

**Hvem bør kunne kalle seg «psykolog»?**

*Aktuelt*

**EN PERSONLIGHETSTEORI FOR MODERNE MENNESKER**

*Fagessay*

**Terapeutiske bivirkninger**

*Intervju*

**Kampen for å være kropp**

*Fri assosiasjon*



# PSY KOL OGI

Vol. 56 nr. 11 2019

**Sjefredaktør** Bjørnar Olsen, bjornar@psykologtidsskriftet.no, tlf. 474 01 165  
**Fagredaktører** Kjersti Solhaug Gulliksen, kjersti@psykologtidsskriftet.no, tlf. 911 78 096,  
Ida Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429,  
Vibeke Ottesen, vibeke@psykologtidsskriftet.no, tlf. 48 17 68 21  
**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  
**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  
**Sentralbord** 23 10 31 30

**Redaksjonsråd** Joar Halvorsen, Nidaros DPS  
Ivar Iversen, Agenda, Oslo  
Åshild Skogerbø, Stavanger universitetssykehus  
Astrid Weber, Psykisk helse- og rusklinikk, Tromsø

Denne utgaven ble godkjent til trykk 24.10.2019

**Omslagsillustrasjon** Andrea Ferkingstad  
**Form** Bøk Oslo AS  
**Trykk** 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening (Journal of the Norwegian Psychological Association)  
er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat,  
Tekstrekameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell  
fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.  
© Tidsskrift for Norsk psykologforening

# Den vanskelige samtalen om psykologtittelen

**NÆRMERE 50 ÅR** med en beskyttet psykologtittel har vist seg som god pasientkommunikasjon her til lands: Folk har klare forventninger til psykologers kompetanse, og profesjonen er underlagt et strengt lovverk. Dette er god nok grunn til ikke å gjøre endringer i dagens tittelbruk, vil mange mene.

**Andre åpner likevel for** en debatt om tittelbeskyttelsen. Psykologloven fra 1973 var trolig ment å favne bredere enn psykologers virke som helsepersonell, mener Ingunn Skre, instituttbestyrer ved Psykologisk institutt i Tromsø (se side 810). Ja, kanskje datidens forståelse av hva en psykolog er, lå nærmere dagens brede internasjonale forståelse?

**Den faglige ledelsen ved** Det psykologiske fakultet i Bergen samstemmer i at psykologifaget peker langt utover klinikken. Dagens norske psykologtittel oppleves ikke lenger som samlende for alle dem som brenner for psykologien, og ordningen frarøver personer med en høy psykologifaglig kompetanse en identitet. Fakultetslederne Per-Einar Binder, Gro Mjeldheim Sandal og Bente Wold erkjenner at det kan være krevende å fortelle befolkningen hvilken type psykologer som har og ikke har klinisk kompetanse, men fortsetter: Det er tittelen «klinisk psykolog» som «beskriver spesifikk kompetanse innenfor diagnostisering og behandling av psykiske lidelser».

**Tross ulike syn** virker de ulike aktørene enige om viktigheten av å kommunisere klart til pasienter hvilke psykologer som er autorisert i henhold til helsepersonelloven. Heller ingen synes å ønske et frislipp av psykologtittelen, da det vil underminere verdien av mulige bindestrekstitler. Hvordan en regulering av sammensatte titler skal skje, er foreløpig uklart, men flere peker på EuroPsy-dokumentet som et mulig utgangspunkt.

**Det er knappest til å** undres over at universitetsansatte som forvalter psykologifaget, er mer åpne for en titteldiskusjon enn en fagforening som forvalter psykologers interesser. Det er også en ærlig sak at titteldiskusjonen handler om makt, slik universitetslektor ved UiO Rune Flaaten Bjørk skriver i sitt innlegg på side 862. Og kanskje en titteldiskusjon nettopp vil gjøre det klart at dagens ordning er til det beste for pasienter, profesjonen, faget og samfunnet. Å avvise debatten fremstår uansett som en risikosport. Da overlater man den bare til andre. Det er neppe formålstjenlig for en psykologstand med ambisjoner om å beholde den makten og innflytelsen den gjennom flere tiår har opparbeidet seg. ✖



**Bjørnar Olsen**

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Kanskje datidens forståelse av hva en psykolog er, lå nærmere dagens brede internasjonale forståelse?

# 808/848



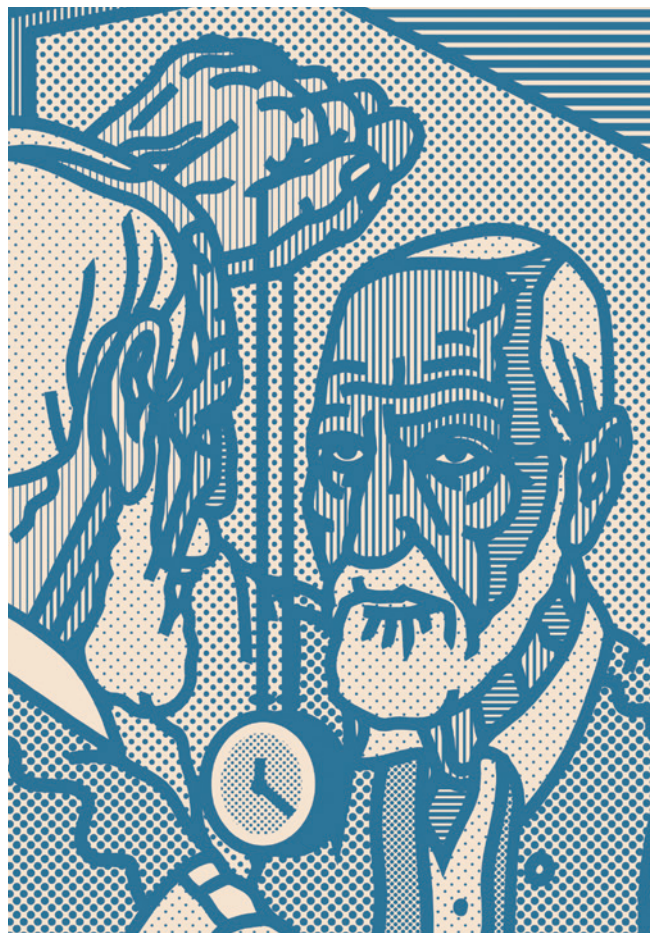
## **KNAPPEFORLØP?**

Klinikksjef Anne-Stine Meltzer mener mange ledere i psykisk helsevern tenker helt feil når de skal gjennomføre reformen med pakkeforløp. Professor Odd Arne Tjersland synes derimot det er pakkeforløpene i seg selv det er noe galt med.

*NÅ  
Faglig innspill*

FOTO: SHUTTERSTOCK / NTB SCANPIX

# 820/822



ILLUSTRASJON: BØRGE BREDENBÆKK

## **NØSTER OPP I NETTVERK**

Men nettverksmodellen har man som ambisjon å gi et nytt, ateoretisk fundament i tilnærmingen til psykiske lidelser, men modellen har ingen løsning på sentrale grunnlagsproblemer i psykiatrien, skriver Ketil Slagstad i en ny vitenskapelig artikkel.

*Intervju  
Vitenskapelig artikkel*



# 834



ILLUSTRASJON: ANDREA FERKINGSTAD

## TID FOR PERSONLIGHET

Tiden kaller som aldri før på en integrerende personlighetspsykologi, skriver Sigmund Karterud og Mickey T. Kongerslev. De integrerer teori om temperament, tilknytning og mentalisering for å bedre forstå våre personligheter.

*Fagessay*

# Innhold

- 805 Den vanskelige samtalen om psykologtittelen  
Leder | Bjørnar Olsen
- 808 Omfavner pakkeforløpene  
NÅ: Anne-Stine Meltzer | Per Olav Solberg
- 810 Bindestrek til besvær  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 816 Uenige om å beskytte psykologtittelen  
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 818 - Rettslig tvilsomt med 'klimapsykolog'  
Aktuelt | Per Halvorsen
- 820 Nøster opp i nettverk  
Forskningsintervju | Nora Skjerdingsstad
- 822 Hjernen er ikke alene  
- Nettverksmodellen og psykiatrisk epistemologi  
Vitenskapelig artikkel | Ketil Slagstad
- 834 Skisse til en moderne personlighetsteori  
Fagessay | Sigmund Karterud & Mickey T. Kongerslev
- 844 Gjennom kroppen  
Fri assosiasjon | Cecilie Benneche
- 848 Knappeforløp  
Faglig innspill | Odd Arne Tjersland
- 853 MENINGER  
Hovedinnlegg: Psykologisk (internett-)dekning | Bjørnar Haara (s. 854)  
Debatt: Veiledning (s. 858), Presidentkampen (s. 860 og 861), Psykologtittelen (s. 862), Kommunepsykologi (s. 864), Psykisk helsevern (s. 865 og 868), Psykologforeningen (s. 866)
- 869 INNTRYKK  
Intervju: Javisst kan terapi være skadelig | Ida Holth (s. 870)  
Bokanmeldelser: Helsepsykologisk nybrottsarbeid (s. 874), Folkeopplysning om drap (s. 876)
- 878 Minneord: Eivind Olav Kjelbotn Evensen (1976–2019) og Svein Skrøvset (1951–2019)
- 880 Annonser
- 884 Stillingsannonser



**LEDERANSVAR** Anne-Stine Meltzer mener at ledere i psykisk helsevern har et stort ansvar for å få pakkeforløpene til å fungere i klinikkene.

**NÅ** ANNE-STINE MELTZER

# Omfavner pakkeforløpene

Å oppnå god kvalitet i psykisk helsevern handler mye om å oversette pakkeforløpene til et språk som gir mening der folk jobber, mener Anne-Stine Meltzer, klinikkssjef ved Nic Waals institutt i Oslo.

**TEKST OG FOTO**  
Per Olav Solberg

**– Du var fagansvarlig for Helsedirektoratets arbeid med pakkeforløp barn og unge. Mange klager på hvor galt det har gått. Hva skjedde?**

– Jeg er ikke enig i at det har gått så galt. Men det er utfordringer knyttet til gjennomføring av pakkeforløpene. Mange psykologer har en opplevelse av at reformen kommer ovenfra og tres nedover organisasjonen og de ansatte. Når det er oppfatningen, tenker jeg at man har en lederutfordring i BUP og i psykisk helsevern. Denne reformen er brukerinitiert, derfor er det paradoksalt at klinikerne opplever den som styrt ovenfra.

**– Helsedirektoratet har utformet noen pakkeforløpsdokumenter – basert på innspill fra blant andre brukere – som en organisasjon må forholde seg til og sette ut i livet.**

**Mer styring og mer kontroll – det er kanskje ikke rart det blir misnøye?**

– Dokumentene fra Helsedirektoratet er skrevet i et administrativt språk. En av fordelene er at de prøver å være tydelige, men de er svært langt unna klinikerspråket vi snakker til daglig. Hvis du som leder implementerer et pakkeforløp veldig stivt, og bare sender videre de beskjedene som står i dokumentene, da blir det ganske dumt og helt feil. Dette er jo ikke hensikten. Da jeg gikk på topplederprogrammet for ledere i Helse Sør-Øst, fortalte ledende økonomer fra regionale helseforetak om hvor overrasket de var over hvordan vi bruker disse dokumentene som konkrete ledeverktøy – istedenfor å oversette forløpene til et språk og noen verktøy som gir mening i den enkelte klinikken.

**– Mange kritikere mener det er for mye fokus på utredning og for lite på behandling i pakkeforløpene – hvor fritt står klinikkene til å vurdere og tolke dette selv?**

– Pakkeforløpene skal gi systemkvalitet i klinikken, men ikke være en fast oppskrift. Det er ikke slik at alle forløp blir like, selv om utredning og behandling presenteres separat. Det er selvsagt også mulig å arbeide parallelt med behandling og utredning for å få til en god allianse med pasienten. Men pasienter er jo veldig forskjellige, i noen tilfeller er henvisningsdokumentene så gode at du kan bruke lite tid på utredning. I andre tilfeller er tilstandene så komplekse at du må bruke mer tid – og da er kanskje ikke basisutredningen nok. Vi må hele tiden huske på hva som er hensikten – hva er det vi ønsker å oppnå? Jeg kan være enig i at det har blitt mye fokus på utredning, men du skal ikke lenger tilbake enn til 2014 for å finne mange pasienter i systemet som ikke visste hvorfor de gikk i behandling, og hva de kom til behandling for. En slik tilfeldig håndtering av pasienter kan ikke BUP være bekjent av.

