

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



PSY KOL OGI

Vol.56 nr.02 2019

- **Tvangs-
medisinering kan
være ulovlig**

NÅ

SELVETS AMERIKA

Jon Vøllestad om
romanen *Infinite Jest*

Alkohol- avhengighet og kognitiv trening

Vitenskapelig artikkel

ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-02



9 770332 647013 02

RETURUKE 07 185 NOK

PSY KOL OGI

Vol. 56 **nr. 2** 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 Engevold

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Joar Halvorsen, Nidaros DPS
Ivar Iversen, frilanser

Åshild Skogerbø, Stavanger universitetssykehus
Astid Weber, Psykisk helse- og rusklinikken, Tromsø

Omslagsillustrasjon Åshild Irgens

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening (Journal of the Norwegian Psychological Association)

er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat,

Tekstrekameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell

fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Tvangsdejavu

SKAL TVANG ANVENDES, må det begrunnes skikkelig, uttaler sivilombudsmann Aage Thor Falkanger til Psykologtidsskriftet (se side 76). Når det gjelder tvangsmedisinering, ser dette vanskelig ut. Kunnskapen som eksisterer, gjør det ikke mulig å konkludere med at medisineringen har effekt for den personen du har foran deg akkurat nå. Og uten en slik begrunnelse for vedtaket blir tvangsmedisinering ulovlig.

Bakgrunnen for Sivilombudsmannens uttalelser er kritikken de rettet mot Fylkesmannen i Agder rett før jul, som ombudsmannen mente godtok dårlig begrunnet tvangsmedisinering. I vårt intervju sier Falkanger at ulovlig tvangsmedisinering kan være utbredt. Det gjør at kritikken ikke handler om saken i Agder alene. Konklusjonen kan dermed få prinsipiell betydning som reiser spørsmål ved hele den norske ordningen, twitret advokat Jon Wessel-Aas (22. desember).

Mange av de som har fulgt tvangsmedisineringsdebatten, opplever trolig et slags dejavu når de leser ombudsmannens konklusjon. «Medikamentene har liten positiv effekt på gruppenivå, forutsigbarheten av effekten for den enkelte pasient er tilsvarende liten, samtidig som risikoen for skadevirkninger er betydelig», skrev Peter Christian Gøtzsche og Ketil Lund i *Kritisk juss* (2/16). Deres artikkel viser jevnlig til Paulsrud-utvalgets NOU 2011:9 *Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet*, som i sin kunnskapsgjennomgang fant både lave effekter av medikamentell behandling på gruppenivå og store forskjeller i utfall på individnivå. Dermed er det knapt mulig å forutsi hvem som har nytte av behandlingen. Og skal vi følge Sivilombudsmannens ståsted, er dermed heller ikke lovens vilkår for tvang oppfylt.

Erfaringsformidler Merete Nesset ønsker Sivilombudsmannen velkommen etter på sin Facebook-side (22. desember), og peker på at dette er kunnskap pasienter og brukere i årevis har forsøkt å få helsevesenet til å ta på alvor. Men så langt uten det nødvendige gjennomslaget.

Hittil er det kun Psykologforeningen av profesjonsforeningene som har støttet retten til å reservere seg mot tvangsmedisinering i psykiatrien, men i året som kommer, kan det skje bevegelser i feltet. I sin sykehustale pekte helseminister Bent Høie på at et av styringsmålene for helseforetakene er å redusere antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern i 2019. Og i den nye regjeringsplattformen kan vi lese at regjeringen vil foreta en revisjon av alle tvangshjemler basert på anbefalingene fra tvangslovutvalget. Om også den peker i retning av en ny praksis, får vi vite når utredningen foreligger i midten av juni. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Hittil er det kun Psykologforeningen av profesjonsforeningene som har støttet retten til å reservere seg mot tvangsmedisinering i psykiatrien

78



ILLUSTRASJON: NTB SCANPIX

HELOMVENDING I PRESTESAKEN

Karl Henrik Melle (bildet) og Den rettsmedisinske kommisjon gir nå stryk til en psykolograpport i Prestesaken. Sakkyndigfeltet har endret seg mye de siste årene, mener fagfolk.

Aktuelt

82

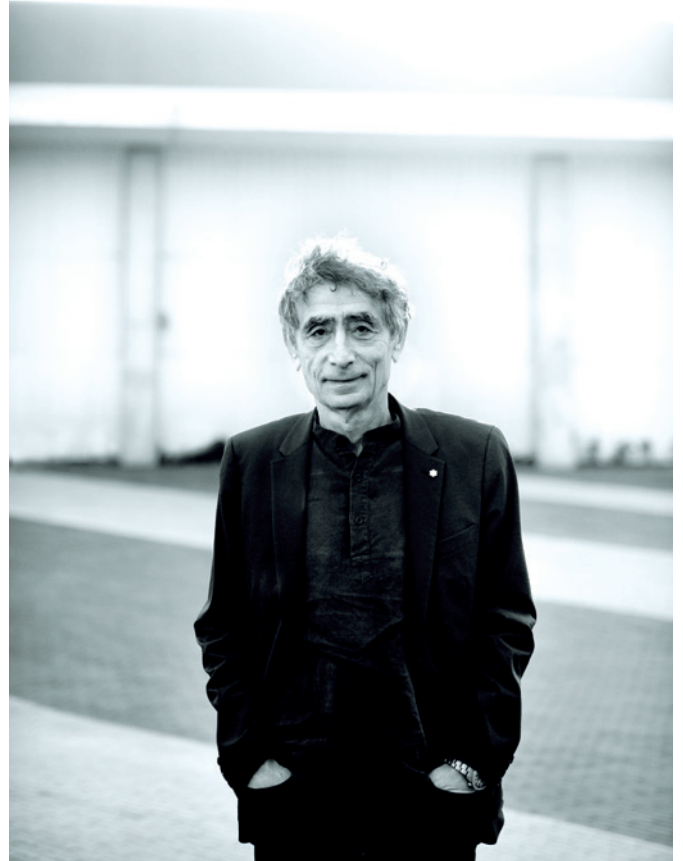


FOTO: JANINGE HAGA

AVHENGIGHETEN I OSS

Avhengighet er et sultent spøkelse med veldig liten munn og veldig stor mage. Møt lege og forfatter Gabor Maté.

Intervju



FOTO: PAUL S. AMUNDSEN

POSTMODERNE ROMANLANDSKAP

I romanen *Infinite Jest* av David Foster Wallace fant den daværende psykologstudenten Jon Vøllestad en bit av seg selv. Romanen er en skildring av individets vilkår i en verden uten klare orienteringspunkter.

Intervju

- 73 **Tvangsdejavu**
Leder | Bjørnar Olsen
- 76 **Kritiserer tvangsmedisinering**
NÅ: Aage Thor Falkanger | Nina Strand
- 78 **Helomvending i Prestesaken**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 80 **- Skjedd mye på ti år**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl og Ole Dag Kvamme
- 82 **Et evig indre arbeid**
Intervju | Ida Holth
- 88 **Kognitiv rehabilitering ved alkoholavhengighet
- Supplement til ordinær behandling?**
Vitenskapelig artikkel | Ragnhild Bø
- 99 **Tidlige tiltak**
Oppsummert | Kristin Martinsen
- 102 **Lave forventninger**
Aktuelt | Per Olav Solberg
- 104 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Unntakene som blir regelen | Karl Eldar Evang
Debatt: Språkbruk i psykisk helsevern (s. 108),
Psykoanalysen (s. 110 og s. 112)
- 116 **INNTRYKK**
Selvets Amerika | Intervju | Eivind Normann-Eide (s. 116)
Bokanmeldelser: Ujålete folkeopplysning (s. 126),
Traumeterapi i mange former (s. 128)
- 131 **Minneord: Haldis Hjort (1940–2018)**
- 132 **Kurskalenderen**
- 132 **Annonser**
- 138 **Stillingsannonser**



BEKYMRET Hvis Paulsrud-utvalget har rett, kan ulovlig tvangsmedisinering ha pågått over lang tid, tror sivilombudsmann Aage Thor Falkanger.
Foto: Anders Bakke

Kritiserer tvangsmedisinering

– Ulovlig tvangsmedisinering kan være utbredt i psykisk helsevern, sier sivilombudsmann Aage Thor Falkanger.

TEKST Nina Strand

– Du har kritisert Fylkesmannen i Agder for å avvise en klage på tvangsmedisinering. Hvorfor?

– Behandlingstiltak uten pasientens samtykke kan bare gjennomføres «når de med stor sannsynlighet kan føre til helbredelse eller vesentlig bedring av pasientens tilstand, eller at pasienten unngår en vesentlig forverring av sykdommen», ifølge psykisk helsevernloven. Poenget er at tvangsvedtaket må begrunnes. Hvorfor mener man at det nettopp i *denne* sammenhengen og overfor nettopp *denne* pasienten akkurat *nå* er rimelig å vente den effekten som loven krever? Argumentene kan bygge på forskning, eller være erfaringsbasert. Men man kan ikke bare begrunne vedtaket med generelle formuleringer som at pasienten var veldig dårlig, slik

det ble gjort i dette tilfellet. Det sier ingenting om sannsynligheten for bedring ved medisineringen. Å medisinere noen med tvang er svært inn-
gripende. Kravene til begrunnelsene for et vedtak må derfor være strenge.

– Hva er det som svikter når vi får slike brudd?

– Først vil jeg si at de fagansvarlige og behandlerne i slike saker står overfor store utfordringer der de møter grunnleggende etiske dilemmaer. Det er ingen tvil om at behandlerne handler den i beste hensikt, de ønsker å gi god behandling. Men Sivilombudsmannens oppgave er å se på om *lovforståelsen* er riktig. Fylkesmannen som fikk pasientens klage, klarte verken i selve vedtaket eller i sin begrunnelse til oss å vise at kravet til stor sannsynlighet for bedring var oppfylt, slik at den gunstige virkningen av medisineringen kunne oppveie ulempene.

– Er det mange sånne saker?

– Vi behandler enkeltsaker; vi har mottatt og mottar fortsatt slike klagesaker. Paulsrud-utvalget, som i 2010 ble utnevnt av Regjeringen for å

utrede og vurdere bestemmelsene om tvang i psykisk helsevern, ga uttrykk for at denne loven ikke følges i praksis.

– Med andre ord kan ulovlig tvangsmedisinering være utbredt?

– Ja, hvis Paulsrud-utvalget har rett, kan ulovlig tvangsmedisinering ha pågått over lang tid. Akkurat nå har vi en ny slik sak på bordet, som gjelder Fylkesmannen i Oslo og Akershus. I den saken ser det ut som at Fylkesmannen har lagt til grunn en uriktig forståelse av kravet til stor sannsynlighet.

– Hva skyldes den manglende begrunnelsen for tvangsmedisinering? Faglig arroganse, hastverk?

– Folk gjør nok så godt de kan, men helsepersonell tenker kanskje først og fremst på å gi behandling, uten at man alltid forholder seg til lovens strenge krav.

– I noen tilfeller kjenner man pasienten fra før og har prøvd ting tidligere. Dere understreker at kravene gjelder den enkelte pasienten her og nå. Det skal være blanke ark?

– Hvis en har erfaring med en pasient, kan den erfaringen godt være en del av begrunnelsen for at det foreligger stor sannsynlighet for bedring. Men i dette tilfellet var det snakk om førstegangsmedisinering.

– Forsker og psykolog Joar Øveraas Halvorsen kommenterte på twitter at man nesten aldri kan konkludere med at det er stor sannsynlighet for at en behandling vil ha vesentlig effekt i en gitt situasjon?

– Etter vårt syn kan man referere til generell forskning som et ledd i begrunnelsen for hvorfor det i dette enkelte tilfellet er stor sannsynlighet for bedring. Men da må man *visé til* denne forskningen, og det er ikke gjort i denne saken. Loven er ikke oppfylt ved at legen eller psykologen mener at det er stor sannsynlighet for bedring, eller bruker formuleringer som «vi hadde prøvd alt».

– Faglig ansvarlige kan oppleve at Sivilombudsmannen overprøver deres faglige vurdering?

– Det vi gjør, er å uttale oss om hvorvidt loven er tolket og anvendt riktig, og om saksbehandlingsreglene er fulgt. Dette er en juridisk, ikke

Hvorfor NÅ?

- I en klagesak om tvangsmedisinering på Sørlandet, konkluderte sivilombudsmann Aage Thor Falkanger i desember 2018 at Fylkesmannen i Agder kan ha tolket og anvendt psykisk helsevernloven feil.
- Kjernen i saken er hvordan behandlere skal forstå lovens krav om at tvangsmedisinering må begrunnes med at den har stor sannsynlighet for positiv effekt. Begrunnelsen må knyttes til den enkelte pasienten, og ikke til en gruppe pasienter.

en medisinsk vurdering. Sivilombudsmannens rolle er å beskytte rettighetene til pasientene, som dette har særdeles stor betydning for. Vi har som mandat å sikre borgernes rettigheter i møte med forvaltningen. Samtidig: Det gjenstår å se om det er mulig å begrunne tvangsvedtaket. I noen tilfeller lar det seg simpelthen ikke gjøre å begrunne at det er stor sannsynlighet. Da må man trekke konsekvensen av det.

– Halvorsen mener det er et dilemma at man blir avkrevd kunnskap man ikke har.

– Ja, det kan godt være at man ikke har kunnskap som gjør at man med stor sikkerhet kan konkludere. Men da er heller ikke lovens vilkår for å bruke tvang oppfylt. Paulsrud-utvalget viste til forskning som sier at man bare hos hver femte pasient kunne dokumentere tilstrekkelig effekt av tvangsmedisinering. Det må innebære at det ikke er stor sannsynlighet for bedring, konkluderer utvalget. Samtidig er det kommet kritikk mot at mye forskning gjelder *frivillig* medisinering, og at man derfor kan tenke seg at effekten blir enda mindre når medisineringen skjer under tvang. Jeg må ta forbehold her om at jeg bare har overfladisk kjennskap til denne forskningen.

– Hvilke konsekvenser får dette, i så tilfelle?

– Kan man ikke begrunne vedtaket, da er tvangsmedisineringen ulovlig.

– Betyr ikke det du sier her, at det aldri vil være lov å gi medisiner med tvang?

– Det beror i så fall på en medisinsk vurdering som jeg ikke kan gå inn i. Men har man ikke tilstrekkelig kunnskap, kan man ikke medisinere folk med tvang.

– Pasienter og pasientorganisasjoner fremhever menneskerettigheter i denne sammenhengen. Hvilken plass har menneskerettighetene i det du sier nå?

– De har absolutt en plass. Hittil har jeg bare snakket om de norske reglene, men også menneskerettighetene krever at det er en terskel før man tvangsmedisinerer. Her er det en pågående debatt. Men FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, som ble signert av Norge i 2007, går ganske langt i å hevde at det å bruke tvang i behandling er konvensjonsstridig. ✘

Helomvending i Prestesaken

I en ny uttalelse tar Den rettsmedisinske kommisjon avstand fra konklusjonene i psykolograpporten som var sentral i bevisvurderingen i den såkalte Prestesaken.

TEKST

Øystein Helmikstøl og
Ole Dag Kvamme

I 2008 BLE EN PREST i Den norske kirke dømt til åtte års fengsel for vold og seksuelle overgrep mot stedatteren. Helt sentral i bevisvurderingen den gangen var en rapport fra en rettsoppnevnt sakkyndig psykolog. Psykologspesialist Bente Stolpestad karakteriserte presten som «en aggressiv, fiendtlig og tilnærmet sadistisk overgriper.» Den sakkyndiges konklusjoner var i all hovedsak bygget på samtaler med det antatte offeret.

Psykologspesialistens omtale ble limt inn i tingrettsdommen mot presten.

Den rettsmedisinske kommisjon (DRK) ga en uvanlig rosende omtale av psykolograpporten da den første gang ble lagt frem, før straffesaken mot presten. I en ny vurdering ber Den rettsmedisinske kommisjon om at Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker ser bort fra noen av de mest sentrale punktene i psykologens rapport.

– Min klient og hans familie er glade for DRKs nye vurdering av rapporten. De har for alle praktiske formål underkjent denne og påpekt de svakheter den er rammet av. Uttalelsen fra kommisjonen satt i plenum er enstemmig. Det er å håpe at dette medvirker til at saken nå blir tatt opp på nytt, kommenterer advokat John Christian Elden, på vegne av den domfelte presten, overfor Psykologtidsskriftet.

UVANLIG

Det er ifølge DRK uvanlig å saksbehandle en sakkyndigerklæring som er avgitt ti år tidligere,

og som tidligere også har vært behandlet i den samme kommisjonen.

DRK som vurderte sakkyndigrapporten, sendte i 2007 sin vurdering til Glåmdal tingrett like før straffesaken startet. Uttalelsen kom tre dager etter at den ble registrert hos kommisjonen, og var slik:

«Det er ingen bemerkninger til denne grundige vurderingen.»

Den andre uttalelsen fra DRK kom etter at lagmannen i Eidsivating lagmannsrett i november 2007 ba daværende DRK-leder Randi Rosenqvist om en ny vurdering før ankesaken startet i 2008. Lagdommeren hadde innvendinger mot rapporten. Begge gangene slapp DRK rapporten igjennom.

I forbindelse med ny begjæring om gjenopptakelse av saken er det denne gangen Kommisjonen for gjenopptakelse av straffesaker som har bedt DRK vurdere rapporten enda en gang.

LIMT INN I DOMMEN

For å vurdere psykolograpporten for tredje gang, satte dagens DRK-leder Karl Henrik Melle sammen hele kommisjonen, men uten de medlemmene som tidligere har behandlet rapporten, og uten medlemmer som har uttalt seg offentlig om Prestesaken.

Foran seg hadde de rapporten som ble lagt frem for retten i 2007, der en lang passasje ble limt inn i tingrettsdommen, blant annet følgende:



FRA SKRYT TIL

STRYK Daværende leder Randi Rosenqvist i Den rettsmedisinske kommisjon roste en psykolograpport før den såkalte Prestesaken startet i Glåmdal tingrett i 2007. Kommisjonen med nåværende leder Karl Henrik Melle tar nå avstand fra den samme rapporten. Foto: Fartein Rudjord og NTB scanpix

«Det er min oppfatning at fornærmede har blitt utsatt for traumer av meget alvorlig karakter, først og fremst mht seksuelle overgrep som har i tillegg inneholdt fysisk vold og trusler om vold samt alvorlige psykiske trusler. Slik de seksuelle overgrep fremstår, vitner de lite om en såkalt 'kjærlighetshungrende overgriper', men derimot om en aggressiv, fiendtlig og tilnærmet sadistisk overgriper.»

I den nye vurderingen datert 18. november 2018 ber Den rettsmedisinske kommisjon om at Gjenopptakelseskommisjonen ser bort fra denne vurderingen.

– Gjenopptakelseskommisjonen bør se bort fra besvarelsen av mandatpunkt b, sidene 29 til 30, skriver kommisjonen.

I dette punktet ber retten den sakkyndige si noe om årsaken til hennes fungering. Psykologen konkluderer med at skadene skyldes vold, krenkelser og seksuelle overgrep fra stefar.

Videre skriver kommisjonen at den sakkyndige bør ta et klart forbehold om rettens vurdering av faktum.

Også denne delen av rapporten ble limt inn i dommen:

«Fornærmede fremstår, for meg, som uttalt troverdig i sin beskrivelse av egen oppvekst. Det gjelder så vel erfarte seksuelle overgrep, erfart

fysisk vold, samt psykiske krenkelser. Hennes måte å formidle sine opplevelser, gir for meg et overbevisende bilde av at fornærmede har erfart det hun forteller.»

– Den sakkyndige bør ikke ta stilling til faktum selv om retten ber om det, understreker Karl Henrik Melle i brevet til Gjenopptakelseskommisjonen.

Melle er overlege og spesialist i psykiatri. Han har ledet DRK siden 2015.

I tillegg til å be Gjenopptakelseskommisjonen se bort fra deler av rapporten kritiserer DRKs nye vurdering psykologen for ikke å drøfte symptomene opp mot forklaringene fra den domfelte presten:

- I erklæringen er det gjentatte uttalelser som kan oppfattes som at den sakkyndige kun legger fornærmedes forklaring til grunn for vurderingen.
- Rapporten fra den sakkyndige drøfter ikke andre antatte belastninger i fornærmedes liv som mulig årsak til psykisk lidelse.

DRK kritiserer også psykologens vurdering av invaliditet.

– Det er vanskelig for Den rettsmedisinske kommisjon å se bakgrunnen for den høye invalidegraden ut fra de foreliggende opplysninger, skriver DRK i sin nyeste uttalelse.

»

- Skjedd mye på ti år

Sakkyndighet har endret seg mye de siste ti årene, mener fagfolk.

TEKST Øystein Helmikstøl og Ole Dag Kvamme

- **PÅ GENERELT GRUNNLAG** har nok det sakkyndige fagfeltet blitt mer oppmerksom på krav til etterrettelighet enn tidligere.

Det mener psykologspesialist og erfaren sakkyndig Pål Grøndahl ved Regionalt kompetansesenter for sikkerhets-, fengsels- og rettspsykiatri ved Helse Sør-Øst. Han er også med i fagutvalget for rettspsykologi og sakkyndighet i Norsk psykologforening.

KLINISK SKJØNN

Grøndahl understreker at det er viktig å kunne *belegge* sine påstander.

- Å vise til «klinisk skjønn» eller «erfaring» er ikke og bør ikke være godt nok.

Det samme gjelder ifølge Grøndahl troverdighet, som ble drøftet i den omdiskuterte erklæringen i Prestesaken.

- Verken psykologer eller psykiatere er bedre enn andre til å gi vurdering om troverdighet, og det er bra når det påpekes at slik praksis skal vi ikke drive med.

Samtidig er det lett å være etterpåklok, mener psykologspesialisten.

- Det er ikke sikkert at vi var like oppmerksomme på etterrettelighet for ti år siden som i dag. Alle fagfelt utvikler seg hele tiden, og det er viktig at vi som fagpersoner er oppmerksomme på utviklingen.

BARNEVERN FELTET

Psykolograpporten i Prestesaken ble vurdert av Den rettsmedisinske kommisjon. Barnesakkyndig kommisjon (BSK) ble opprettet i 2010. Begge kommisjonene ligger under Statens sivilrettsforvaltning, et forvaltningsorgan underlagt Justis- og beredskapsdepartementet.

Leder i BSK er psykolog Katrin Koch. Også hennes vurdering er at det har skjedd endringer på sakkyndigfeltet.

- På barnevernfeltet har krav til sakkyndige rapporter endret seg mye de siste ti årene.

- På hvilken måte?

- Sakkyndigprogrammet – som er nokså omfattende – ble etablert i 1998. Ti år senere, i 2009, ble det utformet felles kriterier og anbefalinger om hvordan en som sakkyndig skal jobbe med utredninger i barnevernsaker, og hvordan rapporter bør utformes.

Her viser BSK-lederen til *Veiledende retningslinjer for sakkyndig arbeid i barnevernssaker for barneverntjenesten, fylkesnemnda og domstolen*¹.

.....

1. Veileder på sivilrett.no fra Barne- og likestillingsdepartementet, publikasjonskode Q-1158B



BARNESAKKYNDIG Psykolog og leder Katrin Koch i Barnesakkyndig kommisjon mener krav til sakkyndige rapporter på barnevernfeltet har endret seg mye de siste ti årene. Foto: Brian Cliff Olguin

- I tillegg utvikler jo også lovverket og faget seg, basert på nye erkjennelser, ny kunnskap og nye erfaringer, påpeker Koch.

TILLEGGSERKLÆRING?

I Prestesaken er Pål Grøndahl usikker på hvilke konsekvenser en ny vurdering fra Kommisjonen vil få for den avgitte erklæringen.

- Dersom kommisjonen har bemerkninger av mer alvorlig slag, blir vi ofte bedt om å avgi tilleggserklæring. Det er vel vanskelig å få til nå? undrer han. ❌

PSYKOL OGI

#Psykekommunevalg2019

Kjære leser!

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

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

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

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

Send til meninger@psykologtidsskriftet.no

Fra arkivet: 1976

Janteloven – Psykologenes og klientenes felles fiende

Mange psykologer har som del av sin arbeidsoppgave å lære mennesker at de er noe, at de duger til noe og at noen bryr seg om dem. I den forstand driver psykologer anti-Jantebehandling. Men Janteloven er svært utbredt hos oss og har dype røtter i vår hjemmelige kultur, ja den er så rotfestet at man med stor grad av rimelighet skulle kunne anta at også psykologene er offer for den,

I dag står norsk psykologi overfor en viktig oppgave. Det er i dag et omfattende behov for psykologisk bistand hos enkeltindivider og ved ulike institusjoner i vårt samfunn. Det finnes psykologer som kan gå inn i nye stillinger for å gi slik bistand, og samfunnet skulle ha ressurser nok til å kunne investere innenfor ulike sektorer der en vet at psykologisk bistand trengs. Vi har store åndssvakeinstitusjoner med mange pasienter og begrensede personalressurser. Vi har alkoholist- og eldreomsorgen som i høyeste grad trenger fagpsykologisk bistand. Mange felter og særomsorger kunne nevnes. Men kanskje står lokalmiljøet i en særstilling. Ved å styrke den fagpsykologiske bistanden lokalt, kunne man møte problemene på et tidlig tidspunkt og dermed forsøke å løse dem lokalt, slik klientene slapp å forlate hjemstedet for å bli pasienter i ulike særomsorger.

Hvor mye blir vi offer for Janteloven i en slik situasjon? Hvor aktive er vi i å «markedsføre» psykologien, hvor flinke er vi til å dokumentere behovet for vårt fag og hva det kan tilføre? «Du skal ikke tro at du vet mer enn oss», sier Janteloven, «du skal ikke tro du kan lære oss noe». Tror vi på dette eller tror vi at vi har noe viktig å tilføre? Hvis vi tror vi har noe å tilføre, hvis vi tror vi er noe, vet noe, duger til noe og tror at vi har noe å lære bort, så kanskje vi trenger å drive litt anti-Jantebehandling på oss selv.

Vi må bli flinkere til å dokumentere den ressurs som vårt fag representerer. Vi må bli flinkere til å påvirke myndighetene lokalt og sentralt, slik at våre klienter får de tilbud om bistand som de har behov for og krav på. I så henseende må har psykologene, klientene og deres pårørende felles interesser. Vi tror det nytter. Men kanskje ville troen bli sterkere og resultatet bedre dersom disse gruppene forente krefter.

Det vil bli nødvendig å danne mange pressgrupper i tiden fremover for å få myndighetene sentralt og lokalt til å investere sine ressurser i flere og bedre tiltak for alle som trenger psykologisk bistand. Det vil bli nødvendig med et aktivt engasjement fra psykologer både sentralt og lokalt, dersom ikke Janteloven skal få bestemme hvilke tilbud om psykologisk bistand som skal foreligge i tiden fremover.

Erik Larsens leder «Janteloven» februar 1976



Et evig indre arbeid

Behandling med den hallusinogene drikken ayahuasca kan være forløsende, men er meningsløst uten hardt egenarbeid, mener den kanadiske legen Gabor Maté.

- **GRAVSKRIFTEN MIN** har jeg skrevet allerede. Den lyder: Det var mye mer arbeid enn jeg hadde trodd.

Gabor Maté drar en av sine sjeldne vitser når han snakker om et av sine favorittema: betydningen av å alltid jobbe med seg selv som terapeut. I et møterom i Stavanger sitter legen og foreleseren på en barkrakk i samtale med Psykologtidsskriftet om terapi, traumer og lindring. I årevis har den kanadiske legen arbeidet med rusavhengige mennesker på gaten i Vancouver og døende pasienter ved et senter for palliativ omsorg, mens han parallelt har basket med egne spøkelser og begrensende forsvarsmekanismer, som selv ikke hallusinogener har

kunnet trenge gjennom, ifølge ham selv. Han mener at en uutviklet kliniker er som et skittent spill for pasienten:

- Når noen kommer til oss, vil du at de skal se seg selv slik de virkelig er, ikke som deres patologi eller atferd. Vår jobb er å rydde opp i vårt eget så mye som mulig, så vi faktisk kan speile pasientens sunne sider.

