

PSYKOLOGI

Vol.56 nr.06 2019

Personlig recovery

Fra praksis

KOMPLEKS PTSD

- Et nettverks-
perspektiv

Vitenskapelig artikkel

De andres blikk

Bokessay

ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-06



9 770332 647013 06

RETURUKE 28 185 NOK



PSY KOL OGI

Vol. 56 **nr. 6** 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 meninger@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, Agenda

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

Denne utgaven ble godkjent til trykk 23. mai 2019

Omslagsillustrasjon Anja Dhale Øverbye

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,

Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell

fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening

Stemmetrening

DEMOKRATIET GÅR HELT inn i behandlingsrommet, og handler om mer enn å gi mennesker rett til en stemme. Det handler også om å jobbe frem deres røst, slik at de blir hørt, slik at de kommer til orde, slik at de kan delta, og slik at de selv kan bestemme.

Det er ikke selvsagt at helsevesenet bidrar til dette. Arbeidet med å etablere tverrfaglige team på sykehus ble applaudert, kunne Arnstein Finseth fortelle på forelesninger på 1990-tallet – inntil han foreslo at pasienten var en likeverdig part i det samme teamet. Da virket fagfolk langt mer skeptiske: Å jobbe med kolleger er fagutvikling, samarbeid med pasienten er fort et merarbeid.

«**Vi i helsetjenesten bestemmer så mye for folk**», sier psykologspesialist Bente Engh Eggen i reportasjen «Prosjekt sterkere stemme» i denne utgaven (side 394). For selv om helselovgivningen gir folk rett til å bli hørt, har personer med lang fartstid i psykisk helsevern gjerne liten erfaring med å bestemme over seg selv. De må derfor få støtte til å trene opp sin autonomi, sin medbestemmelse, sitt medborgerskap – for å bruke Eggens ord.

Stemmetrening tar tid. Tid som sjelden tilbys menneskene det gjelder. Jevnlig hører vi fra behandlere om tidspresset i psykisk helsevern. Det er derfor langt fra gitt at man kan sette seg ned og gi rom for at den enkelte skal komme til orde, ja, finne ordene.

Demokratiet går derfor også ut av behandlingsrommet og inn i samfunnet. Som når psykolog Cathrine Meyer Amundsen og kolleger skriver at mennesker som har levd et liv i krenkelse, har blitt sviktet av samfunnet, og at behandlingsapparatet derfor må ta sitt reparerende ansvar ved å sette av nok tid og ressurser (side 434). Mens foretakstillitsvalgt Siri Næs rapporterer om de mange psykologene som må avslutte pasienter før de er ferdigbehandlet, og at pasienter får samtaler så sjelden at behandlingen ikke har effekt (Dagens Medisin, 16. mai). Uten psykologenes stemme ut av det som ofte er lukkede rom, vil ikke samfunnet være klar over disse forholdene. Da har psykologene et ansvar for å si ifra.

Demokratiet går dessuten fra psykologer flest og inn i Psykologforeningen. Tommy Sotkajærvi – en av kandidatene til presidentvervet i Psykologforeningen – mener at foreningen har et demokratisk problem når de ikke klarer å engasjere sine høykompetente og ofte dypt uenige medlemmer i større grad (side 392 og 438).

Kanskje skyldes det manglende engasjement. Men det kan like gjerne bety at også psykologer må trene på å ta ordet og ytre seg om det de ser. Enten det er på egne eller andres vegne. ✘



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Personer med lang fartstid i psykisk helsevern har gjerne liten erfaring med å bestemme over seg selv. De må derfor få støtte til å trene opp sin autonomi, sin medbestemmelse, sitt medborgerskap



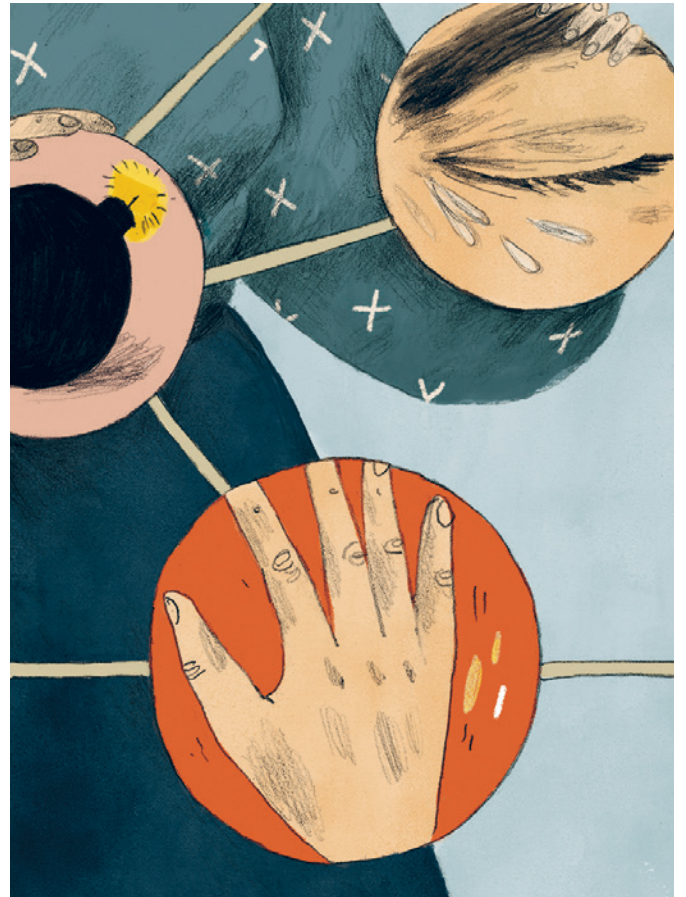
FOTO: FARTEN RUDJORD

RECOVERY I EMNING

Psykologspesialist Bente Engh Eggen (bildet) jobber for at politikernes festtaler skal bli omsatt i praksis. Her viser hun en gruppe fagutviklere i Bærum kommune hvordan regjeringens strategiplan henger sammen med «en haug med stortingsmeldinger», helsejuss og kommunens egen tiltaksplan.

Reportasje

UTSNITT FRA ILLUSTRASJON: ANJA DAHLE ØVERBYE



ET NETTVERK AV SYMPTOMER

Kartlegging av en pasients nettverk av symptomer kan gi svar på spørsmål som «hvilke symptomer er de mest sentrale?» og «hvor bør jeg begynne behandling?», skriver Sverre Urnes Johnson og kolleger i en ny vitenskapelig artikkel.

Vitenskapelig artikkel



UTSNITT FRA ILLUSTRASJON: AGE PETERSSON

PSYKOTERAPIENS MUSIKK

Å bli møtt på en annen måte enn man har vært vant til, skaper noe av den samme tvetydigheten som improvisert musikk. Man vet ikke helt vet hvor det ender, skriver Nils Eide-Midsand.

Les også Unni Tanum Johns oppsummering av sin doktorgrad om musikalske mikroprosesser (side 429).

*Fagessay,
Oppsummert*

- 389 **Stemmetrening**
Leder | Bjørnar Olsen
- 392 **Vil vekke psykologene**
Nå: Tommy Sotkajævi | Per Olav Solberg
- 394 **Prosjekt sterkere stemme**
Reportasje | Nina Strand
- 404 **Kompleks post-traumatisk stesslidelse**
Vitenskapelig artikkel | Sverre Urnes Johnson et al.
- 416 **Personlig recovery**
Fra praksis | Ivar Elvik et al.
- 422 **The Greatful Dead og improvisasjoner i psykoterapi**
Fagessay | Nils Eide-Midsand
- 429 **Musikalske mikroprosesser**
Oppsummert | Unni Tanum Johns
- 434 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Behandling av kompleks PTSD krever tid og ressurser | Cathrine Meyer Amundsen et al. (s. 434), Presidentkamp (s. 438), Vitenskapelig publisering (s. 441)
- 443 **INNTRYKK**
Bokessay: De andres blikk | Svein Arthur Kallevik (s. 444)
Bokanmeldelser: Gode nyheter om schizofreni (s. 448),
En inspirerende katalog (s. 450)
- 451 **Minneord: Turid Vogt Grinde (1924–2019)**
- 452 **Minneord: Marianne Elisabeth Løchen Weltzien (1960–2018)**
- 453 **Annonser**
- 463 **Stillingsannonser**

Vil vekke psykologene

Tommy Sotkajærvvi er bekymret for lavt engasjement blant medlemmene i Norsk psykologforening. – Lite involvering fra grasrota er et demokratisk problem jeg ønsker å gjøre noe med, sier han.

TEKST Per Olav Solberg | FOTO Fartein Rudjord

– Hvorfor vil du bli president i Norsk psykologforening?

– Da Tor Levin Hofgaard trakk seg som kandidat, begynte folk i lokallaget i Akershus å spørre om ikke jeg ville stille, både på grunn av engasjementet mitt og perspektivene jeg har på psykisk helse. Så tenkte jeg: Hvorfor ikke? Etter en lang prat med styret i lokallaget fant jeg ut at dette var noe jeg virkelig hadde lyst til.

– Håkon Skard har frontet det han mener er en neglisjering av spesialisthelsetjenesten i sitt kandidatur som president. Hva vil bli din(e) fanesak(er)?

– Jeg er opptatt av hva en president skal være. Det er ikke min rolle å ordne opp i spesialisthelsetjenesten alene, men å representere alle medlemmene i foreningen sammen med de andre ansatte i fagforeningsapparatet. Jeg skal representere de som jobber i kommunen, i spesialisthelsetjenesten, de som arbeider privat, studentene og universitetene, for å nevne noen grupper. Jeg tenker at presidentvalget først og fremst handler om å velge en person, ikke en sak. Det betyr ikke at jeg ikke er opptatt av spesialisthelsetjenesten og de som jobber der. Jeg forstår misnøyen blant medlemmene.

– Kan du utdype det?

– Jeg synes hovedsatsingsområdet til foreningen tar for mye plass. Derfor ønsker jeg å organisere foreningen på en annen måte, som jeg skriver om i kronikken (se side 438). Hovedsatsingsområdet har handlet mye om de områdene vi skal inn i, om de samfunnsoppgavene vi skal løse, og ikke om utfordringer vi har her og nå. Det har vært for lite fokus på de tjenestene

Hvorfor NÅ?

- Tommy Sotkajærvvi er kandidat til vervet som president i Norsk psykologforening i tillegg til Håkon Kongsrud Skard.
- Sotkajærvvi kommer fra Kirkenes i Finnmark og jobber til daglig som kommunepsykolog i Røyken kommune i Akershus.
- Akershus og Sotkajærvvi har foreslått klimapsykologi som hovedsatsingsområde for foreningen de neste årene.

vi *har*, og hvor de fleste medlemmene jobber. Folk føler seg oversett når det brenner i spesialisthelsetjenesten, og når det ikke oppleves som at dette er et sentralt tema i medlemsorganisasjonen. Jeg vil at Psykologforeningen skal tenke todelt: ha et utviklingsområde som peker framover, og et fokusområde som er her-og-nå, der for eksempel utfordringer i spesialisthelsetjenesten prioriteres.

– Hva er hovedutfordringen i spesialisthelsetjenesten etter din mening?

– Det stilles stadig høyere krav til behandlerne. Pakkeforløp, lovnader om raskere og mer effektiv behandling kombinert med den stadige underbudsjetteringen av psykisk helse og rus, presser flere pasienter inn i forløp. Men antallet psykologer som skal behandle har ikke økt. Man må huske at det er stor variasjon i tiden en behandling tar, fordi hvert forløp er unikt. Vi kan ikke standardisere oss vekk fra den sannheten. Pakkeforløpene begrenser i prinsippet ikke lengde på terapi, men hva kan man gjøre når man skal ta unna flere og flere pasienter og det begynner å hope seg opp? Det blir press om å skrive ut pasienter raskt, selv om pasientene og behandlingen blir skadelidende. Det er da de store indre konfliktene oppstår. Vi blir presset på vår faglige integritet.

– Du er kommunepsykolog til daglig. Fra utsiden er det lett å tenke at du vil bli president for forebygging og tidlig innsats, mens Skard vil bli president for spesialisthelsetjenesten. Hva tenker du?

– Jeg jobber i kommunehelsetjenesten nå, men jeg har bred erfaring fra hele psykisk helse-



ALLES PRESIDENT Tommy Sotkajærv ønsker å ha en bred profil hvis han blir valgt som president i Norsk psykologforening. – Det er ikke en enkelt-sak som skal velges på landsmøtet, men det nye talerøret for Psykologforeningen, sier han.

feltet. Jeg tror styrken min er at jeg nettopp har vært innom mange steder, fra DPS i Finnmark til kommunepsykolog i Røyken i Akershus. Jeg ser hvordan alt henger sammen med alt. Et eksempel: Jeg jobbet i en periode som kommunepsykolog i Lørenskog kommune. Jeg søkte meg dit blant annet fordi de hadde fått til gode tilbud i kommunen som reduserte inn-takstrykket på BUP. Dette var interessant. Vi kan ikke sette ting opp mot hverandre: spesialisthelsetjeneste vs. kommune. Eller behandling vs. forebygging/helsefremming. En god balanse mellom tjenestene er poenget og noe jeg brenner sterkt for.

– Du og ditt lokallag har foreslått klimapsykologi som nytt hovedsatsingsområde. Hvorfor? Og hvordan skal det sette sitt preg på foreningen?

– Klimaproblemene er den største utfordringen i vår tid, og psykologisk kunnskap kan spille en stor rolle for å få folk til å endre atferd i mer klimavennlig retning. Uavhengig av hvorvidt klimapsykologi blir satsingsområde eller ei, bør vi være en del av samtiden, og jeg vil være opptatt av muligheter for å stå fram som et eksempel i min daglige dont. Jeg vil også se på mulig-

heter for å gjøre foreningen mer miljøvennlig. Jeg har registrert at den svenske psykologforeningen har vedtatt at de ikke lenger skal bruke fly til tjenestereiser. Jeg vil ikke være en diktator som sier at vi nå skal gjøre det samme hos oss; det er tross alt mange grunner til at folk flyr. Men vi kan for eksempel legge opp til løsninger som gjør det langt mindre nødvendig å fly. Som å ta i bruk teknologisk infrastruktur for å styrke lokaldemokratiet i foreningen. Det kan ikke være slik at det som foregår for medlemmer, skjer i lukkede medlemsmøter i Kirkegata i Oslo. Vi må bruke chatte- og video-tjenester til å engasjere medlemmene, de må oppleve at det er svært enkelt å involvere seg uten å måtte dra til Oslo. Lite involvering på grasrota er et demokratisk problem for foreningen. Tenker vi nytt om digital infrastruktur, vil det også være et godt klimatiltak som medfører færre reiser.

– Presidentskapet i Norsk psykologforening har vært sentralisert. Hvordan vil din Finnmarks-bakgrunn prege deg som president, og hvordan vil medlemmene merke dette?

– Jeg har kjent på kroppen hva utenforskap betyr. Som finnmarking vokser du opp med en opplevelse av å være «svak part», å ikke bli tatt helt på alvor når viktige beslutninger fattes i Oslo. Bare tenk på opprøret da det ble vedtatt at Finnmark og Troms skulle slås sammen. Det ble veldig følelsesladet for mange og knytter seg til en lang historie om å bli behandlet som mindreverdig. Dette er også noe jeg har med meg. Men det har også gjort meg svært bevisst på hva samhold og sterke bånd i en gruppe betyr. Det å kunne være raus og bry meg om andre, det tror jeg kommer til å prege meg hvis jeg blir president. Jeg er opptatt av at folk skal bli inkludert, og jeg vil ha en inkluderende psykologforening. ✕



Prosjekt sterkere stemme

En gruppe innbyggere med langvarige psykiske helseutfordringer fikk stille fastlegen spørsmål om medisinene sine. Det utløste nye spørsmål de aldri hadde våget å stille tidligere. Et viktig skritt mot ekte medborgerskap, mener psykolog.

TEKST Nina Strand | **FOTO** Fartein Rudjord



3.

HUN JOBBER FOR å realisere politikernes festtaler. Verdiene som forkynnes i dagens helsepolitiske dokumenter, må omsettes i praksis, slik at ansatte i Bærum kommune gir god og oppdatert helsehjelp.

– Medborgerskap, autonomi og medbestemmelse. Disse verdiene er den røde tråden i arbeidet mitt, sier fagutvikler og psykologspesialist Bente Engh Eggen. Stemmen er lav, men med en spesiell intensitet. Et blått, fast blikk møter mitt.

Vi sitter på et møterom i Bærum rådhus med sitt ikoniske klokketårn som rager over Sandvika by ved Oslofjorden. Eggen jobber som psykologspesialist i kommunens Psykisk helse og rustjeneste.

Da hun for fem år siden ble ansatt i kommunen i en nyopprettet psykologstilling, ønsket hun å bidra der tjenestene skapes, der avgjørelsene tas. I dag er hun glad for at hun har 25 års erfaring som klinisk psykolog på mange felt og tjenestenivåer og spesialisering i samfunnspsykologi, for stillingen hun skal fylle, er mangfoldig.

– Jeg har hørt at du jobber med dem som har mer langvarige psykiske helseutfordringer. De som bor i kommunale boliger? Jeg ønsker å lage en journalistisk sak om dem.

– Nei.

Hun ser på meg.

– Jeg jobber ikke direkte klinisk med denne gruppa, da er det andre du bør snakke med. Min oppgave er å jobbe systemisk. Jeg underviser



1. GOD KONTAKT Bjørn Prestegard og kontaktsykepleier Hege Løvåsen deltok sammen i kommunens legemiddelprosjekt. I dag snakker de om historieboka han leser for tiden. **2. JOBBEN** – Jeg setter pris på at oppgavene varierer, sier Bjørn Prestegard på arbeidsplassen Arba. **3. VAKRE OMGIVELSER** I villaen på Bjørnegård kan Prestegard spise middag når han ikke lager den selv.

PSYKISK HELSE I KOMMUNE-NORGE

Frem mot kommune- og fylkestingsvalget i høst retter Psykologtidsskriftet søkelys på psykisk helsefeltet i et utvalg kommuner. Journalistene i tidsskriftet drar til sin hjemkommune og rapporterer derfra.

- Vi tok brukerne med i legemiddelprosjektet. Det var banebrytende

Bente Engh Eggen

Bærum kommune i Akershus

- 126 841 innbyggere (2018)
- 31 psykologer er ansatt i kommunen.
- Forskjellen i forventet levealder mellom de som har grunnskole som høyeste utdanning og de som har videregående eller høyere utdanning, er større enn i landet som helhet.
- Politikken i Bærum har nesten uavbrutt vært styrt av Høyre siden partipolitikken startet.
- Høyre vil styrke bruken av recovery-orienterte tilnærminger i psykisk helse og rus-feltet.

Kilder: baerum.kommune.no, Bærum Høyres parti-program 2019-23, wikipedia, Folkehelseprofilen 2018

og veileder sykepleiere, sosionomer og vernepleiere slik at de kan drive forebygging og endringsarbeid i det daglige, sier Eggen.

Jeg blir forvirret. Nylig fikk jeg vite at det er ansatt 31 psykologer i Bærum. Er det ingen av dem som jevnlig snakker med kommunens mest syke?

HAR DU SAGT A ...

Nå viser det seg at Eggen jobber for å bedre livssituasjonen for mennesker med langvarige psykiske helse- og rusutfordringer. Riktignok uten å ha mye nærkontakt med dem. For omkring tre år siden ledet hun et prosjekt der fire personer med langvarige psykiske helse- og rusutfordringer skulle få mer innsikt i og innflytelse over sin bruk av legemidler. Valg av målgruppe var ikke tilfeldig. Psykologen brenner spesielt for denne pasientgruppa, men tviler på om de i dag får god nok hjelp og oppfølging i norske kommuner. Undersøkelser viser at mange i denne gruppa går på de samme medisinene og har hatt de samme diagnosene i flerfoldige år.

– Det betyr at legemidlene de tar, ikke nødvendigvis er riktige, sier psykologen.

Hun mener denne situasjonen truer viktige verdier.

– For hva betyr det egentlig når Høie snakker om at brukerne skal kunne gi et informert samtykke? Jo, at brukerne trenger *kompetanse*, i dette tilfellet om legemidlene. Da må en sørge for at de *har* eller *får* denne kompetansen.

Eggen og kollegene hennes gjennomførte et forbedringsprosjekt knyttet til Pasientsikkerhetsprogrammet, der deltakerne skulle få hjelp til å gjennomgå både sine diagnoser og sine legemidler. Lignende prosjekter hadde vært gjennomført i flere kommuner og med andre pasientgrupper tidligere. Men Eggen og kolleger gjorde en avgjørende vri: Dette skulle ikke begrenses til et samarbeid fagfolkene imellom. Brukerne selv skulle delta og ha en aktiv rolle. Det var nytt. Men har man sagt A, må man si B, mener hun.

– Bærum har vedtatt at de skal være en recovery-kommune. Det har konsekvenser. Da kan du ikke bare si til en bruker: Disse medisinene skal du gå på fremover. Du må *spørre* brukeren. Vi tok brukerne med i legemiddelprosjektet. Det var banebrytende, sier psykologen.

HJEMME HOS

Et par kilometer vest for rådhuset i Sandvika ligger den hvite villaen som inntil nylig huset Bjørnegård psykososiale senter. Nå er døgntilbudet tatt bort, og navnet endret til Bjørnegård aktivitetshus. Ved siden av villaen ligger en toetasjes husrekke med ni leiligheter. Her bor folk som jevnlig får oppfølging av kommunen, og her bodde deltakerne i legemiddelprosjektet da det pågikk. Blant andre Bjørn Prestegard, som har sagt ja til å fortelle Psykologtidsskriftets lesere om sine erfaringer med prosjektet.

En vårdag i slutten av mars går jeg opp alléen som strekker seg langs den lange bakken til Bjørnegård. Prestegard på 59 år har bodd her siden de kommunale boligene var nye i 2003, og tar vennlig imot meg. Hege Løvåsen, som i dag er Prestegards hovedkontakt, venter inne i stua. Som psykiatrisk sykepleier deltok også hun i legemiddelprosjektet.

Det er en lys og hyggelig leilighet med stue og kjøkken i ett, og plass til et spisebord med fire stoler, en sofagruppe og TV og bokhyller. Vi kommer raskt i prat. Prestegard og jeg er nesten jevnaldrende, jeg vokste opp i nabokommunen Asker, og har bodd i Bærum siden tidlig på 90-tallet. Han og jeg har tråkket i mange av de sammen sporene i Asker og Bærum.



ADVARER - Vi i helsetjenesten bestemmer så mye for folk. Dermed har de ikke nødvendigvis erfaringen og kompetansen som skal til for å ta valg på egne vegne slik den nye helselovgivningen forutsetter, sier psykologspesialist Bente Engh Eggen.

Vi ler litt når jeg forteller at da foreldrene mine ikke lenger greide å holde hagen sin i orden, fikk de hjelp av nettopp firmaet han har jobbet i siden 1985.

Prestegard har noen vonde minner fra oppveksten. Skolearbeidet gikk bra, men han hadde få venner, og ble mobbet i perioder. Det gikk likevel på et vis, men i militæret endret det seg, og han ble psykisk syk. Etter militæret begynte han på universitetet, men måtte gi opp det da sykdommen ble dominerende i livet hans. Kunnskapstørsten forsvant imidlertid ikke. Han er spesielt interessert i historie, og liker å bryne kunnskapene sine på kviss. Derfor setter han pris på fredagsritualet på jobben, der ukesslutt markeres med kviss og vafler, eller frukt.

Prestegard setter seg ved siden av sykepleier Løvåsen i sofaen, og sammen gjenoppfrisker de legemiddelprosjektet de deltok i. Inntil da administrerte Prestegard medisinene sine selv. Dermed snakket han ikke så mye med de ansatte, for eksempel om bivirkninger av medisinene han gikk på, eller om bekymringer han

hadde over å gå på flere medikamenter samtidig. I dag er det annerledes

Legemiddelprosjektet inkluderte fire personer og hadde to mål, forklarer Løvåsen. For det første å sørge for at legemiddellistene for den enkelte beboeren var like i hjemmetjenesten og hos fastlegen. For det andre skulle hver av beboerne få en tverrfaglig gjennomgang av medisinene for å se om medisineringen var optimal, og om diagnosen var oppdatert. Sammen med sykepleier Løvåsen møtte Prestegard opp hos fastlegen, som også hadde besøk av en farmasøyt i tillegg til prosjektleder Bente Engh Eggen og avdelingslederen for psykisk helse og rus.

Som pasient var det en uvant opplevelse å være sentrum for innspill fra så mange fagfolk, minnes Prestegard. Og ikke bare enkelt.

- Det var ikke så morsomt å høre at jeg var schizofren. Selv om jeg egentlig hadde visst det lenge.

- Ja, hvordan er det å ha en sånn diagnose?

- Jeg gidder ikke å tenke så mye på det. I dag omgås jeg venner som er psykisk syke, men jeg



STILTE SPØRSMÅL Som deltaker i legemiddelprosjektet ønsket Bjørn Prestegard å vite hvilke bivirkninger medisinene hans hadde.

– Da jeg deltok i legemiddelprosjektet, hadde jeg ikke ønsker om å trappe ned på medisinene, men jeg ville at dosen skulle være riktig

Bjørn Prestegard

har også jevnlig kontakt med Munkegjengen, som vi kaller oss. Vi har holdt sammen siden vi gikk på barneskolen og gymnaset, og drar av og til på turer sammen. Ingen av dem har psykiske diagnoser, og jeg tenker heller ikke mye på at jeg har det, når jeg er sammen med dem, svarer Prestegard.

RYDDET OPP

Gjennom prosjektet ble det lettere å snakke om medisineren, men også om andre temaer, mener Hege Løvåsen. Hun snur seg mot Prestegard:

– Jeg opplevde legemiddelprosjektet som en invitasjon til at vi ble mer kjent, jeg syntes vi kunne snakke sammen på en ny måte, også om andre temaer enn helsa. Det ble også lettere å spørre deg mer konkret om ting, om du hadde fått tatt blodprøver, for eksempel. Og etter prosjektet brukte du medisinene slik legen mente du skulle bruke dem, sier hun.

Han nikker.

Løvåsen forteller at hun og beboerne la ned mye arbeid før de skulle i møtet med fastlegen. – Husker du, Bjørn? Psykolog Bente hadde lagd en brosjyre, som blant annet hadde forslag om hva du kunne spørre om når du kom til møte hos legen, sier sykepleieren.

Hun snakker om brosjyren med spørsmål som alle i prosjektet fikk, og som skulle hjelpe deltakerne med å få fram spørsmål, bekymringer og tanker de hadde rundt diagnosen sin og medisinene de brukte. Brosjyren er opprinnelig utviklet av Patricia Deegan, en britisk forsker med brukererfaring, og Bente Engh Eggen oversatte den til norsk som et ledd i å gjøre deltakerne best mulig skodd i møtet med fastlegen og de andre fagfolkene. For henne handlet det om å myndiggjøre deltakerne.

I legemiddelgjennomgangen hos fastlegen stilte Prestegard spørsmål hvordan medikamenter han brukte, kunne påvirke hverandre negativt, og om bivirkninger mer generelt.

– Det kan jo få dramatiske konsekvenser hvis noe går galt her, jeg må jevnlig ta blodprøver, sier han nå.

Av farmasøyten lærte han om bivirkninger fra medikamentene han tok, og om bivirkninger som kunne skyldes kombinasjonen av legemidler. Han fikk også råd om en medisin han kunne ta ved behov.

– Jeg har en del angst og noen lydforsterkende anfall. Alle lyder virker høyere, det er

litt stressende. Nå kan jeg ta bestemte medisiner hvis det skulle skje. Det var fint å få bedre oversikt over hvordan medisinene skulle brukes.

– Du hadde ikke sagt til legen din at du hadde disse problemene?

– Nei, jeg hadde ikke det. Jeg trodde ikke at tabletter kunne hjelpe til med dette.

Prestegard forteller at han har brukt antipsykotika siden han var 22 år. De psykotiske episodene kommer oftere hvis han ikke bruker medisiner.

– Nå for tiden er det en del som ønsker enten å trappe ned på bruk av antipsykotika eller å slutte helt med dem. Har du slike tanker?

– Nei. Uten medisinen får jeg sterke mareritt. Da jeg deltok i legemiddelprosjektet, hadde jeg ikke ønsker om å trappe ned på medisinene, men jeg ville at dosen skulle være riktig, svarer han.

ETTERPÅKLOSKAP

Når psykolog Bente Engh Eggen tenker tilbake på legemiddelprosjektet, blir hun rørt. Spesielt når hun ser for seg møtene mellom fagfolkene og den enkelte brukeren. Her fikk noen av brukerne vite helt nye ting om seg selv og sin helsetilstand. Ting de ikke hadde blitt forklart eller hadde forstått, fordi man ikke visste at *de* ikke visste. Både det å kunne spørre og det å få svar virket forløsende, men også rystende, ifølge psykologen. «Kan jeg spørre om hva som helst?» spurte en av deltakerne. Han fikk til svar at det kunne han. Et vendepunkt for deltakeren, ifølge Eggen. Hun mener spørsmålet uttrykker en usikkerhet: Kan jeg spørre om det som er viktig *for meg*? Det å bli møtt med respekt og oppfordring til å spørre om hva som helst gjorde at han spurte om ting han lenge hadde tumlet med, men aldri hadde våget å spørre om før nå. Psykologen mener dette igjen kan føre til at han også i fremtiden kan og tør involvere seg mer i sin legemiddelbruk og sin egen helse.

– Flere av deltakerne hadde bekymret seg for hvordan legemidlene de brukte, virket sammen, og farmasøyten fikk mange spørsmål om det. Enkelte medikamenter har alvorlige bivirkninger, og særlig i kombinasjon med andre legemidler. Det ble noen sterke følelsesmessige reaksjoner blant dem som fikk bekreftet sine bekymringer. Men bare det at de fikk lov til å spørre om alt de var usikre på, gjorde dypt inntrykk. Noen skalv, noen gråt, forteller Eggen.

Et hovedfunn i prosjektet var at av 43 legemidler var det bare fem som hadde *en oppgitt indikasjon* og var dokumentert, med andre ord hadde en medisinsk begrunnelse for hvorfor brukeren skulle ha legemiddelet. Antall legemidler på fire mennesker kan virke høyt, men ifølge Eggen er ikke dette uvanlig. Her er det mye å ta tak i, mener psykologen.

– Da prosjektet startet, ble vi møtt med at disse brukerne var for syke til å være med på dette. Forståelig nok var noen av de pårørende skeptiske, de var urolige over hva vi satte i gang. Men nå skjer det store endringer i fagfeltet. Der hvor recovery var revolusjonerende tidligere, er det nå en selvfølge. Hvis du ikke jobber recovery-orientert i helsetjenesten nå, følger du ikke med, sier hun.

Bærum kommune har vedtatt at recoverytenkningen skal ligge til grunn for helsetjenesten. I kommunens innovasjonsstrategi brukes begrepet paradigmeskifte knyttet til det man nå kaller «kommune 3.0», et begrep hentet fra Skanderborg kommune i Danmark. Det som kjenner seg ut for kommune 3.0, er at kommunen er på vei bort fra det såkalte «servicesamfunnet» og over mot «felleskapssamfunnet». Brukeren er ikke en kunde (som i kommune 2.0), men en innbygger som skal bidra

Les i tidligere numre



I aprilutgaven dro journalist Øystein Helmikstøl til sin hjemkommune Strand i Rogaland. I reportasjen Lokalpsykologene møtte vi en PP-psykolog og en kommunepsykolog på jobb i Strand.



I marsutgaven dro journalist Nina Strand til Villa Walle i Bærum i Akershus, som er et samlingssted for mennesker med psykisk helseutfordringer og som står utenfor det ordinære arbeidslivet.



