

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol.56 nr.09 2019

Fedre i BUP-behandling

Vitenskapelig artikkel

PSYKOLOG SAVNET

Reportasje

Psykologer må satse på arbeidslivet

Meninger

ISSN 0332-6470

TIDSAM 2008-09



RETURUKE 41 185 NOK

PSY KOL OGI

Vol. 56 **nr. 9** 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 Per Halvorsen, per@psykologtidsskriftet.no, tlf. 918 67 706,

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

Redaksjonssekretær Nora Skjerdingsstad, nora.skjerdingsstad@gmail.com

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt 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. august 2019

Omslagsillustrasjon missboo.no

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

Tegn og fortell

PSYKISK HELSEVERN DRUKNER i styrings- og kontrollhysteri. New Public Management infiserer klinisk praksis og svekker den faglige kvaliteten. Rapporteringsregimet spiser av behandlingstiden. Produksjonsterminologien er anti-humanistisk. Psykologer har for mye å gjøre, behandlingen blir for dårlig, fagligheten overstyres.

Disse brokkene fra psykologers innlegg og uttalelser i Psykologtidsskriftet de siste ti årene bekrefter en mer generell virkelighetsbeskrivelse: Den fagbaserte makten har blitt svakere med årene.

Denne svekkelsen er en villet prosess fra samfunnets side. Psykiatriens historie illustrerer viktigheten av å tøyle profesjoners selvråderett. Paradoksalt nok er det også mulig å fortelle en profesjonshistorie hvor profesjonene har fått økt makt de siste ti-årene. For i profesjonssamfunnet har ekspertise og spisskompetanse blitt en stadig viktigere ingrediens i velferdstatens tjenester. Når profesjonen selv forvalter de faglige kvalitetskriteriene, flyttes makten fra myndighetene og inn i standen. Og mens profesjonen ber om tillit, foreskriver myndighetene kontroll.

Med profesjonell makt, skjønn og selvråderett vokser det altså frem et behov for kontroll og innsyn. Gro Sandkjær Hansen og kolleger kaller det å «fargelegge demokratiets sorte hull» (se deres bok «Politikk og demokrati» fra 2018). Når myndighetene velger å satse milliarder av kroner på psykologers kompetanse, er det selvsagt ønskelig både med innsyn og styring. Men når man ikke kan ha direkte inn-

syn, ikke minst i taushetsbelagte kliniske rom, etablerer man i stedet flere mer eller mindre relevante resultatmål som indikatorer på at tjenestene leveres.

Psykologer er langt fra blinde for behovet for styring og innsyn. For igjen å sakse fra våre spalter: Media og maktapparatet må ha mulighet til å se hva vi driver med i vår kliniske hverdag. Den kliniske ekspertisen må hentes ut av den «svarte boksen» slik at den kan etterprøves. Det trengs mål på kvalitet. Vi må vite hvordan vi får mest mulig ut av de store ressursene standen forvalter på samfunnets vegne.

Nylig er det også tatt til orde for at Psykologforeningen trenger en policy på hva kvalitet i god psykologfaglig praksis skal være (se for eksempel Even Rognan og Aksel Lindstad i forrige utgave). Dette kan ses som et ønske om å ta tilbake kvalitetsmålene fra økonomene og byråkratene, og gjøre de mer relevante for psykologers virke og generell tjenesteutvikling. Men skal slike mål oppleves som å gi myndigheter, samfunn og brukere innsyn og kontroll, må de formuleres slik at de faktisk belyser den kliniske hverdagen på en åpen, troverdig måte.

Det betyr at psykologer må finne frem sine egne fargestifter for å fargelegge sin del av demokratiets sorte hull. Gitt at brukermedvirkning også utgjør en viktig del av samfunnets innsyn og kontroll i tjenestene, og at mange psykologer arbeidere i pasientens helsetjenester, vil det være lurt å dele fargestiftene med brukerne. Ellers er det nok av andre på utsiden av standen som vil fortsette å streke opp kvalitetskriterier også på psykologstandens vegne. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Når profesjonen selv forvalter de faglige kvalitetskriteriene, flyttes makten fra myndighetene og inn i standen

642



FOTO: PER OLAV SOLBERG

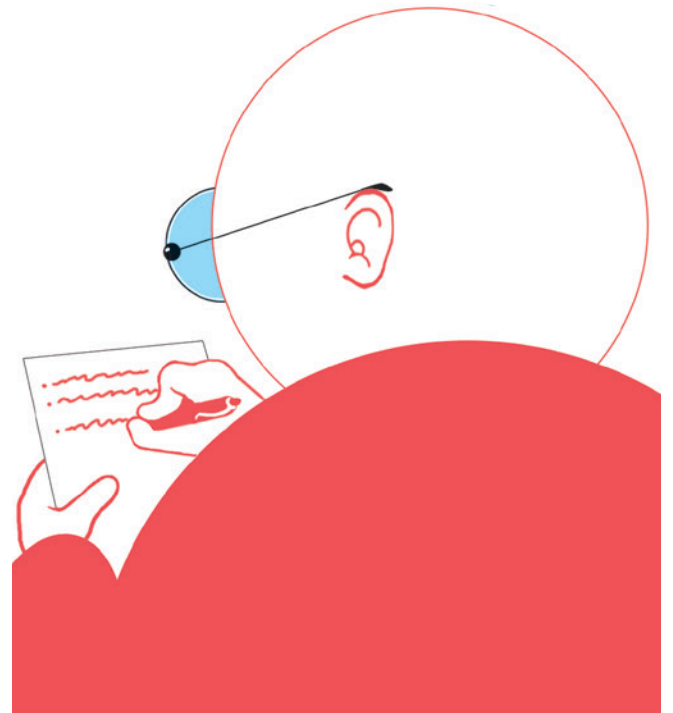
NEDTELLING MOT LOVBRUDD?

Halvparten av landets kommuner har ennå ikke ansatt kommunepsykolog. Lenvik kommune - snart Senja - er én av dem, og snart løper tiden ut. Hva skal til for at en psykolog vil jobbe der? Hva skal han eller hun egentlig gjøre?

Reportasje

664

ILLUSTRASJON: KRISTIAN UTRIMARK



INVITERER FAMILIEN

«Erfaringene ved vår klinikk kaster lys over det som kan sette en stopper for familieterapi, og viktigere: hva som åpner opp for en slik praksis innenfor et individorientert system», skriver psykologspesialist Randi Skjerve. Hun løfter frem seks grep for å få familien på banen.

Fra praksis



FOTO UNITED INTERNATIONAL PICTURES

FORTAPT I EN DØD MOR

I filmen *Phantom Thread* møter vi den kjole-syende hovedkarakteren som (for)følges av sin avdødes mors gjenferd; en forbannelse som går på bekostning av nye og livnærende relasjoner. Kjell Grønnevik tråkler sammen psykoanalytiske tanker rundt «hvit sorg» og «The dead mother complex» i møte med London-dramaet.

Filmessay

Innhold

- 637 **Tegn og fortell**
Leder | Bjørnar Olsen
- 640 **Optimistisk på vegne av seksualforbrytere**
NÅ: Kristoffer Høiland | Per Halvorsen
- 642 **Psykolog savnet**
Reportasje | Per Olav Solberg
- 652 **- Brede lavterskeltilbud er villforebygging**
Aktuelt | Nina Strand
- 654 **Fedres deltagelse i utredning og behandling av barn og ungdom med angstlidelse**
Vitenskapelig artikkel | Gry Hamre et al.
- 663 **Kunnskapsbasert, tross alt**
Kommentar | Bjørnar Olsen
- 664 **Seks grep for å involvere familien**
Fra praksis | Randi Skjerve
- 673 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Vesentlig arbeid, vesentlig satsning | Cathrine Meyer Amundsen & Rudi Myrvang (s. 675)
Psykisk helsevern (s. 678, s. 680 og s. 694),
Familieterapi (s. 683), Presidentkamp (s. 685 og s. 690),
Kjønnsinkongruens (s. 686), Psykologforeningen (s. 688 og s. 692), Derfor (s. 693)
- 695 **INNTRYKK**
Filmessay: Flukten fra det moderlige nekropolis | Kjell Grønnevik (s. 696)
Bokanmeldelser: Tett på erfaringene (s. 706), Treffsikkert om traumebehandling (s. 708)
- 711 **Annonser**
- 716 **Stillingsannonser**



NYANSER Kristoffer Høiland etterlyser mindre grad av «alt-eller-intet-tenkning» i arbeidet med seksualforbrytere.

Optimist på vegne av seksualforbrytere

Det finnes lite evidens for at det hjelper å behandle seksualforbrytere. Det har ikke tømt Kristoffer Høiland for optimisme.

TEKST OG FOTO

Per Halvorsen

– Hvorfor er vi ikke flinkere til å behandle seksualforbrytere?

– Det fins både faglige og politiske årsaker: Det eksisterer lite forskning på området og dermed lite grunnlag for utvikling av evidensbasert klinisk praksis. Noe forskning fant jeg i USA og Canada, der fagmiljøene er større. I Norge har kunnskapsutviklingen vært bortimot ikke-eksisterende. Det fikk jeg bekreftet da jeg skrev artikkelen. Det var simpelthen

vanskelig å finne fagfeller som kunne vurdere den. Mitt generelle inntrykk er at det finnes en utbredt behandlingspessimisme. Mange synes nok fagfeltet er ubehagelig å gå inn i fordi det kan trigge aversjoner i oss som kan stå i veien for en god pasientrelasjon. Inntil nylig har det dessuten vært liten politisk vilje til å satse på behandlingstilbud. Om du er dømt for seksuallovbrudd, skal du først og fremst straffes. Det er derfor fortsatt slik at det er tilfeldigheter som

avgjør om du tilbys hjelp eller ikke. Desto mer gledelig er det at Regjeringen på årets statsbudsjett styrker arbeidet mot vold og overgrep med 67 millioner kroner. Av disse skal 19 millioner kroner brukes til å etablere et landsdekkende tilbud for å hindre at personer som er dømt for seksuallovbrudd, begår nye overgrep.

– Det du fant av forskning, gir langt på vei behandlingspessimistene rett: Behandling hjelper ikke for å hindre nye seksuallovbrudd. Hvorfor kan vi da ikke like gjerne la rettsvesenet gjøre jobben uforstyrret av helsevesenet?

– Det er korrekt at metastudier, som har sett på om behandling av seksualforbrytere medfører risiko for nye lovbrudd, på et overordnet plan konkluderer med at behandling ikke hjelper. Vi har foreløpig ingen terapimodell som reduserer risiko for nye seksuallovbrudd. Det er likevel mulig å øyne håp i den forskningen som foreligger: Mye tyder for eksempel på at unge seksualforbrytere er mer mottakelige for intervensjoner enn eldre. Dessuten er det mulig å spore virksomme prinsipper for behandlingen: Gitt at pasienten involverer seg i behandlingen, at behandlingen retter seg mot risikofaktorer og risikovurderingen gjøres med et anerkjent instrument, er det tegn til bedring.

– «Risikovurdering» er et nøkkelbegrep du gir stor plass. Kan du utdype?

– Det har vært en tendens til å skjære alle seksualforbrytere over én kam og vurdere dem med like høy risiko for å begå nye overgrep. Mitt inntrykk er at mange, også fagfolk, ikke aksepterer at det fins en lavrisikogruppe. Faktum er at gjentakelsesfaren varierer betydelig mellom ulike risikokategorier; fra 2–3 prosent i lavrisikogruppen til 50–70 i høyrisikogruppen. Det bør vi være klar over for å kunne tilpasse behandlingen til den enkelte og sette inn ressursene der de trengs mest. Det fins dessuten indikasjoner på at lavrisikogruppen kan bli verre av behandling, uten at vi vet hvorfor.

– Det fins holdepunkter for å hevde at risikovurdering er noe av det mest upålitelige man kan drive med, ikke bare når det gjelder suicid. Hvorfor skal vi drive med det da?

– Risikovurderinger er sjelden sikre, men utføres de ved hjelp av de faglig mest pålite-

Hvorfor NÅ?

- Kristoffer Høiland ble 29. august tildelt Professor Bjørn Christiansens minnepris for 2018 for artikkelen «The Good Lives Model i behandling av personer dømt for seksuallovbrudd». Artikkelen ble publisert i Psykologtidsskriftet 3. august 2018. Les juryens begrunnelse side 633.
- Professor Bjørn Christiansens minnepris er innstiftet av Norsk psykologforening og utdeles hvert år som en anerkjennelse for et betydningsfullt faglig bidrag publisert i Psykologtidsskriftet.
- Høiland er psykiologspesialist ved poliklinikk for rus- og avhengighet, Sykehuset i Vestfold. Han har tidligere vært tilknyttet det såkalte Basisprosjektet, et behandlingsprosjekt rettet mot personer dømt for seksuallovbrudd i tre fengsler på Østlandet.

lige metodene, mener jeg vi skal gjøre dem. At det gjør oss bitte lite grann bedre til å forutsi gjentakelsesfare, mener jeg er god nok grunn. Jeg syns vi skal bruke den beste kunnskapen vi har, selv om den ikke er perfekt.

– Du skriver: «Mindre grad av alt-eller-intet-tenkning om problematikken vil være konstruktiv i behandling og rehabilitering.» Hva mener du med det?

– Jeg forstår hvis dette kan oppfattes som provoserende. Mitt poeng er at det må kunne gå an å jobbe med noe uten at målet eksempelvis må være å fjerne ethvert spor av pasientens seksuelle preferanser. En nullvisjon er urealistisk. Vi må leve med en viss risiko på de fleste av livets områder. Alternativet er å låse døren og kaste nøkkelen, og slik vil vi jo ikke ha det i et humant samfunn. Hvis vi klarer å se flere nyanser i jobben vi gjør – plote ut det som vi faktisk kan gjøre noe med – kan vi komme et steg i riktig retning.

– I artikkelen din slår du et slag for metodikken «Good Lives Model» (GLM). Hva gjør GLM spesielt egnet til å forebygge at seksualforbrytere begår nye overgrep?

– GLM er utviklet i Canada og New Zealand og representerer et steg bort fra en ensidig holdning om at seksualforbrytere bare trenger straff og restriksjoner, til at de også har behov for psykoterapi og rehabilitering. Metoden angir et rammeverk for behandling, og risikotenkning er en sentral bestanddel. Et kjernepunkt er at man ikke bare skal rette oppmerksomhet mot hva man skal unngå, men også hva man ønsker å oppnå med livet sitt. Modellen tar utgangspunkt i at mennesker har evne til å sette seg mål og planlegge, handle i tråd med planene og revidere mål og planer ut fra om de blir innfridd eller ikke. I GLM oversettes en persons verdier og ønsker til konkrete, daglige mål og handlinger. Sammen med pasienten lager terapeuten en oversikt over pasientens mål, hvilken atferd som ble brukt for å oppnå målet, og om mer konstruktive strategier kan brukes i fremtiden. Behandleren undersøker også hvilke selvreguleringsstrategier personen benytter seg av. Forstår pasienten hvordan risikofaktorer faktisk hindrer ham eller henne i å skaffe det vedkommende ønsker seg, samtidig som vedkommende lærer seg nye ferdigheter, kan endring finne sted. ✕



KOMMUNEPYSKOLOG

Psykolog savnet

Lenvik. Min barndomskommune. Snart Senja kommune. Øya «alle» snakker om. Øya «alle» turistene oppsøker for å oppleve vill natur. Hvor vanskelig kan det være å få en kommunepsykolog hit? >

TEKST OG FOTO Per Olav Solberg



– **S**tillingen har vært utlyst tre ganger. Til sammen fikk vi to søkere, jobben er fortsatt ubesatt, sier Steinar Konradsen, assisterende kommuneoverlege i Lenvik kommune med ansvar for folkehelse og forebygging.

Det er tirsdag, første arbeidsdag etter påskeferien. Kone og barn har dratt tilbake til Son i Akershus, mens jeg er igjen hos mine foreldre i barnedomshjemmet to dager til. Oppdraget: finne ut hvorfor ingen hittil har ønsket å bli kommunepsykolog i Lenvik. Og i tillegg: Hva skal en kommunepsykolog i nye Senja kommune gjøre?

Men først noen ord om den journalistiske konteksten: I Trollvik, fem kilometer fra Finnsnes, som er kommunesenteret i Lenvik kommune, levde jeg mine første 18 år. Dette er ikke et nøytralt sted for meg. Jeg kjenner mange folk her, og noen av dem sitter i dag i sentrale posisjoner. I tillegg unner jeg Lenvik kommune (Senja kommune fra 2020) alt godt. Jeg ønsker oppriktig at de skal få på plass en dyktig kommunepsykolog så raskt som mulig. Det betyr ikke at dette er kampanjejournalistikk. Det betyr bare at teksten blir annerledes enn hvis jeg hadde dratt til en tilfeldig kystkommune et annet sted i landet.

TRYGGHET OG TRIVSEL

Av dagens 422 kommuner har rundt halvparten egen kommunepsykolog, ifølge en Sintef-rapport fra 2018. Når antall kommuner reduseres til 356 etter årsskiftet, vil fortsatt 40 prosent av kommunene mangle kommunepsykolog. Hvis ikke mange av disse får ansatt psykologer i løpet av høsten.

De som ikke har klart å rekruttere, er i stor grad små kommuner med under 5000 innbyggere. I Nord-Norge sliter man enda mer enn landsgjennomsnittet: Her har bare omtrent en tredjedel av kommunene psykolog. Troms, mitt hjemfylke, er verstingen. Færre enn én av fem kommuner har psykolog. Lenvik er derfor mer regelen enn unntaket i regionen. Av de ti kommunene i Midt-Troms, der Lenvik inngår, har kun Bardu kommune fått til å ansette egen kommunepsykolog (se egen sak på side 650).

Tilbake til Finnsnes: Jeg står på fortauet utenfor Kunnskapsparken, et firkantet nybygg i sentrum. Det er kaldt og vått, snøen er kram. Jeg har en avtale med den kommende rådmannen i Senja kommune, en mann som for tiden er ansatt som «prosjektleder for etableringen av Senja kommune». Hogne Eidissen har tidligere vært rådmann i tromskommunene Målselv, Dyrøy og Balsfjord. Nå skal han forme den nye storkommunen i Midt-Troms som fortsatt mangler kommunepsykolog.

– Jeg tenkte nok at du var sønnen til ho Eldbjørg. Jeg hadde henne som lærer på barneskolen. Du likner på henne, er det første Eidissen sier når vi møtes.

Lite sted. Små forhold. Kjenning uten å være kjent.

Vi setter oss på et møterom, og Hogne forteller om nye Senja kommune, om en sammenslåingsprosessen som har gått relativt smertefritt, selv om Torsken kommune ble tvangssammenslått med de andre nabo-kommunene med påfølgende støy. Etter hvert dreier samtalen inn på

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.



PÅ JAKT Kommende rådmann i Senja kommune Hogne Eidissen mangler fortsatt en kommunepsykolog i staben. Fra 1. januar 2020 lovfestes stillingen.

kommunepsykologrollen og om hvorfor ingen hittil har ønsket å være kommunepsykolog her.

– Jeg tror det handler mye om å føle seg trygg og oppleve at man jobber i et miljø med et godt faglig nettverk. Jeg har snakket en god del med de to kommuneoverlegene våre i Lenvik om hvordan vi skal rigge til stillingen for å gjøre den attraktiv, og jeg tror vi er i nærheten nå, sier han.

Kommunen har nå søkt om tilskuddsmidler til stillingen på 400 000 kroner. 2019 er siste året kommuner har mulighet til å søke om dette. Fra 2020, når kommunepsykologstillingen lovfestes, legges midlene inn i kommunenes frie inntekter.

Hogne forteller at tanken er å plassere den framtidige kommunepsykologen i helse- og omsorgsstaben, der blant andre helsefaglig rådgiver og kommunelegene sitter.

– Poenget er å få et tverrfaglig godt miljø her som gjør at kommunepsykologen kan utvikle seg faglig og bli trygg, sier Hogne.

– Før din tid har man prøvd å ansette kommunepsykolog i Lenvik hele tre ganger. Hvorfor skal det gå bedre nå?

– Dette må man jo se på. Har det noe med plasseringen å gjøre? Var det noe i utlysningsteksten som gjorde at psykologene som leste den, ikke »

– Var det noe i utlysningsteksten som gjorde at psykologene som leste den, ikke syntes det her var interessant?

Hogne Eidissen, snart rådmann i Senja kommune, om å rekruttere kommunepsykolog

**SAVNER PSYKOLOGKOLLEGA**

Kommuneoverlege Aslak Hovda Lien (t.v.) og assisterende kommuneoverlege Steinar Konradsen har nok av oppgaver å ta tak i knyttet til forebygging og folkehelse.

- En av de viktigste arenaene er barnehagene. Det er mye flott kompetanse der, men jeg tror veiledning av ansatte, for å trygge dem, er kjempeviktig

Aslak Hovda Lien, kommuneoverlege

syntes det her var interessant? Kan det bli for mye papirarbeid? Handler det om en kombinasjon av at du skal jobbe strategisk overordnet, mens psykologer flest kanskje ønsker å jobbe mer kurativt? Altså, hva handler dette om? Da må man jo spørre psykologene selv: Hva er interessant for dere? For det hjelper ikke hva vi tror og mener. Hvis de mener noe annet, da har vi jo bommet, sier Hogne Eidissen.

CATCH 22

Sintef har prøvd å svare på en del av spørsmålene Hogne Eidissen stiller. 1. november i fjor ga Sintef ut en rapport der de evaluerer kommune-psykologrollen. Her undersøker de også hva som er grunnen til at noen kommune-psykologstillinger er vanskelig å fylle. Av kommuner som ikke har fått til å rekruttere, svarer ca. 70 prosent at de ikke vet årsaken – fordi de ikke fikk noen søkere på stillingen. En femtedel av de spurte sier at kommunen ikke kunne tilby god nok lønn. En tredje årsak som nevnes i rapporten, er manglende psykologfaglig nettverk. Noe av problemet er altså at man faktisk ikke vet hvorfor psykologer ikke vil ha disse stil-

lingene – det er ingen psykologer å spørre, for ingen har søkt. Og hadde noen søkt, er de jo interessert – og da er ikke spørsmålet relevant. En klassisk Catch 22 altså.

Sintef spurte også nåværende studenter på profesjonsstudiet ved et knippe læresteder om hvor de har lyst til å jobbe etter endt utdanning. En av fire kunne tenke seg å jobbe i førstelinjen, men Sintef spurte ikke spesifikt om de ville jobbe som kommunepsykolog. Studentene nevnte tre faktorer som viktige for å jobbe i førstelinjen: like god lønn som i spesialisthelsetjenesten, lik tilgang til spesialisering og tilgang til et godt psykolognettverk og gode veiledere å støtte seg på.

– *Hva tenker du om lønnsbetingelser for en kommunepsykolog?*

– Lønnsvilkår er viktig, men om du tjener 50 000 kroner mer eller mindre, tror jeg betyr lite hvis du ikke trives i selve jobben og føler deg sett, sier Hogne Eidissen.

I sin fartstid som rådmann har han sett eksempler på kommuner som har ansatt nyutdannede sykepleiere som blir gående alene på vakt, og som for raskt får for stort ansvar.

– Da føles det enklere og tryggere å begynne på Universitetssykehuset i Tromsø, og få erfaring der. Vi skal ikke havne i en slik situasjon her med en kommunepsykolog. Men jeg er veldig sikker på at vi skal få det til. Aslak og Steinar, de to kommuneoverlegene her, har visjoner og klare meninger om hvordan. Du bør snakke med dem.

NED I MATERIE

Jeg tar Hogne Eidissen på ordet. Aslak og Steinar holder til på det som i min oppvekst het Helsesenteret, et kombinert sykehjem og fastlegekontor – samt legevakt. I dag har det blitt et godt utbygd distriktsmedisinsk senter (DMS) med et tett samarbeid med Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN).

Aslak Hovda Lien kjenner jeg godt til fra før. Vi gikk i samme klasse det første året på videregående. Han var sterk i naturfagene, og jeg er ikke overrasket over at han utdannet seg til lege. Han er temmelig lik seg selv når jeg kommer inn på kontoret hans: høy og kraftig, stort bredt smil, bred gange. En rungende latter.

Vi setter oss ned, prater kjenning, blir oppdatert på familie og barn, utveksler bekymringer knyttet til det å få tenåringer i huset, og er enige om at det ordner seg nok – det blir vel folk av dem til slutt. Vi ler. Og så begynner intervjuet:

– *Det er ikke lett å ansette psykolog i Lenvik, snart Senja?*

– Nei, det er ikke lett. I utlysingsrundene har man lagt vekt på at psykologen skal jobbe mye med systemer og veiledning, og så lite som mulig med kurativ virksomhet. Men det er klart, å få noen til å søke på en jobb der man kanskje er litt usikker på hva innholdet er, og der du dels er overlatt til deg selv, du skal ha litt pondus for å søke.

– *Har du vært med i prosessen med å prøve å tilsette?*

– Steinar og jeg var med første gang den skulle utlyses, og vår rolle er å mene noe om hva kommunepsykologen bør jobbe med. Folkehelse og forebygging står sentralt.

Aslak tror prosessen med kommunesammenslåingen har satt ansettelsesprosessen på vent de siste månedene. Han er også opptatt av at kommunen må være konkurransedyktig på lønn for å få en psykolog med relevant erfaring. Men han er ikke i tvil om at jobben i seg selv blir spennende.

Senja kommune

- 1. januar 2020 slår kommunene Berg, Tranøy, Torsken og Lenvik seg sammen til «storkommunen» Senja, som får rundt 15 000 innbyggere. Lenvik er den største av kommunene med 11 700 innbyggere.
- Senja blir den tredje største kommunen i fylket etter Tromsø og Harstad. Kommunen blir en havbrukskommune, som stipulert vil omsette havbruksprodukter for eventyrlige ti milliarder kroner årlig. I tillegg er turisme en næring i vekst i regionen.
- Folkehelseprofilen til Lenvik, som vil utgjøre hoveddelen av Senja kommune, viser utfordringer knyttet til fedme blant yngre og frafall fra videregående, for å nevne noe. I tillegg er ungdom i stor grad misfornøyd med lokalmiljøet sitt og aktivitetstilbudet som finnes der. Andelen uføre kvinner mellom 45 og 65 er 34 prosent, langt over landsgjennomsnittet.

– Det blir den. En av de viktigste arenaene er barnehagene. Det er mye flott kompetanse der, men jeg tror veiledning av ansatte, for å trygge dem, er kjempeviktig. Det vil gjøre mye mer for folkehelse enn at tre kommunepsykologer driver med pasientrettet virksomhet.

– *Hvordan da, tenker du?*

– Jeg tror kommunepsykologen vil være viktig for å trygge de ansatte til å identifisere barn og familier som trenger noe mer. Kanskje sitter en ansatt med en vond magefølelse knyttet til et barn eller en familie, men trenger hjelp til å handle på den følelsen. Her tror jeg veiledning kan fungere bra, sier han.

Aslak påpeker at ansatte i barnehagen ser barna mer i våken tilstand enn det foreldrene gjør, og at det gir en kjempemulighet til å utruste ungene med egenskaper som gjør at de kan ivareta seg selv.

– Har et barn foreldre som drikker, slår eller forgriper seg, må dette barnet få hjelp til å skjønne at noe er galt, og sette ord på det. Her kan barnehageansatte spille en rolle, og kommunepsykologen kan bidra til å trygge dem. Altså, vi skal ikke lage et Mao Zedong-system med angiveri, det er ikke det jeg mener. Men en fireåring bør få vite hva slags oppførsel som er greit og ikke greit fra en voksen, ingen skal få lov til å ta på deg uten at du vil.

– *Nå har du i praksis sagt en del om hvilken kompetanse du ser for deg at en kommunepsykolog bør ha.*

– Jeg ser for meg en psykolog med en god del erfaring, og som gjerne har jobbet mye med barn og ungdom fra før. Og så må man skape en forståelse for at å jobbe på system og med veiledning kan ha en stor effekt, at det faktisk kommer til å angå hundrevis og tusenvis av mennesker. Stillingen bør derfor plasseres i nærheten av kommunalsjef for oppvekst og rigger mot tjenester som driver med folkehelse og forebygging.

FASTLEGE-PSYKOLOG

Før intervjuet med Aslak snakket jeg med assisterende kommuneoverlege Steinar Konradsen. Han fortalte at han i sin tid som fastlege brukte om lag halvparten av tiden sin på å være terapeut, noe han mente er helt vanlig for de fleste fastleger i regionen. Det er Aslak enig i:

– Han Steinar har helt rett. Jeg tror fastleger gjør en kjempestor jobb på lette og moderate psykiske utfordringer. Mye av det folk kommer til fastlegen med, bunner i at det er mye vondt i livet, og da hjelper det jo å snakke litt. Fastleger er godt trent i å se hva som er hva. Da jeg var fastlege, kunne jeg ofte tenke etter å ha snakket med en pasient: «Jammen i helsike, vi har ikke gjort noe fornuftig her, den her samtalen har vi hatt tre ganger før.» Likevel er pasienten kjempefornøyd. Fastlegen er ofte samtalepartner og «container». I tillegg vet fastlegene her at det er langt til en avtalespesialist i psykologi. Derfor er det nok mer som gjøres på fastlegekontoret her sammenlignet med i større byer. Her kan du ikke bare sitte og fordele problemstillinger eller skrive henvisninger, mener Hovda Lien.

Det kommuneoverlegen sier her, kan ses på som et argument for at kommunepsykologen skal brukes kurativt. I Sintefs evaluering av kommunepsykologrollen, svarer fastlegene at de nettopp ønsker å henvise til kommunepsykologer som jobber klinisk. Men her er Hovda Lien krysstallklar:

– Sett fra et fastlegeperspektiv skjønner jeg det kjempegodt. De har behov for avlastning og å kunne henvise. Men sett fra et kommuneoverle-

genivå ser det helt annerledes ut. Folkehelse og forebygging fremmes mest effektivt på systemnivå, heller enn på et behandlingskontor. Hvis man skal få mest mulig ut av kommunepsykologen for befolkningen som helhet, så bør fastlegen og kommunepsykologen i størst mulig grad holde seg unna hverandres virksomhet.

TRENGER EN FOLKEHELSEPLAN

I folkehelseprofilen til Lenvik, som man finner på nettsidene til Folkehelseinstituttet, er det noen områder relatert til psykisk helse som peker seg negativt ut: Det er en god del fedme-problematikk blant unge, godt over gjennomsnittet i Norge. Steinar Konradsen var opptatt av dette, han ser for seg at kommunepsykologen går inn og jobber forebyggende her. Det er også mer frafall fra videregående enn normalt – og en god del misnøye blant ungdom knyttet til hvor fornøyd man er med lokalmiljøet, aktivitetstilbud og treffsteder. Her er det mange folkehelseoppgaver å ta tak i for en kommunepsykolog.

– Problemet med folkehelse er at tiltakene blir fragmenterte og tilfeldige. Det er ikke noen helhetlig strategisk tenkning rundt tiltakene. De som har ansvar for dette, må sette seg ned – sammen med kommunepsykologen når han eller hun kommer – og diskutere hvilke utfordringer man har, og hva man skal satse på. Her i Lenvik røyker vi litt mer enn andre, vi er litt tjukkere, vi tar litt mindre høyere utdanning enn andre, og vi har en høy uføreandel. Hva kan vi gjøre med disse tingene? Og da kan du ikke prioritere førti ting. Du må gå for tre-fire ting, maks.

– *Du savner en plan, altså?*

– En overordnet strategi på folkehelse, forebygging og tidlig innsats – som er tydelig og preget av helhetlig tenkning, tror jeg hadde vært en god start. Planen kan egentlig være helt ræva, så lenge det er en plan. Man finner jo fort ut om det er en dårlig plan, hvis man bare har en plan. Folkehelse og forebygging er litt ullent for mange. Jo mer konkret man tenker her, jo bedre.

– *Tror du det hjelper at kommunen skifter navn fra Lenvik til Senja med tanke på rekruttering?*

– Ja, jeg tror absolutt det hjelper, mange har jo hørt om Senja. Vi som bor her, er stolt av naturen og omgivelsene rundt oss. Jeg merker det selv også. Har du sett at når du steker et rypebryst, så blåser det seg liksom litt opp?

Sånn er det for meg når jeg snakker om regionen vår og Senja, da kjenner jeg at det buler litt i brystet, jeg kjenner jeg blir stolt over hvor flott det er her (latter).

– *Til slutt: Hva ser du på som den største helseutfordringen i snart nye Senja kommune?*

– Vi har en høy andel uføre, og enda mer bekymringsfullt, en høy andel kvinnelige uføre mellom 45 og 66 år – langt over landsgjennomsnittet. Og det har vært sånn lenge – det gjentar seg fra generasjon til generasjon, det er nærmest smittsomt.

– *Smittsomt?*

– Altså et gjengangerfenomen. Har du foreldre som er ufør, øker sannsynligheten for at barna blir det. Har du nabolag med mange uføre, øker det sannsynligheten for at flere naboer blir uføre. Da må vi åpne for at det kan være ting med våre holdninger til velferdsordninger som kan være annerledes her enn i andre områder, at det er større aksept for å være ufør her, sier Hovda Lien.

Landsgjennomsnittet for uførhet blant kvinner mellom 45 og 66 år er rundt 20 prosent (en av fem), mens i Troms er rundt én av fire kvinner i denne aldersgruppen uføre. I Lenvik er så mange som én av tre kvinner mellom 45 og 66 uføre.

– Over 80 prosent av dem igjen er 100 prosent ufør. Her er ganske mye restarbeidsevne kommunen går glipp av. Dette er et problem for alle. For det er ikke bra å være 100 prosent utenfor. Det er ikke bra for samfunnet, og det er ikke bra for den enkelte.

– *Men du tenker at det er kulturelt betinget?*

– Det vet jeg ikke. Jeg tror første bud er å være åpen på at dette faktisk er en problemstilling – at vi muligens i større grad enn andre plasser har akseptert uførhet som en løsning. For vi har ikke noen god forklaring på hvorfor det er sånn. Det er ingenting i sykdomsbildet i befolkningen som kan forklare det. Men jeg tenker at folkehelse og forebygging må være noe man fokuserer mer på for å unngå den trenden framover. Så du skjønner, det er nok å ta tak i her for en kommunepsykolog, avslutter kommuneoverlege Aslak Hovda Lien. ✕



SNART SENJA Kommuneskiltet blir snart nytt, men ikke utfordringene den nye «storkommunen» vil møte.

– Hvis kommunepsykologen får et lite kontor og det er litt diffust hva man skal gjøre, og folk egentlig ikke bryr seg, da blir det jo tafatt. Vi må bruke denne muligheten til noe ordentlig

Aslak Hovda Lien, kommuneoverlege

Les om Bardu kommune som har klart å få seg kommunepsykolog.

UNIK KOMMUNE
Som eneste kommune i Midt-Troms har Bardu fått ansatt kommunepsykolog. Inger Linaker, helse- og omsorgssjef, ser fram til å ønske henne velkommen.