HVOR KOMMER SMERTEN FRA?

En tøff start på livet i en jødisk familie i et tyskokkupert Budapest i 1944 har kanskje gjort den bestselgende forfatteren spesielt opptatt av hvordan tidlige smertefulle opplevelser i barndommen spiller seg ut i voksen alder. Til ulike medier har Maté fortalt om hvordan han har strevd med arbeidsnarkomani, vært deprimert og ulykkelig, og utviklet en shopping-avhengighet. I en alder av 52 år fikk han diagnosen ADHD, forteller han i en workshop samme dag. Han mener lidelsen ikke bør forstås medisinsk, »

TEKST

Ida Holth

FOTO

Jan Inge Haga

◀ **TREKKER TRÅDER** Den bestselgende forfatteren og legen Gabor Maté er opptatt av hvordan smertefulle barndoms erfaringer former oss senere i livet. I november i fjor gjestet han Schizofrenidagene i Stavanger.

– Folk kan ha alle slags spirituelle erfaringer, de mediterer, og de ser gud - på puta

Gabor Maté

- Født: 1944 i Budapest, Ungarn, bor i Canada.
- Arbeider som: Foreleser, psykoterapeut og forfatter.
- Bakgrunn: Spesialist i familierapi, senere arbeidet i palliativ omsorg og med avhengighet. Har etablert organisasjonen Compassion for Addiction sammen med Vichy Dulai, som bl.a. arbeider for å redusere stigma knyttet til avhengighet.
- Aktuell: Besøkte nylig Schizofrenidagene i Stavanger.
- Bøker: *When the body says no* (2011), *In the Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction* (2010), *Hold on to Your Kids: Why Parents Need to Matter More Than Peers* (2005, skrevet sammen med Gordon Neufeld), *Scattered: How Attention Deficit Disorder Originates and What You Can Do about It* (2000).

men som en mestringsmekanisme. Rastløsheten har kanskje gitt seg utslag i at 75-åringen i dag reiser verden rundt for å forelese om et bredt spekter av temaer: avhengighet, medisinsk uforklarte sykdommer, traumer, samtidens foreldreskap, ADHD, spiritualitet og bruk av hallusinogener i psykoterapeutisk behandling.

I 2010 kom boken *In the Realm of Hungry Ghosts: Close Encounters with Addiction*, der han illustrerer hvordan avhengighet er knyttet til tidligere smertefulle erfaringer. Maté mener at sykdomsmodellen for avhengighet er utilstrekkelig.

– Hvis du ikke forstår at avhengighet i hvert tilfelle er en respons på traumer, da forstår du ikke fullt ut avhengighet, sier han.

Legen vil til de bakenforliggende årsakene til at mennesker blir avhengige, eller utvikler sykdommer som kronisk utmattelse eller revmatisme. Han viser til store populasjonsstudier som The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study for å underbygge linken mellom belastninger i barndommen og helseproblemer senere i livet. Enkelte har kritisert ham for å knytte barndomserfaringer for tett til avhengighet – alle som har opplevd negative erfaringer i barndommen, blir jo ikke avhengige av dop eller shopping, og alle som er avhengige, har ikke nødvendigvis blitt traumatisert, lyder innsigelsene. Maté opererer imidlertid med en bred definisjon av avhengighet. Til Huffington Post har han sagt at avhengighet kan være «hva som helst», så lenge atferden oppfyller visse kriterier:

– Det er altså ikke så mye aktiviteten per se, men spørsmålet om det gir deg midlertidig lettelse eller nytelse. Skaper det et sug når du ikke får det? Har det negative konsekvenser og er vanskelig å slippe på tross av konsekvensene? Hvis så er tilfelle, er det en avhengighet¹.

Foran en fullsatt sal under sitt plenumsforedrag på konferansen sier han:

– Avhengighet er et forsøk på å løse et problem, et forsøk på å slippe vekk.

Og så gjentar han det som synes nærmest å ha blitt et slagord, svaret på det evige spørsmålet «Hvorfor drikker Jeppe?»:

– Spørsmålet er ikke hvorfor blir man avhengig, men hvor smerten kommer fra.

TRAUMATISERTE HJELPERE

Traumeperspektivet til Maté synes å være gjennomgående i alt hans arbeid. Han er opptatt av hvordan traumer forplanter seg gjennom generasjoner, men også hvordan samfunnet bidrar til å påføre folk smerte, for eksempel gjennom den politiske satsningen «war on drugs» i USA og Canada. Maté definerer også traumer bredt, men understreker samtidig at et traume alltid er avhengig av individet:

– Traumer er ikke hva som skjedde med deg, men traumer er hva som skjedde inni deg, og hva du fremdeles bærer med deg. Hvis noe dårlig skjedde med meg som barn, men dette ikke påvirket meg og jeg ikke bærer det med meg i dag, så ville det ikke være et traume, det ville bare ha vært en smertefull opplevelse. Men smerte er ikke det samme som traume.

Maté hevder at terapeuter selv er traumatiserte individer. Da han besøkte Schizofrenidagene i Stavanger i november i fjor, holdt han et halvdagsseminar om hvordan terapeuter kan ta vare på seg selv i hjelperollen.

– Du snakker om at mange hjelpere selv har blitt traumatisert.

.....

1 Min oversettelse



METAFOR I boken *In the Realm of Hungry Ghosts* bruker Gabor Matés den buddhistiske ideen om dødsfærens sultne spøkelses til å forklare essensen i avhengighet. Disse spøkelsene har krumme nakker, store mager og små munn, skriver Maté. Hungeren deres blir aldri tilfredsstilt. Bilde: Kyoto National Museum

– Ikke mange. Alle. Alle som går inn for å bli psykologer, psykiatere eller terapeuter, har sine egne ting.

– *Men på ett vis har vel alle mennesker sitt?*

– Selvsagt, men hvem kjenner seg dratt mot denne formen for arbeid? Dette er ikke problematisk så lenge du gjenkjenner det. Problemene oppstår når vi *ikke* ser det. Da tror vi at vi er eksperter som kan fikse den andre. Vi er mye likere våre pasienter enn vi er forskjellige fra dem, understreker Maté, og viser til eget arbeid på gateplan i Vancouver:

– Da jeg jobbet med avhengige pasienter, kunne jeg se meg selv i dem, selv om de hadde heroin- og kokainavhengigheter eller var døende med HIV og infeksjoner, mens jeg levde et godt middelklasseliv som doktor.

Han legger til:

– Jeg sammenligner ikke, jeg bare sier at jeg kunne se det.

AMAZONAS-DRIKKEN

De siste 10 årene har Gabor Maté arbeidet med den hallusinogene drikken ayahuasca for å behandle mennesker med avhengighetstematikk og traumelidelser. Ayahuasca består av to planter fra Amazonas, og har blitt brukt av folk i Brasil, Colombia, Ecuador og Peru i rituelle sammenhenger i hundrevis av år. Planten er også lovlig i disse landene, som har blitt populære reisemål for mennesker på spirituell søken.

– *Hvordan opplever du at ayahuasca har hjulpet deg i ditt liv?*

– Jeg vil si at jeg er en veldig hard nøtt, jeg har mange former for forsvar. Til og med psykodelika har problemer med å trenge gjennom dette. På en eller annen måte har jeg problemer med å overgi meg og åpne meg selv. Jeg har hatt noen dype innsikter, og jeg ville ikke vært dem fortent, men jeg vet ikke om de i seg selv har endret min indre atferd, opplevelsen av meg selv eller kjerneantagelser, på en dyp måte.

Han legger til:

– Antageligvis er det fordi de fleste gangene jeg har jobbet med ayahuasca, har det ikke vært for å hjelpe meg selv, men for å hjelpe andre.

Maté har sett folk få livet sitt endret etter å ha arbeidet med «the teaching plant», som mange kaller drogen. I et av de siste numrene av psykoterapitidsskriftet *Psychotherapy Networker* skriver Maté utførlig om sine erfaringer med å lede ayahuasca-retreats. Han har arbeidet med mennesker som strever med narkotika, sexavhengighet, folk med kreft, degenerative nevrologiske sykdommer, depresjon, PTSD, angst og kronisk utmattelse, skriver han. I tillegg kommer de som søker etter en mening og å komme i kontakt med sitt «sanne selv». Legen mener den terapeutiske effekten i stor grad handler om i hvilken grad personen i etterkant greier å integrere opplevelsen fra rusen. En mystisk erfaring er aldri tilstrekkelig i seg selv, mener han.

»



SAMFUNNSREFS Under Schizofrenidagene i Stavanger i november 2018 holdt Gabor Maté en workshop med tittelen «Peer orientation», der han argumenterer med at ungdom i dag først og fremst ser til vennene sine for retning i livet, noe han mener fører til konforme og fremmedgjorte ungdommer. Tesen utforskes i boken *Hold on to Your Kids*, som han har skrevet sammen med Gordon Neufeld.

- Du kan gjøre akademisk gull ut av patologi, men ikke ut av det sanne selvet

- Folk kan ha alle slags spirituelle erfaringer, de mediterer, og de ser gud – på puta. Men så går de tilbake til livet sitt, og de integrerer det ikke.

- *Kan ayahuasca bli en avhengighet?*

- Du blir ikke avhengig fordi ... det smaker forferdelig, får deg til å kaste opp, og du kan ikke holde på med å reise bort for å ta det. Det er ikke noe du tar hjemme. Det er ikke avhengighetsskapende i den betydning, men det kan oppleves mer spennende, intenst, eller fargerikt enn det ekte livet, sier han.

- Og hvis du ikke integrerer det du lærer, i det vanlige livet ditt, kan du fort komme tilbake for å få den spennende erfaringen igjen. Da vil det ha en avhengighetskvalitet, sier Maté.

På spørsmål om forskningsgrunnlaget for denne tilnærmingen svarer han at det har blitt gjort mange studier, de fleste av dem i søramerikanske land, der bruken er lovlig.

- *Jeg antar at en stor frykt ved ayahuasca-bruk er at det kan utløse psykose?*

- Ja, det er en legitim frykt. Når jeg leder retreaten med ayahuasca, spør vi: Har du noen gang hatt en manisk episode? Har du noen gang hatt et psykotisk gjennombrudd? Hører du stemmer? Denne typen spørsmål. Hvis svaret er ja, tar vi deg ikke inn.

Maté understreker samtidig at i løpet av de 10 årene han har jobbet med ayahuasca, har han kun sett dette skje én gang.

- Personen var ok etter en uke, men hun trengte mye støtte. Da hun kom seg gjennom det, hadde hun faktisk lært mye gjennom erfaringen.

Maté legger til:

– Når det gjelder risiko: Hver gang du putter en substans i kroppen din, er det en risiko involvert. Psykiatriske medisiner har en mye større risiko enn plantemedisinene, hvis du ser på litteraturen.

– *Tror du psykedelika kan fremstå som den nye «magiske pillen»?*

– Det er ikke noen magisk pille, det er ingen panacea². Drømmen om den magiske pillen er bare en drøm. Ayahuasca er ikke for alle, og det kommer ikke til å fikse alt. Du trenger fremdeles å gjøre mye arbeid selv. Det kan være en virkelig åpner, en lærer. Så spørsmålet er: Er du villig til å lære, og er du kapabel til å lære?

Maté er ikke redd for å bruke ord og uttrykk som det autentiske eller sanne selvet. Hva legger Maté selv i dette begrepet?

– Vel, det er den vi er uten våre mestringsmekanismer. Det er ikke vår personlighet, men det er hvem vi er under personen. Personligheten er ikke fullt ut, men i betydelig grad, en ubevisst mestringsstil eller -strategi. Det er hva vi utvikler for å beskytte oss selv fra smerte eller lidelse i barndommen, sier han.

– Det sanne selvet er egentlig ikke så mye et vestlig konsept, det er mer som et østlig, spirituelt konsept, som nå har entret den vestlige samtalen, mener legen.

Muligens gjør begrepet oss litt utilpasse? Han svarer raskt:

– Du kan ikke bevise det. Du kan ikke gjøre studier om det sanne selvet, du kan ikke utforske det i psykologiske tidsskrifter. Du kan gjøre akademisk gull ut av patologi, men ikke ut av det sanne selvet. ✕

.....

2. Panacea, som har navn etter den greske gudinnen for helse, Panakeia (lat. Panacea), skulle være et middel som kunne kurere alle sykdommer og forlenge livet på ubestemt tid.

KILDER

Gregoire, C. (26. januar 2016). Why This Doctor Believes Addictions Start in Childhood. The Huffington Post. Hentet fra: https://www.huffingtonpost.com/entry/gabor-mate-addiction_us_569fd18ae4b0fca5ba76415c

Maté, G. (september-oktober 2018). Inside the Ayahuasca Experience – When Shamanism Meets Psychotherapy. *Psychotherapy Networker*, s. 32–37 og s. 57.

TRE OM GABOR MATÉ

– Gabor Matés tanker om at avhengighet egentlig handler om behov for å lindre smerte, samt vektleggingen av barndoms-traumer og tilknytningens betydning ga god mening for meg. Pasienter jeg møter i jobben min, opplever også dette som en meningsfull og nyttig tilnærming.

Cecilie Brøvig Almås, psykologspesialist, ARA FACT, Sørlandet sykehus Kristiansand



FOTO: NICLAS HALVØRSEN

– Da jeg arbeidet med tungt rusavhengige pasienter fant jeg Gabor Matés perspektiv «The question is not Why the addiction?, but Why the pain?» meget innsiktsfullt. Perspektivet er også nyttig i arbeidet med pasienter med andre og lettere lidelser. Han er for øvrig ikke alene om å fremheve betydningen av barndoms-traumer som neglekt og misbruk for psykiske lidelser i voksen alder, men han formulerer sine innsikter godt.

Karl Bang, psykolog i privatpraksis



FOTO: PRIVAT

– Gabor Maté er en karismatisk og imponerende figur med sterke meninger. Han setter lys på noen avgjørende punkter i avhengighetsfeltet. Samtidig fremstår perspektivene hans noe overforenklet. At all psykopatologi kan forklares av barndoms-traumer, er litt for radikalt for meg. Mange studier viser betydningen av genetikk og gen-miljø-interaksjoner. Betydningen av barndoms-traumer for avhengighet er stor, men noen er mer genetisk sårbare enn andre for å utvikle avhengighet. Mitt mantra er: Man kan ikke gifte seg med én forklaring.

Jørgen G. Bramness, spesialist i psykiatri, seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse



FOTO: MARIE G. BRAMNESS

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2019 S. 89-102 FAGFELLEVDERT

RAGNHILD BØ, Forskningsgruppe for klinisk nevrovitenskap, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo.

KONTAKT ragnhild.bo@psykologi.uio.no

KOGNITIV REHABILITERING VED ALKOHOLAVHENGIGHET

Supplement til ordinær behandling?

Alkoholavhengige kan ha kognitive vansker som hindrer dem i å få utbytte av ordinær behandling. Kognitiv rehabilitering kan bedre kognitiv fungering, og dermed bidra til at pasienten får mer ut av behandlingen.

Personer med alkoholavhengighet har milde til moderate kognitive vansker sammenlignet med friske personer (se Stavro, Pelletier, & Potvin, 2013 for en metaanalyse). De kognitive vanskene er vidtrekkende, selv om det er varierende grad av utfall avhengig av hvilke kognitive funksjoner man undersøker, og hvor lenge man har avstått fra alkohol (Stavro et al., 2013). På gruppenivå er oppmerksomhet, eksekutive funksjoner og problemløsning de funksjonene som er sterkest affisert. Disse kan refereres til som reflekterende prosesser (Noël, Brevers, & Bechara, 2013). I tillegg til generelle kognitive vansker har alkoholavhengige lidelsesspesifikke kognitive vansker. Disse inkluderer blant annet skjevheter i oppmerksomhet mot alkohol og tilnæringsatferd mot alkohol (Stacy & Wiers, 2010; Townshend & Duka, 2001). Disse automatiske, motivasjonelle og atferdsmessige prosessene er referert til som automatiske affektive prosesser (Noël et al., 2013). Innenfor pasientpopulasjonen er det også betydelige individuelle forskjeller i kognitive vansker (Bates, Buckman, & Nguyen, 2013). Mens enkelte raskt er remittert ved avhold, er det noen som har varige vansker. Kognitive vansker kan ha vært til

ABSTRACT

Cognitive remediation in alcohol use disorder: supplement to treatment-as-usual?

Background: The treatment of patients with alcohol use disorder (AUD) is possibly complicated by the presence of cognitive deficits, increasing the risk of unfavorable clinical outcomes. **Goal:** Review the current literature on cognitive remediation in AUD and its relation to clinical outcomes. **Results:** Cognitive remediation, as a supplement to treatment-as-usual, strengthens reflective processes and increases the flexibility in automatic affective processes. Cognitive remediation is associated with more favorable clinical outcomes. **Implications:** The preliminary evidence supports the inclusion of cognitive remediation in the treatment of alcohol use disorders, but this relatively new field of research needs to be strengthened by more rigorous research designs, longer durations of follow-up, and more comprehensive assessment of outcome variables.

Keywords: alcohol use disorder, cognitive remediation, cognitive bias modification, cognitive training, clinical outcome, treatment

»



En rekke studier har allerede vist at det er mulig å bedre kognitiv fungering hos personer med alkoholproblemer gjennom kognitiv trening

stede som sårbarhetsfaktorer forut for alkoholproblemer (f.eks. Squaglia et al., 2016) og/eller være forårsaket av alkoholens nevrotoksiske egenskaper (Crews, 2008).

Ved å kompensere for de kognitive vanskene eller gjenopprette normal kognitiv fungering vil man kunne få en bred effekt på atferd og hverdagsfunksjon, inkludert behandlingsrespons og «compliance» ved medikamentell behandling. Kognitive vansker er en av de sentrale risikofaktorene for frafall fra rusbehandling (Brorson, Ajo Arnevik, Rand-Hendriksen, & Duckert, 2013). Tre ulike modeller angir sammenhengen mellom kognitive vansker og kliniske utfallsmål (Bates et al., 2013): 1) direkte effekter (f.eks. at kognitive vansker fører til tilbakefall), 2) mediatormodeller (at kognitive vansker indirekte er forbundet med dårligere behandlingsutfall ved at de forstyrrer behandlingsprosesser), og 3) moderatormodeller (at kognitive vansker forstyrrer eller forsterker behandlingsprosessens innvirkning på utfallsmål).

Ifølge de nasjonale retningslinjene for behandling og rehabilitering av rusmiddelrelaterte lidelser er kognitiv atferdsterapi og motiverende intervju de anbefalte behandlingsmetodene (Helsedirektoratet, 2017). Det er vist en sammenheng mellom velfungerende reflekterende kognitive prosesser (episodisk, semantisk og prosedural hukommelse og eksekutive funksjoner) og behandlingsutfall (Hunt, Baker, Michie, & Kavanagh, 2009; Pitel et al., 2007). Dette er funksjoner som ofte er affiserte hos alkoholavhengige. Dagens terapitilbud er ikke spesielt effektive i å endre alkoholatferd (Cutler & Fishbain, 2005), og generelt er effektstørrelsene som er knyttet til psykososial behandling for rusproblemer, små (Luty, 2015). Muligens er dette en indikasjon på at dagens behandlingstilbud ikke i tilstrekkelig grad er tilpasset de kognitive aspektene ved lidelsen.

Kognitiv rehabilitering refererer til systematiske, funksjonelt orienterte terapeutiske aktiviteter basert på utredning og en forståelse av en persons kognitive vansker (Harley et al., 1992). Det er et paraplybegrep som rommer mange ulike tiltak; informasjon eller psykoedukasjon om kognitive vansker, tilrettelegging i omgivelsene, og ulike former for kognitiv trening (Insitute of Medicine, 2011). Disse er enten rettet mot å styrke og reetablere tidligere lærte adferdsmønstre, eller etablere nye kognitive aktivitetsmønstre og kompensatoriske mekanismer. Innenfor kognitiv trening kan man skille mellom intervensjoner som baserer seg på gjenopptrening av kognitive funksjoner («drill-and-practice»), og strategitrenning for å kompensere for funksjonstap. Intervensjonene kan enten rettes mot enkeltvansker (f.eks. arbeidsminne) eller inneha en mer helhetlig tilnærming til sammensatte problemer. Den kan foregå via PC-baserte programmer eller penn-og-papir-oppgaver, individuelt eller i gruppesettinger, med eller uten trener til stede.

Gjennom kognitiv rehabilitering av alkoholavhengige er hensikten å bidra til normalisering av funksjon i kognitive prosesser. Dette kan foregå enten gjennom å styrke reflekterende prosesser eller modifisere og øke fleksibiliteten i automatiske affektive prosesser (f.eks. slik at alkohol ikke alltid er forbundet med tilnærmingsatferd) (Manning, Verdejo-Garcia, & Lubman, 2017). En rekke studier har allerede vist at det er mulig å bedre kognitiv fungering hos personer med alkoholproblemer gjennom kognitiv trening, men intervensjonenes nytteverdi bør også vurderes ut fra om de har sammenheng med endring i klinisk relevante utfallsmål (Wexler, 2011).

Målet med denne artikkelen er å gi en oversikt over studier som med kliniske utfallsmål har undersøkt om kognitiv rehabilitering kan være et nyttig supplement til behandlingen av personer med alkoholrelaterte problemer. Vi kan grovt kategorisere den kognitive rehabiliteringen i to: 1) intervensjoner som har til hensikt å styrke reflekterende prosesser, og 2) intervensjoner som har til hensikt å øke fleksibiliteten i automatiske affektive prosesser (Verdejo-Garcia, 2016). Se figur 1. Disse to overlapper med kjerneproblemene i hjernen til personer med alkoholproblemer: 1) et svakt overordnet kontrollsystem og 2) et overaktivt impulsivt system (Noël et al., 2013).

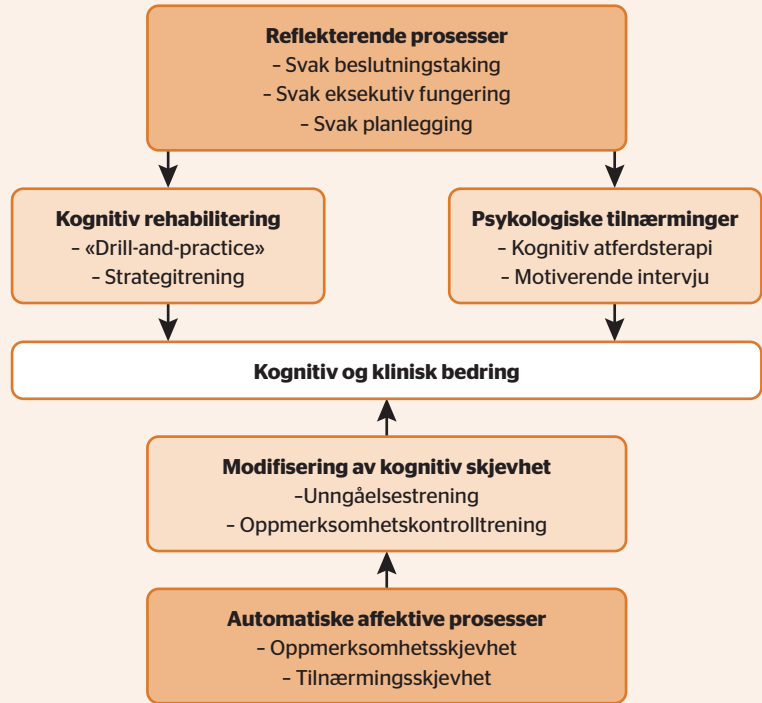
METODE

I november 2017 ble det utført søk i databasen PubMed for å identifisere studier som undersøker hvorvidt kognitiv rehabilitering hos personer under behandling for alkoholproblemer har innvirkning på kliniske utfallsmål. Søket ble gjentatt i november 2018. Følgende søkeord ble benyttet: alcohol* [title] AND (training*[title] OR rehabilit*[title] OR remediat*[title] OR modification [title] OR retrain* [title]) AND (inpatient* [title] OR outpatient* [title] OR patient* [title] OR dependence [title]). Studiene skulle være randomiserte kontrollerte, inkludere kliniske utfallsmål, være skrevet på engelsk og være publisert i et fagfelleleurdert tidsskrift. Delta-kerne skulle være pasienter i behandling for alkoholavhengighet eller oppfylle kriteriene til alkoholavhengighet.

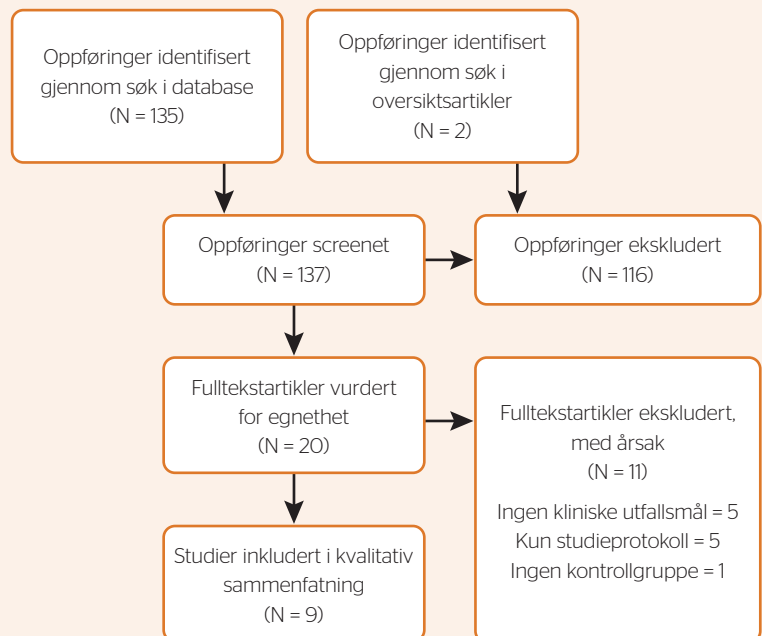
RESULTAT

Figur 2 viser flytdiagram som beskriver utvelgelsen av studiene. De ni studiene som er inkludert i denne litteraturgjennomgangen, er oppsummert i tabell 1. Totalt er 1089 pasienter inkludert, hvorav 15,6 % droppet ut i løpet av trenings-/oppfølgingsperioden.

Ved gjennomgang av studiene fremkom det at den kognitive rehabiliteringen var hovedsakelig begrenset til kognitiv trening, enten ved hjelp av PC-baserte eller penn-og-papir treningsoppgaver eller i grupper. Kun én av studiene benyttet seg av kompensatorisk strategitrening. De fleste hadde en trener til stede under utførelsen, men det er i liten grad angitt hva treneren har bidratt med.



FIGUR 1 Nevrokognitive prosesser og rehabiliteringsintervensjoner for pasienter med alkoholavhengighet



» FIGUR 2 PRISMA flytdiagram som viser hvordan artiklene ble valgt ut

Tabell 1 Oversikt over kognitive rehabiliteringsstudier med kliniske utfallsmål hos pasienter med alkoholavhengighet.