FØLGER MED - Som allmennlege får jeg over tid mye kjennskap til forholdene pasientene mine lever i. Dermed kan jeg avlaste tidlig når problemene begynner, sier Kenneth Sagedal. Vel en av fire av hans konsultasjoner handler om psykisk helse.

- Jeg har aldri sett en psykolog i et møte rundt en av mine pasienter her i kommunen

Kenneth Sagedal

i fellesskapet. Innbyggeren blir sett på som en «samprodusent av offentlige tjenester».

Men – det er ikke gjort i en fei å få mennesker som er uvant med å ha innflytelse over sitt eget liv, til plutselig å skulle ta avgjørelser, påpeker Eggen. I møte med mennesker som har brukt alle ressursene sine på å overleve, og som ikke kjenner til rettighetene de har i samfunnet, holder det ikke bare å stille spørsmål – og så forvente klare og gjennomtenkte svar. Innbyggere med lang fartstid som pasient i psykisk helsevern har ofte liten erfaring med å kunne bestemme over seg selv. De må få muligheten til å lære og få kompetanse på hvordan man kan ta gode beslutninger for seg selv, mener psykologen.

– Noe av det mest alvorlige, mener jeg, er at vi i helsetjenestene bestemmer så mye for folk. Dermed får de ikke nødvendigvis den erfaringen og kompetansen som skal til for å ta valg på egne vegne slik den nye helselovgivningen forutsetter, sier hun.

Og her mener hun vi er ved essensen i prosjektet: Ikke alle vet hva de skal spørre om eller etterlyse når de endelig får muligheten.

Et overraskende resultat av legemiddelprosjektet var at det styrket fellesskapet også deltakerne imellom. De bodde alt i samme husrekke, men til da hadde de hatt liten kontakt med hverandre. Det endret seg med prosjektet, ifølge psykologen. Deltakerne hadde blitt møtt med respekt, og hadde fått en ny forståelse av livssituasjonen sin gjennom å kunne stille spørsmål om «hva som helst». I stedet for å bruke kreftene på å beskytte seg mot omverdenen oppdaget de nå et fellesskap med hverandre.

– Når vi ikke låser mennesker fast i en diagnose, men viser vår respekt, da tar vi et relasjonelt grep. Kjernen i det hele er det å erfare at man kan være i kontakt med andre på sine egne premisser, sier Bente Engh Eggen.

FASTLEGE I SILO

En av legene som deltok i legemiddelprosjektet, var Kenneth Sagedal. Da vi møter opp til intervju på hans trange og overfylte kontor i Sandvika, er det travelt. Fastlegen måtte trå til da en av pasientene hans ble akutt psykotisk, men nå har andre overtatt ansvaret. På kontoret hilser vi også på Sagedals student, som er overrasket over hvor stor andel av fastlegejobben som dreier seg om psykiske helseproblemer. I formiddag var det akutt for to av legens



HØL I CV-EN Kaffevogna i Sandvika blir kalt «jobb på fire hjul». Initiativtaker og sosionom Kenneth Strand sørger for kaffekompetanse og baristapraksis til innbyggere som trenger arbeidstrening.

pasienter, og senere på dagen skal han på sykebesøk til en tredje pasient, som bor i Oslo, og også trenger rask oppfølging.

Sagedal har vært fastlege i Bærum siden 1997. Han har også vært sosiallege her i 16 år, og mener fastlegen har en unik posisjon i helsetjenesten ved å følge folk gjennom lang tid, gjennom mange faser i livet. Dermed får han mye kunnskap om livet deres, forholdet til jobben, og til familien. Ofte har han flere medlemmer av en familie som pasienter.

– Jeg kan kjenne noen før de fødes, fordi moren er pasient hos meg, og andre helt til de dør. I noen faser av livet har de det greit, andre faser er mer kompliserte, men fastlegen følger dem hele tiden, sier legen.

– Psykologer jeg har snakket med her i kommunen, samarbeider med helsesøstre, barnehage og PPT. Men de har lite samarbeid med fastlegen. En sa at de kanskje glemmer legene?

– Jeg har i alle fall aldri sett en psykolog i et møte rundt en av mine pasienter her i kommunen. Psykologene i annenlinje kjenner jeg selvfølgelig. Jeg skulle ønske at de langvarig og svært alvorlig syke fikk den mest kompetente psykologiske hjelpen og behandlingen i kommunen. Det trenger ikke bare være i form av tradisjonell terapi, men også veiledning som kan gagne flere, svarer Sagedal.

Han er oppgitt over omorganiseringer i tjenestene, og mener mange pasienter blir tapere i slike prosesser, fordi de ikke takler denne typen endringer.

– Om igjen og om igjen må tilbudene til multisyke tilpasses kommunale omorganiseringer.

– *Hva hjelper du disse med i tillegg til diagnosesetting og medisinerer?*

– Som allmennlege har jeg over tid fått mye kjennskap til pasientene og forholdene de lever i. Dermed kan jeg avlaste tidlig når problemene begynner, svarer Sagedal, som legger til at ved behov kan allmennlegen gi støttesamtaler, ta i bruk kognitive teknikker og initiere ulike former for avlastning eller tilbud i kommunale tjenester.

Nå har han sammen med studenten sin sjekket pasientlistene over en representativ periode.

– Vel en av fire hadde søkt legetime for primært en psykisk lidelse, og går til behandling for det hos meg. Mange med kroniske psykiske plager ønsker kontinuitet, de ønsker å slippe å gjenta sin kompliserte historie før de får motta hjelp, sier han.

LÆRES OPP I RECOVERY

«Høl i CV-en. Coffee & Food Truck» lyder logoen på den grønne kaffevogna sentralt plassert ved

Sandvika torg. Fotografen og jeg rakk en kaffe her før vi tok beina fatt bort til fastlegens kontor. I vogna står initiativtaker og sosionom Kenneth Strand, sammen med en av dem som har fått opplæring som barista, og som jobber her på deltid. Noen dager senere blir nettopp Høl i CV-en trukket fram i vårt intervju med Hilde Rosenlund, seksjonsleder for psykisk helse og rus i Bærum.

– Foodtrucken skal være en bro over i det ordinære arbeidslivet. Flere som jobber der, strevde før med å komme seg ut av leiligheten, nå står de der og tar imot kunder, sier Rosenlund.

Sammen med kommuneoverlege Frantz Leonard Nilsen møter hun Psykologtidsskriftet for å svare på spørsmål om kommunens tilbud til gruppa med langvarige psykiske helseutfordringer. For hvorfor er det ingen av de 31 kommuneansatte psykologene som har direkte kontakt med innbyggere som har langvarige psykiske helseutfordringer?

Kommuneoverlegen ser spørsmålet i historisk lys. Lenge var psykiatrien dominert av legene, og oppfølgingen av pasientene i stor grad rent medisinsk, med vektlegging av diagnose. I dag legger helsepolitikere og fagfolk større vekt på pasientenes egne ressurser, og har som mål at innbyggerne i størst mulig grad skal klare seg best mulig i sin egen hverdag, og kjenne på selvstendigheten i sitt eget liv.

– I dette perspektivet har høyskoleutdanned personell som sykepleiere, vernepleiere og sosionomer med tilført kompetanse innenfor dette satsningsområdet vært hensiktsmessig, poengterer han.

Nå skal kommunen se på tilbudet de gir til *alle* brukergruppene innenfor rus og psykisk helse. Et viktig spørsmål er om man trenger annen kompetanse, og om de ansattes kompetanse brukes optimalt.

– Da er det naturlig for oss å vurdere hvordan psykologisk kompetanse skal brukes overfor gruppa vi snakker om nå. Skal psykologene gi direkte oppfølging, eller heller veilede dem som jobber for eksempel i kommunale boliger? Avgjørelsene tas i månedene som kommer.

– *Fastlege Sagedal mener det er paradoksalt at de med de alvorligste psykiske lidelsene må til spesialisthelsetjenesten for å møte en psykolog?*

– Det er jo slik at når en pasient får hjelp i spesialisthelsetjenesten, ligger behandlingsansvaret hos DPS. Når pasienten skrives

ut derifra, er det fastlegen som har behandlingsansvaret. Vi tenker ikke at psykologer i kommunen skal drive med varig behandling overfor denne brukergruppa, sier Nilsen. Det ville bryte med fastlegenes helhetlige pasientansvar.

Rosenlund peker på dagens forskyving av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten over til kommunene. Hun har sterk tro på Flexible Assertive Community Treatment (FACT), som Bærum startet opp i fjor høst. Dette er tverrfaglige team, og innebærer et samarbeid mellom DPS og kommunen. FACT gir hjelp der brukeren bor, eller oppholder seg. Teamene retter seg mot innbyggere med alvorlige psykiske lidelser og/eller rusproblemer.

– Vi er så heldige at vi er én stor kommune og ett DPS som vi samarbeider tett og godt med. Ved DPS har psykologene en selvfølgelig plass, sier hun.

– *Hvordan vil Bærum kommune følge opp legemiddelprosjektet?*

– Vi planlegger å følge det opp – langt ut over det farmakologiske perspektivet. Kjernen i dette er at de ansatte trenger bedre kompetanse i å øke pasientenes medbestemmelse og mestringsevne, svarer kommuneoverlegen, og blir supplert av Rosenlund:

– Det handler også om brukerens evne til å gjøre gode valg for seg selv. Det å skape eierskap til sin egen tilfriskningsprosess. Tjenestene våre er tuftet på recovery-tenkning, og vi jobber med å styrke de ansattes kompetanse i tilnærminger og metoder som støtter recovery. For eksempel programmet *Illness Management and Recovery* (IMR), sier seksjonslederen.

Men hvordan fungerer ambisjonene om myndiggjøring og recovery i praksis? Går alt på skinner i Bærum kommune? Jeg spør seksjonsleder Hilde Rosenlund.

– Alt går ikke på skinner, men vi ønsker sterkt å ha høy kvalitet på tjenestene våre, der brukerne blir «sjef i eget liv» og integreres i lokalsamfunnet. Men dette er en stor kommune. Det tar lang tid å implementere ting og gjøre endringer. Mange hoder skal lære seg nye måter å tenke på, og nye rutiner skal implementeres. Det er tidkrevende, svarer hun.

ET GREIT LIV

Da vi besøker Bjørn Prestegard på jobben to uker senere, finner vi ham i konsentrert arbeid



TETT PÅ En innbygger har fått et akutt psykoseanfall. Kommuneoverlege Frantz Leonard Nilsen skal til et møte, men rekker å bidra til pasienten får rask hjelp.

med å kappe plast til fruktkasser. Helt ok, synes Prestegard, som setter pris på at arbeidsoppgavene varierer.

– Dette er såkalt tilrettelagt arbeid, så man må ha en funksjonshemming for å jobbe her, forteller han.

Vi får følge med ham hjem, der middagen i dag skal inntas på kafé Binna i Bjørnegård aktivitetshus. Her spiser han ofte når han ikke lager middagen selv. I kveld skal han på kino med støttekontakten.

– Jeg har ingen store drømmer om endringer fremover, sier Prestegard. Han synes livet er greit nå. ✘

Recovery

Les mer om recovery i Ivar Elviks bidrag «Livsmestring: viktigere enn å behandle 'galskap'» side 416 og Fra arkivet «Hverdagslig bedring» side 442.

– Vi tenker ikke at psykologer i kommunen skal drive med varig behandling overfor denne brukergruppa. Det ville bryte med fastlegenes helhetlige pasientansvar

Frantz Leonard Nilsen

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2019 S. 404-415 FAGFELLEVDERT

SVERRE URNES JOHNSON¹, MIRIAM SINKERUD JOHNSON³, PETER SELE¹, ASLE HOFFART^{1,2}¹Modum Bad, ²Universitetet i Oslo, ³OsloMet – storbyuniversitetet

KONTAKT sverre.johnson@modum-bad.no

KOMPLEKS POST-TRAUMATISK STRESSLIDELSE

Fra latent konstrukt til nettverksforståelse

En tradisjonell forståelse av kompleks PTSD innebærer at symptomer betraktes som en konsekvens av diagnosen. I en nettverksforståelse ses kompleks PTSD som et kausalt nettverk av observerbare variabler.

Begrepet kompleks PTSD har siden 1990-tallet blitt anvendt i kliniske fagmiljøer og i faglitteraturen som en enhetlig, diagnostisk kategori. Imidlertid var det først i 2018 at kompleks PTSD ble anerkjent som en egen diagnose i *The International Classification of Diseases (ICD-11)* (Maercker et al., 2013b). ICD-11 definerer kompleks PTSD som en ensartet diagnose som er relatert til, men allikevel distinkt forskjellig fra post-traumatisk stresslidelse (PTSD) (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant & Maercker, 2013; Maercker et al., 2013a; 2013b). DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) har på sin side landet på en mer vidtfavnende PTSD-diagnose, der kompleks PTSD foreløpig ikke anses som en egenartet diagnostisk kategori (Resick et al., 2012).

Ulik forståelse av kompleks PTSD er følgelig nær knyttet til at PTSD-begrepet defineres forskjellig i diagnosesystemene. Videre vil valg av forståelsesramme ha betydning for forståelsen av psykiske lidelser som for eksempel PTSD og kompleks PTSD (Borsboom, 2017). Psykologiske diagnoser, som PTSD, er abstrakte fenomener som ikke er direkte observerbare og målbare. Å gjøre slike begreper målbare fordrer at begrepene postuleres som hypotetiske enheter som forårsaker observerbare tanker, følelser og atferd (Borsboom, 2017; Borsboom et al., 2016). En slik tilnærming til forståelse av psykiske lidelser omtales som en reflektiv måle-

ABSTRACT:

Complex post-traumatic stress disorder: From latent construct to a network perspective

Complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) is currently used as a diagnostic term and has been widely used in clinical disciplines. This article aims to discuss the concept and classification of CPTSD as a separate diagnosis. The traditional latent variable model is presented and an alternative understanding of CPTSD is exemplified through network analysis. The network approach conceptualizes symptoms as mutually interacting elements of a complex network. On the basis of network analysis, it may be beneficial to detect the mechanisms that maintain and operate the various symptoms. Centrality-indices may provide information about what kind of symptoms that are most closely related to other symptoms, thus a promising target for interventions. The article concludes that by identifying different networks, the treatment can be personalized to a greater extent.

Keywords: complex PTSD, network approach, network analysis, mechanisms

»



Nettverksperspektivet tilbyr en alternativ tilnærming til forståelsen og konseptualiseringen av symptomenes rolle i psykiske lidelser

modell. Nettverksperspektivet tilbyr en alternativ tilnærming til forståelsen og konseptualiseringen av symptomenes rolle i psykiske lidelser (Borsboom, 2017). I henhold til nettverksperspektivet oppstår psykiske lidelser som en følge av samspillet mellom ulike komponenter (symptomer) i et nettverk. I dette nettverket står symptomer i et gjensidig påvirkningsforhold til hverandre, snarere enn at en underliggende lidelse forårsaker symptomer.

Vi vil i denne artikkelen redegjøre for begrepet kompleks PTSD og diskutere ulike differensialdiagnostiske utfordringer ved å henvise til relevant forskning på feltet. Dernest vil vi drøfte begrensninger ved forståelsen av kompleks PTSD som en underliggende lidelse, og presentere nettverksperspektivet som en alternativ forståelsesramme. Den kliniske nytteverdien av nettverksperspektivet drøftes med utgangspunkt i en kasusbeskrivelse.

BEGREPET KOMPLEKS PTSD

Begrepet kompleks PTSD ble introdusert av den amerikanske psykologen Judith Herman på begynnelsen av 1990-tallet. I 1992 utga hun boken *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror*, som skulle vise seg å bli svært betydningsfull for fremveksten av begrepet kompleks PTSD. Med referanse til egen klinisk erfaring argumenterte Herman for at symptommønsteret hos personer som har opplevd langvarige relasjonstraumer, som vold og overgrep i barndommen, er distinkt forskjellig og mer kompleks enn symptomene som inngår i den etablerte PTSD-diagnosen (Ford & Courtois, 2014; Herman, 1992). Kompleks PTSD ble følgelig foreslått som en egenartet diagnose som særlig kjennetegnes av uttalte somatiske, kognitive, affektive, adferdsmessige og relasjonelle symptomer og problemer (Courtois, 2004; Herman, 1992; Jackson, Nissenson & Cloitre, 2010; Roth et al., 1997; Terr, 1991).

Nyere forskning antyder at eksponering for gjentatte traumer i barndommen, og særlig vold og overgrep, kan settes i sammenheng med komplekse psykologiske symptomer (Briere, Kaltman, & Green, 2008; Cloitre, 2006; Cloitre et al., 2009). Et eksempel er en studie av Briere, Kaltman og Green (2008), der 2453 kvinnelige studenter besvarte spørsmål med validerede psykometriske tester om 13 former for barndomstraumer, deriblant vold og seksuelle overgrep. Informantene ble også spurt om tilstedeværelsen av psykologiske vansker, som depresjon, angst, sinne/irritabilitet, påtrengende minner, unngåelse av traumepåminnelser, dissosiasjon, dysfunksjonelle seksuelle handlinger, dårlig selvbilde, selvskading og annen dysfunksjonell atferd rettet mot å redusere indre spenninger. Her fant man en generell sammenheng mellom antall bekreftede traumetyper og antall klinisk forhøyede symptomkategorier. Seksuelle overgrep og vold i barndommen var de traumetyperne som i sterkeste grad predikerte symptomkompleksitet.

Imidlertid er det verdt å merke seg at forskningen kun undersøker sammenhengen mellom antall traumatiske hendelser og antall symptomer. Eksempelvis er komplekse traumesymptomer også observert hos personer som har vært eksponert for én enkelt traumehendelse eller som har traumefaringer som ikke inkluderer relasjonstraumer som for eksempel brå død hos nærstående eller livstruende ulykke (Courtois, 2004; Dorrington et al., 2014). Også andre psykiske lidelser som har diagnostisk overlapp med kompleks PTSD, for eksempel depresjon og generalisert angstlidelse, har blitt observert hos personer som har rapportert om traumeerfaringer. Blant

Tabell 1. Oversikt over kriterier for PTSD og kompleks PTSD i DSM-5 og ICD-11

DSM-5	ICD-11	
PTSD	PTSD	Kompleks PTSD
Intrusjoner	Intrusjoner	Intrusjoner
Unngåelse	Unngåelse	Unngåelse
Hyperaktivering	Hyperaktivering	Hyperaktivering
Stemnings- og kognisjonssymptomer		Dysregulert affekt
		Negativt selvbilde
		Relasjonelle vansker

annet fremkom det i en longitudinell kohortstudie av 2223 barn i England og Wales at 642 (31 %) av informantene rapporterte om ulik grad av traumeeksposering før fylte 18 år (Lewis et al., 2019). Av de traumeeksposerte informantene rapporterte 54 % om psykiske lidelser eller problemer i løpet av det siste året, deriblant depresjon, GAD, atferdsproblematikk, oppmerksomhetsforstyrrelse eller rusmisbruk. Imidlertid fremkom det at 38 % av informantene som ikke rapporterte om traumeeksposering, rapporterte om tilsvarende psykisk lidelse eller problematikk, hvorav depresjon og GAD var de vanligste lidelsene. Lewis og medarbeidere (2019) rapporterte videre at 1/4 av de traumeeksposerte informantene også hadde PTSD. Av informantene med PTSD rapporterte også en høy andel om diagnoser som er delvis overlappende med PTSD, hvorav 54 % rapporterte om depresjon og 23 % om GAD. Slike funn antyder både at ikke alle personer som har opplevd traumeeksposering, utvikler følgetilstander, som PTSD. Samt at en høy andel av traumeeksposerte personer med PTSD også har flere psykiske lidelser med overlappende symptomatologi.

KOMPLEKS PTSD I DIAGNOSESYSTEMENE

Kompleks PTSD forstås og defineres ulikt i diagnosesystemene (se tabell 1). I DSM-systemet inkluderes flere symptomer som del av én lidelse. Videre defineres PTSD ved hjelp av 20 symptomledd som omfatter *de klassiske kjernesymptomene* (intrusjoner, unngåelse og hyperaktivering), og i tillegg *en ny kategori av «kognisjons- og humørsymptomer»*. I denne nye kategorien finner man symptomer som amnesi for traumet, forvrengte tanker om skyld for hendelsen, negative tanker om en selv, verden eller andre, vedvarende negative følelsetilstander,

tap av interesse og positive følelser, og følelser av avstand til andre mennesker. I tillegg er det spesifisert to symptomledd som knyttes til en dissosiativ subtype av PTSD.

ICD-systemet differensierer mellom to separate lidelser: PTSD og kompleks PTSD. Kompleks PTSD defineres videre i to trinn. Først må kriteriene for PTSD være oppfylt. Deretter må tre spesifikke tilleggskriterier, som samlet omtales som «forstyrrelser i selv-organisering», være oppfylt (Maercker et al., 2013b). Det første av disse kriteriene omhandler *vedvarende vansker med regulering av følelser og stemningsleie*, i form av under- og/eller overregulerte følelser. Det vil eksempelvis si å bli lett såret, reagere sterkt på mindre påkjenninger, ha vansker med å roe og samle seg etter sterke følelser, nummenhet eller depersonalisering og derealisasjon. Det andre kriteriet omhandler *et negativt selvbilde preget av en sterk skamfølelse og tanker om å være verdiløs*. Det siste kriteriet handler om *relasjonelle vansker*, spesielt det å kjenne seg avskåret fra andre, ha vansker med å være følelsesmessig nær andre og å unngå relasjoner. De tre tilleggskriteriene i ICD-11 er kliniske problemer som også inngår i flere andre diagnosegrupper, noe som reiser spørsmål ved om kompleks PTSD kan skilles fra andre diagnoser med lignende symptomatologi.

KOMPLEKS PTSD OG OVERLAPPENDE DIAGNOSER

Hvorvidt kompleks PTSD er en diagnose som er distinkt forskjellig fra PTSD, har blitt utførlig diskutert i faglitteraturen (Cloitre et al., 2013; De Jongh et al., 2016; Resick et al., 2012). Et annet diskusjonsmoment i forskningslitteraturen er om symptomer som inngår i kompleks PTSD, er overlappende med symptomer som inngår i andre diagnoser, for eksem-

»



Kompleksitet i en reflektiv målemodell innebærer at det ikke bare er én, men flere underliggende faktorer

pel GAD og depresjon (Dorrepaal et al., 2012; Resick et al., 2012; Wolf et al., 2015). En annen diagnostisk grenseoppgang som er debattert i litteraturen, er hvorvidt det er diagnostisk overlapp mellom kompleks PTSD og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (BPD, engelsk forkortelse). Brewin og medarbeidere (2017) argumenterer for at kompleks PTSD er distinkt forskjellig fra BPD, blant annet fordi BPD karakteriseres av en ustabil selvfølelse som skifter mellom positive og negative selvevalueringer og emosjonelt intense og ustabile forhold. Kompleks PTSD er på den andre siden definert ved et stabilt kronisk negativt selvbylde (Brewin et al., 2017). En nyere studie som har benyttet seg av nettverksanalyse, viser at symptomene på BPD og kompleks PTSD er atskilt (Knefel, Tran & Lueger-Schuster, 2016). Symptomene ved kompleks PTSD var sterkere knyttet sammen enn symptomene for BPD, noe som støtter forslaget om kompleks PTSD som en egen diagnose.

Diagnostisk overlapp er imidlertid et problem for en rekke psykiatriske diagnoser og ikke bare for kompleks PTSD (Kessler et al., 2012). For å kunne gjøre gode differensialdiagnostiske vurderinger kreves spesifikke utredningsverktøy som har diskriminerende validitet. Det vil si at de evner å skille kompleks PTSD fra andre diagnoser. Vi kjenner til to instrumenter under utvikling som måler tilstedeværelse av kompleks PTSD i samsvar med ICD-11. *International Trauma Questionnaire (ITQ)* er et selvrappor- teringsskjema som består av 12 ledd (Cloitre et al., 2018). Foreløpige studier indikerer at instrumentet har tilfredsstillende psykometriske egenskaper, og skiller mellom grupper av pasienter med PTSD, kompleks PTSD og BPD (Karatzias et al., 2017). Det semi-strukturerte diagnostiske intervjuet *International Trauma Interview* er foreløpig ikke publisert (Karatzias et al., 2017).

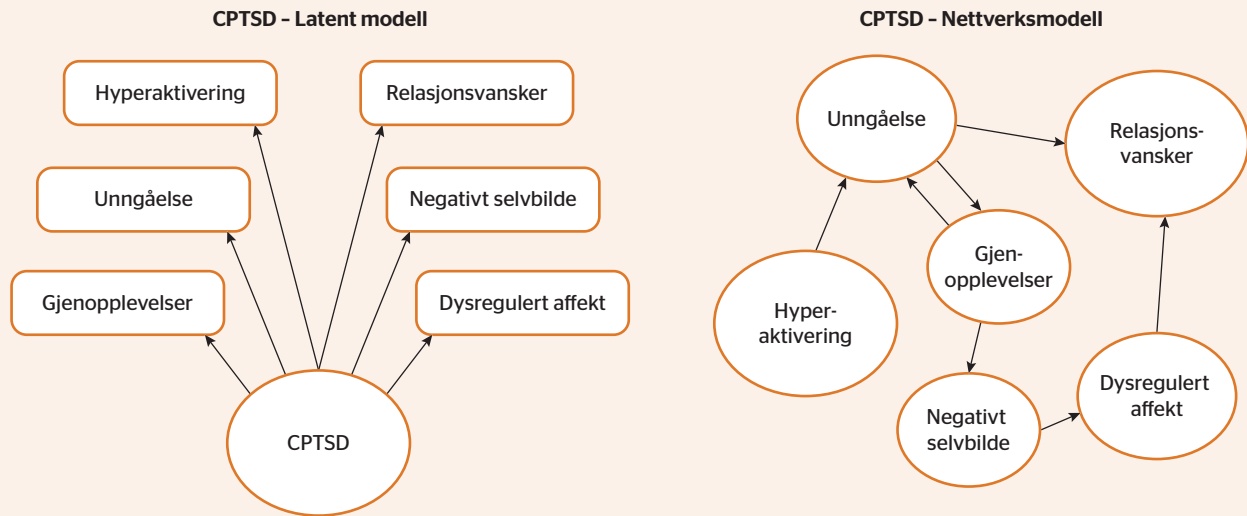
BEHANDLING FOR KOMPLEKSE TRAUMELIDELSER

Traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT), som blant annet innbefatter forlenget eksponering (Foa, Hembree & Rothbaum, 2007), har sammen med EMDR god dokumentasjon, og er de fortrukne behandlingsvalgene ved PTSD (Bisson et al., 2013). Disse metodene er også effektive i behandling av PTSD etter barndomstraumer (De Jongh et al., 2016). Traumefokuserte metoder har også vist seg nyttige ved

PTSD med alvorlig komorbiditet, som disso- siative symptomer og psykose (van Minnen et al., 2016). Enkelte behandlingsformer retter seg spesifikt mot symptomer og problemområder som i mange tilfeller synes å være spesifikke for personer med kompleks PTSD, som problemer i nære relasjoner og problemer med affektregulering (Cohen, Mannarino, Kliethermes, & Murray, 2012; Courtois, 2009). En pilotstudie med et randomisert kontrollert design viste lovende effekter av å integrere dialektisk atferdsterapi med forlenget eksponering (prolonged exposure) for pasienter som har PTSD og komorbid emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Harned, Korslund & Linehan, 2014). For pasienter med PTSD etter seksuelle overgrep i barndommen har en faseorientert terapi, der ferdighetstrening i følelses- og interpersonlig regulering etterfølges av tilpasset eksponeringsterapi, vist seg nyttig (Cloitre et al., 2010). Foreløpig mangler studier som sammenligner nyutviklede behandlingsalternativer for kompleks PTSD med de etablerte, traumefokuserte behandlingene for PTSD.

EN REFLEKTIV MÅLEMODELL I FORSTÅElsen AV PSYKISKE LIDELSER

En tradisjonell forståelse av kompleks PTSD innebærer at symptomer (skam, lav selvfølelse, flashbacks osv.) betraktes som en konsekvens av diagnosen (Maercker et al., 2013b). I et slikt perspektiv vil rasjoalet være at diagnosen er den underliggende variabelen som forårsaker symptomene. Akkurat som et virus gir symptomer, kan kompleks PTSD føre til et sett med symptomer. Symptomene i seg selv har imidlertid ingen årsakskraft. De er kun konsekvenser av den underliggende lidelsen. En slik reflektiv modell har en rekke implikasjoner. Ettersom diagnoser antas å bestå av atskilte latente fenomener, skal symptomene som inngår i kompleks PTSD-diagnosen, være høyere korrelert enn symptomer på tvers av andre diagnoser (konvergerende og divergerende validitet). Slike validitetsundersøkelser er, som vi har sett, vanskeliggjort av at de definerne diagnosekriteriene ved kompleks PTSD er uspesifikke. I en reflektiv modell antas det videre at korrelasjonen mellom symptomer er spurios. Den tillater ikke en årsakssammenheng mellom symptomer. Dette går mot kliniske intuisjoner om slike sammenhenger. For eksempel vil en problematisk selvopplevelse der en lett føler skyld, skam og verdiløs-



FIGUR 1 Kompleks PTSD som en reflektiv modell og en nettverksmodell.

het, kunne forårsake relasjonelle problemer i form av manglende tillit, vansker med selvhevdelse og frykt for nærhet. En reflektiv målemodell gir ingen informasjon om hvilke symptomer som er viktigst å adressere. Symptomene betraktes som likeverdige og utbyttbare indikatorer på den underliggende lidelsen. Ett symptom gir ikke informasjon utover den et hvilket som helst annet symptom gir. Informasjon som er nyttig for behandling, krever imidlertid en modell som viser *hvordan* symptomene påvirker hverandre (Hoffart & Johnson, 2017). En siste implikasjon følger av at en underliggende lidelse ses som årsak til symptomene. Følgelig fokuseres lidelsen (helheten) fremfor symptomene (delene) i teoretisering, forskning og behandling. Graden av lidelse måles følgelig ved summen av symptomer.

ET NETTVERKSPERSPEKTIV PÅ PSYKISKE LIDELSER

I en nettverksforståelse betraktes abstrakte begreper som kompleks PTSD som et kausalt nettverk av observerbare variabler. Nettverket representerer følgelig et alternativ til den reflektive modellen (Borsboom, Mellenbergh, & Van Heerden, 2003; Borsboom, 2017; Schmittman et al., 2013). Forskjeller mellom den reflektive målemodellen og et nettverksperspektiv illustreres i figur 1.

I nettverksmodellen ses de observerbare symptomene som selvstendige kausale fenomener som påvirker hverandre, og ikke som effekter av en underliggende lidelse. Nett-

verksanalyse gjør det mulig å analysere hvilke av symptomene eller mekanismene som er de sentrale og *driver* problemet, såkalt sentralitet (Fried et al., 2017). Den vanligste formen for sentralitet er basert på et symptoms inngående eller utgående forbindelser med andre symptomer. Hvis et symptom har en høy grad av sentralitet, så vil en pasient som utvikler dette symptomet, også ha høyere sannsynlighet for å utvikle andre symptomer. Det er utenfor rekkevidden til denne artikkelen å gi en fullstendig innføring i nettverksanalyse og det underliggende statistiske grunnlaget, men den interesserte leser henvises til Borsboom (2017), Fried og Cramer (2017) og Bringmann og Eronen (2018).

