen forståelse og hvor den står i forhold til forfatterens standpunkter. Dette er en uvanlig form i en innføringsbok, som vanligvis er mye mer refererende, men en mye bedre og mer appetittvekkende form. Forfatterens standpunkter er alltid empirinære, og bygger på langvarig refleksjon rundt problemstillingene. Man blir faktisk i godt humør på grunn av de klare standpunktene forfatteren tar.

Det er også litt hyggelig å ikke slippe unna. Her får nok psykologer som har jobbet lenge med barn eller innenfor utviklingspsykologi, brynt seg, mens de som har behov for innføring, får dette, pluss grunnleggende empiribasert forståelse.

NYANSERER UTVIKLINGSBEGREPET

Allerede i forordet skriver Smith at boka er skrevet ut fra to overbevisninger. Den første er at det ikke bør skapes skille mellom arv og miljø. Dette behandles i bokas tre første kapitler. Den andre overbevisningen er at utviklingspsykologien ikke er tilstrekkelig moden for å fremsette store teorier. Dette behandles i kapitler fire, fem og seks.

Det første kapitlet omhandler utviklingsbegrepet. Utvikling kan beskrives, men er adskillig vanskeligere å forstå. Smith omtaler hvordan barnet og miljøet påvirker hverandre, og fremhever transaksjonsmodellen som et sett av generelle regler som gir forståelse for hvordan barnets egenskaper og miljøet gjensidig påvirker hverandre. Han stiller også spørsmålet hva utvikling er,

og viser hvordan dette kan beskrives. Metaforen utviklings-sti problematiseres, og Smith viser til at det skisserer en utviklingsvei, men at vi kan ha parallelle utviklingsprosesser. For eksempel kan et barn være depressivt, men også være skoleflink, to prosesser som kan gå i hver sin retning. Han går også inn i transaksjonsmodellen for å illustrere at utvikling kan påvirkes og endres, og at den utvidede transaksjonsmodellen påvirker og utvikler våre representasjoner. Dette illustrerer tidsaspektet i utvikling. Transaksjonstenkning og utvikling av risikobegrepet har påvirket klinisk barnepsykologi like mye som forståelse av utvikling.

OVERGANGSPERIODER OG EMOSJONER

Smith omtaler fem overgangsperioder som er utledet av empiriske funn. De fem overgangene er: ved to måneder når barnet blir en person, ni måneder da person og objekt integres, 18–20 måneder symbolsk referering, 5–7 år fornuft og ansvar, 11–13 år overgang til ungdomsalderen. Han får til gode diskusjoner, og plasserer sine egne standpunkter ved å stille fire grunnleggende spørsmål som diskuteres i hver overgangsperiode. Et av disse spørsmålene er: Hvis atferden er forskjellig, er ulikhetene i så fall av kvantitativ eller kvalitativ art? Er forandringene uttrykk for en endring i nivået av en allerede eksisterende funksjon, eller gjelder det tilsynelatende av nye funksjoner? De tre andre spørsmålene er like grunnleggende, og fører til gode grunnlagsdebatter som gir innsikt og forståelse, og fører til at leseren må forholde seg aktivt til stoffet.

I kapitlet om utviklingen av et emosjonelt liv tar forfatteren et darwinistisk/biologisk utgangspunkt, som innebærer at barnet har med seg emosjonelle aksjonsmønstre ved fødselen, eksempelvis frykt og glede, og som omtales som de primære emosjonene. Etter som den kognitive kapasiteten utvikles, utvikler barnet

ANMELDT AV

Karl Jacobsen, professor i klinisk barnepsykologi, NTNU Trondheim

de selvbevisste emosjonene som stolthet og skam. Han viser også her til helt ny empiri og modellutvikling. Dette er veldig i tråd med den seneste utviklingen i forståelse av integrasjonen av emosjoner og kognisjon.

SAMSPILL OG UTVIKLING

I kapittelet om tidlig samspill, kommunikasjon og språk viser Smith tydelig kontinuiteten mellom tidlig samspill og relasjonsdannelse. Han viser det biologiske bidraget til både det nyfødte barnet og foreldrene som gjør at dette samspillet kommer i gang og utvikles. Tidlig og senere språkutvikling behandles også. Her er det ekstremt mye kunnskap som formidles. Når denne kunnskapen presenteres gjennom forfatterens forståelse, blir den lite refererende.

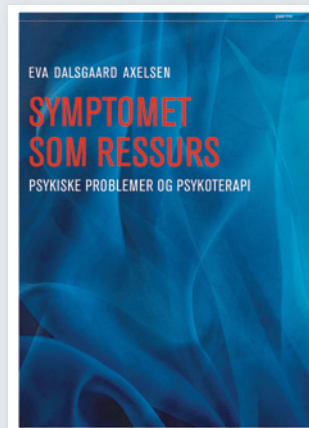
Når Smith skriver om utvikling av personen, belyser han det også med innslag fra forskjellige kulturer, noe som gjør at det ikke blir så enkelt å avgjøre hva som er god omsorg, og hva som er vanskjøtsel. Smith skriver også at tilknytning ikke er til å komme utenom når en omtaler utvikling av personen, men her skriver han også noe forfriskende; noen tilknytnings-teorier har trolig gått for langt. En god og viktig påpekning. Han behandler det kognitive, herunder om foreldrene gjør barn smartere og affektive i form blant annet forstyrret affektiv kommunikasjon av omsorgsgiver. Han gir også organisering av tilknytningsatferd god plass.

UTØVELSEN

Det siste kapittelet omhandler utviklingspsykologi i praksis. Smith omtaler her fire tema: omsorgsutøvelse og hva som ligger i påstanden om at foreldre påvirker barns utvikling, omsorg på avveier, risiko- og beskyttelsesfaktorer for barns utvikling – og til slutt tilknytningsbaserte tiltak for barn og foreldre som strever. Kapitlet viser også den korte avstanden som er mellom utviklingspsykologien slik den er utviklet i Norge og psykologisk behandling av barn.

Dette er en morsom bok å lese fordi den hele tiden utfordrer leserens egen forståelse og tenkning. Den er også forfriskende fordi Smith tar klare faglige standpunkt. Lars Smith har en stor del av æren for at mye av den kunnskapen som finnes i boka, er brakt inn i norsk utviklingspsykologi. Til slutt: Det sies at en blir mildere med årene. Det gjelder tydeligvis ikke Lars Smith. Han er kompromissløs tydelig i sine standpunkter, koste hva det koste vil. ✘

KLASSIKEREN



Boken formidlet godt hvordan symptomer kan forstås i en kontekst og har en mening

Eva Dalsgaard Axelsen: *Symptomet som ressurs. Psykiske problemer og psykoterapi*, 1997

Jeg var student på Blindern på slutten av 90-tallet. Hodet var fullt av mange teorier, perspektiver og akademisk polarisering mellom ulike fagretninger. Så dukket det opp en pensumbok på norsk, uvanlig nok. Tittelen fengte meg umiddelbart, litt som gitarriffet i «Walk this way» (Aerosmith), og godfoten holdt seg gjennom hele boken. Den ble kanskje en av de viktigste bøkene for meg på studiet, og på mange måter en forløsende og retningsgivende lesning for min del. En del grunnleggende tanker, verdier og menneskesyn hos meg falt på plass i psykologien mens jeg leste.

Jeg synes boken formidlet godt hvordan symptomer kan forstås i en kontekst og har en mening. En slik måte å forstå og møte mennesker på gav gjenklang, og flyttet fokus fra patologi til empowerment. Fortsatt er det en viktig grunnforståelse i mitt virke, uavhengig av metodikk og teori som jeg jobber ut ifra. Jeg mener at boken tar psykologiens egenart på alvor, og representerer en faglig motvekt til den økende vekten på symptomkartlegging, diagnostisering og pakkebehandling.

Jan Trygve Wergeland, psykologspesialist i oppvekstsektoren i Kristiansand kommune, oppfordrer Lone Løvschall til å ta stafettpippen videre

Alderdommen er ikke for pyser

Viktige temaer og dilemmaer trekkes frem, men boka blir for argumenterende.