Bardu henter krefter fra Budapest

Bardu kommune er den eneste kommunen i Midt-Troms som har klart å ansette psykolog. – Vi er en fremoverlent og løsningsorientert kommune, så jeg tror ikke dette er tilfeldig, sier helse- og omsorgssjef Inger Linaker

SETERMOEN, KOMMUNESENTERET i Bardu, er litt over en times kjøretur fra Finnsnes. Forsvaret er den største arbeidsgiveren i denne innlandskommunen, som teller cirka 4000 mennesker. I tillegg er det en kraftkommune med flere store kraftanlegg langs Barduelva.

Bardu har utlyst kommunepsykologstillingen to ganger. Første gang fikk de én søker, men vedkommende takket nei til jobbtilbudet. Andre gang var det tre som søkte, én student som nesten var ferdig med studiet, og to psykologer med fartstid. Valget falt på en ungarsk kvinne, utdannet ved universitetet i Szeged, 17 mil sør for Budapest.

– Hun snakker norsk?

– Jada (latter), hun snakker godt norsk. Hun er gift med en flyver fra Bardu, og nå hadde de lyst til å flytte hit. Så det passet bra, sier Linaker.

Ungarn, ja. Landet norske psykologer stort sett forbinder med én ting: ELTE-universitetet og en psykologutdanning som for tiden ikke helt enkelt gjør deg kvalifisert til å praktisere som kliniker i Norge. Men for Borbala Johnsen, som den nye kommunepsykologen i Bardu heter, gikk det fint. Hun fikk norsk psykologisens rett før det begynte å bli vanskelig.

– Dere er én av ti kommuner i regionen som har fått til å ansette kommunepsykolog. Er det flaks eller dyktighet?

– Vi var tidlig ute med å søke på tilskuddsordningen, og generelt er vi en kommune som er rask til å prøve ut nye prosjekter. Men det er nok også mange tilfeldigheter som avgjør om man får det til eller ikke, sier Linaker.

En slik «tilfeldighet» er at Viken senter ligger på Setermoen. Det er en landsdekkende behandlingstilstand for psykiske lidelser innenfor spesialisthelsetjenesten, som også har behandlingsplasser med døgnopphold.

– Det er jo et sterkt psykologfaglig nettverk som har litt lik profil som Modum Bad i Buskerud. Selv om senteret ikke er i førstelinjen, er det jo et miljø kommunepsykologen vår kanskje vil knytte seg til på et vis, sier Linaker.

I likhet med kommunepsykologstillinger ellers i landet ser Linaker for seg at Borbala skal jobbe både på system- og individnivå. Veiledning av helsepersonell, helsefremmende og forebyggende arbeid, lavterskel behandlings- og oppfølgingstilbud er blant arbeidsområdene Linaker nevner. Men hun er først og fremst opptatt av at Borbala Johnsen selv må finne ut hvordan hun ønsker å jobbe.

– Som psykolog blir hun jo alene, det er ikke et eget psykologfaglig nettverk i kommunen. Jeg har tenkt at vi må få etablert et interkommunalt nettverk med kommunepsykologer når det blir flere av dem i regionen vår. Men hun vil jo samarbeide mye med de andre helseaktørene i kommunen. Veien må bli til mens vi går, jeg er mest opptatt av at hun skal trives både med arbeidsoppgavene og arbeidssituasjonen, så får vi finne en balanse som fungerer for begge parter, sier Linaker.

VIL JOBBE SELVSTENDIG

Borbala Johnsen forteller på Skype at hun ser fram til å begynne som kommunepsykolog i Bardu. Hun skal flytte med familien sin fra millionbyen Budapest til en kommune i Nord-Norge med rundt 4000 innbyggere...

– Den politiske situasjonen i Ungarn har utviklet seg svært negativt de siste årene, og jeg ser ikke noen lys framtid for min datter her nede, sier hun.

For mange psykologer høres kanskje dette ut som den store skrekken: Å bryte opp fra storbyen, flytte til et tilnærmet fremmed sted med få eller ingen kjente og der man i stor grad former sin egen jobb uten noen sterk psykologfaglig kompetanse i de nærmeste omgivelsene. Borbala ser annerledes på det:

– Jeg er vant til jobbe selvstendig og liker utfordringen med å forme jobben min selv, sier hun.

For fire år siden etablerte hun stillingen som skolepsykolog på en videregående skole i Budapest med 662 elever og 60 ansatte, der hun har jobbet inntil helt nylig.

– Skolen er nesten som et lite kommunalt samfunn, har jeg tenkt. Jeg ser en del paralleller mellom denne jobben og det jeg skal gjøre som kommunepsykolog i Bardu. På skolen jobbet jeg både på systemnivå, klassenivå og individuelt med både elever, ansatte og deres familiemedlemmer. I jobben i Bardu vil jeg også bevege meg mellom ulike nivåer, fra det store til det lille. ✕

– Vi er en kommune som er rask til å prøve ut nye prosjekter

Inger Linaker, helse- og omsorgssjef

AKTUELT PÅ NETT:

Strid om tvangsmedisinering

Likestillings- og diskrimineringsombudet (LDO) sår tvil om forslaget til ny tvangslov går langt nok i å begrense tvangsmedisinering.

Fagdirektør for menneskerettigheter hos LDO, Guri Gabrielsen, synes det er problematisk at tvangslovutvalget foreslår «å lempe på kravet» om at det må være stor sannsynlighet for at medisineren hindrer eller begrenser helseskade ved førstegangspsykose.

Lederen for tvangslovutvalget, jussprofessor Bjørn Henning Østenstad, avviser at det vil bli enklere å tvangsmedisinere. Han sier forslaget til tvangslov må ses under ett. Han mener de foreslåtte endringene er så grunnleggende at det er umulig å tenke seg at man ikke får til å redusere tvangsbruken hvis man gjennomfører dem.

Les hele artikkelen på psykologtidsskriftet.no

- Brede lavterskeltilbud er villforebygging

Dagens vekt på forebygging går på bekostning av innbyggerne med langvarige psykiske helseutfordringer, mener fastlege Kenneth Sagedal.

TEKST Nina Strand
FOTO Fartein Rudjord

KENNETH SAGEDAL har vært fastlege i Bærum siden 1997, og Psykologtidsskriftet intervjuet ham til reportasjen «Prosjekt sterkere stemme» i juninummeret. Mange av Sagedals pasienter har langvarige psykiske problemer. De trenger, og de får, oppfølging av fastlegen år etter år. Men Sagedal er ikke imponert over den helhetlige støtten disse innbyggerne får fra kommunen, særlig når det gjelder en god og trygg bolig, og psykologisk hjelp når det trengs. Bærum kommune har 31 psykologer, og en rekke lavterskeltilbud for barn, ungdom og familier med barn som sliter. Men Sagedal har aldri samarbeidet med kommunal psykolog om en bestemt pasient i Bærum. Vel å merke bortsett fra psykologer i spesialisthelsetjenesten, som han kjenner godt. Han vet rett og slett ikke hvordan han kan finne en psykolog å samarbeide med internt i kommunen.

– Jeg skulle ønske at de langvarig og alvorlig syke fikk den mest kompetente psykologiske hjelpen og behandlingen i kommunen, sa Sagedal til Psykologtidsskriftet i juninummeret.

Vi møter ham på nytt for å få utdypet synspunktene hans på den kommunale organiseringen av psykisk helse i Bærum. Etter at vi snakket sammen sist, erfarte Sagedal nylig at en psykolog i kommunen tok kontakt for å samarbeide om en pasient med søvnvansker.

– Dette er første gang en kommunal psykolog har tatt kontakt med meg om en pasient. Helsesøstre ringer, men ikke psykologer, sier Sagedal, som understreker at samarbeidsutfordringene ligger på systemnivå.

TRYGGERE ANSATTE

Sagedal savner en kommunepsykolog å samarbeide med om enkelte pasienter. Noen av hans pasienter har hatt og har fortsatt trøblete liv, enkelte har eksempelvis store rusproblemer og samtidig demens. Kommuneansatte hjelpere sliter med å hjelpe disse innbyggerne, noe som kan føre til uro og konflikter. Mer kompetanse blant de ansatte vil gi denne gruppa bedre hjelp, tror fastlegen.

– Veiledning fra psykologer kan gjøre ansatte tryggere i møte med dem de skal bistå. Det kan bety mye for innbyggere som sliter med rus og alvorlige psykiske problemer i store deler av livet, konstaterer han.

BRA UTEN BEHANDLING

– I juninummeret kalte du dagens oppbygging av lavterskeltilbud for «villforebygging». Står du fast ved det?

– Ja. Jeg er skeptisk til å gi tidlig hjelp for psykiske plager som må regnes som en del av det å leve livet. Man sykeliggjør normale reaksjoner på vanlige livsproblemer.



Mye går faktisk bra uten behandling, sier fastlegen, og viser til notatet *Bedre etter snar! Om prioritering av psykisk helsehjelp* utgitt av Civita i 2015. Notatet er ført i pennen av Peder Tellefsdal, som presiserer at han skriver som privatperson. Tellefsdal kritiserer kunnskapsgrunnlaget og konklusjonene i Folkehelseinstituttets rapport *Bedre føre var – Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* fra 2011, som foreslo en omfattende utbygging av lavterskeltilbud i psykisk helse.

Kenneth Sagedal støtter helhjertet konklusjonen i Civita-notatet: Istedenfor å prioritere lavterskeltilbud for alle med lettere psykiske helseplager bør de som virkelig sliter, de med alvorlig svekket funksjonsgrad, prioriteres høyere, mener fastlegen, som snakker for sine syke pasienter. Han sammenligner dagens organisering med å skyte med hagle; lite treffsikkert. For hvordan vet man om de som i dag får hjelp, er de samme som står i fare for å utvikle en psykisk lidelse om 20 år?

– Jeg savner bedre belegg for at så omfattende forebygging faktisk hjelper på lang sikt, sier fastlegen, som mener å se et paradoks:

– I dag gir kommunen rask hjelp når plagen er minimal. Når plagen er alvorlig derimot, kan veien til god hjelp være lang. Det er ikke greit.

GJERNE SAMARBEID

Når kommunen nå får stadig mer ansvar, må ressursene brukes best mulig, synes fastlegen. Han mener Bærum bør drive forebygging på områder som i dag peker seg ut som risikoområder. Det gjelder særlig rusutfordringer i alle aldre, enten det er som rusmisbruker eller som pårørende.

– Jeg er veldig for psykologer i kommunen. Psykologer kan ting vi leger ikke er så gode på. Hjelp uten piller er kjempebra. Men ikke bare ta det lette, det som blir bra av seg selv. Vent litt, oppfordrer han.

– *Du må regne med at utspillene dine i dette intervjuet vil vekke debatt?*

– Flott! Jeg vil gjerne ha debatt når det fremmer helsehjelp for de som virkelig trenger det, smiler Kenneth Sagedal. ✕

ADVARER Fastlege Kenneth Sagedal er skeptisk til å gi tidlig hjelp for psykiske plager som er en del av det å leve livet. – Man sykelligjør normale reaksjoner på vanlige livsproblemer, sier han.

– I dag gir kommunen rask hjelp når plagen er minimal. Når plagen er alvorlig derimot, kan veien til god hjelp være lang

Kenneth Sagedal, fastlege

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2019 S. 654-662 FAGFELLEVDERT

GRY HAMRE, Helse-Bergen, REIDUNN HUUS, Helse-Bergen, BENTE STORM MOWATT

HAUGLAND, RKBU Vest, NORCE og INGVAR BJELLAND, Helse-Bergen

KONTAKT gry.lill.hamre@helse-bergen.no

FEDRES DELTAGELSE I UTREDNING OG BEHANDLING AV BARN OG UNGDOM MED ANGSTLIDELSE

Fedre deltar sjeldnere enn mødre i behandling av barn og unge med angst. Hvorfor? Vi fant at fedre deltok i større grad i utredning og timer med psykoedukasjon enn i behandlingstimer. Ingen av de øvrige faktorene vi undersøkte, var imidlertid signifikant relatert til fedrenes deltagelse.

Involvering av foreldre i utredning og behandling av barn og unge er viktig i klinisk arbeid i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Mange evidensbaserte behandlingsprogrammer i BUP i dag vektlegger stor grad av foreldreinvolvering, for eksempel Parent Management Training – Oregon (Serketich & Dumas, 1996), Friends For Life (Barret, 2004), Chilled (Lyneham, Schniering, Wignall, & Rappee, 2006), traumefokusert kognitiv atferdsterapi (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006) og familiebasert behandling for spiseforstyrrelser (Lock & Le Grange, 2013). Flere metaanalyser (Barmish & Kendall, 2005; In-Albon & Schneider, 2007) viser at det ikke er sammenheng mellom foreldres deltagelse i kognitiv atferdsterapi (KAT) og økt effekt av behandling av barn med angstlidelse. En meta-analyse av Manassis og medarbeidere (2014) viser imidlertid at foreldreinvolvering i noen sammenhenger bidrar til å opprettholde langtidseffekter av KAT. Vi ser mer stabile effekter over tid når terapeutene overfører kontroll og grunnleggende ferdigheter i behandlingen til foreldrene, og veileder dem i strategier som støtter barna i å gradvis eksponere seg for angstprovoserende situasjoner.

ABSTRACT

Fathers' participation in assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders

Even though parent involvement is considered important in the assessment and treatment of youths with anxiety disorders, fathers usually participate to a lesser degree than mothers. In this study we examined factors predicting the degree of fathers' participation in assessment and treatment of anxious youth referred to outpatient child mental health clinics. Participants were drawn from an RCT study evaluating the effects of cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders (8-15 years, 53 % girls). Our sub study included 171 children for which data on fathers' participation were available. The results showed a significantly higher degree of participation from fathers in sessions with assessment and psychoeducation, compared to other treatment sessions. However, none of the examined factors were significantly associated with the degree of fathers' participation. Motivation of fathers to be more involved in the treatment of their children seems to be a clinical challenge.

Keywords: anxiety, CBT, children, fathers, parents involvement.

»



Fra klinisk praksis er vi godt kjent med at mødre og fedre ofte rapporterer ulike symptomer og alvorlighetsgrad hos sine barn

Det kan være flere grunner til at begge foreldre bør delta aktivt i utredning og behandling av barn og unge, i kliniske sammenhenger så vel som i forskningsstudier. Fra klinisk praksis er vi godt kjent med at mødre og fedre ofte rapporterer ulike symptomer og alvorlighetsgrad hos sine barn, noe som også bekreftes i forskningslitteraturen (Moreno, Silverman, Saavedra, & Phares, 2008). Ved å basere seg primært på mor som informant når behandlere kartlegger barns symptomer og fungering, kan de gå glipp av viktig informasjon om barnet.

Tidligere studier har vist at fedre deltar i mindre grad enn mødre i psykologisk behandling av sine barn (Duhig, Phares, & Birkeland, 2002; Israel, Thomsen, Langeveld, & Stormark, 2007; Phares, Fields, & Binitie, 2006). For å få foreldre til å følge den samme terapeutiske strategien når de følger opp barn i behandling, er det trolig viktig at begge deltar (Horton, 1984). En studie viste at mødrene rapporterte bedre langtidseffekt når fedrene også hadde vært involvert i behandling av de psykiske vanskene hos barna (Bagner & Eyberg, 2003). Kanskje har behandlingens målsetting, innhold og form betydning for fedres deltagelse. Psykoedukasjon og trening av konkrete ferdigheter inngår som en vesentlig del av kognitiv atferdsterapi med barn og unge. Ifølge Vetere (1992) antas dette å være i tråd med hva fedre foretrekker.

Fedre deltar også i betydelig mindre grad enn mødre i kliniske forskningsstudier av barn og unge med psykiske vansker (Bøgels & Phares, 2008; Cassano, Adrian, Veits, & Zeman, 2006; Phares & Compas, 1992). Dersom forskning på sammenheng mellom foreldrefaktorer og barn og unges psykiske helse baserer seg primært på informasjon fra mødre, vil vi få et ufullstendig og muligens skjevt bilde av disse sammenhengene.

Svært få studier har sett på hvilke faktorer som har betydning for om fedre deltar i utredning eller behandling av barn. Hvorvidt far bor sammen med barnet synes ikke å ha noen betydning (Duhig et al., 2002; Walters, Tasker, & Bichard, 2001). Stress eller depresjon hos far, sosioøkonomisk status, barnets kjønn, alder og omfang av barnets vansker ser heller ikke ut til å predikere fedrenes deltagelse (Walters et al., 2001). Hvorvidt fedrene er yrkesaktive eller om deres partnere er i arbeid, ser heller ikke ut til å spille noen rolle (Walters et al., 2001). Faktorer som fedrenes relasjon til egne fedre, forholdet til partner og lik fordeling av foreldreoppga-

ver synes imidlertid å kunne predikere fedres deltagelse. En svakhet ved disse resultatene er imidlertid at de bygger på en studie med et lite utvalg (N = 40).

Faktorer knyttet til behandlingstilbudet har også vært undersøkt, uten at det er funnet noen sammenheng mellom henholdsvis behandlingens kjønn og tidspunktet for avtalene (ettermiddag eller helg) og grad av deltagelse hos fedrene (Duhig et al., 2002). En svensk undersøkelse har imidlertid vist at fedre i stor grad deltar ved barnas helseundersøkelser, men i langt mindre grad i foreldregruppene på helsetasjonen (Hallberg, Beckman, & Hakansson, 2010). Fedrene forklarte dette med at samtalegruppene foregikk på dagtid, at det var vanskelig å gå fra jobb, samt at flere opplevde seg som så erfarne fedre at de ikke trengte dette tilbudet.

I foreliggende studie ønsket vi å undersøke i hvilken grad fedre deltok i utredning og behandling i manualisert KAT hos barn og unge med angstlidelser. Følgende prediktorer for fedres deltagelse ble inkludert: type behandlingstid, plassering i forløpet, behandlingsformat (individuelt eller i gruppe), forskjeller mellom poliklinikker og hvem barnet bor hos. Vi ville også undersøke om faktorer hos henholdsvis barnet og foreldrene hadde sammenheng med fedres grad av deltagelse. Fordi det foreligger få og små studier med hovedsakelig negative funn, ønsket vi ikke å la slike resultater begrense valget av prediktorer. Faktorene som ble valgt ut, var derfor basert både på vår kliniske erfaring og faktorer som har vært fremhevet i forskningslitteraturen, men begrenset av hvilke variabler som var tilgjengelige i behandlingsstudien som materialet ble hentet fra.

METODE

Utvalg

Utvalget er hentet fra den randomiserte kontrollerte studien «Kartlegging og behandling – angst hos barn og voksne» (ATACA) (Wergeland et al., 2014). Deltagerne ble rekruttert gjennom ordinær henvisning til syv BUP-er i Helse-region Vest i perioden 2007–2010.

Barnedelen av ATACA omfattet 182 barn og ungdommer og deres foreldre. I denne delstudien ble familier utelatt dersom det ikke var mulig å finne opplysninger om deltagelse (n = 6), eller dersom fedrene ikke deltok eller møtte ved poliklinikken grunnet død, alvorlig sykdom, var idømt besøksnekt eller var bosatt

utenfor kommunen (n = 5). Det endelige utvalget bestod av 171 familier. Gjennomsnittsalderen på barna var 11,5 år, og 53 % var jenter. Totalt bodde 111 barn (65 %) hos begge foreldre, 24 barn (14 %) bodde hovedsakelig hos mor, 21 barn (12 %) bodde hos mor og ny partner, resten (n = 15 barn, 9 %) hadde andre typer bostatus.

Behandling

Behandlingsprogrammet FRIENDS for Life (Barret, 2004, 2008) ble benyttet. Programmet er basert på kognitiv atferdsterapeutiske prinsipper med kjernekomponentene eksponering, avslapning, kognitive strategier og belønningsstrategier. Programmet går over 10 uker, med ukentlige møter, samt to påfyllstimer fire og åtte uker etter behandling. Behandlingen ble gitt individuelt (n = 91) eller i gruppe (n = 87). Behandlingsmøtene varte 90 minutter for gruppebehandling og 60 minutter for individualbehandling.

Foreldreinvolvering i behandlingen

I behandlingsprogrammet forventes det at foreldrene deltar de siste 15 minutter av hver time, der de får informasjon om ferdigheter og teknikker som barna har lært, samt gjennomgår hjemmeoppgaver for kommende uke. Det forventes dessuten at foreldrene er til stede og deltar aktivt i to hele behandlingstimer. I tillegg skal de delta i to egne foreldretimer, der fokus er psykoedukasjon om angst, kjernekomponenter i programmet og foreldrenes rolle i behandlingen. I programmet understrekes foreldrenes betydning i å støtte barna i å gjennomføre gradvis eksponering og trene på teknikker.

Registrering av deltagelse

Informasjon om fremmøte og hvilke omsorgspersoner barnet bodde sammen med, ble innhentet etter at hovedstudien var gjennomført. Informasjonen ble hentet fra pasientadministrativt system (BUP-data), journalnotat og ved intervju av behandler. Det ble også innhentet informasjon om hvem av foreldrene som besvarte ulike spørreskjema som inngikk i utredningen.

Far ble definert som den mannspersonen som hadde primær omsorgsfunksjon for barnet eller ungdommen, uavhengig av om dette var biologiske far, stefar eller fosterfar.

Fremmøte ble definert som andel fremmøter av mulige (tallverdi mellom 0 og 1, angitt som % i teksten under).

Potensielle prediktorer

Da tidligere studier har vært få og er gjennomført med små utvalg, lot vi ikke de negative funnene fra disse begrense hvilke prediktorer vi valgte å inkludere i studien vår. Opplysninger om barnas kjønn og alder, informasjon om mors og fars deltagelse i arbeidslivet og opplevd belastning i familien, samt tidspress ble hentet fra The Development and Well-Being Assessment (DAWBA) (Goodman, Ford, Richards, Gatward, & Meltzer, 2000). DAWBA er et nettbasert spørreskjema med ulike versjoner for barn (over 12 år), foreldre og skole. Vi benyttet kun foreldreversjonen, og mor og far besvarte hver for seg.

Barnets grad av angst- og depresjons-symptomer ble målt med henholdsvis Spence Children's Anxiety Scale (SCAS) (Spence, 1998) og The Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ) (Angold et al., 1995).

Foreldrenes opplevde grad og belastning av barnets vansker ble målt med Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Goodman, 1997), som inngår som en del av DAWBA.

Foreldrenes psykiske helse ble målt med Depression Anxiety Stress Scales (DASS) (Lovibond & Lovibond, 1995).

I hvilken grad foreldre og barn hadde tro på behandlingsprogrammet, ble målt med Credibility Scale (CS) (Borkovec & Nau, 1972).

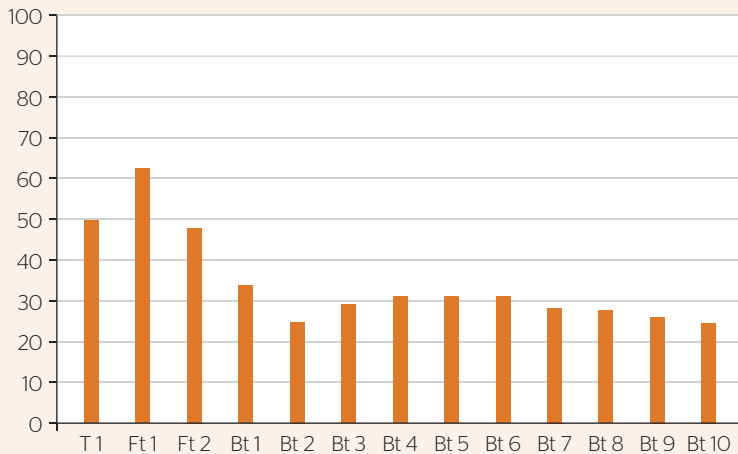
Alle de nevnte kartleggingsinstrumentene er vurdert å ha gode psykomeriske egenskaper (Wergeland et al., 2014).

STATISTISKE ANALYSER

Datasettet manglet 23,5 % av dataene som ble erstattet ved hjelp av multippel imputering. Vi benyttet uavhengige t-tester for å undersøke forskjeller i gjennomsnittlig fedrefremmøte mellom deltagere som fikk henholdsvis individuell behandling og gruppebehandling, mellom deltagere fra de ulike poliklinikkene og mellom deltagere med ulik omsorgsbasis (hvilke foreldrepersoner de bodde sammen med). Vi benyttet parvise t-tester for å analysere forskjeller i fedrefremmøte mellom de ulike timene der fedrene var oppfordret til å møte.

Enkeltvise assosiasjoner mellom potensielle prediktorer og grad av fedrenes fremmøte (utfallsvariabel) ble først undersøkt ved hjelp av Pearsons korrelasjonsanalyser. Deretter satte vi opp flernivå lineære regresjonsanalyser med poliklinikk som klyngevariabel og fedrefremmøte som utfallsvariabel. De uavhengige

»



FIGUR 1. Prosentvis fremmøte av fedre i løpet av behandlingsprogrammet
T1: Utredning, Ft: Foreldretime, Bt: Behandlingstid

variablene ble lagt inn kumulativt i følgende modeller: modell 1: kjønn og alder, modell 2: andre variabler knyttet til barnet (symptomer på angst, depresjon, grad av vansker, opplevd belastningsgrad av barnets vansker), modell 3: variabler knyttet til foreldrene (symptomer på angst og depresjon, opplevd tidspress i familien, grad av deltagelse i arbeidslivet, tro på behandlingsprogrammet). Signifikansnivå ble i utgangspunktet lagt til 0,05 (2-halet), men der det ble gjort multipl testing, korrigererte vi ved hjelp av Bonferronis metode. Analysene ble utført med IBM SPSS Statistics 24.

ETIKK

Studien var godkjent av Regional etisk komite i Helseregion Vest, REK-nummer 3.2007.2322.

RESULTATER

Fedredeltagelse

Fedrene møtte i gjennomsnitt til 34 % av timene. Fremmøtet var signifikant høyere ved utredning (50 %) og ved de separate foreldretimene (første foreldretime 63 %, andre foreldretime 48 %) enn ved samtlige behandlingstimer (høyest i behandlingstid 1 [34 %], lavest i behandlingstid 2 og 10 [25 %], alle $p < 0,001$, se figur 1). Fedrenes fremmøte ved første foreldretime var signifikant høyere enn ved utredning ($p = 0,002$) og andre foreldretime ($p = 0,0004$). Første foreldretime fant sted ved oppstart, andre foreldretime midtveis i programmet. For familier som gikk i gruppebehandling, ble foreldretimene lagt til ettermiddagstid ved noen BUP-er. For de som gikk i individualbehandling, ble tidspunkt for foreldretimene satt opp i samarbeid med familiene. Vi fant ingen signifikante forskjeller i fedredeltagelse mellom behandlingstidene (data ikke vist). Det var heller ingen forskjell i fedredeltagelse hos de som fikk individuell behandling (35 %) sammenliknet med gruppebehandling (32 %). Videre var det ingen signifikant forskjell i fedrefremmøte mellom poliklinikkene (tabell 1), eller med hensyn til hvem barnet bodde med (tabell 2).

Prediktorverdier

Tabell 3 viser gjennomsnittsverdier fra spørreskjemaene utfyllt av henholdsvis barn/ungdom, mødre og fedre (grad av symptomer på angst og depresjon hos barn og foreldre, foreldres opplevelse av barnets vansker og belastning, tro på behandlingen, tilknytning til arbeidslivet og tidspress).

Tabell 1. Gjennomsnittlig¹ fedrefremmøte i de ulike poliklinikkene

Poliklinikk	n	Gjennomsnittlig fedrefremmøte
1	23	0,38
2	26	0,27
3	27	0,48
4	19	0,21
5	30	0,34
6	24	0,29
7	22	0,35

¹ Ved analyser av et multipelt imputert datasett i SPSS oppgis ikke standardavvik.

Ingen av gjennomsnittsverdiene var signifikant forskjellige fra noen av de andre. Pga. multipel testing (6 tester for hver poliklinikk) ble signifikansnivået satt til $p = 0,05/6 = 0,0083$.

Tabell 2. Gjennomsnittlig¹ fedrefremmøte ved ulike bostatus

Bor sammen med (bostatus)	n	Gjennomsnitt fedrefremmøte
Begge foreldre	111	0,38
Mor og ektefelle / samboer	21	0,26
Far og ektefelle / samboer	1	0,69
Mor	24	0,20
Far	2	0,67
Pendler mellom mor og far	8	0,28

¹ Ved analyser av et multipelt imputert datasett i SPSS oppgis ikke standardavvik.

Ingen av gjennomsnittsverdiene var signifikant forskjellige fra noen av de andre. Pga. multipel testing (5 tester for hver bostatus) ble signifikansnivået satt til $p = 0,05/5 = 0,010$.

Tabell 3. Gjennomsnittlige¹ verdier for de ulike prediktorene

Prediktor	Rapportert av		
	Barnet	Mor	Far
Barnets angstsymptomer, grad ²	36,1	34,8	33,3
Barnets depressive sympt., grad ³	7,5	7,6	6,8
I hvilken grad har barnet vansker? ⁴	-	1,8	1,5
Opplevd belastningsgrad av barnets vansker ⁵	-	2,0	1,8
Egne psykiske vansker ⁶	-	11,2	8,6
Tro på behandlingsprogrammet ⁷	-	24,0	21,9
Tilknytning til arbeidslivet ⁸	-	1,3	1,6
Tidspress i familien ⁹	-	0,65	0,79

¹ Ved analyser av et multipelt imputert datasett i SPSS oppgis ikke standardavvik.

² Målt med Spence Children's Anxiety Scale, med verdier fra 0 (ingen symptomer) til 114

³ Målt med The Short Mood and Feelings Questionnaire, med verdier fra 0 (ingen symptomer) til 26

⁴ Målt med en ordinal skala: 0 = nei, 1 = ja, små vansker, 2 = ja, tydelige vansker, 3 = ja, alvorlige vansker

⁵ Målt med med impactskaen i Strength and Difficulties Questionnaire, med verdier fra 0 (ingen belastning) til 10

⁶ Målt med Depression Anxiety Stress Scales, med verdier fra 0 (ingen vansker) til 126

⁷ Målt med Credibility Scale, med verdier fra 0 (ingen tiltro) til 32

⁸ Målt med en ordinal skala: 0 = ikke i lønnet arbeid, 1 = deltidsarbeidende, 2 = heltidsarbeidende

⁹ Målt med en ordinal skala: 0 = nei, eller ikke aktuelt, 1 = litt, 2 = ja, veldig

Ujusterte og justerte assosiasjoner mellom potensielle prediktorer og fedredeltagelse

Vi fant ingen signifikante assosiasjoner, verken i de ujusterte (korrelasjoner) eller de justerte analysene (lineær regresjonsanalyse), mellom fedrenes deltagelse og noen av de inkluderte potensielle prediktorene.

DISKUSJON

Denne studien viste at fedres deltagelse i KAT-behandling av barn og unge med angstlidelser var høyere ved utredning og ved foreldretimer med psykoedukasjon enn ved barnas behandlingstimer. Vi fant ingen forskjell i fedrefremmøte mellom timer der foreldrene skulle delta aktivt hele timen, og øvrige behandlingstimer der foreldrene kun var til stede siste kvartret for informasjon. Ved enkelte poliklinikker møtte fedre i større grad enn ved andre, men forskjellen var ikke signifikant. Verken i enkle korrelasjoner eller i flernivå-regresjonsanalyser fant vi noen signifikante assosiasjoner mellom de potensielle prediktorene som ble undersøkt, og fedrenes grad av deltagelse.

Behandlingens form og innhold

Enkelte forskere har hevdet at fedre foretrekker en strukturert terapeutisk tilnærming og har vanskeligere for å engasjere seg i mer frie og eksplorative terapiformer enn det mødre har (Blackie & Clark, 1987; Vetere, 1992). Fedrene møtte imidlertid ikke i større grad til behandlingen i vår studie enn det man har funnet i studier med mindre strukturerte terapiformer. Fedrene møtte derimot i større grad til de spesifikke foreldretimene enn til behandlingstimer. En mulig forklaring kan være at det å motta informasjon og psykoedukasjon har større appell enn det å skulle delta aktivt i barnas behandling. Et liknende mønster er sett i foreldres involvering i samarbeidet med skolen. Bæck (2010) fant at mødre i større grad enn fedre møtte til foreldremøter og foreldrekonferanser, mens det ikke var noen forskjell mellom mødre og fedre når det gjaldt deltagelse i arbeidsgrupper og utvalg.

Faktorer ved behandlerne

Grad av fedrefremmøte varierte mellom poliklinikkene, men vi fant ingen signifikante forskjeller. Presentasjonen av behandlingsprogrammet var ikke standardisert, og vi vet derfor

ikke om betydningen av at begge foreldre deltok, ble vektlagt like mye ved alle poliklinikkene. Behandlerne kan også ha signalisert viktigheten av at begge foreldrene deltok i de spesifikke foreldretimene, men at det ikke var like avgjørende at begge møtte til barnas behandlingstimer.

Terapeutens holdninger kan ha betydning for fedrenes deltagelse. Fields (2008) viste at terapeutens holdning til og tro på at det var gjennomførbart å få fedrene med, var den viktigste prediktoren for om fedre faktisk ble invitert med i behandling av barna. På tross av behandlerens uttrykte holdning om at det er viktig å inkludere begge foreldre, kan fedre i praksis likevel i mindre grad bli invitert (Flynn, 1998). I en nederlands RCT-studie der man oppnådde 91 % deltagelse fra fedrene og 98 % fra mødrene, forklarte forskerne den høye fedredeltagelsen med at forskningsassistentene og terapeutene var spesielt motivert til å inkludere fedrene (Bodden et al., 2008).

Kjønnsroller

Også ved oppfølging av barns somatiske helse deltar mødrene oftest (Egeland & Tandberg, 2011; Hoel & Sveggen, 2009). Kanskje hersker det fortsatt en oppfatning om at mødre forstår barna sine best, og derfor har hovedansvaret for oppfølging av deres helse. Kan hende gjenspeiler funnene våre menns generelle holdning til kontakt med og bruk av helsetjenester. Sandnes (2007) viser for eksempel til at menn i mindre grad enn kvinner oppsøker helsehjelp for egen del.

Studiens svakheter og styrker

Data om foreldres deltagelse ble samlet inn retrospektivt fra familier som deltok i en større studie for å vurdere effektene av et angstbehandlingsprogram for barn og ungdom. Vi har verken informasjon om hvordan den enkelte behandler presenterte behandlingen for foreldrene, eller i hvor stor grad de vektla betydningen av at begge foreldre deltok i utredningen og alle behandlingstimer. Enkelte poliklinikker registrerte ikke konsistent hvem av foreldrene som møtte. Disse familiene kunne derfor ikke inkluderes. De ulike poliklinikkene varierte med hensyn til tidspunkt for behandlingstimer og foreldretimer, uten at dette ble systematisk registrert. Det er derfor ikke mulig å vite om møtetidspunkt hadde betydning for fedrefremmøte. Vi hadde heller ikke tilgang til opplysninger om familiens sosioøkonomiske status, og kan ikke si om dette kunne være en prediktor for fedrefremmøte.

Studiens styrke er at den inkluderte et stort utvalg familier som har gjennomgått et behandlingsprogram i en studie med et randomisert kontrollert design. Instrumentene for måling av prediktorvariabler har gode psykometriske egenskaper. En annen styrke er at utredning og behandling ble gjennomført i ordinære poliklinikker, med henviste pasienter og et relativt homogent utvalg av barn og unge med diagnostiserte angstlidelser.