En undersøkelse av kompleks PTSD som et nettverk av symptomer vil innebære hypoteser om *nettverksdynamikk*. Det vil si hvordan livshendelser og endringer i visse symptomer fører til aktivering og de-aktivering av andre symptomer. En nettverksforståelse av kompleks PTSD kan illustreres ved et typisk kasus, som her kalles Line.¹

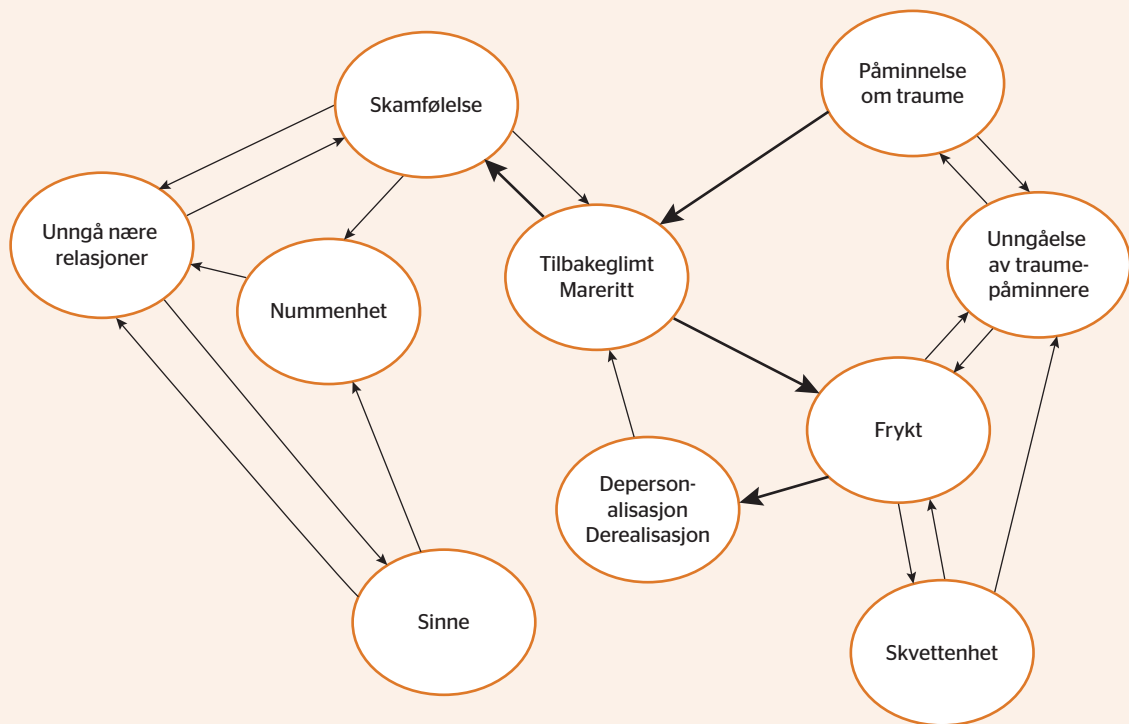
KLINISK EKSEMPEL KOMPLEKS PTSD

Line, en kvinne i 30-årene, søker hjelp for langvarige smerter i nakke og hode, spent muskulatur, indre uro og mareritt om overgrep fra stefaren i barndommen. Hun er hele tiden på vakt

.....

1. Kasuset er fiktivt, og konstruert for å synliggjøre noen vanlige problemer i pasientgruppen.





FIGUR 2 Pasientens nettverk av symptomer

for signal om fare, skvetter voldsomt av uventede lyder, har en altomfattende skamfølelse og en opplevelse av å ikke ha noen egentlig verdi, samt et sterkt kroppshat. Det er nesten umulig for henne å møte blikket til andre. Hun har ofte vansker med å kjenne egne følelser og fornemmelser. «Jeg eksisterer bare fra halsen og opp», sier hun. Da hun var barn, fortalte hun sin mor om overgrepene, men ble ikke trodd, og ingenting endret seg. Det er vanskelig å kjenne eget sinne, men noen ganger mister hun kontrollen og blir rasende. Hun har kuttet kontakten med venninnene fordi hun lett blir såret av bemerkninger de kommer med, og hun spiser lunsj alene på kontoret for å slippe å få kollegaer tett innpå seg. Romantiske forhold unngår hun, selv om hun også savner å ha en kjæreste. Hun er redd for å ikke klare fysisk nærhet. Da kommer det bilder av overgrepene, noe som fører til at hun opplever å miste kontakten med her og nå og på en måte «bli borte», hun kjenner ingenting i kroppen, og omgivelsene virker uklare, som i en tåke. Uansett er hun overbevist om at en kjæreste ville forlate henne fordi han etter hvert ville finne ut hvor motbydelig hun er. I flere år har hun drukket alkohol på kvelden for å klare å sovne.

En mulig struktur for Lines symptomer er satt opp i figur 2.

Gjenopplevelser av traumer i form av påtrengende tilbakeglimt (flashbacks) og mareritt er antatt å være sentralt og plasseres mot midten av nettverket. Slike tilbakeglimt utløser frykt, og hun kjenner seg truet. Frykt fører til at Line unngår visse situasjoner (stedet der hun bodde som barn) og personer som kan minne henne om traumene (menn som ligner stefaren av utseende eller har lignende stemme). Unngåelse virker tilbake på gjenopplevelser, fordi atferden hindrer Line i å få tilgang til oppdatert informasjon om at stimuli som var assosiert med traumet den gang, ikke representerer en nåværende fare. Unngåelsen og selve fryktfølelsen står også i et gjensidig påvirkningsforhold fordi Lines strategier for å minske frykten (som overtrening, restriktivt matinntak og alkohol) også fratrar henne muligheten til å erfare at frykten vil avta over tiden selv om den er svært ubehagelig. Frykten fører også til depersonalisasjons og derealisasjonssymptomer. Når det gjelder forholdet mellom frykt og skvettenhet, antas det at det hovedsakelig er frykt som gjør henne skvetten, men at skvettenhet og den kroppslige responsen som følger, også forsterker pågående frykt. Samtidig aktualiserer også tilbakeglimtene skam og et negativt selvbylde basert på Lines meningsdannelse knyttet til traumene. Å unngå relasjoner

påvirker også Lines skamfølelse, fordi hun ikke kommer tilstrekkelig nær andre til å høste erfaringer som kunne endret de grunnleggende negative følelsene.

Lines nettverk viser at flere symptomer er egnet for intervensjon, hvorav frykt er sentralt. Redusert frykt (og opplevd trussel) vil bre seg i nettverket først med reduksjon av depersonalisasjon/derealisasjon, unnngåelse av traumepåminnere og skvettenhet. Reduksjon av tilbakeglimt vil derimot ha en umiddelbar virkning på skamfølelse og frykt.

De antatte sammenhengene mellom symptomer i Lines nettverk kunne undersøkes empirisk ved gjentatte målinger. Skulle de vise seg å være annerledes enn antatt, eller endre seg underveis i behandlingen, kan behandlingstiltak endres tilsvarende. Kartlegging av individuelle nettverk før, under og etter behandling kan dermed gi viktig informasjon til klinikere. Spørsmål som «hvilke symptomer er de mest sentrale?» og «hvor bør jeg begynne behandling?» kan besvares.

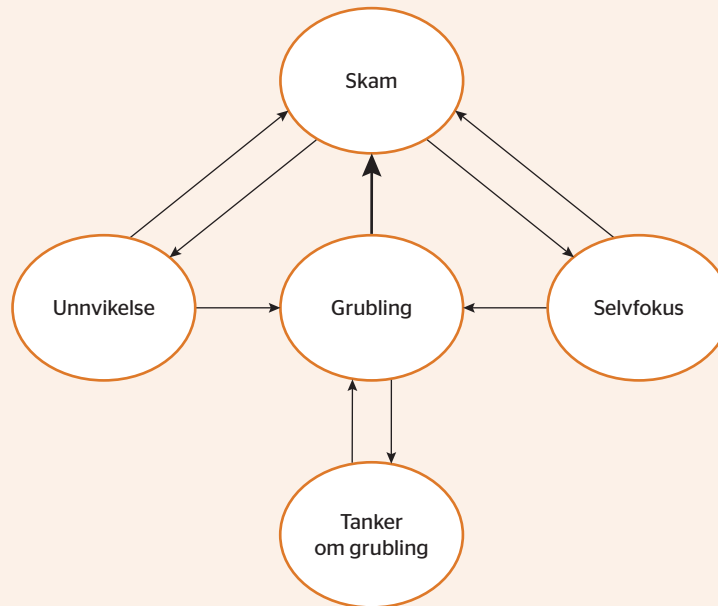
IMPLIKASJONER AV EN REFLEKTIV MÅLEMODELL OG NETTVERKSPERSPEKTIVET

Den reflektive modellen og nettverkstenkningen har svært ulike implikasjoner for behandling. Kompleksitet i en reflektiv målemodell innebærer at det ikke bare er én, men flere underliggende faktorer. Forskning antyder at kompleks PTSD består av to faktorer (Brewin et al., 2017). En slik tenkning er eksempelvis bakgrunnen for Cloitres to-fase-opplegg for stabilisering og eksponering (Cloitre et al., 2010). Behandlingen rettes både mot tradisjonelle PTSD-symptomer og mot de komplekse symptomene, og dette gjøres separat. Den reflektive modellen oppmuntrer til å undersøke hva en underliggende faktor består av: Hvilken grunnleggende mangel eller konflikt representeres? Er det en tilknytningsforstyrrelse? Ulike behandlingstilnæringer vil kunne adressere spesifikke symptomer, men det gjøres ofte indirekte ved å arbeide med den antatte underliggende konflikten eller mangelen. Teoriene sier lite om hvilke mekanismer som driver ulike symptomer, og målet er fremdeles å endre den underliggende lidelsen, kompleks PTSD. I tillegg er det en utfordring at symptomene som utgjør kompleks PTSD, utover PTSD, er abstrakte og lite avgrensede. De tre symptomgruppene, vedvarende vansker med regulering av følelser, negativt selvbylde og relasjonelle vansker, er alle eksempler på begreper som igjen består av et mangfold av spesifikke symptomer. Begrepene sier ikke noe om den kausale *relasjonen* mellom symptomene. Følgelig er det en fare for at kompleksiteten forblir uavdekket, og beskrives kun i form av en opplisting av tradisjonelle PTSD-symptomer og tre andre begreper. Fokuset på *kompleksitet* kan også utilsiktet gi et signal til pasienten om at de har en vanskelig *underliggende* sykdom. Det å gi et navn på symptomene (kompleks PTSD) vil imidlertid kunne redusere skyld og skam fordi symptomene attribueres til årsaker som er utenfor ens egen kontroll (Haslam & Kvaale, 2015). Samtidig kan den underliggende sykdommen (kompleks PTSD) implisere at det er noe *grunnleggende galt* med pasienten, og pasienten kan følgelig få mindre tro på og håp om endring. Språket fanger ved at begrepet *komplekse pasienter* antas å implisere *komplekse løsninger*. I en reflektiv forklaringsmodell vil behandleren søke å endre det underliggende problemet, og symptomene fungerer som indikatorer på det latente begrepet. Det betyr ikke at symptomene ikke adresseres, men klinikerer får mindre informasjon om hvordan de enkelte symptomene påvirker hverandre.



I nettverksmodellen ses de observerbare symptomene som selvstendige kausale fenomener som påvirker hverandre, og ikke som effekter av en underliggende lidelse





FIGUR 3 Mikronettverk for skam

I nettverksperspektivet plasseres derimot årsakskraften hos symptomer/problemene, og terapien rettes direkte mot disse. Slike nettverk beskriver hvilke problemer som er sentrale ved at de har mange og sterke forbindelser til andre problemer, såkalt sentralitet. Dermed angir nettverket hvilke problemer som det bør fokuseres på i terapi. Lines nettverk er et eksempel på hvordan nettverksanalyser kan ha en direkte klinisk nytteverdi, for eksempel ved å fungere som utgangspunkt for en kausformulering. Forskning har vist hvordan individuelle pasienter kan måles hyppig flere ganger før behandling, og på den måten gi klinikerne tilgang til et individuelt nettverk, som senere kan brukes i en tilpasset behandling (Epskamp et al., 2018). Nettverksanalyser muliggjør derfor et skreddersydd perspektiv, men fordrer at pasientens symptomer måles gjentatte ganger (ofte daglig) før behandlingen. Samtidig er det også mulig å trekke ut informasjon fra nettverk som er relevant på gruppenivå. Et eksempel er en nylig publisert studie av Lutz og medforfattere (2018), der de har sett på om det er mulig å predikere frafall fra terapi, basert på styrken mellom de ulike symptomene. Den endelige modellen forklarte 32 % av variasjonen i frafall og identifiserte korrekt 47 av 58 som avsluttet behandlingen. Det er uvanlige sterke tall i behandlingsforskning. Studien viser at det å kartlegge pasien-

tens nettverk kan bidra til å øke sannsynligheten for å forhindre frafall i terapi. Samlet sett viser studiene at nettverksanalyse kan gi nyttig informasjon både på gruppenivå (f.eks. frafall og moderatorer) og på individuelt nivå (f.eks. hvilke symptomer som er mest sentrale og bør fokuseres i terapi).

Nettverksmodellene har imidlertid tradisjonelt sagt lite om hvilke mekanismer som bør påvirkes. Derfor bør sentrale mekanismer for endring inkluderes i nettverket (Jones, Heeren & McNally, 2017). Skillet mellom mekanismer og symptomer/problemer er fremdeles uavklart i psykoterapiforskningen, og i mange tilfeller blandes disse to begrepene. Et manglende konseptuelt skille mellom mekanismer og symptomer/problemer kan føre til mindre kunnskap om hvorfor behandlingen eventuelt virker (Hoffart & Johnson, 2017). I litteraturen drøftes ulike definisjoner av mekanismer. Kazdin (2007) definerer mekanismer som den prosessen som gjør at terapi virker (fritt oversatt), og foreslår en rekke kriterier for å etablere en sikker mekanisme for endring (Kazdin, 2009).

Antatte mekanismer i terapi vil være påvirket av den behandlingsmodellen som en gitt kliniker legger til grunn. Det vil si at teoretisk fokus kan være med på å styre hvilke mekanismer man ønsker å kartlegge. I terapien trengs – i stedet for globale teorier om latente årsaker – *nettverk* som kan forklare dynamik-

ken i sentrale symptomer. Det vil si å finne mekanismer som forklarer problemer og sammenhenger mellom problemer i nettverket, og som gir spesifikke kliniske anbefalinger. Følgelig bør også andre variabler enn symptomer inkluderes når nettverk kartlegges. Terapimodeller skal i utgangspunktet gi den informasjonen, men ikke alle er spesifisert tilstrekkelig for dette formålet (se Hoffart og Johnsen (2017) for en nærmere diskusjon). Et eksempel på en nettverksmodell, som innbefatter mekanismer, er vist i figur 3. I modellen er skamfølelse, som er en sentral node i figur 2, hentet ut, og det er lagt til mekanismer som antas å opprettholde skamfølelsen. Mekanismene er hentet ut ifra en metakognitiv modell (Wells, 2009).

I modellen antar man at grubling opprettholder skamfølelsen, samtidig som økende grad av skam fører til mer grubling. Grubling styres av antagelser pasienten har om grublingen, for eksempel «hvis jeg grubler igjennom det som har skjedd, så kan jeg finne ut om det er min feil» og «jeg klarer ikke å stoppe å gruble». Selvfokus og unnvikelse av traumeminner er to andre sentrale prosesser som påvirker skammen. En klinikers oppgave blir dermed å forsøke å påvirke

en av de tre prosessene, da via terapimodeller som har et eksplisitt fokus på noen av de nevnte prosessene. På denne måten kan nettverkstenkingen føre til mer spesifikke kliniske anbefalinger enn den reflektive modellen.

KONKLUSJON

I denne artikkelen har vi drøftet begrensninger ved å forstå kompleks PTSD som en underliggende lidelse, og vist hvordan nettverksperspektivet gir en alternativ forståelse av diagnosen. Vi har vist at uenigheten om hvorvidt kompleks PTSD er distinkt forskjellig fra andre diagnoser, blir irrelevant i et nettverksperspektiv. Gjennom en klinisk illustrasjon har vi vist at det er behov for å avdekke mekanismer som opprettholder og driver de ulike symptomene ved kompleks PTSD, og at ulike former for transdiagnostiske prosesser som grubling og selvfokus kan være gode kandidater (Hagen, Johnson, Rognan & Hjemdal 2010; Wells, 2009). Nettverksmodeller kan både bidra til individualiserte anbefalinger i det enkelte behandlingsforløp og til nye perspektiver i en større debatt om diagnoser generelt og kompleks PTSD spesielt. ✕

REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC.
- Bisson, J.I., Roberts, N.P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16, 5–13. <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20375>.
- Borsboom, D., Mellenbergh, G.J., & van Heerden, J. (2003). The theoretical status of latent variables. *Psychological Review*, 110, 203–219. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.110.2.203>
- Borsboom, D., Rhemtulla, M., Cramer, A., Van der Maas, H., Scheffer, M., & Dolan, C. (2016). Kinds versus continua: A review of psychometric approaches to uncover the structure of psychiatric constructs. *Psychological Medicine*, 46, 1567–1579. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291715001944>
- Brewin, C.R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R.A., ... Reed, G.M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1–15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.001>
- Brierie, J., Kaltman, S., & Green, B.L. (2008). Accumulated childhood trauma and symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 223–226. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20317>
- Bringmann, L.F., & Eronen, M.I. (2018). Don't blame the model: Reconsidering the network approach to psychopathology. *Psychological Review*, 125, 606–615. <http://dx.doi.org/10.1037/rev0000108>
- Cloitre, M., Cohen, L.R., & Koenen, K.C. (2006). *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. New York: Guilford Press.

- Cloitre, M., Stolbach, B.C., Herman, J., van der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 399–408. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.20444>
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Noonan, K., Zorbas, P., Cherry, S., Jackson, C.L., ... Petkova, E. (2010). Treatment for PTSD related to childhood abuse: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry, 167*, 915–924. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.09081247>
- Cloitre, M., Garvert, D.W., Brewin, C.R., Bryant, R.A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: a latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 4*. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C.R., Bisson, J.I., Roberts, N.P., Maercker, A., ... & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. <https://doi.org/10.1111/acps.12956>
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Kliethermes, M., & Murray, L.A. (2012). Trauma-focused CBT for youth with complex trauma. *Child Abuse and Neglect, 36*, 528–41. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.03.007>
- Courtois, C.A. (2004). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*, 412–425. <http://dx.doi.org/10.1037/1942-9681.S1.86>
- Courtois, C.A., & Ford, J.D. (2009). *Treating Complex Traumatic Stress Disorders: An Evidence Based Guide*. New York: Guilford Press.
- De Jongh, A., Resick, P.A., Zoellner, L.A., van Minnen, A., Lee, C.W., Monson, C.M., ... Bicanic, I.A.E. (2016). Critical analysis for the current treatment guidelines for complex PTSD in adults. *Depression and Anxiety, 4*, 1–11. <http://dx.doi.org/10.1002/da.22469>
- Dorrepal, E., Thomaes, K., Smit, J.H., Hoogendoorn, A., Veltman, D.J., van Balkom, A.J., & Draijer, N. (2012). Clinical phenomenology of childhood abuse-related complex PTSD in a population of female patients: patterns of personality disturbance. *Journal of Traumatic Dissociation, 13*, 271–290. <https://doi.org/10.1080/15299732.2011.641496>
- Epskamp, S., van Borkulo, C.D., van der Veen, D.C., Servaas, M.N., Isvoranu, A.-M., Riese, H., & Cramer, A.O.J. (2018). Personalized Network Modeling in Psychopathology: The Importance of Contemporaneous and Temporal Connections. *Clinical Psychological Science, 6*, 416–427. <http://doi.org/10.1177/2167702617744325>
- Foa, E.B., Hembree, E.A., & Rothbaum, B.O. (2007). *Treatments that work. Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Ford, J.D., & Courtois, C.A. (2014). Complex PTSD, affect dysregulation, and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, 1*, 9. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-9>
- Fried, E.I., & Cramer, A.O.J. (2017). Moving Forward: Challenges and Directions for Psychopathological Network Theory and Methodology. *Perspectives on Psychological Science, 12*, 999–1020. <http://dx.doi.org/10.1177/1745691617705892>
- Fried, E.I., van Borkulo, C.D., Cramer, A.O.J., Boschloo, L., Schoevers, R.A., & Borsboom, D. (2017). Mental disorders as networks of problems: a review of recent insights. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52*, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1319-9>
- Hagen, R., Johnson, S.U., Rognan, E., & Hjemdal, O. (2010). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 49*, 247–252.
- Harned, M.S., Korslund, K.E., & Linehan, M.M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behavior Research and Therapy, 55*, 7–17. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008>
- Haslam, N., & Kvaale, E.P. (2015). Biogenetic Explanations of Mental Disorder: The Mixed-Blessings Model. *Current Directions In Psychological Science, 24*, 399–404. <https://doi.org/10.1177/0963721415588082>
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 377–391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Hoffart, A., & Johnson, S.U. (2017). Psychodynamic and Cognitive-Behavioral Therapies Are More Different Than You Think: Conceptualizations of Mental Problems and Consequences for Studying Mechanisms of Change. *Clinical Psychological Science, 5*, 1070–1086. <http://doi.org/10.1177/2167702617727096>
- Jackson, C., Nissenon, K., & Cloitre, M. (2010). Treatment for complex PTSD. I.D. Sookman & R.L. Leahy (red.), *Treatment resistant anxiety disorders: Resolving impasses to symptom remission*. New York: Routledge.
- Jones P. J., Heeren, A., & McNally, R. J. (2017). Commentary: A network theory of mental disorders. *Frontiers in psychology, 8*, 1305. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01305>
- Karatzias, T., Cloitre, M., Maercker, A., Kazlauskas, E., Shevlin, M., Hyland, P., ... Brewin, C.R. (2017). PTSD and Complex PTSD: ICD-11 updates on concept and measurement in the UK, USA, Germany and Lithuania. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(sup7), 1418103. <http://doi.org/10.1080/20008198.2017.1418103>
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1–27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Kazdin, A.E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*, 418–428. <http://dx.doi.org/10.1080/10503300802448899>
- Kessler, R.C., Avenevoli, S., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Lakoma, M.D., Petukhova, M., ... Merikangas, K.R. (2012). Lifetime co-morbidity of DSM-IV disorders in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A). *Psychological Medicine, 42*, 1997–2010. <https://doi.org/10.1002/mp.1359>
- Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Milanak, M.E., Miller, M.W., Keyes, K.M., & Friedman, M.J. (2013). National Estimates of Exposure to Traumatic Events and PTSD Prevalence Using DSM-IV and DSM-5 Criteria. *Journal of Traumatic Stress, 26*, 537–547. <http://doi.org/10.1002/jts.21848>
- Knefel, M., Tran, U.S., & Lueger-Schuster, B. (2016). The association of posttraumatic stress disorder, complex posttraumatic stress disorder, and borderline personality disorder from a network analytical perspective. *Journal of Anxiety Disorders, 43*, 70–78. <http://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.002>

- Lutz, W., Schwartz, B., Hofmann, S.G., Fisher, A.J., Husen, K., & Rubel, J.A. (2018). Using network analysis for the prediction of treatment dropout in patients with mood and anxiety disorders: A methodological proof-of-concept study. *Scientific Reports*, 8, 7819. <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-018-25953-0>
- Lewis, J.L., Arseneault, L., Avshalom, C., Fisher, H.L., Matthews, T. & Danese, A. (2019). The epidemiology of trauma and post-traumatic stress disorder in a representative cohort of young people in England and Wales. *Lancet Psychiatry*, 6, 247–56.
- Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., Reed, G.M., Van Ommeren, M., ... Saxena, S. (2013a). Proposal for mental disorders specifically associated with stress in the international classification of diseases-11. *The Lancet*, 381, 1683–1685. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62191-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62191-6)
- Maercker, A., Brewin, C.R., Bryant, R.A., Cloitre, M., Van Ommeren, M., Jones, L.M., ... Reed, G.M. (2013b). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposal for ICD-11. *World Psychiatry*, 12, 198–206. <http://dx.doi.org/10.1002/wps.20057>
- Resick, P.A., Bovin, M.J., Caloway, A.L., Dick, A.M., King, M.W., Mitchell, K.S., Suvak, M.K., Wells, S.Y., Stirman, W.S., & Wolf, E.J. (2012). A critical evaluation of the complex PTSD literature: implications for DSM-5. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 241–251. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.21699>
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F.S. (1997). Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539–555. <http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490100403>
- Schmittmann, V.D., Cramer, A.O.J., Waldorp, L.J., Epskamp, S., Kievit, R.A., & Borsboom, D. (2013). Deconstructing the construct: A network perspective on psychological phenomena. *New Ideas in Psychology*, 31, 43–53. <http://dx.doi.org/10.1176/j.newideapsych.2011.02.007>
- Terr, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10–20. <https://doi.org/10.1176/foc.1.3.322>
- Van Minnen, A., Van der Vleugel, B., Van den Berg, D., De Bont, P., De Roos, C., Van der Gaag, M., & De Jongh, A. (2016). Effectiveness of trauma-focused treatment for patients with psychosis with and without the dissociative subtype of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 209, 347–348. <https://doi.org/10.1192/bjpp.bp.116.185579>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- Wolf, E.J., Miller, M.W., Kilpatrick, D., Resnick, H.S., Badour, C.L., Marx, B.P., Keane, T.M., Rosen, R.C., & Friedman, M.J. (2015). ICD-II Complex PTSD in US National and Veteran Samples: Prevalence and Structural Associations with PTSD. *Clinical Psychology Science*, 3, 215–229. <https://doi.org/10.1177/2167702614545480>

Mindreårige flyktninger sliter

Etter fem år har enslige mindreårige flyktninger omtrent like høyt nivå av angst og posttraumatisk stress som ved ankomst, mens depresjonsnivået synker.

Det viser fersk forskning fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). I studien ble først 97 enslige mindreårige flyktninger med gjennomsnittsalder 14 år intervjuet omtrent seks måneder etter at de ankom Norge. Andelen gutter var 80 %, som gjenspeiler kjønnsfordelingen av enslige mindreårige flyktninger i Norge. To år senere ble 78 av dem intervjuet igjen. Etter fem år ble 47 intervjuet på nytt.

– Det er urovekkende at så mange unge flyktninger sliter psykisk etter flere år i Norge, mener forskerne bak studien.

Det er særlig jenter og de som har opplevd mange traumatiske hendelser før og under flukten, som har minst bedring etter fem år. Også daglige utfordringer og potensielt traumatiserende hendelser i Norge har innvirkning på de unge flyktingenes psykiske helse.

Etter å ha bodd i Norge i fem år opplevde 42 % av flyktingene et så høyt nivå av posttraumatisk stress-symptomer at de kunne fått diagnosen posttraumatisk stresslidelse. En fjerdedel av flyktingene hadde et høyt depresjonsnivå, mens sterke angstsymptomer gjaldt 15 % av flyktingene etter fem år i Norge.

Kilde: <https://www.nkvts.no/vitenskapelig-artikkel/long-term-mental-health-in-unaccompanied-refugee-minors-pre-and-post-flight-predictors/>

Personlig recovery

Klinikere ser seg ofte blind på dysfunksjon i møte med unge personer med vedvarende psykose. Recovery-bevegelsens vektlegging av livsmestring gir et nødvendig korrektiv til dette.

TEKST

Ivar Elvik, Avdeling spesialpsykiatri, Akershus universitetssykehus

KONTAKT

ivarelvik@gmail.com

HELSEPERSONELL, PÅRØRENDE og pasienter er ofte uenige om hva man skal oppnå når man tilbyr terapi ved psykose (Andreasen et al., 2005). Som når helsevesenet har symptomreduksjon som viktigste målsetting, mens pasienten ønsker seg jobb og et sted å bo. Ulik målforståelse er uheldig når vi både vet at enighet om mål er en essensiell del av den terapeutiske alliansen (Bordin, 1994), og at manglende enighet kan medføre uvirksom og potensielt skadelig behandling (Goldsmith, Lewis, Dunn & Bentall, 2015). I det som kalles sosial recovery-terapi (SRT), går man rundt konflikten om ulik målforståelse ved å sette det pasienten selv definerer som meningsfulle mål, foran symptomreduksjon.

Ikke bare i klinikken, men også i forskningen ser vi at recovery-tilnærmingen får følger for hvordan man vurderer behandlingseffekt. Som når man i en randomisert kontrollert studie la til sosial aktivitet som primært utfallsmål når effekten av sosial recovery-terapi ble undersøkt (Fowler et al., 2018). Dette er også et steg i retning av å forene prinsipper fra en evidensbasert og en recovery-orientert praksis, to tilnærminger som så langt har blitt sett på som motsetninger av mange.

SLAGSIDEN

Som kliniker har jeg en slagside med meg inn i terapirommet: Jeg blir sykdomsfokusert. Delvis skyldes dette rutiner jeg pålegges fra oven,

men også min egen nysgjerrighet på det dysfunksjonelle. Krav om å tilby behandling som er i tråd med evidensbasert praksis, spiller også inn. For psykoseforskningen definerer symptomreduksjon, færre tilbakefall og reduserte re-innleggelse som suksesskriteriene for behandling. Det blir dermed de dokumenterte effektene langs disse parameterne i randomiserte kontrollerte studier som utgjør inngangsbilletten til hederlig omtale i nasjonale og internasjonale behandlingsveiledere (Helsedirektoratet, 2013). Og som dermed legger føringer både på min og andres praksis.

Tilfriskning handler imidlertid om mer enn fravær av lidelse. Ikke minst handler det om å ha mening i livet, helt uavhengig av symptomtrykk. Og hva som er meningsfullt, avhenger alltid av personen selv. Det kan handle om jevnlig aktivitet som kafébesøk eller jobb. Ofte, men ikke alltid, handler det om å danne eller opprettholde relasjoner til andre mennesker. Men er klinikerens blikk låst fast på symptomer, går man lett glipp av de tingene som er viktigst for pasienten i hans eller hennes liv. En mulig vaksine mot meningsløs terapi finnes i begrepet personlig recovery. Selv om forskere i økende grad har begynt å trekke inn aspekter av recovery som utfallsmål, defineres ikke recovery som et utfallsmål i seg selv. I stedet ses det som en personlig prosess der personens egne verdier, følelser og mål endres i retning av et meningsfullt liv



Å FRISKNE TIL Tilfriskning handler om mer enn fravær av lidelse, skriver Ivar Elvik. I recovery-bevegelsen er mening i livet uavhengig av symptomtrykk det som teller. Foto: Kai Jabs / Plainpicture / Scanpix

til tross for de begrensningene psykiske vansker kan gi (Anthony, 1993).

Som nevnt beskrives recovery-bevegelsen og evidensbasert praksis til tider som motsetninger. I evidensbasert praksis er målet å integrere beste tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål (APA, 2002; Norsk psykologforening, 2007). Beste tilgjengelige forskning forstås ofte synonymt med randomiserte kontrollerte studier der utfallsmål er definert av klinikere og forskere, og gjerne knyttet til psykiatriske diagnoser. Bedring blir vanligvis definert som reduksjon i symptomer knyttet til de samme diagnosene. At det er klinikere og forskere som definerer

utfallsmål, har medført at evidensbasert praksis både har blitt kritisert for paternalisme og for at man hovedsakelig retter blikket mot sykdom og begrensninger. Dette i motsetning til recovery-tradisjonen, som vektlegger autonomi og personlig vekst (Munetz & Frese, 2001).