RUNAR BAKKEN

Alle vil leve lenge, men ingen vil bli gamle,
Fagbokforlaget, 2018.
230 sider

BOKEN ALLE VIL *leve lenge, men ingen vil bli gamle* er bredt anlagt. Den tematiserer ulike sider ved motsetningen mellom det å ville leve så lenge som mulig, men ikke bli gammel og skrøpelig. Forfatteren Runar Bakken er utdannet sykepleier og arbeider som dosent ved Høgskolen i Sørøst-Norge. Han henvender seg til alle, men spesielt til studenter som skal arbeide tett på gamle. Yrkesgruppene som nevnes, er sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og leger. I introduksjonen begrunner han hvorfor denne boken bør leses: «Studenter som ikke leser og studerer denne boken, vil stå i fare for å påføre gamle mer lidelse enn det det i seg selv er å leve gjennom alderdommen for så å dø.» En påstand som gjør at helsearbeideren, om enn psykolog, retter seg opp og tenner leselampen.

LØS STRUKTUR

Boka består av flere tekster som bindes sammen ved at hvert kapittel innledes med en ingress som antyder på hvilken måte tekstene tematiserer sider ved paradokset «Alle vil leve lenge, men ingen vil dø». Som leser opplever jeg disse små innledningene som irriterende. Forfatteren repeterer til stadighet bokens tittel, som i seg selv er så vid at den kan favne mye. Jeg blir sittende og lure på om det er av hensyn til seg selv som forfatter, eller meg som leser. Poeng gjentas. Jeg undrer meg over hvor han er på vei, ut over det budskapet som tidlig fremkommer: Alderdom er ille for den enkelte, og delvis misforstått av helsearbeidere. Han beskriver hvordan manuset til boken ble til, i kjølvannet av hans bok *Frykten for alderdommen*, som kom ut i 2014. Påfølgende manus til forelesninger, artikler og essays danner grunnlaget for mate-

rialet i årets bok, noe er nyskrevet. Ja, det virker akkurat som det er slik denne boken har kommet til, ut fra resultatet å dømme. Boka virker fragmentert.

TANKEVEKKENDE TUR

Tekstene engasjerer når vi åpner dørene til sykehjemmet. En institusjon de fleste stifter bekjentskap med i en kortere periode av sitt voksenliv, som pårørende, og av nødvendighet, men fort lukker døren til. Få snakker om at halvparten av oss kommer til å dø på sykehjemmet, et underkommunisert faktum, påpeker forfatteren.

Sykehjemmet som institusjon beskrives som en merkelig blanding av urinlukt, private og offentlige forsøk på hygge, og selvsagt gamle mennesker «i et grenseland mellom liv og død», overmedisinerte og overbehandlede. En av dem er Peder, en tidligere sauebonde som ble nødt til å avvikle livsverket, selge saueene, og gi opp da han ikke klarte seg selv lenger. Peder møter der en arbeidsstokk bestående av 30 prosent sykepleiere/vernepleiere, 40 prosent helsefagarbeidere og 30 prosent ufaglærte, organisert i et New Public Management-regime. Nesten alle er kvinner. Rundt halvparten av de ansatte har en stillingsbrøk på 15 og oppover. Kommunikasjonen mellom helsearbeiderne, det å få kontinuitet i behandlingen og trygging av den enkelte er følgelig besværlig. Krenkelse og mangel på ivaretagelse av integritet ligger nærmest i strukturen. «Peder våkner flere ganger om natten, og blir liggende våken lenge. Av og til forsøker han da å stå opp av sengen. En morgen en av pleierne kommer inn til ham, sitter han påkledd i stolen. Pleieren berømmer ham for at han har greid seg selv, mens hun retter på skjorta som er feil kneppt.»

ANMELDT AV

Elisabeth Tuft Sand,
spesialist i klinisk
gerontopsykologi,
Seniorklinikken, Asker

HVA SKAL BEHANDLES?

Det temaet jeg syntes var mest interessant og relevant for min hverdag som eldrepsykolog, er hvordan vi bør forstå alderdommen: Er den primært en biologisk degenerativ prosess hvor resultatet er gitt, og utgangen er døden? Og er det i så fall en prosess som skal få gå sin naturlige gang? Eller er det riktigere å sette likhetstegn mellom alderdom og patologiske sykdomsforandringer, altså noe som bør behandles? Forfatteren fører det sistnevnte perspektivet til geriatriens fødsel. «Det er fra 1800-tallet at utstedelse av dødsattester måtte knyttes til spesifikke diagnoser, og ikke lenger til for eksempel at vedkommende døde «mett av dage». Bakken peker på en ekspansiv medisin som underlegger seg «den ene menneskelige tilstand etter den andre, eksempelvis galskap og alderdom». Det påpekes i en fotnote at forholdet mellom aldring og sykdom er en mer omfattende diskusjon, ikke minst om medikalisering. Han viser til at denne diskusjonen også omhandler «myke» områder knyttet til emosjoner som meningstap og sorg – og blir «erobret» og underlagt terapeutisk behandling av ulike spesialiteter som medisin og psykologi.

Budskapet jeg sitter igjen med, er det at den gamle må få dø hvis vedkommende er «mett av dage», at vi skal la den naturlige prosessen gå sin gang. Den gamle skal slippe overbehandling uten mål og mening. Det må understrekes at forfatteren legger til at det ofte er nødvendig med noe behandling, både forebyggende og lindrende til tross for inntruffet metthet. Dette kan virke tilforlatelig og greit, men jeg sitter igjen med mange spørsmål. Jeg synes det er beklagelig at forfatteren er så argumenterende, insisterende på sitt og lite drøftende. Jeg tenker at konsekvenser av veivalg må problematiseres

på flere nivå, både etisk og praktisk. Og jeg tror fremstillingen hadde vunnet på å rydde tydelig plass til en bredere diskusjon av over- og underbehandling av gamle. Slik temaet nå omtales, er det som om tematikken er på korte besøk, men raskt forsvinner uten at jeg opplever å ha vunnet mer innsikt.

PRAT LITT MED PEDER

I min hverdag møter jeg gamle, også på sykehjem. Det jeg er helt sikker på, er at mange er lidende, sauebonden Peder kunne vært en av dem. Han skal oppfattes som «mett av dage». Jeg leser om en fortvilt mann, saueløs og ensom, med tapt livsinnhold. Kanskje deprimert? Og kanskje var det kognitiv svikt som gjorde at gårdsdriften strandet? Men huff, her trillet visst diagnosene ut. Skal jeg bare la det gå sin gang? Lukke døren?

Jeg er sikker på at jeg hadde villet tatt en prat med Peder, begynt der. Det er godt mulig at jeg hadde nærmet meg overbehandling hvis jeg bidro til at han beveget seg ut av rommet og ble fast deltager på torsdagsbingoen. Men jeg hadde gjort det. Og jeg hadde støttet meg på gammel klokskap fra Håvamål: «Mann er manns gaman» og langt fra følt meg som en nylig ankommet «soft» kolonist.

Jeg er usikker på om lesing av boka vil bidra til at nye helsearbeidere unngår å påføre gamle mer lidelse enn nødvendig. Jeg ville ha ønsket meg en bredere diskusjon av forholdet mellom alderdom og sykdom, om hva som kan og bør behandles. Men jeg vil gi honnør til Runar Bakken for å ha skrevet en bok om tema vi ofte skyver unna, alderdommen og dødens barske realiteter. Alle kommer vi til å dø, og mange kommer til å dø på et sykehjem. ❌



Jeg er usikker på om lesing av boka vil bidra til at nye helsearbeidere unngår å påføre gamle mer lidelse enn nødvendig

Ærlig og vakkert

Om forsøket på å forstå det uforståelige.



STEFFEN KVERNELAND

En frivillig død, No comprehend press, 2018, 112 sider

ANMELDT AV

Else Resser Heyerdahl, psykolog ved Voksenpsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus

«PÅ DETTE BILDET fra 1973, åtte år før selvmordet, er jeg 10 år gammel. Hadde han allerede bestemt seg da?» I boken *En frivillig død* tar Steffen Kverneland oss med gjennom sitt sorgarbeid etter at faren Odd tok sitt eget liv da Steffen var 18 år gammel. Odd hadde ventet til Steffen og storebroren Tore ble myndige, for å skåne dem. Kverneland er tegneserieforfatter og illustratør, og fikk i 2013 Brageprisen for sin tegneseriebiografi om Edvard Munch. Nå bruker han tegneseriens form og teknikker for å formidle historien om sjømannen, maskinisten, sivilingeniøren og oppfinneren Odd Kverneland. Vi får følge med i forfatterens personlige utforskning av hendelser i barndom og oppvekst for å forstå farens selvmord. Han gir oss innblikk i minner fra oppveksten i Hauge-sund med storebror, mor og far. Vi ser ham også som voksten og som pappa til gutten sin, Aksel.