Implikasjoner for klinikk og forskning

For å øke fedres deltagelse kan det være nødvendig å styrke klinikerens bevissthet om og fokus på fedres betydning i både utredning og behandling av barn og unge med psykiske vansker. Randomiserte, kontrollerte studier som undersøker betydningen av behandlerens rolle for å oppnå større fedredeltagelse, ønskes derfor velkommen. Før resultater fra slike studier foreligger, anbefaler vi at informasjon til foreldre standardiseres

i poliklinikkene for å sikre at det fremgår tydelig hva som ønskes av foreldredeltagelse, uavhengig av preferanser ved den enkelte poliklinikk eller behandler. Vi synes også at det vil være interessant å få mer kunnskap om fedres oppfatninger av og holdninger til barn og unges psykiske lidelser og behandling av disse, sammenliknet med mødres. Videre er det viktig at studier som omhandler sammenheng mellom foreldrefaktorer og barn og unges psykiske helse spesifiserer om det er mødre eller fedres som deltar, for om mulig å kunne vite mer spesifikt om mødres og fedres betydning.

KONKLUSJON

Denne studien viste at fedre deltok i mindre grad ved ordinære behandlingstimer for barn og unge med angstlidelser enn ved utredning og spesifikke foreldretimer. Vi undersøkte følgende prediktorer: barnets angst- og depressive symptomer, i hvilken grad barnet hadde vansker, foreldrenes opplevde belastningsgrad av barnets vansker, foreldrenes egne psykiske vansker, foreldrenes tro på behandlingsprogrammet, foreldrenes tilknytning til arbeidslivet og tidspres i familien. Vi fant ikke signifikante assosiasjoner mellom noen av de potensielle prediktorene og fedrenes deltagelse. Fedredeltagelsen var imidlertid, som i de fleste andre tilsvarende studier, generelt lav. Den lave deltagelsen kan skyldes kjønnsrollemønstre i samfunnet, der det fremdeles er mødrene som i størst grad tar ansvar for omsorgsoppgaver knyttet til barnas helse. Med økt oppmerksomhet rettet mot evidensbasert utredning og behandling, vil det være viktig at forskning på barns psykiske helse inkluderer informasjon fra begge foreldre. ✕

Takk

ATACA-studien har mottatt støtte fra Helse Vest (prosjekt nummer 911366 og 911253). Helse Bergen har gitt oss mulighet til å jobbe med denne artikkelen i arbeidstiden (1.- og 2.- forfatter). Vi vil takke Gro Janne Wergeland, Krister W. Fjermestad, Jon F. Bjaastad, Kristin Oeding, Lars-Göran Öst, Odd E. Havik og Einar R. Heiervang, som sammen med tredje- og sisteforfatter har planlagt og gjennomført ATACA og tilrettelagt for bruk av data fra hovedstudien. Vi takker klinikere, administrativt ansatte og ledere ved involverte BUP-klinikker. Sist, men ikke minst vil vi uttrykke takknemlighet overfor de barn og foreldre som har deltatt i behandlingsstudien.

REFERANSER

- Angold, A., Costello, E.J., Messer, S.C., Pickles, A., Winder, F., & Silver, D. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5(4), 237–249.
- Bagner, D.M., & Eyberg, S.M. (2003). Father involvement in parent training: when does it matter? *The Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(4), 599–605. doi: 10.1207/S15374424JCCP3204_13
- Barmish, A.J., & Kendall, P.C. (2005). Should parents be co-clients in cognitive-behavioral therapy for anxious youth? *The Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 569–581. doi: 10.1207/s15374424jccp3403_12
- Barret, P.M. (2004). *Friends for life – Group leader's manual* (4. utg.). Brisbane: Australian Academic Press.
- Barret, P.M. (2008). *Friends for life*. Norsk oversettelse av Jon Fauskanger Bjåstad, Kristin Martinsen, Marianne Aalberg, Gro Janne Wergeland, Krister Fjermestad, Simon-Peter Neumer og Einar R. Heiervang. Bergen: Innovest AS.
- Blackie, S., & Clark, D. (1987). Men in marriage counselling. I C. Lewis & M. O'Brien (red.), *Reassessing Fatherhood: New Observations on Fathers and Modern Families*. London: Sage.



Kanskje hersker det fortsatt en oppfatning om at mødre forstår barna sine best, og derfor har hovedansvaret for oppfølging av deres helse

- Bodden, D.H., Bogels, S.M., Nauta, M.H., De Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., . . . Appelboom-Geerts, K.C. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: an efficacy and partial effectiveness study. *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1384–1394. doi: 10.1097/CHI.0b013e318189148e
- Borkovec, T.D., & Nau, S.D. (1972). Credibility of Analogue Therapy Rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3(4), 257–260. doi: DOI 10.1016/0005-7916(72)90045-6
- Bæck, U.-D.K., (2010). Parental involvement Practices in Formalizes Home- School Cooperation. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 54 (6), 549- 563.
- Bogels, S., & Phares, V. (2008). Fathers' role in the etiology, prevention and treatment of child anxiety: a review and new model. *Clinical Psychology Review*, 28(4), 539–558. doi: 10.1016/j.cpr.2007.07.011
- Cassano, M., Adrian, M., Veits, G., & Zeman, J. (2006). The inclusion of fathers in the empirical investigation of child psychopathology: an update. *The Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 583–589. doi: 10.1207/s15374424jccp3504_10
- Cohen, A.C., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2006). *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*. New York, London: The Guilford Press.
- Duhig, A.M., Phares, V., & Birkeland, R.W. (2002). Involvement of fathers in therapy: A survey of clinicians. *Professional Psychology-Research and Practice*, 33(4), 389–395. doi: 10.1037//0735-7028.33.4.389
- Egeland, S.E., & Tandberg, B.S. (2011). Foreldres evaluering av «Foreldretreff» for foreldre til barn på sykehus. *Vård i Norden*, 31(99), 16–22.
- Fields, S.A. (2008). *The role of the theory of planned behavior in therapists' involvement of parents in youth treatment*. (Doktorgradsavhandling). University of South Florida.
- Flynn, J.K. (1998). *Mothers and fathers in family therapy: a survey of family therapists*. (Mastergradsavhandling), University of London
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 38(5), 581–586. doi: DOI 10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x
- Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41(5), 645–655. doi: DOI 10.1111/j.1469-7610.2000.tb02345.x
- Hallberg, A.C., Beckman, A., & Hakansson, A. (2010). Many fathers visit the child health care centre, but few take part in parents' groups. *Journal of Child Health Care*, 14(3), 296–303. doi: 10.1177/1367493510373755
- Hoel, L.L., & Sveggen, T. (2009). Foreldremøter i somatisk avdeling med alvorlig syke barn. *Sykepleien forskning*, 4(2), 126–131.
- Horton, L. (1984). The father's role in behavioral parent training: A review. *Journal of Clinical Child Psychology*, 13, 274 – 279.
- In-Albon, T., & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(1), 15–24. doi: 10.1159/000096361
- Israel, P., Thomsen, P.H., Langeveld, J.H., & Stormark, K.M. (2007). Child factors associated with parent involvement in usual clinical care of children and adolescents: a national register study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(3), 173–181. doi: 10.1080/08039480701352363
- Lock, J., & Le Grange, D. (2013). *The Treatment manual for Anorexia Nervosa. A Family-based Approach*. New York, London: The Guilford Press.
- Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (1995). The Structure of Negative Emotional States – Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. doi: DOI 10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Lyneham, H.J., Schniering, C.A., Wignall, A., & Rapee, R.M. (2006). *The Cool Kids Anxiety Program*. Sidney: Centre for Emotional Health, Macquarie University.
- Manassis, K., Lee, T.C., Bennett, K., Zhao, X.Y., Mendlowitz, S., Duda, S., . . . Wood, J.J. (2014). Types of parental involvement in KAT with anxious youth: a preliminary meta-analysis. *The Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(6), 1163–1172. doi: 10.1037/a0036969
- Moreno, J., Silverman, W.K., Saavedra, L.M., & Phares, V. (2008). Fathers' ratings in the assessment of their child's anxiety symptoms: a comparison to mothers' ratings and their associations with paternal symptomatology. *The Journal of Family Psychology*, 22(6), 915–919. doi: 10.1037/a0014097
- Phares, V., & Compas, B.E. (1992). The role of fathers in child and adolescent psychopathology: make room for daddy. *The Psychological Bulletin*, 111(3), 387–412.
- Phares, V., Fields, S., & Binitie, I. (2006). Getting fathers involved in child-related therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(1), 42–52. doi: DOI 10.1016/j.cbpra.2005.06.002
- Sandnes, T. (2007). Helse og bruk av helsetjenester – forskjeller mellom menn og kvinner. Vedlegg til St.prp. nr. 1. *Statistisk sentralbyrås rapporter*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Serketich, W.J., & Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta- analysis. *Behavior Therapy*, 27(2), 171–186.
- Spence, S.H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545–566. doi: Doi 10.1016/S0005-7967(98)00034-5
- Vetere, A. (1992). Working with families. I J.M. Ussher & P. Nicolson (red.), *Gender Issues in Clinical Psychology*. London: Routledge.
- Walters, J., Tasker, F., & Bichard, S. (2001). 'Too busy'? Fathers' attendance for family appointments. *Journal of Family Therapy*, 23(1), 3–20. doi: Doi 10.1111/1467-6427.00166
- Wergeland, G.J., Fjermestad, K.W., Marin, C.E., Haugland, B.S., Bjaastad, J.F., Oeding, K., Bjelland, I., Silverman, W.K., Ost, L.G., Havik, O.E., Heiervang, E.R. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 1–12. doi: 10.1016/j.brat.2014.03.007

Kunnskapsbasert, tross alt

Forfatteren får pris for å vise hvordan man kan jobbe mest mulig evidensbasert også med personer der vi har liten kunnskap om hva som virker i behandling.

PROFESSOR BJØRN CHRISTIANSENS minnepris utdeles hvert år som en anerkjennelse for et betydningsfullt faglig bidrag publisert i Tidsskrift for Norsk psykologforening. Prisen for 2018 ble delt ut 29. august i Gamle Logen i Oslo.

Bjørn Christiansens Minnepris for 2018 går til følgende bidrag:

«The Good Lives Model i behandling av personer dømt for seksuallovbrudd» (publisert august 2018).

Vinnerbidraget tar opp et tema av stor samfunnsmessig betydning: Hvordan kan man behandle personer dømt for seksuallovbrudd, på et vis som hindrer tilbakefall? Forfatteren er ærlig på at det finnes lite kunnskap om hva som virker i behandlingen av personer dømt for seksuallovbrudd. Men ved å legge prinsipperklæringen om evidensbasert praksis til grunn viser han hvordan man likevel kan jobbe best



VINNEDE: Kristoffer Høiland viser en hvordan psykologer kan jobbe evidensbasert ved blant annet å koble den forskningsevidensen vi tross alt har, opp mot den kliniske ekspertisen i møtet med pasienten. Forsideillustrasjon: Åshild Irgens.

mulig evidensbasert med gruppen, blant annet ved å koble en systematisk arbeidsmodell (The Good Lives Model) opp mot den kunnskapen vi har fra psykoterapiforskningen mer generelt.

Juryen mener at bidraget slik oppfyller ambisjonene redaksjonen har for sjangeren *evidensbasert praksis*, og som psykologprofesjonen og Psykologforeningen legger til grunn når de betoner viktigheten av at psykologer jobber evidensbasert: Det handler om å bruke den forskningsevidensen vi tross alt har, og vår kliniske ekspertise i møtet med pasientens egenskaper, verdier og kontekst.

Slik er artikkelen ikke bare et bidrag rettet mot hvordan vi kan behandle gruppen som er dømt for seksuallovbrudd, men også mer generelt et bidrag til å vise hvordan psykologer kan arbeide evidensbasert.

HEDERLIG OMTALE

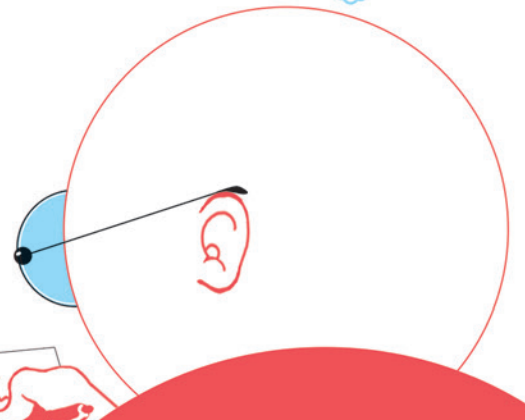
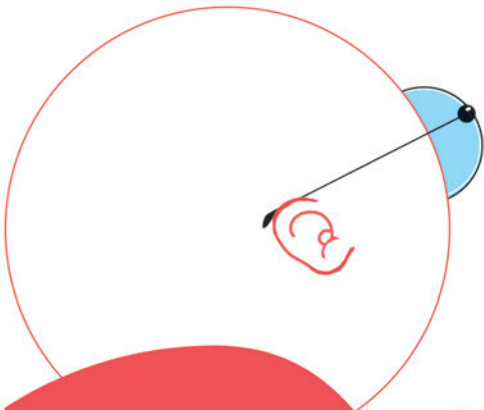
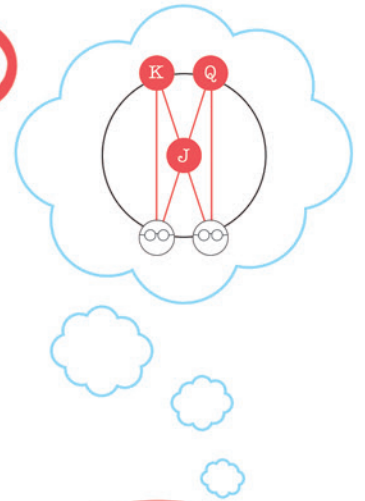
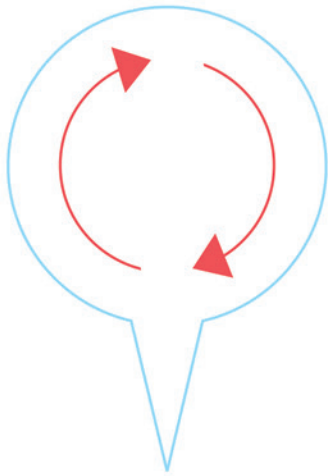
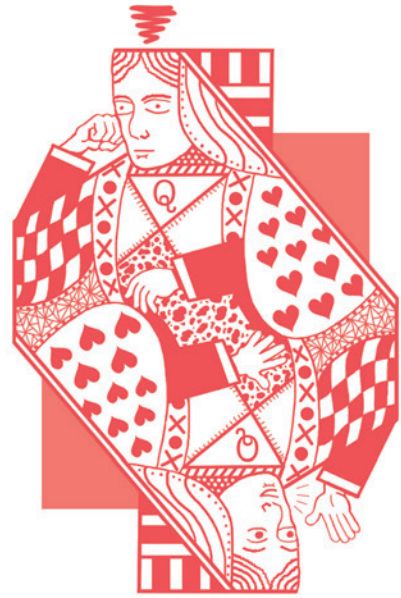
Hederlig omtale gis til følgende bidrag: Hans Breidablikk og Eivind Meland: «Stor variasjon i bruk av psykisk helsevern i Sogn og Fjordane» (publisert i mai 2018). Fra artikkelen:

Den geografiske variasjonen tyder på at innbyggerne sin bustadkommune spelar ei viktig rolle for i kva grad pasientar med same lidningar får tenester frå spesialisthelsetenesta eller ikkje, og omfanget av hjelpa som spesialisthelsetenesta gjev, varierer også frå kommune til kommune. (...) Vi har vist at primærhelsetenesta sannsynlegvis er ein minst like sterk generator av uheldig praksisvariasjon som spesialisthelsetenesta.

Juryen bestod av Joar Halvorsen, Ivar Iversen, Åshild Skogerbø, Astrid Weber, Ida Holth, Kjersti Gulliksen og Bjørnar Olsen. ✕



BJØRNAR OLSEN,
sjefredaktør



Seks grep for å involvere familien

Pasienter og deres familier har mye å vinne på at vi inviterer familien inn i individorientert behandling

DET DRIVES LITE familierapeutisk praksis i spesialisthelsetjenesten for voksne, selv om vi vet at psykiske lidelser og avhengighet rammer familielivet, og at belastninger går i arv. Det er forunderlig, ikke minst innenfor avhengighetsfeltet, der jeg selv jobber: Det er dokumentert at behandling som involverer familien, gir økt behandlingseffekt, både for den som har avhengighetsproblemet, og for pårørende (Lindgaard, 2012a; Lindgaard, 2012b). Helsemyndighetene har gitt tydelige føringer. Retningslinjene fra Helsedirektoratet sier at familien bør være involvert i behandling innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (Helsedirektoratet, 2015), og helsepersonelloven § 10 forplikter oss til å sørge for at pasienters barn og yngre søsken får informasjon om behandlingen og oppfølging ved behov.

Familierapeutiske tilnærminger kunne kvalitetssikret informasjonsarbeid overfor pårørende og gi metoder for å jobbe med samspillsvansker i belastede familier. Men vi benytter oss altså i liten grad av den ressursen familierapi kunne vært. Ofte blir ikke pasientenes familier involvert i behandlingen i det hele tatt. Involveres de, får de sjelden tilbud sammen som familie (Selbekk & Duckert, 2009; Selbekk,

2016). En studie fra poliklinisk avhengighetsbehandling viste at rundt halvparten av pasientene bodde sammen med noen (partnere, barn, foreldre). Det var samarbeid med pårørende i vel 20 prosent av sakene, og så få som 8 prosent hadde fått en form for familiekonsultasjon (Ose & Pettersen, 2013).

Det kan være gode grunner til at pårørende skal få individualbehandling heller enn familiesamtaler, og det må selvsagt vurderes i hvert enkelt tilfelle. Men er det så få som 8 prosent som trenger familiesamtaler? Det må være andre faktorer enn behov som styrer familierapeutisk praksis i feltet.

På bakgrunn av erfaring fra eget arbeidssted, en poliklinikk i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), tror jeg en del av svaret ligger i at systemisk praksis ikke passer inn i den individorienterte medisinske modellen som behandling av psykiske vansker og avhengighet legger opp til. Erfaringene med familierarbeid ved vår klinikk kaster lys over det som kan sette en stopper for familierapi, og viktigere: hva som åpner opp for en slik praksis innenfor et individorientert system.

I vår klinikk hadde vi et eget familieteam som sto klar til å møte pasienter og familiene

RANDI SKJERVE,
psykologspesialist, Blå
Kors Poliklinikk Oslo

KONTAKT
randi.skjerve
@blakors.no

ILLUSTRASJON
Kristian Utrimark



deres. Behandlerne i teamet var alle skolerte familierapeuter, og teamet hadde støtte fra ledelsen. Vi finpusset våre terapeutiske metoder og gjorde iherdige forsøk på å overbevise kollegaer, pasienter og deres familier om at familiesamtaler kunne være nyttig. Likevel slet vi med rekruttering av familier og med drop-out blant de få familiene som kom i familierterapi.

Slik var det helt til vi begynte å jobbe på systemnivå med å styrke et relasjonelt perspektiv gjennom hele behandlingsforløpet. Vi ble oppatt av hvordan vi snakket om nye pasienter i fordelingsmøtene i klinikken. Vi snakket med pasientene om hvordan avhengigheten virket inn på relasjonene deres, alt fra første samtale. Vi ble oppmerksomme på hvordan det individuelle behandlingsperspektivet forstyrret helt inn i det familierapeutiske rommet, og gjorde derfor endringer for å hjelpe pasienter, familiemedlemmer og oss familierapeuter til å ta et relasjonsperspektiv og holde fast ved det i familiesamtalene.

Etter endringene har familierapi blitt mer integrert i behandlingstilbudet ved klinikken. Familieperspektivet drøftes i alle saker. Flere av individualterapeutene henviser til familieteamet. Selv om vi fortsatt har få barn under 18 år med i samtaler hos oss, har familiesamtaler med partnere og voksne barn blitt en selvsagt del av behandlingsplanen for mange av pasientene.

Vår konklusjon er: Relasjonsperspektivet må inn fra oppstart av behandlingskontakten hvis familierapi skal bli et reelt tilbud for pasientene og deres familier, og det kreves strukturelle endringer heller enn ildsjelarbeid for å få det til.

FAMILIETERAPI I MOTVIND

Som en av fire familierapeuter og etter hvert koordinator for familieteamet opplevde jeg hindringer på flere områder. Det største problemet var at teamet hadde for få saker. Vi var avhengig av å få henvist familier fra individualbehandlerne på klinikken. Det var de som møtte pasientene først, og som måtte introdusere familiesamtaler som en del av behandlingen. Det kom få slike henvisninger.

Teamet forsøkte å undervise kollegaene om familierapeutiske perspektiv og behandlingstilnærminger i håp om å senke terskelen for å henvise familier til oss. Presentasjonene ble



Relasjonsperspektivet må inn fra oppstart av behandlingskontakten

ofte møtt med en velvillig, men kanskje litt distansert og uengasjert holdning. Flere henvisninger bidro de uansett ikke til.

Ofta hørte vi at pasienter ikke ønsket familiesamtaler. Og skulle pasienten ønske seg familiesamtaler, hendte det at familiemedlemmene ikke ville komme. De familiene som ble henvist, ble ofte involvert et godt stykke ut i pasientens individualbehandling. Hvem som ønsket at familien skulle ha familierapi, var gjerne uklart. Familierapi ble kanskje mest en løsning for individualbehandlerne når ingenting annet hjalp, eller når situasjonen var så tilspisset og fastlåst i familien at de relasjonelle problemstillingene forstyrret den individuelle terapien.

Fra familieteamets ståsted var ikke dette enkle saker å få på bordet. Familiene droppet gjerne ut etter én eller få samtaler, eller kontakten bare «rant ut i sanden» etter mange avlysninger. Vi ble usikre på hvor god hjelp familiene fikk fra oss. Avbrutte behandlingsforløp var heller ingen god reklame overfor våre interne henvisere, så det var kanskje ikke så merkelig at individualbehandlerne nølte med å sende pasienter til familieteamet.

Et alternativ var at familierapeutene rekrutterte pasientene de selv var individualbehandlerne for, til familierapi. For alle behandlerne ved vår klinikk, inkludert familierapeutene, driver også med individualterapi. Man skulle tro problemet ble mindre når det var en behandler fra familieteamet som introduserte muligheter for familiesamtaler for pasienten. Men nei, også vi slet med å rekruttere familier.

Og de gangene vi fikk det til, dukket det opp nye problemstillinger. Særlig vanskelig var det å gå fra å være den enes individualterapeut til å være familierapeut for paret eller familien. Når jeg kjente den enes historie godt, var det denne historien som kom i forgrunnen for meg. Jeg ble mindre nysgjerrig på de andre familie-

medlemmene og slet med å ta et relasjonelt perspektiv.

Det virket også som om noen familiemedlemmer trodde at deres oppgave i samtalen var å «være med til legen», eller å gi informasjon til meg. Jeg ble sittende med en følelse av å bli tvunget inn i en ekspertrolle, og av forventninger om at jeg skulle «fikse» pasienten eller i alle fall forklare hva som var galt med ham eller henne. Det ble også spørsmål om hvem som oppfattet situasjonen riktig. Pasientens beskrivelse kunne bli definert som mangelfull og ensidig, og det lå i luften at pasienten hadde holdt tilbake informasjon i individual-samtalene.

Familiemedlemmene kunne være offensive, mens pasienten trakk seg unna og sa minst mulig. Det var som vi iscenesatte et samspill familien hadde hatt før. Jeg tenker meg at familiene kunne gå ut med en opplevelse av at det ikke kom frem noe nytt i familiesamtalen, at den ikke var til hjelp, og at det var ubehagelig å være til stede.

Klinikken satt igjen med en situasjon der de færreste av pasientene hadde familiesamtaler som del av sin behandling, og der de som hadde det, ikke nødvendigvis fikk så mye igjen for det.

HVA GJORDE DET SÅ VANSKELIG?

Jeg tror vanskene våre bunnet i at hele systemet vårt er gjennomgripende individrettet, og at familieteamets forsøk på et relasjonsperspektiv både ble for overfladiske og kom for sent i behandlingsforløpene.

Selbekk (2016) beskriver de individorienterte kreftene i avhengighetsfeltet, og nevner tre diskurser som bidrar til en gravitasjon mot et individuelt perspektiv:

- 1) At man ser avhengighet som et medisinsk og psykologisk fenomen heller enn et relasjonelt fenomen,
- 2) at oppmerksomheten på pasientrettigheter og brukermedvirkning i behandling gjør det mulig for pasienten å velge vekk familieinvolvering, og
- 3) at systemet gjør individualkonsultasjoner til den mest kostnadseffektive behandlingsformen.

Disse individorienterte kreftene kjenner jeg igjen fra egen klinikk. De viser hva som har stoppet oss i å få til familierapeutisk behand-

ling tidligere, og dermed hvor det trengtes forandring. De er derfor vel verdt å se nærmere på.

Medisinsk og psykologisk avhengighet

Hva betyr det i praksis at det råder en gjennomgående individuell forståelse av avhengighetsproblematikk i feltet? Vi ser det alt i henvisningene vi får. I hovedsak får vi henvist pasienter fra fastleger. Henvisningene presenterer som oftest et individuelt perspektiv på pasientens problematikk. Diagnose blir selvsagt angitt i henvisningene, sammen med en beskrivelse av hvordan problemet virker inn på pasientens psykiske og fysiske helse. Forhold til arbeidslivet blir ofte nevnt. Det varierer langt mer hvilken informasjon vi får om hvordan problemet virker inn i nære relasjoner. Ofte nevnes ikke familiesituasjonen med et ord.

Den individuelle forståelsen av avhengighetsproblemer er rimeligvis også styrende for hvordan klinikken er organisert. Alle pasienter får tildelt en behandler, og denne behandleren gjennomfører individuell kartlegging, sørger for en diagnostisk vurdering på bakgrunn av kartleggingsresultatene og lager en behandlingsplan sammen med pasienten. Man er også pasientens individualbehandler. Familierapi retter seg først og fremst mot det som skjer mellom mennesker, og ikke hva som foregår inni hver enkelt. Det er ikke så rart at familierapi fremstår som et lite egnet verktøy i behandling av avhengighet når oppstarten av behandlingen er organisert så ensidig rundt individet.

Kostnadseffektivt?

Hvordan kan det ha seg at individualterapi anses som mer kostnadseffektivt når den økte effekten og rekkevidden av behandling som involverer familien, er så godt dokumentert? Dels handler det nok om at det ikke er behandlingseffekt, men antall konsultasjoner som måles i vårt system. Når individualterapi anses som en mer kostnadseffektiv behandling, handler det mer om hva som fungerer mest friksjonsfritt i systemet, enn om hva som virker i behandling.

Familierapi er tidkrevende. Vi er to behandlere i familiesamtalene hos oss, og jeg kommer tilbake til begrunnelser for det. Vi setter av 15 minutter før og etter hver familiesamtale for å sikre godt samarbeid mellom behandlerne. Vi opererer også med dobbelttimer når vi har familiesamtaler. Familiesamtalene beslag-



legger dermed mye tid. I tillegg er vår erfaring at jo flere deltakere som inviteres inn i behandling, desto høyere risiko er det for avlysninger. Når vi får avlysninger på kort varsel, sitter to behandlere uten «produksjon» i til sammen fire timer. I familiesamtaler kommer det også gjerne frem informasjon som fordrer tidkrevende tiltak, som voldsproblematikk eller bekymring for barns omsorgssituasjon.

På toppen av dette må man forholde seg til en rekke problemstillinger knyttet til taushetsplikt, journalføring og rapportering fordi familierapikonseptet ikke passer inn i de ordinære rammene. Dette er problemstillinger man kan finne greie løsninger på, men som kan virke overveldende og oppleves som en tidstyv før man får på plass rutiner. Med stort produksjonspress er det ikke rart at det er individualkonsultasjoner det satses på.

Brukermedvirkning innenfor gitte rammer.

Pasientrettigheter og brukermedvirkning står sentralt i behandlingsplanlegging. Mange av våre pasienter kommer til behandling med en indidorientert endringsteori: «Det er hos meg problemet ligger, det er hos meg endringen må skje.» Avhengighetsproblemer er også skambelagte og konfliktfylte og vanskelige å snakke med familien om. Det er derfor ikke så merkelig at pasienter ikke ber om familiesamtaler.

Men det er ikke det samme som at pasientene *ikke vil ha* familiesamtaler. Det er vel heller slik at det individuelle perspektivet pasienten kommer til behandling med, blir bekreftet og styrket av behandler og kartleggingsprosedyrer. I behandlingsplanleggingen blir begrunnelsen for å ha familiesamtaler uklar både for pasient og behandler når relasjoner ikke har vært vektlagt i kartleggingssamtalene. Følgen blir gjerne at pasienten sier: «Nei, jeg tror ikke det er behov for familiesamtaler. Det er jo jeg som må ta tak i dette her.»

Kanskje opplever pasienten at behandlingsalliansen står på spill også. Alliansen mellom pasient og individualbehandler blir etablert gjennom kartleggingssamtalene, og måten behandler møter pasientens fortelling på, er avgjørende for behandlingsalliansen. Spør behandler ensidig om hvordan problemet oppleves for pasienten, kommer det ikke frem at problemet også virker inn i pasientens relasjoner. Individualbehandler får ikke anledning til å vise at alliansen til pasienten også tåler disse sidene av virkeligheten. Da kan det kjennes risikabelt for pasienten å invitere inn familien.

SEKS GREP FOR Å STØTTE RELASJONSPERSPEKTIVET

De indidorienterte kreftene kunne ført til at vi ga opp ideen om et familierapeutisk tilbud, eller at familierapi fortsatte å eksistere på siden av behandlingstilbudet ellers. Men vi klarte å komme oss ut av dette sporet. Den mest avgjørende var familieteamets egen perspektivendring: fra å være innovervendt og opptatt av våre terapeutiske tilnærminger, til å se oss selv fra pasienters, familiemedlemmers og individualbehandlerens perspektiv. Grunnleggende spørsmål kom opp: Hva er oppdraget vårt? Hva trenger våre interne henvisere, våre pasienter og deres familier å vite om oss for å dra nytte av familieteamet? Hvilke betingelser trenger behandlerne i familieteamet for å holde fast ved en relasjonell forståelse? Arbeidet innebar både å lage helt nye rutiner og å gjenoppvekke og forsterke elementer i måten vi jobbet på fra før. Vi fant noen grep som ser ut til å virke, og jeg vil beskrive noen av dem her.

1. Tydeliggjøre forholdet mellom individualterapi og familierapi.

Vi trengte å vise hvordan relasjonelle og individuelle perspektiver kan passe sammen i behandling av avhengighet. For å unngå at familierapi fremsto som et alternativ til individualterapi, definerte vi oppdraget vårt helt eksplisitt som et supplement til individualterapi. Vi sa til individualbehandlerne at målsettingen i familiesamtalene *ikke* var at pasienten skulle slutte å drikke eller spille: «Det er pasienten som skal slutte med det, ikke familien.» Vi sa at familierapi kan bidra til at familien kommuniserer bedre om hvordan avhengighetsproblemet virker inn i familielivet. «Når familiemedlemmene forteller hverandre om hvordan de opplever situasjonen, og man får øye på samspillsmønstre som alle parter bidrar til å opprettholde, blir det ofte mer forståelse og et bedre klima for endring både for pasienten og de andre i familien.»

2. Relasjonsorienterte fordelingsmøter.

Klinikken som helhet jobbet med å utvide perspektivet fra individ til relasjon, og det allerede fra det øyeblikket da henvisningene blir motatt. Vi har et ukentlig fordelingsmøte der alle behandlerne på klinikken samles. I stedet for å vektle diagnose og sykehistorie når pasientsakene presenteres, tilstreber vi å presentere pasientene gjennom situasjonen de lever i, og rollene de har: «Dette er en mann på 48 år. Han jobber i en rørleggerbedrift, har samboer og voksne barn. Fastlegen mener at alkoholbruken begynner å gå ut over leveren hans.» I saker der familie er omtalt i henvisningen, nevnes det at «dette kan bli en familiesak». Når familie og livssituasjon ikke er beskrevet, blir mangelen på informasjon kommentert.

Det som blir sagt om pasientene i dette møtet, bidrar til å forme vår felles tenkning om pasientenes problem, og om mulige behandlingstilnærminger. Behandleren som skal møte pasienten, ser lettere for seg rørleggeren med samboer og bekymrede voksne barn, og ikke bare «middelaldrende mann med alkoholmisbruk». Slik løfter vi relasjonsperspektivet inn i klinikkens forståelse av hver enkelt pasient.

3. Relasjonsorienterte kartleggingssamtaler med pasienten.

Vi ønsket også at det skulle bli naturlig for pasientene å trekke inn sine relasjoner i de første

Seks grep for å støtte relasjonsperspektivet i en individorientert klinikk

1. Vær tydelig på forholdet mellom individualterapi og familierapi.

Vis de øvrige behandlerne at familierapi er et supplement til, og en styrke for, individualterapi. Når familiemedlemmene blir mer nysgjerrige på hverandre og oppmerksomme på samspillmønstrene som de alle inngår i, blir det ofte mer forståelse og et bedre klima for endring både for pasienten og de andre i familien.

2. Snakk om pasienter med et relasjonsperspektiv.

For å løfte relasjonsperspektivet inn i klinikkens forståelse av hver enkelt pasient, må man snakke om nye pasienter ut fra et relasjonsperspektiv. Beskriv pasientens livssituasjon og hvem vedkommende har rundt seg. Sier henvisningen noe om barn? Samboer? Andre viktige personer? Si at dette kan bli en familiesak. Hvis det ikke finnes informasjon om pasientens relasjoner: Påpek at disse opplysningene mangler.

3. Relasjonsorienterte kartleggingsamtaler med pasienten.

Alt i kartleggingsamtalene må pasientens relasjoner trekkes inn, slik at familiesamtaler kan bli en naturlig del av behandlingsplanen. Det viktigste er ikke hvilke verktøy individualbehandler bruker til dette, men at man tematiserer pasientens relasjoner fra dag én.

4. Tydelig informasjon til pasienter og familiemedlemmer.

Sørg for at pasientene får med seg skriftlig informasjon om familietilbudet, som de kan gi videre til familien sin. Budskapet er at pasient og familiemedlemmer er likeverdige deltakere i familiesamtalene, og at tema for samtalene er noe man bestemmer i fellesskap. Ring alle familiemedlemmene før første familiesamtale for å etablere kontakt og svare på spørsmål.

5. Begrens ensidig forhåndsinformasjon til familierapeutene.

Familierapeuten bør ikke være pasientens individualbehandler, og det er lurt å være bevisst på hvilken informasjon pasientens individualbehandler formidler til familierapeutene i forkant av familiesamtalene. Som hovedregel er det best at mest mulig informasjon kommer frem i familiesamtalene, med alle til stede og med alles bidrag. Det styrker familierapeutens mulighet til å holde fast i relasjonsperspektivet.