I mine øyne er kritikken som rettes mot den evidensbaserte tilnærmingen, berettiget. Samtidig er det ikke slik at all terapiforskning innenfor den evidensbaserte tradisjonen nødvendigvis behøver å ha symptomreduksjon som utfallsmål. På psykosefeltet ser vi for eksempel at mer recovery-orienterte utfallsmål som sosial funksjon har blitt inkludert de siste årene (Andreasen et al., 2005). Og ett eksempel på dette er forskningen på sosial recovery-terapi (Fowler et al., 2018), en tilnærming som beskrives nærmere i dette bidraget. For en mer fullstendig beskrivelse av terapien anbefales det å lese den opprinnelige behandlingsmanualen (Fowler et al., 2013).

”

Som kliniker har jeg en slagside med meg inn i terapirommet: Jeg blir sykdomsfokuset

SOSIAL FUNGERING VED PSYKOSE

Svikt i sosial fungering er vanlig ved psykose-lidelser. Sosial angst, negative symptomer og pågående hallusinasjoner eller vrangforestil-

»

linger kan gjøre dørstokkmilen om til en uoverstigelig mur. Selv om tidlig intervensjon kan bidra til bedre forløp ved psykose, sliter mange med vedvarende svikt i sosial fungering i lang tid etter det første psykotiske gjennombruddet (Hegelstad et al., 2012). Sosial recovery-terapi er spesielt myntet på personer som til tross for tilgang på evidensbasert psykosebehandling har vedvarende svikt i sosial fungering. Ikke minst er det viktig å ta dette på alvor når vi vet at psykose ofte rammer unge voksne, og at lidelsen derfor kan bli en vedvarende snublesnor på vei inn i voksenlivet. Mange unge med psykoselidelser opplever at de blir sittende fast hjemme hos familien sin, samtidig som de gjerne har de samme håpene og ønskene som andre jevnaldrende, som å studere eller jobbe, få seg kjæreste og være med venner.

Disse unge menneskene har ofte et sammensatt lidelsesbilde, og sliter ofte med kombinasjoner av depresjon, sosial angst, kognitive vansker og rusmisbruk (Larsen et al., 2006; Mesholam-Gately, Giuliano, Goff, Faraone, & Seidman, 2009; Michail & Birchwood, 2007). Med utgangspunkt i kognitiv terapi ved psykose har sosial recovery-terapi videreutviklet en tilnærming som vektlegger det personen selv opplever som meningsfulle aktiviteter, slik som arbeid, utdanning, frivillig arbeid eller andre sosiale aktiviteter (Fowler et al., 2013). Psykotiske symptomer blir derimot kun satt på dagsorden i den grad de kommer i veien for målet om sosial deltakelse.

Krav om oppmøte på en poliklinikk er for enkelte en barriere som står i veien for å begynne behandling. Vi ser at de samme snubletrådene som hindrer mange psykoselidende fra å delta i et meningsfullt sosialt liv, også står i veien for helsehjelp. Har du vanskelig for å gå ut av din egen dør, er det naturligvis vanskelig å banke på en annens. Og har en først funnet motet til å banke på døren til en terapeut, kan mistenksomhet og usikker tilknytning stå i veien for en trygg terapeutiske allianse. Mange behandlingsforsøk strander derfor alt før de har begynt. Legg til at flere terapitilbud i praksis består av ett innkallingsbrev og ett purrebrev før saken avsluttes, og praksisen minner om å be en mann med brukket ben om å klatre opp en stige for å motta behandling.

Det er derfor viktig at terapeuter har et fleksibelt og kreativt forhold til hvor og hvordan terapien utøves. For eksempel kan hjemmebeholdning eller samtaler i mer nøytrale settinger enn



En mulig vaksine mot meningsløs terapi finnes i begrepet personlig recovery

et sykehus bidra til å senke terskelen for oppmøte. Terapeuten bør også ha en åpen holdning til sin egen rolle som behandler, særlig i starten av et forløp. Det er vanlig at pasienten har konkrete praktiske problemer knyttet til for eksempel økonomi og bolig, og da er det kanskje ikke terapeut, men saksbehandler man bør være. Mer tradisjonelle terapeutiske rammer, som kontorbasert psykoterapi, introduseres først hvis det er i tråd med pasientens preferanser (Fowler et al., 2013).

IKKE DØD MANNS MÅL

Jobber man recovery-orientert, er det et grunnleggende prinsipp å la personen selv finne frem til mål som samsvarer med personens egne verdier og syn på hva som er et meningsfullt liv. Arnhild Lauveng (2006) skriver i boken *Imorgen var jeg alltid en løve* hvor viktig det var for henne med et langsiktig mål om å bli psykolog, og ikke minst: å bli tatt på alvor når det kom til dette målet og alle delmålene på veien dit. Arbeidet med å nå disse målene handlet ikke minst om å ta i bruk hennes styrker og ferdigheter. Videre handlet det om å etablere en rekke delmål, og at man hadde utviklet strategier for hva man skulle gjøre hvis midlertidige tilbakefall gjorde det vanskelig å nå målene. Alt mens det langsiktige målet om å bli psykolog ga retning og motivasjon til å realisere de mange delmålene på veien.

Å komme seg opp av sengen er lite motiverende hvis det kun handler om å gå gjennom nok en dag man mest av alt gruer seg til. Men hvis det er ett steg mot det livet man ønsker seg, er det lettere å finne krefter til å stå opp. Det betyr at det er viktig at målene faktisk motiverer, og at man unngår det som kalles «død manns mål»: målsettinger en død mann kunne klart. En død mann ruser seg ikke, hører ikke stemmer, driver ikke med selvskading og er aldri nedfor og trist. «Død manns mål» handler om fravær av negative ting, men slike mål er lite motiverende. I stedet bør man lete opp mål som viser til det livet man ønsker å leve, mål som er i tråd

OM SPALTEN FRA PRAKSIS

Fra praksisbidrag gir nye perspektiver på psykologers virke og viser frem kompleksiteten i arbeidet. Artiklene er ikke fagfelleverderte.

Ønsker du å skrive et fra praksisbidrag? Send til fagbidrag@psykologtidsskriftet.no

med egne drømmer og egne verdier. Det er slike mål som vanligvis skaper motivasjon og fremdrift i terapien. Dessverre bidrar behandlernes antagelser om negative forløp ved psykose til at mange pasienter blir anbefalt å gi slipp på egne drømmer og heller innrette seg på et liv i uførhet. Slike antagelser gir knappest kraft til å arbeide for et mer meningsfullt liv.

ANTISTIGMAARBEID

Det finnes flere fordommer knyttet til personer som opplever psykoser. Mediene kobler gjerne psykose og vold, og mange klinikere har et overdrevet pessimistisk syn på muligheten for bedring. Personer som selv opplever psykose, kan dele de samme fordommene. Slike (selv) stigmatiserende holdninger kan bidra til sosial angst hos personer med psykose, og gjør at de unngår sosiale situasjoner (Birchwood et al., 2007). Et selvbilde som en sær og farlig person med varige defekter påvirker forventningene om mestring og glede i møte med andre mennesker. Psykoedukasjon, der man normaliserer psykosesymptomene ved å vise til utbredelse i normalbefolkningen, motvirker ofte slike fordommer (Kingdon & Turkington, 1994). Mange overraskes når de får høre at en norsk studie viste at over 7 prosent av befolkningen fortalte at de hadde opplevd hørselshallusinasjoner, og at kun 16 prosent av disse oppsøkte hjelp (Kråkvik et al., 2015). Slik kunnskap forteller både at hørselshallusinasjoner er mer vanlig enn vi tror, og at mange klarer seg til tross for slike opplevelser.

Å bekjempe fordommer må også rette seg mot omgivelsene til pasienten, da pasientens syn på seg selv formes i samhandling med personene rundt. Dette arbeidet retter seg mot familie, venner, skole og arbeidsplass, som når pasientens nettverk inviteres inn i terapirommet eller terapeuten oppsøker pasientens arenaer. Ikke minst handler det om å gi informasjon som nyanserer omgivelsenes bilde av hva en psykoselidelse er. Et foreldrepar til en ung jente med periodevis hallusinasjoner spurte meg om det var greit om datteren fortsatt satt barnevakt for lillebroren sin. Det underliggende spørsmålet var om datterens stemmer kunne medføre voldsfare mot guttungen. Dette til tross for at det var snakk om en snill, omtenkstolresøster uten voldshistorikk. Foreldrenes usikkerhet knytter seg til den utbredte oppfatningen om at personer med psykoser er farlige. Jeg ga foreldrene generell informasjon om psykose,

og fortalte om forekomsten av hallusinasjoner i normalbefolkningen, og om at stemmehøring i seg selv ikke er farlig. Og kanskje viktigst for foreldrene: Jeg fortalte at datteren fortsatt var den samme omsorgsfulle, trygge personen som før. Det bidro til at foreldrene senket skuldrene og fikk fornyet tillit til datteren. I denne saken var det ikke hørselshallusinasjonene i seg selv som medførte at pasienten ble frarøvet en mestingsarena, men omgivelsenes redsel for dem.

GRADVIS MESTRING AV NYE AKTIVITETER

Mange med psykoseplager sliter med sosial isolasjon. En viktig grunn til dette er at mange psykosesensitive opplever flere psykotiske symptomer i sosiale situasjoner. Og unngåelse av slike aktiviteter kan derfor ses som et mestringsforsøk. Denne strategien kan sammenlignes med gipsing av en brukket fot: Gipsen reduserer belastning på foten mens man gradvis begynner å trene den opp igjen, og på samme vis kan stressreduksjon være en virkningsfull behandlingsintervensjon. Samtidig som behandler gir pasienten støtte på at unngåelse kan bidra til mestring, vil man også tematisere hvilke langtidseffekter unngåelse, isolasjon og andre mestringsstrategier kan få. For det som kan være nyttig på kort sikt, kan på lengre sikt bli del av en opprettholdende trygghetsstrategi. Et godt grep kan være at man sammen lager en plan der man lar pasienten få bruke sine etablerte mestringsstrategier, men samtidig målrettet kobler på nye aktiviteter. Over tid gjør det at pasienten kan bygge opp nye og forhåpentligvis positive erfaringer, og på lengre sikt teste ut alternative mestringsstrategier.

En pasient jeg hadde i terapi, pleide å avbryte butikkturen sin fordi han ofte ble overveldet av en opplevelse av at hans eget liv var i fare. For å holde seg i live var han på vakt overfor alle mulige farer. Ikke bare var andre farlige, de var del av en forestillingsverden der en utenlandsk mafia ønsket å ta pasienten av dage. Tradisjonell kognitiv terapi hjalp lite mot denne forestillingen. Jeg stilte spørsmål om grunnlaget for forestillingen, vi vektet evidensen for og imot hans tanker, vi utforsket alternative tanker. Resultatet av dette var stort sett at han opplevde at jeg ikke forstod alvoret i situasjonen. Jeg motiverte mannen til å gå i butikken til tross for hans paranoide tanker, for slik å teste ut hans antagelser. Noe som mest av alt skapte fornyet angst hos ham. I det hele tatt syntes han våre samtaler var »

langt mer krevende enn hjelpsomme. I et forsøk på å ta tilbakemeldingene hans på alvor anerkjente jeg at han i en periode trengte å skjerme seg fra stressende situasjoner. Anerkjennelsen min av mannens egne forsøk på mestring åpnet for at vi sammen kunne undersøke fordeler og ulemper ved disse strategiene. Han anerkjente etter hvert at selv om vaksomheten i noen tilfeller fungerte som en overlevelsesstrategi, medførte den også en del falske alarmer og dermed også angst i det som egentlig var trygge situasjoner. Hans løsning ble å planlegge mindre overveldende butikkbesøk, som å gå til mindre kiosker på tidspunkter da det var færre kunder. Samtidig rettet han oppmerksomheten mot stimuli som ikke trigget hans paranoia, og et viktig grep her var å lytte til lydbøker når han var i kiosken. Lydbøkene ble senere byttet ut med mentale oppgaver som å løse mattestykker, men i begge tilfeller var følgen at han ble mindre oppmerksom på mulige trusler. Selv om han ikke ga slipp på opplevelsen av at noen var ute etter ham, var han ikke lenger i overlevelsesberedskap. Dette forteller om nytten av å gå rundt grøten (de paranoide vrangforestillingene) og i stedet jobbe med mestringsstrategier for å nå konkrete mål pasienten selv har definert.

Skal man bryte pasientens isolasjon, må vi forstå hvilken funksjon den har for pasienten. Først etter *det* kan man sammen finne frem til nye strategier for å møte sosiale situasjoner mer fleksibelt og hensiktsmessig. Det er krevende å legge fra seg trygghetsstrategier. Men klarer man det, åpner man for å erfare og regulere vanskelige følelser i stedet for å kjempe mot dem. Gjør vi imidlertid psykosesyntomene til hovedfokus i behandlingen, kan det bli et hinder for å oppnå dette. Sosial recovery-terapi bryter med tradisjonell behandling ved at psykosesyntomene blir mindre viktig, mens pasientens ressurser, mål og preferanser får stå sentralt.

BRUK AV METAFORER

Selv blant pasienter som får god behandling, ser vi at mange fortsatt sliter på en rekke områder. De mest akutte symptomene er ofte forbigående, men mange sliter fortsatt med manglende sosial mestring, dårlig konsentrasjon og hukommelse, avfattede følelser, energimangel og liten motivasjon. Mange mister da troen på behandling. Bruk av metaforer kan være en god strategi for å formidle håp, samtidig som man anerkjenner problemene personen sliter med. Et tilbakeskritt



Psykotiske symptomer blir derimot kun satt på dagsorden i den grad de kommer i veien for målet om sosial deltakelse

kan normaliseres ved en metafor der man ser pasienten som kaptein på et skip som har støtt på en storm. Da kan det være riktig å forlate sin opprinnelige kurs en stund, slik at man kommer i le for stormen – men det betyr ikke at man har mistet den opprinnelige destinasjonen av syne.

Siden sosial recovery-terapi ønsker å normalisere psykosesyntomene og vektlegger pasientens styrker, står tilnærming samtidig i fare for å bagatellisere pasientens problemer. En metafor som både anerkjenner pasientens problemer og samtidig gir håp, er å se pasienten som en superhelt (Fowler et al., 2013). Superhelter har konkrete styrker, men de lever ofte i en verden som står i fare for å gå under. Slik kan man anerkjenne de daglige kampene personer med psykotisk lidelse må kjempe, samtidig som man holder frem personens styrke og formidler tro på fremtiden.

BEHANDLINGSEFFEKT

I en nyere undersøkelse av effekten av sosial recovery-terapi brøt forskerne med den tradisjonelle behandlingsforskningen på psykoselidelser (Fowler et al., 2018). I stedet for å studere reduksjon av psykosesyntomer var det primære utfallsmålet antall timer i meningsfull aktivitet. Sosial aktivitet var bredt definert og inkluderte arbeid, studier, frivillig arbeid, fritidsaktiviteter, sport, husarbeid og barnepass. Forskerne undersøkte effekten av sosial recovery-terapi i en gruppe med 155 personer med psykosediagnose. Alle personene slet med vedvarende sosiale utfordringer, selv etter å ha mottatt evidensbasert behandling i minst ett år ved behandlingsinstitusjoner spesialisert for tidlig intervensjon ved psykose. Behandlingspakken de hadde mottatt, inkluderte tilbud om saksbehandling, arbeidsmestrende intervensjoner, likemannsstøtte, gruppebehandling, familiarbeid, kognitiv terapi for psykose og medikamentell behandling.

Deltakerne i studien ble tilfeldig plassert i to grupper, der den ene mottok sosial recovery-terapi i tillegg til «treatment as usual». Ni måneder senere viste det seg at personene som mottok sosial recovery-terapi, brukte 8 timer mer i uken på meningsfull aktivitet enn kontrollgruppen (26 timer i sosial recovery terapi-gruppen mot 18 timer i kontrollgruppen).

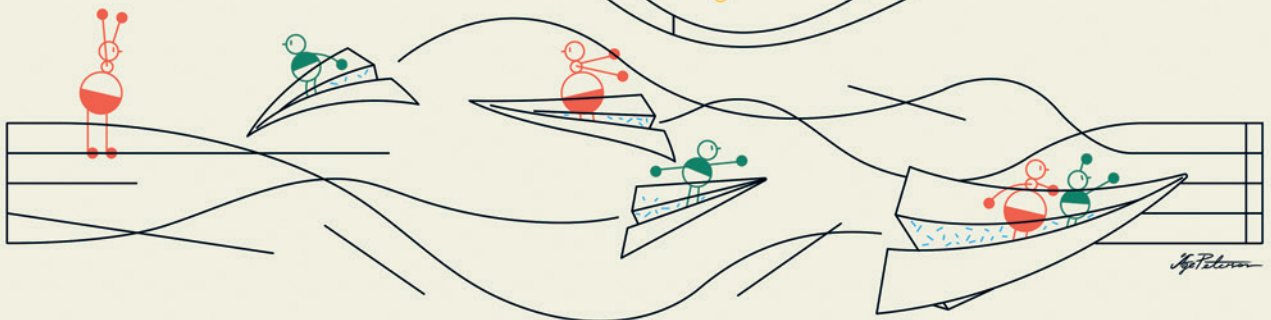
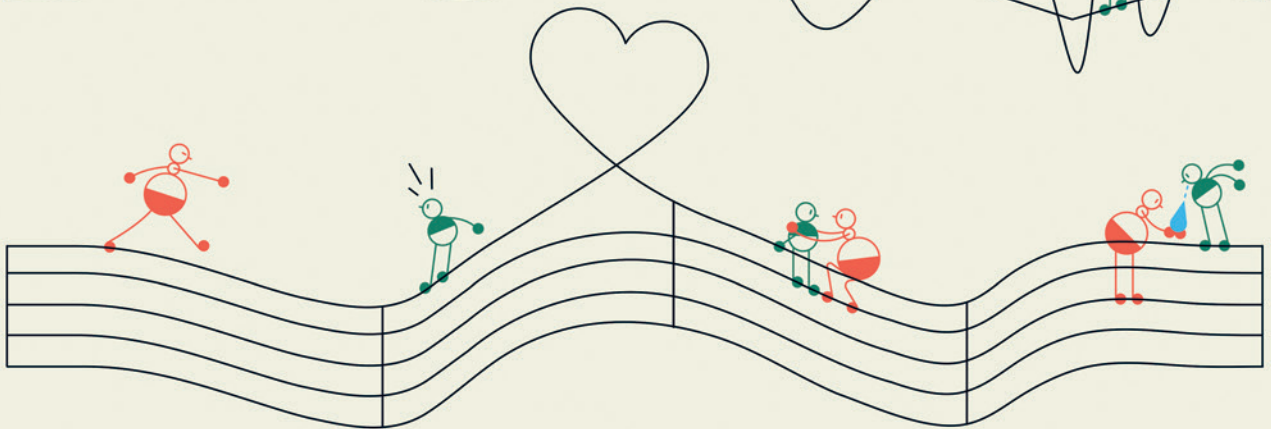
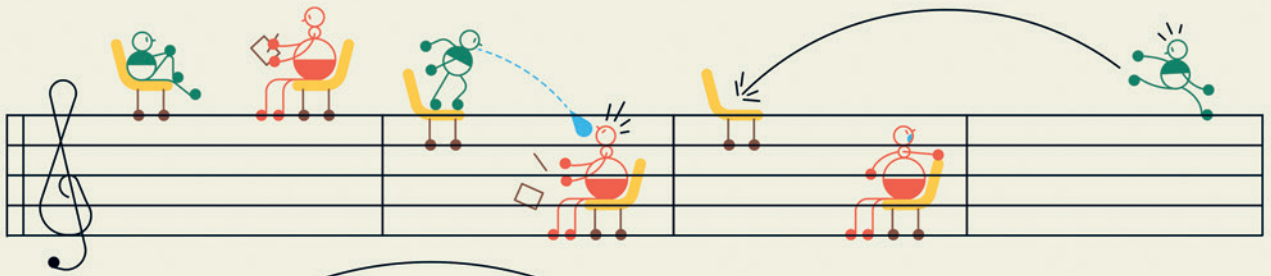
Dette er kun en RCT-studie, og resultatet må selvsagt replikeres i andre settinger før endelige konklusjoner kan trekkes. Som et eksempel på forskning på recovery-tilnæringer som legger det evidensbaserte paradigme til grunn, er studien viktig.

I RETNING AV RECOVERY

En mer recovery-orientert tilnærming har betydning både for klinikk og forskning. I forskning betyr det en endring av utfallsmål som er mer i tråd med recovery-begrepet. I klinikk betyr det en grunnleggende holdningsendring knyttet til valg av mål og metode i terapien. Valg av behandling vil da ikke lenger dikteres av hva som endrer symptombildet, men av hva som hjelper pasienten mot mer recovery-orienterte målsettinger. Dette innebærer å jobbe med det som er viktig for personen selv, uavhengig av sykdom. Det kan handle om å komme i jobb, studere, finne seg en kjæreste, få (flere) venner eller engasjere seg i en hobby. Symptomreduksjon vil fremdeles være viktig, men vurderes som sekundært til livsmestring. Tradisjonelle behandlingstilnæringer kastes altså ikke på båten, men tilpasses en recovery-orientert tankegang. ✕

REFERANSER

- Andreasen, N.C., Carpenter, W.T., Kane, J.M., Lasser, R.A., Marder, S.R., & Weinberger, D.R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *The American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441–449. doi:10.1176/appi.ajp.162.3.441
- Anthony, W.A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23.
- Association, A.P. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57(12), 1052–1059.
- Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., & Jackson, C. (2007). Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 1025–1037. doi:10.1016/j.brat.2006.07.011
- Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. I A.O. Horvath & L.S. Greenberg (red.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. (s. 13–37). New York: Wiley.
- Fowler, D., French, P., Hodgekins, J., Lower, R., Turner, R., Burton, S., & Wilson, J. (2013). CBT to address and prevent social disability in early and emerging psychosis. I C. Steel (red.), *CBT for schizophrenia: evidence based interventions and future directions* (s. 143–167). Oxford: John Wiley & Sons.
- Fowler, D., Hodgekins, J., French, P., Marshall, M., Freemantle, N., McCrone, P., . . . Birchwood, M. (2018). Social recovery therapy in combination with early intervention services for enhancement of social recovery in patients with first-episode psychosis (SUPEREDEN3): a single-blind, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 5(1), 41–50. doi:10.1016/S2215-0366(17)30476-5
- Goldsmith, L.P., Lewis, S.W., Dunn, G., & Bentall, R.P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: an instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*, 45(11), 2365–2373. doi:10.1017/S003329171500032X
- Hegelstad, W.T., Larsen, T.K., Auestad, B., Evensen, J., Haahr, U., Joa, I., . . . McGlashan, T. (2012). Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *The American Journal of Psychiatry*, 169(4), 374–380. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11030459
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelse*. Andvord Grafisk AS.
- Kingdon, D.G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive Behavioural therapy of Schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Kråkvik, B., Larøi, F., Kalhovde, A.M., Hugdahl, K., Kompus, K., Salvesen, Ø., . . . Vedul-Kjelsås, E. (2015). Prevalence of auditory verbal hallucinations in a general population: A group comparison study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(5), 508–515. doi:10.1111/sjop.12236
- Larsen, T.K., Melle, I., Auestad, B., Friis, S., Haahr, U., Johannessen, J.O., . . . McGlashan, T. H. (2006). Substance abuse in first-episode non-affective psychosis. *Schizophrenia Research*, 88(1–3), 55–62. doi:10.1016/j.schres.2006.07.018
- Mesholam-Gately, R.I., Giuliano, A.J., Goff, K.P., Faraone, S.V., & Seidman, L.J. (2009). Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review. *Neuropsychology*, 23(3), 315–336. doi:10.1037/a0014708
- Michail, M., & Birchwood, M. (2007). Social Phobia and Depression in Psychosis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(5), 10.
- Munetz, M.R., & Frese, F.J. (2001). Getting ready for recovery: reconciling mandatory treatment with the recovery vision. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(1), 35–42.
- Norsk psykologforening (2007). Prinsippklæringen om evidensbasert praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(9), 2.



The Grateful Dead og improvisasjoner i psykoterapi

De mest helende øyeblikk i et terapiforløp oppstår ut av spontane, improvisatoriske samspill med pasienten, gjerne ut av samspill som utenfra sett kan fortone seg som det reneste tøv.

Once in a while you can get shown the light
in the strangest of places if you look at it right

(Robert Hunter, «Scarlet Begonias», 1974)

I ET FOREDRAG for den amerikanske psykologforeningen i 1955 advarte kvantefysikeren Robert Oppenheimer forsamlingen mot å modellere seg etter en fysikk som allerede er utdatert. Han minner oss på at verden ikke er forutsigbar på individnivå og at «enhver hendelse bærer i seg kimen til det overraskende, det mirakuløse, det som ingen kunne forutse» (Oppenheimer, 1956, s. 134, min oversettelse). Innen vårt felt framhever Carl Gustav Jung (1966) at metoden alltid må tilpasses individet, ikke omvendt. I møtet med hver ny pasient må vi ideelt sett være beredt til å legge til side alt vi holder oss med av teoretisk kunnskap – vi må være beredt til å skape en helt ny terapiform,

en helt ny psykologi. For å kunne hjelpe den enkelte pasienten må vi iblant vende ryggen til all etablert vitenskapelig tenkning, mente Jung (1970).

Dermed ikke sagt at man som terapeut ikke kan dra nytte av vitenskapelige funn på gruppenivå – fra utviklingspsykologi, nevrovitenskap, epigenetikk og så videre. Men dette er bare én av kildene som nærer et terapiforløp. Minst like viktig er den enkelte terapeuts kumulative erfaring som *med*-agent i samspill med ulike individuelle pasienter. Og nyttige analogier til terapeutiske hendelser kan til og med hentes fra andre kreative domener, som for eksempel sjelesorg, filosofi, kunst og litteratur.

TEKST

Nils Eide-Midtsand,
Avdeling for barn og
ungers psykiske helse,
Sørlandet sykehus HF,
Kristiansand.

KONTAKT

nmidtsa@gmail.com

ILLUSTRASJON

Åge Peterson





Improvisasjon vil si å gjøre noe på stående fot, uten å ha forberedt det eller tenkt det ut på forhånd

I sin bok *Mesteren og hans emissær* skildrer den engelske psykiateren og hjerneforskeren Iain McGilchrist (2009) hvordan venstre hjernehalvdel (emissæren) med sin vektlegging av det rasjonelle og fornuftige er blitt stadig mer dominerende i vår vestlige kultur – til og med på områder der den har svært liten kompetanse, for eksempel det som har med følelser og relasjoner å gjøre. For selv om hele hjernen er involvert i det meste vi foretar oss (Van Essen et al., 2013), prosesserer de to hemisfærene informasjon forskjellig og «forholder» seg til verden på hver sin særegne måte (Schore, 2012, 2014, 2016).

McGilchrists konklusjoner er basert på analyser av billedkunst og litteratur fra antikken og fram til våre dager. En lignende utvikling kan også spores på musikkens område, noe som blant annet kommer til uttrykk gjennom den improviserte musikkens avtagende betydning – innenfor den såkalte kunstmusikken så vel som i dagens populærmusikk.

I mer naturnære kulturer enn vår egen inngår musikere ofte i et fellesskap – i entusiastiske samspill med klappere og dansere, som knytter det som den kanadiske historikeren William McNeill (1995) kaller «muskulære bånd», et fenomen han anser som svært sentralt i kulturers tilblivelse (mer om dette i Eide-Midtsand, 2016). I vestlig musikkhistorie var improvisasjoner vanlige helt fram til barokken. Enkelte wienerklassikere fortsatte å improvisere, men i en avgrenset del av komposisjonen kalt *cadenza*. Etter hvert ble også denne skrevet ned på noteark og i våre dager forekommer spontane, improviserte samspill sjelden i den dannede musikken. Det tydeligste motstykket til improvisert musikk finner vi i dirigenten som instruerer og leder sitt orkester i framførelsen av *komponert* musikk. I populærmusikken er det vanlig å først lage en offisiell innspilling av låten, før man legger ut på konsertturné der låten framføres mest mulig lik den innspilte originalen.

I indisk klassisk musikk, som overføres direkte fra lærer til elev framfor på noteark, er improvisasjon stadig en integrert og vesentlig del av musikken. Musikken komponeres idet den framføres. Også i vår kulturkrets har mindre «dannede» musikkjangere bevart den kroppslige, spontane, improvisatoriske kontakten mellom musikere og lyttere; først og fremst i jazz, men også i blues, bluegrass og jugband-musikk.

Alle disse sjangerne var viktige inspirasjonskilder for den amerikanske rockegruppen The Grateful Dead som vokste ut av det motkulturelle Haight-Ashbury-miljøet i San Francisco på midten av sekstitallet. Fram til høsten 1974 videreførte gruppen mye av det opprinnelige konseptet fra San Franciscos dansehaller – med vekt på spontan, improvisert musikk i nært samspill mellom musikere og dansere, der danserne i begynnelsen var hovedbegivenheten, mens musikerne sto for lydsporet. The Grateful Deads tilnærming til musikk danner på mange måter analogier til hendelser i terapirommet og kan slik sett bidra til både å forstå og inspirere terapeutiske samspill.

DEFINISJONER

Improvisasjon vil si å gjøre noe på stående fot, uten å ha forberedt det eller tenkt det ut på forhånd. Selv om selve framførelsen er uforberedt, kreves det imidlertid lange forberedelser (i form av skalaøvinger og lignende) for å kunne improvisere godt. En spontan musikkframførelse der musikere sammen improviserer over et akkordmønster eller en rytmisk groove kalles gjerne en jam. *Analogi* skal forstås, i tråd med Oppenheimer (1956), som to sett med enkeltfenomener som har strukturelle likhe-

ter, selv om de manifesterer seg svært forskjellig. Et eksempel fra psykoterafipfeltet er Jungs amplifikasjonsmetode (Jung 1960), der pasientens materiale belyses ved hjelp av analogier fra kunst, religion og mytologi.

De mest helende øyeblikk i et terapiforløp oppstår, etter min erfaring, ut av spontane, improvisatoriske samspill med pasienten, gjerne ut av samspill som utenfra sett kan fortone seg som det reneste tøv. I det følgende skal jeg trekke fram noen slike terapeutiske øyeblikk, og forsøke å belyse dem ved hjelp av tre forskjellige improvisasjonsnivåer som kjennetegnet The Grateful Deads musikkframførelser i perioden 1967–1974.

FORUTSETNINGER

Først vil jeg peke på noen forhold som legger situasjonen til rette for improvisatoriske samspill, det være seg på konsertscenen eller i terapirommet. Ulikt de fleste andre musikere gikk The Grateful Dead aldri på podiet med en forutbestemt settliste. Hvilke låter som skulle framføres ble bestemt underveis, ofte gjennom instrumentale konversasjoner musikerne imellom, på impuls eller ut fra intensiteten på dansgulvet. Dette gjorde en Grateful Dead-konsert til en uforutsigbar og åpen begivenhet: Ikke engang bandmedlemmene selv visste hva som skulle skje.

Også i psykoterafi har jeg i årenes løp erfart at de beste samspillene oppstår når man går til timen uten noen agenda – «without memory or desire», som Bion (1967) uttrykte det – uten spørreskjemaer eller avkrysningslister, uten forutbestemte temaer å ta opp eller spørsmål å stille; uten å tilpasse timen til et «forløp»; uten en Metode eller en Teori som pasienten må tilpasse seg. Kjernen i terapi består, etter min erfaring, ikke i å gjøre intervensjoner, men å følge prosessen som vokser ut av samspillet mellom pasient og terapeut (Badenoch, 2018). Allan Schore (2012) sier det omtrent slik: Psykoterafi består ikke i hva vi *gjør* med pasienten, men hvordan vi *er* med pasienten.