**– Du mener altså at den strenge implementeringen av pakkeforløpene beror på en misforståelse?**

– Ja, jeg tenker det er en stor misforståelse. Og her må vi som ledere ta selvkritikk. Hvis man tenker at å lede pakkeforløpsreformen handler om å ha alt på stell hele tiden i tilfelle man blir kikket over skulderen, da stimulerer man ikke til å utvikle godt fag. Da gjør man ikke jobben sin. Pakkeforløpene er først og fremst en logistikkreform basert på hva man har erfart er god praksis. Jeg tror det er lurt at pasientene får vite når de skal komme til behandling, og hva de skal gjøre her, og at de også får vite noe om hvordan det går underveis i behandlingen. Da jeg begynte i BUP-feltet på 90-tallet, satt man og strikket og kjøpte julegaver i jobbtiden. Og man stengte dørene når man mente man ikke kunne ta inn flere pasienter – det ble ikke stilt noen krav til hvor mange barn man skulle ta imot. Jeg var ikke veldig imponert over virksomheten den gang. Når noen i dag hygger seg med fortiden og sier at alt var bedre før, da stritter jeg imot. For den fortiden vil vi ikke tilbake til.

**– Man kan få inntrykk av at mange BUP-behandlere er utslitte, ikke orker mer og heller vil starte for seg selv. Hva er det et uttrykk for?**

## Hvorfor NÅ?

- Anne-Stine Meltzer er klinikkssjef ved Nic Waals institutt i Oslo. Hun har også vært fagansvarlig for Helsedirektoratets arbeid med pakkeforløp barn og unge.
- Meltzer er kritisk til den uttalte misnøyen med pakkeforløpene. Hun mener de danner et godt grunnlag for god praksis og godt faglig skjønn.
- Les også et faglig kritisk innspill av Odd Arne Tjersland om pakkeforløp på side 848.

– Det spørsmålet er det nok mange svar på. Skal jeg tenke ut fra min egen erfaring fra klinikk, så er min jobb som leder å skape en struktur som de ansatte kan hvile litt i – slik at de får mest mulig tid til å behandle pasientene. Helt konkret så betyr det at jeg setter opp pasienter for deg, jeg booker timer, jeg passer på at du får nok pauser mellom hver pasient og tid til å skrive journalnotater, og jeg passer på at pasientene får et tilbud som er forutsigbart. Hvis en psykolog tenker at dette er en invasjon av mitt terapikontor, da tenker jeg at denne psykologen får det bedre ved å jobbe privat. Men jeg blir trist når jeg snakker med BUP-terapeuter som er slitne. For jeg tenker at pakkeforløpene egentlig åpner opp for det stikk motsatte: at reformen er en invitasjon til å skape noe nytt, at den gir noen muligheter til å utvikle faget og skape nye tilbud som gir bedre behandling.

**– Noen er sterkt imot pakkeforløpene, mens andre – som du – ser dem som en mulighet for et bedre psykisk helsevern. Hva er konsekvensen av de store motsetningene?**

– Jeg kan være litt redd for denne polariseringen. Hvis mange i feltet definerer pakkeforløpene som tull og noe som kommer ovenfra, da mister vi en reell mulighet til å gjøre en endring som brukerne ønsker seg, og som vi har gode muligheter til å få til. Men det innebærer at ledelsen på hvert BUP og DPS må tenke: Hvordan skal vi få dette til hos oss? Det er satt av tre år til implementering av pakkeforløpene, og det er det gode grunner for. Det tar tid å endre en virksomhet, og det kan være smertefulle prosesser. Og det betinger en tett og god dialog mellom ledelsen og de som jobber der.

**– På hvilken måte ivaretar pakkeforløpene det som må være aller viktigst: at pasientene får det bedre av å gå i behandling?**

– Dette var hele grunnen til at jeg ønsket å bidra inn i pakkeforløpene. Fagfolk har snakket om hva som er god kvalitet i BUP, siden jeg begynte å jobbe her, men det har vært vanskelig å få til en nasjonal konsensus om hva vi skal gjøre, og hvordan man best måler behandlingseffekten. Pakkeforløpene er tydelige på at man skal utvikle mål for behandlingseffekt, men hvordan er opp til oss som jobber i klinikkene. Men jeg mener det er svært viktig at myndighetene, gjennom pakkeforløpene, støtter oss på å ha kvalitet i psykisk helsevern på agendaen, og at de forventer at vi jobber med det. Det skylder vi brukerne. ✘



# Bindestrek til besvær

Representanter for universitetsmiljøene vil gjøre profesjonspsykologen til «klinisk psykolog». Psykologforeningen frykter pasientforvirring og advarer mot bruk av bindestrekstitler.

**TEKST** Øystein Helmikstøl





«**DET ENESTE** som mangler for myndighetene er å sette riktig navn på denne kliniske fordypningen av psykologifaget som profesjonsstudiet nå representerer. Vi foreslår i denne sammenheng at paragraf 48a i Lov om helsepersonell punkt t) endres fra «psykolog» til «klinisk psykolog».»

Det skrev Fanny Duckert, Timothy John Brennen og Pål Kraft og i et høringssvar fra Universitetet i Oslo (UiO) i februar om Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Brennen er psykologiprofessor ved Psykologisk institutt og visedekan for forskning ved Det samfunnsvitenskapelige fakultet. Kraft er psykologiprofessor og leder Psykologisk institutt.

### PROFESJONSUTDANNINGEN

Fanny Duckert er professor emerita og spesialist i klinisk psykologi og organisasjonspsykolog. Hun er altså profesjonsutdannet psykolog. Brennen og Kraft er det ikke.

Duckert mener en lovendring vil være mer i samsvar med realitetene.

– Den norske profesjonsutdanningen har i stadig større grad blitt en ren klinikerutdanning – på bekostning av andre deler av psykologifaget. Det er også utøvingen av klinisk psykologi som er knyttet opp til rettigheter og privilegier i henhold helsepersonelloven. Psykologiutøvelse på høyt akademisk nivå foregår på en rekke andre felter i samfunnet, påpeker hun og fremhever at det er merkelig at de personene som innehar slik kompetanse, ikke skal kunne kalle seg psykologer i Norge.

– Jeg kan ikke se at dette ville føre til at mennesker med kliniske behandlingsbehov skulle bli mer forvirret. Jeg kan ikke helt se for meg at en person med for eksempel depresjon ville oppsøke en arkitekturpsykolog eller organisasjonspsykolog for å få behandling, skriver Duckert i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Ut fra et behandlingsperspektiv er hun mye mer bekymret for følgende:

– Alle de som kaller seg terapeuter – med mer eller mindre lugubre faglige bakgrunner. Risikoen for misforståelser og feiltolkninger er mye større her.

Tim Brennen, den andre som signerte høringssvaret om å endre helsepersonelloven, utdyper overfor Psykologtidsskriftet at han mener psykologifaget har blitt betraktelig større og mangfoldig siden «psykolog»-begrepet først ble beskyttet i norsk lov.

– Felt som arbeids- og organisasjonspsykologi, nevropsykologi og helsepsykologi er svære i forhold til det de var for noen tiår siden. Da er det naturlig å spesifisere i tittelen hvilken gren det er særkompetanse i, mener Brennen.

Han fremholder at dette er vanlig internasjonalt.

– For eksempel legger EUs godkjenningssystem for yrkesutøvelse i psykologi, EuroPsy, til grunn at man blir kompetent som praktiker i «Clinical & Health» eller «Education» eller «Work & Organisations». Ett og samme studium kan ikke kvalifisere til alle tre.

– Vil ikke en endring av helsepersonelloven i mindre grad sikre pasientens rett til behandling av godkjent personell?

– Forslaget berører ikke utdanningen. Nyutdannede kandidater vil bli like godt kvalifiserte til å fungere som klinikere som før, svarer Brennen.

### UTDANNINGEN

Pål Kraft, den tredje fra UiO som signerte forslaget om å endre helsepersonelloven, henviser til Trine Waaktaar. Hun er spesialist i klinisk psy- >>

## LES OGSÅ

- Men masterdebatten var ikke død (10.19)
- *Psychologist*, men ikke *psykolog* – ennå (10.19)
- Helsedirektoratet gjør endringer i bruk av psykologtittelen (på nett 1.10.19)
- – Uakseptabel tittelforvirring, Debattinnlegg av Håkon Skard (på nett 2.10.19)
- Aksepterer ikke frislipp av psykologtittelen (på nett 2.10.19)



Faksimile fra oktoberutgaven av *Psykologtidsskriftet*



**SAMLET LEDELSE** Fakultetslederne Per-Einar Binder, Gro Mjeldheim Sandal og Bente Wold ved Det psykologiske fakultet i Bergen åpner for endringer om psykologtittelen. Foto: UiB.no

kologi og utdanningsleder ved UiO. Vi har spurt om hun støtter forslaget om at paragraf 48a i Lov om helsepersonell punkt t) endres fra «psykolog» til «klinisk psykolog». Hun opplyser at forslaget ikke er realitetsdrøftet verken på Psykologisk institutt eller i RETHOS-programgruppen for psykologutdanningen, så hun kan bare si sin egen mening om saken.

– Jeg tenker det er naturlig å ta denne diskusjonen nå. Mens psykologi som kunnskapsfelt totalt sett stadig vokser, har de nye nasjonale retningslinjene for profesjonsutdanningene (RETHOS) tydeliggjort profesjonspsykologen som helsepersonell. I den grad kompetansen man får i profesjonsprogrammet, mer tilsvarende en generalist i klinisk psykologi enn en generalist innenfor psykologi generelt, er det rimelig å vurdere om dette også skal presiseres i rammene for autorisasjon.

– Vil dette i så fall gå utover pasientsikkerheten?

– Jeg har vanskelig for å se at en presisering av profesjonspsykologen som «klinisk psykolog» skulle være et problem her. Så vidt jeg vet, har man allerede samme spesifisering innenfor ernæringsfysiologi, der kun «klinisk ernæringsfysiologi» gir grunnlag for autorisasjon som helsepersonell, svarer Waaktaar.

Tittelen «klinisk ernæringsfysiolog» står i punkt m) om autorisasjon i paragraf 48 i helsepersonelloven.

Helene Nissen-Lie er spesialist i klinisk psykologi, førsteamanuensis og hovedtillitsvalgt for Norsk psykologforening ved UiO. Hun støtter ikke forslaget fra Brennen, Duckert og Kraft om å endre helsepersonelloven.

– Jeg er ikke enig i at det kun er tittelen «klinisk psykolog» som skal beskyttes og ikke psykologtittelen. I Norge har tittelen «psykolog» hatt en helt spesiell betydning i samfunnet og helsevesenet. Folk har et forhold til hva en psykolog er, og hva man kan forvente av en psykolog, og har tillit til en psykologs kompetanse. Dette bør fortsette og ikke utvannes. Vi kan søke hjelp hos en psykolog vel vitende om at det er et strengt lovverk som regulerer en psykologs arbeid og handlemåte.

Hun synes ikke Norge skal harmonisere tittelpraksis med andre land som ifølge Nissen-Lie har en helt annen utdanning og historikk, og der tittelen psykolog, for eksempel «psychologist», betyr noe annet.

– Om alle med psykologi i sin fagkrets eller utdanning skal kunne kalle seg psykologer, men ikke kliniske psykologer, vil det skape stor forvirring. Vårt lovverk skal speile vårt samfunn og vår praksis, ikke andre lands tradisjoner, skriver Nissen-Lie.

– Dagens norske psykologtittel bidrar ikke i tilstrekkelig grad til å virke samlende for alle de menneskene som nå jobber og brenner for psykologifaget

*Fakultetslederne Per-Einar Binder, Gro Mjeldheim Sandal og Bente Wold ved Det psykologiske fakultet i Bergen*

Hun er kritisk til at Helsedirektoratet åpner opp for å benytte sammensatt tittel av personer uten autorisasjon som psykolog når tittelen indikerer kompetanse på områder som ligger langt borte fra det kliniske.

– Det blir helt umulig for Helsedirektoratet å bestemme hvilken forstavelse som ikke gir et inntrykk av klinisk kompetanse, det er rett og slett et håpløst og meningsløst prosjekt. Psykologivitere av alle slag må selvsagt få markedsføre seg med den unike kompetansen de har, men ikke som psykologer.

Visepresident Rune Frøyland i Norsk psykologforening sier til Psykologtidsskriftet at han er uenig med de tre psykologiprofessorene på UiO. Han mener en endring i helsepersonelloven vil skape forvirring for pasientene.

– Psykologforeningen har også merket seg statssekretær Anne Grethe Erlandsens svar til Psykologtidsskriftet der hun sier at endringer i lovverket ikke er aktuelt nettopp ut fra hensyn til brukerne, sier Frøyland.

#### – IKKE SAMLENDE NOK

Dekan Bente Wold, prodekan for forskning Gro Mjeldheim Sandal og visedekan for utdanning Per-Einar Binder utgjør den faglige ledelsen ved Det psykologiske fakultet i Bergen. De er profesjonsutdannede psykologer, og Wold og Binder er medlemmer i Norsk psykologforening. Psykologtidsskriftet har spurt dem hver for seg om de er enig med Duckert, Brennen og Kraft i å endre helsepersonelloven og presisere at loven skal gjelde tittelen «klinisk psykolog».