6. Tydelig styring i familiesamtalene.

Målet for familiesamtalene er å skape en trygg ramme for familien til å snakke, lytte og oppdage samspillmønstrene seg imellom. Det å være to behandlere med avklarte roller i rommet bidrar til å skape en slik ramme. Med ko-terapeut i en reflekterende posisjon får man et verktøy for regulering av tempo og emosjonell aktivering i tillegg til et ekstra blikk på relasjonelle tema.



kartleggingssamtalene, og prøvde flere metoder. Vi jobbet med genogram i anamnesearbeidet, trakk inn familiemedlemmers perspektiv i ambivalensutforskning, og bestrebet oss på å stille relasjonelle spørsmål fra første individualtime, inspirert av Borgestadklinikkenes tilnærming (Hansen, 2009). Jeg tror ikke det er så avgjørende hvilken relasjonsorientert tilnærming som brukes, men *at* det brukes, og at det brukes fra første stund av behandlingskontakten.

Min erfaring med relasjonell kartlegging er at alliansen mellom pasienten og meg styrkes når vi kan snakke om hans eller hennes nære relasjoner. For pasienten kan det å få kontakt med hvordan avhengighetsproblemet virker inn på familien, også være en drivkraft til forandring. I arbeidet med behandlingsplan blir familiesamtaler et naturlig element etter en relasjonsorientert kartlegging.

4. Tydelig informasjon til pasienter og familiemedlemmer.

Vi ville forberede pasienter og deres familier bedre på hva familierapi innebærer. Pasientene får nå med seg skriftlig informasjon om familietilbudet til dem eller den som inviteres med til samtale. Budskapet er at pasienten og familiemedlemmene er likeverdige deltakere i familiesamtalene, at vi er like interessert i alles perspektiv, og at vi sammen blir enige om hvilke tema vi skal snakke om når de kommer. Med dette ønsker vi å unngå forventninger om å skulle være «støttespiller» eller «en som skal gi opplysninger», og å dempe frykten for at familiesamtalene vil handle om fordeling av skyld eller å måtte ta på seg flere oppgaver. Det står også at vi har tre familiesamtaler i første omgang, med mulighet for flere om man ønsker det. Informasjonen er ment å senke terskelen for familiemedlemmer til å komme til familiesamtaler.

Behandlingsansvarlig for familien ringer også alle familiemedlemmene før første samtale, for å etablere kontakt og svare på spørsmål. Slik får vi mulighet til å avklare forventninger og gjøre det tryggere for familiemedlemmene å komme til oss.

5. Begrens forhåndsinformasjonen familieterapeutene får om pasienten.

Vi har sluttet å ta for gitt at en familierapeut kan velge mellom et relasjonsperspek-



Jeg tror vanskene våre bunnnet i at hele systemet vårt er gjennomgripende individrettet

tiv og et individuelt perspektiv som om han eller hun skiftet briller. Vi innførte en hovedregel om at pasientens individualbehandler og behandlingsansvarlig i familiesamtalene ikke skal være samme person. Slik får familierapeutene likt utgangspunkt for relasjon med alle familiemedlemmene. Vi er også blitt mer bevisst på hvilken informasjon pasientens individualbehandler formidler til familierapeutene i forkant av familiesamtalene: Mye forhåndsinformasjon fra pasientens perspektiv er med å prege familierapeutens forventninger og tilnærming i familiesamtalene. I stedet vil vi at mest mulig informasjon kommer frem i familiesamtalen, med alle til stede og med alles bidrag.

6. Tydelig styring i familiesamtalene.

Vi ønsker å hjelpe frem et relasjonsperspektiv hos familiemedlemmene i familiesamtalene. Forutsetningen for at de kan bli nysgjerrige på hverandre og på samspillet seg imellom, er at alle kjenner seg trygge, og at alle opplever å bli hørt. Det krever styring av hvem som er i snakke- og lytteposisjon, oppmerksomhet på dem som lytter, så vel som den som snakker, og at behandlerne kan hjelpe til med å regulere emosjonell aktivering hos familiemedlemmene. For å få til en slik ramme er vi to behandlere med avklarte roller i familiesamtalene. Den ene er behandlingsansvarlig og leder samtalen. Ko-terapeuten sitter i en reflekterende posisjon, jamfør reflekterende team (se f.eks. Andersen, 2005). Ko-terapeuten blir invitert til å dele det vedkommende har hørt og sett underveis i samtalen, mens familien blir bedt om å lytte. Familien får da en liten pause der de kan ha oppmerksomheten på noe utenfor seg selv. Dette bidrar til å få ned tempoet i samtalen, regulere aktivering hos familiemedlemmene i tillegg til at de får innspill som inviterer dem til refleksjon.

Ofte vil man få bedre tak i relasjonelle tema når man sitter i en reflekterende posisjon, enn når man leder samtalen. Ko-terapeutens refleksjoner bidrar dermed til å opprettholde oppmerksomheten på samspillet mellom familie-medlemmene.

EN NATURLIG DEL AV BEHANDLINGEN

Vi opplever nå mer engasjement for familieterapi blant de øvrige behandlerne i klinikken. Flere av individualbehandlerne henviser familier til familieteamet. Det er blitt mer naturlig for pasientene å velge familieterapi som del av behandlingen, når vi alt i oppstarten av behandlingskontakten inviterer til et relasjonsperspektiv.

Vi erfarer også at kvaliteten på arbeidet vi gjør i familiesamtalene, styrkes av forventningsavklaringen med pasient og familie. Familien er mer innstilt på at familiesamtalene handler om hva som skjer mellom dem, enn om at pasienten må slutte å spille eller drikke. Det er blitt lettere å skape nysgjerrighet rundt samspillsmønstre i familien. Vi får også gode tilbakemeldinger på familiesamtalene både fra pasientene og deres familiemedlemmer.

Ikke minst ser vi at familieterapeutene trenger rammene som støtter opp under et relasjonsperspektiv. Det er blitt betydelig lettere for familieterapeutene å holde fast ved et relasjonsperspektiv i familiesamtalene etter at vi avgrenset forhåndsinformasjonen om pasientene, og med den faste strukturen med ko-terapeut i reflekterende posisjon.

Den omtalte gravitasjonseffekten til et individperspektiv oppfører seg som naturlover flest. Den lar seg ikke oppheve, men fortsetter å virke. Vil vi motvirke effekten av den, krever det kontinuerlig arbeid med å vedlikeholde de seks grepene vi har gjort. I perioder der andre tema dominerer behandlerens oppmerksomhet, enten det er produksjonspress eller innføring av pakkeforløp, ser det ut til å være behov for ekstra vektlegging av relasjonsperspektivet.

BEHANDLINGSSTEDETS ANSVAR

Det kan være vanskelig for familier med avhengighetsproblemer og andre psykiske belastninger å velge familieterapi, og alle skal heller ikke det. Men det er behandlingsstedet som må ta høyde for hindringene pasientene og familiene deres står overfor, når de avveier tilbud om

familiesamtaler. Behandlingsstedet må berede grunnen slik at det kan kjennes relevant og trygt å velge familieterapi som del av behandlingen. Det er ikke nok at virksomheten er velvillig innstilt og bruker ressurser på familieterapi. Det kreves i tillegg spesifikke grep for å utvide fra et individuelt til et relasjonelt perspektiv allerede fra man mottar henvisningen, gjennom kartleggingen og behandlingsplanleggingen med pasienten, og i familiesamtalene.

I den medisinske tradisjonen er det først når et av familiemedlemmene får diagnostiserbare problemer, at man får hjelp, selv om familien som helhet kan ha strevd lenge. Det er dårlig forebygging og en praksis som ikke tar i betraktning hvordan psykiske vansker og avhengighet skader relasjoner og går i arv. Det er også en praksis som undervurderer effekten familiesamtaler kan ha for pasientens bedringsprosesser. Forhåpentligvis kan våre erfaringer inspirere flere behandlingssteder til å tilby familieterapeutiske samtaler som del av behandlingstilbudet sitt. Da bidrar vi til å bryte en belastende arv mellom generasjoner i tillegg til at vi styrker effekten av pasientenes behandling. ✕

Les også debattinnlegget til familieterapeutene Lennart Lorås og Jan Stokkebekk på side 683.

REFERANSER

- Andersen, T. (2005). *Reflekterende prosesser: Samtaler og samtaler om samtalerne*. 3. utgave. København: Dansk psykologisk forlag.
- Hansen, F. (2009). *Metoder i familieorientert alkoholbehandling – om at inndrage partner og barn*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Helsedirektoratet (2015). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Lindgaard, H. (2012a). *Familier med alkoholproblemer*. Et litteraturstudium af familieorienteret alkoholbehandling. København: Sundhedsstyrelsen.
- Lindgaard, H. (2012b). *Familier med alkoholproblemer: Familieorientert alkoholbehandling med et særligt fokus på børnene*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Ose, S.O., & Pettersen, I. (2013). *Polikliniske pasienter i TSB 2013*. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn, Avd. helse/NTNU.
- Selbekk, A.S. (2016). *Troubled families and individualised solutions? An ontological, discursive and interactionist analysis of families' involvement in alcohol and other drug treatment*. Stavanger: Universitetet i Stavanger.
- Selbekk, A.S., & Duckert, F. (2009). *Familieorienterte tiltak innenfor spesialisert rusbehandling i Helse Vest: kartlegging og kunnskapsoppsummering*. Stavanger: Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest.

Fra arkivet: 1983

Familieterapi

Utdanning for familieterapi reiser en rekke problemer. Det er dessverre så at psykologers grunnutdanning gir liten plass for en virkelig klinisk innføring i familieterapi. Etter hvert har psykologer fått en del teoretisk og almen metodisk opplæring, men det er først i videreutdanningen at enkelte institusjoner tilbyr noe som kunne kalles en egentlig klinisk familieterapeutisk opplæring.

Ved Nic Waals Institutt har man en slik opplæring. Likeledes ved en del andre barne- og ungdomspsykiatriske klinikker. Ved vår klinikk forsøker vi som best vi kan å praktisere en gjensidig undervisning. Ved et av teamene har hver medarbeider til enhver tid en familie som de andre teammedlemmene observerer gjennom en-veis-speil. Vi eksperimenterer med deltakende veiledning på den måten at vi kommenterer og gir terapeuten råd under selve terapi-sesjonene. Vi har også regelmessig pauser under sesjoner der vi drøfter hva som har hendt og hva som kan være videre strategier. I tillegg til dette har vi litteraturseminarer der utdanningskandidater får en innføring i familieterapeutisk tenkning. For utdanningskandidater har vi nå også så vidt begynt med en klinisk undervisning der kandidaten er ansvarlig terapeut for en familie som andre kandidater og undervisningslederen observerer gjennom en-veis-speil,

Et slikt utdanningssystem kan best karakteriseres ved at vi drar oss selv og hverandre opp etter håret. Til tross for at opplegget har sine begrensninger og at vi kunne ønske oss mer erfarne familieterapeuter som ledere, mener vi likevel at dette er en brukbar måte å utvikle et familieterapeutisk miljø på innen en barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon. (...)

Det synspunkt at barnet er en integrert del av familien og ikke kan sees uavhengig av denne, er like gammel som barnepsykiatrien selv. Det nye med familiegruppeterapi er egentlig å ta konsekvensen av dette ved selv å delta direkte i familiesystemet med det terapeutiske mål å forandre en symptombærende familiestruktur.

Jeg tror at det skritt man tok da man begynte terapeutisk arbeid med hele familier, har hatt metodiske og teoretiske konsekvenser for generell psykologisk forståelse som kan sidestilles med psykoanalysens gjennomgripende oppdagelser i sin tid. Man er blitt i stand til å utvikle begreper om den helhet familielivet er, og vi har lært noe om hvordan vi kan gripe inn for å stimulere endringsprosesser i systemet. Gjennom dette har vi oppdaget sider ved terapeutrollen som bare deltakelsen i et familiesystem kan vise oss.

Jeg tror at det skritt man tok da man begynte terapeutisk arbeid med hele familier, har hatt metodiske og teoretiske konsekvenser for generell psykologisk forståelse som kan sidestilles med psykoanalysens gjennomgripende oppdagelser

Familieterapi har også en praktisk og en økonomisk side ved at den kan nå flere og sannsynligvis i mange tilfeller fremkalle endringer hurtigere enn andre terapier. Familieterapi er egentlig i sin natur en korttidsterapi med de muligheter og de begrensninger det innebærer. I den norske kliniske hverdag er familieterapi en praktisk, økonomisk og anvendelig metode for, etter min mening, de fleste barne- og ungdomspsykiatriske terapeutiske oppgaver.

Dette betyr ikke at vi ikke må besinne oss når vi velger familieterapi og fremfor alt når vi velger familieterapiens form og innhold. Familieterapi kan og bør ikke være det eneste alternativ. Både av praktiske og kliniske grunner vil en variasjon av tilnærminger være nødvendig ved en vanlig barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk. Men enten man driver en gjennomført familieterapi eller man bruker familieterapeutiske innslag i annen sammenheng, f.eks. som diagnostisk hjelpemiddel, vil denne tenkemåte og den metodikk som knytter seg til den etter alt å dømme komme til å stå sentralt i den videre utvikling av norsk barne- og ungdomspsykiatri.

Fra Gerdt Henrik Vedelers artikkel «Familieterapi som metode i barne- og ungdomspsykiatrien» publisert mai 1983

Meninger



FOTO: GOODSTUDIO / SHUTTERSTOCK / SCANPIX



Få familien frem

Når familien utelates fra behandlingen, blir ikke ressurser i familien mobilisert, og relasjonelle vansker i familien blir oversett, skriver familieterapeutene Lennart Lorås og Jan Stokkebekk (s. 683).

«Jo, det er nok en ressurskrise i psykisk helsevern. Men spørsmålet er om det ikke også er en kunnskaps- og ferdighetskrise der det å arbeide *utenfor* en medisinsk modell ikke lenger er en del av psykologenes kunnskaper og ferdigheter»

Les innlegget til Rolf Sundet på side 680.

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.



Vesentlig arbeid, vesentlig satsning

Arbeid bør være psykologenes hovedsatsningsområde i årene som kommer.

SKAL PSYKOLOGFORENINGEN vedta et hovedsatsningsområde som virkelig monner, kommer vi ikke utenom arbeidslivet. Ingen andre steder kan vi så effektivt bidra til å forebygge sosiale forskjeller, utenforskap og helseplager. Samtidig kan vi skape flere psykologarbeidsplasser innenfor et felt som historisk sett har vært en sentral arena for profesjonen vår. Når Landsmøtet i november velger nytt hovedsatsningsområde, er *Arbeid som påvirkningsfaktor og inkluderingsarena* et naturlig valg for de kommende årene.

SATS PÅ ARBEID

Svak tilknytning til arbeidslivet innebærer en stor belastning for enkeltpersoner og deres familier. Stadig flere barn vokser opp i lavinntektsfamilier med foreldre som har falt ut av arbeidslivet, eller som aldri kom seg inn i første omgang. NAV har over lengre tid sett et økende antall unge som mislykkes i overgangen mellom skole og arbeidsliv. Motsatt ser vi at barn av foreldre med god tilknytning til arbeidslivet har lavere risiko for å vokse opp i fattigdom. Samtidig utgjør de arbeidsaktive foreldrene viktige rollemodeller for de unges fremtidige yrkesdeltagelse. Arbeid som satsningsområde innebærer en mulighet for direkte forebygging av sosial og økonomisk ulikhet og psykologisk uhelse blant barn og unge.

Arbeid er en viktig del av menneskers identitet, og sentralt for deres sosiale utvikling og psykiske helse. Deltagelse i arbeidslivet gir en opplevelse av mestring og tilhørighet, og bidrar samtidig med struktur og mening i hverdagen. De fleste av oss tilbringer omtrent halvparten av den våkne delen av døgnet på jobb. Arbeidsmiljøet spiller dermed en vesentlig rolle når psykisk helse og mangel på dette skal forklares. Samtidig fører økt stress og krav til omstilling at mange faller fra.

Psykiske helseplager er indirekte og direkte en av de viktigste årsakene til langtidssykefravær, og en av de store helse- og samfunnsutfordringene i Norge. Langtidssykefraværet medfører store utfordringer for virksomheter både med hensyn til tapt produktivitet og redusert konkurransekraft. Gjennom å forebygge opplevelse av tilkortkommenhet på arbeidsplassen og hjelpe arbeidsgivere til å ivareta sine ansatte kan psykologer bidra til å motvirke utvikling av psykiske helseplager, og dermed hindre at arbeidstagere faller ut av arbeidsarenaen – og inn i psykisk uhelse.

Folkehelsemeldingen *Gode liv i eit trygt samfunn* fra april i år er et klart signal fra regjeringen om at folkehelsearbeidet også fremover skal vektlegge psykisk helse. Meldingen er helt i tråd med forrige folkehelsemelding (*Mestring* »



ANETTE HØY DYE,
leder Fagutvalget i
arbeidspsykologi og
RUDI MYRVANG,
leder Fagutvalget
i organisasjons-
psykologi

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

ARBEIDSLIV



Skal Psykologforeningen velge et hovedsatsningsområde som virkelig monner, kommer vi ikke utenom arbeidslivet

og muligheter), der psykisk helse ble løftet frem som ett av tre prioriterte områder. Satsningen på å fremme psykisk helse gjenspeiler en tydelig global trend, som blant annet følges opp i strategien til Verdens helseorganisasjon. Også en ekspertgruppe nedsatt av Arbeids- og næringsdepartementet for å gjennomgå og vurdere bedriftshelsetjenesten i Norge, trekker frem psykososiale og organisatoriske forhold som viktige årsaker til sykdom og sykefravær. Profesjonsutdanningen gir psykologer spisskompetanse på menneskelig samspill, samhandling og endring som arbeidslivet sårt trenger. Vi mener denne spisskompetansen, i kombinasjon med vår kliniske kompetanse, gjør oss særlig egnet til å jobbe med organisasjoner og menneskene som skal utgjøre disse.

GOD MEDISIN, FÅ PSYKOLOGER

Norske psykologmiljøer har de siste årene bidratt med viktig forskning og fagutvikling innenfor arbeidsrettede tiltak og behandling gjennom *Return to work*-studier, veiledere i jobbetrettet kognitiv terapi og økt fokus på IPS-metodikk (*Individual placement and support*). Det er en økende erkjennelse blant leger og psykologer av at tilstedeværelse på jobb kan være effektiv «medisin» i seg selv, og at «place and train» ofte fungerer bedre enn «train and place». Vi gleder oss over at jobbfokus nå inkluderes i pakkeforløpene, og at erfaringer fra *Raskere tilbake*-ordningen skal integreres i DPS-ene fra 2019. Økt arbeidsfokus hos psykologer vil kunne bidra til å forebygge og behandle helseplager før de resulterer i sykefravær.

NAV bruker årlig milliarder av kroner for å hjelpe folk i arbeid. Det trengs helt klart bedre samarbeid mellom helsevesen og NAV, samt mer evidensbasert kunnskap for å se hvilke tiltak som faktisk gir effekt over tid. Psykologstanden besitter kunnskap og kompetanse som er helt sentral når nye tjenestetilbud skal utvikles. Av den grunn er det et paradoks at psykologer i liten grad har sitt virke innenfor rehabiliteringsfeltet. Arbeid er en av de aller viktigste livsarenaene for voksne mennesker – og helt sentralt når helse og mangel på sådan skal forklares. Samtidig er det et interessant og viktig fagfelt for psykologer, både på forsknings-, tiltaks- og behandlingssiden. Da kan ikke psykologer overlate arbeidslivsarenaen fullstendig til masterutdannede uten klinisk kompetanse.

Norske psykologer og psykologiske forskningsmiljøer har siden 1960-tallet og frem til i dag vært sentrale premissleverandører av kunnskapsgrunnlaget for å forstå det psykososiale arbeidsmiljøet og hvordan dette påvirker psykisk helse. Pioneren og psykologen Einar Thorsrud bidro sterkt til at psykologiske jobbkrav ble skrevet inn i arbeidsmiljøloven. I boken *Mot en ny bedriftsorganisasjon* fra 1969 ble de seks psykologiske jobbkravene lansert: Variasjon, Læring, Innflytelse, Anseelse, Sammenheng og Fremtid. Kravene sammenfatter arbeidstagerens behov som går ut over de grunnleggende hygiene faktorene lønn, arbeidstid og sikkerhet mot skader og vilkårlig oppsigelse. De psykologiske jobbkravene er uttrykk for kjerneverdier som har stått seg i norsk arbeidsliv, og som har bidratt til å forsterke grunnleggende kulturelle karaktertrekk i norsk arbeidsliv og sikret større deltagelse og involvering innenfor norske virksomheter. Samtidig er det liten grunn til å tro at disse kjerneverdiene er etablert en gang for alle. I et stadig mer spesialisert og prestasjonsorientert arbeidsliv, med stadig hyppigere endringer og et stadig økende krav om oppdatering og tilpasning, trengs psykologene mer enn noen gang. Både for å tilrettelegge for helsefremmende arbeidsplasser



DEBATT PÅ NETT:

Sats på arbeidslivet!

Store samfunnsutfordringer kan løses ved at psykologers kompetanse benyttes i arbeidslivet i større grad enn i dag. Derfor bør arbeidslivet være Psykologforeningens hovedsatsningsområde de kommende årene, skriver Jørgen Edvin Westgren, Espen Falch-Nicolaisen og Eirik Wahl Seeberg i Yngre psykologers utvalg.

og for å hjelpe arbeidstagere som strever med å takle arbeidshverdagen, på en best mulig måte.

VELFERD FOR DEN ENKELTE OG LANDET

Ser vi på norsk arbeidsliv, er det mye positivt å trekke frem: høy grad av likestilling, høy arbeidsdeltagelse, relasjoner som jevnt over er preget av anstendighet og tillit, og høy arbeidsproduktivitet. I tillegg er vi verdensledende på arbeidsmiljø og har et velferdssystem som trolig er det beste i verden. Så rapporterer da også ni av ti at de trives på jobb. Samtidig er det en naturlig konsekvens av den høye arbeidsdeltagelsen at vi har mange sårbare individer i arbeidslivet, en andel som vil øke ytterligere med økt arbeidsdeltagelse. Det er derfor helt avgjørende at arbeidstagere med spesielle behov møter et helsefremmende arbeidsmiljø, også når kravene til effektivitet øker. Dette er viktig fordi den høye arbeidsdeltagelsen bidrar positivt i dobbel forstand – både gjennom økt verdiskapning og gjennom reduserte utgifter til helsetjenester – samtidig som arbeidsaktive individer bidrar som gode rollemodeller for neste generasjon.

Ut over de helsemessige konsekvensene arbeidsdeltagelse har for den enkelte og dennes familie, er høy arbeidsdeltagelse vesentlig for å kunne opprettholde velferdsstaten. Gjennom å kombinere høye krav med stor grad av autonomi har vi i Norge så langt klart å opprettholde høy produktivitet og samtidig opprettholde et godt og helsebringende arbeidsmiljø. Gjennom å gi arbeidstageren mye egenkontroll, med ansvar for egne resultater, kommer arbeidstageren i en aktiv arbeidssituasjon som gir helse, i tillegg til produktivitet, jobbengasjement og jobbtilhørighet. Kombinasjonen av høy arbeidsdeltagelsesgrad og effektivitet har gitt Norge et solid konkurransefortrinn. Utfordringen fremover blir å ta vare på dette konkurransefortrinn gjennom alle omstillingene vi skal igjennom. Her kan psykologer bidra både på system- og individnivå.

ARBEID I ENDRING

Arbeidslivet vil preges av en rekke utfordringer i tiden som kommer, utfordringer som innebærer at arbeidstagere må tilpasse seg stadig nye krav og rammevilkår. Eksempelvis vil det teknologiske paradigmeskiftet som tvinger seg frem, innebære at arbeidstagere i stadig større grad vil måtte forholde seg til, endog samarbeide med, avanserte teknologiske systemer. Med psykologers kunnskap om hjernen, følelsesliv

og samhandling kan vi gå i front for at systemene utformes slik at arbeidstagere får innfridd de psykologiske jobbkravene. Slik kan vi unngå at automatiseringsprosessen fjerner all opplevelse av mening og autonomi. Samtidig er det nødvendig med et arbeidsliv som omfatter flere, om vi skal vi opprettholde velferdsnivået vi har i dag, og forebygge sosial ulikhet. Innvandrere må i større grad integreres, det generelle sykefraværet må ned, noe som også gjelder antall uføre, samtidig som vi trolig må regne med å stå lenger i jobb enn i dag som en følge av økende aldersgjennomsnitt i befolkningen. Globaliseringen fører til mer konkurranse, kombinert med at vi har store utfordringer knyttet til pensjonsordningen når vi får stadig flere eldre per yrkesaktiv. Konsekvensen er et økt press på arbeidslivet, og dermed også på arbeidsmiljøet. I og med at Norge er et høykostland, må vi derfor stille høyere krav til arbeidstagerne enn mange land vi konkurrerer med. Med sin unike kompetanse på hvordan mennesker tenker, føler og handler, og hva som ligger til grunn for faktisk og opplevd mestring, er det viktig at psykologene er sentrale i arbeidet med å tilrettelegge for arbeidsplasser som faktisk klarer å kombinere hensynet til effektivitet med den enkelte ansattes psykologiske jobbkraav.

Ved å velge *Arbeid som påvirkningsfaktor og inkluderingsarena* som hovedsatsningsområde for neste landsmøteperiode tar Psykologforeningen et aktivt grep for å sikre at psykologisk kompetanse blir sentralt i utviklingen av morgendagens arbeidsliv og arbeidsmiljø. Gevinsten ved et mer inkluderende arbeidsliv er åpenbar: Mennesker som ellers ville ha vært en del av utgiftstatistikken, bidrar i stedet på inntektssiden. Ved å kombinere kunnskap fra normalpsykologi, arbeids- og organisasjonspsykologi og klinisk psykologi, samtidig som vi anlegger både et systemisk og individualpsykologisk perspektiv, kan psykologprofesjonen tilby en helhetlig forståelse av faktorer som utgjør et helsefremmende og effektivt arbeidsliv. Til beste for samfunnet, bedriftene og den enkelte arbeidstager med familie. En slik satsning vil også bidra til å øke antallet nye psykologarbeidsplasser, og på den måten gjøre norske psykologer enda mer relevante også på de arenaene der grunnlaget for god helse legges – ikke bare når uhelse skal repareres.

Husk dette når du stemmer på nytt hovedsatsningsområde på Landsmøtet i november! ✕

Kort tid ≠ god kvalitet



Når statsministeren bruker ordet «kvalitetsstandardisering» om pakkeforløp, er det standardisering og ikke kvalitet hun snakker om.

ESPEN ODDEN,
ABUP Arendal

**PSYKISK
HELSEVERN**

IMPLEMENTERINGEN AV pakkeforløp er i gang. Men skal pakkeforløpene fungere etter hensikten, må den politiske omtalen nyanseres. Jeg jobber som barnepsykolog i spesialisthelsetjenesten, og er redd at unyanserte politiske fremstillinger i media kan drive fagutviklingen bort fra menneskers livsarenaer og begrense psykisk helsearbeid til terapirommene. Som når statsminister Solberg omtaler pakkeforløp i VG i mai.¹ Hennes fremstilling bærer bud om et psykisk helsevern der standardiseringsønsket går på bekostning av kvalitet, og der pakkeforløp og kvalitetsstandardisering har blitt et behov som må dekkes. Med statsministerens ord: «Vi trenger et pakkeforløp for kvalitetsstandardisering og for hvordan ADHD-diagnostisering skal skje.»

Som vi skal se, er Solbergs forståelse av pakkeforløp problematisk. Og hva betyr egentlig kvalitetsstandardisering?

ET FORLØP DU IKKE VISSTE DU TRENGTE

Pasientrettigheter skal sikre kvalitet i utredning og behandling, og bærebjelkene her er prinsippene om tilgjengelighet, brukermedvirkning og offentlig samhandling. Med pasientrettighetene følger det nå en rett til pakkeforløp. Innen en angitt frist skal utredningen munne ut i en diagnostisk vurdering. Denne diagnosen danner grunnlaget for beslutninger om det blir videre utredning, behandling eller avslutning, og innen en gitt frist skal det gis tilbakemelding om denne beslutningen til familien og aktuelle samarbeidende instanser.

Kvalitetsstandardisering innebærer slik både kvalitet og standardisering. Men når statsministeren bruker ordet, er det standardiserin-

.....

1. Se <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/mR3qOO/lover-penger-til-ny-adhd-oppfoelging>

gen hun i praksis omtaler når hun ikke vil ta stilling til hva slags innhold det skal være i pakkeforløpet. Hun omtaler kvalitet som om det er avhengig av standardisering av tid, og tillegger pakkeforløp en større betydning enn det bør ha.

Pasientrettigheter skal være retningsgivende for hvordan tjenestene struktureres, og disse rettighetene både påvirker og griper direkte inn i oppfølgingen av pasientene vi skal hjelpe. Men å si at vi *trenger pakkeforløp* – som om det er et behov i oss – er i beste fall unøyaktig. Det vi trenger, er nemlig ikke pakkeforløp, men kvalitativt gode helsetjenester. Mens pakkeforløp er lite annet enn en konstruert struktur som sikter mot å bidra til dette. Statsministeren snakker derimot om kvalitet uten å ta stilling til innholdet i pakkeforløpene, og uten å forstå at kvalitet og pakkeforløp verken er eller blir det samme, uansett hvor mange ganger politikere gjentar reklamesloganet i media.

TID

Statsministeren forutsetter også at sen diagnostikk er ensbetydende med utilstrekkelig oppfølging: «For veldig mange har det da kanskje gått tre eller fire år siden foreldrene mistenkte ADHD, og begynte å ta kontakt med myndighetene. I de årene har man gått og ventet. Man har ikke fått god nok oppfølging.»

Statsministerens premiss er imidlertid svakt. Psykisk helsearbeid er tuftet på erkjennelsen om at dialog kan skape gode endringer, og at en slik dialog krever forståelse og tillit. Prinsippene om brukermedvirkning og offentlig samhandling hviler på en slik forståelse av dialogens endrende kraft. Men skal man etablere gjensidig forståelse og tillit, både mellom pasient og hjelpepersonell, men også mellom hjelpeapparatets ulike enheter, trenger man tid. Særlig for barn kan det ta tid å bli trygg i en uvant

setting, og barn strever ofte med å sette ord på egne tanker, følelser, handlinger og opplevelser. Tid, ikke sjelden *god tid*, er derfor knyttet til kvalitet i psykisk helsevern. *Kort* tid mellom symptom og diagnose trenger derimot slett ikke bety god kvalitet, slik Solberg synes å mene.

SAMHANDLINGSARENAER

Med pakkeforløpene frykter jeg en dreining bort ifra helsefremmende oppvekstvilkår til en snevrere forståelse av barns behov. For diagnostikk alene gir sjelden nok informasjon, verken i kartleggingsarbeidet eller for å utvikle hensiktsmessige tiltak, da gode tiltak avhenger av lokale forhold og situasjonelle betingelser. Statsministerens omtale av kvalitet og pakkeforløp gjør meg bekymret, og viser hvor viktig det er at vi korrigerer for en snever og unyansert politisk fremstilling av hva kvalitet i psykisk helsevern er. Kanskje kan vi i stedet videreutvikle en forståelse av behandling som ser menneskers psykisk helse som noe som inngår i den verden vi lever i. Slik kan vi også motvirke en behandlingsforståelse som suger energien ut av oss som jobber i psykisk helsevern, og som forstår feltets kompleksitet.

Det vi trenger, er gode samhandlingsarenaer som legger til rette for brukermedvirkning, og dermed et mer helhetlig og meningsfullt bilde av barns vansker og behov. Satsning på tilgjengelighet, brukermedvirkning og samhandling er nettopp i denne ånden. Beslutninger om det blir videre utredning, behandling eller avslutning, bør baseres på dialogen som forgår på samhandlingsarenaer som er tilpasset lokale forhold, der de aktuelle offentlige og private aktørene er til stede. På denne måten vil en kunne se for seg *hvordan* offentlig samhandling og brukermedvirkning blir for *dette* barnet i *denne* aktuelle kommunen. Diagnosenes betydning kommer mer til sin rett når de i mindre grad knyttes til byråkratiske beslutninger, og i større grad knyttes til forståelse av vansker og behov på menneskers livsarenaer. Mye bra kan skje om en samler de riktige menneskene. Alt som kreves i tillegg, er tid og sted.

Den videre implementeringen av pakkeforløp bør vektlegge etablering av samhandlingsarenaer. Overgangen mellom ulike utrednings- og behandlingsspakker bør forankres i slike konkrete samhandlingsarenaer. *Det* ville være en mer meningsfull standardisering. ✕

Debattert

Omstridt personlighet

Lettsolgt Enkle personlighetstester til bruk i arbeidslivet er populære. Med Veritas' stempel blir de trolig enda lettere å selge.

Eva Grindes i Dagens Næringsliv lørdag 27. juli

Skrinlegg Behovet for bedre ansettelse har gitt oss tre ulike sertifiseringsordninger under DNV GL [Veritas], men dessverre fungerer bare en av disse sånn noenlunde. Det er på tide å enten skrinlegge hele prosjektet, eller heve ambisjonsnivået til noe vi kan tro på.

Frode Hübertz Haaland i Dagens Perspektiv 30. juli

På tide Det er første gangen jeg ser det settes kritisk lys på Veritas' selvopprente funksjon som kvalitetsgransker av psykologiske tester. Det var på tide. Jeg har aldri skjont det faglige grunnlaget for at Veritas skulle ta på seg en slik oppgave. Alle personlighetstester er omdiskuterte. Hvorfor skal kjøpere av slike tester bry seg om testen er godkjent av Veritas eller ikke?

Paul Moxnes på DN.no 6. august

Utdatert Testene som Veritas har sertifisert, ble utviklet i industrisammenheng, hvor man tenkte at det var best og mest effektivt å få plassert mennesker hvor de kunne fungerte best, små tannhjul her, store tannhjul der. (...) Det synes bakstrevensk å hegne om tester basert på et utdatert samfunns- og menneskesyn, og det er ikke et gyldig argument for fortsatt å bruke dem at de er statistisk reliable.

Thomas Dahl på DN.no 8. august

Bås En feilavgjørelse som jeg antar skyldes mangel på markedsforståelse hos Norsk Psykologforening, er at kravene til tester som brukes til utvikling ikke trenger å være så strenge som kravene til tester som brukes til rekruttering. Men testene som brukes i utvikling følger gjerne de som testes, i årevis. Folk settes i bås, og de blir i båsen.

Rolf Lindgren i Dagens Perspektiv 8. august

Urimelig At kommersielle testleverandører og bedrifter skulle være mer nøytrale enn en ikke-kommersiell faglig organisasjon, faller på sin egen urimelighet. Lindgren vet som psykolog utmerket godt at Norsk psykologforening både er en faglig forening som har som mål å fremme godt fag til befolkningens beste. I tillegg til å være en uavhengig fagforening.

Rudi Myrvang i Dagens Perspektiv 16. august

I den evidensbaserte bobla

Vi mister noe av kunnskapen om individuelle variasjoner når vi presser psykologien inn i den medisinske modellen.