Forsiden av boken vekker min nysgjerrighet. Det er en tegning av en mann i uniform med uniformslue, korslagte armer og distinksjon på ermene. Den er komponert som et fotografi. Holdningen gir inntrykk av en stolt skikkelse, men ansiktet er utvisket og grått og går nesten i ett med den grå og svarte bakgrunnen. Tittelen *En frivillig død* står skrevet i gull. Hvem er egentlig dette? En død helt? Og handler det virkelig om en frivillig død? Tegningen gjentar seg lenger inn i boken, etter hvert har han fått et ansikt, og til slutt på baksiden av boken som et fotografi: Leseren har fått svaret. For det er det

jeg føler Kverneland gjør sammen med leseren, prøver å finne igjen den personen faren Odd var.

FORSØK PÅ REKONSTRUKSJON

Boken er laget i tegneserieformat med innslag av fotografier. Grepene gjør at leseren får ta del i forfatterens arbeid med å lage et album. Tegneserien reduserer distansen mellom formidler og leser, og kan illustrere noe en tekst alene ikke kan. Kverneland bruker mellom ett og fire bilder per side, og deler opp med svarte helsider som forsterker stemningen han setter leseren i. Tegningene varierer i detaljrikdom, fra det nærmest billedlige til tegninger med en komisk strek. Noen av de sistnevnte er hentet fra hans tidligere selvbiografiske utgivelse *Slyngel* (2002). Variasjonene i tegningene forsterker stemningen i bildet, situasjonene og ikke minst følelsene hos menneskene vi møter. Fargepaletten er dus, og i stor grad i det grå og mørke. Streken er både konkret og halvveis utvisket, vakre og godt komponerte.

«Det er et ubegripelig mørke i det å ville ta sitt eget liv som jeg sannsynligvis aldri vil forstå. Jeg har det ikke i meg. Han må ha hatt det forferdelig», skriver Kverneland. Fotografiene skaper nærhet til personene og hendelsene i boken, det blir sant for oss. Forfatteren forsterker opplevelsen fotografiene gir, ved å tegne en situasjon som om det var et fotografi, der de oppstilte personene ser mot leseren. Han bruker tidsreferanser fra populærkulturen, og i detaljrikdom-



DET VANSKELIGSTE «At pappa er borte for alltid, er uvirkelig og ubegripelig. Det vanskeligste er at det var selvmord», skriver Steffen Kverneland i tegneserieroman *En frivillig død*. Illustrasjonen er hentet fra boken.

men i bildene vil vi som har vokst opp på 70- og 80-tallet, kjenne oss igjen. Teksten er både spisset, fortellende, beskrivende og muntlig. Vi får følge forfatterens tanker og indre dialog der han forsøker å både huske og forstå fra barne- og ungdomstid, hjulpet av fetteren Jan Børges brev. Fetteren er et ekstra tidsvitne, og sender brev og mail med beskrivelser av farens familiehistorie. Far er borte, han kan ikke selv svare for seg, og vi forstår etter hvert at Steffens mor og bror også er døde. Steffen er alene i prosjektet med å lete i gamle minner og forsøke å forstå.

UNIK FORTELLING

«At pappa er borte for alltid, er uvirkelig og ubegripelig. Det vanskeligste er at det var selvmord», skriver Steffen Kverneland. Han viser frem mange fasetter ved sin egen sorg; skyldfølelse, tankespinn, behovet for at alt skal bli normalt igjen, frykten for å få oppmerksomhet og å bli syntet synd på, religiøse tanker, og de befriende tårene. Forfatteren trekker frem farens egen spesielle barndom og utfordrende relasjon til sine foreldre. Han beskriver faren sin på en varm og

forståelsesfull måte. Odd slet etter hvert med angst og depresjon, og var innlagt på nervesanatorium. Han hadde sannsynligvis lenge kjent på utfordringer med å leve, og hadde tematisert selvmord med sin kone før de giftet seg. Så hvordan forstå den frivillige døden? Og hvor frivillig er et selvmord? Er det et ønske om å endre det uutholdelige mer enn det er et ønske om å dø? Blir døden en løsning i mangel av alternativer? Kan tanken på selvmordet gi en følelse av kontroll mens man lever? «Monge seie at selvmord e feigt. Eg tror tvert imot at det krevje jævla stort mot. Å hoppa i fallskjerm og sånt e peanuts i forhold», skriver Kverneland.

Odd Kverneland utsatte sin frivillige død til han mente gutta hans var bedre rustet til å tåle det. Han holdt ut smerten. Han sørget for at det var noen andre enn familien som fant ham. Det kan se ut som at sønnen har valgt å se omtanken i dette.

En frivillig død er en sterk fortelling og en vakker, varm og dramatisk bok, særdeles vellykket bygget opp i sitt særegne tegneserieformat. ❌

Man burde kanskje spurt seg hvorfor enkelte følte at krymping var et godt bilde på det som hendte med psyken i en terapitime, skriver Hans Andreas Tvedt.

Mange vil mene at lånordet «hodekrymper» for psykolog og psykiater (hentet fra amerikansk *headshrinker*) ikke er særlig god norsk. Samtidig er språket vårt fullt av slike oversettingslån. I tilfellet hodekrymper er det fremmede språkbildet fullstendig oversatt med norske elementer, i motsetning til ekte lånord (som *sexy* og *chatte*) eller hybridlån (*frike ut* og *kule ned*). Det parallelle uttrykket «hjernekrømper» vil nok legge seg i kategorien *hybrid*, og er i mine øyne bedre. Begge lånordene dukket opp i Norge i smusslitteraturen fra midten av 60-årene, og skyldtes sikkert late oversettere (eller like sannsynlig: underbetalte). I dag gir «hodekrymper» en del flere

treff hvis man søker i Nasjonalbiblioteket, mens det ved Google-søk er omvendt. Det tyder på at hjernekrømperne vinner frem.

I USA, der hodekrympingen ifølge Etymonline kom i utstrakt bruk i 50-årene, er det etter hvert forkortet til bare «shrink» (begrepet er først registrert på trykk i Thomas Pynchons *The Crying of Lot 49* fra 1966). *Headshrinker* skal ha oppstått i filmstudioene i Hollywood, antageligvis med henvisning til en søramerikansk urfolksstammes praksis med en gang iblant å krympe overvunne fienders hode. Kannibalfilmer og eksotiske jungelventyr var i hvert fall på moten på denne tid, skriver J.A. Lieberman (2015). Det er også et eksempel på en i utgangspunktet nedvurderende betegnelse som ble så allmenngjort at det fullstendig har mistet sitt sting. I utgangspunktet burde man kanskje spurt seg hva det var som gjorde at enkelte følte at *krymping* var et godt bilde på det som hendte med psyken i en terapitime.

Et lignende begrep som berører hjernen, handler om en grundig rengjøring. Ordet «hjernevask» var en ren bieffekt av Korea-krigen, der vestlige soldater kom i kontakt med kinesiske indoktrineringsmetoder. Et stort antall hjemvendte amerikanske krigsfanger uttrykte overraskende negative holdninger til krigen, og var tilsynelatende blitt kommunister. Dette er kulturutveksling i praksis! Men utvekslingen besto nok mest i kontakt med metodens fengende navn, *hsi-nao*, hjernevask. Ifølge Taylor (2004, s. 5) stammer det kinesiske uttrykket muligvis fra en eldgammel meditasjonsteknikk for å rense sinnet, og oversettelsen kunne visstnok like gjerne vært *hjertervask*.

I Kina ble slik hjerte-/hjernevask til overtalelse av annerledestenkende formelt omtalt som *tankereform* – *szu-hsiang-kai-tsau*. I USA fikk begrepet «brainwashing» sin spredning med noen sensasjonelle artikler (og etter hvert bøker) skrevet av den glødende anti-kommunisten, reporteren og CIA-medarbeideren Edward Hunter fra 1950. Allerede på midten av tiåret kom fagartikler som i stor grad tilbakeviste påstandene om noen spesiell psykologisk indoktrinering (se f.eks. Anderson et al., 1954; jf. Ritchie, 2002). Fangenes «symptomer» skyldtes antageligvis generelt miserable vilkår i leirene og vitaminmangel. Men forestillingen om hjernevask var allerede etablert og populær, og spørsmålet er fortsatt kontroversielt.

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



INDOKTRINERT?