Varighet				
Studie	N (etter frafall)	Intervensjon	Oppfølging	Utvalg
<i>Styrke reflekterende kontroll</i>				
Mathai et al. (1998)	8	Daglig individuell én times sesjon i 6 uker med trener til stede	n/a	Polikliniske mannlige pasienter. Avholdende i tre uker, ikke medisineret. Ikke polysubstansmisbruk, perifer nevropati, andre nevrologiske eller psykiatriske lidelser, unntatt angst og depresjon
Peterson et al. (2002)	38 (22)	15 én times sesjoner i 22 dager uten trener til stede	n/a	Inneliggende mannlige pasienter, avruset, ikke vært avholdende mer enn fire uker. Ikke alvorlige psykiske lidelser, ikke kronisk polysubstansmisbruk, positiv rustest. Minimale til ingen kognitive vansker.
Garland et al. (2010)	53 (37)	10 ukentlige sesjoner i gruppe med trener til stede + 15 minutter daglig	n/a	Lavinntektpasienter i terapeutisk samfunn som har bodd der i min. 18 md. 79,2 % menn. Moderate komorbide psykiske symptomer og høy grad av traumatiske opplevelser tidligere i livet. 81 % brukte daglig andre psykoaktive stoffer forut for behandling.
Rupp et al. (2012)	41 (36)	12 ukentlige individuelle sesjoner i 4 uker uten trener	n/a	Polikliniske pasienter med nedsatt kognitiv fungering (-1SD). 63 % menn. Ingen psykiske lidelser utenom depresjon eller behov for psykotropiske medisiner utenom antidepressiva, antikonvulsiva eller anticraving. Ingen substansavhengighet utenom alkohol og/eller nikotin. Ikke misbruk eller gjentakende bruk av andre rusmidler, ikke alvorlige nevrologiske eller medisinske lidelser, eller fysiske lidelser som påvirker nevropsykologisk testing.
<i>Øke fleksibiliteten i automatiske affektive prosesser</i>				
Schoenmakers et al. (2010)	43 (37)	5 individuelle 30 minutters sesjoner i løpet av 3 uker med trener til stede	3 md.	Inneliggende pasienter, 76 % menn, mindre enn to måneder behandling forut for intervensjon, ingen andre psykiske lidelser. Avruset. Ikke medikamentell behandling for sug etter alkohol.
Wiers et al. (2011)	214 (184)	4 sesjoner à 15 minutters varighet i 4 dager med trener til stede	1 år	Inneliggende pasienter, minst 3 uker etter avrusning. 76 % menn. Beskjeden bruk av andre rusmidler, men 79 % var nikotinafhengige. 39 % medisineret, men ikke for sug etter alkohol. Alvorlig nevrologiske lidelser ekskludert.
Eberl et al. (2013)	509 (475)	12 sesjoner à 15 minutters varighet i 12 uker uten trener til stede	1 år	Inneliggende pasienter. Ikke nevrokognitive problemer, sterke avrusningssymptomer, tidligere schizofreni, og visuelle eller håndmotoriske handikap. Ikke medisineret for sug etter alkohol.
Maning et al. (2016)	85 (71)	4 sesjoner à 15 minutters varighet i 4 dager med trener til stede	2 uker	Inneliggende pasienter under avrusning, behandlet med benzodiazepiner. Ikke nevrologisk lidelse eller traumatisk hjerneskade med tap av bevissthet > 30 min. 91,6 % hadde komorbid psykisk lidelse.
den Uyl et al. (2018)	98 inkludert, 83 analysert (51)	4 sesjoner à 15 til 20 minutter i løpet av én uke kombinert med 20 minutter tDCS. Ingen trener.	1 år	Inneliggende pasienter. 27 % kvinner. Ekskludert dersom nevrologisk lidelse, tidligere hjerneskade, metall i hjernen, pacemaker, graviditet, klaustrofobi, besvimelse, panikkanfall, hyppig hodepine eller svimmelhet, eksem eller annen hudlidelse.

Intervensjon	Utfallsmål	
	Kognitive	Kliniske
Kognitiv gjenopptrening (penn-og-papiroppgaver med økende vanskelighetsgrad for opptrening av oppmerksomhet, hukommelse, informasjonsprosessering og forming av begreper) + TAU vs. TAU	Informasjons-prosessering ↑ Hukommelse ↑ Nevropsykologiske vansker ↓	Familiefungering – Avhold –
NeurXercise™ (PC-basert gjenopptrening med gradvis økende vanskelighetsgrad for opptrening av hukommelse, visuomotorisk koordinasjon og visuospatiale evner)+ TAU vs. lydbok + TAU vs. TAU	Kognitiv fungering –	Depressive symptomer –
Mindfulness-orientert strategitrening i gruppe vs. støttegruppe	Oppmerksomhets-skjevhet mot alkohol ↓	Stress ↓ Tankeundertrykking ↓ Psykiske symptomer – Sug etter alkohol – Egenopplevd evne til å hindre alkoholbruk –
Cogpack (PC-basert gjenopptrening av ulike kognitive funksjoner med økende vanskelighetsgrad) + TAU vs. TAU	Årvåkenhet ↑ Oppmerksomhet og arbeidsminne ↑ Utsatt gjenkalling ↑ Visuospatial konstruksjon ↑ Generell kognitiv fungering ↑	Psykisk plaget ↓ Psykiske symptomer ↓ Sug etter alkohol ↓
Unngåelsestrening + TAU vs. reaksjonstidstrening + TAU	Oppmerksomhetsskjevhet mot alkohol – Oppmerksomhets-kontroll ↑	Sug etter alkohol – Egenopplevd kontroll over drikking ↑ Tid til tilbakefall ↑ Tilbakefall – Tidligere utskrevet ↑
Implisitt og eksplisitt unngåelsestrening vs. ingen trening og narretrening med likt antall tilnærminger til og unngåelser av alkoholrelaterte stimuli (før TAU)	Tilnærmings-skjevhet ↓	Tilbakefall ↓
Unngåelsestrening + TAU vs. TAU	Tilnærmings-skjevhet ↓	Tilbakefall ↓
Unngåelsestrening + TAU vs. narretrening + TAU	–	Sug etter alkohol – Tid til tilbakefall – Antall drikkedager – Avhold ↑
2x2 faktorielt design : Oppmerksomhetstrening (aktiv/placebo) og tDCS (aktiv/placebo) + TAU	Oppmerksomhetsskjevhet mot alkohol –	Tilbakefall – Sug etter alkohol –

STYRKE REFLEKTERENDE KONTROLL

Det er totalt fire studier som har undersøkt hvorvidt kognitiv rehabilitering som styrker reflekterende kontroll hos alkoholavhengige har sammenheng med endring i kliniske utfallsmål. Samtlige har benyttet seg av ulike treningsintervensjoner, enten individuelt eller i gruppe. Én har benyttet seg av opplæring i kompenserende strategier. Treningen har foregått i kontekst av ordinær behandling og over relativt lang tid med flere sesjoner. I de fleste tilfellene er det benyttet mentale «drill-and-practice»-oppgaver som blir progressivt vanskeligere.

Som ventet ut fra tidligere refererte studier viser studiene at kognitiv trening har en positiv innvirkning på kognitive utfallsmål (Mathai, Rao, & Gopinath, 1998; Rupp, Kemmler, Kurz, Hinterhuber, & Fleischhacker, 2012), men nullfunn finnes også (Peterson, Patterson, Pillman, & Battista, 2002). I mangel på endring i kognitiv fungering så man ingen endring i kliniske utfallsmål (Peterson et al., 2002), men endring i kognitiv fungering var ikke nødvendigvis forbundet med klinisk bedring (Mathai et al., 1998). Dette kan også skyldes mangel på statistisk styrke grunnet et lite antall forsøkspersoner. Det er ikke noe som tyder på at utfallet er mer positivt om man trener flere kognitive funksjoner samtidig eller kun enkelte. Samtidig er det lite overlapp i utfallsmål på tvers av studiene, noe som gjør sammenligning vanskelig.

Kognitiv trening er vist å være forbundet med mindre sug etter alkohol i en studie (Rupp et al., 2012). Dette fant man imidlertid ikke i en studie som benyttet kompenserende strategier (Garland, Gaylord, Boettiger, & Howard, 2010). Her fant man heller ingen endring i egenopplevd evne til å kontrollere drikking. Avhold er undersøkt i én liten studie, og treningen viste ingen effekt på dette (Mathai et al., 1998). Det var heller ingen endring i familiefungering. Den PC-baserte kognitive treningen er forbundet med bedret humør (Rupp et al., 2012), men det var ikke tilfellet for strategitreeningen (Garland et al., 2010). Andre studier viser at sammenhengen mellom endring i kognitiv fungering og humør var fraværende dersom intervensjonen ikke hadde den intenderte treningseffekten (Peterson et al., 2002). Strategitreening var forbundet med styrket oppmerksomhetskontroll og redusert stress og tankeun-

dertrykking (Garland, et al., 2010), noe som i sin tur kan redusere risiko for tilbakefall (Brady & Sonne, 1999).

Oppsummert synes de enkelte kognitive treningsparadigmene i all hovedsak å ha den intenderte effekten på kognitiv fungering, mens det er tvetydig hvilken innvirkning dette har på kliniske utfallsmål. Generelt er det behov for flere studier med alkoholrelaterte utfallsmål. Ingen av studiene har hatt noen oppfølgingstid etter fullført trening, noe som gjør at vi ikke kjenner til den varige effekten av intervensjonene.

ØKE FLEKSIBILITETEN I AUTOMATISKE AFFEKTIVE PROSESSER

Bakgrunnen for treningen er de oppmerksomhets- og tilnærmingsskjevhetene mot alkohol som man finner hos personer med alkoholrelaterte problemer (Stacy & Wiers, 2010). Målet med treningene er å modifisere disse lidesspesifikke kognitive skjevhetene, eller introdusere en ny skjevhet (Gladwin, Wiers, & Wiers, 2016). Dette gjør man enten gjennom å pare alkoholrelaterte stimuli med en motorisk unngåelsesrespons (Wiers, Rinck, Kordts, Houben, & Strack, 2010) eller gjennom å lede oppmerksomheten vekk fra alkoholrelaterte stimuli ved hjelp av «dot-probe»-oppgaver (attention bias modification (ABM); den Uyl, Gladwin, Lindenmeyer, & Wiers, 2018). Treningen utføres ved hjelp av PC-programmer.

Ved unngåelsestreeningen blir pasientene bedt om å unngå (dytte joysticken fra seg) bilder av alkohol og tilnærme seg (trekke joysticken mot seg) ikke-alkoholrelaterte bilder. Kontrollbetingelsen består av en lik andel tilnærings- og unngåelsesbevegelser til både alkohol og ikke-alkohol (Wiers, Eberl, Rinck, Becker, & Lindenmeyer, 2011) eller en irrelevant reaksjonstidstreening (Schoenmakers et al., 2010). I ABM blir pasientene trent til ikke å fokusere oppmerksomheten mot alkoholrelaterte stimuli (f.eks. den Uyl et al., 2018). Den aktive betingelsen foregår ved at den relevante informasjonen (dvs. piler man skal respondere til) oftere er plassert der hvor det tidligere var ikke-alkoholrelaterte stimuli sammenlignet med alkoholrelaterte stimuli. I placebobetingelsen er pilene like ofte plassert bak hver av de to typene stimuli.

Det er totalt fem studier som har undersøkt hvorvidt treningsprogrammer for å øke fleksi-

biliteten i automatiske affektive prosesser har innvirkning på kliniske utfallsmål hos alkoholavhengige. Det har utelukkende vært «drill-and-practice»-intervensjoner. Én studie har supplert treningen med transkranial likestrømsstimulering (tDCS; den Uyl et al., 2018). Dette for å undersøke om man kan øke treningsutbyttet ved å påvirke hjernens plastisitet.

Unngåelsestrening har i all hovedsak lyktes med å endre tilnærmingsskjevheten til alkohol og øke oppmerksomhetskontrollen hos personer med alkoholproblemer (Eberl et al., 2013; Schoenmakers et al., 2010; Wiers et al., 2011). Oppmerksomhetsskjevheten var imidlertid uendret som følge av de ulike intervensjonene (Schoenmakers et al., 2010), noe som tyder på at dette heller bør modifiseres gjennom intervensjoner som styrker reflektive prosesser (f.eks. Garland et al., 2010).

De kliniske utfallsmålene knyttet til MKS er utelukkende alkoholrelaterte. Unngåelsestreningen er vist å redusere tilbakefallsrater etter ett år (Eberl et al., 2013; Wiers et al., 2011), høyne oddsen for å være avholdende etter to uker (Manning et al., 2016) og raskere bli utskrevet fra behandling (Schoenmakers et al., 2010). ABM hadde ikke innvirkning på tilbakefall (den Uyl et al., 2018), men denne studien var preget av stort frafall. Egenopplevd kontroll over drikkingen er styrket som følge av unngåelsestreningen (Schoenmakers et al., 2010). Sug etter alkohol og antall drikkedager ble imidlertid ikke påvirket av de to typene trening (Manning et al., 2016; Schoenmakers et al., 2010). Unngåelsestreningen påvirker tid til tilbakefall ved lengre oppfølgingstid (Schoenmakers et al., 2010), men ikke ved kort oppfølgingstid (Manning et al., 2016). Forskjellen kan tyde på at treningen kan ha en «sleeper»-effekt. Generelt varierer oppfølgingstiden fra to uker til ett år, noe som kompliserer sammenligningen på tvers av studier.

Varigheten av MKS-intervensjonene spriker fra fire til tolv sesjoner i løpet av fire dager til tolv uker. Gitt den informasjonen vi har, er det vanskelig å konkludere med hva som er den mest optimale intervensjonslengden. I én studie har man på gruppenivå sett at det mest optimale antall treninger for å endre tilnærmingsskjevheten var seks sesjoner med MKS (Eberl et al., 2014). Hos enkelte så man endring helt opp til tolvte treningsrunde. Dette taler muligens for at det kreves en større grad av individuell tilpasning av treningen enn det som hittil er tatt høyde for.

Totalt sett virker det som unngåelsestreningen har en hovedsakelig positiv effekt på alkoholrelaterte utfallsmål, både på kort og lang sikt. Når det gjelder ABM, er dette kun undersøkt i én studie med negative funn. Kunnskap om hvordan MKS virker på andre utfallsmål, er fortsatt fraværende og bør undersøkes.

DISKUSJON

I et flertall av studiene der man undersøker kognitiv rehabilitering av personer med alkoholavhengighet, lyktes man med å behandle kognitive vansker. I fem av ni studier fremkommer det også klinisk bedring hos pasientene. Å styrke kognitiv fungering i denne pasientpopulasjonen vil dermed kunne ha vidtrekkende positive konsekvenser. Intervensjoner rettet mot å styrke reflekterende kontroll eller øke fleksibiliteten i automatiske affektive prosesser er derfor et lovende supplement til ordinær behandling av alkoholavhengige.

Det er imidlertid vanskelig å trekke klare slutninger innenfor dette forskningsfeltet. Pasientutvalgene er heterogene. Intervensjonene er av ulik varighet og intensitet. De kliniske utfallsmålene er ikke konsistent



Den foreløpige litteraturen gir grunn til forsiktig optimisme med tanke på å inkludere kognitiv trening i behandlingen av personer med alkoholproblemer



og systematisk studert over lengre tid. Den kognitive treningen er ikke ensartet på tvers av studier. Dessuten har treningen foregått som supplement til ordinær behandling, men hva som er ordinær behandling, varierer fra studie til studie. I det hele er dette forskningsfeltet preget av mange uavhengige variabler, som kan ha gitt de blandede behandlingsresultatene.

Intervensjonene som er benyttet, er primært PC-baserte kognitive treninger. Kun én trening er strategibasert og har foregått i grupper. Med tanke på bredden av intervensjoner i kognitiv rehabilitering er det er en rekke typer som ennå ikke er utprøvd. Det kan tenkes at strategibaserte treningsmetoder som Goal Management Training (GMT; Levine et al., 2000) vil være hensiktsmessig, spesielt for de pasientene med sterkest affeksjon av kognitive funksjoner.

Alkoholavhengighet er primærdiagnosen i samtlige studier, men det varierer fra studie til studie hvordan de har håndtert samsykelighet (herunder øvrig rusbruk). Alvorlig psykopatologi i utvalgene vil kunne påvirke treningens utfall (Vinogradov, Fisher, & de Villers-Sidani, 2012) og kompliserer slutningen vi kan trekke.

Flere av studieutvalgene har relativt høyt forbruk av psykofarmaka. Psykofarmaka kan påvirke og endre effekten av kognitiv trening (Sofuoglu, DeVito, Waters, & Carroll, 2013). Det er derfor betenkelig at det ikke er kontrollert for dette i studiene. Samtidig ligger det en mulighet for å øke treningsutbyttet gjennom å kombinere intervensjonene med kognisjonsfremmende medikamenter (Sofuoglu et al., 2013). Å klargjøre dette fordrer at forskningsfeltet har mer systematiske tilnærminger til psykofarmakologiske intervensjoner i forbindelse med kognitiv trening enn det vi hittil har sett. Andre strategier for å øke treningsutbyttet, som tDCS, bør undersøkes videre.

En generell antakelse som ligger til grunn i de studiene som er gjennomgått i denne oversiktsartikkelen, er at pasienter under behandling for alkoholproblemer har kognitive vansker eller skjevheter. Dette er i liten grad undersøkt eller kontrollert for i studiene. Individuelle forløp, som kan innebære enten bedring eller forverring av kognitiv fungering i forbindelse med reduksjon eller opphør av alkoholkonsum, fordrer at man gjør en grundig utredning på forhånd og underveis slik at treningen kan tilpasses individuelle behov (Allen, Goldstein, & Seaton, 1997; Bates, Buckman, & Nguyen,

2013). Hvor store kognitive vansker pasientene har før behandlingsstart, vil ha betydning for hvor store effekter man vil finne. At man i noen studier ikke finner noen effekt av rehabiliteringsintervensjonene, kan simpelthen skyldes at utvalgene ikke har hatt kognitive utfall i utgangspunktet.

Den kognitive treningen har foregått i kontekst av ordinær behandling. Hva som er ordinær behandling, varierer fra studie til studie. Det kan derfor tenkes at den ordinære behandlingen i det ene tilfellet øker utbyttet av treningsintervensjonene i den ene, men ikke den andre studien. For som i all behandling av alkoholproblemer (Brorson et al., 2013) er frafall også en utfordring i kognitiv rehabilitering. Ved å benytte terapeutiske intervensjoner kan man styrke pasientenes motivasjon til å fortsette treningen. Dette kan eksempelvis foregå ved å utfordre dysfunksjonelle tanker rundt muligheten for bedring av kognitive funksjoner eller belønne pasienten for gjennomførte treningssesjoner (Boffo, Pronk, Wiers, & Mannarini, 2015; Rezapour, DeVito, Sofuoglu, & Ekhtari, 2016). I kun én av de gjennomgåtte studiene er det jobbet systematisk med å øke motivasjon for treningen (Rupp et al., 2012).

For å få bedre oversikt over det potensialet kognitiv rehabilitering har som supplement til behandlingen av alkoholproblemer, trengs det flere studier. Disse bør dekke bredden av tilgjengelige intervensjoner i kognitiv rehabilitering, og ikke kun kognitiv trening. Fremtidige studier bør ha en mer systematisk inklusjon av pasienter. Dette vil avklare hvilken betydning samsykelighet, bruk av psykofarmaka og polysubstansmisbruk har for effekten av intervensjonene. I tillegg bør man inkludere flere kvinner i utvalgene, da de fleste studiene er gjort utelukkende på menn eller i utvalg med sterk overvekt av menn. Det bør være en større bredde i relevante utfallsmål og intervensjoner. Gitt affeksjonen av eksekutive funksjoner i denne populasjonen vil det muligens være aktuelt å prøve ut GMT. Å avklare når i forløpet det er mest hensiktsmessig å iverksette tiltak for å rehabiliterer kognitiv funksjon, vil være av betydning. Den langsiktige konsekvensen av kognitiv trening må fanges opp av studier med en viss oppfølgingstid. Flere studier er på trappene (Rezapour et al., 2016). Her vil man blant annet teste ut om treningen kan foregå hjemme hos pasientene.

KONKLUSJON

Den foreløpige litteraturen gir grunn til forsiktig optimisme med tanke på å inkludere kognitiv trening i behandlingen av personer med alkoholproblemer. Generelt ser man at kognitiv trening er forbundet med den intenderte

bedringen i kognitiv fungering. Treningen fører til en viss grad av bedring i noen kliniske utfallsmål. Hvorvidt andre rehabiliteringsintervensjoner enn kognitiv trening er effektive i denne populasjonen, er ikke utprøvd. Det har i flere tiår vært kjent at alkoholavhengige har kognitive vansker. Kognitiv trening bør derfor være et supplement til den ordinære behandlingen av pasienter med alkoholproblemer. ✖

REFERANSER

- Allen, D. N., Goldstein, G., & Seaton, B. E. (1997). Cognitive rehabilitation of chronic alcohol abusers. *Neuropsychology Review*, 7(1), 21–39.
- Bates, M. E., Buckman, J. F., & Nguyen, T. T. (2013). A Role for Cognitive Rehabilitation in Increasing the Effectiveness of Treatment for Alcohol Use Disorders. *Neuropsychology Review*, 23(1), 27–47. doi:10.1007/s11065-013-9228-3
- Boffo, M., Pronk, T., Wiers, R. W., & Mannarini, S. (2015). Combining cognitive bias modification training with motivational support in alcohol dependent outpatients: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16. doi:10.1186/s13063-015-0576-6
- Brady, K. T., & Sonne, S. C. (1999). The role of stress in alcohol use, alcoholism treatment, and relapse. *Alcohol Research and Health*, 23(4), 263–271.
- Bronson, H. H., Ajo Arnevik, E., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1010–1024. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.007
- Crews, F. T. (2008). Alcohol-related neurodegeneration and recovery: mechanisms from animal models. *Alcohol Research & Health*, 31(4), 377.
- Cutler, R. B., & Fishbain, D. A. (2005). Are alcoholism treatments effective? The Project MATCH data. *Bmc Public Health*, 5(1), 75. doi:10.1186/1471-2458-5-75
- den Uyl, T. E., Gladwin, T. E., Lindenmeyer, J., Wiers, R. W. J. A. C., & Research, E. (2018). A Clinical Trial with Combined Transcranial Direct Current Stimulation and Attentional Bias Modification in Alcohol-Dependent Patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 42(10), 1961–1969. doi: 10.1111/acer.13841
- Eberl, C., Wiers, R. W., Pawelczack, S., Rinck, M., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (2013). Approach bias modification in alcohol dependence: Do clinical effects replicate and for whom does it work best? *Developmental Cognitive Neuroscience*, 4, 38–51. doi:10.1016/j.dcn.2012.11.002
- Garland, E. L., Gaylord, S. A., Boettiger, C. A., & Howard, M. O. (2010). Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results of a randomized controlled pilot trial. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(2), 177–192. doi: 10.1080/02791072.2010.10400690
- Gladwin, T. E., Wiers, C. E., & Wiers, R. W. (2016). Chapter 15 – Cognitive neuroscience of cognitive retraining for addiction medicine: From mediating mechanisms to questions of efficacy. In E. Hamed & P. P. Martin (Eds.), *Progress in Brain Research* (Vol. 224, pp. 323–344): Elsevier.
- Harley, J. P., Allen, C., Braciszewski, T., Cicerone, K., Dahlberg, C., Evans, S., . . . Smigelski, J. (1992). Guidelines for cognitive rehabilitation. *NeuroRehabilitation*, 2(3), 62–67.
- Helsedirektoratet. (2017). Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/Retningslinjer/Behandling%20og%20rehabilitering%20av%20rusmiddelproblemer%20og%20avhengighet.pdf>
- Hunt, S. A., Baker, A. L., Michie, P. T., & Kavanagh, D. J. (2009). Neurocognitive profiles of people with comorbid depression and alcohol use: implications for psychological interventions. *Addictive Behaviors*, 34(10), 878–886. doi:10.1016/j.addbeh.2009.03.036
- Institute of Medicine. (2011). *Cognitive Rehabilitation Therapy for Traumatic Brain Injury: Evaluating the Evidence*. Washington, DC: the National Academies Press.
- Levine, B., Robertson, I. H., Clare, L., Carter, G., Hong, J., Wilson, B. A., . . . Stuss, D. T. (2000). Rehabilitation of executive functioning: An experimental-clinical validation of Goal Management Training. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 6, 299–312.
- Luty, J. (2015). Drug and alcohol addiction: do psychosocial treatments work? *BJPsych Advances*, 21(2), 132–143. doi:10.1192/apt.bp.114.013177
- Manning, V., Staiger, P. K., Hall, K., Garfield, J. B. B., Flaks, G., Leung, D., . . . Verdejo-Garcia, A. (2016). Cognitive Bias Modification Training During Inpatient Alcohol Detoxification Reduces Early Relapse: A Randomized Controlled Trial. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research*, 40(9), 2011–2019. doi:10.1111/acer.13163
- Manning, V., Verdejo-Garcia, A., & Lubman, D. I. (2017). Neurocognitive impairment in addiction and opportunities for intervention. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 13(Supplement C), 40–45. doi:10.1016/j.cobeha.2016.10.003
- Mathai, G., Rao, S. L., & Gopinath, P. (1998). Neuropsychological rehabilitation of alcoholics: A preliminary report. *Indian journal of psychiatry*, 40(3), 280–288.
- Noël, X., Brevers, D., & Bechara, A. (2013). A neurocognitive approach to understanding the neurobiology of addiction. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(4), 632–638. doi:10.1016/j.conb.2013.01.018
- Peterson, M. A., Patterson, B., Pillman, B. M., & Battista, M. A. (2002). Cognitive recovery following alcohol detoxification: A computerised remediation study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 12(1), 63–74.

- Pitel, A. L., Witkowski, T., Vabret, F., Guillery-Girard, B., Desgranges, B., Eustache, F., & Beaunieux, H. (2007). Effect of Episodic and Working Memory Impairments on Semantic and Cognitive Procedural Learning at Alcohol Treatment Entry. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(2), 238–248. doi:10.1111/j.1530-0277.2006.00301.x
- Rezapour, T., DeVito, E. E., Sofuoglu, M., & Ekhtiari, H. (2016). Chapter 16 – Perspectives on neurocognitive rehabilitation as an adjunct treatment for addictive disorders: From cognitive improvement to relapse prevention. In E. Hamed & P. P. Martin (Eds.), *Progress in Brain Research* (Vol. Volume 224, pp. 345–369): Elsevier.
- Rupp, C. I., Kemmler, G., Kurz, M., Hinterhuber, H., & Fleischhacker, W. W. (2012). Cognitive Remediation Therapy During Treatment for Alcohol Dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(4), 625–634. doi: 10.15288/jsad.2012.73.625
- Schoenmakers, T. M., de Bruin, M., Lux, I. F. M., Goertz, A. G., Van Kerkhof, D., & Wiers, R. W. (2010). Clinical effectiveness of attentional bias modification training in abstinent alcoholic patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 109(1–3), 30–36. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.11.022
- Sofuoglu, M., DeVito, E. E., Waters, A. J., & Carroll, K. M. (2013). Cognitive enhancement as a treatment for drug addictions. *Neuropharmacology*, 64, 452–463. doi:10.1016/j.neuropharm.2012.06.021
- Squeglia, L. M., Ball, T. M., Jacobus, J., Brumback, T., McKenna, B. S., Nguyen-Louie, T. T., . . . Tapert, S. F. (2016). Neural predictors of initiating alcohol use during adolescence. *174(2)*, 172–185. doi: 10.1176/appi.ajp.2016.15121587
- Stacy, A. W., & Wiers, R. W. (2010). Implicit cognition and addiction: a tool for explaining paradoxical behavior. *Annual Review in Clinical Psychology*, 6, 551–575. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131444
- Stavro, K., Pelletier, J., & Potvin, S. (2013). Widespread and sustained cognitive deficits in alcoholism: a meta-analysis. *Addiction Biology* 18(2), 203–213. doi:10.1111/j.1369-1600.2011.00418.x
- Townshend, J., & Duka, T. J. P. (2001). Attentional bias associated with alcohol cues: differences between heavy and occasional social drinkers. *157(1)*, 67–74.
- Verdejo-Garcia, A. (2016). Cognitive training for substance use disorders: Neuroscientific mechanisms. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 68, 270–281. doi:10.1016/j.neubiorev.2016.05.018
- Vinogradov, S., Fisher, M., & de Villers-Sidani, E. J. N. (2012). Cognitive training for impaired neural systems in neuropsychiatric illness. *Neuropsychopharmacology* 37(1), 43. doi: 10.1038/npp.2011.251
- Wexler, B. E. (2011). Computerized Cognitive Remediation Treatment for Substance Abuse Disorders. *Biological Psychiatry*, 69(3), 197–198. doi:10.1016/j.biopsych.2010.11.016
- Wiers, R. W., Eberl, C., Rinck, M., Becker, E. S., & Lindenmeyer, J. (2011). Retraining Automatic Action Tendencies Changes Alcoholic Patients' Approach Bias for Alcohol and Improves Treatment Outcome. *Psychological Science*, 22(4), 490–497. doi:10.1177/0956797611400615
- Wiers, R. W., Rinck, M., Kordts, R., Houben, K., & Strack, F. (2010). Retraining automatic action-tendencies to approach alcohol in hazardous drinkers. *Addiction*, 105(2), 279–287. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02775.x



LES PÅ NETT: HØIE STILLER NYE KRAV OM REDUSERT VENTETID

Helsedirektoratet får nå i oppdrag å foreslå hvordan den gylne regel bør innrettes fra 2020.