ROLF SUNDET,

Universitetet i Sørøst-Norge

PSYKISK HELSEVERN

DET ER KRISE i psykisk helseverndelen av spesialisthelsetjenesten.¹ Det er ikke nok ressurser til å gi et forsvarlig tilbud til tjenestens pasienter. Nye dokumentasjons- og praksiskrav oversvømmer psykologene uten at kravene utløser flere ressurser. Tillitsvalgte sentralt og lokalt har gjennom pressen og Psykologtidsskriftet påpekt og dokumentert dette. I omtrent hele min karriere har jeg jobbet i det som nå kalles spesialisthelsetjenesten, og mine erfaringer gjør at jeg ikke tviler på at det er en ressurskrise. Men andre erfaringer forteller meg at det også handler om noe mer enn flere ressurser og folk.

SUKSESS UNDER PRESS

I femten år etter årtusenskiftet jobbet jeg i et familieteam i barne- og ungdomspsykiatrien. Tanken var et tilbud nærmere der familiene bodde, og at vi skulle gi et intensivt tilbud til 11 familier i året. Dette var familier som ikke opplevde å få hjelp på poliklinikken, og ofte følte seg krenket over at deres perspektiv ikke var blitt hørt og tatt på alvor. Denne opplevelsen skyldtes ikke at poliklinikkens ansatte var

.....

1. Innlegget er en omarbeidet, forkortet versjon av Rolf Sundets faglige innspill «Krise i spesialisthelsetjenesten – noe mer enn en ressurskrise?», publisert på Psykologtidsskriftet.no.

dårlige terapeuter, men at deres rammebetingelser gjorde at de vanskelig kunne gi rom til familiens perspektiv og preferanser.

En viktig grunn til dette var de økte kravene til dokumentasjon, utredning og diagnostikk som fulgte i årene etter millenniumskiftet. Den medisinske modellen ble stadig mer styrende for praksis, og metoder som hentet sin evidens fra randomiserte, kontrollerte studier, ble vektlagt. Men samtidig som poliklinikken opplevde press, økte familieteamet sin pasientportefølje fra de tiltenkte 11 familiene til over 100 familier i året.

En viktig grunn til at vi klarte dette, var at vi samarbeidet med barna, de unge og deres familier ved å følge deres ønsker, mål, preferanser, perspektiv og ideer om hva som skulle til for at vi kunne være til hjelp. Vi arbeidet høyintensivt i begynnelsen av kontakten, og reduserte den videre tidsbruken avhengig av familiens behov. Siste intervensjon i arbeidet var å spørre familien om de ønsket å avslutte kontakten med oss eller fortsatt stå på vår liste uten at vi satte opp ny avtale, men at de ved behov kunne ta kontakt. På dette viset kunne de fem fagpersonene i teamet ha kontakt med hundre familier. Selvsagt ikke det samme antallet klienter som forventes ved en poliklinikk, men langt flere enn de 11 vi opprinnelig var satt opp med.



IDEOLOGI OG KRISER

Vi lever i evidensens tid der kunnskap fra randomiserte, kontrollerte studier er gullstandarden. Men familieteamet møtte familier som hadde prøvd evidensbaserte metoder og ikke fått hjelp. En stipendiatperiode og et påfølgende professorat gav mulighet til å se nærmere på forskning og begrepet evidensbasert praksis. Jeg spør meg om ikke en del av krisen i spesialisthelsetjenesten nettopp skyldes at evidensprosjektet slik det framstår i dag, synes å være et ideologisk prosjekt mer enn et forskningsbasert prosjekt. Min begrunnelse for dette er tredelt.

For det første: den medisinske modellen. Denne vektlegger en arbeidssekvens der en starter med utredning som skal gi en diagnose, som igjen skal tydeliggjøre hvilken evidensbaserte metode som må følges. Men modellen har ingen klar forskningsmessig støtte, og det er liten sammenheng mellom diagnose og utfall i terapi. Nylig spurte jeg John Norcross om sammenhengen mellom utredning og utfall i terapi. Hans svarte at den lille forskningen han hadde funnet, viste at det var liten eller ingen sammenheng. Et forskningsorientert psykisk helsevern må derfor nedtone den medisinske modellen og heller gi andre modeller plass.

For det andre: Vektleggingen av kunnskap generert gjennom den randomiserte, kontrollerte studien skaper en illusjon av å få vite noe sikrere om hva som gjelder enkeltindividet og samarbeid mellom bru- »

I SIN EGEN BOBLE Psykologien mister grepet om det som ligger utenfor den medisinske bobla, skriver Rolf Sundet. Foto: Martin Brink / Millenium / Scanpix



En del av krisen i spesialisthelsetjenesten skyldes at evidensprosjektet slik det framstår i dag, synes å være et ideologisk prosjekt mer enn et forskningsbasert prosjekt

ker og terapeut om hva som kunne være til hjelp, samtidig som alternative forskningstilnæringer til spørsmålet om årsaker for det enkelte individ marginaliseres. Tiltro til at vi har evidensbaserte metoder gir også et psykisk helsevern der behandlere lett kan forklare gode resultater med metoden, mens mangel på gode resultater forklares med pasienten. Når behandlere bruker egen teori til å forklare manglende endring som en side ved pasienten, trenger en heller ikke søke etter andre metoder. Men hvis man, slik vi erfarte i familieteamet, anvender familiens responser og innspill til å utvikle og justere terapiløpet, kommer vi mye lenger enn når et fastlagt, standardisert intervensjonsopplegg følges.

For det tredje: Utviklingen i ledelse og tjenesteorganiseringen har gitt oss en ny treenighet. Her er den medisinske modellen Vårherre. Frelseren er den randomiserte, kontrollerte studien som skal frelse enhver terapeut fra usikkerhet og mangel på resultat, mens New Public Management er den Hellige ånd som sikrer at vi forblir i den rette tro. Det er også her jeg finner det tillegget i vår krise som går ut over spørsmålet om ressurser. For psykologer i spesialisthelsetjenesten synes låst inne i denne treenigheten. Ved å akseptere den medisinske modellen, og at kliniske studier i RCT-paradigmet utgjør det nødvendige og tilstrekkelige grunnlaget for vår praksis, har vi spilt oss rett inn i fanget på New Public Management. Ikke minst skjedde dette idet vi aksepterte den amerikanske psykologforeningens prinsipperklæring for evidensbasert praksis som ledestjerne for vår praksis. Denne prinsipperklæringen betoner kunnskap fra randomiserte, kontrollerte studier, noe som gjør at effektiv behandling fort ses som å følge standardiserte metoder. Dette går rett inn i New Public Managements vektlegging av standardisering og kontroll. Klinisk erfaring er rett nok med i prinsipperklæringen, men som pakkeforløpene viser oss: Det er klinisk forskning som har forrang. Og selv om pasientens preferanser nevnes i prinsipperklæringen, kommer den helt nederst i den tredelte kunnskapsorganiseringen mange leser som et kunnskapshierarki.

KVASIPSYKIATER?

Psykologforeningen og hele profesjonen må derfor vende et kritisk blikk mot sin egen forståelse av psykoterapi og psykologisk behandling. I dag er det fare for at psykolog(spesialist)er i spesialisthelsetjenesten ender opp som kvasipsykiatere som omfavner den medisinske modellen, eller i verste fall som saksbehandlere hvis viktigste oppgave ikke er å tilby behandling, men å selektere hvem som skal få et tilbud eller ikke. Vi trenger derfor en debatt, rotfestet i både pasienterfaringer, terapeuterfaringer, forskning og teori, om hva en psykologisk tilnærming til spesialisthelsetjenester skal være.

Jo, det er nok en ressurskrise i psykisk helsevern. Men spørsmålet er om det ikke også er en kunnskaps- og ferdighetskrise der det å arbeide *utenfor* en medisinsk modell ikke lenger er en del av psykologenes kunnskaper og ferdigheter, og der et snevert kunnskapsbegrep basert på randomiserte, kontrollerte studier hindrer oss i å oppdage og arbeide med den individuelle variasjon som barn, unge og deres familier representerer. Uten at vi forholder oss til dette, vil ikke mer ressurser løse problemene og krisen i våre tjenester. ✕



DEBATT PÅ NETT:

Et klassedelt lavterskeltilbud

Psykologer er en knapp ressurs i dagens helsemarked. De skal utjevne sosiale forskjeller, ikke øke dem. Lite tyder på at kommunepsykologene er i stand til å møte behovet i den delen av befolkningen som ikke kan betale for private tjenester. Derfor må Psykologforeningen utrede de samfunnsmessige konsekvensene av at private lavterskel psykologtjenester kun er tilgjengelige for de privilegerte, skriver Simon Thorsell Næs, leder i Vestfold lokallag.

Familieterapeutene mangler

Vi ser med bekymring på at familieterapi er på vikende front i psykisk helsevern, og at en individualisert og diagnostisk forståelse av psykiske helsevansker tar stadig mer plass.



TIL TROSS FOR at det er en bred enighet om at familien er viktig, både for å forstå og behandle psykiske helsevansker hos barn og unge, er familieterapi på vikende front. Siden opprettelsen av Modum bad for over 50 år siden, har familieterapi vært en naturlig del av tilbudet i psykisk helsevern. Vi ser nå med bekymring på at familieterapi viker plass, og at en individualisert og diagnostisk forståelse av psykiske helsevansker stadig tar mer plass. Noe som dessverre fører til at ressurser i familien ikke blir mobilisert, eller at relasjonelle vansker i familien blir oversett. Til tross for at familieterapi stadig utfordres av mer individorienterte retninger, viser imidlertid en mengde studier at familieterapi er en kostnadseffektiv tilnærming med svært gode resultater for en lang rekke relasjonelle og psykiske helsevansker, både for barn, ungdom og voksne (Carr, 2019; Morgan et al., 2013; Retzlaff et al., 2013; Stratton et al., 2015; von Sydow et al., 2013).

RELASJONELL HELSE

Vi fødes alle inn i denne verden som relasjonelle, kommuniserende, dialogiske og sosiale mennesker. Vi er alltid del av en kontekst og med kapasiteter som kommer «til syne» når de blir anerkjent som en relasjonell aktør, der

«symptomene» opptrer som del av livsutfordringer i familien, med venner eller på skolen. «Vi er flokkdyr, alle med medfødte manglvarer», som avdøde Per Fugelli så treffende bemerket. Når vi opplever vansker, er hjelpen som oftest mest nyttig når vi kan løse det i fellesskap med dem som betyr mest for oss. Det er viktigheten av og potensialet i «flokkene» som familieterapi handler om å sette i bevegelse.

Regjeringen har markert familieliv og psykisk helse som et satsningsområde i sin plattform. Vi etterlyser at par- og familieterapi også blir et satsningsområde i psykisk helsevern. Det er et stort paradoks at helsemyndighetene fremhever betydningen av kunnskap om familierelasjoner og relasjonelt arbeid, samtidig som familieterapi som tilnærming og forståelsesramme marginaliseres i relevante arbeidskontekster, som for eksempel psykisk helsevern. Finansieringsmodeller som teller individer og ikke familier, truer eksistensgrunnlaget for inneliggende familieavdelinger. Kommunereformen vektlegger «tradisjonell» psykisk helse, og det er i liten grad vektlagt «relasjonell» helse, selv om forskningen viser en nærmere sammenheng mellom livskvalitet og relasjonell fungering enn til avgrensede symptomer alene. Vi har de siste tiårene fått økt

LENNART LORÅS, familieterapeut MFSP og førsteamanuensis ved Høgskulen på Vestlandet og førsteamanuensis II ved VID Vitenskapelige Høgskole i Oslo.

JAN STOKKEBEKK, familieterapeut MFSP og stipendiat i familieterapi ved Bergen og omland familiekontor. Ph.d.-kandidat ved HEMIL-senteret, Psykologisk fakultet, Universitetet i Bergen.

FAMILIETERAPI





SPILLER PÅ LAG Problemer bør gjerne løses i fellesskap med de som står oss nærmest. Det blir vanskeligere når familieterapien mister fotfeste i psykisk helsevern, skriver Lennart Lorås og Jan Stokkebekk. Foto: Standret / Shutterstock / Scanpix



Familieterapi har en styrke i at det ikke «alene-gjør» mennesker med deres utfordringer

kunnskap om betydningen av god relasjonell helse. Ensomhet og manglende sosial kontakt er en like alvorlig trussel for folkehelsen, i form av nedsatt livslengde, som overvekt, dårlig kosthold, røyking (Holt-Lunstad, 2018). Vi vet også at et økende antall unge opplever ensomhet, vedvarende konflikter og relasjonelle vansker i familien. Familieterapi har en styrke i at det ikke «alene-gjør» mennesker med deres utfordringer, men forsøker å se det i sammenheng med den sosiale konteksten de er en del av. Familieterapi er ikke kun en modalitet for å avhjelpe samspillsvansker, det er også en tilnærming for å mobilisere sosial støtte og motstandskraft. Skadevirkninger av intrapsyriske symptomer (angst/depresjon) avhenger som kjent av i hvilken grad det blir til snublestener i det sosiale livet, og i hvilken grad det finnes sosial støtte.

MOTVEKT

Psykisk helsevern bør derfor ta på alvor at mennesker ikke lar seg kategorisere ved hjelp av «døde» og smale beskrivelser.

Med godt over fire hundre mulige merkelapper for anormalitet har det verdensomspennende nettverket av patologisk orienterte psykologer [les: individorienterte behandlere] sjelden problemer med å plote inn et menneskes hele og fulle livshistorie i henhold til innholdet i diagnosemanualene (Madigan & Nylund, 2019).

Mennesker er bevegelige, foranderlige, relasjonelle vesener med en mengde historier og ressurser som ikke lar seg «fange» ved hjelp av diagnostiske verktøy alene. Et første steg mot et mer ressursfokustert og relasjonelt fundert psykisk helsevern vil være å inneha spesialisert og differensiert kunnskap om familiære, relasjonelle og kontekstuelle forhold. På denne måten kan fremtidens psykisk helseverns terapeutiske tilnærming bygge på en bredere kunnskapsbase der intrapsykisk orientert forståelse (utredning) og familierapeutiske perspektiver ses på som komplementære kilder til kunnskap. Familierapi er en interdisiplinær disiplin og består av ulike profesjoner med ulike kompetanseområder. En rekke europeiske land (Sverige, Finland, England) har nasjonale sertifiseringsordninger for familierapeuter. I Norge har det de senere år blitt utdannet kliniske familierapeuter på masternivå. Norske helsemyndigheter bør ta et selvstendig ansvar for å vektlegge relasjonell helse. Et steg i riktig retning vil være utarbeide nasjonale sertifiseringsordninger for familierapeuter med klinisk kompetanse på masternivå, slik at psykisk helsevern får en motvekt mot «individfokus» og kan gi kvalifisert bistand når det gjelder relasjonelle helsevansker. ✕

Les også Fra praksis-bidraget om familierapi på side 665.

REFERANSER

- Carr, A. (2019). Forskning på familierapi. I L. Lorås & O. Ness (red.), *Håndbok i familierapi* (s. 105–113). Bergen: Fagbokforlaget.
- Holt-Lunstad, J. (2018). Why social Relationships Are Important for Physical Health: A Systems Approach to Understanding and Modifying Risk and Protection. *Annual Review*, 69, 437–458. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122216-011902>
- Madigan, S. & Nylund, D. (2019). Narrativ familierapi. I L. Lorås & O. Ness (red.), *Håndbok i familierapi* (s. 183–196). Bergen: Fagbokforlaget.
- Morgan, T.B., Crane, D.R., Moore, A.M., Eggett, D.L. (2013). The cost of treating substance use disorders: Individual versus family therapy. *Journal of Family Therapy*, 35(1), 2–23. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1467-6427.2012.00589.x>
- Retzlaff, R., von Sydow, K., Beher, S., Haun, M.W., Schweizer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for Internalizing and other disorders of childhood and adolescence: A systematic review of 38 randomized trials. *Family Process*, 52(4) pp. 619- 652. <https://doi.org/10.1111/famp.12041>
- Stratton, P., Silver, E., Nascimento, N., McDonnell, L., Powell, G., Nowotny, E. (2015). Couple and family therapy outcome research in the previous decade. What does the evidence tell us? *Contemporary Family Therapy*, 37, s. 1–12. <https://doi.org/10.1007/s10591-014-9314-6>
- von Sydow, K., Retzlaff, R., Beher, S., Haun, M.W., Schweizer, J. (2013). The efficacy of systemic therapy for childhood and adolescent externalizing disorders. A systematic review of 47 RCT. *Family Process*, 52(4), s. 576–618. <https://doi.org/10.1111/famp.12047>



Presidenten og terapirommet

Psykologforeningens kommende president må holde kontakten med sitt terapirom.

JØRN HOKLAND, klinisk psykolog

PRESIDENTKAMP

DEN MENNESKEINNSIKTEN som er oppnådd gjennom klinisk teori og egen praksis, setter psykologen i stand til å gjøre god nytte for seg i mange samfunnsfunksjoner. Den klassiske norske psykologmodellen med fordypning i klinisk psykologi er en kulturell bragd med legitimitet og behov i hele befolkningen. Ingen særinteresser bør få ødelegge denne kulturinstitusjonen. Vi skal betrakte med skepsis de psykologer som bruker tiden til å krige med mennesket på nabokontoret i stedet for å hjelpe medmennesket i terapirommet.

«Terapirommet» skal her forstås bredt. For kommunepsykologen er hele kommunen terapirommet. Et slikt terapirom blir altfor stort for meg, for jeg har møtt og har stor respekt for de to kommunepsykologene i min kommune. Men vi er alle gjennom vår utdanning og praksis kliniske psykologer – den autoriserte psykologen er en klinisk psykolog. Dette fellesskapet skal Psykologforeningen verne. Jeg foreslår at den nye presidenten setter av minst en dag i uka til å beholde kontakten med sitt terapirom. Det vil alle medlemmene tjene på.

Hva tenker de to presidentkandidatene om dette forslaget? ✕

Unødig patologisering

Forståelsen av kjønnsinkongruens bør bevege seg i en ressurs- fremfor patologiorientert retning.



**ELSA ALMÅS, ESSEN
ESTHER PIRELLI
BENESTAD og SILJE-
HÅVARD BOLSTAD**

**KJØNNS-
INKONGRUENS**

RØNSTAD OG RINGS (R & R) innlegg i Psykologtidsskriftets juli-utgave uttrykker bekymring for at identifiserte deler av helsevesenet skal overse alvorlige psykiske lidelser hos ungdom som opplever kjønnsinkongruens. Vi vil gjøre vårt beste for å oppklare noen av de misforståelsene som presenteres, men det er ett punkt der vi klart er uenige, og det er i synet på kjønnsinkongruens i seg selv som en psykisk lidelse.

TVIL OG MISFORSTÅELSER

R & R sår tvil om faglig kompetanse hos følgende navngitte personer: *Silje-Håvard Bolstad*, spesialist i klinisk psykologi og spesialist i sexologisk rådgivning; *Elsa Almås*, spesialist i klinisk psykologi, spesialist i klinisk sexologi NACS og professor i sexologi; *Esben Esther Pirelli Benestad*, allmennlege, spesialist i klinisk sexologi NACS og professor i sexologi. Til sammen representerer vi tre 85 års klinisk erfaring. Vi følger *Standards of Care*, utarbeidet av *World Professional Association for Transgender Health* (Coleman et al., 2011).

R & R peker på «upresise uttalelser i media», og trekker frem en uttalelse fra Benestad i programmet «Torp», der hen uttaler at psykiske problemer «faller som epler fra trærne om høs-

ten». Bakgrunnen for uttalelsen var resultater fra en undersøkelse gjort ved Universitetet i Agder i 2018. Denne viser at de som opplever å ha fullført sin kjønnsbekreftende prosess, rapporterer dramatisk mindre symptomer på depresjon. Og av de 30 prosent av respondentene som har gjort selvmordsforsøk, svarer 90 prosent at det skjedde før kroppsjusterende behandling, og kun fem prosent at det skjedde etter behandlingen. Dette er oppsiktsvekkende! R & R viser til Dhejne og kolleger som grunnlag for å hevde at selvmordsrisiko ikke reduseres ved behandling. Dhejne og kolleger hevder imidlertid ikke at selvmordsrisikoen er høyere etter behandling enn før behandling, men at den er høyere hos pasienter som har gjennomgått kjønnsbekreftende behandling, enn hos en kontrollgruppe som består av ikke-kjønnsinkongruente (Dhejne et al., 2011). R & R refererer også til Adams og kolleger for å vise hvordan vi tar feil. Denne artikkelen er en gjennomgang av 42 studier som omhandler suicidalitet. Bare én av studiene som er referert, ser på suicidalitet før og etter behandling, og den viser at 15 prosent rapporterte selvmordsforsøk før behandling og null prosent etter behandling (Adams, Hitomi, & Moody, 2017; Cole, O'Boyle, Emory, & Meyer, 1997).

«Behandlingen som Bolstad og kollegaer fremmer overfor barn og ungdom, samsvarer ikke med strenge internasjonale guidelines, drøfter ikke risikoene som er knyttet til slik behandling, og feilfremstiller pårørendes velbegrunnede bekymringer.» Hva vet de om hva som faktisk drøftes i våre behandlingssammenhenger? R & R trekker frem retningslinjer fra Endocrinological Society (Hembree et al., 2017). Disse retningslinjene avviker ikke fra den praksis som vi anbefaler og praktiserer.

AKSEPT OG ANERKJENNELSE

R & R skriver at det er vanskelig å forstå «hvordan diagnosen kjønnsinkongruens, basert på en persons opplevde ubehag ved sin medfødte kropp og kjønn, ikke skal betraktes som en psykisk lidelse». Vi synes derimot at dette er lett å forstå, i møte med velfungerende mennesker som oppfyller kravene til diagnosen kjønnsinkongruens. Mange undersøkelser viser bedre psykisk fungering hos dem som får aksept og anerkjennelse for sin subjektive opplevelse av kjønnsidentitet. Psykiske problemer er resultat av minoritetstress og opplevelse av en vanskelig og noen ganger svært krevende livssituasjon.

«Helsestasjon for kjønn og seksualitet i Oslo og gruppen ved UiA mener likevel at de kan behandle uten å inneha den nødvendige ekspertisen fra psykisk helsevern.» Det er feil at Helsestasjonen ikke har den nødvendige ekspertisen fra psykisk helsevern; i tillegg har de sexologisk kompetanse og lang erfaring fra arbeid med kjønnsinkongruens.

«Paradokset gir etter vår mening et skinn av ideologiske motiv uten forankring i etablert medisinsk vitenskap.» De fleste fagpersoner i vår del av verden har god tro på at de som jobber fram diagnostiske retningslinjer (se ICD-11) er godt forankret i etablert medisinsk vitenskap, noe vi også er.

FRA PATOLOGI TIL RESSURS

Ideologi er tydeligvis noe som R & R betrakter som farlig og suspekt. Med utgangspunkt i en nøytral eller positiv forståelse av ideologi ser vi at det skjer en endring i hvilke forklaringer som anvendes for å forstå kjønnsinkongruens, fra en patologiserende til en ressursorientert forklaring. De som søker hjelp for kjønnsinkongruens, skal møte behandlere med kompetanse som omfatter kunnskap om kjønn og identitetsutvikling, kunnskap om normal psykologisk utvikling, psykiske problemer og medisinske utfordringer. Ideelt bør de kunne møte tverrfaglige team i sitt lokalmiljø.

R & R er opptatt av at mange som opplever kjønnsinkongruens, «vokser det av seg» – det er vanlig at barn utforsker kjønn i perioder av livet. De færreste av disse opplever at de har en annen kjønnsidentitet enn de er tildelt, men en liten gruppe gjør det, og ønsker hjelp til å kunne leve som det kjønn de opplever seg som.

Selv om mange opplever psykisk stress og psykiske problemer i forbindelse med kjønnsinkongruens, er det også mange som ikke gjør det på annen måte enn at de trives dårlig i kroppen sin. Det er stadig flere som er svært velfungerende, som tar utdanning, er i jobb, og ikke opplever skam eller angst ved å være kjønnsinkongruent. Det er viktig å sørge for at de som har psykiske problemer, får nødvendig helsehjelp, men ikke utsette hele gruppen for omfattende psykiatrisk utredning. Det er unødvendig bruk av ressurser som kunne vært bedre anvendt. ❌

REFERANSER

- Adams, N., Hitomi, M., & Moody, C. (2017). Varied Reports of Adult Transgender Suicidality: Synthesizing and Describing the Peer-Reviewed and Gray Literature. *Transgender Health, 2*(1), 60–75.
- Cole, C.M., O'Boyle, M.O., Emory, L.E., & Meyer, W.J. (1997). Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses. *Archives of Sexual Behavior, 26*, 13–26.
- Coleman, E., Bockting, W., Botzner, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., . . . Zucker, K.J. (2011). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism, 13*, 165–232. doi:10.1080/15532739.2011.700873
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A.L.V., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLOS ONE www.plosone.org, Vol 6*(2), e16885.
- Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M.H., . . . T'Sjoen, G.G. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 102*(11), 3869–3903. doi:10.1210/jc.2017–01658



REPRESENTATIVT UTVALG? Ideelt sett burde alle medlemmer av Psykologforeningen være til stede under landsmøtet. Her fattes beslutninger som vedgår oss alle. Foto: Nora Skjerdingsstad

Et mindretallets tyranni?

En promille av Psykologforeningens medlemmer skal i november stake ut psykologforeningens kurs. Er du representert?



JONAS LEVERSEN,
psykologspesialist

**PSYKOLOG-
FORENINGEN**

DET VAR GANSKE tilfeldig at jeg deltok på mitt første landsmøte i Psykologforeningen. I 2010 sendte lokalavdelingen i Østfold ut en felles-mail om at de manglet en delegat. Selv om jeg var relativt nyutdannet psykolog, svarte jeg. Senere samme år satt jeg i landsmøtesalen, relativt uvitende om den makten som ligger i å skulle representere og fatte beslutninger på vegne av psykologstanden.

Etter å ha deltatt på flere landsmøter har jeg tenkt mer på hva representasjon faktisk betyr, både når det kommer til *hvem* og *hva* som skal representeres. For på landsmøtet fattes vedtak av stor betydning for oss alle, enten vi jobber i kommunen, privat eller i psykisk helsevern. Lands-

møtet staker ut kursen for foreningens framtid, og kampen om presidentvervet avgjøres.

Enkelt sagt er landsmøtet psykologenes storting. Det er her foreningens politikk fattes, og det er denne sentralstyret, presidenten og sekretariatet senere skal utføre. Ideelt sett burde derfor samtlige medlemmer og interesser være representert.

ET REPRESENTATIVT DEMOKRATI?

Prinsippet om demokratisk representasjon er da også omfattet i Psykologforeningens lover, der det heter at «landsmøtet er en representativ forsamling». Her er det nok geografisk representasjon det vises til, da det videre presiseres

at antall delegater på landsmøtet bestemmes av hvor mange medlemmer det er i det enkelte fylke.

Men slik Stortingets sammensetning bestemmes ut fra både geografisk og partipolitisk representasjon, slik burde også landsmøtet i foreningen reflektere mangfoldet i medlemsmassen. Dette fordi vi er en fagforening som skal «ivareta medlemmenes faglige og økonomiske interesser når det gjelder deres arbeid som psykologer» (paragraf 1, punkt 1 i våre lover). Ideelt sett må da delegatsammensetningen gjenspeile hvor brorparten av landets psykologer jobber.

HVEM ER DELEGATENE PÅ LANDSMØTET?

Landsmøtets 100 delegater velges i møter arrangert av de respektive lokalavdelingene. I en representativ forsamling som hensyntar arbeidssted, ville 60 delegater ha jobbet i psykisk helsevern, mens de resterende 40 delegatene ville kommet fra blant annet kommunen, det private, forskningsinstitusjoner og staten. Slik var det imidlertid ikke på forrige landsmøte, der ansatte i psykisk helsevern derimot var sterkt underrepresentert, mens ansatte i kommunen var sterkt overrepresentert. Minoriteten var i majoritet.

I MINORITETENS MAKT

Engasjement er ikke jevnt fordelt, verken i befolkningen eller en forening som vår, og det er gjerne tilfeldigheter som avgjør hvem som reiser av gårde for å stake ut foreningens fremtid. Videre er nok engasjementet sterkere for områder med nybrottsarbeid – slik som psykologer i kommunen – enn for klassiske psykologoppgaver i spesialisthelsetjenesten. Dette er naturlig, og arbeidet for å få lovfestet psykolog i kommunen, samt sikre gode rammebetingelser for disse, har vært viktig de siste årene.

Nå står vi imidlertid overfor en situasjon der foreningen bør lytte til stemmene fra ansatte i psykisk helsevern. Flere medlemmer har meldt fra om kritikkverdige forhold, og at tjenesten bygges ned. Der som flertallet av delegatene på landsmøtet ikke har følt denne nedbyggingen på kroppen, blir det vanskelig å finne løsninger på problemene. Det er som kjent vanskelig å gi god behandling før man har kartlagt problemet.

BEFOLKNINGENS HELSE - OG VÅRE ARBEIDSVILKÅR

Jeg anmoder derfor alle foreningens medlemmer om å engasjere seg i hvem som velges som delegater til landsmøtet i november. Situasjonen i psykisk helsevern beskrives av mange som prekær, og valgene foreningen må gjøre på dette feltet, krever en økt representasjon fra denne delen av psykologstanden. Dette er viktig også for at satsingen på kommunepsykologer skal lykkes. For uten et godt fungerende psykisk helsevern lykkes vi heller ikke med forebygging; da blir kommunepsykologene sittende med oppgaver og pasienter som tar ressurser bort fra det viktige forebyggingsarbeidet.

Derfor bør medlemmer som *ikke* jobber i kommunen, kjenne sin besøkelsestid på årets landsmøte. Spør ditt lokallag om når det skal holdes valg av delegater. Møt opp og stem – eller meld deg selv som kandidat! Vi berøres alle av vedtakene som fattes på landsmøtet. Derfor bør hele medlemsmassen være representert i vår øverste demokratiske forsamling. ✕



Nå står vi imidlertid overfor en situasjon der foreningen bør lytte til stemmene fra ansatte i psykisk helsevern

DEBATT PÅ NETT:

Temperatur rundt rasismeparagrafen

Carl Müller Frøland, initiativtager bak oppropet «Fjern Rasismeparagrafen», lot seg ikke imponere av debattinnlegget til Heidi Wittrup Djup og kollegaer der de forsvarer rasismeparagrafen. «Psykologiske villfarelser», mener Frøland, mens Djup & co repliserte: «Stemmer stilnes av andres hat».

Jeg stemmer på Håkon Skard som president!



Psykologforeningen trenger en president som har følt situasjonen psykologer og pasienter står i, på kroppen.

SIRI NÆS,

foretakstillitsvalgt for Norsk psykologforening ved Helse Møre og Romsdal HF

PRESIDENTKAMP

VI PSYKOLOGER VET hvor viktige følelser er. Vi bør bli sinte når helseminister Høie lover pasientene våre at vi skal gi dem god behandling, men ikke gir oss verktøy til å gjennomføre det. Vi bør trå til og kreve handling fra helsemyndighetene. For å kunne gjøre det trenger vi en president som har følt situasjonen vi og pasientene står i, på kroppen, og som vil ha endring. Vi trenger en president som har vilje og mulighet til handling, der vi kjenner avmakt i presset mellom for mye ansvar og for lite tid til å gjennomføre det. Dette er Håkon Skard.

Et godt kommunehelsetilbud forutsetter en god spesialisthelsetjeneste og motsatt. Vi må prioritere hele helsetilbudet. Vi må bygge ut i kommunene, men vi må også slåss for kvaliteten i spesialisthelsetjenesten. For å kunne greie dette trenger vi en politisk ledelse i Psykologforeningen som brenner for hele helsetilbudet.

BRENNENDE KLINIKER

Med sitt engasjement for kvalitet i psykologisk behandling, veiledning og undervisning er Håkon Skard et nødvendig tilskudd til presidentskapet. Skard vil, sammen med Heidi Tesands brennende samfunnspsykologiske engasjement for forebygging og lavterskeltjenester og Rune Frøylands tunge kompetanse på lønn og arbeidsmarked, sikre en solid representa-

sjon av medlemmenes interesser. Som en kliniker som brenner for sine pasienter, og med sin erfaring som tillitsvalgt i møter med ledelsen vil Håkon være det leddet vi trenger mellom politikerne og oss som praktiserer ute i tje- nestene.

Forståelsen av helseforetakenes økonomiske situasjon og deres prioriteringer innenfor denne mangler, og den manglet også under Andreas Høstmælingens periode som fagsjef. Nå trengs det førstehåndskompetanse på hvordan foretakenes prioriteringer og finansieringsmodeller påvirker vårt arbeid. Fra noen som vet hvordan foretakene tenker. En som har sittet rundt forhandlingsbordet med helseforetaksledelsen og talt klinikernes og pasientenes sak. Derfor trengs det friske krefter inn.

HANDLING NÅ

Jeg har gjennom flere innlegg i media dokumentert og beskrevet tilstanden som er i psykisk helsevern. Dette er ikke ny informasjon for Psykologforeningen. I flere år har «vi» blitt møtt med beskjed om at dette bør tas på alvor, og at det skal drøftes og vurderes. Vi trenger handling nå. Vår president skal være en av oss, vår representant. Han skal kunne lytte til medlemmene og våre tillitsvalgte. Han skal både kunne vite hvordan situasjonen føles for oss psykologer, og besitte kunnskap og vilje til å bedre den.



NØDVENDIG «Med sitt engasjement for kvalitet i psykologisk behandling, veiledning og undervisning er Håkon Skard et nødvendig tilskudd til presidentskapet», skriver Siri Næs. Foto: Fartein Rudjord

For når Psykologforeningen bestemmer seg for å ta tak, får det effekt. Om Psykologforeningen retter fokuset mot ressursituasjonen i spesialisthelsetjenesten, kan vi kanskje få til en endring. Nylig ble det presentert resultater i Dagsavisen, som viste at vi ofte ikke har tid til å gi virksom behandling. Responsen lot ikke vente på seg. Det kom svar fra statsminister, helseminister og Arbeiderpartiet kort tid etter. Hadde dette fokuset kommet uten et press utenfra? Psykologforeningen har også behov for friske innspill og ny kompetanse.

Jeg er ikke i tvil om at begge presidentkandidatene er dyktige og vil det beste for faget og medlemmene. Likevel blir det for meg et enkelt valg hvor stemmen min skal gå, når valget står mellom en kandidat som utfordrer sittende president på rent engasjement, og en kandidat som selv erkjenner å ha hørt på beskrivelsene av forverrede vilkår som fagsjef – uten å reagere.

HVA NÅ?

Det er ikke flere diskusjoner om kvalitet eller større fokus på ledelse vi trenger i spesialisthelsetjenesten nå. Først trenger vi konkret handling for å ivareta medlemmene og pasientene, med en tydelig tillit til medlemmenes faglige autonomi og en klar beskjed om at det ikke finnes kvalitet uten kostnad.