Med Korekrigen fikk begrepet hjernevask sin spredning i USA. Mange hjemvendte amerikanske krigsfanger uttrykte negative holdninger til krigen. Var de blitt utsatt for kommunistisk indoktrinering? Bildet viser mannskapet på en B-29, som ble holdt i fangenskap i Kina etter å ha blitt skutt ned i Koreakrigens siste år, 1953. De ble løslatt først i 1955. Foto: U.S. Air Force

Begrepet var uansett utvilsomt nyttig i den pågående propagandakrigen mot Den røde fare. For krigsveteranene ble det, som Anderson påpeker, en ytterligere belastning å bli mistenkeliggjort som femtekolonnister og behandlet som svikere, og man kan vel tenke seg at det likeledes neppe føltes særlig rettferdig at surt vunne erfaringer og synspunkter om krig ble ugyldiggjort som hjernevask.

I Norge er hjernevask først omtalt i «Innstilling fra Utvalget til å greie ut spørsmålet om vårt psykologiske forsvarsberedskap» fra 1953, som tar det riktig alvorlig. Samme år dukker ordet opp i avisen *Friheten*, der det meldes at Washington frykter krigsfangens hjemkomst fordi det «lenge har vært kjent at nord-koreanere har brukt 'den psykologiske metoden hjernevask', på amerikanske krigsfanger». Avisen kaller det også for «den milde behandlings tortur», en «besnærende mild og innsmigrende behandling» som skal ha omvandlet de amerikanske fangene til kommunister. *Friheten* var og er organet for Norges Kommunistiske Parti, men journalisten er for-billedlig nøytral om hvorvidt en slik omvendelse var et gode eller ei.

«**Hjernevask**» er i dag et helt alminnelig uttrykk som betegner sekters metoder for å holde medlemstallet oppe, det er navn på underholdningsprogrammer på NRK og på slikt tenåringer mener foreldre bedriver når det kvernes om lekser eller

nødvendigheten av å lære å vaske sine egne klær.

Disse psykologrelaterte hjerne-metaforene virker ubehagelig beslektet. Men de har ikke nødvendigvis annen sammenheng enn at de begge dukket opp i USA omtrent samtidig, og kanskje at det som vaskes for hardt, har en lei tendens til å krympe. Det må nok tenåringene til sin bedrøvelse oppdage på egen hånd. ✘

REFERANSER

- Anderson, C.L., Boysen, A.M., Esensten, S., Lam, G.N. & Shadish, W.R. (1954). Medical experiences in communist POW camps in Korea. *The Journal of the American Medical Association*, 156, 120–122. doi:10.1001/jama.1954.02950020026008
- Forsvarsdepartementet (1953). *Innstilling fra Utvalget til å greie ut spørsmålet om vårt psykologiske forsvarsberedskap*. Diesen, E. (red.). Oslo
- Head-shrinker (2018). I *Etymonline*. Hentet fra <https://www.etymonline.com/word/head-shrinker>
- Lieberman, J.A. & Ogas, O. (2015). *Shrinks: The Untold Story of Psychiatry*. New York: Little, Brown and Company.
- NN (1953, 18. april). Washington frykter krigsfangens hjemkomst. *Friheten*, s. 6.
- Ritchie E.C. (2002). Psychiatry in the Korean War: Perils, PIES, and Prisoners of War. *Military Medicine*, 167, 898–903. <https://doi.org/10.1093/mil-med/167.11.898>
- Taylor, K. (2017). *Brainwashing: The Science of Thought Control*. Oxford: Oxford University Press.

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.

APRIL

Nasjonalt Diabetesforum 2019

Gardermoen 2.-4. april
Er du nysgjerrig på samspillet mellom diabetes og psykologi?
For mer informasjon www.diabetes.no/diabetesforum2019

NeuroAffektiv Relasjons-Modell

NARM Introduksjonskurs ved psykologspesialist Tove Mejdahl
Oslo, 5.-6. april
Se www.NARM.no for mer informasjon og påmelding

MAI

Halstead-Reitans testmetode

Festspillkurs i Bergen 23.-24. mai 2019
For mer informasjon og påmelding se www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

E-terapi og digitale helseløsninger

Festspillkurs i Bergen 23.-24. mai 2019
For mer informasjon og påmelding se www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Innføringskurs i parterapi: En emosjonsfokuset tilnærming

Festspillkurs i Bergen 23.-24. mai 2019
For mer informasjon og påmelding se www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Developing Compassionate Resilience to Help Recovery from Complex PTSD

Festspillkurs i Bergen 23.-24. mai 2019
For mer informasjon og påmelding se www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Destruktiv ledelse og mulige mottiltak

Festspillkurs i Bergen 23.-24. mai 2019
For mer informasjon og påmelding se www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?

Registrer ny adresse på www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no



iap institutt for
aktiv psykoterapi

AGORA 2019

Foreldreskap – hvor går grensen?

Vi utforsker ulike sider ved foreldreskap. Hvilke forventninger har vi – på bakgrunn av våre egne historier? Hvordan preger det oss i foreldrerollen? Men først blir det 'vorspiel' på MESH!

REBELLKVELD FOR MEDLEMMER PÅ MESH:

Torsdag 28. februar 2019

MESH er Oslos første og største co-working space, et sted for innovasjon og nyvinning. Altså perfekt for vårt årlige Rebelltreff! Odd Arne Tjersland, IAP-nesstor og erfaren rebell, titter inn i glasskulen. God musikk og godt selskap blir det også ved denne årlige vitamininnsprøytingen. Nye medlemskap kan tegnes ved påmelding.

ÅPENT FAGSEMINAR PÅ NASJONALBIBLIOTEKET:

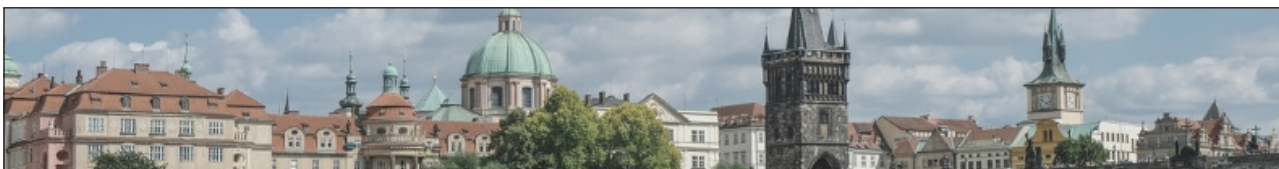
Fredag 1. mars 2019

Vel møtt til heldagsseminar, åpent for alle interesserte, hvor vi utforsker aspekter ved moderne foreldreskap. Vi møtes i ærverdige Målstua, et vakker rom med stor takhøyde. Hit kommer både Jon Horgen Friberg (Fafø) og Sophie Havighurst (UiO). Og så setter Einar Wergeland Jensen skapet på plass: Mora di jobber ikke her!

Påmelding: www.iap-agera.no

Arrangør: Institutt for aktiv psykoterapi (IAP)

Les mer på www.iap-agera.no



THE 4TH INTERNATIONAL CONFERENCE

METACOGNITIVE THERAPY

NATIONAL HOUSE OF VINOHRADY, PRAGUE 2019

PRE CONGRESS WORKSHOP 30 APRIL, 2019

CONFERENCE 1–2 MAY 2019

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

PRESENTERS – KEYNOTES & MASTER CLINICIANS

Prof. Adrian Wells, University of Manchester

Dr. Bruce Fernie, Kings College (UK)

Prof. Hans M. Nordahl, NTNU (Norway)

Dr. Costas Papanageorgiou, Priory Hospital (UK)

SYMPOSIA & CLINICAL PRESENTATIONS

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

MCT
INSTITUTE

www.mct-institute.co.uk/conference

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



EMDR Norge Dagskonferanse

Oslo 11. mars 2019

kl. 09.00–17.00 på Scandic Solli

Derek Farrell C. Psychol., PhD
EMDR with Victims of War, Violence and Torture

Savita Dalsbø
«EMDR med barn - mulighet for bearbeiding av preverbale minner?»