– Vi tenker at kontekst for betegnelsen «psykolog» har endret seg på viktige måter de siste årene. Vi er en del av et internasjonalt utdan-

- Den norske profesjons-  
utdanningen har i stadig  
større grad blitt en ren  
klinikerutdanning -  
på bekostning av andre  
deler av psykologifaget

*Fanny Duckert,  
professor emerita*

ningsfelt og arbeidsmarked der psykolog er en generell betegnelse knyttet til fordypning i psykologifaglige tema på master eller ph.d.-nivå, og der «klinisk psykolog» er tittelen som beskriver spesifikk kompetanse innenfor diagnostisering og behandling av psykiske lidelser. I tillegg har vi nå i Norge en stor gruppe yrkesutøvere utdannet i ikke-kliniske områder av psykologifaget, svarer Per-Einar Binder.

Svaret er en samlet uttalelse fra ledelsen, opplyser de.

- Om vi skal beholde dagens norske psykologtittel, har vi et kommunikasjonsproblem på en internasjonal psykologfaglig arena som vi stadig knyttes tettere sammen med. Vi skaper dessuten et identitetsvakuum for fagpersoner innenfor psykologi uten klinisk fordypning. En stor gruppe mennesker med kunnskap på høyt nivå innenfor psykologi vil forståelig nok oppleve at deres kompetanse underkommuniseres. Dagens norske psykologtittel bidrar ikke i tilstrekkelig grad til å virke samlende for alle de menneskene som nå jobber og brenner for psykologifaget, skriver ledelsen ved Det psykologiske fakultet i Bergen til Psykologtidsskriftet.

Fakultetsledelsen mener at i flere former for praksis har den norske generalistmodellen fordeler, og de fortsetter:

- I arbeidet med RETHOS er en av grunn-tankene at det gir en merverdi å samtidig ha fordypning i samfunnspsykologi og klinisk psykologi. Erfaring og kunnskap innenfor klinisk psykologi kan være en styrke i arbeid med helsefremming og forebygging. Og arbeid med helsefremming og forebygging kan gi den kliniske psykologen innsikt i normalperspektiv og vekstprosesser som styrker det kliniske arbei-



**ØNSKER LOVENDRIING** Psykologiprofessorene Tim Brennen, Fanny Duckert og Pål Kraft ved Universitetet i Oslo vil at helsepersonelloven skal gjelde «klinisk psykolog». Foto: Tron Trondal/pressefoto og Lasse Moer/UiO

det. Samtidig er den lovregulerte delen av psykologrollen som helsepersonell avgrenset til den kliniske kunnskapen og kompetanseområdene.

At Helsedirektoratet tillater noen nye psykologtitler, tenker fakultetsledelsen i Bergen er et svar både på de internasjonale strømningene og på «det faktum at det i dag er mange flere fagfolk med høy kompetanse innenfor psykologi enn de som har tatt profesjonsutdanning», skriver ledelsen på e-post til Psykologtidsskriftet.

De påpeker at samfunnet har stort behov for psykologifaglig kunnskap på en rekke viktige felt.

- Disse fagpersonene vil ha et naturlig og legitimt behov for å kunne kommunisere sin kompetanse.

Binder, Wold og Sandal understreker imidlertid at det ikke er ukomplisert å skifte tittel.

«Det krever et godt kommunikasjonsarbeid overfor befolkningen om hvilken type av psykolog som besitter klinisk kompetanse i forhold til annen kompetanse», skriver de.

Visepresident Rune Frøyland i Psykologforeningen sier på sin side at dagens psykologtittel har sin begrunnelse i helsepersonelloven.

- Internasjonalt har vi ikke noe problem med å kommunisere dette.

At masterne ikke har en egen identitet, er underordnet pasientperspektivet, mener Frøyland.

- Psykologivitere bør finne et begrep som samler dem. Et frislipp av psykologtittelen vil ikke gi mastere legitimitet, fordi det vil gi mange ulike grupper tilgang til tittelen, og tittelen ville ikke lenger gitt noen garanti for kompetanse. Det viser hvor uheldig et frislipp vil være.

## PSYKOLOGLOVEN

Leder Ingunn Skre ved Institutt for psykologi ved Universitetet i Tromsø vil ikke svare verken ja eller nei på spørsmålet om hun støtter forslaget om å endre helsepersonelloven, uten at premissene for synet kommer bedre frem.

Hun tar oss heller med til 1973, da psykologtittelen ble beskyttet i psykologloven.

- Hensikten med psykologloven var å beskytte brukere av psykologtjenester, og sikre at psykologers kompetanse var basert på omfattende universitetsutdanning og veiledet praksis innenfor psykologi, samt at det krevdes hederlig vandel, påpeker Skre. >>



**NEI TIL ENDRINGER** Visepresident Rune Frøyland i Norsk psykologforening ønsker at tittelen «psykolog» fortsatt skal være beskyttet. Foto: Nora Skjerdingsstad

## - Psykologivitere bør finne et begrep som samler dem

*Rune Frøyland,  
visepresident i Norsk psykologforening*

Psykologloven ble erstattet i 2000, da ble beskyttelse av tittelen lagt inn i helsepersonelloven, der helsepersonellprofilen ble tydeligere.

– Før psykologtittelen ble beskyttet ved lov, var den like åpen for bruk som tittelen «terapeut» eller «sexolog». Siden psykologtittelen har vært en beskyttet tittel i snart 50 år i Norge, og knyttet til autorisasjon som helsepersonell, og «psykolog» automatisk oppfattes som autorisert helsepersonell i befolkningen, er det ikke uproblematisk å slippe tittelen fri ved å knytte spesifikasjoner som for eksempel «klinisk psykolog», eller åpne for «bindestrekstitler» for psykologutdannede uten autorisasjon, mener Skre.

Hun synes det er overraskende at det kommer innspill til helsepersonelloven i et høringsutkast til RETHOS, som faller inn under universitets- og høyskoleloven, slik Brennen, Duckert og Kraft har gjort. Heller enn å sette frem et slikt forslag i høringsuttalelse til RETHOS, ville Skre rettet en henvendelse til Helse- og omsorgsdepartementet med forslag om en bredere utredning av lovbeskyttelse og anvendelse av psykologtittelen i Norge.

– Etter 2000-tallet har norsk psykologutdanning fått et mer klinisk fokus, selv om det fortsatt er en generalistutdanning. Før 2000 hadde ikke alle som ble psykolog, nødvendigvis som mål å bli helsepersonell. Man kan derfor spørre seg om de som arbeidet for psykologloven, hadde til hensikt å snevre tittelen inn til psykologers virke som helsepersonell, eller om de også ville sikre brukere av for eksempel organisasjonspsykologiske tjenester.

Og hva tror Skre selv om det?

– Jeg tror faktisk at hensikten med psykologloven var at den skulle favne bredere enn psykologers virke som helsepersonell, og med andre ord omfatte flere områder av psykologi enn det som betegnes som klinisk psykologi. Slik sett vil jeg si at EuroPsy-dokumentet kanskje ivaretar den brede internasjonale forståelsen av hva en «psykolog» er, og som lå til grunn for den opprinnelige psykologloven. Hvis man leser psykologloven, er det ikke spesifisert at tittelen er knyttet til virke som helsepersonell, svarer instituttlederen i Tromsø.

Hun sier at hun ikke vet om Helsedirektoratet har tenkt helt grundig gjennom mulige konsekvenser av sine uttalelser 1. oktober.

– Å åpne for klimapsykolog og arkitekturpsykolog, men ikke sosialpsykolog eller organisasjons- eller samfunnspsykolog, virker noe merkelig. Det vil jo si at hvem som helst og uten noen form for regulering kan kalle seg «klimapsykolog», et noe perifert område i psykologien, mens ingen andre enn autoriserte psykologer skulle kunne kalle seg sosialpsykolog eller utviklingspsykolog, som begge er sentrale basaldisipliner i psykologi, og ikke direkte knyttet til helse. Utviklingspsykologi og sosialpsykologi inngår jo i grunnutdanningen for både profesjonsutdannede og mastere, og mens profesjonsutdanningen har fordypning og praksis i klinisk psykologi, fordyper masterstudenter seg i andre disipliner.

Skre har også en oppfordring til Norsk psykologforening:

– Jeg tror Psykologforeningen som faglig forening bør alliere seg med Psykologiforbundet og foreta en bred utredning av om det er behov for og nyttig for faget som helhet å se på psykologtittelen i bred forstand en gang til, og gjerne bruke EuroPsy-dokumentet som utgangspunkt.

Visepresident Frøyland i Psykologforeningen sier til Psykologtidsskriftet at dette ikke er aktuell politikk for foreningen.

– *Hvorfor ikke?*



– Endringer av psykologtittelen vil skape misforståelser og forvirre brukerne. Det er vesentlig at det kommuniseres entydig hvem som har behandlingsrettigheter og plikter som for eksempel taushetsplikt.

Psykologtidsskriftet har foreløpig ikke fått noen kommentar fra leder Ute Gabriel eller nestleder Odin Hjemdal ved Institutt for psykologi ved NTNU i Trondheim.

### EVALUERING AV HELSEPERSONELLOVEN

Psykologiforbundet mener at Helsedirektoratets argumentasjon, og den påfølgende debatten, illustrerer behovet for en evaluering av helsepersonelloven.

– Fagets bredde, utviklingen i utdanningstilbud og Norges internasjonale forpliktelser taler for en endring i lovverket. Vi oppfatter en klar mangel på faglig og juridisk holdbare argumenter for å opprettholde en utdatert tittelordning i dagens psykologilandskap.

De anbefaler at man ser mot EuroPsy i en slik evaluering, ifølge leder Nicklas Viki.

– Psykologiforbundet ser frem til dialog med Norsk psykologforening og generalsekretær Ole Tunold etter at han har sett våre politiske mandat som ligger på nettsidene våre. Selv om våre organisasjoner med dagens lovverk er tvunget fra hverandre fordi masterutdannede, mer enn 1200 kandidater i Norge, ikke er prioritert av NPF, kan vi muligvis fremover stå sammen om at faget må ta et tydeligere ansvar for miljø og klima?

Utfordringen fra Psykologiforbundet kommenterer visepresident Rune Frøyland i NPF slik:

– Psykologforeningen vil framover jobbe med mange aktører for å ta et ansvar for klima og miljø. Vi har mange flere sterke og gode alliansemuligheter enn med Psykologiforbundet alene.

Han understreker at Psykologiforbundet og NPF har svært ulike oppfatninger om psykologtittelen og om profesjonsutdanningen.

– Psykologiforbundet vil endre psykologutdanningen i Norge, slik at det blir en masterutdanning. Vi er veldig uenige i det, vi vil sterkt beskytte profesjonsutdanningen.

### «MILJØPSYKOLOG» NESTE?

Vi har spurt førsteamanuensis Svein Åge Kjøs Johnsen ved Høgskolen i Innlandet, der de tilbyr Nordens eneste masterstudium i miljøpsykologi, om de nå vil bruke tittelen «miljøpsykolog».

– Jeg tenker at det å kunne bruke tittelen «miljøpsykolog» vil forenkle både kommunikasjon og profilering for dem med master i miljøpsykologi, kanskje det til og med kan bidra til at fagfeltet blir mer etablert, svarer Johnsen.

Han mener samtidig at titteldiskusjonen nå fremstår som noe uklart.

– Det hadde vært fint om noen kunne ryddet opp ved å få tydelig fram hva som er problemene og konsekvensene på ulike nivåer, og at det ble foreslått mulige løsninger.

En ulempe med å endre bruken av tittelen er ifølge Johnsen en mulig privatisering av yrkesutøvelsen, det vil si at det etter hvert blir opp til hver enkelt å definere hva som er klinisk og ikke.

– Spørsmålet er om vi kan sørge for at det fortsetter å være tydelig for pasienter og klienter hva en psykolog faktisk er og kan, og samtidig utvider begrepet til å inkludere bredden i psykologien.

Han er ikke overbevist om at dette er praktisk mulig i dag.

– Men dersom Norsk psykologforening åpner opp for at de med mastergrad kan bli medlem der, for eksempel under visse forutsetninger, så vil det kanskje bli enklere å ta denne diskusjonen på lengre sikt, undrer Johnsen.

### POLITIKK

Å endre Lov om helsepersonell slik at den skal gjelde «klinisk psykolog» og ikke «psykolog» som nå, kan bli en lang vei. Vi har foreløpig ikke funnet noen politikere fra opposisjonspartiene som vil stå på barrikadene for dette. Ingen i Arbeiderpartiet ønsker å svare på om de ønsker at psykologtittelen fortsatt skal være beskyttet. Sosialistisk Venstreparti har ikke svart, det har heller ikke Rødt.

Senterpartiets helsepolitiske talsperson Kjersti Toppe er den eneste topp-politiker vi har funnet som vil si noe. Kampen om psykologtittelen er heller ikke noe som har opptatt Senterpartiet, men hun sier likevel noe på egne vegne:

– Jeg er opptatt av at pasientene skal vite at de blir behandlet av en fagperson med den rette kompetansen. Og profesjonsordningen har lang tradisjon i Norge. Likevel er jeg åpen for å se på om vi bør gjøre endringer som skiller mellom kliniske psykologer og andre psykologer, og som gjør at også mastere i psykologi kan bruke tittelen.