Jeg tror det er mulig. Vi kan få til endring. Tjenester som gir et likeverdig behandlingstilbud – som hjelper. Der kvalitet styrer innenfor realistiske økonomiske rammer. Dersom vi jobber sammen. Hvem skal snakke for alle oss de neste tre år? Jeg kan kun bruke min stemme, det er landsmøtet som avgjør. ❌

DEBATT PÅ NETT:

Levende atferdsanalyse

Det er riktig at atferdsanalyse står svakt blant norske psykologer. Men alt i alt brukes nok atferdsanalyse mer og bredere i dag, skriver Børge Holden ved Sykehuset Innlandet. Holden kommenterer Jan Skjerve og Sissel Reichelts tekst om atferdsanalyse (augustutgaven av Psykologtidsskriftet).

Medlemmenes røst og Psykologforeningens siloer

«Nytt blod» tilfører ikke med nødvendighet gode strukturelle endringer, eller løsningen på den manglende medbestemmelsen i Psykologforeningen.

Fra innsiden av organisasjonen er det lettere å få overblikk over strukturene som ikke fungerer.



ANDREAS HØSTMÆLINGEN,

fagpolitisk direktør
RBUP og Oppland
lokallags kandidat
til presidentvervet i
Psykologforeningen

PSYKOLOG- FORENINGEN

ETTER AT JEG presenterte mitt kandidatur som president i Psykologforeningen, har det blitt ytret bekymring for at jeg som tidligere ansatt vil være en forsvarer av det bestående og ikke vil tilføre nytt blod. Jeg ønsker å bevare det som er bra, og samtidig røske opp i det som ikke fungerer. Da kommer kunnskapen om Psykologforeningen godt med.

ENDRING OG BEVARING

Valgkamper er ofte preget av fremoverlente budskap. «Endring» høres bedre ut enn «det bestående», «nytt» er bedre enn «gammelt». Men nytt blod er ikke alltid bedre enn gammelt. Blodets ferskhets har liten verdi som kvalitetsindikator om det ikke også er riktig type blod.

Enhver leder som ønsker å tenke nytt og visjonært, må samtidig vite hva som skal bevares og styrkes av det gamle, og da trenger man god kjennskap til organisasjonens eksisterende politikk og arbeidsformer. Man må vite hvilke krefter som legger hindre i veien for nytenning, hvem som er kulturbærere i organisasjonen, og som må overbevises om å være med på laget. Man trenger noen som kan motivere og begeistre de man jobber med, og som nyter nok respekt til å bli lyttet til når man skjærer gjennom og fatter en beslutning. Man trenger noen som kan lede ryddige prosesser, og som evner å se hvor man trenger å sikre intern forankring. Man trenger noen med overordnet strategisk blikk, som forstår hvilken kontekst Psykolog-

foreningen beveger seg i opp mot andre samfunnsaktører, og som forstår hvilke hjertesaker det er mulig å få gjennomslag for, og hvilke man bare vil slå hodet i veggen med. Man trenger noen som kan sette tydelige mål, men samtidig la flinke fagfolk få frihet til å jobbe.

Litteraturen om ledelses- og organisasjonspsykologi renner over av denne type argumenter. Og en av grunnene til at store organisasjoner rekrutterer sine toppledere innenfra, er nettopp fordi det å ha gått i læra gir forutsetninger for å ivareta mange av disse oppgavene. Og ikke minst gir det muligheten til å få på plass ledere som er operative fra første dag og ikke trenger å bruke ett til to år på å gjøre seg kjent med organisasjonen.

OM Å TREKKE I ULIKE RETNINGER

Å bare peke på behovet for nytt blod og endring som et gode i seg selv ligner på amerikanisert politisk retorikk. Vi trenger en grundig utveksling av ideer om hva som faktisk bør endres og hvorfor, og hvilke lederegenskaper man trenger for å få det til. Jeg forstår de som er frustrert over manglende medbestemmelse i Psykologforeningen, og mener vi trenger en grundig gjennomgang av foreningens organisasjonsmodell. I stor grad tror jeg misnøyen henger sammen med en kaotisk representasjonsstruktur, uklare ansvarsforhold i den politiske ledelsen og mangel på prosesser som sikrer integrering mellom politikkområder. Sekretariatet og

presidentskapet er organisert i siloer med arbeidsoppgaver som trekker i ulike retninger.

Et eksempel på dette er manglende samsvar mellom prinsipperklæringen om evidensbasert praksis og spesialistutdanningene. Det er vanskelig å komme utenom at empirisk validerte behandlingsmetoder sammen med fellesfaktorer er gjensidig viktig i psykoterapi. Allikevel har vi spesialistutdanninger i barn og unge og voksne som ikke krever at man spesialisere seg i metode. Et annet eksempel er finansiering av kommunale psykologtjenester. Fra et lønns- og arbeidsmarkedsperspektiv kan det være en fordel å jobbe for statlige finansieringsordninger, mens det fra et faglig perspektiv kan være nyttig å tenke finansiering over rammebudsjetter. Et tredje eksempel handler om å bygge gode fagmiljøer i kommunene. Et ledd i dette kan være å fokusere på et fåtall spesialiteter som særlig relevante for kommunene, mens det fra et lønns- og arbeidsperspektiv kan være en dårlig idé å begrense flyten av arbeidskraft mellom ulike sektorer på den måten. Et fjerde eksempel er utviklingen av spesialistenes oppgaver i sykehusene, som i større grad blir vridd mot å kvalitetssikre andres arbeid uten at innholdet i spesialistutdanningen endres tilsvarende. Eksemplene er mange og vitner om en forening som har utviklet god spisskompetanse på separate politikkområder, men som ikke får til å integrere dem i helhetlig politikk.

EN KLAR REPRESENTASJONSSTRUKTUR

Landsmøtet har blitt forelagt og drøftet innstillinger om Psykologforeningens organisasjonsstruktur i 1983, 1987, 1991, 1993, 1995 og 2004, men i prinsippet har vi beholdt den samme organiseringen. Nå er det 15 år siden foreningens høyeste organ hadde det på dagsorden. Siden 1983 har vi vokst fra rundt 1400 medlemmer til 10 000, og vi har samtidig vokst fra de premissene som lå til grunn for organiseringen den gang. Vi løser ikke disse utfordringen bare ved å «lytte til de tillitsvalgte og lokale ledd». For å lytte må man vite hvem man skal lytte til i hvilke spørsmål. Da må man ha en klar og tydelig representasjonsstruktur. Det har vi ikke i dag.

Selv om jeg er kandidat til presidentvervet, har jeg ikke forslagsrett til selve landsmøtet. Det er det styret og lokalavdelingene som har. Derfor har jeg jobbet sammen med styret i Oppland lokalavdeling, som har fremmet forslag til landsmøtet om å evaluere Psykologforeningens organisasjonsmodell.¹ Jeg er glad for at Oppland har valgt å fremme saken og håper det kan resultere i en grundig drøfting og tydelige føringer fra landsmøtet til det nye styret. ✕

1. Forslaget kan leses i sin helhet på www.psykologforeningen.no/medlem/lokalavdelinger/oppland/aktuelt/saker-til-landsmoetet-2019



Det vil være en krise for Psykologforeningen å sette interessepolitikk foran fag- og samfunnspolitikk, slik Håkon Skard mener, skriver Andreas Høstmælingen. Les innlegget «Farlige veivalg» på Psykologtidsskriftet.no.

Vennskap, valgkamp og troverdighet

NÅR KOLLEGIALT VENNSKAP og egne interesser inngår i debattene inn mot landsmøtet, settes redaksjonens habilitet på prøve. Presidentkandidat Andreas Høstmælingen er en nær bekjent av journalist Per Halvorsen og en god ekskollega av meg.

Eller ta hovedinnlegget i denne utgaven, der Anette Høy Due og Rudi Myrvang argumenterer for å velge arbeidsliv som hovedsatsningsområde de neste årene. Førsteforfatter har jeg arbeidet med i Moment i flere år, andreforfatter har jeg hatt som veileder, samtidig som vi av og til omgås privat. Da er det vanskelig å bruke lederplassen til å mene noe sterkt om hvilket satsningsområde landsmøtet bør gå for.

Samtidig kan ikke Psykologtidsskriftet ha berøringsangst til dette stoffet. Snarere er det vår plikt å dekke disse sakene, gjennom journalistikk, debatter og kommentarer. Men opplever aktørene og leserne at vi ikke er uavhengige i vår dekning, mister vi vår troverdighet.

Det er en styrke for Psykologtidsskriftet at vi inngår i det fellesskapet og kjenner saksforholdene vi skal dekke. Men forvalter vi ikke de profesjonelle kravene om å skille mellom det personlige og det faglige, vil det raskt stilles spørsmål ved vår integritet. Og stiller leserne spørsmål ved vår integritet, er det redaksjonens ansvar å gi svar som viser at vi har et bevisst og gjennomtenkt forhold til denne type problemstillinger, slik at troverdigheten bevares.

Bjørnar Olsen, sjefredaktør

Gjøre, ikke drøfte

Halvparten av landets kommuner har ikke psykolog. Tiden er inne for handling, ikke drøfting.



HÅKON KONGSRUD SKARD,

psykologspesialist og kandidat til presidentvervet, og

ØYVIND

SANDESETER,

psykologspesialist, BUP Hedmark, poliklinikk Tynset, Sykehuset Innlandet HF

PSYKISK HELSEVERN

I VÅRT INNLEGG «Psykologisk utilgjengelig» (se juli-utgaven) påpeker vi at rekruttering er mer enn ressurser. Så det er fint at Andreas Høstmælingen er enig med oss i dette (se innlegg i august-utgaven). Likevel mener vi at alle tilgjengelige virkemidler må vurderes for å sikre satsingen på psykologer i kommunen.

TYDELIGGJØRING AV BEHOV

Et hovedpremiss i Høstmælingens innlegg er at vi tar til orde for *nye* statlige tilskudd, og med det utgangspunktet tegner han et skremmebilde av hvor ille det kan bli for kommunepsykologene dersom vi får det som vi angivelig vil. Men vi har kun foreslått en videreføring av rekrutteringstilskuddet som ett av flere mulige tiltak for å sikre at alle kommuner får på plass tilgangen til kommunepsykolog.

Langt viktigere enn rekrutteringstilskuddet er en presisering overfor kommunene av *hvorfor* de er pålagt å ha kommunepsykologer. Vår bekymring for at en del kommuner vil kunne spekulere i å bryte lovkravet, er nemlig ikke tatt ut av løse luften. Vi har snakket med kommunale beslutningstakere, som erkjenner at det er vanskelig å se hvorfor de skal prioritere rekruttering av kommunepsykologer samtidig som de strever med mangel på fastleger og sykepleiere – yrkesgrupper det kan være langt enklere å se det konkrete og ufravikelige behovet for i primærhelsetjenesten. Det må derfor tydeliggjøres overfor kommunene hvilke behov de forventes å kunne dekke.

AVKLARENDE PAKKEFORLØP

Etter innføringen av pakkeforløp har det blitt tydeligere hvor spesialisthelsetjenestens ansvar slutter og kommunehelsetjenestens ansvar begynner. Dermed er den arbeidsdelingen Høstmælingen ønsker å drøfte, allerede langt på vei innført.

Der kreative psykologer i spesialisthelsetjenesten i distriktene tidligere kunne kompensere for et mangelfullt tilbud i kommunene ved å være fleksible, har man nå strammere tidsfrister å forholde seg til, og man må ta mer eksplisitt stilling til om behovene faller innenfor eller utenfor spesialisthelsetjenestens ansvarsområde. Dersom tilgangen til psykologkompetanse allerede var godt etablert i alle kommuner, ville ikke denne innstramningen av spesialisthelsetjenestens tilbud rammet like hardt.

NYE HULL

Men i de kommunene der kommunepsykolog ikke er på plass *før tidligst* i januar 2020, har det oppstått et tydelig hull i tilbudet, som forverres av den prekære situasjonen som er dokumentert i spesialisthelsetjenesten.

Innføring av kommunepsykologer har det, som Høstmælingen påpeker, vært jobbet med i 15 år. Resultatet av alle de grundige drøftingene som allerede har funnet sted, er en bred satsing som favner både forebygging og lavterskel helsehjelp. Vi mener at når nær halvparten av landets kommuner ennå ikke oppfyller kravet, er tiden inne for konkret handling, ikke mer drøfting. ✖



FOTO: MORTEN BRUN



Fra ungdommenes ståsted

Rådene i boken fra Forandringsfabrikken er i tråd med terapiforskningen, mener vår anmelder Beate Duus Wetteland, som gjerne ser boken på pensumlisten på profesjonsstudiet i psykologi. Julie (bildet) er en av forfatterne av boken *Psykisk helsevern fra oss som kjenner det - unge deler erfaringer og gir råd*.

Les anmeldelsen på side 706.

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.

Flukten fra det moderlige nekropolis

Filmen *Phantom Thread* fremstår umiddelbart som et kostymedrama, men i møte med psykoanalysen blir den til en beretning om narsissisme som et fengsel; der det å kunne elske, trenge og ta imot noe fra et annet menneske virker umulig.

TEKST

Kjell Grønnevik, psykologspesialist ved Kronstad DPS og kandidat ved Institutt for Psykoterapi

KONTAKT

kjellgronnevik@yahoo.no

S pillefilmen *Phantom Thread*, av Paul Thomas Anderson, gikk på norske kinoer i 2018. Hovedrolleinnehaver Daniel Day-Lewis erklærte i etterkant av innspillingen at han var ferdig som skuespiller. I et eksklusivt intervju forteller han hvordan han under innspillingen ble overveldet av en følelse av tristhet som vedvarer, og som han ikke kan forklare. Jeg vil i det følgende arbeidet forsøke å belyse filmens hovedkarakter gjennom André Greens beskrivelse av en tilstand han omtalte som «hvit sorg», og hans teori om «The dead mother complex».¹

Phantom Thread utspiller seg i London på 1950-tallet. Hovedpersonen, Reynolds Woodcock, er en velrenommert designer av kvinneklær. Sammen med søsteren Cyril, en humørløs peppermø som holder orden og oppsyn, forsyner han sosietet og adel med kjoler under navnet *House of Woodcock*. Reynolds er selverklært ungkar. Det han gjør, er å sy kjoler, punktum. Han er kontrollert og kontrollerende. Han er avhengig av faste rutiner. Han unngår i størst mulig grad

kontakt med andre mennesker ut over syerskene, velbemidlede kunder og søsteren, som han omtaler som «my old so-and-so». I tillegg antydes en serie av elskerinner, som i avgrensede perioder får fungere som inspirasjon for hans kjolekunst, inntil han går lei og bytter dem ut med neste.

I begynnelsen av filmen får vi et kort bekjentskap med en av dem, Johanna. Vi møter henne akkurat idet Reynolds har gått lei. Stilltiende samtykker han til at søsteren sender henne ut bakdøren med oktoberkjolen som vederlag. For å bli kvitt den uroen som har gjort seg påtrengende, parallelt med at han gikk lei av Johanna, foreslår søsteren at han tar seg en tur på landet. Etter en vill kjøretur slår han seg til ro i en grå kystlandsby. Ved frokostbordet fester han øynene på servitrisen Alma og blir igjen grepet av en sterk appetitt. Han bestiller en omfangsrik frokost før han innlemmer Alma som neste muse i rekken.

Harmonien slår snart sprekker. Alma forstyrrer ham med høye lyder når hun spiser. Hun forstyrrer rutinene hans. Hun har egne meninger om valg av kjolestoff. Og hun insisterer på å overraske ham med egenlaget middag, selv om Cyril innstendig har advart henne mot det. Når hun attpåtil steker aspargesen i smør fremfor olje, er begeret fullt: Reynolds går lei og

.....

1. Arbeidet er inspirert av Freuds fabelaktige tolkning av Wilhelm Jensens roman *Grädiva* (Freud, 1907/1959).



KONTROLL PÅ SØMMENE Filmen *Phantom Thread* utspiller seg i London på 1950-tallet. Hovedpersonen, Reynolds Woodcock, designer kvinneklær, og har full kontroll både i design og relasjoner – inntil Alma entrer livet hans. Foto: United International Pictures

stenger henne ute. Mønsteret gjentar seg. Alma er på vei ut. Men Alma er ikke som de andre kvinnene i rekken. Hun har en dristig plan og viljen til å gjennomføre den. Mer om det senere.

Inntil videre får vi nøye oss med å si at forholdet slik det forløper, preges av stadige og brå skift i måten Reynolds relaterer seg til Alma på. Han pendler fra å virke interessert, åpen og noe tilnærmet nær, til å være taust eller bryskt avvisende. I en scene bryter Alma ut i fortvilelse: «Det er noe mellom oss.» Og noe senere: «Alt er et spill.» Så – hvordan skal vi forstå disse stadige og brå skiftene? Hva slags «spill» er det som pågår? Og hva er det Alma så sterkt fornemmer ligger mellom henne og Reynolds?

Filmen gir relativt klare nøkler til en fortolkning: Relasjonen til hans avdøde mor dukker stadig opp. Reynolds uttrykker at han fortsatt elsker sin mor. Han ønsker å ha henne så nær som mulig og har derfor sydd inn en hårlokk fra moren i jakkefôret, like over hjertet. Han tenker på henne, han drømmer om henne, og i en scene dukker hun opp som en hallusinasjon. I bakgrunnen, *som et spøkelse*, (for)følger den avdøde moren Reynolds og oss, *som en tråd* gjennom filmen og livet hans: En *fantom-tråd*.

ANDRÉ GREEN: «HVIT SORG»

Den franske psykoanalytikeren André Green har i sin artikkel «The dead mother» (Green, 1983) forsøkt å si noe om hvordan en bestemt type objekt-tap får konsekvenser for strukturering av psyken, med dertil hørende vansker med å etablere nære og varige relasjoner.

Freud hadde i sin artikkel «Mourning and melancholia» (1917/1957) synliggjort relasjonen mellom objekt-tap, tilbaketrekning av interesse for omverdenen og utvikling av depresjon. Green merket seg imidlertid at noen av hans pasienter kom i behandling uten de åpenbare teg-

”

Det han gjør er å sy kjoler, punktum. Han er kontrollert og kontrollerende. Han er avhengig av faste rutiner

»

”

Men Alma er ikke som de andre kvinnene i rekken. Hun har en dristig plan og viljen til å gjennomføre den

nene på depresjon. De var ikke preget av den typiske selvdevalueringen som Freud beskriver. De kunne også være tilsynelatende velfungerende. Gjerne vellykkede innenfor akademien eller kunst. Samtidig hadde de vansker med å kjenne glede over sine prestasjoner og store vansker med å etablere nære relasjoner. I sitt møte med disse pasientene merket Green seg en underliggende følelse av tomhet og impotens. En tilstand preget av *fravær*. Fravær av det som gir livet en følelse av vitalitet og mening. Green omtalte denne tilstanden som «den hvite sorg».

Reynolds minner meg om pasientene Green beskriver. Han er velrenommert og vellykket i sitt arbeid. Han fremstår ikke deprimert. Men det er vanskelig å spore særlig glede, tilfredshet eller vitalitet i ham. Bilturene, der han midlertidig gripes av noe vilt, hensynsløst og begjærlig, fremstår som et manisk forsvar mot hans grunnstilstand. På det jevne er han preget av rigiditet og grunnleggende tomhet. Eller som han selv uttrykker det: «en eim av død». Hans vansker med å etablere en nær og varig relasjon til en kvinne er åpenbar. Reynolds bærer, slik jeg ser det, tydelige preg av hvit sorg.

THE DEAD MOTHER COMPLEX

Som tittelen på Greens artikkel, «The dead mother», indikerer, knytter han denne tilstanden til tap av mor. Green viser her *ikke* til morens fysiske død, men hva som skjer når en mor som har vært mentalt tilgjengelig og kjærlig overfor barnet, brått absorberes av eget tap og blir mentalt og emosjonelt utilgjengelig. Fra å ha vært i et rikt og gledesfylt fellesskap med mor blir barnet mentalt overlatt til seg selv. Kjærligheten er tapt med et slag. Brutalt og uten forvarsel. Moren blir en levende død i barnets opplevelse. Dette utgjør for barnet en stille katastrofe, som vekker enorm angst. Green ser for seg at barnet først vil kjempe mot angsten og forsøke å gjenetablere kontakten med mor.² I sin omnipotens vil barnet fortsatt ha en tro på at det er i stand til å reparere moren. Når dette ikke lykkes, ser Green for seg at barnet vil ty til et to-trinnet forsvar med motgående bevegelser. På det bevisste (førbevisste) plan vil barnet trekke tilbake sin følelsesmessige og mentale investering i morsobjektet (decathexis). Selv om dette ikke er verbalisert, forestiller jeg meg

.....

2. Jf. Tronicks «Still face experiment». Se YouTube-klipp.

at det er som om barnet sier til seg selv: «Hun betyr ikke noe for meg lenger. Hun er *ingen-ting*.» Samtidig tenker Green at det skjer en motgående, ubevisst prosess: Barnet identifiserer seg med det døde, og nå tømte, morsobjektet. Siden mor og relasjonen til henne ikke kan repareres, blir dette eneste måten å gjenforenes med mor på: Identifisere seg med – og i sin kjerne *bli* – den døde mor. Fra dette punkt skisserer Green hvordan psyken struktureres rundt denne ubevisste kjernen av tomhet, med konsekvenser for arbeid og ikke minst kjærlighetslivet. En personlighetsorganisering Green omtaler som «The dead mother complex».

ØDIPUSKOMPLEKSET, SKJULT I KULISSENE

Fokus her er på den tidlige relasjon mellom mor og barn. Green mener imidlertid at barnet fra starten vil ha en slags forutanelse om en tredje; altså «noe» utenfor mor barn-dyaden. Alt som trekker mors oppmerksomhet og kjærlighet bort fra barnet, vil tilskrives fornemmelsen av denne tredje, som senere i utviklingen vil få sin manifestasjon i *faren*. Opptakten til ødipuskomplekset figurerer således som et bakteppe fra starten av og er, ifølge Green, vesentlig for å forstå den døde mor-komplekset. Når barnet mister forbindelsen med mor, som skissert, vil det kunne tilskrive dette tapet til faren. Ved å identifisere seg med, og i sin kjerne bevare en tett forbindelse med, den døde moren, vil barnet i sin fantasi utkonkurere rivalen. Det er som om eksistensen av den tredje/rivalen/faren – og således også ødipuskomplekset – benektes. Slik spiller også farsfiguren en vesentlig rolle i den døde mor-komplekset; som en negasjon. Noen som *ikke* kan være der for at illusjonen av symbiotisk samvær med den døde mor kan opprettholdes.³

GREENS TEORI, ANVENDBAR?

Green utviklet sin teori om «The dead mother complex» ut fra sitt arbeid med voksne pasienter. Utgangstraumet han skisserer, tilbakeføres til en tidlig utviklingsfase, før episodiske minner, symboldannelse og språk. Det Green baserte seg på, var primært hva som ble synliggjort i pasien-

.....

3. Dette forsøket på et kort, relativt popularisert, sammen- drag av Greens teori yter nødvendigvis ikke full rettferdighet til kompleksiteten og dybden i Greens tenkning, spesielt hva angår ødipuskompleksets rolle i utviklingen av den døde mor-komplekset.

tens overføring i relasjonen til analytikeren og i de vanskene som oppstod i pasientens øvrige nære relasjoner. Også i vårt forsøk på å forstå Reynolds og mulige årsaksforklaringer til hans karakter er vi overlatt til bruddstykker av informasjon om fortiden. Det vi får vite, er at mor giftet seg for andre gang da han var 16 år. Vi får ikke vite når eller hvordan hennes første ekteskap opphørte. Men det er ikke urimelig å anta at hun ble forlatt eller, kanskje mer sannsynlig, at ektemannen døde. Reynolds mistet altså sannsynligvis sin far som barn, samtidig som mor uunngåelig har vært preget av sitt tap. I en eller annen grad har hun vært hensunken i relasjonen til et tapt objekt. Nettopp den type tapsopplevelse som Green mener *kan* danne grunnlaget for utviklingen av den døde mor-komplekset.

Den oppmerksomme leser vil her muligens ha merket seg en – tilsynelatende åpenbar – uoverensstemmelse mellom Greens teori og vår mann: Reynolds har også på det bevisste plan bevart en hengivenhet for sin døde mor. Han elsker henne og vil ha henne nær. Relasjonen bærer ikke preg av den bevisste tilbaketrekning av investering i morsobjektet (decathexis) som Green legger til grunn. Green skriver riktignok at morens faktiske død vil påvirke relasjonen og komplekset på avgjørende vis, men han utdyper ikke hvordan. Det er således grunn til å stille spørsmål ved om Greens teori er anvendelig på vår karakter. Men, som i Greens arbeid er ikke svarene først og fremst å finne i hva som eksplisitt sies. De må snarere søkes i de sporene som personlighetsorganiseringen etterlater seg: Hvordan et menneske lever sitt liv, og ikke minst hvordan det fungerer i nære relasjoner. Så la oss ta et nærrere blikk på Reynolds' liv og levnet.

REYNOLDS, MOR, TAP OG KJOLER

Vi starter med hans karriere. Tilsynelatende høyt fungerende, ja. Men det er noe altoppslukende, ufritt og ritualistisk over ham, inkludert i forholdet hans til å designe kjoler. Green omtaler en slik overinvestering i tvangspregget kreativ virksomhet som en «fantaseringstvang» (s. 152). Aktiviteten har, ifølge Green, som funksjon å få kontroll over noe indre som har vist seg å være uforutsigbart og utenfor ens kontroll, gjennom å kontrollere noe ytre. Green skriver: «It is evident that one is witnessing an attempt to master the traumatic situation» (s. 153). Så – hvordan kan vi forstå vår manns design av kjoler som et forsøk på å overkomme tapet av mor?

I Reynolds' historie er mor, tap og kjoler tett sammenvevd. Vi får vite at det var hans avdøde mor som lærte ham sykunsten. Han er fortsatt opptatt av hvordan moren ville ansett hans design. Slik opprettholder han, i sin fantasi, den indre morens blikk på seg gjennom å produsere kjole etter kjole. Slik kan vi se for oss at han forsøker å gjenskape en tapt tid, før katastrofen, der han var i sentrum for mors oppmerksomhet. Eller som Green skrev om sine pasienter: «The subject wants to be the mother's polar star, the ideal child» (s. 162). Ved å bli morens «polarstjerne» kan Reynolds også ignorere eller utkonkurrere far som rival, og slik unngå å forholde seg til den ødipale konflikt. Det er her verdt å merke seg at Reynolds lever i en verden som utelukkende består av kvinner. Det er påfallende hvordan han *ikke* forholder seg til andre menn. Eneste mann vi ser komme nær Reynolds i løpet av filmen, er dr. Hardy. Han feies imidlertid raskt av med et: «Fuck off!»

I tråd med Greens tenkning blir det nærliggende å betrakte Reynolds' karriere som kjole-designer som repetitive forsøk på å opprettholde en forbindelse til og revitalisere den døde mor. Slik han som ungdom forsøkte å revitalisere sin mor gjennom å gjøre henne klar for et nytt ekteskap ved å sy hennes brudekjole. Kjolene blir å anse som sublimeringsprodukter, som representerer ubevisste forsøk på å gjøre om på det opprinnelige traumet; ved å forsøke å erstatte en erfaring av fravær til en opplevelse av nærvær.

Men ifølge Green er disse forsøkene dømt til å mislykkes. Selv om disse menneskene kan frembringe stilfulle produkter, har ikke sublimeringsforsøkene noen stabiliserende effekt på deres indre tilstand. Green skriver at det er som om de gjennom sine akademiske eller kunstneriske anstrengelser skaper et «sammenlappet bryst» for å overkomme tapet av kjærlighet og mening. Men et «sammenlappet bryst» kan ikke omgjøre det opprinnelige tapet av mors tilstedeværelse. Sublimeringsforsøkene endrer i realiteten ingen ting, men bidrar først og fremst til å maskere hullet av tomhet. Den underliggende følelsen av tomhet vedblir derfor, og de forblir, poengterer Green, særlig sårbare på et punkt: *Kjærlighetslivet*.

NEDFROSSET KJÆRLIGHET

Pasientene Green viser til, kunne være gift. Han merket seg imidlertid at relasjonene ikke var preget av nærhet, fortrolighet eller omsorg





APPETITT | Reynolds er det noe som romsterer og vil frem, skriver Kjell Grønnevik. Dette «noe» antar formen av appetitt. Når han ser Alma første gang, blir han sulten. Alma kaller ham for «Hungry boy». Foto: United International Pictures

for den andre. Green forstod dette delvis som en konsekvens av barnets tidlig etablerte forsvar mot mors opprinnelige tilbaketrekning. På grunn av den bevisste (førbevisste) tilbaketrekning av investering (decathexis) i morsobjektet tror de at de har frigitt kjærlighet (libido) til å reinvestere i nye relasjoner. Men på grunn av den parallelle og ubevisste identifiseringen med den døde mor har de ikke tilstrekkelig kjærlighet til å etablere en varig og dypere relasjon med et annet menneske. Green skriver: «In truth, he will encounter the inability to love, not only because of ambivalence, but because his love is still mortgaged to the dead mother» (s. 156). *Kjærligheten er pantsatt hos den døde mor.*

Ifølge Green vil forsøk på å etablere nære relasjoner vekke intens uro. Ikke bare fordi de truer relasjonen til den døde mor, men også fordi etableringen av nære relasjoner vekker separasjonsangst: Objekter vil antas å sviakte slik mor en gang sviaktet. Repetisjonstvungen vil gjøre seg gjeldende: Som den gang vil frakobling (decathexis) gjenta seg som forsvar. De søker tilflukt i ensomheten og blir slik sin egen

mor. Slik gjenetableres balansen i den døde mor-komplekset. I forsøket på å bevare relasjonen til den døde mor, kan det ikke være for mye kjærlighet, lyst eller glede. Kontakten med egen kropp og egne lyster må brytes, og nye objekter må ikke komme for nær. Hele personens struktur er slik sett innrettet mot en fundamental fantasi, skriver Green: «To nourish the dead mother, to maintain her perpetually embalmed» (s. 162).

Dette er en tilstand av stillstand. Eller som Green formulerer det, «nedfrosset kjærlighet» (s. 155). Og disse menneskene føler seg ganske riktig fanget. De skjønner ikke selv hvorfor, fordi identifiseringen med den døde moren er ubevisst. Men de har en følelse av at en forbannelse hviler over dem. Green skriver: «The mother's blank mourning induces blank mourning in the infant, burying a part of his ego in the maternal necropolis» (s. 167).

Slik jeg ser det, er det nærliggende å forstå Reynolds som fortaapt i det «moderlige dødsriket» Green her skisserer. Som nevnt har han, i motsetning til Greens pasienter, en erkjent binding til sin mor. Men jeg oppfatter ikke at han erkjen-

ner hverken dybden, omfanget eller karakteren av denne bindingen. Den er idealisert og dekker over det faktum at han er fanget av den, og at den gjør livet hans tomt. Noe som særlig kommer til uttrykk i hans vansker med å etablere nære relasjoner. All Reynolds' kjærlighet er bundet opp av den døde mor, representert slik jeg ser det ved kjolekunsten. Når Alma i et av deres første møter spør ham hvorfor han ikke er gift, svarer han: «I make dresses» – som om det er selvforklarende at det ene utelukker det andre. Når Alma stiller seg undrende til dette, svarer han: «Ekteskapet ville gjøre meg svikeyfull, og det vil jeg ikke.» Her ville det være nærliggende å tenke at han mener han ville komme til å bedra kvinnen han giftet seg med. Men i tråd med Greens tenkning finner jeg det like sannsynlig at tanken på å binde seg til og gi sin kjærlighet til en kvinne, ville gi ham en følelse av å svikte kunsten og i det relasjonen til den døde mor.

NARSISSISME: ET HERMETISK LUKKET SYSTEM

Hele livet hans er innrettet mot å tjene kjolekunsten (den døde mor). Han har sine rutiner og ritualer som må opprettholdes. Han unngår nære relasjoner. I den grad han forholder seg til andre mennesker, er det i kraft av hvilken funksjon de kan ha for kunsten. Relasjoner til kvinner er tolererbare så lenge de innordner seg hans rutiner og fungerer som inspirasjon for kunsten. De fremstår i hans øyne mer som mannekenger, i betydningen utstillingsdukker, enn som virkelige kvinner. Alle hans relasjoner bærer således et umiskjennelig preg av *narsissistiske objektvalg*.

Alma innordner seg dette narsissistiske regimet i starten. Hun tilpasser seg. Står opp midt på natten om det er da Reynolds føler for å arbeide. Lar seg måle og bli kledd opp. I starten opplever hun det som fint. Vi får høre henne tenke: «I hans arbeid blir jeg perfekt. Alt føles riktig.» Men neste tanke som melder seg hos henne, er: «Kanskje er det slik alle kvinner føler det i hans klær.» Det demrer for henne at Reynolds ikke forholder seg til henne som et subjekt, med egen vilje, verdi eller individualitet. Det er et spill som pågår, og hun er en brikke. Et spill som er innrettet mot ett mål: Reynolds vil unngå å noensinne føle seg avhengig av et annet menneske, som han kan risikere trekke tilbake sin omsorg. I stedet er alt innrettet mot å opprettholde relasjonen til den døde mor.

Dette er et lukket system. En narsissistisk boble, der det å kunne elske, trenge noe og ta imot noe fra et virkelig menneske virker umulig.

«HUNGRY BOY»

I møte med dette fastlåste er det i filmen som om det oppstår et press fra to hold. Det ene, som jeg vil utdype nærmere om litt, kommer fra Alma, som trenger seg på ham med sin individualitet og sitt begjær. Men også i Reynolds er det noe som romsterer og vil frem. Dette «noe» antar formen av appetitt. Vi ser det når han ser Alma første gang. Han blir sulten. Alma kaller ham for «Hungry boy». Slik jeg forstår det, er det et uttrykk for Reynolds' begjær; ikke bare etter næring i form av mat, men også den næring som en annens omsorg og kjærlighet kan tilføre, inkludert seksuell tilfredsstillelse. Med jevne mellomrom i filmen vekkes dette begjæret i Reynolds. Men både Almas forsøk på å gi næring og Reynolds' tilløp til begjær møter uunngåelig en motreaksjon. Når Alma fremstår som subjekt, ved at hun lager lyder når hun spiser, har egne meninger eller uttrykker sin kjærlighet overfor ham, er det som hun støter mot en barriere, og Reynolds blir igjen avvissende. Når Reynolds' appetitt vekkes og det i et øyeblikk virker som om han åpner seg opp for en genuin kontakt, og slik også vekker et håp hos Alma, er det som om han når et punkt hvor det blir nødvendig for ham å trekke seg tilbake.

CYRIL: VOKTEREN

Søsteren Cyril synes her å spille en vesentlig rolle, som en slags vokter. Hun beveger seg i kulissene med årvåkent blikk. Passer på at rutiner overholdes, og at kvinner får komme nær nok til å tjene det overordne mål: holde kunsten i live. Men ikke for nær slik at de skaper uro ved å true med å utkonkurrere kunsten (den døde mor). Kommer de for nær, sørger hun for å gjenetablere avstanden eller kvitte seg med dem. Slik sett blir Cyril den døde morens kjødelige representant og vokter i *The maternal necropolis of Woodcock*.