En improvisasjon kan sammenlignes med en reise ut i det ukjente. Det er både store gevinster og risikoer involvert. The Grateful Dead innså fort at improvisasjonene måtte forankres i det kjente og trygge, noe de oppnådde ved å pendle mellom improvisatoriske reiser og mer konvensjonelle sanger eller melodier som lytterne forsto og som fungerte som kjente planeter på rei-

sene i det ytre rom. En annen faktor som ga en viss forutsigbarhet og dermed trygghet, var at selve «monsteret» – den kaotiske improvisasjonen – bare ble sluppet løs i visse sanger («Dark Star», «The Other One», «Playing in the Band»).

I terapirommet må improvisasjonene rotfestes i en god relasjon, der terapeutens oppgave blant annet består i å forankre pasienten i det trygge terapirommet når reisene ut i det ukjente blir for overveldende. Som i musikken ser vi også her den samme pendlingen mellom det kjente og det ukjente, mellom fantasi og virkelighet, mellom det trygge og det skremmende – i terapirommet spesielt mellom et trygt *her og nå* og en skremmende fortid.

IMPROVISASJON PÅ MELODI

The Grateful Dead framførte sjelden musikk uten å flette inn en eller annen form for variasjon; en låt ble aldri framført likt to ganger. I de enkleste, forankrende sangene (de kjente planetene) nøyde musikerne seg med å la solisten improvisere over låtens melodi med støtte fra et forutsigbart, ikke-improvisert rammeverk fra rytmeseksjon og komp. I psykoterafi er det som regel pasienten som improviserer over sin «melodi», som for eksempel kan være et narrativ eller deler av et narrativ, mens terapeuten akkompagnerer det hele med relativt forutsigbare terapeutiske bidrag.

For ni år gamle Sindre¹ var følelsen av å bli gjort til syndebygg et viktig narrativ, en melodi som han improviserte over både gjennom samtaler og lek. Han fortalte sint og gråtkvalt om urettferdig behandling fra lærere og fosterforeldre. I dramaleken regisserte han meg i roller som politi eller sheriff, som fanget og straffet ham (banditten, indianeren), men som etter hvert innså at han var uskyldig. I sandkassen framførte han krig mellom to lag, der et gjennomgangstema besto i at en enkelt soldat fikk skylden for nederlag. Fotballkamper førte uunngåelig til at jeg ble beskyldt for å jukse til meg fordeler eller bryte spillereglene.

Det lot ikke til at Sindre selv var seg bevisst at de forskjellige leketemaene gjenspeilte kjenningsmelodien hans. Min oppgave ble å knytte de forskjellige improvisasjonene sammen for ham gjennom kommentarer som gikk på tvers

.....

1. Terapiutdragene er anonymiserte eller, i ett tilfelle, publisert med informert samtykke.



av de ulike uttrykksformene han formidlet seg gjennom. «Det er ikke noe godt å få skylda for alt mulig» var en av flere inntonende kommentarer som gikk igjen som et fast komp-element under Sindres ulike framførelser av sin kjenningmelodi.

IMPROVISASJON OVER AKKORDER

I akkordimprovisasjoner er forutsigbarheten i form og struktur kraftig nedtonet. Musikerne improviserer samtidig, av og til over en eneste akkord eller over et par enkle akkorder og fører kjente melodier ut i ukjente territorier (Olsson, 2017). Bandmedlemmene overrasker hverandre med innspill; ingen vet hvor veien går og hvor den vil ende. Ofte åpner det seg dører til musikalske rom som verken bandmedlemmer eller tilhørere har vært i før. The Grateful Dead lærte seg denne formen for improvisasjon gjennom å studere jazzmusikere som John Coltrane og Miles Davis (Fleiss, 2014).

I psykoterapi kan en «akkord» for eksempel bestå av en affekt, en impuls eller en kroppslig fornemmelse, som oppstår i pasienten, i terapeuten, eller spontant i begge to. I tolv år gamle Vadims liv var skam en sentral «akkord». Skam utgjorde kjernen i et kompleks av affekter, tanker, forestillinger og handlinger, som eksplisitt eller implisitt sto i forhold til hverandre og hang sammen i en slags samklang, analogt til akkordprogresjoner i musikken. Følgende episode oppsto i løpet av det andre året i et lengre terapiforløp (Eide-Midtsand, 2014), og innledes med et tabubrudd som jeg vanligvis ikke har problemer med å akseptere eller forholde meg til i terapirommet.

Denne gangen blir jeg imidlertid overrumplet av en intens skamfølelse. Jeg merker at jeg svetter og har problemer med å møte Vadims «skamløse» blick. Da ser jeg at noe forandrer seg i ansiktet hans også, han slår blikket ned, rødmer og synker liksom sammen til et bitte lite barn. I neste øyeblikk er han på bena og begynner å hive ting omkring i rommet. «Du stinker!» skriker han, «Du har jo sagt at jeg kan leke hva jeg vil. At det er jeg som bestemmer i timen.» Jeg forsikrer ham om at det fortsatt er slik, og forklarer at situasjonen ble vanskelig for meg fordi jeg kom til å tenke på noe veldig flaut som skjedde med meg da jeg var gutt. Han vil vite hva det er, og jeg forteller. Vadim rødmer igjen og ser ned i gulvet. «Du stinker» gjentar han lavmælt.

I det samme jeg blir oppmerksom på Vadims skam, fordufter min egen. Jeg blir i stedet fylt av et behov for å romme og ivareta ham. «Jeg tror jeg kjente hvordan det er å være deg, rett og slett.» Bemerkningen kom fullstendig overraskende både på meg selv og – ut ifra ansiktsuttrykket å dømme – på Vadim. Senere i timen forteller han for første gang om overgrepet som fikk tilværelsen til å rase sammen for ham da han var fem år gammel.

«Vi stinker», sier han i det han går fra timen. Nå med et varmt smil.

FRI (KAOTISK) IMPROVISASJON

Av og til går The Grateful Deads akkordimprovisasjoner over i fri improvisasjon uten referanse til melodi, akkordprogresjoner, rytmer eller en definert metrisk takt. Lydbildet er gjerne inspirert av to av bandmedlemmenes studier hos Luciano Berio og Karlheinz Stockhausen, pionerer på elektronisk/konkret musikk, på begynnelsen av sekstitallet. Formen er utviklet fra bandets tid som lydspor til forfatteren Ken Kesey's psykedeliske festarrangementer, de såkalte Acid Tests, noen år senere. Førstegitarist Jerry Garcia sier det slik:

The acid tests gave us insight into form that follows chaos. If you throw everything out and lose all rules and stop trying to make anything happen on any level, other stuff starts to happen. And that became a key to the way we dealt with our music (de Grunwald & de Jong, 1997).

Terapien til elleve år gamle Mikael (nærmere beskrevet i Eide-Midtsand, 1990) skapte stadig øyeblikk av følelsesmessig kaos, som nye muligheter kunne oppstå av. Mikael var en beryktet spytter og i én time overrumplet han meg med å sende en klyse inn i munnen min. Han løp øyeblikkelig bort fra meg, åpenbart ganske skremt, og ga seg til å dolke en dartpil inn i krittplatene på veggen. Jeg kjente en bølge av ubehag, forvirring og irritasjon – over spytteklysen og over at han ødela veggen, og skrittet nokså bryskt mot ham. (Dette nevnte jeg ikke i artikkelen fra 1990; venstre hjernehalvdel med sine fornuftstyrte imperativer hadde fortsatt stor nok makt til å sensurere hva som kom ned på papiret.)

Mikael oppfattet tydeligvis irritasjonen i stemmen og bevegelsene mine og krøp litt sammen idet jeg nærmet meg. Men han opp-

rettholdt en tøff mine og sa utfordrende: «Nå kan du kjenne åssen det er å få alt mulig inn i kjeften!» Impulsen til å rive ham bryskt bort fra veggen ble i stedet til en varm omfavnelse idet jeg nådde ham, samtidig som harmen forvandlet seg til – ja, nå kan jeg si det – kjærlighet. Omfavnelsen utviklet seg til knuging, og vi ble stående en stund og knuge hverandre. «Jeg kan ikke kjenne hvordan det er å ha alt mulig i munnen. Men jeg kan kjenne *spyttet ditt*. Og spyttet ditt kan ikke skade meg. Det er ikke giftig. Ingenting ved deg er giftig» ... «Men spyttet ditt er altfor verdifullt til å sløses bort, så spytt i hendene mine hvis du skal spytte her inne. Da får jeg tatt vare på det.»

Jeg formet hendene til en skål. Mikael så rådvill på meg et øyeblikk. Så harket han opp en klyse og spyttet. Igjen og igjen. Etter en stund begynte han å bekymre seg for om jeg virkelig klarte å holde på spyttet hans. Han forsikret seg nøye om at det ikke rant ut mellom fingrene mine. «Jeg må ikke spytte for mye heller.» «Spytt så mye du har bruk for.» «Nei, æsj, bare tøm det ut i vasken.» «Er du gal! Vi kan jo ikke bare tømme det ut etter all den jobbinga! Finn noe vi kan ha det i, da.» Mikael fant en liten plasteske, som vi sammen skrapte spyttet opp i. Han teipet lokket omhyggelig fast, mens jeg skrev «Verdisaker» utenpå esken, puttet den i lommen og tilbød meg å oppbevare den på et trygt sted på kontoret mitt.

Jeg fikk en ny innskytelse: «Vi burte kanskje ta vare på det krittstøvet også, som du pelte ut av veggen.» Mikael mente at det ikke var noen vits i det. «Ikke vits? Det er jo ikke bare bare å lage støv av en vegg. Vi kan ha det for å minne oss på den fine kraften du har i deg. Du kan bruke den kraften til mye nyttig senere i livet, skal jeg si deg.» Vi samlet krittstøvet i en ny eske. «Det er akkurat som mel», konstaterte Mikael fasinert; «jeg vil spytte i det!» Han ga seg til å blande spytt og krittstøv mens jeg deklamerte med høytidsstemt røst: «Og han spyttet i støvet. Og støvet ble levende og spredte seg ut over hele verden.» Mikael lo stille for seg selv mens han smurte litt av blandingen ut på et papirark. «Lag et papirfly av det!» foreslo han begeistret. «Du er genial, Mikael! Et fly er akkurat det vi trenger for å spre det glade budskap om kraften din og alt det andre verdifulle du har i deg ut til alle folkeslag i verden.» «Og til levende og døde», la Mikael til.

En lang stund moret vi oss med å sende påsmurte papirfly mellom oss. Vi moret oss. Virkelig moret oss. Begge to. Men det sa jeg ingenting om i 1990.

AVRUNDING

I et samfunn som verdsetter rasjonelle tilnærminger med forutsigbare resultater, vil musikk uten noen gjenkjennelig melodi eller en forankrende takt og rytme lett skape uvisshet om hva det er man egentlig hører. Dette bereder grunnen for å projisere seg selv ut i lydbildet, noe som også understøttes av The Grateful Deads tvetydige, haikulignende sangtekster, som overlater til lytteren selv å gi teksten en mening. Det samme lydbildet som hensetter én tilhører i euforisk ekstase, kaster kanskje en annen ut i skrekkartete konfrontasjoner med indre demoner (Silverman, 2010).

Dette minner på mer enn én måte om settingen i opplevelsesorientert psykoterapi, der terapirommet blir et laboratorium for utforskning av nye måter å være i verden på ved hjelp av korrigerende emosjonelle og relasjonelle opplevelser. Å bli møtt på en annen måte enn man har vært vant til, skaper noe av den samme tvetydigheten som improvisert musikk, som man ikke helt vet hvor ender. Man tvinges til å se på seg selv og verden med nye øyne.



Også i psykoterapi har jeg i årenes løp erfart at de beste samspillene oppstår når man går til timen uten noen agenda



Alle likheter til tross, det finnes også viktige *dis*-analogier mellom psykoterapi og en Grateful Dead-jam. For bare å ha nevnt én, så kan musikere leke med risikoaspektet ved improvisasjon på en helt annen måte enn en psykoterapeut, som hele tiden må ha pasientens ve og vel som førsteprioritet. I denne sammenheng er det verdt å minne om at en musiker må kjenne sitt instrument og dets muligheter inngående før han blir i stand til å improvisere godt. Slik er det også i psykoterapi. Terapeuten må ha integrert en betydelig mengde kunnskap og erfaring og ikke minst blitt godt kjent med seg selv som terapeutisk instrument før han eller hun kan følge Allan Schores (2012) utfordring om i større grad å tørre å handle på første impuls – improvisere med den emosjonelle hjernen – før venstre hjernehalvdel får tid til å overta styringen med sine fornuftstyrte reservasjoner.

Gjennom tretti år reiste The Grateful Dead og deres trofaste følge av Deadheads omkring i (for det meste) USA som et omreisende dionysisk

karneval eller en anarkistisk sjørøverskute, som de også er blitt kalt (Selvin, 1995). The Grateful Dead så ikke på seg selv som artister som skulle underholde et publikum. De var ute etter å åpne dører til nye opplevelser, utvide opplevelsen av hva som er mulig – for seg selv og for tilhørerne (Goodenough, 1999; Reist, 1999). Inntoning på musikk så vel som på terapeutiske samspill er for øvrig et implisitt fenomen som bare ufullstendig overlever oversettelse til eksplisitte termer. Dersom man virkelig vil oppleve analogiene jeg har presentert i dette essayet er det ikke nok å ha lest om dem; man må lytte til dem. ✘

REFERANSER

- Badenoch, B. (2018). *The heart of trauma: Healing the embodied brain in the context of relationships*. New York: W. W. Norton & Co.
- Bion, W. (1967). Notes on memory and desire. *The Psychoanalytic Forum*, 2, 279–281.
- Eide-Midtsand, N. (1990) Den gode kroppen. Terapeutisk kommunikasjon med utgangspunkt i tre følelsesbetonte komplekser hos seksuelt misbrukte barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 27, 163–176.
- Eide-Midtsand, N. (2014). Utfordringer og muligheter knyttet til skam og skyld i terapien til en tolv år gammel gutt. I S. Søftestad & I.L. Andersen (red.), *Seksuelle overgrep mot barn: traumebevisst tilnærming*, (s. 162–174). Oslo: Universitetsforlaget.
- Eide-Midtsand, N. (2016). Lekenhet ved kulturens utspring: Spontan, egenorganisert bevegelseslek blant barn – med spesiell referanse til gutters lekekultur. I H. Jæger & J.K. Torgersen (red.), *Barnekultur* (s. 47–57). Oslo: Cappelen Damm.
- Fleiss, M. (2014). *The other one: The long, strange trip of Bob Weir* [Dokumentarfilm]. USA: Next Entertainment.
- Goodenough, M. (1999). Grateful Dead: Manifestations from the collective unconscious. I R. G. Weiner (red.), *Perspectives on the Grateful Dead*. (s. 175–182) Westport: Greenwood Press.
- De Grunwald, N. & de Jong, B. (1997). *The Grateful Dead: Anthem to Beauty* [DVD]. Rhino Entertainment Company.
- Hunter, R. (1974). *Scarlet Begonias*. Ice Nine Publishing (ASCAP).
- Jung, C.G. (1960). *The structure and dynamics of the psyche. Collected Works* (vol. 8). London: Routledge & Kegan Paul.
- Jung, C.G. (1966). *The practice of psychotherapy, Collected Works* (vol. 16). London: Routledge & Kegan Paul.
- Jung, C.G. (1970). *Civilization in transition, Collected Works* (vol. 10). London: Routledge & Kegan Paul.
- Malvinni, D. (2013). *Grateful Dead and the art of rock improvisation*. Lanham: Scarecrow Press.
- McGilchrist, I. (2009). *The master and his emissary: The divided brain and the making of the western world*. New Haven: Yale University Press.
- McNeill, W.H. (1995). *Keeping together in time: Dance and drill in human history*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Olsson, U. (2017). *Listening for the secret: The Grateful Dead and the politics of improvisation*. Studies in the Grateful Dead, no. 1. Oakland: University of California Press.
- Oppenheimer, R. (1956). Analogy in science. *The American Psychologist*, 11, 127 – 135.
- Reist, N. (1999). Clinging to the edge of magic: Shamanistic aspects of the Grateful Dead. I R.G. Weiner (red.), *Perspectives on the Grateful Dead*. (s. 183 – 189) Westport: Greenwood Press.
- Schore, A. (2012). *The science of the art of psychotherapy*. New York: W. W. Norton & Co
- Schore, A. (2014). The right brain is dominant in psychotherapy. *Psychotherapy*, 51, 388 – 397.
- Schore, A. (2016). The right brain implicit self: A central mechanism of the psychotherapeutic change process. I G. Craparo & C. Mucci (red.), *Unrepressed unconscious, implicit memory and clinical work* (s. 73–98). London: Karnac.
- Selvin, J. (1995). Jerry Garcia: The last post. *Mojo*.
- Silverman, E.K. (2010). Mysteries dark and vast: Grateful Dead concerts and initiation into the sublime. I J. Tuedio & S. Spector (red.), *Grateful Dead in concert: Essays on live improvisation*, (s. 214–231). Jefferson: McFarland & Co.
- Van Essen, D.C., Smith, S.M., Barch, D.M., Behrens, T.E., Yacoub, E. & Ugurbil, K. (2013). The WU-Minn human connectome project: An overview. *Neuroimage*, 80, 62–79.



SPILLER SAMMEN Mikroanalyse viser hvordan terapeuten og barnet kontinuerlig finjusterer seg «musikalsk» for å skape felles mening.
Foto: Rod Morris / Millenium / Scanpix

OPPSUMMERT

Musikalske mikroprosesser

Barn uttrykker seg i stor grad kroppslig og nonverbalt. Å se de nonverbale uttrykkene fra et musikalsk perspektiv gir tilgang til barnets indre opplevelsesverden.

HVILKEN ROLLE SPILLER det kroppslige samspillet mellom barnet og terapeuten for barnets terapeutiske utvikling? Kan en studie av nonverbale *mikroprosesser* gi kunnskap om endringsprosesser i barneterapi? I doktorgraden min var dette spørsmål jeg stilte meg. I en tidligere studie av intersubjektiv barneterapi fortalte foreldrene at barna etter endt terapi virket mer kroppslig vitale og uttrykte flere følelser, både negative og positive (Haugvik & Johns, 2008). Jeg ble nysgjerrig: Hva er det med denne

formen for terapeutisk dialog som hjelper barn å uttrykke et større følelsesregister? En annen kilde til inspirasjon kom fra min bakgrunn i musikk og musikalsk improvisasjon.

ET UTVIKLINGSPERSPEKTIV

Emosjonsregulering utvikles kroppslig og nonverbalt. Spedbarnsforskning har vist hvordan evnen til å dele og regulere følelser utvikles gjennom barnets erfaring med at følelser blir fanget opp, delt og regulert av omsorgsgiver. »

TEKST

Unni Tanum Johns, psykologspesialist, ph.d., førstelektor ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

KONTAKT

u.t.johns@psykologi.uio.no

Doktorgrad om musikalske mikroprosesser i intersubjektiv barneterapi

- Doktorgraden var del av et multisenterprosjekt (A-hus og NTNU) som startet i 2014 i regi av Psykologisk institutt NTNU. Tema for multisenterstudien var endring i emosjonsregulering hos barn med internaliserende vansker i alderen 9–13 år i tidsavgrenset intersubjektiv terapi.
- Johns utforsket nonverbalt samspill i barneterapi med seks barn gjennom å studere musikalske mikroprosesser.
- Deltagere ble målt før, rett etter og ett år etter behandlingen med multiple metoder, inkludert psykofysiologiske mål, mål på emosjonsregulering og affektbevissthetsintervju.
- Kontrollgruppen ble rekruttert fra lokale skoler i Trondheim.

Når barnet merker at den voksne justerer seg til dets signaler om sin følel-
sestilstand, utvikles selvopplevelsen av å være en aktiv påvirker i dialo-
gen (Tronick, 1998). Intersubjektivitet vil si å skape mental kontakt med
barnet, ut fra hvordan det enkelte barnet uttrykker sin opplevelsesverden.
Barn er uttrykksfulle. Også når de har vansker med å uttrykke følelser,
merkes det kroppslig. Intersubjektiv barneterapi innebærer å sensitivt
justere seg til barnet for å påvirke grunnleggende utviklingsprosesser.

MUSIKALSKE MIKROPROSESSER

Innenfor spedbarnsforskning har man lenge anvendt musikalske begre-
per for å beskrive ulike samspillsmønstre som påvirker barns selvutvik-
ling (Fernald, 1992; Malloch & Trevarthen, 2010). Tilsvarende undersø-
kelser av slike prosesser i barneterapi er til nå få (Hansen, 2012; Harrison
& Beebe, 2018). Etter inspirasjon fra spedbarnsforskningen valgte jeg å
studere rytme, tempo, vokal aktivitet, endringer i dynamikk og pauser i
to-minutters samspillssekvenser fra en tidlig og en sen terapitime med
seks barn i alderen 9–11 år. Denne mikroanalytiske tilnærmingen gjorde
det i tillegg mulig å registrere hvordan barnet og terapeuten koordinerte
seg og når denne koordinering brøt sammen. Deltagerne var tre jenter
og tre gutter med ulike internaliserende vansker. Samspillssekvensene
ble strategisk valgt ut fra terapeutenes beskrivelser av at det skjedde en
tydelig endring i barnets emosjonelle uttrykk.

Videoanalyse gir tilgang til rik informasjon. For å utforske kompleksi-
tet og endring i samspillet over tid utviklet jeg en mikroanalytisk metode
bestående av tre lag registrert langs en tidslinje: Øverste laget er en detal-
jert beskrivelse av samspillet, slik det utfoldet seg i mikrosekvenser (4–9
sekunder). Laget under beskriver vokal aktivitet, tempo, rytme, dynamikk
og pauser som fremkommer i samspillet. Det nederste laget er en psyko-
logisk analyse basert på en helhetlig forståelse av lagene.

I en mikroanalyse med en deprimert 7-årig gutt fant jeg for eksempel
hvordan mikroprosesser i guttens uttrykk, som endringer i stemme, ryt-
miske bevegelser, tempo, dynamiske skiftninger og pauser, avspeilet ulike

følelsesuttrykk i dialogen. På et tidspunkt for-
midlet han kroppslig hvordan han regulerte uro
og tristhet gjennom selvsikading. Da saktet han
tempoet, økte intensitet i håndbevegelsene ret-
tet mot terapeuten, og stemmen brast. Guttens
usikkerhet og ambivalens kom til uttrykk gjen-
nom rytmiske sammenbrudd. Mikroanalysen
viste hvordan terapeuten og barnet kontinu-
erlig finjusterte seg «musikalsk» mot å skape fel-
les mening. Mot slutten av terapien var det et
samsvar mellom høyere grad av koordinering
og økt deling av følelser. Også guttens initiativ
økte, og han kunne i større grad uttrykke vanske-
lige følelser som skam. De kontinuerlige juste-
ringene som fant sted i mikroprosesser, så ut til
å skape et opplevelsesfellesskap, først for non-
verbal deling og siden for verbal deling av van-
skelige opplevelser.

En fagfelleurdert håndbok som beskriver
terapimetoden, ble publisert som del av dok-
torgraden. Tilnærmingen innebærer paral-
lelle samtaler med foreldre, der et hovedmål
er utvikling av mentalisering (Midgley et al.,
2017) samt samarbeid med skole og barnevern.

SAMSPILLSMØNSTRE SOM TRER FREM

Gjennom de kvalitative analysene av musikalske mikroprosesser fant jeg noen hovedmøn-
stre, knyttet til terapeutenes aktivitet, barnets
aktivitet og dyadisk synkronisering. Når bar-
net fremsto uorganisert, fant jeg for eksempel
at hvis terapeutene da justerte seg ved å saktne
tempo og matche barnets følelstone, bidro
det til å skape kontinuitet i dialogen. I et kon-
kret eksempel prøvde jenta å fortelle terapeu-
ten om noe trist hun hadde opplevd, men var
usammenhengende og hektisk, og det var van-
skelig å komme i dialog. Terapeuten fastholdt
oppmerksomheten på det triste gjennom vokal
inntoning til jentas affektive tone, samtidig
med at hun saktet tempoet. Dette skapte fel-
les oppmerksomhet om jentas fortelling, som
hun klarte å fullføre mer samlet.

Når barnet uventet uttrykte vanskelige følel-
ser verbalt og nonverbalt, fant jeg et mønster
i at terapeutene ofte økte tempo og intensitet
til et høyere nivå enn barnet, noe som førte til
brudd i dialogen og til at barnet stoppet opp.
Økning av tempo hos terapeuten viste seg som
en risiko for at barnet trakk seg fra dialogen.
Når terapeuten oppfattet dette, ventet og jus-
terte seg til barnets tempo og intensitet, ble dia-
logen gjenopprettet.

Et annet mønster var en sammenheng mellom terapeutens tonale fleksibilitet og at barnet uttrykte flere følelser. Variasjon i vokalt register fremsto som et «stillas» for barnet til å fortsette å uttrykke seg. Jeg fant at rytmisk flyt og timing i samspillet førte til at barnet fremsto tydeligere og mer vitalt. Jeg fant også at terapeuter tolket stor grad av sammenheng mellom tempo og intensitet hos barnet som et uttrykk for intensjonalitet; terapeuten ble mer oppmerksom og undret seg eksplisitt på hva barnet ville formidle. Gjennomgående ble distinkte forandringer i barnets kroppslige «musikalske» uttrykk assosiert med viktige følelsesuttrykk, både positive og negative.

Mot slutten av terapiene fant jeg flere pauser, både barneinitiert og dyadisk, som sammenfalt med at barnet fremsto tydeligere, med flere initiativ til å formidle viktige følelser. Et spennende funn var at de enkelte dyadene utviklet forskjellig 'musikalsk' samspill, der terapeuten og barnet i noen dyader anvendte mest tonefallskommunikasjon, mens i andre fremsto det rytmiske samspillet som dominerende i den affektive utvekslingen.

Funn fra affektbevissthetsintervjuene for hvert av barna, sammenlignet med kontrollgruppen, indikerte at barna fikk økt affektintegrasjon i retning av aldersadekvat status. Et viktig funn var at økningen var størst fra slutten av terapien til ett år etter. Det kan støtte forståelsen av barneverterapi som en ramme for utviklingsprosesser, der det parallelle arbeidet med barn og foreldre har betydning for videre utvikling.

TYDELIGGJØRING AV GJENSIDIGHET

Barn uttrykker seg i stor grad kroppslig og nonverbalt. Å se barnets nonverbale uttrykk fra et musikalsk perspektiv kan være en inngang til å forstå barnets indre opplevelsesverden, og å tilpasse seg barnets utviklingsbehov. Små endringer i barnets aktivitet kan være inngangsporter til intersubjektiv deling og regulering. Når terapeuten er oppmerksom på slike kvalitative endringer i barnets kroppslige uttrykk, kan samspillet lettere rettes mot utvidelse av hele barnets følelsesregister og øke vitaliteten.

Terapeutisk utvikling fremmes av gjensidig deltagelse. Mikroanalyse av musikalske mikroprosesser tydeliggjør den gjensidige utvekslingsprosessen mellom terapeuten og barnet mens den skjer. I den intersub-

jektive forståelsen ser vi på det å tydeliggjøre barnets bidrag i samspillet som vesentlig for selvutvikling. En forståelse av barns implisitte kommunikasjon gjør det lettere å kommunisere med barnet om barnets opplevelser og behov, men også å få en felles forståelse med foreldre og andre som skal hjelpe barnet. Et fokus på musikalske mikroprosesser i terapi gjennom videoanalyse kan samtidig bidra til terapeutens egen utvikling, gjennom at terapeuten blir mer oppmerksom på kvaliteter som fremmer sensitivitet og lydhørhet overfor barnet. ✖

REFERANSER

- Fernald, A. (1992). Meaningful melodies in mothers' speech to infants. I H. Papousek, U. Jürgens, M. Papousek (red.), *Studies in emotion and social interaction. Nonverbal vocal communication: Comparative and developmental approaches* (s. 262–282). New York: Cambridge University Press.
- Hansen, B.R. (2012). *I dialog med barnet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Harrison, A.M., & Beebe, B. (2018). Rhythms of dialogue in infant research and child analysis: Implicit and explicit forms of therapeutic action. *Psychoanalytic Psychology*, 35(4), 367–381.
- Haugvik, M. & Johns, U. (2008). Facets of structure and adaptation: A qualitative study of time-limited psychotherapy with children experiencing difficult family situations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 235–252.
- Johns, U.T. & Svendsen, B. (2016). *Håndbok i Tidsavgrenset Intersubjektiv Barneterapi: Kunnskapsgrunnlag, behandlingsprinsipper og eksempler*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Johns, U.T. (2018). *Musical dynamics in time-limited intersubjective child psychotherapy: An Exploration based on microanalysis of therapeutic interplay*. [Doktoravhandling]. Universitetet i Aalborg.
- Malloch, S., & Trevarthen, C. (2010). Musicality: Communicating the vitality and interests of life. I S. Malloch & C. Trevarthen (red.), *Communicative Musicality. Exploring the basis of human companionship* (s. 1–11). Oxford: Oxford University Press.
- Midgley, N., Ensink, K., Lindquist, K., Malberg, N. & Muller, K. (2017). *Mentalization-based Treatment for Children: A Time-Limited Approach*. Washington: American Psychological Association.
- Tronick, E.Z. (1998). Dyadically Expanded States of Consciousness and the Process of Therapeutic Change. *Infant Mental Health Journal*, 19(3), 290–299.

Hovedfunn

- Affektbevissthet og emosjonsregulering for barna i hele studien økte til gjennomsnittsnivået for kontrollgruppen.
- Størst økning ble målt ett år etter avsluttet terapi.
- Analysen av musikalske mikroprosesser viste at barnet og terapeuten koordinerer seg mer, og at barnet tar mer initiativ til å dele følelser, både positive og negative.
- Studien indikerer at terapeutens kroppslige synkronisering til endringer i barnets nonverbale uttrykk kan gi tilgang til følelser som barnet ikke klarer å uttrykke verbalt.



FOTO: TRASTAD SAMLINGER

Norsk «outsider art»

Outsider art, eller art brut som retningen også kalles, er kunst laget av utøvere utenom det etablerte kunstfeltet, for eksempel mennesker med psykiske lidelser eller psykisk utviklingshemming. En unik samling av denne typen kunst vises nå ved Trafo Kunsthall i Akershus. Utstillingen «Svanene fra Lazarusdalen - norsk Outsider Art» er et samarbeid mellom Trafo Kunsthall, Dikemark psykiatriske sykehusmuseum og Sør-Troms museum/Trastad Samlinger.

Trastad Samlinger er fra det som tidligere het Nord-Norges

Åndssvakehjem for psykisk utviklingshemmede ved Trastad gård i Kvæfjord (1954-1991). I tillegg vises en stor samling verk fra Dikemark psykiatriske sykehusmuseum som har en historisk kunstsamling på cirka 750 kunstverk skapt av tidligere pasienter ved sykehuset. Verkene som vises er fra cirka 1920-1950. Det er første gang verk fra Dikemark blir gjort tilgjengelig for offentligheten i denne skalaen.

Broderiet avbildet er signert Wenche Nilsen (2002). Utstillingen står til 30. juni.

Meninger



FAKSIMILE FRA FORSIDEN TIL APRILUTGAVEN



Barokke oppfatninger

Artikkelen om menn utsatt for seksuelle overgrep i Psykologtidsskriftets aprilutgave viser til barokke, men trolig levende stereotypiske oppfatninger om overgrep mot menn, mener Pål Grøndahl, som savner mer presisjon og diskusjon om både respondenter og perspektiver i den vitenskapelige artikkelen.

Les debattinnlegget på side 441.

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.