Helsedirektoratet var ikke tilgjengelig for kommentar om saken før Psykologtidsskriftet gikk i trykken. ❌ »



### SAMARBEID

Instituttleder ved UiT Ingunn Skre mener at Psykologforeningen bør alliere seg med Psykologiforbundet. Foto: Lars Aarønæs

– Jeg tror faktisk at hensikten med Psykologloven var at den skulle favne bredere enn psykologers virke som helsepersonell

*Ingunn Skre, Instituttleder for psykologi ved UiT*

**NEI** Leder Tove Gundersen i Rådet for psykisk helse vil ikke ha en oppmykning av psykologtittelen. Foto: Erik M. Sundt/Rådet for psykisk helse



## Uenige om å beskytte psykologtittelen

Rådet for psykisk helse og Mental Helse vil fortsatt beskytte psykologtittelen. Det vil ikke Mental Helse Ungdom og Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse.

### TEKST

Øystein Helmikstøl

**RÅDET FOR PSYKISK HELSE** er en frittstående paraplyorganisasjon med 30 medlemsorganisasjoner. Psykologtidsskriftet har spurt generalsekretær Tove Gundersen om Rådet for psykisk helse vil at tittelen «psykolog» fortsatt skal være en beskyttet tittel, eller om de vil åpne opp for at for eksempel mastere og personer med doktorgrad i psykologi også kan kalles psykologer. Vi har også spurt om de vil skille mellom «psykolog» og «klinisk psykolog».

– Psykologtittelen har i Norge gjort det mulig for pasienter og andre som søker hjelp, å være sikker på at den de møter, har en kompetanse, og at de er innrammet av et lovverk og et tilsynssystem. Det å slutte å ha en slik tydelighet er ikke til det beste for pasienter eller de som søker hjelp. Det skaper usikkerhet og utydelighet, og er det siste vi trenger når vi er i en vanskelig situasjon og trenger hjelp.

Faktum, ifølge Gundersen, er at en oppmykning av tittelbruk vil bety at hvem som helst

vil kunne kalle seg psykolog, slik det er mange andre steder i verden.

– Det at det skulle være bra for noen er vanskelig å skjønne.

Mental Helse er med i Rådet for psykisk helse. Også de mener at psykologtittelen bør være beskyttet.

– De som søker hjelp, skal vite hvilken fagkompetanse som ligger til grunn hos behandler. Selv om det finnes forskjellige retninger innenfor psykologien, foregår utdanningsløpet på mer eller mindre samme måte, med vekt på klinisk behandling, skriver generalsekretær Linda Berg-Heggelund i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Forskjellen mellom klinisk psykolog og psykolog sier noe om psykologens videreutdanning.

– Noe vi syns er greit, skriver generalsekretæren.

Hun fortsetter:

– For å kalle seg klinisk psykolog må personen gjennomgå en videreutdanning med spesialisering

ring og variert praksis innenfor valgt fordypning. En psykolog har et 6-årig profesjonsstudium.

Personer med mastere og doktorgrad i psykologi har ifølge Mental Helses generalsekretær «en annen grunnplattform som er mer teoretisk og vid, og ikke så individpreget som profesjonsstudiet».

Adrian Wilhelm Kjølø Tollefsen er generalsekretær i Mental Helse Ungdom. Han er av en annen oppfatning enn Mental Helse.

Også Mental Helse Ungdom er med i Rådet for psykisk helse, men Tollefsen i Mental Helse Ungdom er også uenig med dem.

Han ønsker at mastere og personer med doktorgrad i psykologi også får lov til å kalle seg psykologer.

– I Mental Helse Ungdom har vi diskutert dette, og vi har aldri forstått hvorfor man skal kjempe så hardt med å holde mastere utenfor. I Danmark og i andre land er ikke dette en stor greie

Dette ville ifølge Tollefsen bare være positivt for alle av en rekke åpenbare og mindre åpenbare årsaker.

– Jeg mener at en master i psykologi burde kunne gi rom for å gå et forenklet klinisk løp i Norge for å bli autorisert som psykolog.

– *Men Norsk psykologforening mener at psykologtittelen sikrer pasientens rett til behandling av godkjent helsepersonell. Et frislipp vil ifølge foreningen medføre uklarhet og forvirring. Psykologer er en helsepersonell-tittel i Norge, og slik mener Psykologforeningen det fortsatt skal være. Hva mener du om argumentet om pasientsikkerhet?*

– Tittel og autorisasjon bør høre sammen. Med andre ord bør det kunne gis en tittel som for eksempel «klinisk psykolog», som da indikerer at vedkommende er utdannet innenfor psykologiske fag (les psykolog) og har fått tittelatelsen «klinisk» ved sin autorisasjon, skriver Tollefsen på e-post.

Også Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse (LPP) er med i Rådet for psykisk helse. Landsleder Christine Lingjærde er på linje med Mental Helse Ungdom i spørsmålet om psykologtittelen.

– Samfunnet trenger psykologisk kunnskap. Og det er behov for personer med psykologisk høy kompetanse både som helsepersonell og i ulike stillinger i kommunene, for eksempel. Derfor ønsker jeg at flere skal få bruke tittelen «psykolog», også mastere og personer med doktorgrad i psykologi, sier Lingjærde til Psykologtidsskriftet.

Hun understreker at det samtidig må være høye krav for å få tittelen «klinisk psykolog».



**JA** Leder Adrian Tollefsen i Mental Helse Ungdom og Christine Lingjærde i Landsforeningen for Pårørende innen Psykisk helse er positive til at også mastere i psykologi skal kunne kalle seg psykologer. Foto: MentalHelse.no/LPP.no

– En forutsetning for å kunne praktisere som klinisk psykolog må være autorisasjon. Da vil pasientsikkerheten være godt ivaretatt, sier LPP-landslederen.

Blogger Sigrun Tømmerås, kjent fra blant annet å ha vunnet pris for å fremme ytringsfriheten i psykisk helsevern, svarer til Psykologtidsskriftet at ut fra et lekmanns- og pasientperspektiv ønsker hun at «psykolog» fortsatt skal være en beskyttet tittel. Hun er redd forvirringen om hvem som er helsepersonell, ellers vil øke.

– Altfor mange får i dag «pasienter» fordi de kaller seg «psykoterapeut». Dette utelukker ikke at jeg kan se fordeler ved å følge andre land som skiller mellom «psykolog» og «klinisk psykolog», og det å vise verden at faget psykologi er mer enn å behandle psykiske lidelser, skriver hun.

## TILSYNSSAKER

Hvor stort problem er forvirring blant pasienter om hvem som er helsepersonell?

Avdelingsdirektør Anne Myhr i Statens helsetilsyn kjenner ikke til tilsynssaker der det er snakk om psykologer «uten lovpålagt klinisk kompetanse».

– Det kommer jo av autorisasjonen etter profesjonsutdanningen som psykolog.

Myhr opplyser at Helsetilsynet har hatt noen ganske få saker, under fem, der det er noen som omtaler seg som psykolog uten å ha autorisasjon, for eksempel personer som har blitt fratatt autorisasjonen.

– Det kan være at fylkesmannen har hatt noen flere saker om tittelbruk, men det har ikke vi oversikt over.

– *Har Helsetilsynet noen gang behandlet saker om / klager på mastere i psykologi?*

– Saker vedrørende mastere i psykologi vil bli behandlet og avsluttet hos fylkesmannen og vil ikke bli sendt til oss, fordi det ikke dreier seg om helsepersonell.

Avdelingsdirektøren i Helsetilsynet ønsker ikke å kommentere at Helseledelse tillater noen nye sammensatte psykologtitler, hun ønsker heller ikke å svare på om Helsetilsynet frykter at dette vil gå utover pasientsikkerheten.



**UENIG** Forhandlingsjef i Norsk psykologforening, Christian Zimmermann, er uenig med Helsedirektoratet i at «bindestreks»-psykologer i noen tilfeller kan benyttes hvis man ikke er autorisert psykolog. Foto: Norsk psykologforening



## - Rettslig tvilsomt med 'klimapsykolog'

Psykologforeningen mener det er uheldig og rettslig tvilsomt om Helsedirektoratet nå legitimerer at tittelen 'klimapsykolog' kan benyttes av andre enn dem som er autorisert som psykolog.

### TEKST

Per Halvorsen

**REAKSJONEN KOMMER** etter at Helsedirektoratet 1. oktober i Psykologtidsskriftet opplyste at 'psykolog' kan benyttes i særlige tilfeller i sammensatte titler der tittelen peker i retning av noe annet enn det man assosierer med det kliniske feltet. 'Klimapsykolog' er en av titlene Helsedirektoratet bruker som eksempel.

Psykologforeningens forhandlingsjef, advokat Christian Zimmermann, er forundret.

- Vi har ingen ny lovgivning, ingen nye forskrifter, ingen ny politikk som tyder på at retts-tilstanden er endret, sier han.

### HUNDEPSYKOLOG

Han mener kombinasjonstitler vil kunne skape uklarhet om psykologbegrepet.

- Uklarhet vil kunne føre til et frislipp av psykologtittelen. Pasienten har da ikke lenger



noen garanti for at den man søker helsehjelp hos, har den kompetanse, de plikter eller de rettigheter som en autorisert psykolog har, sier han.

Han mener at enhver bruk av tittelen psykolog alene eller i kombinasjon med andre vil være ulovlig hvis det kan gi inntrykk av at personen har autorisasjon eller lisens. Et eksempel på kombinasjonstittel han advarer mot, er idrettspsykolog, som han mener kan gi assosiasjoner til å arbeide med 'motivasjon' eller andre psykologiske mekanismer som kan være avgjørende for menneskelig prestasjonsevne.

Et annet eksempel er hundepsykolog, der man bruker hunden som en del av samtaleterapien uten å være psykolog.

– Jo mer kompetanse man har innen psykologi, jo viktigere er det å ha avklart om man har lovbestemte rettigheter og plikter, som for eksempel taushetsplikt, sier han.

Helt avvisende til bindestrekstitler er han imidlertid ikke.

– Det kan tenkes at det finnes bindestrekstitler som absolutt ikke kan misforstås, uten at jeg har noen eksempler på dette, sier han.

### FALSK LEGITIMITET

– Det er vesentlig at man ikke fremstår med rettigheter man ikke har, for eksempel lovbestemt taushetsplikt. Man må ikke gi inntrykk av å ha en legitimitet man ikke har, sier forhandlingsjefen.

– På Psykologforeningens nettsider står det «Tittelbeskyttelsen gjelder også ordet psykolog kombinert med andre ord, som gir uttrykk for at den som benytter tittelen, har lisens/autorisasjon som psykolog, for eksempel trafikkpsykolog, fargepsykolog, hundepsykolog eller lignende. Og også fødselspsykolog dersom du ikke har lisens/autorisasjon som psykolog.» Hvordan mener du at disse opplysningene harmonerer med helsemyndighetenes holdning til sammensatte titler?

– Vi står for det vi har skrevet på våre hjemmesider, og har ingen behov for å endre det. ✕

## AKTUELT LOVVERK

- *Lov om helsepersonell § 74:*  
«Bare den som har norsk autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter § 53, har rett til å benytte slik yrkesbetegnelse (for eksempel 'psykolog') som kjennetegner vedkommende gruppe helsepersonell.»
- *Lov om alternativ behandling § 8:*  
«Ingen må uriktig benytte titler eller markedsføre virksomhet på en slik måte at det kan gi inntrykk av at vedkommende har autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning etter helsepersonelloven [...]»
- *Tvisteloven § 22-5:*  
«Retten kan ikke ta imot bevis fra [...] advokater, forsvarere i straffesaker, meklere i ekteskapsaker, leger, psykologer [...] om noe som er betrodd dem i deres stilling.»

### STATSBUDSJETTET 2020

## - Tar ikke psykisk helse nok på alvor

– Jeg savner tydelige prioriteringer fra regjeringen, spesielt evne til å adressere de store behovene i spesialisthelsetjenesten, sier president i Psykologforeningen, Tor Levin Hofgaard, i en pressemelding.

**DEN GYLNE REGEL**, kravet om å prioritere tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern høyere enn somatikk, fortsetter i neste budsjettperiode. Hofgaard er likevel ikke veldig optimistisk.

– Vi har jo tidligere sett hvordan den gylne regel ikke blir oppfylt av helseforetakene. Våre medlemmer rapporterer om sterkt press på de psykiske helsetjenestene, og må avslutte pasienter for tidlig for å nå helsepolitiske mål. Det er lite som tyder på at budsjettet tar denne situasjonen på alvor.

Tilskuddsordningen for psykologer i kommunen er som varslet foreslått innlemmet i kommunerammen.

– Tilskuddsordningen har vært avgjørende for å få kommunene til å ansette psykologer, men det er fortsatt en lang vei å gå. Dessuten vet vi at mange kommuner som allerede har ansatt, vil slite med å opprettholde stillinger etter at tilskuddet forsvinner. At regjeringen har bestemt seg for å flytte midlene over i rammen, er å avbryte en satsning før den er i mål.