– Som politiker er jeg opptatt av å holde løfter, og jeg gjentar mine prioriteringer: Redusere ventetid, prioritere psykisk helsevern og rus, bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Det sa helseminister Bent Høie i sin årlige sykehustale på Rikshospitalet i midten av januar.

Her presenterte han sine krav og forventninger til helseregionene for det kommende året.

– Jeg er fortsatt ikke fornøyd med oppfølgingen og resultatene av den gylne regel, sa Høie. Han mener likevel at regelen er og har vært viktig for å få en høyere prioritering av psykisk helse og rus.

– Uten den gylne regel hadde vi ikke en gang vært der vi er i dag. De foreløpige resultatene av den gylne regel innen psykisk helse viser at vi gjorde det bedre i 2018 enn i 2017. Men vi har fortsatt en vei å gå, sa Høie.

På våre nye nettsider (psykologtidsskriftet.no) kan du lese flere saker om sykehustalen og reaksjoner på den:

- *Sykehustalen 2019: Slutt med det (Kommentar)*
- *Ventetid ikke den beste indikatoren på kvalitet (Aktuelt)*
- *Helseministeren stille nye krav om redusert ventetid (Aktuelt)*



MESTRING Et doktorgradsprosjekt viser at triste og engstelige skolebarn som deltok i Mestrende barn-grupper, rapporterte dobbelt så stor nedgang i symptomer på angst og depresjon sammenlignet med barn som fikk vanlig oppfølging. Foto: Christoph Eberle / Plainpicture / Scanpix

OPPSUMMERT

Tidlige tiltak

Det transdiagnostiske tiltaket Mestrende barn skal forebygge *både* angst og depresjon hos barn.

NESTEN 30 PROSENT av barn og unge har symptomer på angst og depresjon, noe som er med på å redusere livskvalitet og daglig funksjon (Balazs et al., 2013). Vi ser også at symptomer på angst og depresjon øker risikoen for at disse problemene utvikler seg til en lidelse (Kovacs & Lopez-Duran, 2010). Angst- og depresjonssymptomer hos barn er ofte vanskelig å gjenkjenne, selv for voksne som er nær barnet (De Los Reyes et al., 2015), noe som kan bidra til at barna ikke får hjelp (Avenevoli & Steinberg, 2001). Tidlig innsats eller forebyggende tiltak er derfor viktig for barna, familiene – og

for samfunnet. I min doktoravhandling har jeg effektevaluert et nytt tiltak for disse barna, kalt Mestrende barn (Martinsen et al., 2018).

MESTRENDE BARN-TILTAKET OG TIM-STUDIEN

Det forebyggende tiltaket Mestrende barn (Martinsen, Kendall, Stark, Rodriguez, & Arora, 2014) ble utviklet ved RBUP Øst og Sør i samarbeid med to amerikanske forskningsmiljøer. Mestrende barn integrerer antatt virksomme elementer fra to eksisterende tiltak, som er utviklet og evaluert i USA. Det ene tiltaket ret-

TEKST

Kristin Martinsen, PhD, Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), Helseregion Øst og Sør / Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT

kristin.martinsen@r-bup.no

ter seg mot angst (Coping cat / på norsk Mestringskatten; Kendall, Martinsen, & Neumer, 2006), mens det andre retter seg mot depresjon (The Action program; Stark, Streusand, Prerna, & Patel, 2012). Begge tiltakene er basert på kognitiv atferdsterapi, som har vist seg virksomt i å forebygge og behandle angst og depresjon (f.eks. Weisz, Jensen-Doss, & Hawley, 2006). Mestrende barn-tiltaket retter seg altså mot symptomer på angst og depresjon *samtidig*, og er dermed en såkalt transdiagnostisk tilnærming. Angst og depresjon opptrer ofte samtidig (Garber & Weersing, 2010), og en intervensjon som retter seg mot begge typer vansker, vil kunne forebygge både angst og depresjon og vil derfor være et viktig redskap for fagpersoner som møter disse barna. Målgruppen for tiltaket er barn i alderen 8–12 år som viser forhøyet nivå av symptomer på angst og depresjon. Hensikten er å nå barna og lære dem nye ferdigheter for å takle vanskene før problemene har utviklet seg til en diagnose.

Vi vurderte skolen som en ideell arena for å gjennomføre tiltaket, fordi vanskene ofte viser seg her (Ginsburg, Becker, Kingery, & Nichols, 2008). Skolen er et godt sted å lære nye ferdigheter som så kan overføres til andre områder i livet (Mychailyszyn, Brodman, Read, & Kendall, 2012). Skolen er også et egnet sted å identifisere barn som strever, da mange engstelige og triste barn ikke søker hjelp fra helsetjenestene selv (Ryan & Warner, 2012).

Mestrende barn har oppgaver og øvelser rettet mot opprettholdende faktorer for både angst og depresjon. Sentralt i tiltaket er arbeid med emosjonsforståelse og -regulering, avspenning, kognitiv restrukturering og atferdsintervensjoner, som eksponering og atferdsaktivering. Øvelser

Doktorgrad om forebygging

- Kristin Martinsen ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), Helseregion Øst og Sør / UiO forsvarte i mars 2018 sin doktorgrad *Prevention of anxiety and depression in school children. The development and testing of the new transdiagnostic EMOTION intervention* ved Psykologisk institutt, UiO.
- Doktorgraden var en del av TIM-studien med spesielt fokus på effektevaluering av Mestrende barn-tiltaket¹.
- Trine Waaktaar var hovedveileder (UiO) og Simon-Peter Neumer (RBUP Øst og Sør) var biveileder og prosjektleder.
- 873 barn (56,9 prosent jenter, gjennomsnittsalder 9,6 år) i alderen 8–12 år og foreldrene deres deltok i studien.
- Angst- og depresjonssymptomer ble kartlagt med spørreskjemaene Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC-C, angst) og kortversjonen av Humøret ditt (SMFQ-C, depresjon). Barna besvarte spørreskjemaene i skoletiden, og de barna som skåret ett standardavvik eller mer over et valgt gjennomsnitt på angst- eller depresjonssymptomer, ble invitert med inn i studien.

.....

1. Prosjektgruppen i den nasjonale TIM-studien besto av Simon-Peter Neumer, Kristin D. Martinsen, Solveig Holen, Anne Mari Sund, Mona Elisabeth Løvaas, Marit Løtvet Pedersen, Joshua Patras, Frode Adolfsen, Lene Mari Rasmussen.

for å styrke selvbildet er også inkludert. Barna møtes i grupper to ganger i uken i 10 uker. Foreldrene møtes i grupper syv ganger. I løpet av disse ukene lærer foreldrene de samme strategiene som barna sammen med strategier for å støtte barnets mestring.

Tiltaket ble først prøvd ut i en pilotundersøkelse på en skole (Martinsen, Kendall, Stark, & Neumer, 2016). Deltakelsen og brukertilfredsheten var høy. Barna opplevde også i liten grad å bli stigmatisert ved å delta i grupper i skoletiden.

I perioden 2014–2016 inviterte vi 36 barne-skoler fra tre regioner til å delta. Studien hadde et klyngerandomisert design, der skoler ble tilfeldig fordelt til tiltak- eller kontrollbetingelse. Endring i angst- og depresjonssymptomer hos barna som deltok i tiltaksgruppene, ble sammenlignet med symptomnivået hos en kontrollgruppe, som besto av barn som fikk vanlig oppfølging av fastlege eller skolehelsetjenesten. Fagpersoner fra skolehelsetjenesten, PPT og i noen tilfeller BUP, ledet gruppesamlingene. Alle barn og foreldre i de aktuelle klassetrinnene fikk informasjon om studien. Barn som var interesserte og der foreldrene samtykket til deltakelse (N = 1686), fylte ut spørreskjema der de rapporterte angst- og depressive symptomer. Omtrent 870 barn (56,9 prosent jenter, gjennomsnittsalder 9,6 år) i alderen 8–12 år, og som var mer engstelige eller lei seg enn gjennomsnittet, fikk tilbud om å delta i studien. Foreldrene til disse barna fylte også ut spørreskjema på nett.

Effektevaluering av tiltaket Mestrende barn ble gjennomført som en del av studien Tidlig Intervensjon Mestrende barn (TIM), et samarbeid mellom de tre regionsentrene RBUP Øst og Sør, RKBU Midt og RKBU Nord.

LOVENDE RESULTATER

Nærmere 50 prosent av barna som deltok i studien, rapporterte symptomer på både angst og depresjon, mens færre barn rapporterte kun depresjonssymptomer eller kun angstsymptomer. Dette var overraskende, da angstsymptomer ofte viser seg før depresjonssymptomer, og vi hadde derfor forventet at flest barn i denne aldersgruppen ville rapportere angstsymptomer. Samtidig vet vi at det er vanlig at barn i førstelinjen rapporterer flere symptomer samtidig (Jamison, Creeese, & Prentice, 1999).

I effektundersøkelsen av tiltaket fant vi at triste og engstelige skolebarn som deltok i Mestrende barn-grupper, rapporterte dobbelt

så stor nedgang i symptomer på angst og depresjon sammenlignet med barn som fikk vanlig oppfølging. Også foreldrene rapporterte om en signifikant reduksjon av depressive symptomer hos barna i tiltaksgruppen sammenlignet med kontrollgruppen.

Gitt at angst- og depresjonssymptomer er en indikator for om barn senere utvikler en lidelse, kan en slik reduksjon i symptomnivå være viktig for barnets utvikling. Samtidig rapporterte foreldrene et vesentlig lavere symptomnivå enn hva barna gjorde. Dette er ikke overraskende, da barn kan vise symptomer i situasjoner der foreldrene ikke kan observere dem, for eksempel på skolen, og forskning viser at foreldre og barn ofte rapporterer forskjellig symptomnivå (De Los Reyes et al., 2015). Når man rekrutterer barn til forebyggende tiltak, er det av den grunn viktig å spørre dem om egen opplevelse av symptomer.

NY TEKNOLOGI

TIM-studien er den største studien som har undersøkt effekten av et transdiagnostisk forebyggende tiltak rettet mot barn med emosjonelle vansker i skolen. Styrker ved studien var blant annet at den fant sted i skolen med gruppeledere som gjennomførte tiltaket i tillegg til vanlige arbeidsoppgaver, og at barna ble rekruttert fra små og store skoler. Mulige begrensninger i studien var at barna som deltok, hadde mer symptomer enn

mange skolebarn, da målgruppen var barn med forhøyet nivå av angst- og depresjonssymptomer. Barna ble også inkludert kun basert på egenrapportering av symptomer.

Tiltaket er lovende og kan vise til positive effekter. For å gjøre programmet mer fleksibelt og mindre ressurskrevende planlegger vi nå å digitalisere deler av tiltaket og bruke ny teknologi for å øke effekten. En oppfølgingsstudie, ECHO, starter i 2019. ✖

Hovedfunn

- Tiltaket Mestrende barn gav dobbelt så stor nedgang i symptomer hos engstelige og triste barn sammenlignet med de som ikke mottok tiltaket.
- Flest barn rapporterte symptomer på både angst og depresjon.

REFERANSER

- Avenevoli, S., & Steinberg, L. (2001). The continuity of depression across the adolescent transition. *I Advances in Child Development and Behavior* (s. 139–173). San Diego, CA: Academic Press.
- Balazs, J., Miklosi, M., Keresztesy, A., Hoven, C.W., Carli, V., Wasserman, C., . . . Wasserman, D. (2013). Adolescent subthreshold-depression and anxiety: Psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *54*(6), 670–677. doi:10.1111/jcpp.12016
- De Los Reyes, A., Augenstein, T.M., Wang, M., Thomas, S.A., Drabick, D.A., Burgers, D.E., & Rabinowitz, J. (2015). The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health. *Psychological Bulletin*, *141*(4), 858–900. doi:10.1037/a0038498
- Garber, J., & Weersing, V. (2010). Comorbidity of anxiety and depression in youth: Implications for treatment and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *17*(4), 293–306. doi:10.1111/j.1468-2850.2010.01221.x
- Ginsburg, G.S., Becker, K.D., Kingery, J.N., & Nichols, T. (2008). Transporting CBT for childhood anxiety disorders into inner-city school-based mental health clinics. *Cognitive and Behavioral Practice*, *15*(2), 148–158. doi:10.1016/j.cbpra.2007.07.001
- Jamison, D.T., Creese, A., & Prentice, T. (1999). *The world health report 1999 – making a difference*. Ginebra: World Health Organization, 65–79.
- Kendall, P.C., Martinsen, K., & Neumer, S.-P. (2006). *Mestringskatten (Coping cat): terapeutmanual : kognitiv adferdsterapi for barn med angst*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kovacs, M., & Lopez-Duran, N. (2010). Prodromal symptoms and atypical affectivity as predictors of major depression in juveniles: Implications for prevention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *51*(4), 472–496. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02230.x
- Martinsen, K.D., Kendall, P.C., Stark, K.D., Rodriguez, K.A.O.N., & Arora, P. (2014). *Mestrende barn, gruppeledermanual barn*. Oslo: Gyldendal Akademi.
- Martinsen, K.D., Kendall, P.C., Stark, K., & Neumer, S.-P. (2016). Prevention of anxiety and depression in children: Acceptability and feasibility of the transdiagnostic EMOTION program. *Cognitive and Behavioral Practice*, *23*(1), 1–13. doi:10.1016/j.cbpra.2014.06.005
- Martinsen, K.D., Rasmussen, L.M.P., Wentzel-Larsen, T., Holen, S., Sund, A.M., Lovaas, M.E.S., . . . Neumer, S.P. (2018). Prevention of anxiety and depression in school children: Effectiveness of the transdiagnostic EMOTION program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. doi:10.1037/ccp0000360
- Mychailyszyn, M.P., Brodman, D.M., Read, K.L., & Kendall, P.C. (2012). Cognitive-behavioral school-based interventions for anxious and depressed youth: A meta-analysis of outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *19*(2), 129–153. doi:10.1111/j.1468-2850.2012.01279.x
- Ryan, J.L., & Warner, C.M. (2012). Treating adolescents with social anxiety disorder in schools. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *21*(1), 105–118. doi:10.1016/j.jchc.2011.08.011
- Stark, K.D., Streusand, W., Prerna, A., & Patel, P. (2012). Childhood Depression: The ACTION Treatment Program. I P.C. Kendall (red.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-Behavioral Procedures* (4. utg., s. 190–233). New York, NY: Guilford Press.
- Weisz, J.R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K.M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist*, *61*(7), 671–689. doi:10.1037/0003-066X.61.7.671

Lave forventninger

Folk har liten tro på at helsetjenestene er tilgjengelige når de har bruk for dem, viser fersk rapport fra Folkehelseinstituttet.

TEKST Per Olav Solberg

FOLKEHELSEINSTITUTTET gjennomførte nylig en befolkningsundersøkelse der de spurte et utvalg brukere om deres forventninger til psykisk helsetjenester. Instituttet ønsket å finne ut av dette i forkant av innføringen av ulike pakkeforløp for psykisk helse og rus. Rapporten ble offentliggjort i desember i fjor, og resultatene er temmelig nedslående. For eksempel er 85 prosent av de spurte «helt uenig», «ganske uenig» eller «både og» i påstanden om at helsetjenestene er tilgjengelige når pasientene har behov for det. Mens to av tre svarte «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» på spørsmålet om hvorvidt egne erfaringer med tilbudet var tilfredsstillende (se faktaboks for flere resultater).

Seniorforsker Hilde Hestad Iversen er ansvarlig for undersøkelsen og har også ført rapporten i pennen. Hun er ikke veldig overrasket over befolkningens lave forventninger til psykisk helsehjelp.

– Når vi gjør denne typen undersøkelse, ser vi at de psykiske helsetjenestene generelt skårer lavere enn somatikken. Det er viktig å presisere at dette ikke er en brukerundersøkelse, selv om en del av de spurte også er brukere eller har vært pårørende til noen som har slike erfaringer, sier Hestad Iversen.

– *Hva tror du er årsaken til gjennomgående lave forventninger knyttet til psykisk helsehjelp?*

– Det er nok sammensatte årsaker. Mange av de spurtes erfaringer er knyttet til andres erfaringer og til saker de har fått med seg i

ulike medier. I mediene er fokuset ofte på det som går galt i psykisk helsevern, og dette får jo befolkningen med seg. Men denne undersøkelsen var gjort før den omfattende NRK-saken om selvmord i psykiatrien, så akkurat denne saken har ikke påvirket tallene, presiserer Hestad Iversen.

Folkehelseinstituttet har også gjort flere kvalitative og kvantitative undersøkelser med pasienter som er innlagt på døgnavdelinger. Her er det også noen interessante funn som går igjen:

– Paradoksalt nok etterlyser mange pasienter bedre tilgang på behandling mens de er innlagt. De etterlyser også at de ansatte bruker mer tid sammen med dem. Vi fant at for mye av tiden går med til venting både på behandling og på tilbud om fysisk aktivitet, sier Hestad Iversen. ✕

Psykiske lidelser-tilbudet:

- 76 prosent har inntrykk av at helsetjenestetilbudet er «veldig dårlig», «ganske dårlig» eller «både og».
- 78 prosent svarte at de «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» føler seg trygg på at de ville fått den beste behandlingen som er tilgjengelig.
- 85 prosent var «helt uenig», «ganske uenig» eller «både og» i påstanden om at helsetjenestene er tilgjengelige når pasientene har behov for det.
- 76 prosent var «helt uenig», «ganske uenig» eller «både og» i påstanden om at helsetjenestene legger til rette for god livskvalitet for pasientene og pårørende.
- 77 prosent svarte «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» på spørsmålet om helsetjenestetilbudet nærstående fikk var tilfredsstillende.
- 67 prosent svarte «ikke i det hele tatt», «i liten grad» eller «i noen grad» på spørsmålet om egne erfaringer med tilbudet var tilfredsstillende.

Meninger



FOTO: RODRIGO PAREDES / WIKIMEDIA COMMONS

- Vi må ikke glemme destruktiviteten

- Mennesket strekker seg ikke bare mot selvrealisering i arbeid, seksualitet og kjærlighet, det eksisterer forskjellige former for selvskading i oss alle.

Les Per Are Løkkes debattinnlegg på side 110

- Vi har ikke råd til å ha en million «psykisk syke», skriver brukeraktivist Odd Volden.

Side 108

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.



Unntakene som blir regelen

Menneskerettighetsbrudd er ikke noe som skjer i andre land. De skjer også her og nå. Et eksempel er asylmottaket på Trandum – unntaket som ble regelen.

Menneskerettighetsbrudd ankommer ikke som nettopp det.

De kommer ikke med en stygg svart uniform.

Menneskerettighetsbrudd kommer snikende,

med gode grunner,

som et rasjonale,

med de beste av hensikter,

som beklagelige spesialtilfeller,

for å opprettholde struktur og orden,

noe som er til det beste – i hvert fall for de fleste.

For det er tyngre avveininger som er inne bildet.

Toneangivende mennesker sier: Dette er det rette å gjøre. Kanskje din kollega, kanskje din sjef. Kanskje deg?

DISSE LINJENE er inspirert av diktet «Fascism: I sometimes fear...» av Michael Rosen. Kanskje er det de gode hensiktene, den selvsagte nødvendigheten, ønsket om orden, som gjør at vi ikke ser bruddene på menneskerettighetene. Det virker så tilforlatelig, så nødvendig. Kanskje er det derfor vi ikke reflekterer over at vi muliggjør eller gjennomfører menneskerettighetsbrudd. Som når vi skiller mellom oss og de andre.

BLINDSONEN

Som når storsamfunnet og myndighetene i over hundre år kunne føre en systematisk og brutal fornorskingspolitikk overfor samer og kvener. Barna skulle tvinges til å bli norske. Det var riktig politikk. Det var det rette å gjøre.

Ta Agnete. I 1933 går hun inn i klasserommet og setter seg på pulten som vanlig (Oskal & Aslaksen, 2018). Et barn som ser lærer Larsen stå med armene i kors bak kateteret. En lærer som sier: «Det er kommet en ny lov, fra i dag av er det ikke lov å være same lenger. Så dere må slutte å snakke samisk og det skal ikke tenkes på samisk lenger!»

Og den som snakker samisk, straffes. Med skammekrok, ørefik og vold. Den 11-årige Agnete får sjokk.

Fornorskingspolitikken virket. I 70 år for Agnetes del. I syv tiår tiet Agnete om at hun var same. Vi vet det var mange små samiske barn som henne. Som ble sendt bort fra sine foreldre til internatskoler. Som ble nektet å snakke sitt samiske språk. Som ble sterkt traumatisert av fornorskingspolitikken.



KARL ELDAR EVANG

Medlem av

Menneskerettighetsutvalget i Norsk psykologforening

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

MENNESKE- RETTIGHETER

Teksten bygger på en tale som ble holdt ved avslutningen av Jubileumskonferansen til Menneskerettighetsutvalget i Norsk Psykologforening.





Om vi psykologer skal arbeide aktivt og effektivt for menneskerettigheter, så kan vi ikke ha berøringsangst for politikk

Jeg spør: Hvor mange prester, lærere, leger, helsesøstre, psykologer, dommere, ordførere og lensmenn var med på å gjennomføre den norske stats politikk? Hvor mange myndighetspersoner sørget for at barna ikke fikk snakke sitt eget språk, eller tenke det? Hvor mange reflekterte over at det var galt, hvor mange sa ifra? Og de som ikke protesterte: Hva hindret dem i det? Som fagpersoner, som psykologer, som borgere, er dette spørsmål vi må stille oss!

Ta behandlingen av taterne/romani-minoriteten, hvor unge kvinner i mange årtier ble plassert på anstalten Svaneviken på Nordmøre, drevet av Misjonen, men i samarbeid med myndighetene. Der foregikk det grov umyndiggjøring, og enda verre: Unge kvinner ble sendt til tvangssterilisering. Det fantes et rasjonale bak disse overgrepene også.

Vi har ikke gransket disse delene av norsk historie tilstrekkelig. Vi har heller ikke undersøkt og tatt oppgjør med hvordan det kunne skje, at en så stor andel av jødene i Norge kunne bli samlet opp og sendt med Donau til utryddingsleirene. Det er denne delen av norsk historie Marte Michelet skriver om i boka *Hva visste hjemmefronten?*

Og la meg nevne flere ord som bærer bud om skam og smerte. Lobotomering. Reitgjerdet. Tyskertøsene. Tvangsbehandling. Tvangsmedisinering.

Når vi ikke tar inn over oss det som har skjedd historisk, svekkes blikket for å se overgrep som skjer i vår samtid. For menneskerettighetsbrudd er ikke noe som skjer et annet sted, i et annet land. Det skjer også her. Det skjer også nå.

UNNTAKSTILSTANDEN

Med begrepet unntakstilstanden ønsker den italienske filosofen Giorgio Agamben å forstå hvordan moderne demokrati virker. Agamben viser hvordan den moderne nasjonalstatens grunnlag er en eksklusjon hvor den andre samtidig inkluderes, men da som et liv uten rett, et liv ekskludert fra rettsordenen.

Unntakstilstanden begrunner for oss hvorfor *noen* må settes utenfor vanlige rettigheter og beskyttelse. Unntakstilstanden presenteres som et midlertidig unntak, men like fullt som en nødvendighet for å beskytte mot noe(n) som truer det bestående. Men unntakstilstanden forsteiner seg. Og for noen menneskegrupper blir den en normaltilstand.

Agamben ber oss om å trene blikket, slik at vi kan gjenkjenne unntakstilstanden. Enten den er i form av «leirer» i vår tids drabantbyer i Paris, London eller Stockholm. Eller den finnes i de juridiske gråsonene i ventehallene på internasjonale flyplasser, gråsoner hvor politiet står fritt til å gjøre som de vil.

Lær dere å gjenkjenne disse uklare sonene som den normaltilstanden de er blitt, framfor å godta dem som unntak, oppfordrer Agamben oss. Med et slikt blikk skrev vi i Psykologforeningens Menneskerettighetsutvalg en rapport om Trandum utlendingsinternat. Et norsk eksempel på unntaket som ble regelen. Barn skal ikke fengsles, heter det i Norge. Men på Trandum satt det barn innelåst. Alle i Norge skal ha tilgang til helsetjenester, heter det i Norge. Men nesten ingen på Trandum ble henvist til spesialisthelsetjenesten. Selv om vi vet at dette ofte er sterkt traumatiserte mennesker, sterkt traumatiserte barn, ble barnepsykologer, ja psykologer i det hele tatt, nær aldri tilkalt. Folk skal sitte på Trandum svært kort tid, heter det. Men noen satt der i mange måneder, noen over ett år. Isolatcellen skal kun unntaksvis brukes, heter det. Men den brukes i utstrakt grad.

Trandum forteller oss at vi psykologer må lære oss å se etter de uklare sonene hvor menneskerettighetene opphører på de arenaene hvor vi har vårt virke. Når vi jobber i psykiatrien. Når vi jobber i eldreomsorgen. Når vi jobber i BUP.

ET UTVIDET BLIKK

Men det holder ikke bare å utvikle en våkenhet og en kritisk sans der vi jobber som psykolog, som hjelpere. For overgrep skjer også på steder der psykologer tradisjonelt ikke er til stede. Overfor papirløse mennesker, som ikke har noen fastlege som henviser, som aldri treffer en psykolog. De som jobber i en vaskehall for 60 kroner i timen og kanskje bor på gata. Overgrep kan skje på asylmottak som ligger langt fra folk, og med mangelfull oppfølging. I fengsler og i barnevernsinstitusjoner. Vi trenger også en forståelse av de institusjonene som nettopp Agamben viser til, som ligger mer eller mindre på utsiden av samfunnet. De som blir usynlige for offentligheten.

Psykologer vet også mye om hvilke belastninger som rammer fattige barn. Vi vet noe om strukturell vold. Og unntakstilstandene og gråsonene som Agamben peker på, de etableres strukturelt. Vi vet noe om skadene til ofre for trafficking, selv om vi sjelden har dem som klienter. Da kan vi mene noe om hvordan loven bør ivareta de som er tvunget ut i prostitusjon og slavearbeid. Vi vet hvordan brutalisering av språket i kommentarfeltene gjør oss gradvis blinde for hva som blir sagt. Rasistiske utsagn slutter å sjokkere. Det dehumaniserer mennesker. Og etter dehumanisering kan vold følge. Språkbruken i samfunnet om bestemte grupper mennesker vil påvirke politikere og lovgivere, og kan slik få varige og fatale følger med legitimering av urett.

Om vi psykologer skal arbeide aktivt og effektivt for menneskerettigheter, så kan vi ikke ha berøringsangst for politikk. Vi må derimot gå ut i samfunnet og ta stilling. Rope der det trengs å rope. Skrike om det trengs. Menneskerettighetsutvalget i Psykologforeningen må fortsette å si fra, men det holder ikke alene. Psykologforeningen må i større grad våge å fronte saker, og å sette agenda, ikke vente og se hva andre aktører synes. Og denne utfordringen går også til deg, til den enkelte psykolog. La stemmen din høres! ✕

REFERANSE

Oskal, M.B.S. & Aslaksen, E.A. (24. september, 2018). Det var ulovlig å være Agnete. NRK. Hentet fra: <https://www.nrk.no/sapmi/xl/det-var-ulovlig-a-vaere-agnete-1.14181910>.