Mike Thomson 19

Behandling av kompleks PTSD krever tid og ressurser

Vi vet hva gjentatte krenkelser fra de nærmeste gjør med et menneske, og hva som skal til for at bedring kan skje. Men behandlingstilbudet reflekterer ikke fagfeltets kunnskap.

GJENTATTE OG ALVORLIGE krenkelser kan føre til det vi i dag omtaler som kompleks posttraumatisk lidelse (kompleks PTSD). Krenkelsene kan ta form av vold, overgrep, omsorgssvikt, psykisk terror. Eller alt sammen. Teori- og erfaringsgrunnlaget for behandling av komplekse traumelidelser er i utvikling. Dette kunnskapsgrunnlaget forteller oss at samfunnet som helhet kan og må satse på forebygging, og at det er nødvendig at kunnskapen når langt utover helsesektoren. Spesialisthelsetjenesten må på sin side ta ansvar for å sette virksom behandling inn i et system som anerkjenner den sammensatte problematikken som kompleks PTSD utgjør. Både av hensyn til pasientene og behandlerne. Til dette trenger vi ressurser nok til å gi et helhetlig tilbud over tilstrekkelig med tid.

EN HJELPENDE DIAGNOSE

Diagnose kompleks PTSD tilbyr en overordnet betegnelse for å forstå en rekke symptomer på flere psykiske lidelser, somatiske helsevan-

sker og personlighetsproblematikk som antas å stamme fra gjentatte og alvorlige krenkelser. Diagnosen er formelt innført i den siste versjonen av Verdens helseorganisasjons diagnostesystem *International Classification of Diseases* (ICD-11), og erstatter diagnosen vedvarende personlighetsendring etter katastrofale hendelser (F62.0) fra ICD-10. Slik skiller problematikken fra posttraumatisk stress (F43.1), som beskriver reaksjoner knyttet til enkelthendelser. Diagnosen kompleks PTSD gjør det altså mulig å formelt beskrive disse pasientenes sammensatte symptombilde bedre enn før.

Dagens spesialisthelsetjeneste sitter på en faglig kompetanse som kan hjelpe mennesker som strever med de psykologiske følgene av kompleks traumatisering. Vi kan gi tverrfaglig behandling med et psykoterapeutisk og poliklinisk tyngdepunkt. Tidligere har mangelen på en tilstrekkelig teoretisk forståelsesramme bidratt til at «brannslukking» i form av symptomlettende medisiner og akutte innleggelse ofte har utgjort en stor del av spesialisthelse-

CATHRINE MEYER AMUNDSEN,
psykologspesialist,
RANDI THERESE LINDTNER,
psykologspesialist,
ELI KAROLINE KVENDSETH,
psykolog, Alle Helse Bergen..

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

KOMPLEKSE TRAUMER





År med traumatiske opplevelser setter spor i store deler av ens væren. Skal vi hjelpe disse menneskene, trenger vi derfor tid

tjenestens bidrag i disse sakene. Nå kan vi i tillegg arbeide systematisk for varig bedring i livskvalitet og funksjon.

Vi kan bidra til at mennesker med komplekse traumer forstår hvordan de vonde opplevelsene har påvirket dem. Videre kan vi hjelpe dem med følelsesregulering og grensesetting, og vi kan lære dem å bringe seg selv tilbake til «her og nå» når overveldende minner og gamle reaksjonsmønstre spilles ut. Det er utarbeidet mye god og lett forståelig psykoedukasjon som gjør det kaotiske forståelig, fellesmenneskelig og håndterbart, og mange av pasientene drar nytte av å delta på psykoedukative kurs med andre i samme situasjon, der også skammen og opplevelsen av å være alene kan dempes. Vi har også gode erfaringer med å tilby psykomotorisk bevegelsesgruppe, der kroppen gradvis tas tilbake. Utstyrt med en ny forståelse for sine egne reaksjoner og med nye verktøy for å tåle minner og følelser, kan mange pasienter gjennom individualterapi integrere det de har opplevd, som en vond del av sin historie.

KLINISK ERFARING

Våre erfaringer med å omsette kunnskapen vi har om kompleks PTSD, til en poliklinisk praksis, forteller at en slik tilnærming faktisk hjelper. Vi har sett hvordan mennesker med alvorlig traumeproblematikk gjennom behandling tar bolig i egen kropp, lever her og nå og skaper seg et liv som er kvalitativt annerledes. Vi ser at de kanskje for første gang i livet kjenner trygghet og kan tre ut i verden og bidra med sine ressurser – uten selv å brenne seg ut. Vi ser at det nytter.

Erfaringene forteller oss imidlertid også at det mangler eksplisitte rammer i behandlingssystemet som sikrer at pasientgruppen kan dra full nytte av denne kompetansen. Pasientgruppens vansker er tett sammenvevd med den enkeltes personlighet og tiltro til verden. År med traumatiske opplevelser setter spor i store deler av ens væren. Skal vi hjelpe disse menneskene, trenger vi derfor tid. Ofte godt med tid. Helseforetakene må også legge til rette for tverrfaglig samarbeid og gi rom for faglig påfyll og regelmessig veiledning. Det er avgjørende at klinikere gis mulighet til å av reagere og prosessere avtrykk i seg selv. Vi ser at dersom behandlerens følelsesmessige tåleevne fylles opp, stopper prosessen.

ERFARINGSGJENBRUK

Heldigvis trenger vi ikke finne opp kruttet på ny, men kan se til erfaringer som er gjort med andre pasientgrupper. Pasienter med kompleks PTSD er ikke den første gruppen med sammensatt problematikk som har medført kaos og uklarhet i behandlingssystemet. I psykosefeltet har et fokus på felles problemforståelse og tett samkjøring av 1.-, 2.- og 3.-linjenes tilbud og ansvarsområder gjort det mulig å utarbeide behandlingsløp som bærer kompleksiteten i gruppens vansker og behov. Bærer rammene, kan pasient og behandler puste.

Vi kan og bør låne mye ifra dette arbeidet i våre møter med komplekst traumatiserte pasienter. Erfaringene fra psykosefeltet viser at det er mulig å etablere et felles kart over terrenget for både behandler, pasient og samarbeidspartnere. I krisesituasjoner og forverringsperioder trenger poliklinikk og sengepost i 2. og 3. linje å snakke samme språk og møte pasientene på en måte som skaper trygghet. Videre kan spesialisthelse-tjenesten gjennom å tjene som informasjonsformidler og «tolk» dempe misforståelser og frustrasjoner som kan oppstå mellom pasienten og hans eller hennes nettverk, somatikken, NAV, utdanningsinstans eller

arbeidsplass. Før denne pasientgruppen kommer i behandling, har de ofte tilsynelatende fungert i jobb og familieliv. Helt til vekten ikke lenger kan bæres, verken av kropp eller psyke. Uten å få kunnskap om dette, blir funksjonsfallet vanskelig for pasientens omverden å forstå. Og sist, men ikke minst: Denne gruppen har ofte egne barn. Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og interne familieteam, barnevern, helsestasjon og lignende kan hjelpe den enkelte pasient i rollen som omsorgsgiver, samt barnet selv der det trengs.

Med inspirasjon fra arbeidet som blant annet gjøres i psykoselivet, er det altså mulig for spesialisthelsetjenesten å etablere helhetlige behandlingstilbud som møter mennesker med kompleks PTSD bedre enn i dag. Men i en tid der fokus er på effektivitet, kan man argumentere for at det nå er mindre rom for problematikker der behandling krever tid, bredt samarbeid og relasjonell reguleringshjelp i tillegg til symptombehandling. Pasientpopulasjonen som spesialisthelsetjenesten er satt til å hjelpe, er sammensatt. Vi trenger en variasjon i tilbudene våre som avspeiler dette. Slik vi ser det, ivaretar ikke dagens behandlingsrammer mennesker med kompleks PTSD godt nok. Ei heller behandlerne som hjelper dem.

REPARERENDE ANSVAR

Mennesker som har levd et liv i krenkelse, er sviktet av samfunnet. Behandlingsapparatet må derfor bære sitt reparerende ansvar. Vi mener at behandlingstilbudet til denne gruppen må løftes høyt på helseminister Bent Høies dagsorden. Høie må anerkjenne at mennesker med alvorlige og komplekse traumer trenger sammensatt behandling over tid, og sørge for at spesialisthelsetjenesten tildeles de ressurser som trengs til dette arbeidet. ✕

Debattert

Livsmestring i skolen

Pseudo-power Det ligger gode intensjoner bak ønsket om å lære ungdom om psykisk helse og mestring av livets utfordringer. (...) Fra 2020 blir livsmestring og psykisk helse en del av læreplanen i skolen. Vi håper kunnskapsgrunnlaget for læringsmål og innhold holder en betydelig høyere standard enn hva som er tilfellet for power poses.

Joar Halvorsen og Jan-Ole Hesselberg i Aftenposten 28. april

Skuslet vekk Til tross for omfattende dokumentert effekt og gjentatte krav fra elevene, har knapt noen skole i Norge inkludert psykisk helsetrening som del av ordinær undervisning. Fagfornyelsen gir unik anledning til å likestille fysisk og psykisk helsetrening i skolen. Vedtas forslaget til læreplan uten dette, har regjeringen skuslet bort denne sjansen. (...) Her er knapt noen kompetansemål som vil styrke elevenes psykiske helse. Heller ingen verktøy.

Arne Holte og kolleger i Aftenposten 12. mai

Vurderingsfritt Alt elevene skal lære om følelser, medmenneskelige relasjoner eller sosial utvikling, skal ikke stå som kompetansemål i fagene. Kompetansemålene må leses og forstås i lys av overordnet del og de andre delene av læreplanene i fag. Kompetansemålene beskriver det elevene skal ha lært, og dermed hva de skal kunne vurderes etter. Elevene skal ikke vurderes i sin evne til å mestre livet.

Jan Tore Sanner i Aftenposten 19. mai

Tidsrom Vår rolle som lærere handler i større grad også om å ha tid til å se og fange opp signaler hos elevene som strever. Her er vedtaket om en lærernorm viktig. Vi trenger flere lærere for å følge opp elevene på en god måte, både faglig og sosialt. (...) Derfor er vi glade for at det nå rettes et ekstra fokus på livsmestring og folkehelse gjennom den nye læreplanen. Likevel hjelper det lite dersom vi ikke har tid til å følge det opp.

Therese Fjellgaard, Heidi Granberg, Monica Kigen og Richard Olav Orby debatterer på Dagsavisen.no 2 mai



UTFORDRER To dager etter at valgkomiteen innstilte Håkon Skard som kandidat til vervet som president i Norsk psykologforening, lanserte lokalavdelingen i Akershus Tommy Sotkajærvi til president. Foto: Fartein Rudjord.

Endringer og balanse

God manøvrering i en omskiftelig tid krever ledelse som mestrer balanse. Derfor stiller jeg som kandidat til presidentvervet i Norsk psykologforening.

TOMMY SOTKAJÆRVI,
psykologspesialist
og kandidat til
presidentvervet.

PRESIDENTKAMP

VI LEVER I en tid av hurtige endringer. Trender og utviklinger bringer nye utfordringsbilder og muligheter. Populasjonsvekst, teknologisk utvikling, masse migrasjon, klima og miljøendringer, politisk uro og økonomiske ulikheter – alle sammen fenomener som påvirker oss i en stadig mer globalisert verden.

POLARISERING, IDEOLOGI OG FORNUFT

I møte med globale utfordringer fortsetter Norge å fare bedre enn de fleste andre land, og troner stadig på topp tre av lykkestatistikkene (Helliwell et al., 2019). Samtidig følger vi internasjonale trender med et politisk landskap preget av økt polarisering og nedgang i det organiserte samfunnsengasjementet. Man ser økt oppslutning rundt partier på de ytre fløyene av det politiske spektrum. Tradisjonelt har det vært høy grad av tillit her til lands, med en befolkning som har hatt små ulikheter og nærhet til de som styrer oss. I dag ser vi konturene av et tillitsfall, og enkelte mener vi må ta på alvor tegnene

på at tilliten til politikere, media og forskning svekkes (Bøås & Sinding, 2019). Andre igjen spør om vi har beveget oss inn i en slags «antiopplysningstid» (Solbu, 2018). Alt mens sosiale medier ofte går varme av høylytte og aggressive ytringer, og færre nordmenn er aktive medlemmer av et politisk parti eller en fagforening (SSB, 2017). Det er godt klima for de som ønsker sin egen ideologiske overbevisning som styrende for samfunnsutviklingen. Fornuften er i hardt vær.

FAGFORENING OG FAGLIG FORENING

Psykologforeningen skal være en fagforening, og en faglig forening. Det betyr at vi skal ivareta våre medlemmers interesser. Samtidig skal vi sørge for at psykologifaget er en selvfølgelig premissleverandør i samfunnet til folks beste. Godt forankret i Psykologforeningens prinsippprogram (Norsk psykologforening, 2016) har vi et samfunnsoppdrag som styrer hva vi skal jobbe med. Oppdraget spenner over et vidt spekter av tjenester, samfunnsområder og arbeidsplasser. Vi skal

være relevante på universitetene, i kommunene, spesialisthelsetjenestene og stat, i det private og det veldedige, og for den selvstendige. Vi skal dekke alt fra folkehelse, forebygging og behandling til organisasjonsutvikling. For å nevne noe.

Det er en krevende balanse, spesielt i samtiden. Utfordringen når ideologi råder over fornuft i den offentlige diskurs, er at den i sin natur er et selvimmuniserende og antivitenskapelig tankesystem. Da er det spesielt alarmerende når det er gode argumenter for at norsk helsepolitikk ser ut til å være mer ideologistyrte enn fornuftsbasert (Wyller, 2015), der sammenslåinger og organisering, utforming av rammevilkår og de stadige helsereformene som vi utsettes for – inkludert New Public Management – ofte er tuffet på ideologiske overbevisninger og vyer. Som like sannsynlig er forankret rundt forståelser av ledelse og økonomi, som langs en politisk akse.

RAPPORT FRA FRONTLINJA

Psykologforeningen har lenge kjempet en kamp mot at politisk ideologi, sammen med styrings- eller markedsøkonomisk ideologi, blir dominerende når helsepolitikk skal utformes. Fordi det medfører at helsefaglige synspunkter blir neglisjert eller relativisert. Det er lett gjenkjennelig ved de største arbeidsplassene for våre medlemmer.

Vi kjenner det fra spesialisthelsetjenesten. I min tid som foretakstillitsvalgt, i 2014, kjempet jeg for å beholde den desentraliserte strukturen av ledelse, makt og kompetanse i Finnmarkssykehuset. Økonomi og sterke fagmiljøer var mantra for sentraliseringens fortrefelighet; selv om vi skulle serve en befolkning fordelt over et geografisk område større enn Danmark. Den gangen ble vi sentralisert innenfor fylkets grenser. I år ble Finnmarkssykehuset underlagt UNN, og dermed sentralisert ut av fylket. Det hele skjedde uten at man engang snakket med de tillitsvalgte (Storvik, 2019). Dette er ett eksempel blant mange. De siste årene har modige tillitsvalgte og andre fagpersoner i forskjellige fora trukket fram de til tider håpløse rammebetingelsene for behandling, forebygging og samhandling i og med spesialisthelsetjenesten.

Vi kjenner igjen dette også fra kommunen, der vi har fått lovfestet rett til psykologkompetanse fra 2020. Lovfestet til hva da? Ved slutfasen av statlige tilskuddsmidler ser man tegn til at det er lang vei til en helhetlig satsing på psykologkompetanse i psykisk helse. De fleste psy-

kologer blir satt til å behandle, med eller uten nødvendig rammeverk for å drive evidensbasert. Mange har «lekket» rett ut av PP-tjenesten, som får svekket sin kompetanse og viktige samfunnsmandat. I kommuner innhentes det ikke systematisk informasjon fra psykologer til statistikker som danner grunnlag for beslutningstakere i organisering av lokalsamfunn. Verken folkehelseprofiler eller det nye kommunale pasient- og brukerregisteret (KPR) innhenter, eller har klare føringer om å innhente, informasjon fra psykologer i framtiden. Bruk av psykologer i kommunene er ikke systematisk eller kunnskapsbasert.

Og hva med det helsevennlige samfunn? I kommunene er psykologers inklusjon i folkehelsearbeid vilkårlig. 0,2% av helse- og omsorgsdepartementets budsjett går til spissede folkehelseiltak (Rønnevik, 2019). En slik underfinansiering er i praksis en struping av folkehelsesatsingen. Å skape gode og helsefremmende – ikke pasientskapende – samfunn overlates til vilkårlighet, individet og frivilligheten. Dette er motstridende til all sunn fornuft.

UT OG REDDE VERDEN, LIKSOM?

Kommune og spesialisthelsetjeneste er to illustrerende eksempler på hvordan ideologiske tankesystemer og kunnskapsrelativisering brer om seg i samtiden. Andre eksempler er framveksten av et todelt helsesystem, økende sosioøkonomiske forskjeller, et arbeidsliv som utfordrer den norske modellen, eller ekspertforakt hos politikere, media og folk flest.

Hva skal være responsen vår i en tid der ideologi og fornuft står i strid? En avmaktens ryggmargsrefleks kan være å implodere inn i seg selv, og fokusere på det som er mest presserende og rett framfor nesa. – Kontoret brenner. Skal vi ut og redde verden, liksom? Men det er ikke enten eller. Alt henger sammen med alt.

Vi må fortsette å gjøre oss relevante, og fortsatt insisterende på vårt fag som retningsgivende i faglige spørsmål. Vi må hegne om våre felles prinsipper og menneskerettighetene. Vi må beskytte oss fra å bli satt i posisjoner som truer vår anseelse, faglige integritet og tillit. Det er vårt fordømte ansvar. For vår egen, fagets, samfunnets og befolkningens beste.

BALANSEKUNSTEN

Mange har spurt om min politiske plattform. Kommer jeg til å være en president for spesialisthelsetjenesten? Universitetene? Kommunen? »



Vi må beskytte oss fra å bli satt i posisjoner som truer vår anseelse, faglige integritet og tillit. Det er vårt fordømte ansvar



Vi trenger venner. Psykologien kan ikke løse alt, og tverrfaglighet og nye perspektiver kan gi oss det kritiske blikket vi trenger for å utvikle oss

Klimapsykologi? Svaret er nei. Jeg vil ikke være president for én sak, men for de mange. Mitt ønske er at Psykologforeningen skal favne bredt. Heri ligger vår styrke. Ikke i den enkelte sak, eller den enkelte seier eller tap. Samtidig har jeg noen konkrete endringer jeg ønsker å jobbe for i organisasjonen i kommende landsmøteperiode.

Jeg vil jobbe for å avvike hovedsatsingsområdet til fordel for en ny struktur. Mange medlemmer opplever hovedsatsing som ensbetydende med «dette jobber vi med». Flere har opplevd overfokusering på nyvinning og framtid, og for lite fagforeningsarbeid. Jeg ønsker at vi får bygget opp en ny struktur med to områder: Utviklingsområde (nybrottsarbeid for nye områder) og Fokusområde (ivaretagelse og kvalitetssikring av det nåværende). Omstruktureringen vil foregå i tiden fram mot neste landsmøte, uavhengig av valgt hovedsatsing i november.

Jeg ønsker at Psykologforeningen skal fortsette å være en relevant samfunnsaktør. Vi skal fortsette utviklingen av foreningen som en leverandør av psykologisk kunnskap inn i et bredt spekter av problemstillinger og utfordringer. Som et ledd i dette ønsker jeg å jobbe for at våre nettstedet og kommunikasjonskanaler i større grad representerer det mangfoldet befolkningen i samfunnet representerer. Det gjelder også for de som er i minoritet blant oss. Blant annet vil jeg jobbe for et samarbeid med Samisk nasjonalt kompetansesenter (SANKS) for å kunne formidle samisk kultursensitiv psykologisk kunnskap og nettsideartikler på samisk.

Jeg vil jobbe for at vi knytter sterkere bånd til ideelle stiftelser, brukerorganisasjoner og andre fagforeninger. Vi trenger venner. Psykologien kan ikke løse alt, og tverrfaglighet og nye perspektiver kan gi oss det kritiske blikket vi tren-

ger for å utvikle oss. Gjennom felles prosjekter, samarbeid, uttalelser i media og lignende ønsker jeg å jobbe for at vi skal stå sterke. Skulder ved skulder, sammen med andre.

Jeg vil jobbe for å styrke lokaldemokratiske prosesser. Det er et demokratisk problem at vi ikke klarer å engasjere våre høykompetente, sammensatte – og ofte dypt uenige – medlemmer i større grad. Vi kan ikke fortsette å definere medlemsaktivitet til rammene av lukkede medlemsmøter som et fåtall møter på. Jeg ønsker blant annet å se på mulighetene for å bruke teknologisk infrastruktur til å stimulere til økt medlemsaktivitet, samt deltagelse ved avstemninger og kartlegginger.

Det siste punktet er spesielt viktig. Alt jeg har listet opp her, er enkeltsaker jeg mener er nyttige områder for endring i organisasjonen vår. Til syvende og sist er det opp til dere. Presidentens viktigste oppgave er balansekunsten det kreves for å representere landsmøtet og medlemmene, i samarbeid med det apparatet foreningen består av. Når november kommer, stemmer vi ikke på sak. Vi stemmer på hvem som skal være den framtidige røsten for oss alle.

Godt valg! ✕

Les også intervju med Sotkajærvi på side 392-393.

Les mer om presidentkampen mellom Håkon Skard og Tommy Sotkajærvi på Psykologtidsskriftet.no ✕

LITTERATUR

Bøås, M. & Sending, O.J. (2019). En verden av mistillit. NUPI skole. Hentet fra <https://www.nupi.no/Skole/HHD-Artikler/2018/En-verden-av-mistillit>

Helliwell, J.F., Layard, R. & Sachs, J.D. (2019). *The World Happiness Report*. Hentet fra https://s3.amazonaws.com/happiness-report/2019/WHR19.pdf?fbclid=IwAR0y6_zrhYemVMIM_W2d2CHndMeF15f2E-uW_RVfdJnaD-PImKVxE2lRkhV5

Norsk psykologforening (2016). Prinsippprogram. Hentet fra <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/vedtekter-og-retningslinjer/prinsippprogram>

Rønnevik, D.-H. (2019, 7. april). Folkehelse-satsningen – et spill for galleriet. *Dagens Medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no>

Solbu, E.L. (2018). Antiopplysningstiden. Hentet fra <https://www.nrk.no/viten/xl/antiopplysningstida-1.13891495>

SSB (2017). Få aktive medlemmer i politiske partier. Hentet fra <https://www.ssb.no/kultur-og-fritid/artikler-og-publikasjoner/fa-aktive-medlemmer-i-politiske-partier>

Storvik, A.G. (2019, 25. januar). Helseministeren: – Det er besluttet at Finnmarkssykehuset skal ligge under UNN. *Dagens Medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no>

Wyller, V.B. (2015). Helsepolitikk – mer ideologi enn fornuft? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 135, 1423. doi: 10.4045/tidsskr.15.0882

Uklart om overgrep

Reagerer voksne menn likt på seksuelle overgrep i voksen alder?

I APRILUTGAVEN AV tidsskriftet leste jeg med stor interesse artikkelen om menn utsatt for seksuelle overgrep i voksen alder. Det var en betimelig artikkel som tematiserte et åpenbart vanskelig og sårt tema. Menneskes opplevelser ble belyst ved å vise til, etter min mening, barokke, men antakelig levende stereotypiske oppfatninger om overgrep mot menn. Som at det bare er homofile menn som utsettes for overgrep, eller at menn ikke kan voldtas, og annet surr.

I deres kvalitative metaanalyse fant forfatterne 12 studier med til sammen 139 informanter som kunne inkluderes i studien. Disse ble stort sett greit og oversiktlig gjort rede for. Og nettopp den tydeligheten gjør det også lettere å komme med noen kommentarer om artikkelens innhold og drøfting av funn.

I løpet av gjennomlesningen fremkommer det at overgriperne som regel er menn, og at homofile og bifile oftest er utsatt for slike seksuelle overgrep i voksen alder.

I resultatene fremkommer det imidlertid ikke hvem som har forgrepet seg, og hvem som har vært utsatt for overgrep. Er gjerningspersonene og de som er utsatt for overgrep, heterofile, homofile eller bifile? Er overgriperne menn eller kvinner? Dette kunne vært gjort tydeligere, for det er ikke gitt at de overgrepsutsatte reagerer likt på overgrep, avhengig av hvilken legning den utsatte selv har, og hvilket kjønn overgriper har.

Flere av responsene som gjengis i artikkelen, er antakeligvis gitt av heterofile menn. Noen rapporterer engstelse for at overgrepet fra andre menn har skjedd fordi overgriperne muligens har «sett» eller «enset» at den utsatte egentlig har homofile tendenser. I ettertidd av

overgrepet har de blitt urolige over en uoppdaget eller latent homo i seg. Noen har sågar fryktet at de kan ha *blitt* (!) homofile som et resultat av overgrepet. Jeg kan selvfølgelig snøfte litt forargerlig og si at dette høres ut som et repetitivt negativt syn på homofili. Ville det vært et problem om en homofil mann hadde vært utsatt for et overgrep av en kvinne og fryktet at han *egentlig* var heterofil fordi kvinnen hadde valgt seg ut ham som offer? Resultater er resultater, men dette perspektivet kunne kanskje forfatterne ha drøftet?

For meg virker det som artikkelforfatterne har valgt å se på hvordan heterofile menn har reagert på overgrep fra andre (muligens) homofile/bifile menn. Det er mulig de studiene forfatterne har inkludert, ikke sier noe om dette, men det hadde vært av klinisk interesse å se på det, eventuelt drøfte det.

Ikke vet jeg, men jeg synes at en så interessant artikkel fortjente mer inngående differensiering av gjerningspersoner og de som er utsatt for overgrep. Jeg skulle helst ha sett en drøfting av ulike konsekvenser av overgrep for heterofile/homofile/bifile. For vi mennesker reagerer så ulikt, ut ifra hvem vi er, og hvem som utfører overgrep.

Et annet, mindre problem med artikkelen er at forfatterne legger til grunn at det å gå i terapi anses som noe ikke-maskulint (sett fra den heterofile manns ståsted?). I artikkelen står det nemlig: «Blant annet anses det å gå i terapi for psykiske og emosjonelle vansker som noe ikke-maskulint, og menn er derfor mindre tilbøyelige til å søke og motta behandling.» Her er referansene fra henholdsvis 1984 og 1985, altså fra 35 år tilbake i tid. Verden kan ha gått videre siden den gang. Eller har den ikke det? ✕

PÅL GRØNDAHL,
psykologspesialist,
ph.d.

VITENSKAPELIG
PUBLISERING

Hverdagslig bedring

Kunnskap om psykisk helse og psykiske problemer med utgangspunkt i menneskers hverdagsliv og hverdagserfaringer er fra mitt ståsted helt avgjørende for å forstå hva folk strever med, og for å kunne hjelpe den enkelte.

(...)

Hva vil det så si å være en brukerorientert hjelper?

Hva vil det si å ha en bruker-orientert hjelpekontekst? For det første: Informantene ga mange eksempler på profesjonelle som hadde gitt god støtte på ulike vis. Det handlet om lydhøre hjelpere som var interessert i livet deres og hørte på det de hadde å si, å få mulighet til psykoterapi over en tid, fagpersoner som ga råd om praktiske forhold i hverdagen og hjelp å finne fram til medisiner som fungerte og ikke hadde plagsomme bivirkninger. Det var lite henvisning til de profesjonelles metoder og modeller. I stedet beskrev de konkrete eksempler på hjelp som den enkelte hadde bruk for. Å være en brukerorientert profesjonell synes å ha sammenheng med en åpen holdning til hva slags innsats som faktisk hjelper, for kanskje dreier det seg om å ta med hunden ut en tur eller å jobbe i hagen, fremfor profesjonelle innsatser. Dette reduserer selvsagt ikke betydningen av spesialkompetanse eller klinisk erfaring. Å jobbe brukerorientert betyr imidlertid at fagpersonen anerkjenner den enkeltes egne perspektiver på problemene så vel som løsningene. (...)

For det andre handler brukerorientert hjelp om fleksibilitet i forhold til planlegging. Det gjøres stor innsats i helsevesenet for å skape effektive organisasjoner med standardiserte prosedyrer, styringsredskaper, lederteknikker og evidensbaserte behandlingsprogrammer. Et dilemma i denne sammenhengen er brukererfaringene i disse studiene, som peker på at hverdagslivets hendelser og bedringsprosesser er vanskelige å planlegge og forutsi. Til tross for alt det som utvikles og implementeres i behandlings- og rehabiliteringsoppleggene, så finner folk andre - noen ganger temmelig uortodokse - veier ut av vansker de står oppe i. Informantene anbefalte fagfolk å være åpne for dette og forsøke å se situasjonene fra brukersens eget ståsted og legge merke til den innsats han/hun la i bedringsprosessen sin.

Et tredje område handler om de omgivelser og aktiviteter som støtter bedringsprosessen. En god arena var et sted der det var meningsfullt å være, og der informantene følte seg velkomne. Et særpreg ved en god arena var at noen hadde bruk for dem, det ga mulighet for samvær med andre mennesker, trening og fysisk aktivitet eller naturopplevelse. Vanlige samfunnsarenaer ble fremhevet som positive. Hvorfor de ordinære arenaer ble foretrukket framfor profesjonelle, handlet kanskje om at her var det muligheter til å være «vanlig». (...)

Til sist et dilemma som mange fagfolk og ledere i psykisk helsevern så vel som i kommunene konfronteres med. På den ene siden skal de humanisere tjenesten og gjøre den

mer personorientert, og på den andre siden skal de oppfylle kravene til new public management policy med dens rammebetingelser for kvalitetskontroll og standardiserte retningslinjer basert på evidensbasert praksis. (...) Selv om det i de senere årene er publisert en rekke recovery-studier om brukeres erfaringer med hva som hjelper (...) og studier innenfor klient- og resultatstyrt terapi (...) oppleves et kunnskapshierarki i helsevesenet, der randomiserte kontrollerte studier fortsatt rangeres høyest.

(...)

For informantene handlet bedringsprosesser om å leve livet sitt.

Hverdagen fortsatte tross de psykiske problemene, og de var opptatt av å håndtere konsekvensene av vanskene sine. Det å oppleve psykose og påfølgende langvarige helse- og sosiale problemer ble beskrevet som skremmende og smertefullt, med perioder preget av motløshet og ensomhet. Dette innebar mye emosjonelt som skulle bæres og mestres, men begrensinger ved de sosiale og materielle betingelser kunne være like bekymringsfulle og krevende som de psykiske vanskene.

Studiene understreker noen sentrale forhold.

Først og fremst behovet for å bli møtt som en aktør i sitt eget liv, å bli sett som en person i en hverdagssammenheng, og der omgivelsene vies oppmerksomhet. Noen omgivelser beskrives som støttende for bedring, mens andre oppleves som hindre av den enkelte. Informantene fremhevet de vanlige samfunnsarenaene som særlig egnet for bedring. Der var de beste vilkårene for å prøve seg ut og for å ta utfordringer.

De små tings verdi er et annet område.

Trivialiteter og selvfølgeligheter er alt annet enn nettopp det. Slike forhold fortjener derfor en mer fremtredende plass i kunnskapshierarkiet, da de bidrar til håp og utgjør vendepunkter i bedringsprosesser.

Fra Marit Borgs artikkel «Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlig psykiske lidelser», mai 2009.

Inntrykk

Bokessay, anmeldelser og forfatterintervjuer



FOTO: PHOTOCRAKE/DEPIANPICTURE/SCANPIX

Fortellinger om å miste seg selv

Istedenfor å la mennesker med psykotiske symptomer være mest mulig i fred, innebærer subjektivitetsmodellen at behandleren lytter til personens tanker, fornemmelser og følelser, og at de snakker sammen om det, skriver Elisabeth Myrstad som har lest Paul Møllers siste bok, *Schizofreni*.