Eva Therese Næss
EMDR i møte med kompliserte smertetilstander

Trine Elverum
Erfaringer med EMDR på en DPS

Årsmøte EMDR NORGE

Pris inkl. lunsj medl.: kr 1 400, ikke medl.: kr 1 700

Program og påmelding: www.emdrnorge.no



Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization
and Reprocessing

Trinn 1 Oslo 8.–10. januar 2019

Trinn 1 Bergen 22.–24. mai 2019

Trinn 1 Oslo 3.–5. september 2019

Trinn 2 Trondheim 8.–10. mai 2019

Trinn 2 Oslo 3.–5. desember 2019

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Approved Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:

www.emdrutdanning.no

EMDR MED BARN

Kurs i EMDR med barn:

Trinn I: 20. mars 2019 i Oslo

Trinn II: 21. mars 2019 i Oslo

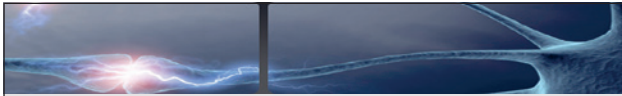
For påmelding og informasjon se:
www.emdrkurs.no eller ta kontakt
på e-post ansavida@online.no



Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **1. februar**,
frist for å bestille annonse til
februar-utgaven er **17. januar**

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



MANCHESTER – TRONDHEIM
WWW.MCT-INSTITUTE.COM

MASTERCLASS I METAKOGNITIV TERAPI, 2019 PÅ NORSK

MKT Masterclass er et 2-årig utdanningsprogram som tilbys av Metacognitive Therapy Institute (MCT-I) og gjennomføres for første gang med norsk som hovedspråk. Professor Odin Hjemdal og psykolog Henrik Nordahl vil være ansvarlige for utdanningen. Målet med utdanningsprogrammet er å gi autorisert helsepersonell muligheten til å oppnå høy kompetanse i MCT. Utdanningen vil kunne føre frem til tittel som «MCT-Institute registered therapist» som er en beskyttet og registrert tittel for de som fullfører utdanningen med godkjent diplom. Samlingene vil bli holdt i Oslo, og gjennomføres i perioden august 2019–juni 2021. Undervisningen vil bli ledet av en blanding av norske (Odin Hjemdal, Henrik Nordahl og Sverre Urnes Johnson) og internasjonale forelesere, blant andre Prof. Adrian Wells, Prof. Hans M. Nordahl og Dr. Costas Papageorgiou.

MKT Masterclass er et spesialisert utdanningsprogram ment til å bygge kompetanse i utøvelsen av denne innovative behandlingstilnærmingen. Programmet tilbyr den mest faglige oppdaterte kunnskapen om MCT, og tilbyr mulighet til å utvikle klinisk kompetanse og ferdigheter på områder som ulike angstlidelser, PTSD, OCD, kroniske depresjoner og personlighetsproblemer.

Du søker ved å sende din CV til

MCT
INSTITUTE

mct-institute.com

mctmasterclassnorge@gmail.com
innen 1. juli 2019.

For mer informasjon, se www.mct-institute.com.

KRONISK TRAUMATISERING OG TRAUMERELATERT DISSOSIASJON

8 dagers kursrekke (4x2 dager)
med Arne Blindheim
og Marianne Straume (psyk. spes.)
Bergen april 2019–november 2019

For mer informasjon om kurset
og om påmelding, gå til:
www.krisepsykologi.no
eller skriv e-post til ar-blind@online.no

Velkommen til ein open dag om tilbakemeldingssystemet Norse Feedback

Stad: Gaustad sykehus, Sognsvannveien 21
Bygg 10 – Velferdsbygget

Tid: 07. februar 2019

Påmelding: www.norsefeedback.no

Vurderer du å ta i bruk tilbakemeldingssystemet Norse Feedback eller er du allerede i gang? I samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste TSB, ønsker vi å invitere til ein gratis konferanse om Norse Feedback. Det er kun 100 plassar, så meld deg på i dag. Vi ser fram til ein spennande og klinikknær dag saman med dykk.

Program

- 09:30–10:00** Registrering og kaffi
- 10:00–10:15** Velkommen
Joachim Vie og Hilde Harwiss
- 10:15–12:00** Norse Feedback
– Å bruke kliniske tilbakemeldingar til å få større nytte av behandlinga
Christian Moltu
- Kva for kliniske prosessar ønskjer ein å styrke ved Norse Feedback?
 - Kva betyr tilbakemeldingane for pasient, behandlar og samarbeidet mellom dei?
 - Klinisk bruk av Norse Feedback
- 12:00–13:00** Lunsj og mingle-stands
- Klinisk
 - Teknologisk
 - Kjøp og implementering
- 13:00–13:30** Implementering av Norse Feedback i din klinikk
Geir Helge Møller
- 13:30–14:00** Frå beslutning til implementering av Norse Feedback – erfaringar frå Helse Midt
Kristin Tømmervik og Hege Govasmark
- 14:00–14:15** Beinstrekk
- 14:15–14:45** Panel – spørsmål og svar
- Deltakarar:** Team Norse og Helse Midt
Detbattleiarar: Hilde Harwiss og Eva Sørli
frå Nasjonal Kompetansetjeneste TSB
- 14:45–15:00** Avslutning
Joachim Vie

Har du spørsmål om konferansen?
Ta kontakt: marianne@norsefeedback.no

 Norse Feedback
an MHI technology

 Oslo universitetssykehus
Nasjonal kompetansetjeneste TSB



Psykologforeningens toårige veilederutdanning for psykologer

Norsk psykologforening starter et nytt veilederutdanningsprogram våren 2019. Målgruppen er psykologspesialister som gir psykoterapiveiledning og annen praksisorientert veiledning til psykologer. Hensikten med programmet er å styrke og fordype deltakernes veilederkompetanse, og derigjennom også bidra til en styrking av spesialistutdanningen. Psykologer som veileder andre yrkesgrupper kan også ha stort utbytte av veilederutdanningen. Bjarte Kyte og Hilde Pentzen leder programmet og er ansvarlige for det faglige innholdet.

Veilederutdanningen går over to år og består av fire todagers fellessamlinger og ni gruppesamlinger. Underviserne på fellessamlingene bidrar med relevant forskning, teori og systematisering av erfaringer fra veiledningsarbeid. Fellessamlingene inneholder også gruppearbeid og faglige diskusjoner.

Deltakerne vil bli delt inn i veiledningsgrupper med gruppeleder og 5-6 deltakere som møtes ni ganger à én dag mellom fellessamlingene. I veiledningsgruppene vil deltakerne få veiledning på sitt eget veiledningsarbeid. Arbeidet i veiledningsgruppene er en sentral del av utdanningen, og det er viktig at alle deltakerne er tilstede på og bidrar aktivt til hver gruppesamling. Alle deltakerne må gi veiledning til andre under hele utdanningsforløpet og være villige til å filme veiledningsarbeidet.

Deltakeravgift

Prisen for deltakelse i programmet er kr 20 500 per semester (fire semestre). I prisen er det inkludert ni gruppesamlinger med gruppeleder, fire fellessamlinger og en overnatting per fellessamling og måltider. Alle gruppesamlingene vil finne sted i Oslo. Prisen forutsetter minimum 15 deltakere.

Det er først når vi har bekreftet din deltakelse at du er tatt opp i programmet. Påmeldingen er bindende til hele programmet, og en må delta på alle felles- og gruppesamlingene for å få utdanningen godkjent. Spørsmål om praktiske forhold kan rettes til Norsk psykologforening ved kurskonsulent Liv K. Håkonsen, tlf. 23 10 31 61. Spørsmål om faglige forhold kan rettes til de faglig ansvarlige eller spesialrådgiver Eva Danielsen, tlf. 23 10 31 30.

Datoer for fellessamlingene

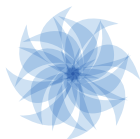
9.-10. mai 2019, 21.-22. november 2019, 14.-15. mai 2020 og 19.-20. november 2020.

Påmeldingsfrist 28. mars 2019

Avmeldingsfrist 28. mars 2019

Kursnr.: 901-19

Mer informasjon og 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



Metakognitiv terapi

Behandling av angst, depresjon, og traumer

Målgruppe

Psykologer, psykologspesialister og psykiatere

Innhold

Metakognitiv terapi (MKT) er en nyere innovativ behandling som kan anvendes på en rekke ulike lidelser, spesielt angsttilstander, kroniske depresjoner og traumer.

Kurset gir en introduksjon av MKT og hvordan den kan anvendes i spesifikke lidelser.

Metakognitiv terapi er en evidensbasert tilnærming og studier i de senere år viser at pasienter opplever MKT som nyttig og effektiv. Erfaringer viser at MKT kan anvendes der andre behandlinger ikke har lyktes. Kurset ledes av Professor Hans M Nordahl, NTNU og kurset vil vekse mellom teori og praksiseksempler. Deltagerne får også anledning til å øve på metakognitiv dialog i arbeid med pasienter og sentrale teknikker innen MKT.