Et av lyspunktene i budsjettet sett fra Psykologforeningens ståsted er at regjeringen er tydelige på at kommunene skal prioritere tidlig innsats i barnehager og skoler.

– Dette er i tråd med vårt hovedsatsningsområde og det er bra at regjeringen nå sier at kommunene skal prioritere innenfor de frie inntektene. Så gjenstår det å se om kommunene leverer, sier Hofgaard. ✕

# Nøster opp i nettverk

Med medisinsk-historiske briller drøfter Ketil Slagstad gamle ideer og nye modeller for å belyse hvordan vi forstår psykiske lidelser.

## TEKST

Nora Skjerdingsstad

**NETTVERKSPERSPEKTIVET** innenfor psykiatri, medisin og psykologi er kanskje ukjent for mange, men har de siste årene skutt fart innenfor sykdomsforståelse og behandling. Med utgangspunkt i sosiologisk nettverksteori, informatikk og komplisert statistikk har de enkelte fagdisiplinene utviklet nettverksmodeller for forståelse av sykdom generelt og psykiske lidelser spesielt.

Innenfor medisinen forstås nettverksmodellen som en modell hvis formål er å viske ut klare sykdomskategorier. Dette gjøres ved å koble sammen psykologiske, sosiologiske og biologiske faktorer i et ikke-hierarkisk nettverk.

– Man bryter ned sykdommen til enkeltfaktorer og knytter disse sammen i nettverk. Disse nodene er knyttet sammen med sterke eller mindre sterke bånd, avhengig av hvor hyppig de interagerer, sier lege Ketil Slagstad.

Slagstad, som er i gang med en doktorgrad i medisinsk historie ved Universitetet i Oslo, er i dette nummeret aktuell med en vitenskapelig artikkel (se side 822) om den historiske konteksten til nettverksmodellen. Slagstad viser her at nettverksmodellen er en videreføring av den *biopsykososiale* modellen, utviklet av den amerikanske legen George L. Engel på 1970-tallet. Den biopsykososiale modellen var i sin tid et oppgjør med den medisinske modellens reduksjonistiske syn på psykiske lidelser.

– *I nettverksmodellen inkluderes både psykiske og somatiske lidelser?*

– Det er en uttalt ambisjon i den medisinske nettverksmodellen å viske ut skillet mellom psyke og soma. Vi er én organisme, og psyken og biologien henger sammen. For eksempel

har man i slike nettverk forsøkt å undersøke sammenhengen mellom depresjon og sykdommer som diabetes, og om betennelsesmarkører knytter disse sammen.

## KRITISK

Med nettverksmodellen ønsker man å skape et ateoretisk fundament for sykdomsforståelse, ifølge Slagstad. Men han er usikker på om man med modellen har lyktes med det ikke-reduksjonistiske prosjektet.

– Ordet reduksjonistisk brukes ofte litt ureflektert. Jeg bruker det for å beskrive en forståelsesmodell der et sammensatt fenomen forklares ut fra dets bestanddeler.

Slagstad argumenterer med at nettverksmodellen blir reduksjonistisk fordi vi mister noe av det sammensatte fenomenet på veien. Det blir uklart hvilken posisjon *personen selv* får i dette nettverket. For det andre mister vi terapeutens meningsfortolkende rolle.

– Forståelsen rotfestes verken i subjektet som erfarer, eller i den historiske tiden og konteksten personen inngår i, slår Slagstad fast.

– Problemet med nettverksmodellen er at ulike faktorer – biologiske, psykologiske og sosiale – adskilles fra hverandre og fra konteksten de er en del av. På den måten kan man si at modellen er reduksjonistisk. Jeg tror for eksempel det er viktigere å undersøke hvordan biologien er i det sosiale og det sosiale er i biologien, sier Slagstad.

## HISTORISK

Slagstad er utdannet lege og har bakgrunn som medisinsk redaktør i *Tidsskrift for Den norske legeförening*. Interessefeltet hans sirkler rundt

det erkjennelsesteoretiske grunnlaget for psykiatrien: Hva er et symptom? Hvordan kan vi forstå pasientens plager? Hvordan kan vi best avgrense psykiske lidelser?

Slagstad tar utgangspunkt i hvordan psykiatrien har vokst frem som fagdisiplin, hvordan den har pendlet mellom biologien og det reduksjonistiske på den ene siden, og det mer personrettede og kontekstuelle som fenomenologien og psykoanalysen på den andre. Selv om den moderne psykiatrien bygger på tanken om at alt henger sammen og påvirker hverandre gjensidig, har man likevel mistet noe av det menneskelige på veien, mener Slagstad. Både personens opplevelse av mening og en forståelse av psykiatrisk kunnskap som makt blir i mindre grad berørt i de nyere tilnærmingene til hvordan vi forstår psykiske lidelser, understreker han.

– Vi er gode på å løfte blikket fremover og favne om nye teknologiske fremskritt, men glemmer litt å se oss over skuldra. For eksempel har Karl Jasper's psykiatriske fenomenologi mange gode poenger som med fordel kan løftes frem i den moderne psykiatrien, sier Slagstad.

– Å se på historien kan gi oss et skarpere bilde av vår egen praksis her og nå.

– *Fortiden former nåtiden?*

– Både og, men medisinen er et fremtidsrettet fag som er veldig opptatt av det nye: Er en artikkel mer enn fem år gammel, er den ikke noe å bry seg om, for å sette det på spissen. Det er lett å glemme at medisinen har en lang historie, der folk har tenkt gode tanker før en selv.

### PSYKOLOGI KONTRA BIOLOGI

Psykiatrien og psykologien bygger på mye av det samme teoretiske fundamentet, understreker Slagstad, men slik Slagstad presenterer nettverksmodellen, ser den ut til å være noe ulikt forstått og benyttet innenfor medisinen/psykiatrien og psykologien. Medisinen opererer med et nettverk som illustrerer latente, bak-enforliggende faktorer og mekanismer, mens man i psykologien hovedsaklig ser på det manifeste, altså hvordan symptomene kommer til uttrykk, og hvordan symptomer påvirker hverandre og opprettholder lidelsen. Innenfor medisinen baseres forskningen gjerne på gruppenivå, mens psykologien i tillegg har vendt seg mot en personorientert tilnærming.

I psykoterapi kan man altså bruke nettverksmodellen som et konkret verktøy, det vil si at man sammen med den enkelte klient kan utvikle et



**HJERNEN I KONTEKST** Ketil Slagstad er utdannet lege og har lenge interessert seg for det epistemologiske grunnlaget for psykiatrien. Nå har han begynt på en doktorgrad i medisinsk historie. Foto: UiO

nettverk av noder knyttet til emosjonelle, kognitive og atferdsmessige variabler. Selve informasjonen i nettverket innhentes gjennom samtaler med klienten om hva de finner relevant for sin lidelse. Også her bruker man komplisert statistikk til å fremstille disse personifiserte nettverkene på individnivå.

– Hvis nettverksmodellen kan tjene som en supplerende forståelsesramme for å tilnærme seg pasienten, er det positivt, men man må være klar over dens begrensninger. Slik du skisserer nettverksperspektivet i psykologien, kan man jo bruke det som et slags arbeidsverktøy, tankekart eller liknende.

### VÅR FELLES HISTORIE

Slagstad mener at profesjonenes ulike kunnskapsteoretiske utgangspunkt gjør at diskusjonen mellom faggruppene virker skjerpene på begge parter. Og nettopp en slik diskusjon om nettverksmodellen er noe av det Slagstad håper på i kjølvannet av sin artikkel.

– Dette er min teoretiske tilnærming til det hele, men klinikere kan jo komme til å si at nei, men dette er jo bare tull. Nå sitter du der og teoretiserer over noe som ikke har noen praktisk betydning. Jeg tenker det bare er positivt hvis artikkelen kan skape diskusjon. ❌

Les den vitenskapelige artikkelen til Slagstad på de neste sidene.



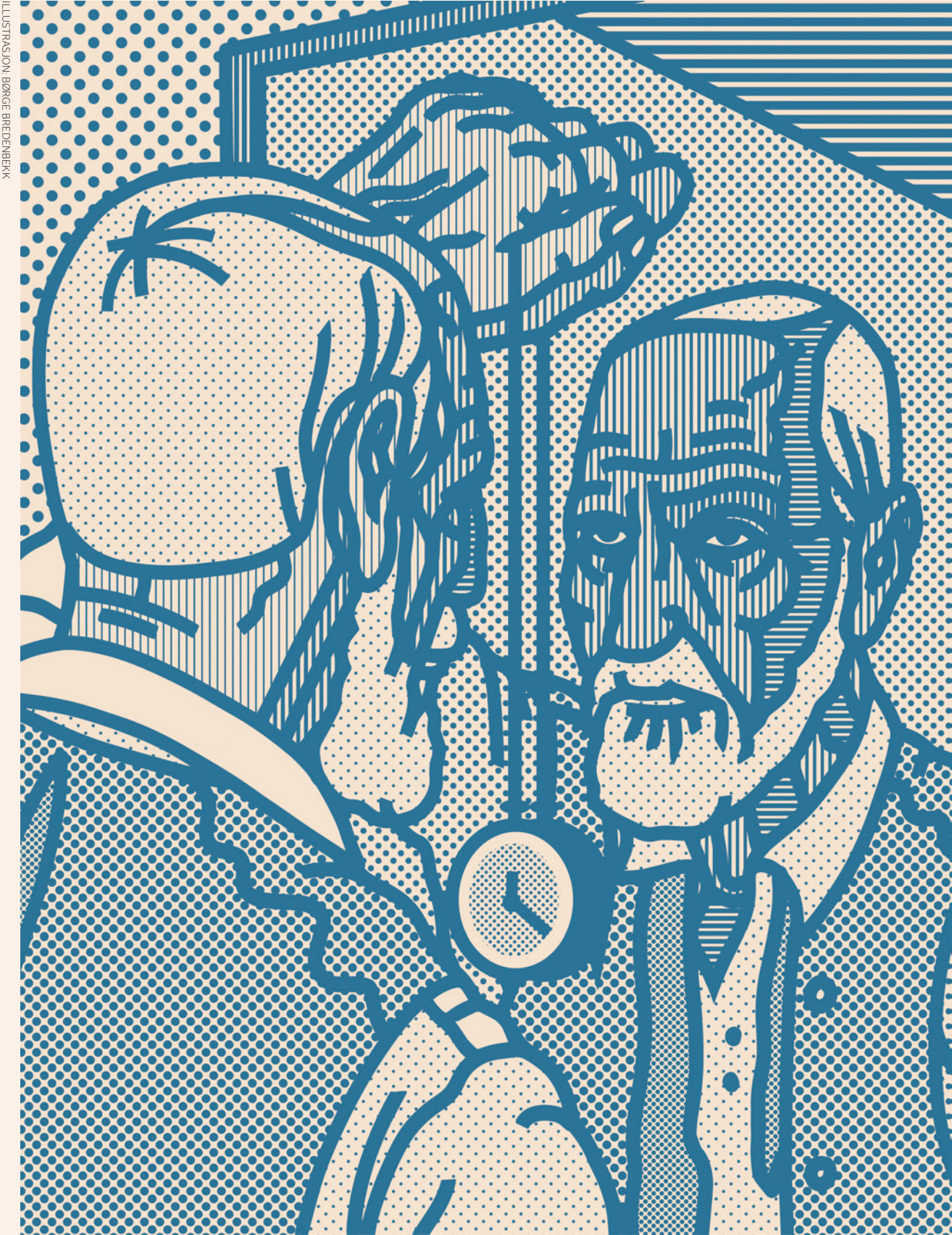


ILLUSTRATION: BÖRGE BREDENBÆKK



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2019 S. 822-832 FAGFELLEVDERT

KETIL SLAGSTAD, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

KONTAKT ketil.slagstad@medisin.uio.no

# HJERNEN ER IKKE ALENE

– Nettverksmodellen og  
psykiatrisk epistemologi

En ambisjon med nettverksmodellen er å gi et nytt, ateoretisk fundament i tilnærmingen til psykiske lidelser, men modellen har ingen løsning på sentrale grunnlagsproblemer i psykiatrien.