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.

De andres blikk

To spennende bøker skrevet av to svært ulike forfattere, tar opp hvordan det er å vokse opp og leve med en funksjonshemning.

TEKST

Svein Arthur Kallevik, psykolog og journalist. Han er påtroppende spesialrådgiver hos RVTS ØST - Regionalt Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmord, Region Øst

Jeg har alltid ment at hvis vi som psykologer virkelig skal forsøke å få litt dypere og bredere forståelse av psykologiske emner, så blir faglitteraturen og fagartikler for snevert. Vi trenger å bli utfordret og inspirert av å lese skjønnlitteratur, gå på kino og se film (lett å nevne regissører som Ingmar Bergman, Mike Leigh, Ken Loach, Anja Breien), oppsøke teatrets fantastiske verden (tenk bare på dyptgripende psykologiske dramaer fra Ibsen, Strindberg og Lars Norén) og ikke minst lese sakprosa med et annet perspektiv enn fra «ekspertens» og behandlerens synsvinkel.

Eksempler på bøker av sistnevnte art er Bjørn Hatteruds (f. 1977) bok *Mot normalt* og Jan Grues (f. 1981) *Jeg lever et liv som ligner deres*. Fra hvert sitt utkikkspunkt fra to ulike livssituasjoner gir de oss tankevekkende og viktige bidrag. Historier som er langt mer enn personlige beretninger, som gir overordnede perspektiver. «Denne boken handler om å bli et menneske», skriver Grue.

Flere steder refererer Jan Grue de kliniske notatene fra legebesøk i oppveksten. Som i en arkeologisk undersøkelse finner han det svart på hvitt. Beskrivelsene. Det kalde, betraktende blikket blir svært tydelig. I disse papirene ligger det en determinisme, som jo skjuler både gutten og personligheten.

«Det er et annet liv enn det jeg husket å ha levd. Det er ikke så rart, for det var foreldrene mine som leste brevene og svarte på dem, de var ikke adressert til meg, de handlet om meg,

Men det *meg* de handler om, kjenner jeg meg knapt igjen i, og den tidslinjen som tegnes ut, fører ikke til det liv som jeg lever nå.»

I boken finnes beskrivelser av rullestolen som reisebyrået glemte å sende. Heisen i butikken som likevel ikke kan brukes, fordi den brukes som lager.

«Disse papirene er blikket utenfra, de er blikket som tilhører medisinen, fysioterapien, skolevesenet, kommunen, bydelen, rettsvesenet, reisebyråene. Det er blikket som anser meg som fraktgods, et logistisk problem.»

«Å VÆRE BLIND FOR SEG SELV»

Grue formulerer det kirurgisk presist når han skriver: «Å være barn er å være blind for seg selv, det er å være uanstrengt i verden. Å være til for andres blikk er å være synlig. Å måtte se seg selv utenfra er å måtte utøve kontroll over seg selv.» Han mener sorgen over å ha en kropp som ikke mestrer det de fleste andre kroppene kan, alltid vil være der. Men det er en sorg som kan anerkjennes, og som kan leves med.

Forfatterne bruker det å leve med en funksjonshemning og møte med omgivelsene gjennom oppveksten som en rød tråd gjennom sine bøker. Diagnosene deres er helt ulike. Hatterud har ryggmargsbrokk og klumpfot. Grue er født med en muskelsykdom som gjør ham avhengig av å bruke rullestol, med de praktiske problemer det kan medføre. De kommer også fra ulike deler av samfunnet og fra ulike «klasse», hvis man bruker et slikt begrep, men velger begge en akademisk vei. Bjørn Hatterud beskriver en



KROPPER OBSERVERT

Forfatterne Jan Grue og Bjørn Hatterud bruker det å leve med en funksjonshemming og møte med omgivelsene gjennom oppveksten som en rød tråd gjennom sine bøker, skriver Svein Arthur Kallevik. Bilde: Edvard Munch, Badende gutter, 1896 (Art Institute Chicago)

klassereise fra familiens husmanns-røtter til selv å bli akademiker, kulturskribent, kurator og musiker. Jan Grue er født og oppvokst på Oslo vest i en akademikerfamilie. Han er professor i kvalitativ metode ved Universitetet i Oslo og forfatter av en rekke bøker.

Hatterud har en temmelig direkte og kort stil, mens Grue skriver stilistisk og elegant med referanser fra film, litteratur og filosofi. Samtidig er det mange likheter i deres historier, ikke minst om møtet med helsevesenet. Hatterud gir en brutal beskrivelse av hvordan han er blitt behandlet: »



Det har slått meg opp gjennom årene hvor lett personer med en diagnose eller sykdom behandles på en annen måte enn det man forventer ellers i samfunnet

Det var tidleg klart at noko var gale med meg. Legane trudde det kanskje var hoftedeledsdysplasi, så dei sprikte ut dei vesle beina mine med puter og reimer, breiare og breiare til dei sto rett ut på kvar side.

Den gongen trudde ein at ungar hadde det betre om dei var på sjukehus aleine, i fred for foreldra. Eg var om lag eit år og til behandling hos ein hoftespesialist på Hamar. Der låg eg spjelka fast, og mor høyrde skrika mine heilt ut på parkeringsplassen, ho skulle sette seg inn i Golfen og køyre heim. Ho klarte ikkje å reise frå meg og kom inn og henta meg, så eg fekk stri med smertene frå behandlinga heime.

Hatterud skriver at klassebakgrunnen «har vore resonanskassa for kroppen min». Moren var alene under den dramatiske fødselen som satt sine preg på henne i all tid etter. Hadde faren, som var mekaniker og kroppsarbeider, vært en annen, hadde han kanskje vært der under fødselen, undrer Hatterud. Og hadde moren hatt mer utdanning enn fagbrevet som barne- og ungdomsarbeider som hun tok senere i voksen alder, ja så hadde det kanskje gjort noe i møte med helsevesenet? Moren er sentral i boken hans, og deres fine, tette forhold er som en rød tråd gjennom fortellingen.

«Hadde ho ikkje hatt denne klassebakgrunnen, med det språket det fører med seg, så hadde kanskje samtale mellom mor og helsepersonellet vore enklare og meir opne då eg var liten.» Han skriver vidare at «Møte med autoritetar er noko anna når ein sjølv snakkar autoritetenes språk, enn når språket stangar i abstraksjonar, når ein berre opplever tomheit ved sitat og referansar eller snublar i framandord.»

HVORDAN VI BLIR SETT

Det å bli sett og sett for den du er, helheten av deg, er viktig for vår identitetsfølelse. «Helvete er de andre», fastslo Jean-Paul Sartre i teaterstykket *For lukkede dører*. Det er nettopp andres definisjon av oss som kan skape vår virkelighet, på godt og vondt.

«Jeg var ikke et institusjonalisert barn. Ikke mer enn andre barnehagebarn, skolebarn. Men jeg var alltid i berøring med institusjonene som ikke er for alle. Jeg har minner av å bli inspirert av leger, av fysioterapeuter. Jeg er seks-syv-åtte år i disse minnene, i værelser som er litt for kalde, i underbuksen. Noen kjenner på muskulaturen i armene mine, i beina. Jeg blir bedt om å gå tilbake. Jeg vet at jeg blir betraktet, jeg vet ikke hvorfor. Så reiser vi hjem», skriver Jan Grue.

Det har slått meg opp gjennom årene hvor lett personer med en diagnose eller sykdom behandles på en annen måte enn det man forventer ellers i samfunnet. Spesielt la jeg merke til dette da jeg for en del år siden jobbet som psykolog med fremadskridende nevrologiske lidelser på Frambu – kompetansesenter for sjeldne diagnoser. Mange jeg møtte der hadde opplevd leger som ga fatale diagnoser mens de nistirret i pc-skjermen for å slippe pasientens blikk. Andre personer opplevde å bli snakket om og ikke til av helsepersonell og hjelpeapparat, selv om de var til stede. Slike historier hører jeg om fremdeles. Jeg har en god venn som er pleiepasient etter et hjertestopp og påfølgende hjerneskade. Fra å være en aktiv, lynskarp samfunnsdebattant som gikk inn i de tøffeste diskusjonene, er han blitt pasient. Ting er annerledes, men han kommuniserer godt fremdeles. Det koker i meg når en pleier lurar på om han vil ha kaffe, og spør meg istedenfor ham. Hvorfor spør du ham ikke selv, sier jeg. Han sitter her. Annerledes er det når det kommer studenter inn

på avdelingen. De spør ham direkte og viser ham stor interesse. De har ikke blitt preget av helsevesenets kalde, overfladiske blikk ennå, der man slutter å se en person og kun ser et diagnostisert objekt.

OM Å SELV DEFINERE SEG SELV

Hatterud forsto tidlig i ungdomstiden at han var homofil. Da han var atten år, fortalte han det til moren, og han var helt åpen om det innen han fylte 20 år:

Skamma over å vere homo var verre enn smerta ved å halde det ekle hemmeleg. Eg voks opp i ein kultur der verdien av en mann vart målt i kor arbeidsam og praktisk han var, kor flink han var med nevane. Det gjorde homsar feil på så mange måtar. Å vere homo var å vere veik, upraktisk, klønete, grinete, feig og mjuk. Og skitten. Å vere homo var å ikkje klare det ein arbeidsmann skulle klare.

Han legger til at «fordelen med å være homo var at dei eksentriske og estetiske interessene mine ikkje kom som noko sjokk på noen. Eg var jo ikkje som de andre uansett.» Hatterud blir utsatt for mobbing og trakassering. Blir utfroyst av de andre. Etter hvert endrer han seg selv. Overvekten går drastisk ned, og han velger å skille seg ut. Og til å skille seg ut på en positiv måte får han overraskende hjelp.

Hatterud forteller en nydelig historie om Hilde på fottøyverkstedet på Hamar, der han er sendt for å få spesiallagede ortopediske sko. Her møter han en entusiast, som lager kule og glamorøse sko. De ville være med på å skille ham ut av mengden på en positiv måte, ja endatil blir han stanset på gaten i New York, London og Paris av folk som skrøt av skoenes og ville kjøpe dem av ham.

Grue får skreddersydd frakk da han er 18 år, og blir bevisst snitt og stil. Klesstil gjør også noe med hvordan vi oppfatter andre. Han både skriver og snakker med stil. Grue kommer raskt inn på den akademiske vei, tar doktorgrad og blir professor ved Universitetet i Oslo.

Begge forfatterne opplever at kroppens fokus blir sentralt i hvordan andre oppfatter dem.

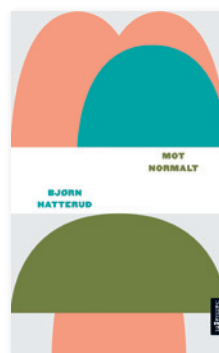
«Jeg bor i den samme byen som jeg vokste opp i. Jeg er akademiker, barn av to akademikere. Jeg lever et liv som ligner deres. Jeg er gift og har barn med Ida, hun er en kvinne som skriver. Sønnen min har mine øyne, som er min mors øyne, ansiktet hans har trekk som minner om barndomsbilder av hans farfar. Dette er trådene som holder livet mitt sammen. Dette er veven», skriver Jan Grue i boken som nå er nominert til Nordisk råds litteraturpris.

Bjørn Hatterud møter sin kjæreste, som er bondesønn fra en storgård. Han karakteriserer selv livshistorien sin som en klassereise til et godt liv. Han finner ut at det å være annerledes gir ham en definisjonsmakt, og han blir skribent/kritiker og utstillingskurator. Hatterud lager eksperimentell musikk og kommer i kontakt med internasjonalt kjente avantgardekunstnere. Ikke minst sterke møter med Yoko Ono, som med sitt blikk ser ham for den han er. Moren hans konkluderer det hele når hun sier: «Eg er så utroleg glad for at du fekk funksjonshemmingane dine. For utan dei så hadde du kanskje blitt igjen i Brumunddal og jobba på posten eller slikt noe.»

Kanskje det er på tide å løfte blikket og se folk for det de virkelig er. Ikke den vi tror de er. Begge disse bøkene gjør oss mer bevisste i så måte. ✘



JAN GRUE *Jeg lever et liv som ligner deres.* En levnetsbeskrivelse, Gyldendal, 2018. 167 sider



BJØRN HATTERUD *Mot normalt,* Samlaget, 2018. 69 sider

Gode nyheter om schizofreni

Det å være i dialog, og få beskrive hvordan forstyrrelsen oppleves, kan i seg selv virke oppklarende og samlende på et skjørt selv, ifølge forfatteren.



PAUL MØLLER

Schizofreni - en forstyrrelse av selvet, Universitetsforlaget, 2018. 248 sider

DENNE BOKEN er en grundig, men kortfattet bok som formidler vinklinger rundt det sentrale punktet: subjektivitetsmodellen i forståelse og behandling av varselfase (prodromalfase), schizofreni og andre psykoselidelser. Den positive nyheten er presentasjonen av behandlingsmetoder i møte med alvorlige psykiske lidelser der forstyrrelser av selvet er det sentrale.

Boken er på bare litt over 200 sider, men vi får en gjennomgang av den filosofiske disiplinen fenomenologi, vi får innføring i subjektivitetsmodellen, vi blir kjent med empiriske resultater, og samtidig er boken en praktisk og klinisk veiledning i hvordan å møte mennesker som lider av selvforstyrrelser. Den er både en teoretisk innføringsbok og en håndbok i hvordan å gjennomføre god og helhetlig, tværfaglig behandling av selvforstyrrelser, psykoser og schizofreni.

UTENFRA - INNOVER

Schizofrenibegrepet er drøyt 100 år gammelt og er en lidelse som fortsatt oppfattes som en gåte, og muligens omfatter flere lidelser. Forståelsen av lidelsen i vestlig kultur har vært dominert av en amerikansk tradisjon slik det kommer til uttrykk i diagnosesystemer som DSM-4, med påvirkning også på ICD-10. Fokus har vært på observerbare symptomer, årsaker, atferd og funksjonsfall og er preget av å ha et utenfra- og «objektivt» perspektiv. Den nye tilnærmingen til lidelsene har utviklet seg fra tusenårsskiftet parallelt i Tyskland, Frankrike, Danmark og Norge, og har til felles at de tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen av å miste seg selv. Basert på en fenomenologisk tilnærming er det viktig å lytte til den som er i ferd med å utvikle lidelsen, og personens indre erfaring av forstyrrelser i tanker, fornemmelser og følelser.

Behandlingsstrategien ut fra den amerikanske modellen er å la de med psykotiske symp-

tomer være mest mulig i fred og skjermet, for å unngå at man forstyrrer det indre livet og dermed kanskje øker forstyrrelsen. I subjektivitetsmodellen er strategien det motsatte; en intersubjektiv deling av det som skjer med det ene subjektet, der det avgjørende er å komme i kontakt med personens egen opplevelse. Gjennom dialog der subjektet selv beskriver forstyrrelsen og hvordan den forstås og forklares for egen del, kan delingen i seg selv virke oppklarende, opplysende og samlende på et skjørt selv.

Mens den amerikanske tradisjonen vektlegger diagnostisk utredning før behandling, legger den kontinentale tilnærmingen opp til en terapeutisk utredning der diagnostisering og behandling går hånd-i-hånd. Andre ferske utgivelser om schizofreni, for eksempel *Schizofreni - til å leve med* (Peleikis og Felldal), tar utgangspunkt i det amerikanske, tradisjonelle perspektivet (se for øvrig anmeldelse i *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, nr. 4, 2018.).

DIPLOMATISK

Paul Møller har en utpreget diplomatisk form, og stiller ikke opp sitt perspektiv som en motpol, men som en utvidelse av allerede etablerte forståelses- og forklaringsmodeller og behandlingsmetoder. Boken fokuserer ikke på årsaksforklaringer, for det er ikke avgjørende å kjenne årsakene til selvforstyrrelsen for å kunne møte og behandle den. Det nye perspektivet har ført til utvikling av verktøy som blant annet Examination of Anomalous Self-Experience (EASA), som kan brukes ikke minst i varselfasen (prodromalfasen) for å komme denne lidelsen, som lett utvikler seg i det stille og over lang tid, tidlig i møte. Det understrekes at varselfasen har egne særtrekk og ikke nødvendigvis er en forløper til schizofreni, men er en tilstand som i seg selv kan møtes og behandles på varselnivået.

ANMELDT AV

Elisabeth Myrstad, spesialist i klinisk psykologi med videreutdanning i psykoterapi med barn, og veiledning, traumebehandling og sakkyndig utredning

Schizofreni – en forstyrrelse av selvet er godt disponert og har en god logikk i oppbygningen. Kapitlene er korte og har en klargjørende innledning. De kan leses hver for seg, selv om det absolutt er en fordel å kjenne helheten. Men når man først kjenner tankegangen, den fenomenologiske metoden og de grunnleggende begrepene om subjektivitet og selvforstyrrelse, kan den brukes som en praktisk håndbok i møte med pasienter der man mistenker at det handler om selvforstyrrelse. Det er så godt å få konkrete råd, slik som beskrivelse av 7-trinnsmodellen (kapittel 15), der et eksempel er: «Skriv ned ordrett det pasienten forteller om sine opplevelser.» Det er betryggende å vite at denne modellen blant annet er en del av undervisningen for psykologer ved Universitetet i Oslo.

Videre kan man i kapittel 16 også studere i hvilken grad denne modellen harmonerer med eller divergerer fra andre faglige modeller. Eller man kan se hva forskningen har funnet ut så langt, som et utgangspunkt for å grave videre. Og man kan selv grave videre gjennom nettreferansen som er oppgitt.

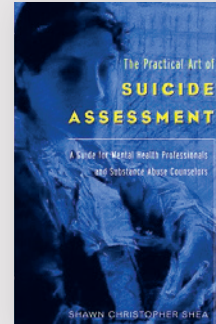
MENINGSFULLE MØTER

Den formen for selvforstyrrelse som beskrives i boken, har likhetstrekk og sammenfallende kjennetegn med andre identitetsforstyrrelser og usikkerhet rundt selvopplevelse. Men det er viktig å skille mellom disse og den typen selvforstyrrelseslidelser som er mer omfattende og gjennomgripende på funksjon for øvrig. Dette kommer godt fram. Et stykke ut i lesningen av første del savnet jeg en avklaring av skillet mellom dissosiasjon og andre forstyrrelser av selvet. Den kom i kapittel 16 og delvis i kapittel 18, der det vises til studier med bruk av EASA-manualen, som signifikant skiller mellom selvforstyrrelsesgrad og type i ulike grupper.

Det er ingen tvil om at pasienter, pårørende og terapeuter finner det meningsfylt å møte disse lidelsene på denne måten. Etter hvert vil vi også kunne se om den faktiske effekten på forløp av selvforstyrrelser og psykose blir annerledes. Uansett effekt er den respekten og ydmykheten som ligger i tilnærmingen til de som lider av selvforstyrrelser, i seg selv lindrende.

Boken fortjener en vid utbredelse og bruk, og er spesielt nyttig lesning for alle som jobber innenfor psykisk helsevern, uavhengig av hvor ofte man møter pasienter med alvorlige selvforstyrrelser. ❌

KLASSIKEREN



Vurdering av selvmordsrisiko

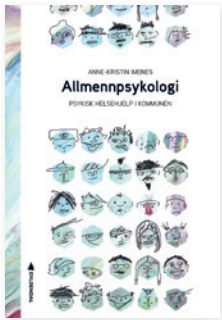
Shawn Shea, *The Practical Art of Suicide Assessment: A Guide for Mental Health Professionals and Substance Abuse Counselors*, 1999

I min første jobb på DPS døgn i 2012 ble jeg tatt på senga av hvor lite studiet egentlig hadde gitt av forberedelser på de «tyngre» fenomenene: i hovedsak psykoser, alvorlige affektive tilstander og selvmord. En av de store overraskelsene var hvor sentral plass suicidrisikovurderinger hadde i hverdagen, en overraskelse som ikke ble mindre etter som det ble tydeligere hvor lite de egentlig sier om framtida. På leting etter svar på hvordan suicidrisikovurderinger kunne gjøres bedre, snublet jeg omsider over boka *The Practical Art of Suicide Assessment* av amerikanske Shawn Shea. Utgitt første gang i 1999, er dette en av meget få bøker som går i dybden på selve «håndverket» det er å samle data til en suicidrisikovurdering. For en nyklekka kliniker gjorde det hverdagen en hel del enklere og lysere at det faktisk fantes en kilde til praktiske råd man kunne «putte i lomma». Det klart mest unike som bringes til torgs, er den såkalte CASE-tilnærmingen, som gir et solid intervju teknisk rammeverk til bruk i suicidrisikovurderinger. Når dette er sagt, er det påfallende hvor lite lest boka synes å være i Norge. I USA, derimot, tilhører denne boka det man kan kalle en suicidologisk kanon. I tråd med at flere toneangivere anbefaler at risikofaktorer får en mindre dominerende plass, med større vekt på fenomenologi, håper jeg at CASE-tilnærmingen kan bli mer kjent i Norge. At boka er både stilistisk elegant og tidvis humoristisk skrevet, gjør den faktisk til en stor fornøyelse å lese.

Stephan Neuhaus, psykologspesialist ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, akutt, i Vestre Viken HF utfordrer Jonas Paulsen til å bringe stafettpippen videre

En inspirerende katalog

Boken gir kommunepsykologer et springbrett til videre dypdykk.



ANNE-KRISTIN IMENES

Allmennpsykologi - psykisk helsehjelp i kommune.

Gyldendal forlag, 2018. 235 sider

SOM KOMMUNEPSYKOLOG STÅR en i et dilemma når det gjelder fagutvikling: Hva er viktig å følge med på? Med mulige oppgaver i alle deler og på mange nivåer av en stor organisasjon som gir tjenester til alle slags brukere, skal en kunne og vite litt om alt. Det kommer en strøm av tilbud om kurs, bøker, konferanser og arbeidsseminarer om et mangfold av temaer og metoder. Det blir umulig å fordype seg og bli ordentlig god til noe, så en blir helst gående som en sjonglør som er halvgod til mye rart. Men så er det kanskje også det kommuner i motsetning til spesialisthelsetjenesten mest av alt trenger oss til: altmuligmenn med beltet fullt av ymse verktøy.

Anne-Kristin Imenes' bok *Allmennpsykologi - psykisk helsehjelp i kommunen* tar for seg den kliniske siden av kommunepsykologens allmenn- og samfunnspsykologiske oppgaver, og kan ses som et praksisnært og nødvendig supplement til den andre grunnboken på feltet: *Psykisk helse som kommunal utfordring* (Schjødt, Hoel og Onsøien, 2012).

EN SKATTKISTE

Allmennpsykologi er en innføring i kommunepsykologens arbeidshverdag, delt opp i ni relevante kapitler: Psykologisk arbeid i kommunen, Forebygging, Konsultasjonsferdigheter, Kartlegging, utredning og diagnostisering, Behandling, Aktivitetsbasert arbeid med endring, Å hjelpe utenfor kontoret, Å handle i møte med krise, vold og uro og Kommunikasjon og dokumentasjon.

Boken er på flere plan oversiktlig og lettlest; layouten er ren og åpen med en leservennlig font og god luft. Språket er befriende hverdagslig, det er tydeligvis lagt flid i å formidle høy faglighet i en enkel norsk språkdrakt.

Med sine mange eksempler og vignetter kommer leseren helt nær kommunepsykologens arbeidshverdag, og får i samme omgang gode tips til helsefremmende formuleringer og angrepsvinkler. Boken er en regulær skattkiste av metoder, modeller og henvisninger. For eksempel i kapitlet om konsultasjon, som blant mye annet omtaler Fire gode vaner: 1) Invester i

begynnelsen, 2) Få frem klientperspektivet, 3) Vis empati, 4) Invester i avslutningen. Og 15-minutters modellen BATHE: **B**ackground – Hva skjer i livet ditt? **A**ffect – Hvordan føles det? **T**roubles – Hva plager deg mest når det gjelder dette? **H**andling – Hvordan håndterer du det? **E**mpathy – Det høres ut som en veldig vanskelig situasjon? Praktiske huskereglene i en dynamisk hverdag.

APERITIFFER

Forfatteren innleder boken slik: «Boken er en praktisk innføringsbok i allmennpsykologisk arbeid og ikke en fyllestgjørende lærebok.» Det er et klokt og nødvendig forbehold, som tar brodden av en naturlig innvending: Det er veldig mye som omtales, og det er ikke alltid mulig å gjøre fremstillingen grundig nok til praktisk bruk. For eksempel er to sider om å jobbe med rusmisbrukere og en halv side om implementering ikke mer enn aperitiffer til store fagområder som hver især er viktige for kommunen. Boken blir en katalog til oversikt og inspirasjon som leseren selv må bruke som springbrett til videre dypdykk.

Den kresne leser kan nok savne mer omtale av borgerens økologiske betingelser, om brukerinvolvering og om kommuneorganisasjonens tverrfaglige fallgruver og muligheter. Og som Imenes selv gjør oppmerksom på, er fokus begrenset til brukergruppene barn, ungdom og foreldre, på bekostning av andre grupper som kommunen også har ansvar for. En må imidlertid bifalle at hun har valgt å skrive så godt om det hun har god kompetanse på, fremfor å gape over for mye.

REALISME

Et prisverdig trekk ved boken er Imenes' realistiske holdning til psykologen i kommunen: Psykologen er på langt nær alene om å yte psykisk helsehjelp, og samtaler på kontoret er ofte ikke den hjelpen brukeren trenger. På egne ben på andres arenaer er fortsatt en god rettesnor. På denne og mange andre måter viser boken at psykologens rolle i kommunen er en ny, annerledes og utfordrende rolle. ❌

ANMELDT AV

Jens Tennebø
Jensenius, spesialist
i klinisk samfunns-
psykologi, kommune-
psykolog i Lillesand
kommune.

MINNEORD

TURID VOGT GRINDE

1924–2019



I PSYKOLOGFORENINGENS LOKALER har vi møterom som bærer navn etter de store pionerene i Psykologforeningen. Ett av møterommene heter «Grinde». Da Turid Vogt Grinde døde 29. april 95 år gammel, var det nettopp en av psykologprofesjonens fremste pionerer som gikk bort. At hun måtte bli æresmedlem (1995), var en selvfølge, likeså at hun helt fortjenestefullt i 2002 ble utnevnt til Ridder av 1. klasse i Den Kongelige Norske St. Olavs Orden.

Turid tok cand.psychol.-graden i 1948 ved Universitetet i Oslo, som en av de første etter at denne ordningen var innført. Allerede fra starten involverte hun seg i Norsk psykologforening. Vi ser av deltakerlisten at hun som student deltok på den første nordiske psykologkongressen i Oslo i 1947, og hun fortsatte å involvere seg i foreningen. Hun ble valgt som leder i 1963–64 og i 1968.

Turid blir gjerne kalt «Psykologlovens mor». Hun utformet forslaget fra Psykologforeningen til departementet, og tok like godt jobb der, slik at hun kunne følge forslaget helt frem. Hun skrev også utkastet til loven, som ble vedtatt av Stortinget i mars 1973. Den har hatt stor betydning både for å sikre en psykologutdanning av høy kvalitet og for et forsvarlig psykologisk helsetjenestetilbud. Loven har da også vært en viktig faktor i den positive utviklingen av psykologers stilling innenfor helsevesenet.

Da Turid kom tilbake fra USA i 1976 som Master of public health, ble hun en sentral formidler av samfunnspsykologi. Hun brant for opprettelsen av psykologstillinger i kommunene. Noen stillinger som «kommunepsykolog» ble etablert, men det tok tid før myndigheter og

Stortinget ble helt med på en slik satsing. Nå blir det lovpålagt at alle kommuner fra 2020 skal ha et psykologtilbud i førstelinjetjenesten. Det startet med Turid.

Fra åtti-tallet og utover ble Turid en aktiv pådriver for opprettelsen av fylkesnemndene for barnevernet og sosialomsorgen, for kvalitetssikret faglighet i disse, og for psykologers sakkyndighetsarbeid. Dette gjorde hun parallelt med forskning ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), med studier av nordiske ulikheter i hva som skal til for å gripe inn mot omsorgssvikt overfor barn.

Begrepet «pensjonsalder» var noe Turid ikke tok særlig høytidelig, hun fulgte med som gjest på landsmøtene våre og brød seg alltid om hva som skjedde i foreningen – og gledet seg over profesjonens fremskritt. Turid hadde visjoner som hun fulgte opp, hun delte med oss av sin vide kunnskap, hun inspirerte, og ikke minst: Hun var et godt menneske.

Norsk psykologforening og psykologer i Norge har svært mye å takke Turid Vogt Grinde for. Vi lyser fred over hennes minne.

*På vegne av Psykologforeningen
Sverre L. Nielsen
Seniorrådgiver*

MINNEORD

MARIANNE ELISABETH LØCHEN WELTZIEN

1960–2018



MARIANNE WELTZIEN er død etter lang tids sykdom. Vi har mistet en god kollega og venn.

Marianne vokste opp i Sandvika i Bærum. Hun ble utdannet psykolog ved Universitetet i Bergen i 1987. Der traff hun mannen Rune, og sammen flyttet de til Mosjøen. Marianne jobbet i PPT i Vefsn i tre år før hun i 1991 fikk jobb ved BUP ved Vefsn sykehus.

I 1992 flyttet Marianne og Rune til Molde, og Marianne ble ansatt ved BUP poliklinikk. I årene 1992–1998 hadde hun sitt arbeid ved poliklinikken. Her var hun med på å ta initiativ til og senere delta i poliklinikkens akuttberedskapstilbud. I 1998 gikk hun over til BUP familieenhet, den gang Sagbakken. Her arbeidet hun som psykologspesialist og faglig leder, og fra 2004 som enhetsleder. Familierapi var et fagområde som interesserte og engasjerte henne, og hun videreutdannet seg innenfor dette feltet.

Marianne var kunnskapsrik, hadde et stort faglig engasjement, og hun møtte familiene med åpenhet, nysgjerrighet og respekt. Under Mariannes ledelse utviklet familieenheten seg både faglig og organisatorisk, og hun bidro til å legge grunnlaget for hvordan enheten drives i dag. Også etter at hun gikk over i annen stilling, fortsatte hun å være opptatt av og interessert i arbeidet ved familieenheten, og hun var lett å be om råd selv i en travel hverdag.

I 2011 ble Marianne enhetsleder, senere seksjonsleder ved poliklinikken i Molde. I denne rollen hadde hun et nært samarbeid med seksjonslederne ved de øvrige poliklinikkene ved Psykisk helse for barn og unge og med avdelingssjefen. I denne rollen har Marianne vært en sentral fagperson i utviklingen av tilbudet for barn og ungdom med psykiske problemer. Trygt forankret i systemisk tenkning så hun alltid stort på ting, ofte litt større og mer optimistisk enn sine kollegaer. Slik åpnet hun nye perspektiver i avdelingens utviklingsprosesser. Målet var alltid å bidra til et bedre liv, bedre behandling, et bedre tilbud for barn og unge «der ute».

Marianne var nysgjerrig, inkluderende, aktiv og positivt innstilt til menneskene og verden rundt seg, og dette preget hennes lederstil. En slik optimisme som Marianne fant fram uansett situasjon eller oppgave, finner man sjelden. Spesielt i vanskelige tider hadde hun en egen evne til å dra med seg sine kollegaer og spre pågangsmot.