Kursleder

Hans M Nordahl er professor ved Institutt for Psykisk Helse ved NTNU, Trondheim. Han arbeider også som forskningsleder ved Enhet for Traumebehandling ved St. Olavs Hospital. I 2007 startet han også MCT Institute, Ltd i Manchester sammen med Adrian Wells. Nordahl har vært involvert i opplæring og utdanning av terapeuter og veiledere i en årrekke og har forskningspublikasjoner innen angstlidelser, depresjoner, traumer og personlighets-forstyrrelser. Han har gitt ut en fagbok sammen med Per Staff, om hvordan anvende Kognitiv terapi og Metakognitiv terapi ved sammensatte lidelser.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

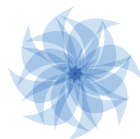
Sted og dato: Oslo, 10.-11. april 2019

Påmeldingsfrist: 6. mars 2019

Medlemspris: kr 7 000

Kursnr.: 102-19

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



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



Frelsesarmeens Behandlingscenter Stavanger søker

Psykologspesialist/psykolog

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

Informasjon om stillingen:

Stillingen er 100% fast, dagtid.

Arbeidsoppgaver bl.a.:

- Utredning, diagnostisering og behandling ved samtidig rusmiddelevhengighet og psykisk lidelse (døgnbehandling)
- Bidra til gode, individuelle behandlingsforløp over tid, ut fra pasientens behov
- Tverrfaglig samarbeid både internt og med eksterne instanser
- Individual- og gruppeterapi
- Veiledningsoppgaver
- Deltakelse i institusjonens faglige utviklingsarbeid
- Bidra til kunnskapsbasert praksis og helhetlig integrert pasientbehandling

Kompetanse, kvalifikasjoner og erfaring:

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

Vi søker en person:

- Som er interessert i fagfeltet, faglig oppdatert og som ønsker å bidra til å utforme behandlingstilbudet
- Med gode mellom menneskelige egenskaper og gode kommunikasjonssevner
- Som er selvstendig og ansvarsbevisst.

Vi tilbyr:

- Lønn etter avtale
- Tilrettelegging for kurs/videreutdanning
- Tilrettelegging for spesialistutdanning for psykologer
- Et tverrfaglig miljø med faglige utfordringer og varierte arbeidsoppgaver
- Fagutvikling i traumbasert omsorg
- Mulighet for noe fleksibel arbeidstid
- Kantineordning
- Pensjonsordning

Spørsmål:

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

Tiltredelse: Snarest

Søknadsfrist: 31. januar 2019

Sendes til:

hilde.wikheim@frelsesarmeen.no

For mer informasjon om FAB se våre nettsider.

www.fa-fab.no



KOMMUNEPSYKOLOG – Sula kommune

Søknadsfrist: 20.01.2019 | Ref. nr.: 3918317573

Stillingsbrøk: 100 % Fast | Startdato: 01.02.2019

Kontaktinfo: Grethe Øen, einingsleiar

Arbeidsstad: Stadsnesvegen 9B, 6030 Langevåg

Kommunepsykologen er ein nøkkelperson i arbeidet med å styrke tidleg innsats for god psykisk helse for alle i kommunen.

Psykologstillinga vil vere knytt til helseavdelinga, men det vil vere eit nært samarbeid med andre tenester i kommunen.

Arbeidsoppgåver

Kommunen ønskjer ein psykolog som deltek i:

- Helsefremjande og førebyggjande arbeid
- Rettleiing, system og utviklingsarbeid
- Klinisk arbeid; individ og grupper

Kvalifikasjonar

- Offentleg godkjent psykolog
- Engasjement for tidleg innsats og tverrfaglig samarbeid
- Relevant jobberfaring
- Gode samarbeidsevne, og evne til å jobbe sjølvstendig
- Gode norskkunnskapar både skriftleg og munnleg
- Du må ha sertifikat klasse B og disponere bil

Personlege eigenskapar

I tillegg til formell kompetanse og praksis, blir det lagt vekt på personlege eigenskapar.

Vi tilbyr

Kommunen vil legge til rette for relevant vidare- og etterutdanning, samt deltaking i relevante faglege nettverk.

Elektronisk søknadsskjema og fullstendig utlysningstekst finner du på våre nettsider www.sula.kommune.no/ledige-stillinger



Lovisenberg Diakonale Sykehus

Lovisenberg Diakonale Sykehus AS er lokalsykehus for ca. 180.000 innbyggere i flere sentrumsbydeler i Oslo innen indremedisin og psykisk helsevern. Sykehuset har en omfattende planlagt kirurgi samt særskilte funksjoner som Hospice og det nasjonale oralmedisinske kompetansesenteret TAKO. Sykehuset eies av de diakonale stiftelsene Diakonova og Diakonissehuset Lovisenberg, og har driftsavtale med Helse Sør-Øst RHF. Sykehuset er basert på et diakonalt verdigrunnlag med ikke-kommersielt formål. Det forventes at du som medarbeider hos oss bidrar aktivt til at vi lever opp til våre kjerneverdier kvalitet og nestekjærlighet. Se www.LDS.no.

VI SØKER ENGASJERTE MEDARBEIDERE SOM VIL VÆRE MED Å BIDRA TIL GOD PASIENTBEHANDLING

Psykologspesialist

KLINIKK FOR PSYKISK HELSEVERN: En av våre psykologspesialister går av med pensjon, og vi søker derfor etter en ny psykologspesialist i klinisk voksenpsykologi med vedtakskompetanse i 100 % stilling.

Klinikken består av et akuttmottak (PAM) med seks senger, og seks lukkede poster med 10 senger hver.

Vi holder til i et flott nytt bygg, beliggende på Lovisenberg sykehusområde.

Vi har øyeblikkelig-hjelp ansvar for Lovisenberg sektor, med litt over 900 akuttinnleggelse per år. I tillegg til øyeblikkelig-hjelp funksjonen, betjener klinikken Diakonhjemmet sykehus (Psykiatrisk voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen) med 20 senger for pasienter som trenger noe lengre tids behandling etter en akutfase. De fleste av pasientene våre har schizofreni, affektive psykoser eller andre alvorlige psykiatriske lidelser, en del har rusproblematikk i tillegg.

Klinikken har godt kvalifiserte medarbeidere med høyt faglig nivå. Alle postene samarbeider tett med pårørende, bydeler/primærhelsetjeneste, samt akutteam og ambulante tjenester på DPS i de to opptaksområdene.

Vi har fokus på redusert bruk av tvang, samt tverrfaglig samarbeid.

Behandlerstaben består av 14 overleger, 6 psykologer/-spesialister og 9 leger i spesialisering (LIS).

Arbeidsoppgaver:

- Psykologspesialisten vil arbeide i tverrfaglig team bestående av psykiater, LIS, sykepleiere, spesialsykepleiere, sosionom, ergoterapeut og fysioterapeut
- Arbeidet vil blant annet bestå av vurdering, utredning, diagnostisering og behandling av pasienter med psykiske lidelser i nært samarbeid med lege; vedtaksansvar i henhold til Lov om psykisk helsevern; veiledning og undervisning, samt delta i intern fagutvikling og kvalitetssikring av klinisk arbeid
- Arbeidsoppgavene er varierte med spennede faglige muligheter

Kvalifikasjoner:

- Psykologspesialist. Psykologer med kort tid igjen til fullført spesialisering kan også søke på stillingen
- Vi ønsker en psykologspesialist med erfaring i og interesse for diagnostisk utredning og kunnskapsbasert behandling av innlagte pasienter både i akutfase og i rehabiliteringsfase, som liker variasjon, høyt arbeidstempo og har stor arbeidskapasitet
- Interesse for pasientgruppen, gode tverrfaglige samarbeidsevner, evne til å arbeide selvstendig i team i en sengepost, ansvarsbevissthet, fleksibilitet samt personlig egnethet vil bli vektlagt

Vi tilbyr:

- Lønn etter overenskomst mellom Spekter og organisasjonene
- God pensjonsordning i KLP
- Et aktivt bedriftsidrettslag med bredt tilbud
- Gode velferdsordninger

Dersom du liker en variert og allsidig arbeidsdag med spennende faglige muligheter i et dynamisk miljø med samarbeid, så kom til oss!

Ønsker du flere opplysninger kan du kontakte:

Psykologspesialist Elisabeth Svae, tlf. 908 28 709 eller Avdelingsoverlege Morten S. Selle, tlf. 922 42 240.