MER DEBATT KUN PÅ NETT:

Sykkelvei, sykehjem eller lavterskeltilbud?

Tittelen på Blankholm-utvalgets NOU 2018:16 forteller om dens innhold: «Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.» Prinsippene vil stå sentralt i den kommunale tjenesteutviklingen i årene som kommer, skriver sjefredaktør Bjørnar Olsen.

Debattert

Ungt slit

GOD NOK – Psykisk helse, det er den største utfordringen innen folkehelsen. Det er veldig bekymringsverdig at mange unge er misfornøyd med seg selv. Det er slitsomt – dette fokuset på at du aldri blir bra nok. Mitt budskap er at du er god nok som du er – og så er det selvfølgelig slik at det er viktig å holde seg i form.

Erna Solberg til Se og Hør EXTRA 18. januar

MINORITETSMANGEL At ungdommer er særlig utsatt for psykiske problemer, er ingen hemmelighet. Heldigvis har vi i Norge blitt flinkere til å sette dette temaet på dagsorden. Likevel er gruppen av ungdommer med minoritetsbakgrunn underrepresenterte i diskusjonen og i tiltakene.

Tamina Sheriffdeen Rauf i Klassekampen 18. januar

BY OG BYGD Det er imidlertid ingen grunn til å tro at ungdom i byene sliter mer og har dermed et større behov for en helsestasjon i nærheten enn ungdom på bygda. Det er derfor trist at ungdommer i bygdene har et dårligere tilbud. Dette er kommunene nødt til å gjøre noe med.

Inger Johanne Brandsrud i Jærbladet 18. januar

MESTRINGSSKOLEN Altfor mange unge i Sandefjord-skolen sliter psykisk. (...) Arbeiderparti-skolen bygger på at elevene skal føle mestring på ulike områder. Både faglig og sosialt. Fellesopplevelser er med på å skape trygghet og mestringsglede. Sammen med sine ledere, lærere og andre ansatte på skolene.

Tor Hansen i Sandefjords Blad 19. januar

SYK SPARING – Ungdommen sliter psykisk med alt mulig. Vold, overgrep, rus, familieproblemer, seksualitet, ensomhet, depresjon og så videre. I verste fall kan det føre til selvska-ding og selvmord. Det er sykt at de skal spare penger på skolehelsetjenesten, når vi trenger henne til vår psykiske helse.

Adriane Seljelv til Nordlys 19. januar



- VELKOMMEN BORGERE «La 2019 være året da vi for alvor sier farvel til 'den psykisk syke' og velkommen til borgeren, uansett hvilke utfordringer eller funksjonsnedsettelse hen måtte ha», skriver Odd Volden. Her ser vi innbyggerne på øya Møkster gå i 17. mai-tog. Foto: Paul Sigve Amundsen / Samfoto / Scanpix

Språklige tilbakeskritt



Utover på 2010-tallet endte vi dessverre opp med altoppslukende begreper som «psykisk sykdom» og «psykisk syke».

ODD VOLDEN

bruger- og begreps-aktivist

SPRÅKBRUK
I PSYKISK
HELSEVERN

I ÅR KAN VI FEIRE 20-årsjubileum for oppstarten av Opptrappingsplanen for psykisk helse. Planen satte for alvor fart på feltets overgang fra beverhi til maurtue: På det gamle psykisk helsefeltet kunne nok både personale og pasienter foreta ekskursjoner ut i verden, men det meste var konsentrert om det som foregikk inne, «i psykiatrien». Selv om man skulle komme seg ut av sykehuset og sykehjemmet, var man fortsatt å anse som «psykiatrisk pasient», stemplet på livstid. En advokat jeg møtte i min tid som kontrollkommisjonsmedlem på 2000-tallet,

oppsummerte situasjonen slik: «psykiatriske pasienter og vanlige mennesker».

I 2004 skrev jeg en artikkel i den første utgaven av *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*: «Vi sier farvel til «den psykiatriske pasienten»: Et brukerperspektiv på psykisk helse». Artikkelen fikk en del oppmerksomhet i «den lavkirkelige delen av feltet», og havnet blant annet på noen av pensumlistene på de tverrfaglige videreutdanningene i psykisk helsearbeid. Jeg skal ikke påstå at dette var grunnen til at bruken av «psykiatriske pasienter» som overord-

net begrep i stor grad ble forlatt, til fordel for «mennesker med psykiske lidelser», men jeg tror nok at det i løpet av opptrappingsplanperioden, særlig utenfor institusjonene, stedvis og tidvis var en sterk vilje til å forlate båsene og stigmaene. En kommunal tjenesteutøver sa det slik da hun ble intervjuet for et magasin sammen med en tjenestebruker: - Nå er vi nesten som venninner!

ET TILBAKESKRITT

Det er derfor trist at vi utover på 2010-tallet har endt opp med alt-opplukende begreper som «psykisk sykdom» og «psykisk syke» som hovedkategorier. «Psykiske lidelser» og «mennesker med psykiske lidelser» var langt fra bra nok, men «psykisk sykdom» og «psykisk syke» er definitivt et tilbakeskritt, av mange grunner: Det reverserer bevegelsen bort fra institusjonene, passiviteten og de profesjonelle som hovedaktører. Det gjør det vanskeligere å skape oppmerksomhet rundt det partikulære i pasient- og brukerrollene – man kan for eksempel være psykososialt utfordret og mor, nabo, kollega, idrettsutøver og venn på samme tid.

Den evige diskusjonen for og imot psykiatriske diagnoser burde også tilsi at vi leverer «psykisk sykdom» til gjenvinningsstasjonen ved første anledning. Når man etterlyser «bedre behandlingstilbud til psykisk syke», er det antakelig enten ren fagforeningspolitikk eller en intellektuell fallitterklæring: Selv i et lite land som Norge kan vel ikke enhver endring i tjenesteprofilen berøre alle diagnosegrupper like sterkt eller i samme retning? Er man *for* psykiatrisk diagnostikk, bør man kunne stå for det og nevne barnet ved dets rette navn, enten det heter spiseforstyrrelse, bipolar lidelse, angst eller depresjon. Er man *mot* psykiatrisk diagnostikk, blir det ganske meningsløst å snakke om «sykdom» i det hele tatt; da har vi automatisk beveget oss over i et landskap der fenomenene gjerne blir navngitt som uro, kriser, utfordringer, problemer, behov for støtte, osv.

HVORFOR?

Hva kan årsaken være til at vi har havnet der vi er nå? Å finne årsaken er ikke på langt nær så viktig som at vi fortrest mulig kommer oss ut av bakevja, men det kan være nærliggende å peke på Breivik-saken, som vi kanskje kan oppsummere slik: Rettspsykiatrien tapte. Psykiatrien vant. Er det etterdønningene av dette vi fortsatt ser? Sjøkket som Breivik-saken utløste, innbød ikke nettopp til språklig filigransarbeid.

Folk flest må selvfølgelig få si hva de vil, men fagfolk, forskere og journalister bør ikke på langt nær ha den samme friheten. Språklig variasjon er fint, men bare hvis variasjonen følger fenomenene. Blir de psykososiale utfordringene sterke nok, kan man bli både syk, sykmeldt og få nedsatt funksjonsevne. Men selv i Norge har vi ikke råd til å ha en million «psykisk syke» ruslende blant oss til enhver tid, uansett hvor retorisk besnærende dette måtte være for fagfolk og brukerorganisasjoner i kravmodus.

Upresist språk gir dårlige samtaler, retningsløshet, håpløshet og upresise tjenester. Upresise tjenester gir tapte liv, tapt helse og tapt velferd. La 2019 være året da vi for alvor sier farvel til «den psykisk syke» og velkommen til borgeren, uansett hvilke utfordringer eller funksjonsnedsettelse hen måtte ha. Utfordringer kan vi i fellesskap møte og overkomme. Funksjonsnedsettelse kan vi tilrettelegge for. Vi har ikke råd til å overse dette lenger, verken menneskelig eller økonomisk. ❌



Folk flest må selvfølgelig få si hva de vil, men fagfolk, forskere og journalister bør ikke på langt nær ha den samme friheten

Når Thanatos kommer på besøk

Freud advarte mot kulturer som slutter å bruke begreper som beskriver de destruktive, narsissistiske og irrasjonelle kreftene i menneskesinnet.



PER ARE LØKKE,
psykolog i privat-
praksis

PSYKOANALYSEN

JEG ER VOKST OPP med foreldre som drev pub, restaurant og diskotek. Mange helger var det slåsskamper hvor ingen spurte høflig om å få delta. Snarere lå alle raskt i en blodig haug og dengte løs på hverandre. Jon Morgan Stokkeland blandet seg inn i debatten mellom Siri Gullestad og Sigmund Karterud ved å vise til en høflig ire som spurte om å få bli med i en slåsskamp. Jeg blander meg inn ved å bruke noen oppveksterfaringer til å assosiere rundt relevansen av Freuds driftsbegrep.

Da foreldrene mine etablerte det første ute-stedet i en liten idyllisk bygd nær Oslofjorden på begynnelsen av 1960-tallet, ble deres romantiske restaurantdrøm raskt knust. Bygda hadde endelig fått alkoholservering, og folk som var vant til flatfyll og bygdefester, strømmet til fra alle kanter. Femten år senere, i attenårsalderen, hadde jeg en følelse av å ha vokst opp i Harlem. Jeg hadde sett aggresjon i mange av dens råeste former. Gjenger som hadde knust alt av inventar i lokalene, ambulanser som hentet sønderslåtte mennesker, far som kom hjem med blødende ansikt og heftige blåveiser. Jeg hadde sett grenseløs seksualitet strømme frem i alle slags former, menn og kvinner som ville krafse, ha og ta, og det raske omslaget til vold når seksualiteten ikke møtte bekreftelse. Jeg hadde sett hvordan den såkalte øvrigheten forandret seg fra å være moralens og verdienes voktere til å bli manipulerende og slibrige svin som klådde på serveringsdamene og skjelte ut mine foreldre når de ikke fikk vinflasker med seg hjem.

HVA VAR DET JEG HADDE VÆRT VITNE TIL?

Det var selvsagt spennende å ha foreldre som drev et utested, men akkurat dette hensynsløse

og destruktive som jeg hadde sett bli antent, som strømmet frem og ble kastet mot andre, skremte «livskiten» av meg som barn og ungdom. Da jeg for første gang leste Sigmund Freuds begrep om menneskets seksuelle og aggressive drifter, var det med en svimlende følelse av gjenkjennelse, uten at jeg egentlig forsto så mye av det jeg leste. Det var heller ordet *drifter* som ga mening, og da til mine dramatiske erfaringer i oppveksten. Gullestad stilte spørsmål om noe viktig forsvinner i vår forståelse av de seksuelle drivkreftene hvis Freuds driftsteori oppgis. Jeg vil her spørre om det samme gjelder for vår forståelse av aggresjonen. Freud ble mer og mer opptatt av aggresjonsdriften, eller Thanatos, som han kalte den på sine eldre dager.

Erfaringene mine fra oppveksten tilsier at det er noe potensielt hensynsløst rått og ego-sentrisk i mennesket som er vanskelig å forklare. Ett minne står klart frem: Jevnlig, gjennom et helt år, knuste en ungdomsgjeng alle restaurantens panoramavinduer om natten i helgene. Da forsikringsselskapet sa stopp, satt jeg sammen med min far og vår schäferhund og ventet i nattemørket på restauranten. Jeg så skremmende skygger med hetter og masker komme løpende fra det nærliggende skogholtet i en bølgende flokk, med store steiner i hendene. Rutene omkring oss eksploderte, som om vi befant oss i en krig. Det jeg så, var uhyggelig og skremmende, og disse svarte «herjende» skyggene er siden blitt et av mine sinnbilder på Thanatos.

DE DESTRUKTIVE KREFTENE

Jeg har vært vitne til ulike former for aggresjon i et omfang som kanskje mange ikke erfarer.

Jeg har sett den bli antent av sjalusi, misunnelse, grådighet, rivalisering, seksuelt begjær, hat, hevn og narsissistisks krenkelseser. I et lite lokalsamfunn traff jeg jo selvsagt «monstrene» og «furiene» dagen etter, i daglys når de hadde blitt seg selv igjen. Jeg husker jeg lurte på hvor «galskapen» nå hadde gjort av seg. Freud advarte mot kulturer som slutter å bruke begreper som beskriver de destruktive, narsissistiske og irrasjonelle kreftene i menneskesinnet. Vi kan da stå forsvarsløse overfor hatet og brutaliteten som historisk sett alltid har strømmet frem mellom forskjellige kulturer og grupper. Vi kan også «glemme» volden og overgrepene som skjer i fredstid og i private rom, slik at vi ikke lenger tror på ofrenes fortellinger om grusomhetene de har opplevd. Freud var selv kanskje mest opptatt av aggresjonen som vendte seg innover i selvødeleggelse. Mennesket strekker seg ikke bare mot selvrealisering i arbeid, seksualitet og kjærlighet, det eksisterer forskjellige former for selvskading i alle. Han brukte begreper som aggresjonsdrift, dødsdriften eller gjentagelsestvangen for å nærme seg dette mørke kontinentet i psyken. Hans teorier og begreper har i over hundre år skapt intense, langvarige og viktige debatter om driftenes opphav, slik psykoanalytiker Kari Høydahl viser i sitt gode essay «Bortenfor dødsdriften» i fjorårets septemberutgave av Psykologtidsskriftet.

Jeg tror det er naivt å kun miljøforklare dette mørket, som dårlig tilknytning, kontaktskade, traume eller omsorgssvikt. Det er noe mer der, noe blindt, primitivt og støtende, som vendes utover, innover eller strømmer begge veier. Jeg tror det er spesielt viktig for fagfeltet å holde fast på begreper som viser til den menneskelige kompleksitet i en tid hvor de overfladiske og økonomiske tenkemåtene vinner frem overalt. Aggresjonsdriften kan være et slikt begrep som peker mot krefter som vil ødelegge og rive istykker fremfor å binde sammen, helbrede og kommunisere. Hvis vi slutter å bruke vanskelige og mangetydige begreper, får de biomedisinske sykdomsmodellene overtaket, og samfunnet kan miste forståelsen for hva slags dramatiske, destruktive, utilgjengelige og ofte uforanderlige krefter som terapeutene slåss med i sitt daglige arbeid. Fokuset på pasientenes eget ansvar blir borte, og alt vil til slutt dreie seg om administrasjon av effektive metoder og pasientrettigheter knyttet til spesifikke diagnoser. Psykoanalytiker Marie Nævestad oppsummerte et langt livs terapeutiske erfaringer i denne setningen: «Alle vil bli forstått, men ingen vil forandre seg.» ❧



Erfaringene mine fra oppveksten tilsier at det er noe potensielt hensynsløst rått og egosentrisk i mennesket som er vanskelig å forklare

Ingen omkamp



Ønsker jeg en «omkamp om libidoteorien», spør Sigmund Karterud.
Svaret er nei.

SIRI ERIKA
GULLESTAD

PSYKOANALYSEN

I SITT SISTE INNLEGG tar Sigmund Karterud opp et nytt tema: Han forteller om sine personlige erfaringer med psykoanalysen og Norsk psykoanalytisk institutt. Det er viktig at slike opplevelser kommer for dagen. Samtidig er det leit å lese. Jeg erkjenner og vil sterkt beklage de autoritære trekk som har eksistert i de psykoanalytiske utdanningssystemer, inkludert det norske. Otto Kernbergs beskrivelse av møtet med psykoanalytiske institutter i New York (muntlig meddelelse) – sterkt preget av en patriarkalsk, medisinsk kultur – var forstemmende. Hans kritikk (Kernberg, 1986, 1996) ble samtidig utgangspunkt for en omfattende selvrefleksjon innad i mange institutter. Kernberg ble brukt som rådgiver i omorganiseringen av Norsk psykoanalytisk forening og institutt, nettopp med tanke på autoritære tendenser. På 1990-tallet tok jeg, som medlem av styret i Norsk psykoanalytisk forening, initiativ til å beklage den diagnostiske holdning som altfor lenge preget psykoanalysens forhold til homofili. I de senere tiår har norsk psykoanalytisk utdanning vært gjennom viktige omstruktureringer av systemene for opptak og evaluering av kandidater.

LIBIDOBEGREPET

Ønsker jeg en «omkamp om libidoteorien», spør Karterud. Svaret er nei. Jeg vil ikke «ha tilbake libidoteorien», slik Karterud sier (s. 46). I min artikkel definerer jeg drift som seksuell lystøken – det er Karterud som bruker begrepet «libidoteorien». Begrepet «libido» refererer i den klassiske psykoanalytiske teorien til en spesiell form for driftsenergi, som kan forskyves til ulike kroppsoner, «lade» ulike objekter og komme til uttrykk i forskjellige sublimerte former. Som Bjørn Killingmo og jeg skriver i læreboken *Underteksten*, er dette uttrykk for en «mekanistisk tenkemåte» som ikke egner seg til å beskrive de mange subjektive, symbolske og atferdsmessige uttrykk for seksualitet vi støter på i klinisk praksis så vel

som i normalutviklingen. Libidobegrepet har «ingen plass innen det objektrelasjonsperspektivet vi legger til grunn. Vi kommer i stedet til å snakke om seksualitet og de ulike kvaliteter av affekt og objektrepresentasjoner som kan være knyttet til seksualitetens forskjellige ytringsformer. Libido inntar derved plass som en metafor på linje med begrepet om psykisk energi» (Gullestad & Killingmo, 2005/ 2013, s. 43).

Kritikken av Freuds økonomisk-energetiske modell, basert på 1900-tallets fysikk (Holt, 1989), har medført at denne delen av teorien i dag er forlatt. Men dette betyr ikke nødvendigvis at teorien om drift som seksuell lystøken er forkastet, slik Karterud sier den ble gjennom den «relasjonelle vending». Mens Bowlbys (1969) anliggende var at tilknytning ikke kan forklares ut fra driftsteorien, fremholdt Kohut (1977) at selvet har en egen utviklingslinje, atskilt fra den psykoseksuelle, og som ikke kan forklares ut fra Freuds teori om narsissisme. Det begge kritiserer, er driftsteorien som en *totalforklarende* modell. En helt nødvendig og berettiget kritikk, det er Karterud og jeg enige om, som har ført til en revisjon av psykoanalytisk teori. Det som er forkastet, er således den mekanistiske libidoteorien – ikke seksualdriften som en grunnleggende drivkraft.

HVA DRIVER OSS?

Hovedpoenget i min artikkel i septemberutgaven i fjor var å løfte frem betydningen av seksuell lystøken som en type motivasjon som *ikke* fanges inn av tilknytningsteori og selvpsykologi. Trygghet og selvbekreftelse utgjør ikke en uttømmende beskrivelse av hva som driver oss. Verken tilknytningsteori eller selvpsykologi legger vekt på lystøking som eget motiv. Erotisk begjær er ikke sjelden på kollisjonskurs med behovet for et trygt og stabilt kjærlighetsforhold der vi blir bekreftet. Det kan endog næres av hindring, av det forbudte og umulige. Tilknytning og seksuell tenning kan gå hver sin vei



Faksimile fra januarutgaven av Psykologtidsskriftet.

– en velkjent problemstilling i klinisk praksis. Vi mennesker står overfor noe «annet» i oss selv, en naturkraft, ofte opplevd som overskridende og vilt. Uanstendige fantasier som overskrider forholdet til den aktuelle partneren, er del av menneskelig seksualitet. Hvordan forklarer Karterud disse motsetningene i vårt erotiske liv? Hormoner er viktig, som Karterud sier. Seksuallysten medieres delvis gjennom dem. Men seksualitet er ikke hormoner eller neurotransmittere. At de to likestilles, er uttrykk for det Per Brodal (2018) kaller en begrepsforvirring om hjerne og sinn.

Barnets lyst er forskjellig fra voksen seksualitet – her er Karterud og jeg enige. Som jeg

skrev i mitt forrige svar, er det trolig bedre å snakke om *sensuell* lyst når det gjelder barn. Å insistere på at seksualitet utelukkende «vokser frem i puberteten som et hormonbettinget emosjonelt system» (s. 46), risikerer likevel å overse eller underbetone elementer av kontinuitet fra barndom via ungdomstid til voksenalder. Barns «doktorleker», onani og ofte intense seksuelle nysgjerrighet er alle fenomener som på ulikt vis kan være uttrykk for en barnlig seksualitet. Klinisk erfaring med seksuelle overgrep og barn er også relevant i denne sammenhengen: I tillegg til omfattende skam og angst kan grenseoverskridende seksuelle handlinger innebære automatisk aktivering av lyst hos barnet (ereksjon/lubrikasjon, uten at barnets «jeg» er med), med påfølgende forvirring og skyldfølelse (Gullestad, 2005a). Psykoanalysen understreker dialektikken mellom barnets lyst og den voksnes: Barnets erfaringer seksualiseres også *nachträglich* (i etterhånd), og lades med voksne, erotiske fantasier og begjær.

PSYKOANALYSE OG TILKNYTNINGSTEORI

«Libidoteorien var ... det 'sted' der slaget i sin tid stod mellom 'klassisk' og 'relasjonell' psykoanalyse», skriver Karterud. Kanskje var det slik noen steder. Anna Freud møtte Bowlbys (1969) nyskapende og legitime kritikk av klassisk freudiansk teori om barnets tilknytning på

Jeg erkjenner og vil sterkt beklage de autoritære trekk som har eksistert i de psykoanalytiske utdannings-systemer, inkludert det norske

DEBATT OM PSYKOANALYSEN

Tidligere tekster/innlegg:

Nr. 9 – 2018 Seksualitet i et psykoanalytisk perspektiv (vit.artikkel, Gullestad)

Nr. 11 – 2018 Psykoanalysen mangler emosjoner (debatt, Karterud)

Nr. 12 – 2018 Psykoseksualitet er et grunnmotiv (debatt, Gullestad)

Nr. 1 – 2019 Omkamp om libidoteorien? (debatt, Karterud)

autoritært og avfeie vis. Det var «bad blood» (Fonagy & Campbell, 2015) mellom psykoanalyse og tilknytningsteori. Dette var svært beklagelig, slik jeg selv har skrevet om (Gullestad, 2001). Norsk psykoanalyse ble preget av Harald Schjelderup og hans kritikk av ensidigheten i Freuds driftsteori, samt av karakteranalysens vektlegging av karakter og form («psykoanalyse på norsk», Gullestad & Killingmo, 2005/ 2013; Anthi & Stänicke, 2018). Min generasjon av psykoanalytikere leste Kohut og tilknytningsteori som en del av pensum, objektrelasjonsteoretiske perspektiver var selvfølgelig, likeledes betydningen av relasjon, empati og selvbekreftelse. Den teoridebatt Karterud beskriver, har ikke bare funnet sted mellom psykoanalysen og relasjonell tenkning som noe «utenfor». Den er i høyeste grad en del av psykoanalysen selv. Men det intersubjektive perspektivet, som innebærer kritikk av forestillingen om terapeuten som en uavhengig observatør, er ikke alltid tilstrekkelig innreflektert. Dette gir jeg Karterud rett i.

Den klassiske psykoanalysens teori om affekt som avledet fra drift, var utilstrekkelig. Moderne psykoanalyse har revidert og utvidet forståelsen av affekt (Green, 1973; Sandler & Sandler, 1978; Stein, 1991; Spezzano, 1993; Gullestad, 2005b; Stänicke et al., 2013). I tråd med forskning på grunnleggende emosjoner (Ekman & Davidson, 1994; Tomkins, 1995; Panksepp, 1998; Monsen & Solbakken, 2013; Karterud, 2013) anser man nå at følelser representerer en spontan vurdering av omgivelsene, og er en biologisk fundert, selvstendig kilde til kunnskap. Affekt er kommunikasjon, et primært, nonverbalt «språk», og utgjør et psykologisk motiv i første rekke.

Som Karterud er jeg opptatt av intersubjektivitet, terapeutenes væremåte og vesen og terapeutenes ansvar for å skape en god terapeutisk relasjon. I *Underteksten* skriver vi: «I dagens psykoanalyse er det alminnelig enighet om at Freuds tanke om terapeuten som en nøytral observatør, og metaforen om terapeuten som en 'blank skjerm' ... er foreldet. Disse forestillingene må erstattes av en topersons-situasjon der deltakerne samhandler, og der begge parter sender ut signaler som påvirker den annen» (Gullestad & Killingmo, 2005/ 2013, s. 68). «Bekreftelse», som viser til validering av den andres subjektive opplevelse, er kanskje det mest sentrale begrepet i mitt terapeutiske virke. ❌

REFERANSER

- Anthi, P. & Stänicke, E. (2018). Psykoanalysens inntog i norsk psykologi og psykiatri. – En historisk beretning. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 6: 446–457.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. I. Attachment*. London: Penguin 1978.
- Brodal, P. (2018). Nevrokulturell imperialisme. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 20: 1972–1975.
- Ekman, P. & Davidson, R. (red.). *The nature of emotions: fundamental questions*. Oxford: Oxford university press.
- Fonagy, P. & Campbell, C. (2015). Bad blood revisited: Attachment and psychoanalysis. *British journal of psychotherapy*, 31: 229–250.
- Gullestad, S.E. (2001). Attachment theory and psychoanalysis: controversial issues. *Scandinavian psychoanalytic review*, 24: 3–16.
- Gullestad, S.E. (2005a). Who is «who» in dissociation? A plea for psychodynamics in a time of trauma. *International journal of psychoanalysis*, 86: 639–656.
- Gullestad, S.E. (2005b). In the beginning was the affect. *Scandinavian psychoanalytic review*, 28: 3–10.
- Gullestad, S.E. & Killingmo, B. (2005/ 2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Green, A. (1973). *Le discours vivant: La conception psychanalytique de l'affect*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Holt, R.R. (1989). *Freud reappraised. A fresh look at psychoanalytic theory*. New York: Guilford.
- Karterud, S. (2013). Emosjoner i mentaliseringsbasert terapi (MBT). *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50: 759–764.
- Kernberg, O.F. (1986). Institutional problems of psychoanalytic education. *Journal of the American psychoanalytic association*, 34: 799–834.
- Kernberg, O.F. (1996). Thirty methods to destroy the creativity of psychoanalytic candidates. *International journal of psychoanalysis*, 77: 1031–1040.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities press.
- Monsen, J.T. & Solbakken, O.A. (2013). Affektintegrasjon og nivåer av mental representasjon: Fokus for terapeutisk intervensjon i Affektbevissthetsmodellen. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50:740–751.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundation of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Sandler, J. & Sandler, A.-M. (1978). On the development of object relationships and affects. *International journal of psychoanalysis*, 59: 285–296.
- Spezzano, C. (1993). *Affects in psychoanalysis: a clinical synthesis*. Hillsdale NJ, London: The Analytic Press.
- Stänicke, E., Varvin, S. & Stänicke, L. (2013). *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50: 772–780.
- Stein, R. (1991). *Psychoanalytic theories of affect*. New York, Westport, London: Praeger.
- Tomkins, S. (1995). *Exploring affects. The selective writings of Silvan Tomkins*. Cambridge UK: Cambridge University Press.

MER DEBATT KUN PÅ NETT:

Eros eller ikke?

Psykiater og dr.philos. Jon Morgan Stokkeland har meldt seg på i debatten om psykoanalysen hvor Sigmund Karterud og Siri Gullestad har ført an. Karterud svarer på Stokkelands opprinnelige innlegg «Psykoanalyse og vitenskap». Og Stokkeland svarer tilbake. Innleggene heter «Eros?» og «Eros? Ja, ubetinget».



KJENDIS HOS PSYKOLOG

«Den kritiske leser vil kanskje spørre om det hjelper at enda en kjendis snakker om sine psykiske problemer. Jeg vil svare Ja. Dersom det gjøres på den måten Else gjør det»

Svein Øverland har anmeldt *Else går til psykolog* av Else Kåss Furuseth.