Jobben var viktig for Marianne. Hun likte å ha mennesker rundt seg, og hun likte jobben sin. Da hun ble syk, var det å komme tilbake på jobb

så raskt som mulig viktig for henne. Gjennom nye sykdomsperioder og tilbakeslag i årene som fulgte, var dette en sterk drivkraft. Hun trosset smerter og plager, sjonglerte mellom møter og egne behandlinger. For oss som stod rundt henne, var det vanskelig å forstå hvor hun hentet styrken og motet fra. Marianne selv var klar på at det å være på jobb ga henne styrke og overskudd.

Marianne møtte sykdommen med optimisme og evne til å fokusere på muligheter. Hun snakket ikke ofte om sykdommen, og når hun gjorde det, hadde hun en egen evne til å framstille helsesituasjonen sin som et irriterende og ubeleilig hinder i livet sitt, ofte med humor.

Det aller viktigste i Mariannes liv var familien; Rune og de tre døtrene, og i de siste månedene, barnebarna som var på vei. Da det ble klart at hun ikke kom til å bli frisk og tidshorisonten ble stadig kortere, var det familien hun var opptatt av og prioriterte å tilbringe tid sammen med. Hennes tanker og bekymringer gikk mest til de som skulle bli igjen, samtidig som hun formidlet glede over og trygghet på den veien de skulle gå videre uten henne. Den siste tiden hadde Marianne familien sin tett rundt seg, og hun fikk dø hjemme slik hun ønsket.

Marianne var en høyt verdsatt kollega, medmenneske og venn. Hun etterlater seg et stort tomrom ved Avdeling for psykiske helsevern for barn og unge i Møre og Romsdal, og hun etterlater seg et stort tomrom i livene våre. Hun er dypt savnet.

*På vegne av kollegaer og venner BUP
Molde/ PHBU Møre og Romsdal
Manuela Strauss, Anne Meisal Nerbø*

Barne- og ungdomspsykologi 2020-2021

iap institutt for aktiv psykoterapi

Obligatorisk program (18 mnd)



Programmet sikter mot å utvikle den enkeltes terapeutiske forståelse, og mot å kunne anvende nye ferdigheter over et bredt register av problemområder.

Utgangspunktet for både undervisning og veiledning, er en forståelse av hvordan barnet eller ungdommen inngår i en relasjonssammenheng.

Kursene er rettet mot hvordan en kan jobbe terapeutisk i direkte kontakt med det enkelte barn og familien, eller indirekte, gjennom arbeid med foreldre og

familiens sosiale økologi som barnehage, skolen, nærmiljø og utvidet familie.

Den parallelle gruppeveiledningen vil ta utgangspunkt i kandidatenes egne praksiserfaringer. Det er en forutsetning at man er i pågående arbeid med barn og/eller ungdom.

- > **Søknadsfrist:** 1. oktober 2019
- > **Oppstart:** Januar 2020
- > **Antall plasser:** 36
- > **Kurstimer:** 96
- > **Dager for selvstudier, kollokvier eller øvedager:** 4
- > **Timer med veiledning:** 96

www.iapnett.no



Norsk Karakteranalytisk Institutt
utdanning i karakteranalyse og kroppsorientert psykoterapi

To-årig grunnseminar
Oppstart Oslo august 2019

Videreutdanning i karakteranalyse og kroppsorientert psykoterapi

Vår utdanning fokuserer på ikke-verbal kommunikasjon med utgangspunkt i den norske tradisjonen etter Wilhelm Reich. Vi legger vekt på sammenhengen mellom kandidatens teoretiske forståelse og det som skjer i møtet med pasienten. Utdanningen gir en innføring i psykoanalytisk og karakteranalytisk teori og metode. Psykologer og leger kan søke, og det er et krav at kandidaten har minimum to års klinisk praksis. Grunnseminaret har et begrenset antall plasser og består av 200 timer undervisning over fire semestre.

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

Søknadsskjema og ytterligere informasjon:
www.karakteranalyse.no
eller på telefon 412 56 600

Søknadsskjema sendes til
kontor@karakteranalyse.no

LEDIG BEHANDLINGSKONTOR

I TRONDHEIM SENTRUM. Kontor til leie på dagtid eller ettermiddag ved Trondhjem Medisinske Senter. Kontoret er ca 20 kvm, fullt møblert og vender mot rolig bakgård. **Ta kontakt med Anne-Lise Juul Haugan på tlf. 922 80 358 eller e-post aljuulh@yahoo.com ved interesse.**

LEDIG TERAPIROM I ASKER

Heltid/deltid i kontorfellesskap med psykolog. Møblert, stille og rolig, nært Asker sentrum. **Kontakt: Kristin Poverud, e-post poveru@online.no eller Gunnar Os Nilsen, e-post gnilsen@online.no / tlf. 911 95 734.**

GAMLEBYEN I OSLO. Psykologkontor ledig i kontorfellesskap. 12 kvm, vindu mot park, stille, felles garderobe, venterom, pauserom med kjøkken, toalett og fibernet. Totalt m/strøm, vask m.m. kr 5 920,-. Ta kontakt for bilder og mer informasjon. Ledig fra 01.07.19. **Sms til 905 00 031.**

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

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

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



Åse Gruda Skards Pris

for popularisering av psykologisk kunnskap

I 2005 var det 100 år siden Åse Gruda Skard ble født. Norsk psykologforening opprettet i den anledning Åse Gruda Skards Pris for popularisering av psykologisk kunnskap.

Prisen er en anerkjennelse av psykologer som bidrar til å gjøre psykologisk kunnskap tilgjengelig og til nytte for folk flest. Prisen skal oppmuntre psykologer til å anstrenge seg for å nå ut til alle grupper i folket med psykologisk kunnskap. Prisen tildeles for arbeid som er i Åse Gruda Skards ånd og gjerne bruker nye måter for å spre psykologisk kunnskap.

Frist for å foreslå kandidater er **15. juni 2019**. Forslag må begrunnes.

Prisen vil bli utdelt i forbindelse med Psykologikongressen i Oslo 5. september. Priskomiteen består av Magne Raundalen, Anders Skuterud og Nina Strand.

Forslag sendes til anders@psykologforeningen.no. Merk e-post med «Åse Gruda Skards Pris».



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

Voksenpsykologi 2019-2021

iap institutt for
aktiv psykoterapi

Obligatorisk program (18 mnd)



Gjennom en integrativ tilnærming vil kandidatene få utviklet terapeutiske ferdigheter gjennom innblikk i ulike metoder og tilnærminger overfor et bredt register av klientgrupper.

Programmet gir perspektiver på og forståelse av terapeutiske verktøy, psykologiske problemstillinger, relasjonen mellom terapeut og klient, samt klientens sosiale kontekst.

Programmet består av seks todagers samlinger fordelt over (minimum) 18 måneder. Kullet deles inn i veilednings-

grupper på fire deltakere, som følger hverandre gjennom hele perioden.

Kandidatene må ha fullført fellesprogrammet i regi av Norsk psykologforening før oppstart. Programmet er godkjent av Psykologforeningen som obligatorisk program i voksenpsykologi.

- > Søknadsfrist: 30. juni 2019
- > Oppstart: 9. september 2019
- > Antall plasser: 36
- > Kurstimer: 96
- > Dager for selvstudier og kollokvier: 4
- > Timer med veiledning: 96

www.iapnett.no

BLI MINDFULNESSINSTRUKTØR

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



Ny start 30. oktober 2019

8 samlinger over 14 mdr. torsdag - søndag

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



Instruktørutdannelsen er godkjent av NPF som 72 timers vedlikeholdsaktivitet.

Les mere på:

www.creationwork.org

UTDANNING I GRUPPESKJEMATERAPI 2019-2020

med Ida Shaw og Erlend Aschehoug

Påmeldingsfrist 12. august 2019

For mer informasjon besøk
www.psykologbehandling.no



International Society of
Schema Therapy

Utdanning
godkjent av ISST.

VERDENSDAGEN FOR SELVMORDSFOREBYGGING

10. SEPTEMBER 2019, KL. 08.30–16.00
SIGRID UNDSSETS HUS, UIA

PROGRAM

08.30 Registrering og kaffe

09.00 Velkommen v/ prosjektleder, Torstein Garcia de Presno og rektor på UiA, Sunniva Whittaker

Åpning ved Stortingsrepresentant Kari Henriksen, Sekretær i Helse – og Omsorgskomiteen.

Presentasjon av Musikk og kunst-prosjekt på ABUP

09.35 «Hvorfor er det så vanskelig for voksne å spørre?»
Ane Ugland Albæk, Universitetslektor, Universitetet i Agder, PhD-kandidat, Universitetet i Bergen

10.30 «Barn som har opplevd vold i nære relasjoner - hva trenger de fra skolen?»
Sabreen Selvik, Førsteamanuensis, Høgskolen i Østfold

11.15 Lunsj

12.00 «Hva ønsker barn av rusmisbrukere seg av voksne?»
Marius Sjomæling, Generalsekretær i Barn av rusmisbrukere – BAR.

13.00 «Å snakke med barn og ungdom etter selvmordet»
Magne Raundalen, Barnepsykolog og bestefar

15.00 «Når barn sier at de har selvmordstanker, hva gjør vi?»
Mogens Albæk, Psykologspesialist Statens Barnehus, Dr. Philos

15.45 Musikk fra Musikk og kunst-prosjekt på ABUP

16.00 Slutt



Scandinavian Centre of Awareness Training (SCAT) UTDANNING SOM INSTRUKTØR I MINDFULNESS TRENING (MT)

OSLO, Høsten 2019

(3 x 2 dager + daglig egen trening)

Fredag og lørdag: 13.–14. september,

11.–12. oktober, 8.–9. november

Godkjent av Norsk psykologforening med 42 timer vedlikeholdsutdanning.

Mindfulness-trening: en selvutviklingsprosess gjennom bevisstgjøring. Vi lærer effektive teknikker for å bruke (stress)energien på en positiv måte. Praktisk nyttig for alle yrkesgrupper, spesielt psykologer.

Læringsmål: fordypning i mindfulness for egen skyld og for å kunne formidle mindfulness som et verktøy til selvhjelp for pasienter, klienter og andre mennesker i en vanskelig situasjon.

Kursleder: Andries J. Kroese, dr. med., tidligere professor i karkirurgi. Utdannet instruktør ved Univ. of Mass. Hospital, USA. Forfatter av flere bøker om mindfulness.

FOR MER INFORMASJON OM KURSET KONTAKT:

e-post ajkroese@online.no, tlf. 901 51 734 eller www.scat.no



Grunnutdanning i EMDR

Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Trinn 1 Oslo 3.–5. september 2019

Trinn 1 Oslo 8.–10. januar 2020

Trinn 1 Trondheim 6.–8. mai 2020

Trinn 2 Oslo 3.–5. desember 2019

Trinn 2 Bergen Våren 2020

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen, EMDR Europe Approved Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook



Tverrfaglig samarbeid barn og ungdom – Taushetsplikt/opplysningsplikt

Målgruppe

Psykologer som jobber med barn og ungdom i kommunen.

Innhold

- Praktisk jus
- Meldeplikt, opplysningsplikt, taushetsplikt
- Bruk av samtykke
- Journalinnsyn
- Forskjell på yrkesmessig taushetsplikt og forvaltningsmessig taushetsplikt
- Bruk av e-post og SMS i jobben
- Hva utløser unntak fra taushetsplikt? (Opplysningsrett)
- Dokumentasjon, journalføring (når man veileder andre)
- Dokumentasjon av tverrfaglig samarbeid (hvem har ansvar?)
- Delte stillinger; hvordan ivareta taushetsplikt mellom de ulike stillingene?
- HPL og FVL

Målsetting

Kunnskap om reglene om taushetsplikt, taushetsrett og opplysningsplikt som gjør tverrfaglig samarbeid lettere samt at utsatte barn får riktig hjelp til rett tid.

Om kursleder

Ragnhild Kverneland er advokat og partner i advokatfirmaet Dehn DA. I det daglige er hun innleid kommuneadvokat for flere barneverntjenester og for Helse og omsorgstjenesten. Hun har bakgrunn fra fagbevegelsen som forhandlingssjef i Norsk Helse og sosialforbund (nå Fagforbundet), og har arbeidet der med helserett og forvaltningsrett i tillegg til arbeidsrett. I sitt daglige virke som advokat representerer hun foreldre i foreldretvister (barnefordelings saker).

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 8 timer.

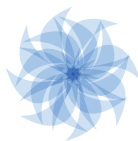
Sted og dato: Oslo, 18. november 2019

Påmeldingsfrist: 14. oktober 2019

Medlemspris: kr 3 500

Kursnr.: 128-19

Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning



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



Valgfritt program i **Arbeidspsykologi**

Ønsker du å jobbe med å forebygge sykefravær og frafall fra arbeidslivet?

Er du opptatt av behandling, forebygging og systemrettet arbeid?

Visste du at tilknytning til arbeidslivet kan gi bedring av psykiske plager og at det å stå i jobb er noe av det som best forebygger tilbakefall?

Valgfritt program i arbeidspsykologi gir deg økt kompetanse på behandling av lette til moderate psykiske helseplager, smerte og søvnvansker. I tillegg lærer du om hvordan terapi kan ha et jobbbrettet fokus når det å få eller stå i jobb er et aktuelt mål.

Forskning viser at for det store flertallet er det å ha en god arbeidsplass positivt for både fysisk og mental helse.

Hvordan psykologer kan fremme slike arbeidsplasser blir tematisert på programmet.

Du vil også lære hvordan du kan påvirke på et overordnet nivå, f.eks. for å skape helsefremmende arbeidsmiljøer, forebygge sykefravær og samarbeide med aktuelle instanser.

Du melder deg kun på til 1. samling, du er da automatisk påmeldt alle 4 samlingene i programmet.

Psykologspesialister kan søke om å få delta på hele, eller deler av det valgfrie programmet som vedlikeholdsaktivitet. Da stilles det ikke krav til praksis og veiledning.

Søknad sendes kurs@psykologforeningen.no

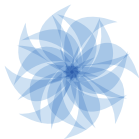
Sted og dato: Oslo, 4. november 2019

Påmeldingsfrist: 30. september 2019

Medlemspris: kr 7 000 pr. samling (to dager)

Kursnr.: 181-19

Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning



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



Emosjonsfokusert terapi – videoeksempler og øvelser

Introduksjon til Emosjonsfokusert Terapi (EFT) – teoretisk forankring og terapeutiske intervensjoner. Ferdighetstrening, opplevelsesbaserte øvelser og undervisning med utgangspunkt i terapivideo.

Målgruppe

Psykologer som jobber med individualterapi. Det er ikke nødvendig med noen forkunnskaper om EFT.

Innhold

Kurset gir en kort innføring i teoretisk forankring og forskningsgrunnlag for EFT, mens hovedfokus blir på klinisk og praktisk innføring i Emosjonsfokusert terapi. Lær de viktigste empatiske intervensjonene og tren på terapeutiske mikroferdighetene i metoden. Vi gjennomgår også de to mest sentrale intervensjonene i EFT, som er 'stol-arbeid' i uoppgjorte forhold og selvkritisk splitt.

Målsetting

Praktiske ferdigheter for å jobbe opplevelsesbasert med endring av følelser i terapi. Konkrete intervensjoner som kan integreres og anvendes i egen praksis.

Om kurslederne

Anne Hilde Vassbø Hagen og Vanja Hjelmseth er psykologer ved Institutt for Psykologisk Rådgivning (IPR) og Norsk Institutt for Emosjonsfokusert Terapi (NIEFT)

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

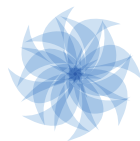
Sted og dato: Oslo, 11. november 2019

Påmeldingsfrist: 7. oktober 2019

Medlemspris: kr 7 000

Kursnr.: 126-19

Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning



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



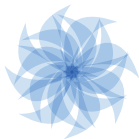
Obligatoriske kurs til spesialiteten eldrepsykologi

Målet med de obligatoriske kursene er å øke deltakernes forutsetninger for å kombinere forskningsbasert kunnskap, klinisk ekspertise, pasientens og pårørendes ønskemål (jfr. prinsipperklæringen om evidensbasert praksis). Rolle- og profesjonsspørsmål knyttes til undervisningen og gruppeoppgavene

- **Eldrepsykologiens egenart og normal aldring**
401-19, kurs 1, 29.-30. august 2019
- **Psykiske lidelser hos eldre**
402-19, kurs 2, 4.-5. desember 2019
- **Aldring, kognitiv funksjon og demens**
403-20 kurs 3, 12.-13. mars 2020
- **Forebygging, utredning og behandling**
404-20, kurs 4, 11.-12. juni 2020
- **Psykologiske intervensjoner i arbeid med eldre**
405-20, kurs 5, 15.-16. oktober 2020
- **Eksistensielle temaer**
406-21, kurs 6, 21.-22. januar 2021

Psykologspesialister kan søke om å delta på enkeltkurs som vedlikeholdsaktivitet. Søknad sendes kurs@psykologforeningen.no

For informasjon vedr. påmelding: www.psykologforeningen.no/ kurs og utdanning



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



Kartlegging og behandling av eksekutive funksjoner: Nyere perspektiver og forståelse

Klinisk undersøkelse av eksekutive funksjoner, inkludert metoder for behandling av svikt i eksekutive funksjoner.

Målgruppe

Psykologer som jobber med kartlegging av eksekutive funksjoner enten hos barn eller voksne.

Innhold

Gjennomgang av eksekutive funksjoners betydning for planlegging og fleksibilitet, og hvilken betydning svikt i disse medfører, inkludert følger for personens deltakelse i arbeid og sosialt liv. Flere psykiske lidelser kjennetegnes av eksekutiv dysfunksjon eller reguleringsvansker. Hensikten med kurset er å gi en innføring bruken av relevante kartlegging- og testverktøy, samt behandling av eksekutiv dysfunksjon.

Målsetting

Etter kurset vil deltakerne

- Ha oppdatert kunnskap om teori og modeller på eksekutive funksjoner, forskning på aktuell undersøkelsesmetodikk, samt kunne drøfte kliniske problemstillinger
- Kunne administrere og tolke Stroop-testen, Trail Making Test, og Behaviour Rating Inventory or Executive Function (BRIEF barn og voksne)
- Kunne administrere evidensbaserte hjernetreningsteknikker for å bedre eksekutive funksjoner

NB! Deltakerne oppfordres til å ha med egen kasus.

Om kursleder

Jan Stubberud, spesialist i klinisk nevropsykolog. Ph.D.-grad ved UiO (2014). Har forsket mye på eksekutive funksjoner og psykisk lidelse, og er i dag førsteamanuensis II ved UiO, prosjektleder og psykologspesialist ved Lovisenberg Diakonale sykehus og forsker ved Oslo Universitetssykehus.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

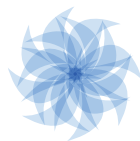
Sted og dato: Oslo, 17.-18. oktober 2019

Påmeldingsfrist: 12. september 2019

Medlemspris: kr 7 000

Kursnr.: 125-19

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



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



Prosessledelse

– hvordan engasjere medarbeidere og skape gode prosesser?

Målgruppe

Psykologer og mastere i psykologi som ønsker å utvikle sine prosessledelsesferdigheter

Målsetning

Kurset i prosessledelse er utviklet for å styrke ledere, prosjektledere og interne utviklingsaktørers kompetanse i å tilrettelegge og lede gode prosesser, møter og gruppeprosesser. I stedet for å fokusere bare på resultat gir kurset redskaper som sikrer at medarbeiderne får utnyttet sine potensialer på en måte som fremmer motivasjon.

Om kurslederne

Torkjell Winje (Lent) er utdannet klinisk psykolog og har drevet egen praksis som arbeids- og organisasjonspsykolog. Han har vært tilrettelegger for lederutviklingsprogrammer i organisasjoner som Statoil, Flytoget, Nordea og Helse Nord.

Pål Tanggaard (Lent) har profesjonsstudiet i pedagogikk fra Universitetet i Oslo og videreutdanning i Design-thinking i regi av Stanford/NRK. Pål har ledet en rekke prosesser i offentlig og privat sektor og undervist om prosessledelse på høyskoler og universiteter.

Kurset er godkjent som 16 timers fritt spesialistkurs og vedlikeholdsaktivitet.

Sted og dato: Oslo, 30.–31. oktober 2019

Medlemspris: kr 7000

Påmeldingsfrist: 25. september 2019

Kursnr.: 110-19

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



Norsk psykologforening
 Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

UTDANNINGSAVDELINGEN



TESTDAGEN 2019

Kvalitetssikring av ansettelser: Identifisering av talenter og onboarding

Er det riktig slik forskning har vist at «de 20 % mest effektive medarbeiderne står for 80 % av organisasjonens verdiskapning»? Og, hvordan kan en bruke informasjon fra rekruttering og seleksjon til å gjøre innfasingen av nye medarbeidere bedre, slik at de lettere kan finne seg til rette og bli produktive i et nytt arbeidsmiljø? Testdagen 2019 setter fokus på disse temaene og ett knippe eksperter deler sin kompetanse på området.

Program (med forbehold om endringer)

- David Lawton, Cubiks:
What does high potential look like and can it be measured with psychometric tools?
- Ryan Ross, Hogan:
High Potentials – Are You Doing It Wrong?
- Frode Dale, ledelsesrådgiver:
Hvordan bruke kartleggingene i utvelgesprosessen til videre oppfølging?
- Elizabeth Solberg, BI:
Fulfilling developmental promises

Kurset er godkjent som 7 timers vedlikeholdsaktivitet.

Sted og dato: Oslo, 23. september 2019

Påmeldingsfrist: 19. august 2019

Kursnr.: 923-19

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



Norsk psykologforening
 Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

UTDANNINGSAVDELINGEN

VIL DU BLI VÅR NYE ADMINISTRATIVE LEDER PÅ INSTITUTT FOR PSYKOTERAPI?

Vi søker en engasjert medarbeider til
30 % stilling som administrativ leder
ved institutt for psykoterapi

Institutt for psykoterapi er Norges største utdanningsinstitutt for psykoterapeuter og har drevet systematisk utdanning i psykoanalytisk psykoterapi siden 1960-tallet. Mange hundre leger og psykologer er blitt utdannet her.

Administrativ leder tilsettes på åremål for fire år av gangen med mulighet til å søke om forlengelse i to + to år. Det er ønskelig at administrativ leder har daglig virke i Instituttets lokaler i Nydalen, men alternative løsninger kan diskuteres. Til stillingen stilles kontor til disposisjon, som etter avtale kan brukes til selvstendig psykoterapipraksis. Leien for kontoret beregnes ut fra stillingsprosenten. Leieforholdets varighet er begrenset til stillingens varighet. Tiltredelse så snart som mulig, etter avtale.

Arbeidsoppgaver

- Ansvar for daglig administrativ og økonomisk drift ved instituttet
- Deltakelse i instituttets ledergruppe - nært samarbeid med undervisningsleder (30 %) og administrasjonssekretær (100 %). Adm.leder og undervisningsleder er hverandres stedfortredere
- Saksbehandling for instituttets styre, Utvalg for Etterutdanning og Forskningsutvalget

Kvalifikasjoner

- Administrativ leder må være medlem ved instituttet
- Gjerne erfaring med lignende arbeid / administrasjon / ledelse
- Ønskelig med faglig kompetanse tilsvarende lærere ved instituttets seminarer

Personlig egnethet vektlegges.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til styrets leder Ingunn Aanderaa Opsahl, tlf. 971 50 507, e-post ingunnaanderaa@hotmail.com eller undervisningsleder Ole Johan Finnøy, tlf. 905 14 931, e-post und-leder@instpsyk.no

Skriftlig søknad vedlagt relevante attester og referanser sendes til: Styret ved Institutt for Psykoterapi, Postboks 4254 Nydalen, 0401 Oslo, eller ved e-post til sekr@instpsyk.no. Telefon til instituttet: 22 58 17 70.

Søknadsfrist: 9. juni



DSS

Psykolog

Bedriftshelsetjenesten (BHT) arbeider med å redusere risiko for psykiske og fysiske helseplager og styrke arbeidshelse og arbeidsglede gjennom rådgivning og relasjonsarbeid, organisasjonslæring, trening og ergonomi.

Vi søker erfaren psykolog innen organisasjons- og prosessarbeid, men også med klinisk kompetanse. Psykologens arbeidsoppgaver vil eksempelvis være rådgivning i forbindelse med arbeidsmiljøkartlegginger, psykososiale arbeidskonflikter, gruppeprosesser, lederrådgivning, bistand i akutte kriser, individsamtaler, sykefraværarbeid og deltakelse i AMU. Undervisning/foredrag/kursvirksomhet er også aktuelle oppgaver.

For mer informasjon se dss.dep.no/jobb-hos-dss/
Søknadsfrist 17. juni 2019.

SØKER DU JOBB?

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

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

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 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. Nettannonser 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
07/19	17.06	01.07
08/19	18.07	01.08
09/19	19.08	02.09
10/19	17.09	01.10

ANNONSEFORMATER

1/1 side	1/2 side	1/4 side
Stående	Liggende	Stående
170x234	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

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

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



Ønsker du en jobb som gir mening?

I stiftelsen CRUX jobber vi for å gjøre verden til et litt bedre sted. CRUX er en ideell, diakonal og landsomfattende stiftelse som tilbyr tjenester innen helse- og sosialsektoren.

Vi er medvandrere og står opp for mennesker i sårbare og utfordrende livssituasjoner, slik at de kan oppleve trygghet og nå sine mål. Det finnes alltid muligheter.

Vil du være med på laget?

CRUX Verkgata behandlingssenter tilbyr tverrfaglig spesialiserte behandlingstjenester (TSB). Virksomheten driver på oppdrag fra Helse Vest RHF innen rusmiddelbehandling for unge i regionen og er bemannet med sosionomer, sykepleiere, vernepleiere, lege, psykologer, samt personell med annen relevant utdanning og erfaring. Klinikken ligger sentralt i Stavanger.

VI SØKER:

Psykologspesialist

100 % fast stilling

Psykologene har oppgaver innen diagnostikk, behandling, veiledning, inntaksarbeid og tverrfaglig samarbeid internt/eksternt. Oppgaver både i døgnklinikk og poliklinikk. Pasientene henvises til behandling for rusavhengighet og psykiske lidelser. Vi har fokus på traumebevisst praksis og kognitiv terapi.

Kvalifikasjoner

- Godkjent psykologspesialist
- Spesialisering innen rus og avhengighetsproblemer er en fordel
- Psykologer i spesialisering kan også søke

Vi ser etter en medarbeider som er personlig egnet og har relevant erfaring.

Søker må beherske norsk skriftlig og muntlig.

Vi tilbyr en arbeidsplass med godt arbeidsmiljø, engasjerte medarbeidere og tverrfaglig samarbeid. Vi har gode forsikrings- og pensjonsordninger. Lønn etter avtale. Tiltredelse så raskt som mulig.

Ta gjerne kontakt med klinikkssjef Tordis Stokke tlf. 416 46 982.

Søknad med CV sendes på e-post til:

t.stokke@stiftelsenecrux.no innen 22.06.19.

Helse Vest RHF (regionalt helseforetak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest RHF eig seks helseforetak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseforetaka har om lag 27 300 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

Helse Vest RHF

2 stk. 100 % avtaleheimlar i klinisk psykologi på Voss

2 stk. 100 % avtaleheimlar for godkjende spesialistar i klinisk psykologi på Voss er ledig frå 01.09.2019, eller etter avtale.

Det er mogleg å overta tenlege kontorlokale, som også legg til rette for godt fagleg samarbeid. Sambandet med tog til Bergen er bra.

Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

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

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

Avtalespesialisten skal bidra til at Helse Vest kan oppfylle «sørge for»-ansvaret. Det inneber mellom anna at avtalespesialisten utfører undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen.

Avtalespesialisten skal ha ein forplikande samarbeidsavtale med Voss DPS NKS Bjørkeli. Avtalespesialisten skal samarbeide med Voss DPS NKS Bjørkeli om oppgåvedeling og for å sikre gode pasientløp. Avtalespesialisten skal også i et visst omfang kunne ta imot pasientar som er vurdert ved Voss DPS NKS Bjørkeli. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle driftsavtalen og i samarbeidsavtalen.

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

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

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

Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

Tor Levin Hofgaard

tor@psykologforeningen.no
23 10 31 30

Visepresidenter

Rune Frøyland

rfroey@online.no
450 30 522

Heidi Tessand

heidi.tessand@
psykologforeningen.no
916 67 804

Medlemmer

Aina Holmén

aih@sivilombudsmannen.no
986 64 501

Kjetil Kaasin

kjetil.kaasin@sthf.no
35 00 57 00

Britt Randi Hjartnes

Schjødt
bibihj@gmail.com
922 99 371

Ragnhild Klingenberg Røed

ragnhildkstkoke@gmail.com
414 21 366

Ingvild Gregersen

ingvildg@gmail.com
957 27 801

Arnhild Lauveng

post@arnhildlauveng.com
913 17 162

Else-Marie Molund

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

Studentrepresentanter

Sebastian Gulbrandsen

sebastian.gulbrandsen@
gmail.com
926 93 702

Halvor Stavland

halvor_stavland@
hotmail.com
991 05 396

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

Janne Veer

Janne.Hammervold.Veer@
sshf.no
452 14 480

Buskerud

Even Rognan

EVEROG@vestreviken.no
410 28 606

Finnmark

Sigrid Larsen

sigrid_la@hotmail.com
979 90 893

Hedmark

Vilde Hoff Lien

vildehofflien@yahoo.no
418 06 187

Hordaland

Bjarte Bruntveit

bjartebruntveit@yahoo.no
909 98 052

Møre og Romsdal

Siri Næs

siri.naes@gmail.com
902 68 699

Nord-Trøndelag

Julie Valen

psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland

Iris Anette Söderholm

irisanette@gmail.com
909 34 857

Oppland

Iver Sørli Røhr

iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo

Birgit Aanderaa

biraa@ous-hf.no
917 12 983

Rogaland

Elise Constance Fodstad

ecgr@sus.no
930 07 971

Sogn og Fjordane

Solbjørg Torheim Hanitz

solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag

Morten Thorsen

morten.thorsen@nav.no
464 14 174

Telemark

Birgitte Lindø

libi@siv.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

Simon Thorsell Næs

simonnaes@gmail.com
926 98 317

Østfold

Øyvind Nordhus

nordhus@me.com
911 61 779

FAGETISK RÅD

Svanhild Mellingen, leder

Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

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

LØNNS- OG ARBEIDS- MARKEDSUTVALGET

Rune Frøyland, leder,

tlf. 450 30 522

Ingvild Gregersen,

nestleder, tlf. 957 27 801

Bjarte Bønes Bruntveit,

Spekter-helse, tlf. 909 98 052

Birgit Aanderaa, Spekter-

helse, tlf. 924 28 703

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

Sebastian Gulbrandsen,
UiB, leder, e-post sebastian.
gulbrandsen@gmail.com,
tlf. 926 93 702

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Privatpraksis
Kjersti Arefjord,
Universitetet i Bergen
Eva Dalsgaard Axelsen,
Universitetet i Oslo
Henning Bang,
Universitetet i Oslo
Per-Einar Binder,
Universitetet i Bergen
Anne Inger Helmen Borge,
Universitetet i Oslo
Tim Brennen, Universitetet
i Oslo
William Brochs-Haukedal,
Norges handelshøyskole
Nikolai Czajkowski,
Universitetet i Oslo
Knut Dalen, Universitetet i
Bergen
Guðrun Dieserud, Nasjonalt
folkehelseinstitutt
Fanny Duckert,
Universitetet i Oslo
Atle Dyregrov, Senter for
krisepsykologi

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

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

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

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: bjornar@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal 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 spesialistoppagave.

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:
17.06, 18.07, 19.08, 17.09, 17.10, 18.11

RETURADRESSE: NORSK PSYKOLOGFORENING, POSTBOKS 419 SENTRUM, 0103 OSLO

PRIORITY