Moderne medisin og psykiatri står i et spenningsfelt. På den ene siden blir fagene mer og mer teknifiserte, høyspesialiserte og biologisk reduksjonistiske, eksemplifisert ved økende kunnskap om genetiske og molekylære mekanismer i ulike sykdommer – et *biologisk mikronivå*. På den andre siden lever vi i samfunn som blir stadig mer forskjelligartede, uoversiktlige og komplekse – et *sosialt makronivå*. Det er nå et behov for medisinsk teori og epistemologi som er i stand til å integrere kunnskap fra ulike nivåer – fra de minste mekanismer til større kontekstuelle og samfunnsmessige utfordringer. Den biopsykososiale modellen, som ble programfestet på slutten av 1970-tallet, var et forsøk på en slik integrativ tilnærming til sykdom. Den medisinske nettverksmodellen, »

## ABSTRACT

### *The brain in context: the network model and psychiatric epistemology*

The biopsychosocial model was proposed in the 1970s as a reaction to the biomedical model and reductionism in medicine and psychiatry. The biopsychosocial model is often said to provide a theoretical basis for contemporary psychiatry. Since the 1970s, there has been a huge increase in the amount of biological psychiatric research including genome-wide association studies (GWAS), functional magnetic resonance imaging (fMRI), and studies of connectivity. The medical network model is a development of the biopsychosocial model and is often claimed to represent a new «atheoretical» basis for psychiatry that integrates new insights about biological, social, and psychological factors involved in mental illness. In this article, I argue that the biopsychosocial model and the network model need to be understood in their historical context as attempts of breaking with dichotomies like nature:culture and psyche:soma in the understanding of mental illness. However, I argue that the network model risks reproducing reductionist traditions in psychiatry. Psychiatric epistemology has to integrate a critical power perspective on how psychiatric knowledge is produced in practice. This article argues that understanding mental illness is not possible without a person-centered approach that includes the person in relation to society and individual experience of meaning.

**Key words:** *psychiatric epistemology, network theory, network model, biopsychosocial model, diagnostic classification, reductionism*

som har fått økende oppmerksomhet det siste tiåret,<sup>1</sup> kan ses som en videreutvikling av den biopsykososiale modellen og et forsøk på å lage en «ateoretisk» modell som integrerer ny kunnskap om den rollen biologiske, sosiale og psykologiske faktorer spiller når det gjelder sykdom.

Formålet med denne artikkelen er tredelt: Først argumenterer jeg for at den biopsykososiale modellen må forstås i sin historiske kontekst, nemlig i forbindelse med en biomedisinsk eller biologisk dreining i psykiatrien og en lang historisk spenning mellom subjektorienterte og objektorienterte epistemologiske posisjoner i faget. Deretter presenterer jeg nettverksmodellen som en videreutvikling av den biopsykososiale modellen, der kunnskap om biologiske, psykologiske og sosiale forhold ved psykisk lidelse blir integrert med sosiologisk nettverksteori. Endelig peker jeg på tre potensielle epistemologiske problemer i begge modellene i forståelsen av og tilnærmingen til psykiske lidelser: for det første at psykiske lidelser forstås som individuelle hjerne sykdommer fremfor *sosialmedisinske problemer*; for det andre at opplevelse av *mening* hos den enkelte ikke får prioritet; og for det tredje at modellene neglisjerer et perspektiv på psykiatrisk kunnskap som *makt og produsert virkelighet*.

Hensikten med å skrive en artikkel om psykiatrisk epistemologi i psykologenes fagtidsskrift er å skape et utgangspunkt for diskusjon mellom profesjonene, ved å peke på historiske forutsetninger for sentrale grunnlagsproblemer i fagene. Også innenfor psykologien trekkes nettverksmodellen frem som en mulig ny teoretisk modell for tilnærming til diagnoser og psykiske lidelser (se f.eks. Johnson, Johnson, Sele, & Hoffart, 2019).

#### DEN BIOPSYKOSOSIALE MODELLEN

På 1970-tallet var det en uttalt ambisjon blant en del psykiatere å dreie psykiatrien mot biomedisinen og bort fra den psykoanalytiske arven: Mens resten av medisinen hvilte på et solid naturvitenskapelig fundament, hadde psykiatrien seilt sin egen sjø og blitt splintret i et utall uvitenskapelige tradisjoner. For eksempel hevdet den amerikanske psykiateren

Arnold M. Ludwig i en artikkel i *Journal of the American Medical Association* at psykiatrien var blitt et «sammensurium av uvitenskapelig meninger, filosofiske retninger og tradisjoner» (Ludwig, 1975, min oversettelse). For at psykiatrien skulle gjenvinne sin kredibilitet måtte den funderes i en biomedisinsk modell. Ifølge Ludwig var sykdom et avvik fra en normal: Sykdom måtte kunne forklares gjennom biokjemiske eller nevrofysiologiske mekanismer, til forskjell fra «metapsykologiske, mellommenneskelige eller sosiale årsaker». Psykisk lidelse som skyldtes tilpasningsvansker, sosiale problemer og avhengighet, eksistensielle depresjoner og sosiale avvik, skulle ikke betraktes som psykiske lidelser. Slike problemer burde tas hånd om av ikke-medisinsk personell. Ludwig mente derfor at psykiatere i grunnutdanningen burde bruke mer tid på å lære seg nevrologi og nevropatologi og fordype seg i elektrolytt- og hormonforstyrrelser, farmakologi og fysiologi.

Georg L. Engel, en psykosomatisk orientert indremedisiner, var den som tydeligst formulerte den *biopsykososiale* modellens teoretiske grunnlag i 1977 i en artikkel i *Science* (Engel, 1977). Engel avviste det biomedisinske kampskriftet for medisinen generelt og psykiatrien spesielt. For ham var en slik posisjon uttrykk for reduksjonisme, nemlig at komplekse menneskelige fenomener ble redusert til enkeltbestanddeler, og basert på kropp/sinn-dualisme. Begge deler var karakteristisk for datidens generelle biomedisinske forståelsesmodell. Verken schizofreni eller diabetes kunne forstås og forklares uttømmende i en ren biomedisinsk modell, mente Engel. Kulturelle og samfunnsmessige faktorer var avgjørende for hvordan sykdommene kom til uttrykk og til hvilken tid. Selv om flere sykdommer kunne diagnostiseres med utgangspunkt i en biokjemisk defekt, for eksempel forhøyete blodglukoseverdier ved diabetes, måtte man likevel snakke med pasienten for å få vite hvordan sykdommen artet seg for den enkelte, og for å kunne ta i betraktning hvordan sosiale, psykologiske og kulturelle forhold kunne spille inn. Siden opplevelser blir gjort forståelige gjennom språk, måtte hjelperen ha kunnskap om og trening i å kunne fortolke meningen i det pasienten fortalte. Hvordan hjelperen møtte pasienten, var dessuten helt avgjørende for utfallet av behandlingen: Å kurere en defekt ville ikke

.....

1. Første treff for søkeordet «network medicine» i Pubmed er fra 2007, (Barabasi, 2007).

nødvendigvis gjøre at pasienten selv opplevde seg som frisk.

Den biomedisinske modellen var ikke bare dominerende i akademisk medisin og i medisinsk forskning, det var også den dominerende folkelige måten å forstå sykdom på. Engel ville endre hvordan sykdommer ble forstått, både somatiske og psykiatriske, men også hvordan man tilnærmet seg dem. Han tok til orde for å forstå alle sykdommer som et samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. En ny sykdomsmodell måtte både fange sykdommenes biologiske side og sykdom som menneskelig erfaring. Det Engel tok til orde for, var en fundamental systemkritikk både i tenkning om og tilnærming til sykdom.

### MELLOM BIOLOGI OG FENOMENOLOGI

Det ville være uhistorisk å betrakte diskusjonen mellom Engel og Ludwig som en helt ny problemstilling i medisin og psykiatri. Reduksjonistiske teorier i generell medisin og ambisjoner om å identifisere sykdommenes minste bestanddeler kan spores flere hundre år tilbake. Et riss gjennom psykiatriens historie viser at det har vært en spenning i forståelsen av og tilnærming til psykiske lidelser, mellom biologiske og psykososiale modeller eller mellom objektorientert og subjektorientert ontologi.

For eksempel endret Philippe Pinel (1745–1826) fransk psykiatri radikalt med sitt klassifikasjonssystem og «moralske behandling». Ifølge Pinel var det i stor grad psykologiske mekanismer som lå til grunn for psykisk sykdom. Behandlingen måtte rettes mot pasientenes følelser og intellekt. Samtidig eksperimenterte han med å redusere bruken av fastlenking av pasienter, noe som var en utbredt praksis i asylene (Porter, 1997, s. 494–97). Jean-Etienne-Dominique Esquirol (1772–1840) videreførte arven fra Pinel, og vektla i større grad hvordan ikke bare psykologiske, men også sosiale forhold hadde betydning for psykiske lidelser (Ackerknecht, 1985, s. 41–52). Det franske samfunnet gjennomgikk på den tiden store endringer med revolusjon, krig, industrialisering og en voksende arbeiderklasse. I Tyskland i andre halvdel av 1800-tallet forsøkte legene å overføre sykdomsmodellen fra generell medisin til den nye disiplinen psykiatri. Klinisk observasjon og patologisk-anatomisk disseksjon gikk hånd i hånd, og legene forsøkte å forklare kliniske observasjoner med utgangspunkt

i lesjoner i hjernen. Wilhelm Griesinger (1817–68), en av grunnleggerne av moderne psykiatri og forkjemper for lokalismen, proklamerte for eksempel at «psykiske sykdommer er hjerne-sykdommer» (Ackerknecht, 1985, s. 63). Dette representerte starten på den første bølgen av biologisk psykiatri (Shorter, 1997, s. 69–112).

Imidlertid var ikke en slik reduksjonistisk tilnærming til psykiske lidelser fri for uenighet eller debatt. En sterk kritiker var psykiateren og filosofen Karl Jaspers (1883–1969).

Dogmet om at sinnslidelser er hjernelidelser, og at alt sjelelig bare er symptomer, er en steril påstand. Det er kun fruktbart å søke etter hjerneprosesser der man er i stand til å søke etter og identifisere dem histologisk-anatomisk. Fra et psykologisk standpunkt er hjernesykdommer en av flere årsaker til mentale forstyrrelser. Det er riktig at det mentale alltid har en betingelse i hjernen, men utover dette er standpunktet intetsigende

(Jaspers, 1920, s. 247, min oversettelse).

Det skrev Jaspers i *Allgemeine Psychopathologie*, første gang utgitt i 1913. Verket har siden blitt en hjørnestein i fenomenologisk psykiatri, en teoretisk retning som særlig fikk betydning i Tyskland, i mindre grad i norsk og angloamerikansk psykiatri. Jaspers mente at mentale prosesser og psykiske lidelser måtte forstås i skjæringspunktet mellom subjektiv opplevelse, psykologiske mekanismer og biologiske prosesser i et sosiokulturelt rammeverk (Parnas & Sass, 2008). På samme tid så psykoanalysen dagens lys, og selv om Freud ikke var fremmed for at lidelsene en gang i fremtiden ville kunne forklares med utgangspunkt i biologi, er det ingen tvil om at psykoanalysen representerte en radikalt ny måte å forstå og behandle psykiske lidelser på. Med Freud fikk symptomet *mening*, det sto ikke lenger som et slags «speilbilde» av en underliggende forstyrret struktur. Det psykiske innholdet var allegorisk og symbolsk kodet og måtte derfor *fortolkes* (Berrios & Marková, 2017).

Den første biologiske bølgen kom til en slutt, paradoksalt nok, med mannen som siden har blitt stående som den fremste representant for biologisk psykiatri, Emil Kraepelin (1856–1926). Ved å samle de funksjonelle psykosene i tre kliniske kategorier – dementia praecox, paranoia og manisk-depressiv psykose – basert på symp-



Med Freud fikk symptomet *mening*, det sto ikke lenger som et slags «speilbilde» av en underliggende forstyrret struktur







## Legemidlene har spilt en selvstendig rolle i å underbygge dopaminhypotesen om schizofreni

tomatologi og forløp, unngikk han det problemet samtidige psykiatere hadde med å rotfeste psykosene i et patoanatomisk substrat (Ackerknecht, 1985, s. 76–80). Diagnosene lot seg nå avgrense rent deskriptivt, og Kraepelin la dermed grunnlaget for det moderne sjekklisterbaserte og deskriptive klassifikasjonssystemet. Det er derfor ikke til å undres over at Kraepelin i ustrakt grad har blitt løftet frem i forsvaret for en biomedisinsk «vitenskapelig», positivistisk og empiristisk psykiatri (Engstrom & Weber, 2007).

### OPERASJONALISME – MOT EN «ATEORETISK» EPISTEMOLOGI

Det er likevel for enkelt å se diskusjonen mellom Engel og Ludwig som enda et utslag på en psykiatrihistorisk pendel som har svingt mellom objektorienterte og subjektorienterte posisjoner.<sup>2</sup> Diskusjonen hadde et spesifikt historisk bakteppe, der revisjonen av diagnosemanualen var spesielt viktig. På 1970-tallet gjennomgikk psykiatrien et av sine mest radikale skifter, da de psykoanalytisk-inspirerte *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) I og II* ble erstattet med den såkalte ateoretiske tredjeutgaven. *International Classification of Diseases (ICD)* har i stor grad fulgt samme prinsipper som *DSM*.