Les intervju med Jon Vøllestad om hans forhold til romanen *Infinite Jest* av David Foster Wallace på de neste sidene.

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

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

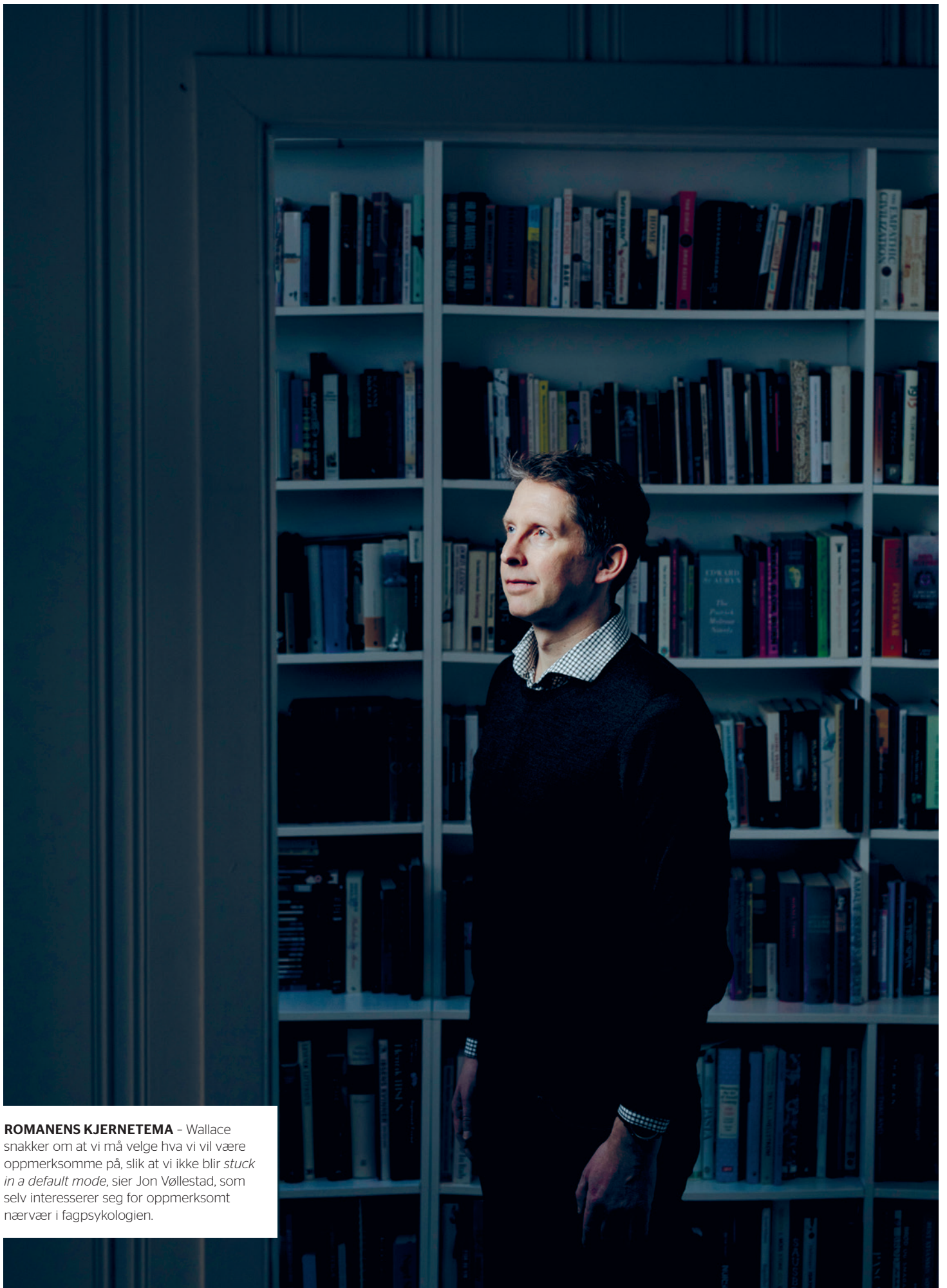
Send forespørsel på e-post til nina@psykologtidsskriftet.no.

Selvets Amerika

I romanen *Infinite Jest* fant Jon Vøllestad en storslått skildring av depresjon, avhengighet og individets vilkår i en verden uten klare orienteringspunkter. – Den skildret en moderne psykologi, og en kulturkritikk som foregrep Trumps Amerika, mener han.

«Welcome to the meaning of *individual*. We're each deeply alone here»

David Foster Wallace, *Infinite Jest*, s. 112



ROMANENS KJERNETEMA – Wallace snakker om at vi må velge hva vi vil være oppmerksomme på, slik at vi ikke blir *stuck in a default mode*, sier Jon Vøllestad, som selv interesserer seg for oppmerksomt nærvær i fagspsykologien.

I en serie intervjuer snakker Eivind Normann Eide med psykologer om en bok som har betydd mye for dem faglig og personlig.

Bryggen i Bergen. Det har begynt å regne. Jeg ser meg rundt etter Jon Vøllestad. Fag- og forskningssjef ved Solli DPS, innehaver av en doktorgrad på Mindfulness-behandling ved angstlidelser, en bistilling ved Det psykologiske fakultet ved Universitetet i Bergen, og forfatter av en rekke tekster om psykologi, mindfulness og litteratur. I bokform, artikkelform, og på sin egen blogg «Tankevandring». I sommerlig overmott har jeg latt paraplyen ligge igjen i Oslo, men Jon er både presis og vel forberedt – han holder paraplyen for oss begge. Sammen går vi den korte strekningen fra Bryggen opp gjennom noen trange, brosteinsbelagte gater, til hans hjemmekontor. Der, i stuen, med utsyn rett inn i et bibliotek med meterlange bokhyller, setter jeg meg i sofaen og finner frem *Infinite Jest*, gjennombruddsromanen til den amerikanske forfatteren David Foster Wallace.

– *Hvorfor ville du snakke om akkurat Infinite Jest?*

– Du inviterte til en samtale om en roman som hadde betydd mye for meg, og *Infinite Jest* traff meg med stor kraft da jeg leste den første gang, for 17 år siden. Det er hos Wallace en rekke berøringspunkter mellom litteraturen, psykologifaget og livet, og dette er blitt et av de forfatterskapene jeg har fulgt tettest.

– *Hva var det ved Wallace som traff deg?*

– Det var noe med stemmen, en mørk komikk, som jeg likte godt. Jeg leste en del store bøker på den tiden, i den amerikanske tradisjonen, Thomas Pynchon og Don de Lillo. Slike ambisiøse forsøk på å pakke hele verden inn i en roman. Det holdt også Wallace på med, en type samfunnskommenterende litteratur som jeg

syntes var intellektuelt interessant og smart. Men det var også noe jeg kjente meg igjen i, som traff meg personlig, i måten han skildrer inn-siden i det å være menneske på.

– *Hva kjente du deg igjen i?*

– Jeg var på den tiden student på profesjonsstudiet i psykologi, og jeg hadde studert sosiologi og litteraturvitenskap tidligere. Jeg var glad i å lese, glad i å tenke. Samtidig som jeg hadde en tendens til overrefleksjon, grubling og usikkerhet, både sosialt og på meg selv. Wallace hadde en bevissthet rundt dette, hvor jeg følte meg tatt på kornet og sett av det jeg leste.

– *Infinite Jest er en svært omfattende, til tider frustrerende og kompleks roman på 1071 sider, inklusive et par hundre sider med fotnoter, som i form og karakterer appellerer til både intellektet og det følelsesnære. Om du skal prøve å oppsummere, hva er det romanen handler om?*

– Det er i hvert fall tre separate fortellinger, som i løpet av handlingen blir vevd inn i hverandre på komplekse måter. Den ene historien er en familiefortelling. Jim Incandenza – opprinnelig en ung lovende tennisspiller – etablerer Enfield Tennis Academy, går senere videre til å bli oppfinner av ulike optiske instrumenter og avansert teknologi, før han blir kunstfilmregissør. Jim er gift med Avril, en kanadisk lingvist, og sammen har de tre sønner, Orin, Mario og Hal, der sistnevnte beskrives som et vidunderbarn – både rent intellektuelt og for sine evner på tennisbanen. Romanen gir så en morsom, men også trist fortelling om familiens indre liv, som er preget av åpenbare problemer mellom foreldrene, sønnenes relasjonelle problemer og deres vanskeligheter med å finne ut hvem de er, og sin retning i livet, og på et tidspunkt tar Jim, altså faren, sitt eget liv. I tillegg dreier denne delen seg om selve tennisakademiet, der man blir kjent med barn og ungdommer som er der for å lære å spille tennis. En form for «generasjon prestasjon», om vi skal knytte det til noe i dag, som forsøker å håndtere forventninger og press: Hva vil vi med å være menneske, og fristelsen til å flykte, inn i rusen. Det er den ene hovedtråden. Den andre tråden utspiller seg i bunnen av åsen, nedenfor tennisakademiet, i det som heter Ennet House, en rehabiliteringsenhet, eller *half-way house*, for rusmisbrukere. Også her møter vi et svært karaktergalleri, men den sentrale figuren heter Don Gately, en ung-

Om forfatteren

David Foster Wallace (1962–2008) er født og oppvokst i USA, og han blir regnet som en av de fremste og mest talentfulle forfatterne i sin generasjon. Wallace har skrevet essays, noveller og romaner, og han er særlig kjent for sin sjangerblanding, språklig lekenhet, og komplekse, ofte svært verbale fortellerstemmer – som blottstiller det moderne mennesket.

Infinite Jest var hans andre roman, og den førte i 1996 til hans virkelige litterære gjennombrudd. Tre av Wallace' utgivelser er oversatt til norsk: *Glemsel*, *Korte intervjuer med motbydelige menn* og *Den bleke kongen*.



domskriminell rusmisbruker som har tabbet seg skikkelig ut med et innbrudd der han endte opp med å uforvarende drepe en mann, på klossete vis. Gately har fått jobb i *Ennet House*, der han hjelper andre samtidig som han kjemper for å holde seg rusfri. Det tredje plottet er en absurd, eller litt sånn science fiction-aktig, burlesk historie der Nord-Amerika er slått sammen til en svær stat, der USA tar seg til rette og bruker store deler av Canada til dumping av giftig kjemisk avfall. Det har vekket mye aggresjon hos kanadierne, deriblant i en terroristorganisasjon som jobber for å finne våpen for å ramme Amerika. Et av våpnene de er på jakt etter, er en film som er så underholdende at når du først har begynt å se den, kan du ikke slutte. Du mister all selvpopholdelsesdrift, og så henfaller du i en tåke av passiv betraktning, før du til slutt dør. Og navnet på denne filmen er «Infinite Jest».

– Det var en imponerende oppsummering av innholdet. Magasinet *TIME* inkluderte i 2010 *Infinite Jest* blant de 100 beste engelskspråklige romanene utgitt mellom 1923 og 2005. Er du enig?

– Ja, definitivt. Jeg synes den er ekstremt godt skrevet, Wallace har en helt unik stemme, som kan være krevende å lese. Men han er fin fordi han

GENERASJONSSTEMME Den amerikanske forfatteren David Foster Wallace ble regnet som en av de fremste i sin generasjon. Foto: Suzy Allman/The New York Times / Scanpix



skifter mellom å være akademisk briljerende og hverdagslig lettfattelig, kombinert med en sterk språklig rytme. Han var veldig glad i hiphop selv, og jeg har tenkt at det er en sammenheng mellom beaten og hans lange, innskutte setninger, som allikevel flyter forbausende godt. Så det er et veldig rytmisk driv i språket, en stream of consciousness, som hiphop faktisk også er.

– *Romanen kom i 1996, du leste den første gang i 2001, og nå har du lest den på nytt. Hvordan har det vært å lese opp igjen?*

– Det har vært et fint gjensyn.

– *Har den holdt seg?*

– Ja, det synes jeg. Den er så kompleks at det er umulig å huske alt, men jeg er en leser som noterer i marginen, rabler og skriver. Sånn sett var det også et direkte møte med meg selv og de tingene jeg strekte under og merket meg fra den gangen. Det sier noe om hva jeg da bet meg merke i. Mye er fortsatt gjenkjennelig, men det er også en forskjell: Jeg er et annet sted i livet nå, og jeg kjenner at den ikke treffer eller spiller forvirring og usikkerhet like mye som den gjorde den gangen.

– *Du merker at du har forandret deg siden du leste den første gang?*

– Ja. Dette er på mange måter en dystopisk, mørk og pessimistisk bok, om et samfunn og en verden gjennomsyret av ulike former for avhengighet – av underholdning, forfengelig og rus. Jeg har selv en hang til dystopien, men den har blitt litt dempet i de senere årene.

– *Jeg ser du har den franske samtidsforfatteren Michel Houellebecq i bokhyllen bak deg, han ligner kanskje på Wallace i et kritisk forsøk på å dissekere det moderne samfunnet?*

– På en måte ja, men også nei. Det er et slektskap mellom dem, men jeg opplever Houellebecq som en langt mer dystopisk forfatter, uten håp for sine karakterer. Wallace skriver med en form for håp, varme og empati – som om han virkelig bryr seg om dem han skriver om – noe jeg ikke finner hos Houellebecq. *Infinite Jest* kan kanskje tippe litt i en dystopisk retning, men romanen reddes av karakterer som søker, nærmest desperat, å finne en vei ut av det håpløse.

– *I bloggen din «Tankevandring» har du skrevet at noe av litteraturens funksjon er å løfte frem det vanskelige ved å være menneske. Tenker du da som en advarsel om hvor galt det kan gå?*

– Ja, litteraturen har en viktig rolle i det å advare oss mot ting som ikke er så bra i ver-

den. Samtidig må vi passe oss så den ikke gir et for ensidig, blekt og pessimistisk bilde av det å være menneske. Men litteraturen bidrar til trøst, og jeg tror Wallace var opptatt av å kjenne seg igjen, det å se at det er andre som har forstått hvordan jeg har det. Det var vel noe av hans prosjekt, og det passer godt med opplevelsen av mitt første møte med ham, at her er det en forfatter som har sett noe som jeg kunne kjenne meg igjen i.

– *Wallace har uttalt i et intervju at litteraturen er til for å «comfort the disturbed, and to disturb the comfortable». Det var kanskje gjenkjennelse og trøst som traff deg?*

– Ja, det er et godt poeng, og det berører også psykologien hos Wallace. Da jeg leste romanen i 2001 synes jeg han skildret en moderne psykologi. Han var svært orientert – både filosofisk og psykologisk – mot å forstå selvet, samtidig som han klarte å koble den gryende nevrovitenskapelige forståelsen med en mer humanistisk, eller tragisk, forståelse av mennesket. Og her fant jeg noe jeg savnet i fagpsykologien. Jeg hadde kommet til studiet via sosiologien og litteraturvitenskapen, og jeg følte at fagpsykologien kunne bli for nøktern og positivistisk, kanskje til og med litt for optimistisk. Det er vanskelig å være menneske, og det bør faget på en eller annen måte spille. Dets ulike dilemma, at det ikke alltid er en *kvikk-fix*. Dette fant jeg hos Wallace, i tillegg fant jeg i hans litteratur mindfulness-perspektivet, som jeg ble mer og mer interessert i. Den østlige tradisjonens og meditasjonens syn på hva det vil si å være et menneske. Et slags prosessperspektiv på selvet og identiteten som jeg fortsatt kan kjenne igjen og finne interessant når jeg leser det nå.

– *Setter du nå ord på et savn i faget vårt, som du fortsatt mener er gyldig?*

– Vi har et så enormt mangfoldig fag – det er som et stort Balkan-område, med ulike virtuelle virkeligheter – så det kommer an på hvilket område vi henvender oss til. Jeg forsker jo, og jeg tror det går an å komme frem til økt sikker kunnskap. Men det er veldig vanskelig. Så vi må passe oss for ikke å bli for skråsikre, og det er noe av det litteraturen kan hjelpe oss til.

– *På hvilken måte kan litteraturen minne oss på det?*

– Ved å ta oss med inn i livet til mennesker som er kompliserte, mangfoldige, selvmotsigende, som ikke så lett kan favnes eller fanges

av de enkle kategoriene. Som for eksempel femfaktorteorien, eller en biologisk evolusjonær forklaring, på hvorfor folk gjør som de gjør. Dette er perspektiver som kan fange noe, men «ikkje heile sanninga».

– *I en annen sterk tekst av Wallace, «Good old Neon», hentet fra novellsamlingen Oblivion, eller Glemsel, som den er oversatt til på norsk, møter vi en mann i terapi, som av ulike grunner driver et skyggespill med terapeuten sin. Denne teksten illustrerer også hvor komplekst og tilsynelatende selvmotsigende et menneske kan være, samtidig som vi som lesere får innblikk i pasientens indre verden, som gjør at vi kan forstå mer av hvordan denne kompleksiteten henger sammen?*

– Ja, det er en parallell mellom den fortellingen og Hal i *Infinite Jest*. Etter farens selvmord går Hal i en sorgterapi, og han jobber iherdig for å knekke kodene, leser alle bøkene om sorgterapi for å gi terapeuten det han tenker terapeuten vil ha av innsikt og gjennombrudd. Wallace er god til å skildre psykisk lidelse.

– *Hva er det du spesielt legger merke til?*

– Jeg synes han via karakterene sine får godt frem den intense lidelsen som depresjonen kan være. Flere av dem er inne på at depresjonen ikke bare dreier seg om nedstemthet, eller det å mangle følelser, men at det er en intens gjennomsyrende psykisk smertetilstand, der en blir låst inne i sitt eget sinn, med en klaustrofobisk følelse av å gå i ring i sine egne selvkritiske tanker:

It¹ is a level of psychic pain wholly incompatible with human life as we know it. It is a sense of radical and thoroughgoing evil not just as a feature but as the essence of conscious existence. It is a sense of poisoning that pervades the self at the self's most elementary levels. It is a nausea of the cells and soul (s. 695).

It is also lonely on a level that cannot be conveyed ... If a person in physical pain has a hard time attending to anything except that pain, a clinically depressed person cannot even perceive any other person or thing as independent of the universal pain that is digesting her cell by cell. Everything is a part of the problem, and there is no solution ... Thus the loneliness: it's a closed circuit: the current is both applied and received from within (s. 696).

Wallace er også inne på selvmord, som et forsøk på å flykte fra denne uutholdelige psykiske smerten. Det er jo mange selvmord og selvmordsnære karakterer i denne boken. Det er også vanskelig å ikke komme inn på at Wallace også strevde, at han hadde hatt depresjoner siden han var 10 år gammel, og at han selv tok sitt eget liv i 2008.

Part of the feeling is being like willing to do anything to make it go away. Understand that. Anything. Do you understand? It's not wanting to hurt myself it's wanting to not hurt» (s. 78).

– *Hva tenker du om koblingen mellom Wallace' liv og litteraturen hans?*

– Det er alltid fristende å tenke at det er et nært, eller selvbiografisk element i litteraturen. Men det er ikke sikkert det er en nyttig måte å

.....

1. Termen «It» refererer her til depresjon.



– Det er vanskelig å være menneske, og det bør faget på en eller annen måte speile





^ **SAVNET NOE** Da Jon Vøllestad leste *Infinite Jest* som student i 2001 fant noe han savnet i fagpsykologien. Han følte at faget kunne bli for nøkternt og positivistisk. Faget bør også spille hvor vanskelig det er å være menneske, mener han.

v **TETT PÅ** - I Romanen *Infinite Jest* skrev Wallace om ting han kjente godt. Som tennis, filosofi, marihuana, anonyme alkoholikere, og depresjon, sier Jon Vøllestad.



lese ham på. Vi kommer likevel ikke unna at han strevde med marihuana- og TV-avhengighet, alvorlige og dype depresjoner, med flere innleggelses etter selvmordsforsøk. Han hadde også en lang historikk på medikamentell behandling, der han, slik jeg husker det, brukte en førstegenerasjons antidepressiva som het *Nardil*, og det stod han på i lange perioder av livet sitt. På et tidspunkt seponerte han denne for å prøve et nytt medikament, uten at det hadde samme effekt. Da han forsøkte å gå tilbake til *Nardil*, opplevde han at den ikke lenger fungerte for ham. Og det var rett før han tok sitt eget liv.

– Dette illustrerer hvordan han selv var kjent med både rus, avhengighet, alvorlige depresjoner og selvmordstanker. Men en roman skal vel også få stå på sine egne ben?

– Ja, jeg lærte på litteraturvitenskap at det ikke var lov å koble forfatterens liv til teksten, at den var fri og selvstendig. Så det var tabu med historisk-biografiske lesemåte. Men vi må prøve å finne en mellomting her. Wallace skrev i *Infinite Jest* om ting han kjente godt. Som tennis, filosofi, marihuana, anonyme alkoholikere, og han hadde vært alvorlig depriment.

– Du nevnte at *Infinite Jest* blant annet skildrer avhengighet, av rusmidler, underholdning og forfengelighet. Romanen er kanskje enda mer aktuell i dag, under vår tids hastighet og underholdningsindustri bestående av Netflix, HBO og sosiale medier, som i all hovedsak formidler nytelse, prestasjon og underholdning?

– Wallace strevde som nevnt med TV-avhengighet, og han valgte i lange perioder ikke å ha TV. Han ble sittende og se på alt, zappe fra kanal til kanal, og tenkte at det må jo alltid være noe bedre enn dette. I romanen bruker han en litt tydeligere teknologi, et slags TV-medium der nesten alt er tilgjengelig når du vil. Og her var han kanskje forut for sin tid, i måten han fanger den digitale og teknologiske virkeligheten på.

– Fra et psykologisk perspektiv skriver han vel om ulike former for eskapisme. Der flukten opprettholder en tomhet og distanse til selvet, og løsningsforsøket – i form av å stadig fylle på med mer, av både rus og underholdning – blir en del av problemet. Som igjen forsterker tomheten?

– Ja, og det er en lengsel i denne romanen. Etter å komme seg ut av hodet, og i kontakt med noe konkret, noe håndfast, noen andre.

– Om vi nå går tilbake til mindfulness, i en artikkel publisert i *Scandinavian Psychologist* skriver du:

I stedet for å forholde oss til livet med åpenhet og fleksibilitet, så blir oppmerksomheten og bevisstheten kapret av negative opplevelser og mer eller mindre automatiske forsøk på å komme seg ut av dem. Handlingsrommet snevres inn. Og menneskets mest grunnleggende erfaringsenhet – dette øyeblikket – blir noe man enten trekkes vekk fra gjennom bekymring og grubling eller aktivt forsøker å unnsnippe gjennom andre unngåelsesstrategier.

Infinite Jest handler vel om en rekke ulike måter å trekkes bort fra øyeblikket på, og jeg lurer på om romanen kan leses som en antitese til mindfulness?

– Ja, det synes jeg er en god parallell. Enten ved underholdning, prestasjonsjag eller rus. Unnsnippe det som er her og nå, unnsnippe seg selv. Jim, altså faren i familien Incandenza, innprentes selv med en radikal materialisme, som han viderefører til barna i tennisakademiet. De er kropper og krefter, ikke noe annet. Wallace fremstiller dette som en kritikk av en materialistisk tid, som etterlater oss åndelig hule, *the soul is missing*.

Jim, a tennis ball is the ultimate body. Perfectly round. Even distribution of mass. But empty inside, utterly, a vacuum. Susceptible to whim, spin, to force – used well or poorly. It will reflect your own character. Characterless itself. Pure potential (s. 160).

Hal er et godt eksempel. Han vet ikke hva han føler, han vet ikke hvem han er, han går gjennom en dramatisk prosess, der hans eget ansikt ender opp med å uttrykke følelser han selv ikke kan kjenne innvendig. Andre folk spør ham for eksempel om hvorfor han ler. Men han kan ikke svare, for han har selv ingen fornemmelse av denne følelsen.

– Hva er det som preger ham følelsesmessig?

– Jim, faren hans, var ekstremt tilbaketrukket, isolert, før han til slutt tar sitt eget liv. Mor er tilsynelatende koblet på, men på en *creepy* måte, for det virker ikke som at det er noen form for emosjonell resonans der. Hun er der i ordene, men ikke følelsesmessig. Så i et men-



Wallace er god til å skildre psykisk lidelse





Fagpsykologien kan bli for nøktern og positivistisk

taliseringsperspektiv er Hal en gutt som ikke får noen hjelp til å bli seg selv – han blir ikke møtt, og han blir ikke speilet. Det er ingen som gjør den jobben sammen med ham. Han er ekstremt evnerik, med fotografisk hukommelse – han leser masse data og informasjon – og han er atletisk. Men den mentaliserende kulturen i denne familien er mangelfull, og han vet ingenting om seg selv. Dette fungerer som et bilde på mennesker som går rundt og vet en hel masse om mange ting, men de vet ikke hvorfor de har lært det, og de vet ikke hvem de er. De har blind-spots for seg selv og sine indre drivkrefter. Det ender også dramatisk for Hal, med et sammenbrudd.

– Du nevnte innledningsvis generasjon prestasjon, og Hal er vel også en representant for denne generasjonen. Han er blant de 3–4 beste tennisspillerne under 18 år i USA, og han fungerer som et vidunderbarn og en protesje både for tenniskademet og for familien rundt ham. Men det kan være en tung rolle å fylle – det er ikke enkelt for den flinke ikke å være flink. Hal sier også på et tidspunkt, før han bryter sammen, at han ønsker å unnsnippe forventningene forbundet med talentet, og oppnå en skade eller lignende for å:

Becoming the object of compassionate sorrow rather than disappointed sorrow (s. 955).

Altså, om han gir seg tidlig på grunn av en skade, så vil alle være medfølende. Men om han gjør alt han kan, og likevel ikke lykkes, så er han en skuffelse. Så løsningen er å bli syk. Jeg lurer på om dette er noe vi også ser ved enkelte psykiske lidelser, der det å bli frisk forbindes med forventninger og dermed frykt for å skuffe andre?

– Ja, jeg er enig i det.

– Er det andre forhold ved vår psykiske helse som du kommer tettere på ved å lese denne romanen?

– Wallace ville at vi skulle jobbe med denne romanen, han lagde den vanskelig og krevende å lese med vilje, han stokket om på kronologien, med sluttnoter så vi må hoppe frem og tilbake, jobbe aktivt med å forstå hva som skjer her. Jeg tror han så på det som en oppmerksomhetstrening, at det kan styrke noen ferdigheter som vi kanskje kan trenge litt ekstra av i dette samfunnet vi lever i.

– Betyr det at formen, eller selve opplevelsen av å lese, er et viktig aspekt ved akkurat denne romanen, ikke kun scenene, eller narrative?

– Ja, absolutt. Litt av anklagen mot Wallace er at han er en show-off-type, som skal vise hvor klok, smart og vittig han er. Men han er kjent med intellektualiseringen som problem, og det fanger ikke hele ham. For han prøver å jobbe seg gjennom det, komme i kontakt, og hjelpe deg som leser slik at du i beste fall kan leve livet ditt på en bedre måte. Det krever en viss tålmodighet, så du skal ha litt tid. Men ja, hvis du gir ham den sjansen. Se om det skjer, det som ganske mange har opplevd.

– For lesere som er ukjent med forfatterskapet til Wallace, er *Infinite Jest* stedet å begynne?

– Det kommer litt an på hvilken side av Wallace man ønsker å bli kjent med. Det finnes ingenting over eller ved siden av *Infinite Jest*, og den er en av det 20. århundres store romaner. I enhver forstand. Men dersom en ønsker en litt mindre monumental inngang til forfatterskapet, er novellesamlingen *Brief interviews with hideous men*² et godt sted å begynne. Som essayist er Wallace på sitt beste i *A supposedly fun thing I'll never do again*. Wallace som moralsk og psykologisk tenker blir en godt kjent med i den lille, men kloke boken *This is water*, som er basert på en berømt tale ved Kenyon College i USA. Talen ligger også på YouTube, og er en destillert versjon av Wallace' filosofi. Her snakker han om at vi må jobbe med vår egen oppmerksomhet, vi må velge hva vi vil være oppmerksomme på, hva vi vil verdsette i livet, slik at vi ikke blir *stuck in a default mode*, som han kaller det. Dette føler jeg et kjernetema også i *Infinite Jest*.