Vi ser et tydelig eksempel på den beskrevne dynamikken i scenen der Reynolds har tatt med Alma hjem til landstedet for første gang. Reynolds viser henne arbeidsværelset. Han virker nærmest henført og betrakter Alma med interesse og åpenhet, inntil søsteren entrer rommet. Med et årvåkent, granskende blikk måler hun Alma opp og ned og forsøker å ta inn hva som ligger i spenningen mellom Alma og broren. I det



I bakgrunnen, som et spøkelse, (for)følger den avdøde moren Reynolds og oss, som en tråd gjennom filmen og livet hans: En *fantom-tråd*



samme går også Reynolds over til å betrakte Alma med et rent objektiviserende blikk. Han tar systematisk målene hennes mens søsteren noterer. Lyset i Almas øyne slukner, og hun føler seg tydelig ukomfortabel, stilt naken overfor noen som ikke behandler henne som subjekt, men objekt. Det hele toppe seg med at Reynolds tørt kommenterer at hun har ingen bryst, hvorpå han sier: «It is my job to give you some ... if I choose to.» En narsissistisk objektrelasjon, der Reynolds kan føle seg omnipotent og usårbar, er gjenopprettet. Det er som vi kan høre den døde moren og hennes representant og vokter på jorden, Cyril, trekke et lettelsens sukk.

FORBANNELSEN

Slik pendler Reynolds i sin relasjon til Alma: fra i korte glimt å være sulten, henført og interessert til å avvise og stenge henne ute. Slik utsetter han Alma for det samme vi kan anta at han en gang selv ble utsatt for: å oppleve kjærligheten for så å få den trukket tilbake; brått, uforklarlig og nådeløst. For øvrig et illustrerende eksempel på *proaktiv identifikasjon*, da det legges et press mot at Alma må romme det som for ham er utålelig: å kjenne på angsten for å bli forlatt, som avhengighet av en annen uunngåelig åpner opp for. Slik kan han fortsette å innbille seg at han er autonom og usårbar. Og han unngår at den døde mors posisjon, som sentrum i hans univers, utfordres.

Men han er, som Green påpeker, fanget. I en av sekvensene, like etter at han nok en gang har skjøvet Alma fra seg, utbryter han: «Det er en eim av stille død i dette huset.» Han føler seg fanget, men er ikke i stand til å se av hva. For Reynolds er det som om det er Alma som tilfører denne eimen av død. For ham er det som om frigjøring fra fangenskapet innebærer å trekke seg fra relasjoner og søke seg til ensomheten og arbeidet. Han ser ikke hvordan moren har et tak på ham og trekker ham til seg hver gang han åpner opp for et virkelig menneske. Når han i prinsessens brudekjole syr inn et skjult budskap: «Never cursed» fremtrer det som en *negasjon* i Freuds (1925/1961) betydning av ordet: Det bringer frem i dagen det hans indre sensor (den døde mor) ikke kan tillate ham å se, nemlig at han «lever» under en forbannelse. En forbannelse der han er dømt til å bevare relasjonen til sin avdøde mor på bekostning av nye og livnærende relasjoner.

ALMA: EN NÆRENDE SJEL

Så hvordan skal Reynolds klare å flykte fra dette indre fangenskap? Hvordan skal han klare å bryte forbannelsen? Poenget her er vel at *han* ikke kan det. Løsningen ligger utenfor narsissismens logikk. Han trenger et annet menneske som orker å stå i hans svingninger, og som insisterer på å være et virkelig menneske i hans liv.

Det er her Alma entrer scenen. Navnet hennes betyr, på spansk, «sjel». Et virkelig menneske. Et individ med egne tanker, følelser, meninger, begjær og vilje. Altså noe annet enn en narsissistisk forlengelse av ham selv. Som et virkelig menneske kan hun også ha noe annet og essensielt å tilføre Reynolds. Dette er i tråd med den *latinske* betydningen av navnet hennes, der Alma betyr «nærende». Slått sammen representerer Alma i filmen en potensiell «nærende sjel». Men Reynolds tåler dårlig hennes subjektivitet, og han tolererer *ikke* å føle seg avhengig av et levende menneske. Igjen og igjen søker han tilflukt i relasjon til sin indre døde mor.

Det er i dette brytningspunktet Alma står. Hun vil ha ham, i kraft av å være den hun er. Hun tror hun har noe å tilføre ham, men risikerer stadig vekk å bli avvist. Slik sett utgjør filmen en skildring av en kamp, der

Alma med stadig økende intensitet kjemper om sin plass i Reynolds liv. En kamp mellom den døde mor og den begjærende og nærende kvinnen. En kamp om å la *hungry boy* få utfolde seg og leve. Men hvordan kan hun vinne denne kampen?

ALMAS LØSNING. FØRSTE FORSØK

Green skriver: «The lesson of the dead mother is that she too must die one day so that another may be loved. But this death must be slow and gentle so that the memory of her love does not perish but may nourish the love that she will generously offer to her who takes her place» (s. 172). Ifølge Green er det altså et vesentlig poeng å ikke gå for hardt frem.

I starten kan det virke som om det er et slik spor Alma forsøker seg på. Hun aner at det er noe hun står opp imot, noe som holder Reynolds tilbake, og som hun må respektere for å få innpass. Etter nok en brysk avvisning, denne gang utløst av at hun har brakt ham te på arbeidsværelset uten at han har bedt om det, møter vi Alma og Reynolds i bryllupet til en velstående kunde som har giftet seg i en av hans kjoler. Kunden, Barbara Rose, er ubehøvlet og forfyllet. Hun halvveis ligger over bordet mens hun tørker slev fra munnviken med kjoleermet. Alma utbryter opprørt: «Den kjolen hører ikke hjemme her. Barbara fortjener den ikke. Det er ditt verk», hvorpå hun hjelper Reynolds avkle den nå død-drukne Barbara og redde kjolen tilbake til ham. Han er tydelig takknemlig. Når Alma proklamerer at hun elsker ham, ser han på henne med et grunnende uttrykk. Vi og Alma blir overlatt til å lure på om det går inn. Vekker det noe i ham? Klarer han å kjenne på noe av det samme?

Morgenen etter er Reynolds tydelig vitalisert. Igjen erklærer han at han er sulten, og bestiller en rik frokost av egg, bacon, samt havregrøt laget med tykk kremfløte. *Hungry boy* er på banen igjen. Han henvender seg til Alma; spør om hun også vil ha. Han anerkjenner således, i en kort sekvens, både hennes eksistens og hennes behov. Har så Alma funnet nøkkelen? Har hun endelig fått Reynolds til å åpne seg for henne; ved å erkjenne og vise sin respekt for hans kunst (den døde mor)?

Alma blir i hvert fall mer dristig. Hun bestemmer seg for å overraske ham med å lage middag til ham, selv om Cyril innstendig advarer mot det. Middagen ender i en konfrontasjon, der Alma i sin frustrasjon uttrykker hvordan

hun vil ha ham for seg selv, men opplever at det alltid er «noe» imellom dem. Reynolds tåler dette dårlig. Slik jeg forstår ham, er dette både fordi Alma her setter fingeren på noe vesentlig, som han hverken vil erkjenne eller utfordre, nemlig hvor altoverskyggende og dødgjørende bindingen til den døde mor er, og fordi konfrontasjoner innebærer et press mot å ta inn over seg den andre som subjekt. Reynolds stiller seg derfor uforstående til at hun skal ta slik på vei, før han legger til: «Is it because you don't think I need you.» Alma bekrefter dette, hvorpå han repliserer kort og brutalt: «I don't.» Alma er igjen ute i kulden, og Reynolds har søkt tilflukt i sin narsissistiske hule; «autonom» og gjenforent med sin døde mor i ensomheten.

GREENS LØSNING: EN BALANSEANG

Green beskriver i sin artikkel hvor møysommelig og krevende arbeidet er med å nå inn til disse pasientene. Hans foreslåtte tilnærming er sterkt influert av den britiske psykoanalytiker Donald W. Winnicott. Green beskriver utfordringen med å etablere analytiker som et vedvarende og levende objekt i pasientens sinn. Han beskriver her en balansegang, der man bør unngå den klassiske tilnærmingen av stille abstinens, som vil reaktivere utgangstraumet. I stedet forfekter han en vedvarende og årvåken oppmerksomhet overfor hva pasienten sier, og skånsomt synliggjøre tilstedeværelsen av seg selv, som tenkende subjekt, ved å dele assosiasjoner som tar utgangspunkt i det pasienten selv formidler. Slik tenker han at det gradvis kan etableres det Winnicott (1971) har omtalt som et «overgangsrom», der pasienten gradvis kan begynne å forholde seg til analytiker som et annet subjekt som kan ha noe å tilføre. Slik ser Green for seg at pasienten *gradvis* kan gi slipp på relasjonen til den døde mor og tørre å bevege seg ut i en verden av virkelige og livnærende relasjoner.

EN DOSE SOPP I LAPSANGEN

Alma er først tålmodig. Hun viser interesse for ham. Hun anerkjenner kunsten og, indirekte, den døde mors betydning i hans liv, samtidig som hun forsøker å bevare sin rett til å være et subjekt. Men når dette ikke lykkes. Når hun atter en gang blir hardt og brutalt avvist, trapper hun opp innsatsen, hinsides det terapeutiske rom. For Alma er ikke først og fremst terapeut. Hun er en kvinne av kjøtt og blod, med eget

begjær og egen vilje. Hun vil ha Reynolds for seg selv. Hun vil at han skal trenge henne. Og hun har erfart at den eneste gangen hun har fått ham i en slik posisjon, var da han, helt utslitt etter en vernissage, lot henne ta kontrollen og gav seg hen til hennes omsorg. I en samtale med dr. Hardy får vi høre henne, i retrospekt, beskrive Reynolds i denne tilstanden: «Da er han som en baby. En bortskjemt baby. Når han er slik, er han veldig øm. Åpen.» Altså slik hun vil ha ham. Så Alma bestemmer seg for å ta saken i egne hender. Hun forgifter ham med en dose sopp i teen. Og igjen blir Reynolds sårbar og åpen for omsorg. Han trenger Alma og kan ta imot. Slik tvinger Alma ham til avhengighet.

Slik jeg forstår effekten av forgiftningen, bidrar den ikke utelukkende til å gjøre ham sårbar og avhengig. Den bedøver også separasjonsangsten som avhengighet uunngåelig vekker i Reynolds. I tillegg sederer hun den døde mor, som ellers ville ha gjort seg påtrengende, og som Reynolds ellers ville søkt tilflukt hos. At Reynolds, idet giften fester sitt grep, velter over mannekengen med prinsessens brudekjole og ødelegger den, fremstår i dette lyset som tungt symbolad. Og vi kan igjen lure på om forbannelsen, endelig, er brutt.

Men, som Green skriver: Den døde mor har det med å fremtre så fort et nytt objekt truer med å ta dets plass, og kan i slike tilfeller opptre som en hallusinasjon. Og ganske så riktig: Idet giften holder på å slippe taket og sykeleiet nærmer seg sin slutt, dukker hun opp. Som en hallusinasjon, ikledd brudekjolen han sydde til henne da han var 16 år. I et hjørne på soverommet står hun uttrykksløs og ser på ham. Reynolds henvender seg til henne og uttrykker sitt savn. Hun er fortsatt uttrykksløs. Reynolds responderer i fortvilelse: «Jeg kan ikke forstå hva du sier. Jeg kan ikke høre stemmen din.» Som et ekko fra fortiden hører vi det lille barnet som fortvilet forsøker å nå inn til en mor som brått har trukket tilbake sitt mentale nærvær og sin omsorg. Det er som om Reynolds en siste gang forsøker å nå inn til henne og vekke henne til liv. Men hun forblir uttrykksløs.

I følgende scene kommer Reynolds inn til Alma, som har sovnet på sofaen ved siden av den nå restaurerte brudekjolen. Med symbolet på den døde mor som vitne erklærer Reynolds sin kjærlighet til Alma. Han fortsetter: «Det er ting jeg har gjort galt. Ting jeg vil gjøre. Og jeg trenger deg for å gjøre det. For å bryte en forbannelse. A house



Slik utsetter han Alma for det samme vi kan anta at han en gang selv ble utsatt for: å oppleve kjærligheten for så å få den trukket tilbake; brått, uforklarlig og nådeløst



”

Han trenger et annet menneske som orker å stå i hans svingninger, og som insisterer på å være et virkelig menneske i hans liv

that doesn't change is a dead house.» Hvorpå han frir til henne. Reynolds har oppnådd innsikt. Han innser at han har vært under en forbannelse. Han innser at han trenger en annen for å komme seg videre i livet. Og han innser at det er ting han har gjort galt. Reynolds fremtrer her som et menneske som har oppnådd det Melanie Klein omtaler som den «depressive posisjon», eller det Winnicott omtaler som «a capacity for concern». Her kunne historien endt. En lykkelig slutt.

MOR JEG VIL TILBAKE

Men, som Green skriver: «The dead mother refuses to die a second death. Very often the analyst says to himself. 'This time it's done, the old woman is really dead, he will finally be able to breathe a little'. Then a small traumatism appears in the transference or in life which gives the maternal imago renewed vitality, if I may put it this way. It is because she is a thousand-headed hydra whom one believes one has beheaded with each blow; whereas in fact only one of its heads has been struck off» (s. 158).

Hver gang du tror du har «kappet hodet av henne», dukker hun opp på nytt, er Greens erfaring. Og slik også her. Allerede på bryllupsreisen ser vi det. Reynolds begynner igjen å irritere seg over Almas lyder og særegenheter. Hun vil leve og vil ha ham med i livet. Han søker seg tilbake til det kontrollerte, rutinepregede og døde. Hun vil dra på fest og danse. Han vil legge seg tidlig slik at han kan dedikere seg til skissene sine. Så Alma velger, i trass, å dra på fest uten ham. Overlatt til seg selv melder rastløsheten seg hos Reynolds, og han drar for å finne henne. Igjen blir vi overlatt til å undre oss: Erkjenner han at det er noe i ham som vil bryte ut av buret, og at han trenger Alma, en nærende og virkelig sjel? Eller vil han ha Alma med seg tilbake i buret? Det hele er uklart, men vi kan ane den indre konflikten han står i: konflikten mellom det trygge og døde og det potensielt livnærende, men utrygge, prosjektet det er å erkjenne at han er avhengig av et annet menneske.⁴

Tilbake i London strever Reynolds med å arbeide. Han er urolig. Klarer ikke å konsen-

.....

4. Vi ser her også hvordan etablering av en nær relasjon aktiverer ødipalkonflikten. Ved å binde seg til Alma må han nå forholde seg til smerten, angsten og sjalusien knyttet til fantasier om at hun er der ute i en verden av andre menn, i motsetning til den døde mor, som han har «bal-samert» trygt i sitt indre.

trere seg. Han har nylig oppdaget at en av hans faste kunder har oppsøkt et konkurrerende motehus. I sin fortvilelse klager han til søsteren: «Jeg liker ikke å bli forlatt.» Slik jeg forstår denne uttalelsen, er den et uttrykk for en *forskyvning* (Freud, 1900/1953) i Reynolds' forståelse av den indre konflikten han står i. Reynolds klarer ikke å forholde seg til at det som smerter ham, er at han har begynt å føle seg avhengig av Alma, og at hans uerkjente separasjonsangst har rot i at han en gang ble brutalt overlatt til seg selv av moren han nå idealiserer. Og fordi han ikke ser dette, fremstår igjen løsningen på situasjonen å være å kvitte seg med Alma. Han formidler til søsteren at han har gjort et forferdelig mistak (underforstått å gifte seg), og fortsetter: «Hun passer ikke inn i dette huset. Hennes ankomst har kastet en lang skygge over oss. Der er en eim av stille død i dette huset.»

ALMAS SISTE FORSØK?

Alma overhører opptakten til nok en avvisning, og drar igjen ut for å sanke sopp. Vi ser dem i neste scene på landstedet. Alma står og lager soppomelett, mens Reynolds betrakter henne fra spisebordet. Hun serverer ham og setter seg for å betrakte. Han skjærer et stykke av omeletten. Han fører gaffelen sakte mot munnen mens han betrakter henne. Han ser undrende, nærmest spøkefullt, på henne. Som om han spør: «Vil du jeg skal spise?» Og *vi* skjønner at *han* skjønner. Som om noe i ham ønsker det velkommen. Og mens han tygger sakte i seg den nå etterlengtede giften, proklamerer Alma stille, kjærlig, men bestemt: «I want you flat on your back. Helpless. Tender. Open. With only me to help. And then I want you strong again.» Reynolds svelger, for så å erklære sin kjærlighet til henne.

I sluttscenen som følger, ser vi Alma og Reynolds foran ildstedet i omfavelse. Alma snakker til ham om fremtiden. Vi får se de to gående i en park med en barnevogn. Vi får se dem danse sammen. Alma formidler hvordan hun vil passe på kjolene hans og «beskytte dem mot gjenferd». Det hele ser idyllisk ut og er, slik jeg forstår det, Almas ønskeforestillinger om hvordan de endelig kan slå seg til ro – sammen. Endelig fri fra gjenferdet som har holdt dem adskilt. Reynolds avbryter henne, og filmen avsluttes med at han sier: «Yes, but right now we are here, and I am getting hungry.»



EN LYKKELIG SLUTT? Neppe, ifølge Kjell Grønnevik, som skriver «Vårt tragiske par har, slik jeg ser det, klart å etablere en slags sadomasochistisk relasjon.» Foto: United International Pictures

ET KOMPROMISS

Så – hvordan kan vi forstå denne slutten? Kan vi anta at Alma får det slik hun ønsker? Har hun gjennom sine anstrengelser klart å frigjøre Reynolds fra det moderlige dødsriket? Jeg tror ikke det. Som Green påpeker, innebærer en slik frigjøring et møysommelig og nennsomt arbeid, der den andre over tid klarer å stå i de mange runder med avvísning og tilbaketrekning, uten å gi opp sin subjektivitet. Alma blir imidlertid – drevet av sitt begjær og frykten for å bli endelig avvist – fristet til å ta noen «short cuts». I den grad det går an å se hennes forsøk som analoge til terapi, ville det mest nærliggende være å omtale dem som en slags *medikamentindusert regresjonsterapi*. En mer ekstrem variant av Freuds tidlige forsøk på å omgå forsvaret og motstanden gjennom hypnose og suggesjon. Som Freud erfarte, medførte imidlertid disse forsøkene kun en midlertidig innsikt før motstanden igjen trådte inn. Slik ser vi også hos Reynolds, gang etter gang, at motstanden og den døde morens kraft over ham gjenoppstår. Et mønster som antagelig kommer til å fortsette å repetere seg. Kanskje inntil døden skiller dem ad. For noe har endret seg. Ingen fundamental endring, riktignok. Mer som et kompromiss. Et nytt balansepunkt. Vårt tragiske par har, slik jeg ser det, klart å etablere en slags sadomasochistisk relasjon. Reynolds kan med jevne mellomrom la seg sedere til avhengighet for å gi *Hungry boy* noe mer plass i tilværelsen enn det er rom for i det moderlige dødsriket. Det er i hvert fall oppnådd noe. Og kanskje er det ikke realistisk å håpe på mer. Det er i hvert fall lite sannsynlig at Reynolds noen gang vil legge seg på analysebenken til André Green. ❌

REFERANSER

- Freud, S. (1953). The Interpretation of Dreams. I J. Strachey (red. og overs.) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (vol. 4–5). London: The Hogarth Press. (Første gang publisert i 1900.)
- Freud, S. (1959). Delusions and Dreams in Jensen's *Gradiva*. I J. Strachey (red. og overs.) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (vol. 9, s. 1–95). London: The Hogarth Press. (Første gang publisert i 1907.)
- Freud, S. (1957). Mourning and melancholia. I J. Strachey (red. og overs.) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (vol. 14, s. 237–258). London: The Hogarth Press. (Første gang publisert i 1917.)
- Freud, S. (1961). Negation. I J. Strachey (red. og overs.) *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (vol. 19, s. 233–239). London: The Hogarth Press. (Første gang publisert i 1925.)
- Green, A. (1983). The dead mother. I *On Private Madness*. London: The Hogarth Press, 1986.
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*. London: Routledge.

Tett på erfaringene

Jeg vil gi boken fra Forandringsfabrikken en prominent plass både på kontoret og i bevisstheten.



**HEIDI B. GRANDE,
ANIKA PROFF,
SANDRA PROFF,
JULIE PROFF,
LISA PROFF OG
MARIUS PROFF**

Psykisk helsevern fra oss som kjenner det - Unge deler erfaringer og gir råd, 2019. Universitetsforlaget. 144 sider

BOKEN *Psykisk helsevern fra oss som kjenner det - unge deler erfaringer og gir råd* er basert på erfaringer om psykisk helsevern hentet inn fra 104 barn og unge. Den er ført i pennen av en redaksjonskomité bestående av fem «psykisk helse-proffer», som alle er tilknyttet den ideelle stiftelsen og kunnskapssenteret Forandringsfabrikken. Forandringsfabrikken samler inn erfaringer fra barn i hele landet gjennom omfattende undersøkelser, og formidler disse videre til skolen og hjelpesystemer, blant annet i form av bøker. Benevnelsen «psykisk helse-proffer» brukes om unge som selv er i pågående eller nylig avsluttet behandling i psykisk helsevern. Som personer med særlig kjennskap til systemene representerer og formidler de kjernen i tilbakemeldingene som Forandringsfabrikken har samlet inn. Bokens formål er å bidra med *brukerkunnskap*, slik at behandlingstilbudet i større grad kan tilpasses brukernes behov og preferanser. Ambisjonen er at boken skal skape en merkbar endring: «Vi håper barn og unge i psykisk helsevern i årene som kommer, vil få kjenne på kroppen at studenter og fagfolk har fått ny kunnskap direkte fra barn og unge» (s. 9).

Som psykolog i et lavterskel samtaletilbud for barn og unge mellom 12 og 25 år vekket boken min nysgjerrighet. Jeg opplever den som optimistisk og konstruktiv, skrevet for å støtte, og ikke kritisere, behandlere i psykisk helsevern. Denne holdningen er særlig tydelig i avslutningen av bokens forord: «Vi har tro på deg. Vi ønsker at du skal ha mest mulig tro på deg selv. At du skal forstå og tro på at du kan gjøre en forskjell. VELKOMMEN» (s. 6). Leseren inviteres rett og slett inn. Senteret jeg jobber ved, legger stor vekt på å være en «ungdomsvennlig tjeneste», der nettopp ungdommens innspill skal være styrende i utformingen. I denne henseende oppleves boken svært relevant, på tross av at erfaringene i boken utelukkende er knyttet til BUP.

ÅPNENDE SPØRSMÅL

Språk og layout er enkelt og pedagogisk; her er ingen tettpakkede sider med tekst eller kronglete språk. Dobbeltsidige, fargesterke bilder av bokens bidragsytere har fått stor plass og gir en levende leseropplevelse. Bokens hoveddel består av fem kapitler som fint kan leses uavhengig av hverandre, slik at boken kan fungere som et oppslagsverk. Kapitlenes innhold kan deles i to hoveddeler; i en sitat-del med konkrete erfaringer fra enkeltpersoner, og en del med råd basert på de oppsummerte erfaringene. Sitatene gir en balansert fremstilling av hva som oppleves som nyttig, mindre nyttig eller direkte skadelig. Ofte viser det samme sitatet til både gode og dårlige erfaringer, slik som i kapittelet om «Gode behandlere»:

To av de mange behandlerne jeg har hatt, har valgt å ikke lese journalen min før vi møttes. Det følte som om de så på meg på en helt annen måte. Det ga dem en sjanse til å bli kjent med MEG, ikke bare hva alle andre har sagt om meg. Jeg merker veldig fort om noen har lest journalen. Det gjør at jeg ikke tør å snakke (s. 42).

Kapittelet «Trygghet betyr alt» gir et innblikk i hvor grunnleggende det er for unge å kjenne seg *trygg* for å kunne ta imot hjelp. Eksempelvis under innleggelser, slik som i det følgende sitatet:

[...] Etter mange år i systemet møtte jeg en som var annerledes, på et sted jeg var innlagt. Han forstod raskt at problemet ikke egentlig handlet om mat. Han sa han ville jobbe inn til det mest strevsomme eller vonde. I tillegg viste han at han brydde seg. En gang jeg hadde det ordentlig vondt, sa han at han gjerne skulle vært der den helga, fordi han så hvor vondt jeg hadde det. Han sa han kom til å tenke på meg, og at jeg måtte holde ut, og

ANMELDT AV

Beate Duus Wetteland,
psykolog hos Ung
Arena Oslo Vest

han sa rett ut at han var glad i meg. Det ga trygghet. [...] Han var opptatt av at jeg skulle inviteres til alt som handlet om meg, og at de ikke kunne ha møte om meg uten at jeg var der. Han ble den første jeg turte å åpne meg til. Han ble den ene som betydde så mye. Han så hele meg (s. 25).

Denne og mange av de andre erfaringene i boken vitner om betydningen av at behandleren oppleves som varm, ekte, nysgjerrig og ikke-dømmende. Disse erfaringene er i tråd med terapeutegenskapene terapiforskningen har vist er viktige for pasienter. For denne ungdommen var det til hjelp at terapeuten fortalte at han var glad i henne. Jeg synes terapeuten gjorde et modig grep. Samtidig kan jeg se for meg at en annen ungdom kunne opplevd samme ytring som upassende eller invaderende. Ikke minst vil det for mange terapeuter kjennes unaturlig eller overskridende å si det samme. Sitatene åpner for refleksjoner om egen rolle og praksis: Er dette noe jeg selv kunne sagt? Hvorfor eller hvorfor ikke? Hvordan ville det sett ut? Er det noen tilfeller der jeg kanskje kunne eller burde ha møtt en pasient på en slik måte?

VURDER SELV

Kapitlenes råd sammenfatter erfaringene i sitatene, og de presenteres kort og presist i enkle setninger som «Gi verktøy», «Møt oss med varme», «Si unnskyld og vær ydmyk». Rådene kjennes stort sett intuitivt riktige, og i tråd med oppdatert kunnskap fra psykoterapiforskningsfeltet. Jeg lurer likevel på om ikke rådene noen ganger kan bli så generelle at noen stemmer faller ut. Eksempelvis rådet om å «La oss bli kjent med dere. Vi vil gjerne vite hvem dere er. [...] Fortell om deg selv som person, hvordan du er, og hva du gjør når du ikke er på jobb». Mange vil nok sette pris på en slik deling fra terapeuten, men jeg tror også at en del, både unge og voksne, setter pris på at behandleren *ikke* trekker sitt eget inn i terapirommet. Jeg forstår heller dette rådet som en oppfordring til å tørre å være et helt menneske også i behandlerrollen, med en naturlig og varm tilstedeværelse og væremåte. Leseren må selv ta ansvar for å integrere rådene i sine egne erfaringer, og naturligvis tilpasse dem i møte med det enkelte individet man har foran seg. Dette er et ansvar jeg er sikker på vi som fagpersoner er klar over, uansett hvilken bok vi henter kunnskap og inspirasjon fra.

Til sist vil jeg rette en stor takk til Forandringsfabrikken for arbeidet med å samle inn og formidle disse erfaringene. Jeg vil i mitt videre arbeid med å utforme et samtaletilbud på de unges premisser gi boken en prominent plass både på kontoret og i bevisstheten. Forandringsfabrikken har uttrykt ønske om at boken skal komme på pensumlisten for profesjonsstudenter i psykologi. Det rådet støtter jeg fullt og helt. ✘



Leseren inviteres
rett og slett inn

Treffsikkert om traumebehandling

En grundig bok om traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) bør også kunne gi terapeuter uten erfaring med modellen selvtillit til å prøve den ut.



JUDITH A. COHEN, ESTHER DEBLINGER, ANTHONY P. MANNARINO

Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom. Universitetsforlaget, 2018. 392 sider

ANMELDT AV

Lise Tveter, psykolog, Drammen BUP

MANGE PSYKOLOGER i barne- og ungdomsfeltet kjenner til traumefokusert kognitiv adferdsterapi (TF-CBT) gjennom studier, videreutdanning eller implementeringsprosjektet til Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). Selv leste jeg første engelske utgave av boken på profesjonsstudiet, og har siden fått TF-CBT-trening via implementeringsprosjektet. Etter at andre utgave kom ut i 2017, er boken nå oversatt til norsk, noe BUP-er i implementeringsprosjektet og traumeinteresserte terapeuter nok vil sette pris på.

PRAKTISK VERKTØY I TERAPI

Behandling av traumer og traumatisk sorg gir en systematisk opplæring i en terapiform som har et godt evidensgrunnlag, er vel gjennomtenkt og har en logisk oppbygging. Forfatterne gir en grundig innføring i traumer og traumereaksjoner, før det gis en steg-for-steg-oppskrift på hvordan man kan jobbe med behandling i en komponentbasert TF-CBT-modell. Komponentene fungerer på et vis som puslespillbrikker som kan brukes som separate og nyttige

delene, men der alle må på plass for å oppnå det beste resultatet. Gjennomgangen er grundig og ryddig, og burde også kunne gi terapeuter uten tidligere erfaring med TF-CBT kunnskap og selvtillit til å prøve ut modellen.

I den kliniske hverdagen kjennes behandlingskapitlene mest nyttige. I tillegg til en gjennomgang av hvordan man utfører de enkelte komponentene, har hver komponent et eget avsnitt der forfatterne går inn på typiske kliniske problemstillinger. Dersom man lærer seg modellen gjennom boken og uten veiledning, er det gode sjanser for at i alle fall en del av spørsmålene som vil dukke opp underveis, er drøftet. Forfatterne er tydelige på at behandlingen er laget med tanke på at komponentene skal følge på hverandre, men med rom for å endre på rekkefølgen etter behov. Det vil være glidende overganger mellom komponenter, og enkelte temaer vil følge med fra én komponent til en annen, eller blir tatt opp igjen på et senere tidspunkt. Denne fleksibiliteten vil klinge godt i manualfiendtlige ører, og man kan iblant få inntrykk av at forfatterne blir nesten unødven-



TRAUMER I MANGE FORMER I boken *Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom* tar man i større grad inn over seg atferdsvanskene traumatiserte barn og unge kan vise, skriver Lise Tveter. Foto: Nora Skerdingstad (skulptur av Gustav Vigeland)

dig opptatt av å forebygge kritikk – forsikringene om fleksibilitet får noe preg av at forfatterne nok mange ganger har vært nødt til å forklare og forsvare modellen sin mot terapeuter med manualskepsis.

Det føles nyttig at det vies mye plass spesifikt til traumatisk sorg. Forfatterne går grundig igjennom flere steg i bearbeiding av sorg, og følger samme mal som i resten av boken, der de vier oppmerksomhet til arbeid med barnet, omsorgspersonen, og barnet og den voksne sammen. Innimellom blir vi minnet om å ta hensyn til familiens trossystem og ritualer, noe som kan være lett å glemme i vårt sekulariserte land.

Den eneste delen av boken som jeg leste kun av pliktfølelse som anmelder, og nok ville hoppet raskt over dersom jeg kun leste for min egen del, var kapittelet om forskningsbelegg. Det er gode grunner til å tydeliggjøre at en terapiform har godt belegg i forskningen, og for noen terapeuter kan det være nyttig i møte med skeptiske foreldre, lærere eller for å overbevise en vanskelig sjef. Imidlertid opplevde jeg dette kapittelet etter hvert som litt masete og oppramsende, til tross for at det ikke var mange sider – som om de har måttet få med så mye forskning som mulig om så mange variasjoner av implementering som mulig. Interessen falt fort gjennom kapittelet.

VIKTIGE TEMA I NY VERSJON

Lest med en solid TF-CBT-bakgrunn er *Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom* en god repetisjon, men boken tar også inn noen tema som manglet i den tidligere utgaven. Alle som har jobbet »



Man kan iblant få inntrykk av at forfatterne blir nesten unødvendig opptatt av å forebygge kritikk

i barnefeltet, har erfart at traumereaksjoner ikke nødvendigvis kommer frem i former som automatisk vekker sympati og omsorg. Den nye versjonen tar i større grad inn over seg atferdsvanskene traumatiserte barn og unge kan vise. Gjennomgangen var nyttig, og fikk meg til å innse at jeg hadde savnet et slikt fokus tidligere. Det er også kommet inn et eget kapittel om TF-CBT i grupper. Tanken er god, og det er greit å vite at det er mulig å få til denne type behandling også i gruppeformat. Imidlertid kjentes kapittelet noe overflatisk, og selv som erfaren TF-CBT-terapeut føler jeg meg ikke nødvendigvis rustet til å sette i gang en traumegruppe etter å ha lest kapittelet. Det fremkommer allikevel retningslinjer for hvilke tilpasninger som må gjøres i en slik setting, og kapittelet kan kanskje ses som et første utgangspunkt for gruppeterapi.

Boken avsluttes med et appendiks med psykoedukativt materiale som kan brukes i terapien. En nyhet her, som jeg umiddelbart tenkte jeg ville få bruk for, er utdelingsark med informasjon om nettovergrep. Det var ikke noe jeg hadde tenkt over at manglet tidligere, men som i disse tider er svært aktuelt. I en eventuell framtidig revidering ville det vært nyttig dersom også behandlingskapitlene går spesifikt inn på behandling av utsatte for nettovergrep.

Behandling av traumer og traumatisk sorg hos barn og ungdom er tilrettelagt til norsk av Tine Jensen, Lene Granly og Else Merete Fagmoen fra NKVTS. Den er godt skrevet og oversatt, og jeg får inntrykk av at den norske utgaven er blitt tilrettelagt utover det rent språklige – det kjennes rett og slett som at boken treffer bedre enn tidligere. ✘

KLASSIKEREN



Forfatterne gjør både psykoanalysen og uforståelige barn begripelige.

Anders Flækøy Landmark og Line Indrevoll Stänicke:
Det uforståelige barnet

Siden studietida har jeg lidd av moderat lesevegring, og jeg leser i grunnen kun det jeg virkelig må. Da jeg gikk ut i barselpermisjon fra jobben min i BUP, fikk jeg imidlertid plutselig for meg at jeg ville titte på den relativt nye boka *Det uforståelige barnet* – kanskje forståelig nok. Som kommende mamma var jo titte-len i seg selv appellerende. Boka viste seg å være en høydare! Den er fullspekket med forskning og klinisk praksis, men også historie og filosofi. Boka har intet mindre enn 13 kapitler, og retter seg mot både foreldre og oss som jobber med barn. Jeg likte at de gjennomgående holder oppe en undring rundt barnets indre opplevelse.

Forfatterne Anders Flækøy Landmark og Line Indrevoll Stänicke vekket nysgjerrigheten min med sine mange hverdagslige kasusbeskrivelser av barn, familier og terapeutiske scenarier. De vender ofte tilbake til kasusene for å reflektere over og belyse de mange temaene. Det å formidle psykoanalytisk kunnskap på en lett, forståelig måte er noe jeg mener de færreste mestrer. Nettopp derfor synes jeg dette er en viktig bok. Selv med et svært alminnelig språk klarer de å formidle mange av de mest sentrale psykoanalytiske uttrykkene og fagtermene.