Psykoanalysen og en psykososial sykdomsmodell sto sterkt i amerikansk psykiatri rundt midten av 1900-tallet. I tiårene etter andre verdenskrig var det imidlertid flere hendelser som ledet til en biologisk dreining i sykdomstenkningen og en operasjonell vending i klassifikasjonssystemet, begge sentrale kjennetegn ved biomedisinsk psykiatri (Pickersgill, 2010). De første psykofarmakologiske legemidlene kom på markedet på 1950- og 60-tallet. Det ga psykiaterne helt nye muligheter til å behandle psykisk sykdom, men legemidlene endret samtidig hvordan man forsto psykisk lidelse. For eksempel ble det vist at nevroleptiske legemidler virket hemmende på hjernens dopaminerge system, noe som igjen styrket hypotesen om at schizofreni skyldtes feil i dopaminomsetningen i hjernen. Legemidlene har derfor spilt en selvstendig rolle i å underbygge dopaminhypotesen om schizofreni (Healy 2002, s. 178–224; Kendler 2015). Da selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) kom på markedet noen tiår senere, styrket det hypotesen om at depresjon skyldes serotoninmangel i hjernen (Healy, 2002, s. 209, 306–15). I tillegg gjennomførte forskere i etterkrigstiden de første store tvillingstudiene, som begynte å legge for dagen den store arvbare komponenten for lidelser som schizofreni og manisk-depressiv lidelse (nå kalt bipolar lidelse). Disse hendelsene representerte starten på psykiatriens andre biologiske bølge.

Samtidig ble psykoanalysen i økende grad kritisert for å være uvitenskapelig. Diagnosekriteriene var inkonsistente og manglet reliabilitet, og de diagnostiske vurderingene lot seg ikke replikere. Flere internasjonale samarbeider i regi av Verdens helseorganisasjon mot slutten av 1960-tallet viste at da amerikanske og britiske psykiateres diagnosepraksis ble sammenliknet, var det store forskjeller i hvor hyppig de stilte ulike diagnoser. Dette var åpenbart en trussel mot en profesjon som endelig hadde fått potente legemidler mellom hendene, og som ikke lenger kunne ses som en lillebror i den medisinske familien. The American Psychiatric Association var grovt sett splittet mellom psykoanalytikerne og en gruppe psykiatere som kjempet for en reorientering mot biomedisinen. En slik

.....

2. For en kritikk av denne måten å skrive psykiatriens historie på, se Sadowksy (2006), der elektrokonvulsiv terapi blir brukt som eksempel, eller Pickersgill (2010) for antisosial personlighetsforstyrrelse.

reorientering innebar en dreining vekk fra et diagnosesystem basert på etiologi, mot et system basert på data etter «vitenskapelige» prinsipper. I tillegg kom en opprivende diskusjon i psykiaterorganisasjonen på begynnelsen av 1970-tallet om homoseksualitet skulle fjernes som diagnose. Psykoanalytikerne sto særlig hardt mot homoaktivistene i denne kampen, men psykoanalytikerne (og andre psykiatere som ikke ville fjerne diagnosen) tapte kampen i 1973 (Bayer, 1981). Diskusjonen var også starten på – dog uavhengig av – den mye bredere diskusjonen omkring DSMs fremtid. Psykoanalytikerne tapte, og i det nye diagnosesystemet ble årsaksfaktorer fjernet som diagnosekriterium. Reliabilitet ble mobilisert som styrende prinsipp (Kirk & Kutchins, 1992; Torgersen, 2014). Diagnosene skulle være deskriptive, kvantifiserbare og kriteriebaserte, og med det endret det psykiatriske språket seg: Målet var å beskrive pasientens symptomer og tegn i et nøytralt og deskriptivt språk. Validiteten – hvorvidt diagnosen faktisk fanget det essensielle ved fenomenet – ble ofret på reliabilitetsalter. Symptomenes symbolske og meningsbærende element som hadde blitt håndtert på ulikt vis i psykoanalysen og i fenomenologisk psykiatri, forsvant, i hvert fall i diagnosekriteriene. Terapeutens rolle som fortolker ble nedprioritert. Psykiatrien gjennomgikk en operasjonistisk vending, det vil si at faget skiftet kurs mot et positivistisk og empiristisk vitenskapssyn der diagnosene rent deskriptivt skulle beskrive symptomer og tegn, uten å gå veien om subjektiv mening eller fortolkning (Parnas & Bovet, 2015). Det var et vitenskapssyn som godt lot seg forene med sjekklistebasert diagnostikk.

Kritikken av diagnosesystemets mangler er ikke ny: Sykeliggjøring av livsvansker, manglende reliabilitet og validitet, tilfeldige diagnosekrav og høy forekomst av komorbide lidelser er alle vektige innvendinger mot klassifikasjonssystemet (Hyman, 2010, 2011). Det samme gjelder politiseringen av diagnosesystemet og diagnosers makt i moderne samfunn (Brinkmann, Petersen, Kofod, & Birk, 2014; T. Ekeland, 2014; Jutel, 2009; Rosenberg, 2002). Et spørsmål som har fått mindre oppmerksomhet, er hvordan diagnosesystemet har påvirket forståelsen av psykiske lidelser og bygd opp under dikotomier som natur/kultur og kropp/psyke. Ifølge den amerikanske psykiat-

teren Kenneth S. Kendler lever dikotomiene – i hvert fall blant amerikanske kolleger – i beste velgående: Det mentale ses i motsetning til det kroppslige (Kendler, 2012). Selv om psykiatere hevder at den biopsykososiale modellen utgjør det teoretiske fundamentet for moderne psykiatri (Malt, Andreassen, Melle, & Årslund, 2014, s. 131–138; Ringen, 2018; Røssberg & Andreassen, 2017), har kritikere avvist denne selvforståelsen og hevdet at faget er rotfestet i biomedisinen (Bracken et al., 2012; Deacon, 2013; T.-J. Ekeland, 2014). Selv om man bekjenner seg til en teori om at psykiske lidelser må forstås multifaktorielt eller biopsykososialt, er det likevel slik at pasientens problemer rangordnes etter om de kan forstås med utspring i en hjerneforstyrrelse eller som relasjonelle og sosiale problemer (Kendler, 2012). Det skapes et kunstig skille mellom hjerne og sinn, kropp og psyke, organisk og funksjonelt – et skille som mangler vitenskapelig grunnlag.

#### NETTVERKSMODELLEN

Nettverksmodellen har de senere år blitt løftet frem som en ny «ateoretisk» modell for medisinsk (Greene & Loscalzo, 2017; Joseph Loscalzo, Barabási, & Silverman, 2017; Menche et al., 2015) og psykiatrisk sykdomsforståelse (Borsboom, 2017; Silbersweig & Loscalzo, 2017). Modellen har allerede rukket å få en sentral plass i moderne psykiatri, for eksempel i rapporten til The Lancet Commission on global mental health and sustainable development fra 2018. Kommisjonen består av en gruppe sentrale fagfolk og aktivister som er satt sammen av tidsskriftet *The Lancet* med mål om å besvare hvordan FNs bærekraftsmål kan nås i psykisk helse-feltet. Selv om modellen ikke nevnes eksplisitt ved navn, er det epistemologiske grunnlaget for rapporten det samme som i nettverksmodellen: Psykiske lidelser forstås som dimensjonelle, og det er en uttalt ambisjon å unngå biologiske, reduksjonistiske tilnærminger, for eksempel ved å peke på at sosiale determinanter har kausale virkninger på psykisk helse i forskjellig grad gjennom livets ulike faser (Patel et al., 2018). Med basis i sosiologisk nettverksteori, informatikk og komplisert statistikk søker den medisinske nettverksmodellen å forklare komplekse sykdommer som resultat av interaksjoner mellom multiple gener, genprodukter og molekyler via diverse «omer», slik som genomet »

(arvematerialet), mikrobiomet (mikroorganismene), inflammasomet (betennelsessystemet) og trombosomet (blodlevringssystemet) i et stort interaktom. I modellen blir sosiale og psykologiske forhold betraktet som selvstendige kausale faktorer, uten at de nødvendigvis må forklares ut fra et nevrobiologisk substrat: Søvnløshet fører til utmattelse, som igjen kan påvirke humøret; nedsatt matlyst kan føre til redusert energiinntak, som igjen kan virke inn på kroppssopplevelse og sinnstilstand; bruk av sprøyter for å injisere heroin kan gjøre en utsatt for hepatitt C; og diskriminering kan øke risikoen for å bli stående utenfor arbeidslivet som igjen kan føre til depresjon. Nettverkene visualiseres så gjennom noder som er knyttet sammen i større eller mindre grad: Om man ser for seg et stort kart, er noen faktorer tett forbundet siden de påvirker hverandre hyppigere, mens andre interagerer sjeldnere og derfor ligger mer perifert (Silverman & Loscalzo, 2017). Brosymptomer knytter nettverksklynger sammen. For eksempel kan insomni ved post-traumatisk stressyndrom føre til konsentrasjonsvansker, som igjen er et brosymptom til depresjon (Borsboom, 2017). Prosjektet passer godt med kunnskapen om at ingen psykiske lidelser skyldes enkle mekanismer som for eksempel enkeltgenmutasjoner. Kritikerne som angriper biologisk psykiatri for å være reduksjonistisk ved at psykologiske eller sosiale forhold ikke vies plass, angriper derfor i økende grad en stråmann, tatt i betraktning vår økende kunnskap om hvordan biologien (f.eks. genene) og miljøet uløselig er knyttet sammen, eksemplifisert i epigenetikk og hjernens plastisitet. Betyr det at psykiatrien endelig har fått et epistemologisk fundament som ikke reproducerer gamle dikotomier?

Leser man Engels artikkel fra 1977, ser man at mye av fundamentet for nettverksmodellen blir skissert allerede der, og noen vil kanskje hevde at nettverksmodellen er gammel vin på nye flasker. Engel påpekte at det innenfor biovitenskapene var tendenser til reduksjonistisk tenkning, men at systembiologi representerte en fruktbar modell der de minste bestanddeler, som molekyler og celler, måtte ses i sammenheng med større enheter som organer, personer og samfunn. Alle enhetene påvirket hverandre gjensidig. Man kan derfor undre seg over at ingen av de refererte oversiktsartiklene om nettverksmodellen refererer til Engels artikkel.<sup>3</sup>

Et viktig spørsmål er om Engels systemkritikk faktisk har lyktes i å bli den integrative modellen som han argumenterte for.<sup>4</sup> Å sammenstille tre ord gir ikke nødvendigvis forståelse for fenomenet man står overfor, og det er et potensielt problem med den biopsykososiale modellen at den forsterker dikotomien mellom hard («bio») og myk («psykososial») vitenskap. Der den biopsykososiale modellen ofte blir visualisert lineært eller i et triangel, åpner nettverksmodellen for en tredimensjonal forståelse av sykdom, der det biologiske ikke får forrang (Greene & Loscalzo, 2017): Sosiale forhold interagerer med biologiske faktorer, psykologiske faktorer medierer biologiske responser, biologiske disposisjoner virker inn på sosiale forhold. Der «bio» lett kan bli redusert til hjerne, gen eller molekyl og «psykososialt» til myke risikofaktorer, har nettverksmodellen en grunnleggende anti-hierarkisk struktur.

## DISKUSJON – TRE UTFORDRINGER FOR PSYKIATRISK EPISTEMOLOGI

Gjennom historien har psykiatere strevd med å løse noen grunnleggende epistemologiske problemer: Hva er et symptom, hvordan kan vi forstå pasientens plager, hvordan kan vi best avgrense psykiske lidelser? Disse grunnproblemene forsøkte man å unngå eller lukke øynene for ved å bytte ut et lite reliabelt etiologisk basert diagnosesystem med et deskriptivt, kriteriebasert system. Jeg vil avslutningsvis argumentere for hvorfor nettverksmodellen trolig ikke gjør oss i stand til å besvare sentrale grunnlagsproblemer i psykiatrien som den biopsykososiale modellen ikke har vært i stand til å løse. Disse epistemologiske problemene kan ikke løses gjennom naturvitenskapelig metode alene, men krever for det første antropologiske og historiske tilnærminger, for det andre meningsfortolkende tilnærminger, og for det tredje maktkritiske tilnærminger.