Skriftlig søknad sendes elektronisk innen 13.01.19 | Referansenummer: 2018-173

Blå Kors Haugaland A-senter er et behandlings- og utredningscenter for rusmiddel-, livsstil- og avhengighetsproblemer. Institusjonen arbeider på oppdrag fra Helse Vest HF og inngår som integrert del av spesialisthelsetjenesten. Blå Kors Haugaland A-senter eies av Blå Kors Norge. Vi er i stadig vekst og har de senere årene utviklet nye og spennende tilbud, både organisatorisk og faglig. Hjemmeside: haugaland-asenter.no

Blå Kors Haugaland A-senter søker til sitt behandlingsteam:

PSYKOLOG/PSYKOLOGSPESIALIST

De kliniske tjenestene er organisert i tre hovedfunksjonsområder: Poliklinisk seksjon med ambulante tjenester og egen vurderingsenhet, døgnsesjoner og dagenhet. Mange behandlingsforløp er rent polikliniske. Andre er sekvensielle; - dvs. at de går over tid og er utformet som ulike kombinasjoner av døgn-, dag- og poliklinisk tilbud. Behandlingsmodellen legger stor vekt på kontinuitet i relasjonen mellom pasient og behandler. Dette blir ivarettatt av et tverrfaglig behandlersteam der samme hovedbehandler også følger pasienten i hele det sekvensielle behandlingsforløpet.

Behandlersteamet består i dag av 5 psykologspesialister, 4 psykologer, 1 psykiater, 1 lege og 3 fagkonsulenter. Den utlyste stillingen inngår i dette teamet.

For nærmere opplysninger kan du kontakte:

Klinikkjef, Geir Henrik Iversen tlf. 52 73 30 00.

Leder for behandlersteamet, Johanna S. Bjørkavåg på tlf. 52 73 30 00

Søknadsfrist: 20.01.2019

For mer informasjon se

www.jobbdirekte.no/haugaland-asenter

Søknader som sendes utenfor søknadsskjema, vil ikke bli vurdert.



Psykolog/psykologspesialist, 100% fast stilling

Stillingen er et samarbeid mellom Evje og Hornnes kommune og Evjeklinikken, som er et landsledende senter for livsstilsendring og behandling av sykkelig overvekt.

Arbeidsoppgaver: pasientarbeid, veiledning av ansatte, videreutvikling av behandlingstilbud og tverrfaglig samarbeid, blant annet med Evje folkehøgskole.

Stillingsannonse finner du på vår hjemmeside www.e-h.kommune.no.

Søknadsfrist: 10. januar 2019



Evje og Hornnes kommune

T 37 93 23 00

E post@e-h.kommune.no

www.e-h.kommune.no

SAMTALEN

- for deg som vil leve livet levende!

Erfaren psykolog

SAMTALEN AS har ledig 1,5 stilling som psykolog med kompetanse for individual-, par- og familierterapi.

SAMTALEN AS er et privat psykolog- og familiekontor med moderne kontorer i Oslo sentrum.

Arbeid i SAMTALEN AS gir mulighet for faglig fellesskap og spennende terapioppgaver.

Interessert?

Send en kort CV til e-post: post@samtaalen.no

Søknadsfrist: Snarest innen 15.1.19

www.samtaalen.no

PSYKOLOGSPESIALISTER

Har du ekte interesse for rusproblematikk og ønsker å være med å videreutvikle en relativt ny klinikk er dette jobben for deg. Det er avgjørende at du deler vårt verdigrunnlag og vårt syn på behandlingsmetodikk.



Vi legger stor vekt på tverrfaglighet da vi er en tverrfaglig spesialistbehandling. Det tverrfaglige teamet består av flere psykologspesialister og psykologer, psykiater, leger, sykepleiere og sosionom. Samt en rekke rusterapeuter og miljøarbeidere.

PASIENTHANDLINGEN ER INDIVIDUELT TILPASSET OG BESTÅR BLANT ANNET I:

- Delta i vurderingsteam
- Utforming av behandlingsplan
- Utredning og individuell terapi
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten
- Arbeide i tverrfaglig team basert på nært og fortløpende samarbeid

Vi søker en medarbeider som kan arbeide selvstendig. Samtidig er det svært viktig at du fungerer i et tverrfaglig team. Personlig egnethet og gode samarbeidsevner blir vektlagt.

KVALIFIKASJONER:

- Autorisasjon som psykologspesialist
- Ønskelig med videreutdanning i eller erfaring fra rusbehandling
- Ønskelig med erfaring fra TSB
- Gode kommunikasjonsferdigheter
- Gode språkferdigheter i norsk muntlig og skriftlig
- Evne til fleksibilitet og selvstendighet
- Personlig egnethet og gode samarbeidsevner

PERSONLIGE EGENSKAPER

- Gode samarbeidsevner, fleksibilitet og personlig egnethet veier tungt
- Interesse for å jobbe i tverrfaglige team er avgjørende
- Må beherske norsk skriftlig og muntlig
- Interesse for eller erfaring fra 12-trinnsmodellen

SPRÅK

Norsk eller svensk

VI TILBYR

- Gode muligheter til å påvirke et behandlingsfelt i vekst og utvikling
- Være med å forme det tverrfaglige miljøet
- Et aktivt, mangfoldig og tverrfaglig fagmiljø som er i spennende utvikling
- Konkurransedyktige betingelser
- Personlig utvikling gjennom kurs, etter- og videreutdanning
- Flexibilitet i forhold til arbeidstid
- Muligheter for overnatting i vanlig hotellrom dersom det velges å jobbe turnus / flere døgn i strekk

ARBEIDSGIVER:

Mestringshusene AS, avd. Notodden

STILLINGSTITTEL:

Psykologspesialist

FRIST: Snarest

VARIGHET: Fast stilling / eventuelt langsiktig innleie

STILLINGSBRØK: 100 %, men lavere kan avtales

For mer informasjon se www.mestringshusene.no eller kontakt daglig leder Eivind H. Kjerstad, e-post eivind@mestringshusene.no, tlf. 992 78 141.

Søknad sendes per e-post til eivind@mestringshusene.no eller per post til *Mestringshusene AS, Follsjøveien 1276 Bolkesjø, 3680 Notodden.*

OM ARBEIDSGIVEREN: **Mestringshusene AS, avdeling Notodden** er godkjent innenfor Fritt Behandlingsvalg for tverrfaglig spesialisert behandling for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (ROP). Klinikken har 5 avgiftningsplasser og 25 ordinære døgnbehandlingsplasser. Oppstart var 5. februar 2018. Vi har nå fullt hus og har behov for å styrke vår stab av psykologspesialister.

Vår erfaring så langt er at vi har et tilbud som passer målgruppen svært godt. Vi får gode tilbakemeldinger fra pasientene og har svært lite avbrudd i behandlingen. Våre samarbeidspartnere innenfor Helseforetakene gir oss også gode tilbakemeldinger.

Vi holder til på tidligere Gran Hotell på Bolkesjø. Lokalene holder høy standard i naturskjønne omgivelser. Det tar med normal trafikk ca 1,5 timer å kjøre fra Oslo, 1 time fra Drammen, ½ time fra Kongsberg og Notodden, 1,5 timer fra Tønsberg og Skien og 1 time fra Rjukan.

Vår målgruppe er kvinner og menn over 18 år som har et alkohol-, medikament- og/eller narkotikamisbruk. Vi tilbyr også terapi/behandling for pårørende som en del av pasientens behandlingsforløp. Mestringshusene sitt nøkkelpersonell har mer enn 15 års erfaring med behandling av avhengighet og personalet har stor bredde av utdanning og bakgrunn. Vi arbeider med hele mennesket og problematikken rundt misbruket ut fra tankemønster, atferd, relasjoner, familie og oppvekst. Vi ser hvert menneske for det de er, ikke det de gjør.

- Trygghet når du trenger det mest

Sørlandet sykehus er Agders største kompetansebedrift, med over 7000 ansatte fordelt på ulike lokasjoner. Vi har ansvar for spesialisthelsetjenester innen fysisk og psykisk helse og avhengighetsbehandling. I tillegg utdanner vi helsepersonell, forsker og underviser pasienter og pårørende. Les mer om oss på www.sshf.no

Kvinesdal

Psykologspesialist/psykolog - DPS Lister

DPS Lister Kvinesdals kliniske problemstillinger er svært varierte og dekker et bredt spekter av behandlingssmessige utfordringer, tilnærminger og metodevalg.

Det er ledig 100 % st. fast i vårt Ambulante Akutt Team og 100 % st. fast i døgnposten som psykologspesialist/psykolog med påbegynt spesialisering eller psykolog som er villig til å spesialisere seg. Tiltredelse etter avtale.