Både som forelder og fagperson har jeg i senere tid slått opp i boka flere ganger for å belyse problemstillinger jeg har kommet opp i. Jeg er rimelig sikker på at jeg kommer til å fortsette med det. Jeg vil påstå at denne boka både egner seg som pensum på psykologstudiet (og for så vidt andre barnerelaterte studier), og som ganske lettlest lektyre på ferie. Boka bør regnes som en klassiker innenfor barnepsykologien.

Hanne Adele Helbæk-Platou, psykolog ved BUP Vest, utfordrer Håkon Kagnes til å ta stafettspinnen videre.

Kurs- kalenderen



NOVEMBER

Veteraners psykiske helse: Fokus på traumebehandling og traumeforskning

Oslo, 21.–22. november 2019

Mer informasjon og påmelding – www.slops.no/kurs eller gjennom Legeforeningens kurskatalog

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

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

1 innrykk kr 2 000, 2 innrykk kr 3 000,
3 innrykk kr 3 500, 4 innrykk kr 4 500.

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

KRONISK TRAUMATISERING OG TRAUMERELATERT DISSOSIASJON

8 dagers kursrekke (4x2 dager)
med Arne Blindheim
og Marianne Straume (psyk. spes.)

Trondheim mars 2020–november 2020

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



Veteraners psykiske helse: Fokus på traumebehandling og traumeforskning

TID: 21. – 22. november 2019

STED: Thon Hotel Opera, Oslo

PÅMELDINGSFRIST: 1. november 2019

KURSAVGIFT: 3.500kr

MÅLGRUPPE:

Fastleger, andre leger, psykiatere, psykologer og eventuelt interesserte sykepleiere og annet helsepersonell ved ledig plass.

LÆRINGSMÅL:

Økt kunnskap om veteraners psykiske helse og helseutfordringer, samt å øke kompetansen om hvordan militære veteraner og også annet inn-satspersonell i internasjonale operasjoner, slik som politi og humanitært personell, best kan ivaretas i helsevesenet. Kurset er lagt opp slik at deltakerne vil få en bred forståelse av psykotraumer, belastningsskader og tilpasningsforstyrrelser generelt. Fokuset vil være traumebehandling og traumeforskning.

Mer informasjon og påmelding – www.slops.no/kurs eller gjennom Legeforeningens kurskatalog



MODUMBAD 
– en kilde til liv



REGIONAL ENHET
for traumebehandling
Nidaros DPS
St. Olavs Hospital

Påmelding: www.schizofrenidagene.no

Stressologi (s) 1. Midlertidig vitenskap 2. a. Inntrykk
b. avtrykk c. uttrykk. 3. Utforsker hvordan kropp
og sjel henger sammen. 4. 6. - 8. nov. 2019. *Se også*
www.schizofrenidagene.no



Velkommen til Nordisk
psykisk helsekonferanse
Stavanger 4.-8. november 2019

**KAY REDFIELD JAMISON
MARTIN TEICHER
ED BULLMORE
SOLVEIG KLOPPEN
MARTIN BOHUS
ANE WILHELMSSEN-LANGELAND
ALLAN ABBASS
UNNUR VALDIMARSDÓTTIR
TROND DISETH
THOMAS SELTZER
TORMOD STANGELAND
KIM MUESER
SIMON TULLOCH
SUSANNE KALUZA
FINN SKÅRDERUD
AGNES RAVATN
INGVARD WILHELMSSEN
TOR LEVIN HOFGAARD
JON STONE
OLE JACOB MADSEN
VEGARD BRUUN BRATHOLM WYLLER
L I N N G E T Z**

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

**Fra selvmordsrisikovurdering
til behandling av kronisk suicidalitet**

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

Pris: kr 5 400,- inkl. lunsj, kaffe/te
Påmeldingsfrist: 20. september 2019

Spesialister i psykiatri og klinisk
psykologi vil bli prioritert.

For mer informasjon og påmelding:
www.selvord.no

NSSF  Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

UiO : Universitetet i Oslo

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
10/19	17.09	01.10
11/19	17.10	01.11
12/19	18.11	02.12

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/ PROFILANNONSER:

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

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.



En ikke-verbal intelligenstest for vurderinger av både barn og voksne

SON-R 6-40 er en ikke-verbal intelligenstest for vurderinger av både barn og voksne (6-40 år).

Ettersom administrering og gjennomføring av testen ikke krever talespråk, egner den seg spesielt godt for bedømming av personer med annet morsmål, nedsatt hørsel, språkproblemer eller verbale kommunikasjonsproblemer. Testen kan med fordel også brukes ved bedømming av personer med autisme eller AST, med utviklingsforstyrrelser eller personer som kan være vanskelige å bedømme på grunn av redsel for testsituasjonen.

Du finner SON-R 6-40 på Hogrefe som er et uavhengig forlag hvem tilbyr et bredt spekter av kliniske tester – alltid med fokus på det vitenskapelige grunnlaget.

www.hogrefe.no

 **hogrefe**

Ettårig hypnoseutdanning for psykologer og leger i Oslo

Undervisning går over et år, 4 x 2 dager, og begynner 27. september 2019

Utdanningen er godkjent som 64 timer fritt spesialkurs og som 64 timers vedlikeholdsaktivitet

Mer informasjon og påmelding:

<http://hypnoseforeningen.snappages.com/undervisning-nfkeh.htm>

SEMINAR I HAVANNA

Dype tilknytnings- og relasjonsvansker

Nye psykoterapiformer

3.-7. februar 2020

Psykologene Dorris Brothers og Jon Sletvold:
Kroppens rolle i den psykoterapeutiske praksis
Psykolog Tor Sletten: Relasjonell kroppsdynamisk psykoterapi

PSYKOTERAPI PÅ CUBA

Psykiater Gilda Argudin: Kognitiv innstilhet og psykoterapeutisk selvfortetting

Psykiaterne Isidoro Baly og Ana Sarracent:
Om å endre innstilhet gjennom gruppeterapeutisk praksis

Psykiaterne Alexis Alonso og Carlos Rubalcaba:
Psykodrama Balint

Psykiater Luis Velázquez: Storgruppeterapi med alkoholikere og deres familier

Psykiater Juan Sandoval: Psykoterapi, integrasjon og Biodanza

Magistrene Josefa Arisso og Llana Freijes:
Psicoballet

Påmelding ved å betale påmeldingsavgift på kr 6 000,- (eksklusiv reise og opphold) til

Almagroforeningen, Welhavensgate 71, 5006 Bergen, konto 5082 06 97348 innen 1. oktober. Meld også fra om påmeldingen til e-post almagroforeningen@gmail.com.

Øvrig informasjon:

www.almagroforeningen.com og tlf. 984 34 586.

WORKSHOP I ACT VID LÅNGVARIG SMÅRTA

med professor Lance McCracken
25-26 november Uppsala, Sverige

Anmälan via:

<http://kbtpsikologerna.com/lance-mccracken/>
Frågor till katarina.molin@kbtpsikologerna.com



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Ansvarsforsikring

Norsk psykologforening har en avtale med Storebrand om en kollektiv ansvarsforsikring. Som medlem er du med i forsikringsordningen såfremt du ikke har reservert deg fra denne.

Ansvarsforsikringen for medlemmer dekker erstatningskrav fra klienter og er et supplement til Norsk pasientskadeerstatnings (NPE) dekning.

Forsikringspremien innkreves en gang per år, og du kan velge om du vil betale via avtalegiro eller på egen faktura (giro).

Du kan lese mer om forsikringsordningen på hjemmesiden www.storebrand.no/akademikerne

Hvis du ikke ønsker forsikringen i 2020, kan du reservere deg fra denne innen 15. oktober 2019.

Reservasjon, og bestilling, kan sendes på e-post til medlemsservice@psykologforeningen.no



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

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook

LIVSKOMPASS

ACT – takle stress og fremme helse

Hold kurs i en evidensbasert metode for å styrke psykisk helse og velbefinnende, Acceptance & Commitment Therapy.

Vitenskapelige studier viser at kurset blant annet reduserer stress, depressivitet, angst og fremmer mental helse.

Du får tilgang til en 300 siders manual, fire og en halv dagers utdanning, powerpoint-presentasjoner, filmer, samtalekort, ACT-online og andre materialer for å holde et variert og engasjerende kurs.

Mer informasjon: <https://livskompass.se/oslo>

12 dagers treningsprogram:

Aksept og verdibasert atferdsterapi (Acceptance and Commitment Therapy; ACT)

Kursholdere: Thorvald Andersen (psyk. spes.), Asle T. Elen (psyk. spes.), Dr Kirk Strosahl og Dr Patricia Robinson.

Vil du lære ACT eller videreutvikle eksisterende ACT-ferdigheter? Vi tilbyr et omfattende program med nok dybdetrening til å kunne anvende ACT i din kliniske praksis. Kurset gir også mulighet til å lære ACT direkte fra to av verdens ledene ACT-trenere (Strosahl og Robinson). Du vil blant annet få erfaring med å bruke korte og strukturerte kliniske intervjuer, og å skape kraftfulle intervensjoner som hjelper pasienter å lage meningsfulle endringer i eget liv.

Sted: Tønsberg. Tollboden, Nedre Langgate 38.

Dato: 23. - 25. oktober 2019. 15. - 17. januar 2020. 11. - 13. mars 2020. 4. - 6. juni 2020

Pris: 19.990 kr. inkl. lunsj.

Hjemmeside: www.bedreterapeuter.no
Kontakt: kontekstuell@gmail.com

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

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



Innføringskurs: SCID-5-KV

SCID-5-KV er et standardisert klinisk intervju som dekker alle de vanligste diagnosene i psykisk helsevern for voksne.

SENTRALE LÆRINGSMÅL:

- Kjennskap til alle modulene i intervjuet og til den kliniske begrunnelsen for modulenes oppsett
- Ferdigheter i gjennomføringen av SCID-5-KV i kliniske intervjuer av pasienter
- Kjennskap til hvordan ulike svarresponser skal kodes i de ulike modulene og til hvordan sette diagnoser etter at fullstendig SCID-5-KV er gjennomført

Kurset er godkjent av Norsk Psykologforening som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet 12 timer.

Det er satt opp to separate innføringskurs:
23.—24.oktober 2019
21.—22.november 2019

Pris: 8.200,- SCID-5-KV protokoll og SCID-5-KV manual er inkludert i kursavgiften.

Kursansvarlig: Psykologspesialist og Ph.d Katharine Williams, Gyldendal Akademisk

Sted: Gyldendalhuset, Sehesteds gate 4, Oslo

Nærmere informasjon og påmelding:
www.scid.no

Ny og unik stilling:



Søk
innan
15/9-19

Psykologspesialist/ psykolog

100% stilling, delt 50/50 mellom
AiR-klinikk og Vinje kommune.

> Les meir på www.rehabilitering.no/ledigestillingar

Stillinga gjev høve til spesialisering innan samfunns- og allmennpsykologi.

Rehabiliteringssenteret **AiR**
KLINIKK

 **Vinje kommune**

*Hjå oss vil du få høve til å
deltaka i utforming av ar-
beidsoppgåver, med utgangs-
punkt i kommunens behov og
din kompetanse og interesser.*

Vinje kommune

*Hjå oss bidreg du til at
pasientar med samansette
plager og nedsett arbeidsevne
får ei betre jobbhel-
se og auka livsmeistring.*

AiR-klinikk



 Bufetat
Barne-, ungdoms- og familieetaten, region sør

Familievernet i Drammen-Kongsberg har styrket sitt tilbud for ungdomsfamilier og etablert et behandlingsteam i Funksjonell familierapi (FFT). Vi søker etter en engasjert kollega til vårt FFT-team i Drammen i ett års vikariat 100% stilling

Psykolog/ psykologspesialist/ familierapeut

FFT bygger på en bredde av teoretiske retninger innen psykoterapi og familierapi. NUBU deltar i den kontinuerlige kompetansehevingen av FFT-teamene i Norge.

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no



 Bufetat
Barne-, ungdoms- og familieetaten, region vest

Ved Familiekontoret i Sogndal, ein del av Familiekontora for Sunnfjord og Sogn, er det ledig eit vikariat, 100 % stilling, fra medio oktober som

Psykologspesialist / psykolog / familierapeut

Arbeidsoppgåver og ansvarsområde vil mellom anna vere rådgjeving og terapeutisk arbeid med par, enkeltpersonar og familiar som opplever problem, konflikter eller kriser, og som ønskjer hjelp med relasjonelle forhold. Vikariatet varer inntil 12 månader. Det er mogeleg det blir forlenga. Søknadsfrist: 15. september 2019.

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no



Lovisenberg Diakonale Sykehus

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

KOM TIL OSS!

Psykologspesialist med vedtakskompetanse

VED KLINIKK FOR PSYKISK HELSEVERN er det ledig fast 100 prosent stilling for psykologspesialist i klinisk voksenalderpsykologi med vedtakskompetanse. Tiltredelse senest 01.03.2020.

Klinikken består av et akuttmottak (PAM) med seks senger, og seks lukkede poster med 10 senger hver. Vi holder til i et flott nytt bygg, beliggende på Lovisenberg sykehusområde.

Vi har øyeblikkelig-hjelp ansvar for Lovisenberg sektor, med ca 975 akuttinnleggelser per år. I tillegg til øyeblikkelig-hjelp funksjonen, betjener klinikken Diakonhjemmet sykehus (Psykiatrisk voksenalderpsykiatrisk avdeling Vinderen) med 20 senger for pasienter som trenger noe lengre tids behandling etter en akutfase. De fleste av pasientene våre har schizofreni, affektive psykoser eller andre alvorlige psykiatriske lidelser. En del har rusproblematikk i tillegg.

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

Vi har fokus på redusert bruk av tvang og tverrfaglig samarbeid. Behandlerstaben består av 14 overleger, 6 psykologer/-spesialister og 9 leger i spesialisering (LIS).

Arbeidsoppgaver:

Du vil arbeide i tverrfaglig team bestående av psykiater, LIS, sykepleiere, spesialsykepleiere, sosionom, ergoterapeut og fysioterapeut. Arbeidet vil blant annet bestå av vurdering, utredning, diagnostisering og behandling av pasienter med psykiske lidelser – i nært samarbeid med lege, vedtaksansvar i henhold til Lov om psykisk helsevern, veiledning og undervisning. Du vil også delta i intern fagutvikling og kvalitetssikring av klinisk arbeid.

Arbeidsoppgavene er varierte med spennende faglige muligheter.

Kvalifikasjoner:

Psykologspesialist. Psykologer med inntil ett år igjen til fullført spesialisering kan også søke på stillingen.

Vi ønsker en psykologspesialist som liker variasjon, og har erfaring med og interesse for diagnostisk utredning og kunnskapsbasert behandling av innlagte pasienter – både i akutfase og i rehabiliteringsfase. Du liker et høyt arbeidstempo og har stor arbeidskapasitet. Du bør ha interesse for pasientgruppen, gode tverrfaglige samarbeidsevner og evne til å arbeide selvstendig i team i en sengepost. Ansvarsbevissthet, fleksibilitet samt personlig egnethet vil bli vektlagt.

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

Kontaktperson: Rune Årskog, tlf. 948 27 306

Skriftlig søknad sendes elektronisk innen 01.10.19 | Referansenummer: 2019-130

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

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Haugesundsområdet

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi, med føretrakt fordjupingsområde klinisk nevropsykologi, i Haugesundsområdet er ledig frå januar 2020, eller etter avtale.

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 forpliktande samarbeidsavtale med Helse Fonna ved Haugaland og Karmøy DPS.

Avtalespesialisten skal samarbeide med Helse Fonna ved Haugaland og Karmøy DPS om oppgåvedeling og for å sikre gode pasientløp. Avtalespesialisten skal også ta imot pasientar som er vurdert i Helse Fonna ved Haugaland og Karmøy DPS. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalespesialisten.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil 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.



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

100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Førde

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Førde er ledig frå januar 2020, eller etter avtale.

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 forpliktande samarbeidsavtale med Helse Førde ved DPS for ytre Sogn og Sunnfjord.

Avtalespesialisten skal samarbeide med Helse Førde ved DPS for ytre Sogn og Sunnfjord om oppgåvedeling og for å sikre gode pasientløp. Avtalespesialisten skal også ta imot pasientar som er vurdert i Helse Førde ved DPS for ytre Sogn og Sunnfjord. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalespesialisten.

Andre vilkår, rammer og føringar knytt til drift av praksis vil 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.





FEM KOMMUNAR I VEST-TELEMARK
SØKJER ETTER

Psykologspesialist eller psykolog

med ynskje om spesialisering
innan klinisk samfunns- og
allmennpsykologi

Som fylgje av nasjonal satsing innan psykisk helse og rus er det oppretta to 100 % psykologstillingar i regionen. Ei av desse stillingane er ledig for tilsetjing.

Vest-Telemarkkommunane er utviklingsorienterte og søker etter psykologar som vil vera med i utviklinga av tenestene. Kommune har definert barn og unge som særskilde satsingsområde.

Det vert lagt vekt på fylgjande arbeidsområde for psykologstillingane:

- Plan og utviklingsarbeid
- Tverrfagleg arbeid, både primærførebyggjande og oppfølging i enkelt saker
- Rettleiing av faggrupper / profesjonar
- Klinisk arbeid

Prioritering og organisering av arbeidet vil føregå i dialog mellom den psykologen som blir tilsett og kommunane, og vera forankra i samarbeidsavtale mellom kommunane i regionen.

Psykologane vil få tilbod om kompetanseutvikling og deltaking i lokale fagnettverk, enten i regi av spesialisthelsetenesta og/eller psykologar i andre kommunar, samt rettleiing, individuelt eller i gruppe. Det vert gjeve konkurransedyktig løn og medlemskap i kommunal pensjonsordning. Dersom søker ikkje har gjennomført spesialisering, vil det ved tilsetjing bli lagt til rette for spesialisering innan klinisk samfunns- og allmennpsykologi.

Søklar må ha førarkort, bil vert stilt til disposisjon i arbeidstida. Det er krav om politiattest før tilsetjing.

For meir informasjon om stillingane kontakt samhandlingskoordinator Kari Gro Espeland, samhandling@seljord.kommune.no, tlf. 995 39 515.

Søknad sendast post@seljord.kommune.no innan 23.09.19.

Velkommen som søker!

INFORMASJON OM KOMMUNANE I REGIONEN ER TILGJENGELEG PÅ
www.fyresdal.kommune.no, www.kviteseid.kommune.no,
www.nissedal.kommune.no, www.seljord.kommune.no, www.tokke.kommune.no



TØNSBERG KOMMUNE · BARN OG UNGE · PP-TJENESTEN

Pedagogisk-psykologisk rådgiver

Vi søker pedagogisk-psykologisk rådgiver til vår PP-tjeneste (PPT). PPT er en del av virksomhet Barn og unge og er en tverrfaglig tjeneste med psykologer, pedagoger og klinisk sosionom med høy faglig kompetanse og lang erfaring. Vi har ledig en fast stilling som pedagogisk-psykologisk rådgiver i 80 %, samt 20 % engasjement inntil 31.12.19 med mulighet for forlengelse. Fra 01.01.20 blir PPT en selvstendig stab direkte underlagt kommunaldirektør.

Hovedarbeidsoppgaver

- Utredning av barn og unge og oppfølging i barnehage og skole på individ- og systemnivå
- Det vil være oppgaver innenfor ulike vanskeområder
- Systemarbeid
- Tverrfaglig samarbeid

Kvalifikasjonskrav

- Utdanning cand.paed.spec., cand.psychol., cand.ed. eller tilsvarende
- Digitale ferdigheter
- Den ansatte må disponere bil i tjenesten

Ønskede kvalifikasjoner

Det er ønskelig med kjennskap til PPT sitt arbeidsfelt og oppgaver

Personlige egenskaper

- Gode kommunikative ferdigheter
 - Løsningsorientert
 - Gode samarbeidsevner
 - Bidra til et godt sosialt og faglig fellesskap
 - Utøve et godt medarbeiderskap
- Personlig egnethet vektlegges

Vi tilbyr

- Godt arbeidsmiljø med høy fagkompetanse
- Tverrfaglig miljø med psykologer, pedagoger, klinisk sosionom
- God blanding av alder og kjønn
- Spennende utviklings- og rådgivningsoppgaver
- Lønn etter avtale
- Gode pensjons- og forsikringsordninger
- Stillingskode: 8249 ped. psyk. rådgiver

www.tonsberg.kommune.no | Søknadsfrist: 08.09.2019 | Tiltredelse: 01.10.2019 | Kontakt: Synne Anholt, tlf. 414 43 416



VEFSN KOMMUNE
- et steg foran



Ledige stillinger: Kommunepsykolog/ psykologspesialist

- To stillinger -

Vefsn kommune har to ledige stillinger som psykolog. Stillingene inngår i et nytt og spennende interkommunalt samarbeid hvor arbeidsoppgavene er knyttet til fire nærliggende kommuner på Helgeland. Vefsn kommune er vertskommune, med ansettelse i Helsetjenesten og felles kontorsted ved avd. for Psykisk helse.

Utforming av stillingen vil være i hht. Helsedirektoratets mål for ordningen, samt veiledere for øvrig i kommunehelsetjenesten.

Opgavene i kommunene rettes inn mot:

- System- og samfunnsrettet arbeid
- Veiledning og fagstøtte til personell/tjenester i kommunene
- Helsefremmende og forebyggende tiltak
- Lavterskel behandlings- og oppfølgingstilbud

Les mer om kommunepsykologenes spennende arbeidsoppgaver på:

https://www.napha.no/hefte_psykolog_kommune/

For nærmere informasjon om stillingene kontakt leder Lill Inger Reinfjell, e-post lill-inger.reinfjell@vefsn.kommune.no eller Kommunalsjef John-Arvid Heggen, tlf. 909 47 926 / 75 10 10 28 eller e-post john.arvid.heggen@vefsn.kommune.no

Søknadsfrist: 15. september 2019

Om Vefsn kommune:

Vefsn kommune har 13 500 innbyggere hvorav ca 10.000 bor i Mosjøen. Byen er et trivelig service- og industrisenter på Helgeland med gode kommunikasjoner gjennom flyplass, jernbane og E6.

Stedet og kommunen har et variert arbeidsmarked og et bredt utdanningstilbud innenfor videregående skoler. Kommunen har for øvrig et omfattende og spennende kulturtilbud, og byr ellers på ulike fritids- og rekreasjonsmuligheter i storslagen og variert natur. Vefsn kommune søker hele tiden å drive utviklings- og forbedringsarbeid.

Fullstendig annonse, se: www.vefsn.kommune.no

Vi ønsker ikke henvendelser fra annonseesølgere!

Tlf. 75 10 10 00 - Postboks 560 - 8651 Mosjøen -
post@vefsn.kommune.no - www.vefsn.kommune.no

frantz.no

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

PSYKOLOGSPESIALIST

Bærum BUP, Sandvika

Referansenr. 4119329655 Søknadsfrist: 15.09.2019

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

BUPA, med ca. 320 stillinger, er organisert som egen avdeling i Klinikken for psykisk helse og rus. Avdelingen dekker et opptaksområde med totalt 100.000 barn og unge. Faglig prosjektutvikling og klinisk forskning stimuleres, og det er opprettet egen forsknings- og utviklingsenhet ved klinikken.

Nærmere informasjon om stillingen fås ved henvendelse til seksjonsleder Carl-Aksel Sveen, tlf. 67 52 36 00.

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

frantz.no



PSY
KOL
OGI

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.

Helse Sør-Øst RHF søker:



Ledige avtalehjemler i Helse Sør-Øst:

- 50% avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi med samtidig ansettelse 50% ved Sykehuset Innlandet HF lokalisert til Lillehammer eller Gjøvik
- To ledige 50% avtalehjemler i klinisk voksenpsykologi med samtidig ansettelse 50% ved Sykehuset Innlandet HF lokalisert til Hamar
- Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Follo

Nærmere opplysninger:

Spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge, enhet for psykiskhelsevern og rusbehandling, Helse Sør-Øst RHF, e-post kari.iren.austad.borge@helse-sorost.no

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

Søknadsfrist: 23. september 2019



frantz.no

Helse Fonna HF omfatter sjukehusa Haugesund, Stord, Odda og Valen og fire distriktpsikiatriske senter (DPS). Vi er over 4000 medarbeiderar som gir tilbod til rundt 180.000 innbyggjarar. Bli kjent betre kjent med oss på www.facebook.com/helsefonna

Psykologspesialist / psykolog - Poliklinikk

BUP Haugesund har nå ledige stillinger

Er du opptatt av faget ditt, liker å engasjere deg, raus med å dele og er opptatt av godt arbeidsmiljø? Da er du den rette for oss på BUP Haugesund.

Sjå heile annonsa og send din søknad på www.helse-fonna.no/jobb innan 16.09.19. Har du spørsmål, kontakt seksjonsleiar Georg Walter Reinhardt på tlf 52 73 28 00



Prosjektleder – psykisk helsevern

Gyldendal utvider porteføljen innenfor feltet psykisk helsevern og søker nå etter en erfaren prosjektleder, gjerne med bakgrunn som psykolog/ psykologspesialist.

Er du dyktig til å skape relasjoner og kommunisere med kollegaer og eksterne samarbeidspartnere? Har du god innsikt i bruken av kliniske verktøy og diagnosesetting og er metodefaglig sterk? Da vil vi gjerne høre fra deg.

Dine viktigste arbeidsoppgaver/ansvarsområder:

- etablere et bredt kontaktnett i fag- og forskningsmiljøer, faglige organisasjoner og offentlige instanser
- planlegging, styring, oppfølging og rapportering av leveranser og aktiviteter
- kursvirksomhet, sertifiseringsarbeid og opplæring
- initiere og utvikle nye prosjekter i tett samarbeid med fagmiljøene
- sørge for kvalitetssikring og standardisering av nye produkter
- redaksjonelle oppgaver ved behov

Vi søker deg som:

- er samlende og utviklingsorientert
- gjerne er utdannet psykolog eller psykologspesialist
- har erfaring fra psykisk helsevern, gjerne med fagansvar eller prosjektledelse
- har erfaring med psykometriske verktøy og er metodesterk
- skaper gode relasjoner og kommuniserer godt
- har god forståelse for marked og målgrupper og ser nye muligheter
- har god skriftlig og muntlig formuleringsevne

Å jobbe i Gyldendal er meningsfylt, utfordrende og lærerikt. Vi kan tilby konkurransedyktige betingelser, gode velferdsordninger, et trivelig, pulserende og ambisiøst arbeidsmiljø og flotte lokaler i Oslo sentrum.

Vi ser frem til å høre fra deg!

Søknadsfrist 22.9.2019

Kontaktpersoner:

Cathrine Idsøe, redaksjonssjef, tlf. 98048815

Liv Blom-Stokstad, forlagsdirektør, tlf. 41469343

For mer informasjon, se: <https://www.gyldendal.no/Om-Gyldendal/Ledige-stillinger>



NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

Tor Levin Hofgaard

tor@psykologforeningen.no
23 10 31 30

Visepresidenter

Rune Frøyland

rfroey@online.no
450 30 522

Heidi Tessand

heidi.tessand@
psykologforeningen.no
916 67 804

Medlemmer

Aina Holmén

aih@sivilombudsmannen.no
986 64 501

Kjetil Kaasin

kjetil.kaasin@sthf.no
35 00 57 00

Britt Randi Hjartnes

Schjødt
bibihj@gmail.com
922 99 371

Ragnhild Klingenberg Røed

ragnhildkstkoke@gmail.com
414 21 366

Ingvild Gregersen

ingvildg@gmail.com
957 27 801

Arnhild 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 Søderholm

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 Lindøe

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

Rus- og avhengighetspsykologi

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

Eldrepsykologi

Jørgen Wagle, leder, e-post jorgen.wagle@aldringoghelse.no, tlf. 950 74 358

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

Habiliteringspsykologi

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

MENNESKERETTIGHETSUTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Jørgen Edvin Westgren, leder, e-post joergenwestgren@gmail.com, tlf. 911 16 616

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

Jogeir Sognæs, 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
Stine Vedvik, nettredaktør, e-post stine.vedvik@psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås, administrasjonssjef, e-post linda@psykologforeningen.no

Toril Dyrhovd, nestleder, e-post toril@psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann, forhandlingssjef
Joakim Solhaug, nestleder
Kontakt forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

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

Utdanningsavdeling

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Privatpraksis
Kjersti Arefjord,
Universitetet i Bergen

Eva Dalsgaard Axelsen,
Universitetet i Oslo

Henning Bang,
Universitetet i Oslo

Per-Einar Binder,
Universitetet i Bergen

Anne Inger Helmen Borge,
Universitetet i Oslo

Tim Brennen, Universitetet
i Oslo

William Brochs-Haukedal,
Norges handelshøyskole

Nikolai Czajkowski,
Universitetet i Oslo

Knut Dalen, Universitetet i
Bergen

Guðrun Dieserud, Nasjonalt
folkehelseinstitutt

Fanny Duckert,
Universitetet i Oslo

Atle Dyregrov, Senter for
krisepsykologi

Tor-Johan Ekeland,

Høgskulen i Volda

Ståle Einarsen,

Universitetet i Bergen

Hege R. Eriksen, Univer-

sitetsforskning Bergen

Anders Martin Fjell,

Universitetet i Oslo

Magne Arve Flaten,

Universitetet i Tromsø

Rolf W. Gråwe, St. Olavs

hospital

Siri Erika Gullestad,

Universitetet i Oslo

Roger Hagen, Norges

teknisk-naturvitenskapelige

universitet

Odd E. Havik, Universitetet

i Bergen

Anthony Hawke, Familie-

vernkontoret i Stavanger

Asle Hoffart, Modum Bad

Arne Holte, Nasjonalt

folkehelseinstitutt

Hanne Haavind,

Universitetet i Oslo

Reidun Ingebretsen, Norsk

institutt for forskning om

oppvekst, velferd og aldring

Tine K. Jensen, Nasjonalt

kunnskapscenter om vold og

traumatisk stress

Leif Edward Ottesen

Kennair, Norges teknisk-

naturvitenskapelige

universitet

Stein Knardahl, Statens

arbeidsmiljøinstitutt

Gerd Kvale, Universitetet i

Bergen

Øyvind Kvello, Norges
teknisk-naturvitenskapelige
universitet

Kim Larsen, Sykehuset

Østfold

Arild Lian, Bredtvet

kompetansesenter

Gro Therese Lie,

Universitetet i Bergen

Astri J. Lundervold,

Universitetet i Bergen

June Ullevoldsæter Lystad,

Oslo Universitetssykehus

Svein Magnussen,

Universitetet i Oslo

Øyvind Lund Martinsen,

Handelshøyskolen BI

Willy-Tore Mørch,

Universitetet i Tromsø

Simon-Peter Neumer,

RBUP Øst og Sør, Oslo

Geir Høstmark Nielsen,

Universitetet i Bergen

Hans Nordahl, Norges

teknisk-naturvitenskapelige

universitet

Inger Hilde Nordhus,

Universitetet i Bergen

Terje Ogden, Nasjonalt

utviklingscenter for barn

og unge (NUBU)

Ståle Pallesen, Universitetet

i Bergen

Magne Raundalen, Senter

for krisepsykologi

Sissel Reichelt,

Universitetet i Oslo

Ivar Reinvang, Universitetet

i Oslo

Astrid M. Richardsen,

Handelshøyskolen BI

Jan H. Rosenvinge,

Universitetet i Tromsø

Bjørn Rishovd Rund,

Universitetet i Oslo

Frida Gullestad Rø,

Universitetet i Oslo

Michael Helge Rønnestad,

Universitetet i Oslo

Gro Mjeldheim Sandal,

Universitetet i Bergen

Per Øystein Saksvik,

Norges teknisk-naturviten-

skapelige universitet

Borrik Schjødt, Haukeland

universitetssykehus

Jan Skjerve, Universitetet i

Bergen

Ingunn Skre, Universitetet

i Tromsø

Arvid Skutle, Stiftelsen

Bergensklinikkene

Lars Smith, Nasjonalt

kompetansenettverk for

sped- og småbarns psykiske

helse

Håkan Sundberg,

Universitetet i Bergen

Frode Svartdal,

Universitetet i Tromsø

Nora Sveaass, Psykologisk

institutt, Universitetet i Oslo

Stephen von Tetzchner,

Universitetet i Oslo

Odd Arne Tjersland,

Universitetet i Oslo

Bente Træen, Universitetet

i Oslo

Merete Øie, Sykehuset

Innlandet HF

Simon Øverland,

Universitetet i Bergen

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

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 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:
17.09, 17.10, 18.11

Fond til videre- og etterutdanning

I klinisk psykologi og psykoterapi for medlemmer av
Norsk psykologforening. Tildeling 2020

Søknadsfrist 1. november 2019

Ved tildeling vil avtalespesialister prioriteres.

Tapt arbeidsfortjeneste dekkes helt/delvis kun ved artikkelskriving for publisering.

Fondets formål er å høyne det faglige kunnskapsnivå innen klinisk psykologi og psykoterapi.

Dette skjer ved støtte til:

- 1 a. Videre- og etterutdanning i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 1 b. Styrking av veilederkompetanse i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 1 c. Formål som har sammenheng med etterutdanning av spesialister i klinisk psykologi.
- 2 a. Fondet kan gi hel eller delvis dekning av kurs- og reiseutgifter og andre utgifter i forbindelse med videre- og etterutdanning i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 2 b. Fondet kan gi midler til vitenskapelig forskning og til utarbeiding av skriftlige arbeider og publikasjoner i klinisk psykologi og psykoterapi.
- 3 a. Fondets midler kan søkes av eller til psykologer i videreutdanning i klinisk psykologi og spesialister i klinisk psykologi.
- 3 b. Fondet skal ved tildelingen prioritere søknader fra privatpraktiserende spesialister i klinisk psykologi.
- 3 c. Fondet skal ved tildelingen prioritere søknader som ikke kan få støtte på annen måte.

Utover ordinære tildelinger ønsker Fondsstyret også å gi midler til:

Skriving av artikler/essays om utfordringer i privatpraksis med formål publisering.

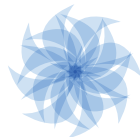
Fondsstyret vil vurdere søknadene ut fra:

- Søkere med driftstilskudd prioriteres
- Hvor mye søkeren har mottatt fra fondet tidligere år
- Skriving av artikler/essay om tema og utfordringer i privatpraksis med tanke på publisering
- Kursavgift vil bli prioritert over reise- og oppholdsutgifter
- At søknaden er i tråd med prinsipperklæringen om evidensbasert praksis
- Åpne søknader der det ikke er tatt stilling til hva midlene skal brukes til skal prioriteres ikke
- Aktiviteter som anses å være kvalifiserende på en måte som gjør at søkeren blir aktuell til nye typer oppdrag blir ikke prioritert. Eksempelvis vil kvalifisering innen rettspsykiatri/arbeid for retten anses som utgifter til inntekts erverv

Begrunnet søknad sendes på eget skjema: <https://www.psykologforeningen.no/foreningen/stipendordninger/fond-til-videre-og-etterutdanning>

Prosjektbeskrivelse eller annen relevant dokumentasjon må vedlegges søknaden.

OBS: Uleselige søknader og søknader som ikke er riktig utfylt vil ikke bli vurdert.



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30
E-post npfpost@psykologforeningen.no