– Denne romanen er vel også en kulturkritikk av det moderne Amerika og vestlige samfunn, som viser en sammenheng mellom indre tomhet og en sårbarhet for både markedsføring og ekstreme ideologier?

– I høyeste grad. Og der foregriper Wallace noe som har blitt intensivert: internett-samfunnet, det opphetede mediesamfunnet, Trumps Amerika. Det nordamerikanske samveldet ledes også i romanen av en tidligere entertainer, smørsanger, som nå er president.

Johnny Gentle, the first U.S. President ever to swing his microphone around by the cord during his Inauguration speech (s. 382).

.....

2. Oversatt til norsk med tittelen *Korte intervjuer med motbydelige menn* (2013).

– En underholdningsstjerne er blitt ny leder for landet?

– Ja, og det lyder ikke helt ukjent. Dette er tema – både psykologiske, relasjonelle og storpolitiske – som jeg føler er like relevante nå som de var for 20 år siden.

– Jeg lurder på om romanen kanskje er blitt enda mer aktuell. Du nevner Trump, den politiske situasjonen, men også når det gjelder vår evne til oppmerksomt nærvær, står den under mer press i dag?

– Det er mer som konkurrerer om oppmerksomheten vår i dag. Men det er både og, for slik er det å være menneske, uavhengig av teknologien. Tidligere forfattere som Virginia Woolf og James Joyce beskrev bevissthetsstrømmene, som fragmentert litteratur, og slik er menneskesinnet, det vil trekkes i mange retninger, uansett. Men det kan kompliseres av en teknologi som er skreddersydd for å suge deg inn og holde på deg.

– Og om vi skal forsøke å gripe fatt i det kulturelle, hvilke egenskaper ved vårt vestlige samfunn er det Wallace tar opp?

– Hva skal vi kalle det? Underholdnings- og avhengighets-komplekset. Som kanskje er ekstra sterkt til stede i den amerikanske kulturen. Men vi har nok tilløp til dette vi også, i form av skreddersydd og hele tiden tilgjengelig underholdning, kombinert med en lav toleranse for ubehag og smerte, som vi bare må få vekk. *Infinite Jest* tar oss med på avstikkere i alle retninger, det psykologiske, familiære, det samfunnsmessige og det kulturelle, og det er det som er spennende med denne boken. Relasjonstraumene som preger så mange av karakterene, og utfordringene forbundet med samfunnet de lever i. De skal vokse opp, uten et stabilt selv i et kulturelt landskap uten klare orienteringspunkter, der det som er nærmest tilgjengelig av løsninger, rus, underholdning og forfengelighet, først og fremst bidrar til å opprettholde problemet.

– Så på den ene siden kan man si at Wallace fanger noe sentralt i vår kultur, som er enda mer gjenkjennbart i dag sammenlignet med da du leste den første gang for 17 år siden. Samtidig griper han fatt i noe dypt menneskelig, den sammensatte, komplekse og flytende karakteren. I det siste ligger det et potensial for noe mer tidløst?

– Jeg synes i alle fall at *Infinite Jest* fortsatt gir mening. I romans form tar den opp tema som jeg har vært og fortsatt er grunnleggende opptatt av som fagperson. Som utfordringen ved å være menneske, både helt grunnleggende sett, og i vår tid. Det å ha et sammenhengende selv, det å høre til et sted. Hva som skal til for å være på plass, eller ta bolig i seg selv. Hva som skal til for å ikke måtte leve med en vond tomhet, som du må flykte fra, eller medisinerer vekk. Og ikke minst, hva som skal til for ikke å bli gående for mye rundt i ens eget selv-refererende og selv-kritiske indre. ❌

LITTERATUR

- Lacayo, R. (2010). All-Time 100 novels. *TIME*. <http://entertainment.time.com/2005/10/16/all-time-100-novels/slide/all/>
- Max, D.T. (2012). Every Love Story is a Ghost Story. A life of David Foster Wallace. New York: Viking Penguin.
- Vøllestad, J. (2014). Sterk romandebut fra gammel mester. *Tankevandring*. <https://tankevandring.blogspot.com/2014/10/sterk-romandebut-fra-gammel-mester.html>
- Vøllestad, J. (2018). Mindfulness – en gjennomgang av kunnskapsstatus og relevans for psykologisk behandling. *Scandinavian Psychologist*, 5, e1. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.5.e1>
- Wallace, D.F. (1996). *Infinite Jest*. Little, Brown and Company.
- Wallace, D.F. (1998). *A Supposedly Fun Thing I'll Never Do Again: Essays and arguments*. Little, Brown and Company.
- Wallace, D.F. (1999). *Brief interviews with hideous men*. Little, Brown and Company.
- Wallace, D.F. (2007). *Glemsel*. N.W. Damm & Søn AS.
- Wallace, D.F. (2009). *This is water*. Little, Brown and Company.



Ujålete folkeopplysning

Denne boka kan nå mennesker som ellers aldri ville interessere seg for terapi.



ELSE KÅSS FURUSETH *Else går til psykolog*, Cappelen Damm, 2018. 352 sider

ANMELDT AV
Svein Øverland,
psykologspesialist

ELSE GÅR TIL PSYKOLOG handler om at Else Kåss Furuset går til psykolog. Enkelt og greit. Med unntak av psykologens korte forord og et brev til Else fra Else består boka av lydopptak fra timene. Vi vet ikke hvem psykologen er, vi ser ikke kroppsspråket de to imellom, vi hører ikke tonefall og frasering – men vi kan lese ordene. Og ordene er gode. Noen ganger er ordene bare «Ja», «Ja vel» og «Mmm». Andre ganger er ordene som ikke blir sagt, de mest hørbare. Som når Else helt i avslutningen av en time, kanskje på overtid, tar opp at hennes bror en gang lurte henne til å tro at hodet hennes var en gassballong. Psykologen svarer da kontant: «Nå må du gi deg. Jeg synes vi har viktige samtaler. Vi sees neste tirsdag.» Hvorpå Else svarer «Ja».

Det gjør godt å lese dette i disse dager der alt som skjer, fremstilles redigert, dramatisk og med virkemidler som passer for filmatisering eller annen iscenesettelse. Jeg liker det med boka. Den er ujålete. Den beskriver det som skjer i terapirommet, selve «snakkekuren».

SLEM MOT SEG SELV

At boka fokuserer på dialogen, gjør at de uærlige, tvetydige og ikke-sagte ordene får god plass. Ordet «patetisk» fremstår som en nøkkel for å forstå Elses bakgrunn og utfordringer. Patetisk blir faktisk brukt 24 ganger i løpet av timene. Det er også det siste ordet i boka.

Psykologen påpeker at Else bruker ordet ofte. Det gir en kondensert mini-dialog som går som følger:

E: Du sa noe smart. Du sa at jeg veldig ofte sa at ting var typisk eller patetisk.

P: Ikke minst patetisk.

E: Så jeg tenker at jeg er veldig selvkommeterende. Og det er patetisk. Eller, unnskyld, det er en uvane.

P: Men er uvanen å si det er patetisk, eller er uvanen å være opptatt av det?

Jeg kjenner ikke Else. Men hun virker som ei fin dame. Hun prøver å få til noe bra i timene

◀ **LYDEN AV TERAPI** Boka om Else Kåss Furuseths terapi består i all hovedsak av lydopptak fra dialogen mellom henne og terapeuten. Det gjør at de uærlige, tvetydige og ikke-sagte ordene får god plass, mener vår anmelder Svein Øverland.

hos psykologen. På tross av dette anklager og delvis latterliggjør hun seg selv. Det er trist. Men dessverre veldig vanlig. Else ville kanskje ha sagt at nettopp det gjør det enda mer patetisk.

I tillegg blir ordet «selvmord» brukt svært mange ganger. Det har sin naturlige årsak i at både Elses mor og bror har tatt livet sitt. Broren, og Elses forhold til broren blir mye tematisert. Hun forklarer ham som spesiell, som genial. Hun ser opp til ham. Og hun unnskylder ham. Selv om han har sagt og gjort ting mot henne som ville ha gjort de fleste sint eller trist (selv om det sikkert var godt ment). Else forteller for eksempel at «Det siste han gjorde, var å gi meg en badevekt og si jeg måtte gå til psykolog».

TO ÆRLIGE MENNESKER

Det er trist dette. At hun er så slem med seg selv og så unnskyldende overfor sin bror. Psykologen fanger heldigvis opp og påpeker dette. Det får Else til å tenke.

E: Det var interessant det du sa: «Hvor mye vil det koste å ta ham ned fra pødestallen, å ta av ham englevingene?»

P: Var det brutalt sagt av meg?

E: Nei. Det var smart sagt. Jeg trodde jeg var kommet lenger. Det hadde vært fint å være ferdig med det nå.

Jeg vil tro at leserne vil sette pris på slike ordvekslinger. Det fremhever terapi som et prosjekt mellom to ærlige mennesker. Som noe fint. For terapi er noe fint. Det handler selvsagt om teknikker og at behandling skal baseres på evidensbaserte metoder. Men, som boka viser, terapi handler også om noe mye mer.

Samtidig får bokas form, med vektleggingen av ordene og den enkle dialogen, frem hvordan innsikt og selvrefleksjon også kan være en ulempe. Else kommenterer flere ganger hva hun regner med psykologen vil tenke om det hun sier, mens hun forteller hva hun tenker. Else er et barn av sin tid. Hun tilhører siste del av ironigenerasjonen, generasjon X. De som vokste opp med Internett, Likes og Opptappingsplanen for psykisk helse. I tillegg til å ha selvinnsett og være flink med ord har hun vært imponerende åpen om at hun har hatt vanskelige opplevelser og psykiske vansker. Men selv med de forutsetningene opplever hun at det å gå til psykolog «... føles som et nederlag, uansett hvordan man vrir og vender på det». Som psykolog er det lett å bli mismodig av slikt. Er vi virkelig ikke kommet lenger?

DET HJELPER

Den kritiske leser vil kanskje spørre om det hjelper at enda en kjendis snakker om sine psykiske problemer. Jeg vil svare Ja. Dersom det gjøres på den måten Else gjør det. Boka gjør oss nysgjerrige. Noen lesere vil kanskje åpne boka fordi de er nysgjerrige på Else. Men jeg ser ikke noe galt i det. Else er et interessant menneske. Jeg ser det heller som positivt at boka tiltrekker seg lesere som aldri ville ha interessert seg for en bok om terapi.

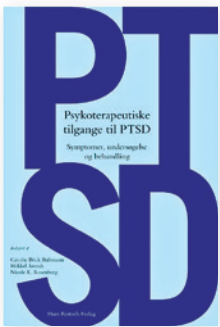
Tydeligvis har vi ennå en lang vei å gå når det gjelder folkeopplysning om psykisk helse og psykiske lidelser. Denne boka hjelper til med det. Else Kåss Furuseth er en god ambassadør i så måte. ✘



Den kritiske leser vil kanskje spørre om det hjelper at enda en kjendis snakker om sine psykiske problemer. Jeg vil svare Ja. Dersom det gjøres på den måten Else gjør det

Traumeterapi i mange former

Det finnes ikke én terapimetode som passer for alle med posttraumatiske stressreaksjoner. Forfatterne gir oss et nyttig innblikk i de mange metodene som brukes i dag.



**CÆCILIE BÖCK
BUHMANN, MIKKEL
ARENDET OG NICOLE
K. ROSENBERG**

*Psykoterapeutiske
tilgange til PTSD.
Symptomer,
undersøgelse og
behandling*, Hans
Reitzels Forlag, 2018.
302 sider

ANMELDT AV

Kristin Alve
Glad, stipendiat
ved Nasjonalt
kunnskapssenter om
vold og traumatisk
stress (NKVTS) og
privatpraktiserende
psykolog

DET FINNES I DAG et stort mangfold behandlingsmetoder for posttraumatisk stresslidelse (PTSD), og det kan være vanskelig å orientere seg blant disse, ikke minst å vite hvilken metode man bør velge til den enkelte klient. *Psykoterapeutiske tilgange til PTSD. Symptomer, undersøgelse og behandling* er skrevet av erfarne danske klinikere og forskere innenfor traumefeltet. De ønsker å gi leseren en oversikt over vesentlige aspekter ved PTSD, i tillegg til å presentere sentrale metoder for å vurdere og behandle denne lidelsen hos voksne, med et hovedfokus på psykoterapi. Bokens målgruppe er først og fremst fagfolk som behandler mennesker med PTSD.

FAVNER BREDT

I bokens innledende kapitler får vi en god innføring i sentrale aspekter ved PTSD, som komorbiditet, differensialdiagnostikk og nevrobiologi. I tillegg gir forfatterne oss en kort oversikt over skalaer som kan brukes i utredningen av PTSD, for eksempel for å identifisere hva slags type traume(r) klienten har vært utsatt for, og for å sette en diagnose. Kun skalaer som har blitt mye brukt, er godt testet, og oversatt til dansk, er inkludert. Bokens hovedtyngde finner vi i kapittel 3–16. Her blir hele 14 ulike behandlingsmetoder for PTSD beskrevet. Begrunnelsen for å favne såpass bredt er, ifølge redaktørene, at «der kan ikke på nuværende tidspunkt vælges én tilgang, der passer til alle, der lider af PTSD – eller til alle klinikere – og spørsmålet er, om dette nogensinde bli-

ver muligt». Følgelig ønsker de å «lade døre stå åbne fremfor at lukke os om en enkelt tilgang» (s. 18). Behandlingskapitlene har lik oppbygning, med en beskrivelse av det teoretiske bakteppet, målgruppen, hovedintervensjonene og forskningsgrunnlaget for metoden. Det er også kasus-eksempler og en oppsummeringsboks med tre hovedpoeng i hvert kapittel. I bokens avsluttende kapitler får vi en innføring i andre behandlingsmetoder, som for eksempel farmakologisk behandling og mindfulness-terapi.

EN GOD INTRODUKSJON

Som over gjennomsnittlig interessert i traumer var jeg både spent og optimistisk da jeg satte meg ned med denne boken, og jeg opplevde at den innfridde – spesielt i begynnelsen. Det er et bredt spekter av behandlingsmetoder for PTSD vi blir introdusert for, og leseren får en kort og grei innføring i dem. Lik struktur i alle behandlingskapitlene vitner om en tydelig redaksjonell hånd, og bidrar både til en forutsigbarhet for leseren og en helhetlig leseropplevelse tross bokens mange bidragsyttere. Språket er enkelt og flyter godt. I kapittelet om sentrale karakteristikk ved PTSD likte jeg blant annet beskrivelsen av hvordan traumeutsattes gjerne ubevisste unngåelse av sine egne følelser kan «have den paradoksale konsekvens, at de ikke er i stand til at identificere egne behov og derfor lader andre overskride deres grænser» (s. 23). Komorbiditet og betydningen av differensialdiagnostisering belyses også på en god måte. Riktignok ble



jeg litt forvirret over rådet om at man alltid skal henvise til lege ved komorbiditet (som ADHD og depresjon), men dette gjenspeiler muligens bare en ulik praksis i Danmark og Norge. Da jeg leste behandlingskapitlene, tenkte jeg flere ganger at dette var intervensjoner og forståelsesmodeller jeg kommer til å ha nytte av med fremtidige klienter, som for eksempel beskrivelsen av «fryktstruktur» og «traumenettverk» i kapittelet om narrativ eksponeringsterapi.

NOE GÅR TAPT

Det er litt vanskelig å si hva min dalende interesse utover i boken skyldes, men det er mulig at det rett og slett ble for mange beskrivelser av ulike tilnærminger på rekke og rad. Jeg gikk i surr – og savnet hjelp til å orientere meg. Her ville det vært nyttig med en tabell eller et eget kapittel som beskrev for eksempel hvilke av metodene som passer for klienter med spesielle typer traumer, hvilke som egner seg når angst ikke er primærutfordringen, og hvilke som ikke inkluderer eksponering. Riktignok har forfatterne gjort et slags forsøk på dette i siste kapittel, men det kommer litt sent, og fungerer bare delvis. Behandlingskapitlene er mange – og korte – og jeg savnet mer kjøtt

på beinet, for eksempel i beskrivelsen av de fem sentrale temaene for traumer (sikkerhet, kontroll, selvvverd, intimitet og tillit) i kognitiv prosesseringsterapi, og i enkelte intervensjonsbeskrivelser. Jeg skulle også gjerne sett flere eksempler fra terapirommet, slik vi får i beskrivelsen av metakognitiv terapi. For en noe mer omfattende beskrivelse av temaene som dekkes i denne boken, vil jeg anbefale *Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders* (2015), redigert av Ulrich Schnyder og Marylène Cloitre. Her blir blant annet hver terapimetode beskrevet av utviklerne av metoden.

ANBEFALES

Hovedmålet med boken er å presentere sentrale terapimetoder for PTSD for voksne, og det synes jeg forfatterne har lyktes med. Jeg vil derfor anbefale boken til klinikere som er nysgjerrige på de ulike tilnærmingene – og som lurer på hvilke(n) metode(r) som kan passe for seg og sin klient. Samtidig vil det være nødvendig med kurs og/eller videre lesning i de respektive behandlingsmanualene for å få en grundigere innføring i den eller de metodene du ønsker å ta i bruk med dine klienter. ❌

TILNÆRMINGER TIL TRAUMER I California finnes det et eget «hot yoga»-tilbud for krigsveteraner. Deltakerne opplever at tilnærmingen har terapeutisk effekt, i følge The New York Times. Foto: Christie Hemm Klok/The New York Times / Scanpix

AKTUELT: BOK

Overvåkningskapitalismen

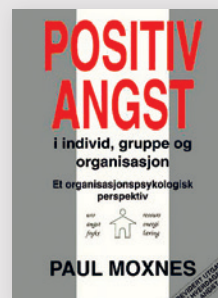
I boken *The Age of Surveillance Capitalism* (Profile, 704 sider) viser Shoshana Zuboff hvordan overvåkningskapitalismens råvarer er våre liv. Google, Facebook og flere andre omformer våre hverdagsopplevelser til data. Og slik blir våre livsavtrykk deres aktiva, som omformet til algoritmer brukes til å forutsi og forme vår atferd, enten vi handler, stemmer, arbeider eller omgås. 20 år etter at dot com-boblen sprakk, vet vi hvem som er rikest og mektigst: de som solgte oss videre. Som det heter: Er et produkt gratis, er det du som er produktet.

Men dette er ikke helt korrekt, påpeker Zuboff. Det virkelige produktet i overvåkningskapitalismen er prediksjoner om fremtiden: Vi er verken kunder eller produkter, men dataene fra våre liv inngår i algoritmer som predikerer hvor vi skal reise, hva vi kommer til å mene, hvem vi vil stemme på. Slik løsrives du fra markedet: Du er ikke lenger en del av handelen, du er ikke lenger i posisjon til å forhandle om en vare. I stedet er du del av en stadig mer finstemt algoritme som gjør at de bedre vet når de skal intervensere i ditt liv og forme din atferd (som når Facebook skrøt til sine annonsører at de visste akkurat når en ungdom trengte en selvtillitsboost). Som Jeff Rosenstock synger: «Born as a datamine for targeted marketing.»

Og hvis du tror at Facebooks eventuelle død vil redde oss: Glem det. Som John Herrman skrev i *New York Times* før jul, vil dataene leve sitt eget liv videre. Som med MySpace. De færreste husker hvordan man logger seg inn der lenger. Men de som eier MySpace, har tilgang til dine forgangne dataene. Og de har hentet dem ut og solgt dem videre til annonsører. Din fortid former fortsatt annonsefeeden din. På samme vis vil dine år på Facebook hjemmsøke deg i årene som kommer enten du vil det eller ikke.

Kilder: Herrman, J. (2018, 12. desember). What Happens When Facebook Goes the Way of Myspace? *New York Times*. Hentet fra NYtimes.com.

KLASSIKEREN



Det var godt å lese om angst som noe normalpsykologisk og hverdagslig

Paul Moxnes: *Positiv angst i individ, gruppe og organisasjon*. Revidert utgave, 2000

Jeg tar dere tilbake til år 2000. Verden pustet lettet ut etter overgangen til et nytt årtusen, frykten for samfunnets sammenbrudd var ubegrunnet. Samme år krasjlander jeg som nyutdannet psykolog i en kommune. Å finne min psykologrolle i en stor og kompleks organisasjon ble et stort prosjekt. Skulle jeg jobbe med system eller individ, som kliniker, rådgiver eller veileder? At jeg i denne prosessen skulle preges av utrygghet, var jeg ikke så forberedt på. Jeg fant inspirasjon og god hjelp i Moxnes' bok. Valget falt på å utøve litt av alt.

Moxnes skriver gjenkjennelig og anvendelig om hverdagsangsten. Angstfenomenet forstås i en kontekstuell ramme med utgangspunkt i individet, gruppen og organisasjonen. Fokuset er på menneskets samspill, ressurser og mestring. Det var godt å lese om angst som noe normalpsykologisk og hverdagslig. For en nyutdannet ble Moxnes også en rollemo- dell i og med at han deler av sine egne og andres personlige erfaringer. Det er å lov «å bjuda på»! Jeg jobber fortsatt som psykolog i en kommune, og boken er fortsatt med meg. I terapeutisk arbeid deles bokens budskap med klienter. Også som rådgiver ble budskapet delt senest for et par uker siden. HR-avdelingen ønsket hjelp til å forstå den utryggheten ansatte opplever i en stor omorganiseringsprosess. Jeg bladde litt i boken på forhånd, så gikk jeg i møtet.

Lone Løvschall, psykolog i psykisk helse- team, Skedsmo kommune, oppfordrer Ragnhild Schei til å ta stafettpippen videre

MINNEORD

HALDIS HJORT

1940–2018



HALDIS HJORT døde 15. desember 2018, etter en lengre sykdomsperiode. Haldis var en idealist, med en tro på at kunnskap nytter for å skape endring. Hennes siste ansettelse var som seniorforsker i Forskningsstiftelsen SINTEF, Helsetjenesteforskning fra 2004, til hun gikk av som pensjonist i 2012.

Doktorarbeidet fra 2003 ble publisert som bok. I omtalen av boka skriver professor Geir Høstmark Nielsen blant annet: «På et fagområde hvor det kontinuerlig spilles inn tilsynelatende nye og løfterike idéer og arbeidsmåter, vil Hjorts idéhistoriske analyser kunne bidra til nøkternhet og nødvendig kritisk refleksjon over psykoterapiens grunnlag.»

Hennes første forskningsprosjekt i SINTEF var en undersøkelse om behandling i akuttavdelinger i psykisk helsevern. Ved omfattende kvalitative intervjuer med behandlerne i tre akuttavdelinger og innsiktsfulle analyser og refleksjoner bidro hun med ny og viktig kunnskap om forhold under ulike faser av akutt opphold. I forordet til rapporten stod det: «I arbeidet med rapporten har seniorforsker Haldis Hjort brukt både sin kompetanse innen kvalitativ forskning og skriving, og sine erfaringer som kliniker i akuttavdelinger og i andre deler av psykisk helsevern. Rapporten ville ikke ha blitt den samme uten hennes innsikt og innlevelse i de situasjoner hun formidler kunnskap om.»

I 2007 og 2008 kom rapportene fra evaluering av lavterskel helsetilbud for rusmiddelavhengige, der Haldis jobbet tett sammen med Marian Ådnanes, Silje Kaspersen og Solveig Osborg Ose. Dette var et omfattende prosjekt der 400 brukere av kommunale lavterskeltilbud ble intervjuet på to tidspunkt og 691 svarte på en surveyundersøkelse. Her kom særlig Haldis' tidligere erfaringer fra arbeid med rusbrukere til stor nytte. Igjen var hennes fokus på det å lytte til brukerne.

I 2008 kom rapporten fra prosjektet Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne, der Haldis var medarbeider. Resultatene fra denne undersøkelsen førte til en debatt i *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, som kanskje ikke ble den «gode og vennlige debatt» som Haldis etterlyste. Hun viste uredd til funn fra undersøkelsen som viste at polikliniske pasienter med god utdanning og inntekt hadde størst sjanse til å få et behandlingstilbud hos de private avtalespesialistene. Under titler som «Hvem tjener vi, og hvem tjener vi på?» «Å la sin forskning påvirke sin kliniske praksis» og «Avtalespesialister og sosial rettferd» spurte hun om hva slags profesjon avtalespesialistene ville være, for funnet gjorde at hun som avtalespesialist og med ønske om å ha en sosial grunnholdning ble ganske bestyrtet. Inderlig opptatt av enkeltmennesket var hun også opptatt av sosial rettferdighet. Hun møtte motbør og kritikk for innleggene

fra kolleger, men sto like rak. Hun insisterte på at empirien var overbevisende, og hun unngikk å bli aggressiv i sine tilsvare.

Haldis kombinerte sin stilling som seniorforsker i SINTEF med privatpraksis som terapeut. Men all sin mangfoldige og tunge erfaring som psykolog var hun uvurderlig som prosjektmedarbeider og diskusjonspartner. Hun var ikke bare en meget kompetent kollega, men også en viktig bidragsyter i sosiale og faglige sammenhenger.

Både i Oslo og i Trondheim har vi nå snakket om og minnes Haldis, med små historier, med vemod, men også med smil og glede. Det er trist og ikke lett å forstå at hun ikke er mer, men hun huskes med glede og takknemlighet. Kolleger trekker frem hennes vekt på å lytte til pasienters og brukeres erfaringer, men også til behandleres erfaringer og refleksjoner. Hun beskrives som den mest barnlige voksne, med et åpent, nysgjerrig og utforskende sinn. Tallknuser var hun ikke, men tallenes tale omsatte hun til tekst, som hun publiserte og gjorde tilgjengelig med ønske om debatt. Haldis var raus, varm, nær, direkte og omsorgsfull. Ikke selvfølgelige egenskaper å finne i et konkurrerende forskningsmiljø. Hun var en idealist, med en uendelig tro på at kunnskap nytter for å skape endring.

Haldis beskrives som sjarmerende distré, og den eneste vi vet om som passerte sikkerhetskontrollen på Gardermoen med en halvfylt flaske Farris i hånden.

Heldige var vi kolleger som hadde gleden av å kjenne og arbeide sammen med Haldis, og øse av hennes omfattende erfaring, kunnskap og engasjement.

For tidligere kolleger og forskningssjefer:

Tonje Lossius Husum, Torleif Ruud, Sissel Steihaug, Britt Venner, Marian Ådnanes

Kurs- kalenderen



APRIL

Nasjonalt Diabetesforum 2019

Gardermoen 2.–4. april

Er du nysgjerrig på spillet 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

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

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

1 innrykk kr 2 000, 2 innrykk kr 3 000,

3 innrykk kr 3 500, 4 innrykk kr 4 500.

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

DR. GUNNAR ROSÉN – Grunnkurs hypnose

Trondheim, 11.–12. april

www.hypnoseforeningen.no

DR. MICHAEL YAPKO

Kognitiv terapi • Mindfulness • Hypnose

Oslo, 5.–6. juni

www.hypnoseforeningen.no

LEDIGE TERAPIKONTORER OSLO.

Hel/deltid. Carl Grøndahls vei 1 (Tåsen). Gratis parkering; nær buss/t-bane. Kontakt **Jeanette på morten@mohawkconsulting.no** eller **915 55 532**.

DANMARKSPASS, BERGEN. Er det noen som trenger å begynne året med en positiv endring? Alt begynner med en tanke – som blir til en handling. Jeg har taushetsplikt. **Ta kontakt på tlf. 981 50 329.**



Utdannelse i psykoanalyse ved Norsk psychoanalytisk institutt

Utdannelsen kan søkes av psykologer og leger med autorisasjon i Norge. Det forutsettes påbegynt spesialisering i psykologi, psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri.

Utdanningen er godkjent som obligatorisk program for spesialiteten psykoterapi for psykologer etter ny ordning. Godkjenning forutsetter fullført fellesprogram i Psykologforeningen før oppstart på seminar ved instituttet. Relevant klinisk praksis forutsettes.