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

Søknadsfrist: 20.01.2019

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

Ønsker ikke kontakt med rekrutteringsbyrå/annonseledere.



SØRLANDET SYKEHUS

frantz.no

Helse Nord RHF (regionalt helseforetak) har ansvar for spesialisthelsetjenesten til befolkningen i Nord-Norge. Vår visjon er «Helse i Nord der vi bor». Vi skal utvikle en helsetjeneste basert på verdiene kvalitet, trygghet og respekt, som er tilpasset vår landsdel. Hovedoppgaven er å planlegge og utvikle spesialisthelsetjenesten i regionen. Helse Nord RHF har ca. 93 avtaler med private spesialister med driftsavtale. Avtalene utgjør om lag 75 årsverk. Praktiserende spesialister som har driftsavtale med Helse Nord RHF skal: delta i faglig utvikling og samarbeid med øvrig spesialisthelsetjeneste i regionen, rapportere og administrere sin praksis i tråd med gjeldende avtaler, prioritere i samsvar med helsepolitisk prioriterte områder.

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

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

Kontaktinfo: Linn Hege Larsen, rådgiver, tlf. 922 97 252 eller Frode Eilertsen, seksjonsleder, tlf. 913 33 630

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

Søknadsfrist: 3. februar 2019

HELSE NORD

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) er et universitetssykehus som tilbyr befolkningen i den nordligste landsdel medisinsk spisskompetanse av høy kvalitet. Samtidig er UNN lokalsykehus for Troms og deler av Nordland. Foretaket har 6000 ansatte. Virksomheten skal bygge på kvalitet, trygghet, respekt og omsorg.

Senter for psykisk helse og rusbehandling Midt-Troms

Psykologspesialist/psykolog

Voksenpsykiatrisk poliklinikk på Silsand søker etter utviklingsorienterte og kunnskapsrike psykologspesialister/psykologer som ønsker å bidra til videreutvikling av poliklinikkens tjenester.

Vi søker deg som trives med å jobbe selvstendig, men samtidig jobber godt med andre. Stillingen omfatter utredning, diagnostisering og behandling av psykiske lidelser og rusmiddellidelser. Poliklinikken samarbeider tett med Ambulant akutt-team, Døgnenheten, og primærhelsetjenesten i alle kommunene i opptaksområdet.

Kontakt: Espen Falch-Nicolaisen, enhetsleder, tlf. 77 75 47 00.

Søknadsfrist: 20. januar 2019

Fullstendig annonsetekst, samt lenke til elektronisk søknadsskjema finnes på www.unn.no/jobb

Vi ønsker ikke kontakt med annonseledere!



UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE
DAVI-NOROGGA UNIVERSITEHTARBUOHCCVEIESSU



frantz.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

Drammen DPS, Seksjon psykisk helse, rus og avhengighet

Referansnr. 3990888932 Søknadsfrist: 27.01.2019

Drammen DPS er et distrikt-psykiatrisk senter i Klinikk for psykisk helse og rus. Drammen DPS består av tre polikliniske seksjoner og en døgnseksjon. Seksjon psykisk helse, rus og avhengighet (Seksjon PRA) er en av poliklinikkene i sentrum. Seksjonen har tre behandlingsteam: TSB-teamet, Fleksibelt psykoseteam og FACT Nye Drammen.

Den ledige stillingen er knyttet til TSB-teamet, som er underlagt fagfeltet tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Teamet har ansvar for utredning og behandling av pasienter med ruslidelser og samtidig psykisk lidelse, samt veiledning til deres pårørende. For tiden er vi i en spennende prosess med implementering av pakkeforløp og videreutvikling av vårt gruppeterapitilbud.

Vi har ledig 100 % fast stilling for psykologspesialist. Vi søker en engasjert medarbeider som kan bidra positivt i vårt faglige utviklingsarbeid. Kompetanse på gruppeterapi og/eller mentaliserings-basert terapi er ønskelig, men ikke et krav.

Nærmere opplysninger ved seksjonsleder / psykologspesialist Bente Dahl, tlf. 416 71 954.

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



VESTRE VIKEN

frantz.no

Hogrefe søker to medarbeidere til nytt kontor i Oslo!

Hogrefe er ledende distributør av psykologiske tester på det europeiske markedet med et stort antall tester samt et omfattende utvalg av faglitteratur og tidsskrifter i vårt sortiment. Våren 2019 vil Hogrefe åpne et kontor i Oslo for å satse ytterligere på det norske markedet. I den forbindelse søker vi to norsktalende medarbeidere med kunnskap om og interesse for testutvikling.

Medarbeiderne vi søker vil få ansvar for testutviklingsprosjekter, samt for kundekontakt mot det norske markedet. Utviklingen av testene vil foregå i dialog med ulike norske forskningsmiljøer og i samarbeid med det svenske utviklingsteamet.

Hogrefe publiserer både tester for klinisk bruk og for bruk innen HR- og arbeidspsykologi og ønsker én medarbeider innen hvert av disse fagområdene.

Vi søker deg som har relevant utdanning (profesjonsstudiet eller master i psykologi) og arbeidserfaring med psykologiske tester. En genuin interesse for testutvikling, samt god skriftlig fremstillingsevne, er forutsetninger for å lykkes i stillingene. Den som skal arbeide med HR- og arbeidspsykologiske tester må også trives med salg og markedsføring.

Dersom du ønsker mer informasjon om stillingene er du velkommen til å ta kontakt med Hogrefe Psykologiforlaget AB, Elisabeth Bech (elisabeth.bech@hogrefe.se). Søknad sendes til info@hogrefe.no senest 4. februar 2019. Husk å merke søknaden med hvilken stilling du søker.



Helse Sør-Øst RHF søker:



- **To 50 % avtalehjemler for spesialistpraksis i klinisk psykologi med lokalisering til Hamar**
- **50 % avtalehjemmel for spesialistpraksis i klinisk psykologi med lokalisering til Lillehammer**
- **To ledige 100 % avtalehjemler i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Askim**
- **100 % avtalehjemmel i nevropsykologi lokalisert til Halden**

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

Søknadsfrist: 23. januar 2019



Østbyttetunet ligger ved Ahus i Lørenskog, 15 km fra Oslo sentrum. Vi har 29 behandlingss plasser for barn i tre døgnavdelinger, en familieavdeling og ambulante tjenester. Østbyttetunet er en del av psykisk helsetilbud i Helse Sør-Øst. Senteret eies av Norske Kvinners Sanitetsforening Akershus.
www.ostbyttetunet.no

ØSTBYTTUNET

Senter for behandling og fagutvikling
Psykisk helsetjeneste for barn

PSYKOLOGSPESIALIST/ PSYKOLOG

Det er ledig stilling ved vår døgnavdeling «Eplehagen». Psykologen ivaretar ansvaret for behandlingen ved avdelingen. Arbeidsoppgavene er varierte og innbefatter deltakelse i avdelingsmøter, behandlingskonferanser, samarbeid med 1. linje instanser, samarbeid med behandlingsskolen og familiearbeid. Østbyttetunet har 8 psykologer ansatt. Lønn avtales etter kvalifikasjoner. Tiltredelse i stillingen ønskes senest august 2019, men gjerne fra 1. mai 2019.

Ta gjerne kontakt på telefon 67 92 20 40. Spør etter sjefpsykolog Rune Frøyland, eller daglig leder Rolf Lein. Søknad sendes Østbyttetunet, postboks 14, 1477 Fjellhamar, eller til ostbyttetunet@gmail.com

Søknadsfrist: 25. januar 2019

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

Arnild Lauveng

post@arnhildlauveng.com
913 17 162

Else-Marie Molund

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

Studentrepresentanter

Marte Sandbugt Pettersen

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

Sebastian Gulbrandsen

sebastian.gulbrandsen@
gmail.com
926 93 702

Varamedlemmer

Anders Hovland

anders.hovland@uib.no
932 87 565

Rudi Myrvang

rudi.myrvang@gmail.com
906 03 355

Dag Stormbo

dag.stormbo@gmail.com
408 42 645

Eldrid Robberstad

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

LOKALAVDELINGER

Akershus

Joan Sigrun Nygard

joan.sigrun.nygard@
vestreviken.no
416 66 260

Aust-Agder

Karen Maria Dreier

Ludianos
klu045@gmail.com
977 16 288

Buskerud

Aksel Lindstad

aksel.lindstad@gmail.com
984 17 100

Finnmark

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-

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

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

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

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

PRIORITY