Utdannelsen består av parallelle og samtidige læringserfaringer gjennom deltagelse i teoretiske samt kliniske seminarer over 4 år, personlig analyse, veiledning og skriftlig arbeid.

Interesserte kan henvende seg til Instituttets sekretariat for ytterligere informasjon. Se også instituttets hjemmeside, www.psykoanalyse.no, hvor det også opplyses om økonomisk støtte.

Søknad med yrkeserfaring (CV), levnetsbeskrivelse og kopi av autorisasjon sendes:

Norsk psychoanalytisk institutt, Fr. Nansens vei 17, 0369 OSLO

tlf.: 22 60 58 20, e-post: post@psykoanalyse.no

Søknadsfrist: 10. mars 2019

Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på

facebook

Ny boligrente
1,95 %*

1,90%** om du er
under 34 år

*Du trenger ikke lete etter
en bedre boliglånsrente.
Psykologforeningen
har gjort det for deg.*

I samarbeid med Akademikerne Pluss har Norsk psykologforening forhandlet frem ny og forbedret bankavtale for medlemmene. Som kunde i Danske Bank får du personlig rådgivning tilpasset dine individuelle behov, planer og ambisjoner – nå og i fremtiden. Når og hvordan du ønsker å møte banken er opp til deg.

Les mer på danskebank.no/psykologforeningen eller ring oss på 987 05550

*Boliglån: 1,95 % nom, eff.rente 2,01 %, 2 mill., o/25 år, totalt 2 542 046.

**Boliglån Ung: 1,90 % nom, eff.rente 1,96 %, 2 mill., o/25 år, totalt 2 527 517. Pr. 02.01.2019.



A⁺ | akademikerne pluss

Danske Bank

KURS I KLINISK SUICIDOLOGI FOR LEGER OG PSYKOLOGER SOM ARBEIDER MED VOKSNE

Fra selvmordsrisikovurdering
til behandling av kronisk suicidalitet

Tid/sted: 11.–13. november 2019,
Clarion Collection hotel Gabelshus i Oslo

Pris: kr 5 400,- inkl. lunsj, kaffe/te
Påmeldingsfrist: 15. september 2019

Spesialister i psykiatri og klinisk
psykologi vil bli prioritert.

For mer informasjon og påmelding:
www.selvmord.no

NSSF  Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

UiO : Universitetet i Oslo

KURS I KLINISK SUICIDOLOGI FOR LEGER OG PSYKOLOGER SOM ARBEIDER MED BARN OG UNGDOM

Fra selvmordsrisikovurdering
til behandling av kronisk suicidalitet

Tid/sted: 12. og 13. juni 2019,
Clarion Collection Hotel Gabelshus i Oslo

Pris: kr 4 400,- inkl. lunsj, kaffe/te
Påmeldingsfrist: 15. april 2019

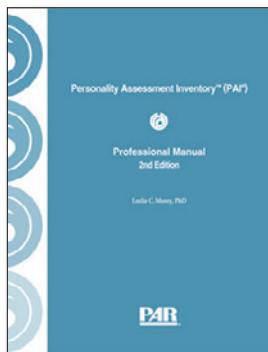
Spesialister i barne- og ungdomspsykiatri
og klinisk barne- og ungdomspsykologi
vil bli prioritert.

For mer informasjon og påmelding:
www.selvmord.no

NSSF  Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

UiO : Universitetet i Oslo

Introduksjonskurs til PAI®: Personality Assessment Inventory™



Kurset retter seg mot psykologer med eller uten
tidligere erfaring med PAI. Kurset er godkjent av
NPF som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet,
21 timer. Kurset holdes på norsk og svensk.

Dato: 11.–12. april og 23. mai 2019

Sted: Christiania Qvartalet, Oslo sentrum

Kursholdere: Cato Grønnerød og Thomas Rosén

Påmelding og informasjon: psykomatikk.no/pai

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 etter-
utdanning hvor du utvikler solide ferdigheter
som mindfulnessinstruktør.



Instruktørutdanningen er
godkjent av NPF som
72 timers vedlikeholdsaktivitet.

Les mere på:

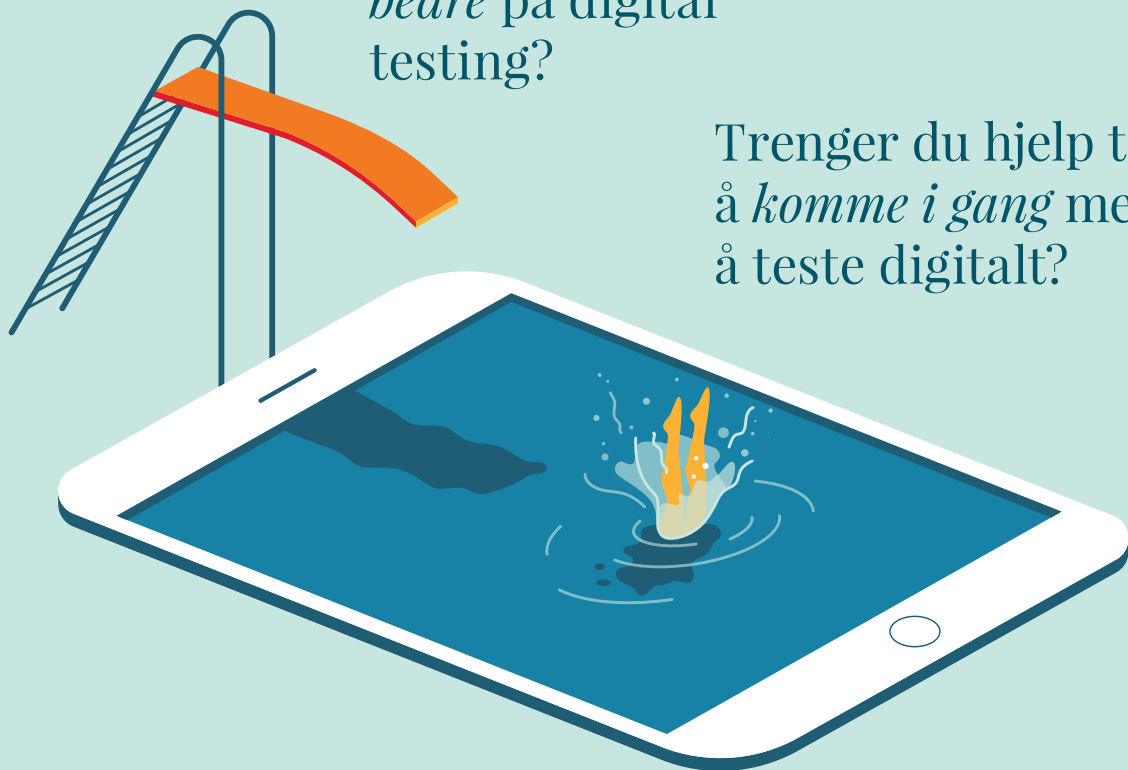
www.creationwork.org



Er du *nysgjerrig* på
å teste digitalt?

Vil du bli enda
bedre på digital
testing?

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



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



Q-interactive®



Psyk meg opp i ledelse!

Norsk psykologforening viderefører tilbudet til psykologer med lederansvar innenfor helseforetakene. Vi inviterer nå til kull 14 med første samling 22. og 23. mai 2019.

Det er og vil være et stort behov for gode ledere innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi trenger ledere som behersker verdibasert endringsledelse og som har god kunnskap om den virkelighet tjenesten skal være en del av. Dette omfatter selvinnsett som leder, en forståelse av økende krav til kunnskapsbasert praksis, av behovet for oppfølgingen av myndighetskrav, innsikt i økt brukermedvirkning, samt krav til samhandling mellom tjenestenivåene.

Kurset vil ledes av rådgiver Einar Li, tidligere fagsjef for lederutvikling i Helse Sør-Øst RHF, og psykologfaglig rådgiver/psykologspesialist Tove Mathiesen, Akershus universitetssykehus HF. Det blir invitert inspirerende forelesere fra helseforetakene i hele landet. I tillegg til forelesninger blir det anledning til å trene på å ta tak i utfordringer i deltakernes egen lederhverdag. Kurset er arbeidsintensivt og forutsetter at deltakerne er til stede hele tiden på alle tre samlinger og overnatter på kurshotellet. Det blir gitt enkle hjemmeoppgaver i periodene mellom samlingene.

Kurset består av tre samlinger på Quality Hotel Leangkollen i Asker.

22. og 23. mai 2019

11. og 12. september 2019

31. oktober og 1. november 2019

Kurset er et tilbud til psykologer i alle fire helseregioner med lederansvar på ulike nivåer. Det vil også være aktuelt for psykologer med noe ledererfaring som ønsker å vurdere en videre lederkarriere i helseforetakene. Deltakere med økonomi- og personalansvar vil bli prioritert.

Deltakerne betaler selv reise og opphold. Psykologforeningen har holdt av rom på hotellet for en natt på hver samling. Mer informasjon kommer til de som får plass på dette kullet.

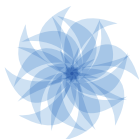
Vil du vite mer; se Psykologtidsskriftet januar 2008 s. 74, februar 2008 s. 198 og mai 2008 s. 608.

Spørsmål om kurset kan rettes til:

Tove Mathiesen, tlf. 922 50 986, e-post tove.mathiesen@ahus.no

Einar Li, tlf. 916 37 495, e-post li.ledelse@gmail.com

Søknad om deltakelse, som må være anbefalt av overordnet, **sendes innen 5. mars 2019** til Tove Mathiesen på e-post tove.mathiesen@ahus.no



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

4-dagers opplæring i Emosjonsfokusert ferdighetstrening for foreldre

Et kurs for terapeuter og foreldreveiledere

5.-8.mars 2019 Bergen

Forelesere: Hanna Aardal og Bente Austbø

15.-18.oktober 2019 Oslo

Forelesere: Anne Hilde Vassbø Hagen og Ane Bente Gjul

For påmelding og mer info: www.ipr.no



Norsk Institutt for
Emosjonsfokusert Terapi



Institutt for
Psykologisk
Rådgivning



NIDAROSSEMINARET 2019

22.05.2019 og 23.05.2019 Trondheim

Case Formulation **Nancy McWilliams, ph.d.**

Nidaros DPS, St. Olavs hospital, inviterer til to-dagers seminar med professor og psykoanalytiker Nancy McWilliams over temaet psykodiagnostikk. Det vil si en systematisk evaluering av personlighets- og selvreguleringsdimensjoner i tråd med aktuell psykodynamisk tenkning. Denne er relevant for å forstå både psykiske symptomtildelser og personlighetsforstyrrelser, samt til å planlegge terapiforløp. Det psykodiagnostiske rammeverk som McWilliams presenterer vil blant annet være basert på PDM 2. utg. (Psychodynamic Diagnostic Manual) (2017) hvor hun er en av redaktørene og en sentral bidragsyter. Hun vil gi illustrative kliniske eksempler underveis, deriblant video av egen terapi.

Seminaret er godkjent av NPF som 14 timers fritt spesialkurs og som 14 timers vedlikeholdsaktivitet. **Kursavgiften er kr. 4000,-, for studenter kr. 3000,-.**

Opplysninger om seminaret, deriblant program og påmeldingsprosedyre, fås ved henvendelse til kursansvarlig psykologspesialist Tore Johnsen (tore.johnsen@stolav.no og tlf. 73 86 54 00) eller kurssekretær Iris Ryeng Simavik (iris.ryeng.simavik@stolav.no og tlf. 73 86 54 00).

Påmeldingsfrist er 01.05.2019.



Kvinnherad kommune
Eining Barn og familie

Psykolog/ psykologspesialist

100 % FAST STILLING

Kvinnherad kommune har ledig 100 % stilling fast som psykolog/psykologspesialist. Stillinga ligg under eining for Barn og familie, avdeling Tiltak og ressursar. Vi ønskjer å gje eit godt lågterskeltilbod innan psykisk helse til barn og unge i aldersgruppa 0–20 år og deira familiar. Psykologstillinga er del av ei faggruppe i eininga bestående av psykolog, psykisk helsearbeidarar / familierettleiarar og ungdomslosar.

Søknadsfrist: 17.02.2019

Fullstendig oversikt og utfyllande informasjon om den ledige stillinga finn du på <http://www.kvinnherad.kommune.no/>.

De kan og kontakte oss på **telefon 53 48 31 00**. Vi ber om at søkjarane nyttar våre elektroniske søknadsskjema på heimesida.

MODUMBAD 
- en kilde til liv



Psykolog/psykologspesialist

Avdeling for traumelidelser

Ved avdelingen blir det ledig ett års vikariat i 100 % stilling i perioden 15.05.19 til 15.05.20 for psykolog/psykologspesialist.

Kontaktperson:

Avdelingsleder
Gun Abrahamsen,
tlf. 32 74 97 00 eller
901 26 327

Søknadsfrist: 15.02.19

Se fullstendig utlysningstekst og søk elektronisk på www.modum-bad.no

Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

www.modum-bad.no



Sykehuset Innlandet HF



Sykehuset Innlandet HF er Innlandets største kompetansebedrift med omlag 8500 ansatte. Hos oss får du arbeide sammen med flinke og engasjerte fagfolk. Vi er alltid på utkikk etter dyktige medarbeidere!

Divisjon Psykisk helsevern er den største divisjonen i Sykehuset Innlandet. Divisjonen består av sykehusene Reinsvoll og Sanderud, fem distriktspsykiatriske sentre (DPS), to barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) og en barne- og ungdomspsykiatrisk døgnavdeling. Divisjonen har totalt 320 senger.

Vi trenger din kompetanse

Psykolog

Ved DPS Gjøvik poliklinikk Valdres har vi ledig to faste stillinger i 100 %:

- i TSB-team/FACT team fra 01.03.19
- i allmennteam fra 01.07.19.

Kontaktperson: Laila Olsen, enhetsleder, tlf. 974 75 057, epost: laila.olsen@sykehuset-innlandet.no

Søknadsfrist: 15. februar 2019 Ref.nr. **3993814391**.

Informasjon om våre ledige stillinger, se www.sykehuset-innlandet.no/jobb

HELSE  SØR-ØST

Helse Sør-Øst RHF søker:



Ledige avtalehjemler i Helse Sør-Øst:

- 100% avtalehjemmel i klinisk psykologi lokalisert til Skien
- Fire 100 % avtalehjemler i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Bærum, Akershus
- Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Drammen, Buskerud
- Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Flekkefjord, Vest-Agder
- Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Follo, Akershus

Nærmere opplysninger:

Spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge, tlf. 02411 / e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no

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

Søknadsfrist: 22. februar 2019 HELSE  SØR-ØST



Bø kommune har ca 6500 innbyggere og nesten 3000 studenter tilknyttet Universitetet i Sørøst-Norge, Campus Bø. Bø er et attraktivt regionsenter midt i Telemark, og er i sterk vekst. Bø er kjent for Bø sommarland, Gullbring kulturanlegg, handel og reiseliv, Liffjell, universitetet, et mangfoldig kultur-, idrett og friluftsliv og levende folketradisjoner. Sauherad kommune har ca 4300 innbyggere, og Gvarv er skole-, helse- og handelssenter. Sauherad er særleg kjent som fruktbygda, med satsing på fruktdyrking og foredling, et levende kulturlandskap, et aktivt reiseliv rundt Norsjø, Sagavoll folkehøgskole, stolte folketradisjoner og et sterkt kunstmiljø. Bø og Sauherad skal slå seg sammen fra 2020, og navnet skal være Midt-Telemark kommune.

PSYKOLOG VED UNG ARENA MIDT-TELEMARK



Bø og Sauherad kommuner søker psykolog til Ung Arena Midt-Telemark. Ung Arena er et prosjekt i regi av satsingen «Program for folkehelsearbeid i kommunene». Prosjektperioden varer ut 2022. Prosjektet innebærer å etablere en kombinert sosial møteplass og lavterskel hjelpetjeneste for ungdom i Bø og Sauherad. Målet er å styrke psykisk helse og livskvalitet blant barn og unge. Prosjektet er et samskappingsprosjekt, som skal utvikles av ungdom, frivillige og fagfolk sammen. Er du en person som liker å jobbe med ungdom, i tverrfaglige team og utvikle noe nytt er dette stillingen for deg. For mer informasjon se: <http://www.bo.kommune.no/tenester/folkehelse/ung-arena-midt-telemark/>

Fast stilling 100 % med tiltredelse snarest mulig.

Arbeidsoppgaver

- Samtaler med barn, unge og familier
- Helsefremmende og forebyggende tiltak, kartlegging, utredning og behandling
- Tett samarbeid med prosjektleder i drift og utvikling av Ung Arena
- Veilede og drive samskaping sammen med andre fagpersoner, studenter, erfaringskonsulenter og frivillige
- Delta i tverrfaglige team
- Samarbeid med kommunale og interkommunale hjelpetjenester (helse- og omsorgstjenester, barnevern, pedagogisk-psykologisk tjeneste, NAV)
- Samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Krav til utdanning og ønskede kvalifikasjoner

- Norsk autorisasjon som psykolog
- Gode skriftlige og muntlige norskkunnskaper
- Gode datakunnskaper
- Fordel med erfaring fra arbeid med ungdom
- Fordel med prosjekterfaring
- Fordel med erfaring fra tverrfaglig samarbeid

Personlige egenskaper

- Engasjement og interesse for fagutvikling, forebyggende og helsefremmende arbeid
- Selvstendig, fleksibel og løsningsorientert
- Gode samarbeidsevner og kommunikasjonsferdigheter
- Være en trygg voksen i møte med ungdom

Personlig egnethet tillegges stor vekt.

Vi tilbyr

- Spennende og varierte arbeidsoppgaver
- Mulighet til å utvikle nye tiltak og forme arbeidet
- Tverrfaglig samarbeid
- Deltagelse i faglige nettverk lokalt og nasjonalt
- Samarbeid med kommunepsykolog
- Mulighet for spesialisering og veiledning av psykologspesialist
- Fleksibel arbeidstid

Lønn og arbeidsvilkår etter gjeldende lov og avtaleverk.

Offentliggjøring

Jf. Offentlegloven § 25 plikter arbeidsgiver å gjøre søker oppmerksom på at opplysningene om søkeren kan bli offentliggjort selv om søkeren har bedt om å bli unntatt offentlighet. Bø kommune vil varsle søkere som har bedt om unntak fra offentligheten hvis dette ønsket ikke kan imøtekommes.

Annet

- Aktuelle søkere vil bli innkalt til intervju. Kopi av vitnemål og attester leveres i forbindelse med intervjuet
- Krav om politiattest
- E-læringskurset for nyansatte i Bø kommune skal gjennomføres før oppstart i stilling

Søknad sendes

Søknad må sendes elektronisk via hjemmesiden til Bø kommune og valget «søk på stilling» <http://www.bo.kommune.no/ledige-stillingar/> Hvis du har krysset av for at du vil ha dokumenter og annen kommunikasjon tilsendt elektronisk, vil du få en e-post med kvittering om at søknaden er mottatt.

SØKNADSRIST: 20.02.2019

Kontaktpersoner

Frøydis Haukeland, folkehelsekoordinator,
e-post froydis.haukeland@bo.kommune.no,
tlf. 920 66 536

Brita Rønning Iversen, kommunepsykolog,
e-post brita.ronning.iversen@bo.kommune.no,
tlf. 917 19 190

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

Sykehuset Namsos

Klinikk for psykisk helsevern og rus,
Seksjon akutt og seksjon psykose
har ledige stillinger:

Behandler

- Ett vikariat i 100% stilling for behandler på seksjon akutt (psykolog, eller helse- og sosialfaglig utdannet).
- Ett vikariat i 100% stilling for behandler på seksjon psykose (helse- og sosialfaglig utdannet med relevant videreutdanning).

Referansenr. for begge stillingene er 4009511834.

Nærmere opplysninger om stillingene fås ved henvendelse til: Seksjonsleder Kristian Børstad, tlf. 74 21 56 55, seksjonsleder Camilla Monslaup Fosslund, tlf. 74 21 57 86 eller psykologfaglig rådgiver Ruth Elisabeth Bakken Holien, tlf. 74 21 54 17

Søknadsfrist: 17. februar 2019

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



frantz.no

Blå Kors Haugaland A-senter er et behandlings- og utredningscenter for rusmiddel-, livsstil- og avhengighetsproblemer. Institusjonen arbeider på oppdrag fra Helse Vest RHF 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:

KLINIKKSJEF

Psykologspesialist/spesialist i rus- og avhengighetsmedisin/psykiater

Vi søker etter en person som gjennom sitt engasjement og gode lederegenskaper vil være med å videreutvikle tjenestene i en spennende framtid.

Klinikkssjef er organisert i direkte linje til direktør og har det overordnede faglige ansvaret for samtlige kliniske funksjonsområder.

For nærmere opplysninger kan du kontakte: Direktør Kari B. Gunnarshaug eller klinikkssjef Geir H. Iversen på tlf. 52 73 30 00.

Søknadsfrist: 28.02.2019



For mer informasjon se

www.jobbdirekte.no/haugaland-asenter

Søknader sendt utenfor søknadsskjema, vil ikke bli vurdert.

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2019

SPESIALPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 500.

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 24 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 760, samme format i farger kr 4 083.

SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 450.

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 400, pris for kursannonse kun på nett er kr 5 950. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 450 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Konferanser og kurs» og www.psykologtidsskriftet.no/kurskalenderen

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 5 950 per måned eller kr 1950 per uke kan annonsen vises på forsiden av www.psykologtidsskriftet.no under boksen for «ledige stillinger».

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
03/19	15.02	01.03
04/19	18.03	01.04
05/19	11.04	02.05
06/19	16.05	03.06

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	17 350	15 950
1/2 side	13 350	11 950
1/4 side	11 350	9 950

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

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

Norsk psykologforening er en profesjonsforening for autoriserte psykologer i Norge med over 9000 medlemmer. Som profesjonsforening ivaretar vi medlemmenes faglige og økonomiske interesser og driver en utstrakt videre- og etterutdanning. Psykologforeningen er tilsluttet Akademikerne. Sekretariatet har 45 medarbeidere og heltids president.



For snarlig tiltredelse søker vi:

Nettredaktør

OPERATIVT KOMMUNIKASJONSARBEID,
ANSVAR FOR NETTSIDER OG SOSIALE MEDIER

STILLINGEN

Norsk psykologforening søker en engasjert nettredaktør med gode skriveferdigheter, erfaring med publiseringsløsninger og interesse for psykisk helse.

Som nettredaktør får du en viktig rolle i foreningen, med ansvar for å produsere, publisere og vedlikeholde innhold i våre kanaler og ta del i ulike kommunikasjons- og samhandlingsoppgaver. Redaktøren skal gi lederstøtte i form av kronikker og debattinnlegg. Stillingen omfatter også samarbeid med politisk ledelse og fagavdelinger for utforming av budskap til høringer, policy-dokumenter og nyheter.

Du bør ha god kjennskap til presse- og mediearbeid og kunne formidle komplisert fagstoff til en bred målgruppe. Du må trives i et hektisk miljø, samarbeide godt og håndtere mange oppgaver samtidig. Du motiveres av resultater og at det du produserer har mulighet for å påvirke.

Stillingen er fast, rapporterer til kommunikasjonssjef, og er plassert i generalsekretærens stab.

Arbeidssted er Kirkegata 2 i Oslo, i trivelige lokaler. Stillingen byr på spennende og unike oppgaver i et stimulerende fagmiljø. Vi tilbyr konkurransedyktige lønns- og pensjonsbetingelser. Noe reisevirksomhet må påregnes.

ARBEIDSOPPGAVER

- Produksjon, publisering og redigering av innhold til foreningens nettsider og sosiale medier
- Skrive kronikker og debattinnlegg
- Bistå politisk ledelse og fagavdelinger med å utforme budskap og lage saker om egen virksomhet
- Dekke begivenheter i foreningen, gjennomføre intervjuer
- Foto og videoproduksjon
- Samarbeide med tredjepartsleverandører, som publiseringsløsningen og videoredigering
- Følge nyhetsbildet, trender, aktualiteter og samfunnsdebatten innen psykisk helse, fag- og interessepolitikk
- Andre kommunikasjonsrelaterte oppgaver

KVALIFIKASJONSKRAV

- Svært god skriftlig fremstillingsevne
- Mestret publiseringsverktøy og verktøy for video- og bildeproduksjon
- Evne til å jobbe selvstendig og ha et høyt produksjonsnivå
- Kunnskap om sosiale medier
- Kjennskap til presse- og mediearbeid
- Gode samarbeidsevner og kommunisere godt med interne og eksterne fagressurser
- Det er ønskelig med kjennskap til fagfeltet psykisk helse
- God samfunnsforståelse
- Journalistisk eller kommunikasjonsfaglig bakgrunn

Søknadsfrist 17. februar.

Nærmere opplysninger ved kommunikasjonssjef Karsten Brekne Karlsøen
e-post karsten@psykologforeningen.no, tlf. 976 11 591.

Søknad med CV sendes snarest som e-post til: stillinger@psykologforeningen.no eventuelt til kommunikasjonssjef Karsten Brekne Karlsøen, Norsk psykologforening, Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo.

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

Ingvald Gregersen

ingvildg@gmail.com
957 27 801

Arnhild Lauveng

post@arnhildlauveng.com
913 17 162

Else-Marie Molund

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

Studentrepresentanter

Marte Sandbugt Pettersen

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

Sebastian Gulbrandsen

sebastian.gulbrandsen@
gmail.com
926 93 702

Varamedlemmer

Anders Hovland

anders.hovland@uib.no
932 87 565

Rudi Myrvang

rudi.myrvang@gmail.com
906 03 355

Dag Stormbo

dag.stormbo@gmail.com
408 42 645

Eldrid Robberstad

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

LOKALAVDELINGER

Akershus

Joan Sigrun Nygard

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

Aust-Agder

Karen Maria Dreier

Ludianos
klu045@gmail.com
977 16 288

Buskerud

Aksel Lindstad

aksel.lindstad@gmail.com
984 17 100

Finnmark

Sigrud Larsen

sigrid_la@hotmail.com
979 90 893

Hedmark

Eline Berg

bergeline3@gmail.com
996 23 191

Hordaland

Bjarte Bruntveit

bjartebruntveit@yahoo.no
909 98 052

Møre og Romsdal

Ragnhild Ese

ragnhild.es@gmail.com
920 11 528

Nord-Trøndelag

Tirill Sten Ingebrigtsen

tirillst@gmail.com
407 23 159

Nordland

Iris Anette Søderholm

irisanette@gmail.com
909 34 857

Oppland

Iver Sørli Røhr

iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo

Inger Marie Andreassen

ingermarieandreassen@
hotmail.com
992 33 966

Rogaland

Elise Constance Fodstad

ecgr@sus.no
930 07 971

Sogn og Fjordane

Ida Smedbold

ida.smedbold@gmail.com
986 14 212

Sør-Trøndelag

Morten Thorsen

morten.thorsen@nav.no
464 14 174

Telemark

Birgitte Lindøe

birgitte.lindoe@
borgestadklinikken.no
473 83 123

Troms

Espen Nicolaisen

espennicolaisen@
outlook.com
950 60 605

Vest-Agder

Ann Birgithe S. Eikhom

abseikhom@gmail.com
971 29 052

Vestfold

Anne-Kristin Imenes

anne.kristin.imenes@
gmail.com
907 55 410

Østfold

Øyvind Nordhus

nordhus@me.com
911 61 779

FAGETISK RÅD

Svanhild Mellingen, leder

Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

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

LØNNS- OG ARBEIDS- MARKEDSUTVALGET

Rune Frøyland, leder,
tlf. 450 30 522

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

GODKJENNINGS-UTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

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

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Jørgen Edvin Westgren,
leder, e-post
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,
forhandlingsjef
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,
utdanningsjef,
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

Bergenslinikkene

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 2450, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 185 + 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:
15.02, 18.03, 11.04, 16.05, 17.06,
18.07, 19.08, 17.09, 17.10, 18.11

PRIORITY