### 1. Den ensomme hjernen

Noen håper at nettverksmodellen vil muliggjøre en sykdomsklassifisering basert i biologi,

- .....
- Green og Loscalzo (2017) refererer til Engels artikkel som eksempel på at den biopsykososiale modellen forsterket skillet mellom bio («hard science») og psykososial («soft science»), men nevner ikke Engels forsøk på å integrere disse.
  - Se Falkum (2008) for forsøk på å integrere den biopsykososiale modellen med stress-sårbarhetsmodellen.



til forskjell fra dagens deskriptive system, for eksempel å kunne påvise bakenforliggende biologiske mekanismer som binder forskjellige syndromer sammen, som depresjon, inflammasjon, diabetes og hjerte-karsykdom (Silbersweig & Loscalzo, 2017). En slik ambisjon kan ses som en tredje bølge av biologisk psykiatri drevet av blant annet stordataberegninger, genomvide assosiasjonsstudier (GWAS), funksjonelle MR-undersøkelser og konnektivitetsstudier. Som vi har sett, er denne ambisjonen på ingen måte ny, snarere er den et ekko fra psykiatriens historie. Håpet om at molekylærgenetikk eller nevrovitenskap endelig vil gjøre oss i stand til å forstå hva psykiske lidelser *egentlig* er, har paralleller til faglige diskusjoner mot slutten av 1800-tallet (Sadowsky, 2006). Om psykiske lidelser reduseres til biologi, bare på ulike nivåer – gener, hormoner, cytokiner, reseptorer, molekyler – risikerer psykiatrien å havne i et nytt reduksjonistisk blindspor. Nettverksmodellen vil da kunne forsterke en forståelse av psykisk lidelser som individuelle hjernesykdommer fremfor sosialmedisinske problemer, der sosiale, kulturelle og strukturelle determinanter i psykisk lidelse blir oversett (van Os, 2015). For eksempel opptrer disosiative symptomer i forskjellig grad og med ulikt uttrykk i ulike kulturer og til ulike tider. Flukt, vold, tortur, diskriminering, rasisme og marginalisering har store konsekvenser for folks kroppslige og psykiske helse. Forekomst, forløp og presentasjonsform av psykotiske lidelser som schizofreni varierer betydelig med sosiale og kulturelle forhold (Kirmayer, Rousseau, & Guzder, 2013, s. 1–20).

## 2. Den meningsløse hjernen

For det andre risikerer nettverksmodellen å ignorere et perspektiv på psykiske lidelser som kontekstuelle livsvansker, der vanskene også kan ha *mening* for den enkelte. Arbeid med pasienter handler om å jobbe med personer – ikke symptomer eller diagnoser. Pasienten er ikke en relé-stasjon mellom hjerne og symptom; det er meningsløst å snakke om et symptom fristilt fra personen eller verden hen er en del av. Et sentralt poeng i Jaspers fenomenologiske tilnærming til psykiske lidelser var at forståelse måtte gå via pasienten i kontekst: En reduksjonistisk tilnærming kunne medføre at den lidende ble redusert til statist, og ikke selv ble trukket med i behandlingen. Jaspers fenomenologiske teorier om kroppsliggjort værenserfaring finner gjenklang i nevrovitenskapelig kunnskap om bevissthetens kroppsliggjøring («embodiment»). Bevisstheten er kroppsliggjort på et *indre* plan, i den homeostatiske reguleringen av alle kroppens fysiologiske mekanismer, der sinns- og kroppsfunksjoner er uatskilnelige (Fuchs, 2011). Kroppsliggjøringen av bevisstheten kommer også til uttrykk på et *ytre* plan: Våre erfaringer i verden, våre forestillinger om og opplevelser av den, er ikke bare speilbilder eller representasjoner av en ytre virkelighet. Snarere er vi gjennom vår kropp, vår sensomotorikk, våre sanser og gjennom våre handlinger delaktige i å forme den samme virkeligheten. Kroppen mottar hele tiden ufiltrert informasjon gjennom huden, leddene, hørselen og øynene, som fortolkes i hjernen som virkelighet. For en person som er blind, fungerer en blindestav som en utstrakt del av kroppen. En bok er en bok ikke bare fordi den inneholder en rekke sider med skrift på, men fordi den samme skriften har en mening som kan forstås. Menneskelig bevissthet er relasjonell og utstrakt, og den konstitueres av et samspill med andre mennesker, organismer, objekter og faktorer som teknologi og samfunn. Våre følelser kommuniseres ubevisst gjennom ansiktsuttrykk, kroppsspråk og toneleie, og språket binder oss



Validiteten – hvorvidt diagnosen faktisk fanget det essensielle ved fenomenet – ble ofret på reliabilitetens alter





Noen vil kanskje hevde at nettverksmodellen er gammel vin på nye flasker

sammen med verden. For eksempel er skam en grunnleggende relasjonell følelse. Selv om følelsen oppstår hos den enkelte, er den knyttet til en opplevelse av utilstrekkelighet, nakenhet og litenhet *i forhold til* en annen. Følelsen man kjenner når kinnene blir varme, er knyttet til den indre opplevelsen av å skjemmes, som er uløselig knyttet til relasjonen til andre. Fysiologien, følelsene og det sosiale er kausalt knyttet sammen (Fuchs, 2011). Derfor er menneskelige sinnstilstander mettet med mening.

Hvilken plass får denne forståelsen i nettverksmodellen? For å kunne angi styrken av sammenhenger i nettverksmodellen må det gjøres faktoranalyse av de enkelte nodene og deres forbindelser. Modellen forutsetter dermed at nodene er klart avgrensbare og kvantifiserbare. Hvordan kan subjektive opplevelser, fenomenologiske beskrivelser og *mening* plasseres i et slikt nettverk? Spørsmålet blir dermed om det i modellens arkitektur, som pretenderer å være teoretisk agnostisk, ligger teoretiske føringer for hvilke typer data og kunnskap som kan integreres og vektlegges. Dermed risikerer nettverksmodellen å prioritere funn fra kvantitative fremfor kvalitative forskningsmetoder.

### 3. Den essensielle hjernen

For det tredje gir verken nettverksmodellen eller den biopsykososiale modellen verktøy for å analysere og innreflektere at psykiatrisk kunnskapsproduksjon også handler om makt. Et økt krav om brukermedvirkning i psykiatrisk forskning og behandlingstilbud i psykisk helsevern i den senere tid kan forstås som en reaksjon på hva filosofen Miranda Fricker har kalt epistemisk urett/urettferdighet (Fricker, 2007). Epistemisk urett/urettferdighet omhandler to forhold. De situasjonene der en persons synspunkter, verdensbilder og erfaringer blir oversett eller neglisjert på grunn av bakgrunnen til eller egenskaper ved den som erfarer, definerer Fricker som urett knyttet til å være bærer av et vitnesbyrd («testimonial injustice»). For det andre definerer hun situasjoner der virkelighetsopplevelser ikke kan verbaliseres eller gjøres forståelige for den som erfarer dem, på grunn av rådende kultur, språk eller referanserammer som hermeneutisk urett («hermeneutical injustice»). Et eksempel kunne være en person med ikke-binær kjønnsidentitet som vokser opp i et kjønnsbinært samfunn som vårt, der det mangler forbilder, begreper og forståelsesrammer som kan gjøre hens erfaringer, følelser og identiteter fattbare og valide. Overført til psykiatrien kan en forståelse av psykose som dysregulert transmittorbilanse i hjernen føre til at pasientens egne psykotiske opplevelse av verden ikke tillegges mening eller gis rom (urett knyttet til vitnesbyrd). Distanserende diagnostisk språk, diagnosekriterier og biologisk forståelse av psykiske lidelser kan hindre at individuell lidelse og livsvansker blir gjort forståelig, noe som igjen kan forhindre personen fra å sette ord på sinnstilstandene sine (hermeneutisk urett).

Psykiatrisk kunnskap virker selvforsterkende og -stabiliserende på minst to måter: gjennom diagnosenes tilbakevirkende kraft på den enkelte og ved at praksis konstituerer virkeligheten. For det første muliggjør psykiatriske diagnoser måter å være på («making up people»), og de virker tilbake på og endrer personer og virkeligheten («looping effects») (Hacking, 1995, 2006). For det andre blir psykisk lidelse forhandlet og omformet gjennom diagnostiske og terapeutiske rutiner og praksiser. I dette omvandlingsarbeidet blir ekspertenes virkelighets- og praksisnære kunnskap legitimert og konsolidert. Paradoksalt nok kan arbeidet med å gjøre pasienter til eksperter på egen kroniske psykiske lidelse – for eksem-

pel gjennom terapeutiske rutiner – omvandle en diagnose til en væremåte (Klausner, Bister, Niewöhner, & Beck, 2015).

Karl Jaspers var opptatt av at forskjellige tilnærminger til psykiske lidelser, rasjonelle og empatiske, produserte forskjellig type kunnskap. Der en rasjonell tilnærming fører til en rasjonell forklaring på sinnstilstandenes sammenhenger, leder en empatisk tilnærming oss «til selve den psykiske sammenhengen. Der rasjonell forståelse kun er et psykologisk hjelpemiddel, fører empatisk forståelse oss til psykologien selv» (Jaspers, 1920, s. 173, min oversettelse). Tatt i betraktning den enorme mengden kunnskap om biologiske sammenhenger og mekanismer involvert i psykisk lidelse som produseres ved hjelp av teknologiske hjelpemidler, står en psykiatri som gir slipp på sitt utgangspunkt – subjektet – i fare for å splintres i en rekke nevrosubspesialiteter som nevroradiologi, nevrogenetikk, neuroimmunologi. Det ville være hva psykiateren Josef Parnas har definert som en «psykiatri uten psyke» (Parnas, 2014).

## KONKLUSJON

I denne artikkelen har jeg forsøkt å vise at psykiatrien vitenskapshistorisk sett har stått i et spenn mellom posisjoner der biologiske, sosiale og psykologiske faktorer har blitt vektlagt i ulik grad. Dikotomier som natur/miljø og

kropp/psyke har vært vanskelige å bryte ned, til tross for at nettopp dette har vært en ambisjon flere ganger gjennom historien. Den biopsykososiale modellen var en radikalt ny systemkritisk måte å forstå (psykiske) sykdommer på, der biologien ikke hadde forrang. Jeg har argumentert for at modellen risikerer å reprodusere dikotomien mellom harde og myke vitenskaper, og dermed likevel gi forrang til biologien. Nettverksmodellen har som forutsetning å unngå reduksjonistiske og essensialiserende forståelser av psykisk lidelse, men jeg har forsøkt å vise at modellen er en forklaringsmodell, ikke en forståelsesmodell. I nettverket av biologiske, psykologiske og sosiale mekanismer forsvinner subjektet som del av en gitt historisk tid og samfunn. Nettverksmodellen har ingen løsning på den biomedisinske psykiatriens grunnproblem, nemlig at en forståelse av og tilnærming til psykisk lidelse ikke kan løsrives fra en historisk og sosial kontekst: en forståelse av menneskelige fenomener, som psykiske lidelser, kan ikke gå veien utenom subjektets egen opplevelse av mening og dets relasjon til verden.

*Takk til tre anonyme fagfeller for konstruktive tilbakemeldinger og takk til redaksjonen i Tidsskrift for Norsk psykologforening for gode innspill og kyndig veiledning i arbeidet med artikkelen.* ✕

## LITTERATUR

- Ackerknecht, E.H. (1985). *Kurze Geschichte der Psychiatrie*. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Barabasi, A.-L. (2007). Network medicine – from obesity to the «diseasome». *The New England Journal of Medicine*, Vol. 357, s. 404–7. <https://doi.org/10.1056/NEJMe078114>
- Bayer, R. (1981). *Homosexuality and American psychiatry: The Politics of Diagnosis*. I A.C. of L. Societies (red.), *Homosexuality and American Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Berrios, G.E., & Marková, I.S. (2017). The Epistemology and Classification of «Madness». I G. Eghigian (red.), *The Routledge History of Madness and Mental Health* (s. 115–34). London: Routledge.
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Bracken, P., Thomas, P., Timimi, S., Asen, E., Behr, G., Beuster, C., ... Yeomans, D. (2012). Psychiatry beyond the current paradigm. *British Journal of Psychiatry*, 201(6), 430–34. <https://doi.org/DOI:10.1192/bjp.bp.112.109447>
- Brinkmann, S., Petersen, A., Kofod, E.H., & Birk, R. (2014). Diagnosekultur – et analytisk perspektiv på psykiatriske diagnoser i samtiden. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(9), 692–97.
- Deacon, B.J. (2013). The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846–61. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007>
- Ekeland, T.-J. (2014). Frå objekt til subjekt – og tilbake? *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 11(3), 211–20.



- Ekeland, T. (2014). Psykiatridiagnoser – ein kunnskapskritikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(9), 715–22.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–36. <https://doi.org/10.1126/SCIENCE.847460>
- Engstrom, E.J., & Weber, M.M. (2007). Making Kraepelin history: a great instauration? *History of Psychiatry*, 18(3), 267–73.
- Falkum, E. (2008). Den biopsykososiale modellen. Bør den formuleres på nytt i lys av nevrobiologisk og stressmedisinsk forskning? *Michael 5* (3): 255–63
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press.
- Fuchs, T. (2011). The Brain – A Mediating Organ. *Journal of Consciousness Studies*, 18(7–8), 196–221.
- Greene, J.A., & Loscalzo, J. (2017). Putting the Patient Back Together – Social Medicine, Network Medicine, and the Limits of Reductionism. *The New England Journal of Medicine*, 377(25), 2493–99. <https://doi.org/10.1056/NEJMms1706744>
- Hacking, I. (1995). The Looping Effect of Human Kinds. I D. Sperber, D. Premack, & A.J. Premack (red.), *Causal cognition: a multi-disciplinary debate* (s. 351–83). New York: Oxford University Press.
- Hacking, I. (2006). *Kinds of People: Moving Targets*. Hentet fra British Academy Lecture website: <https://www.britac.ac.uk/sites/default/files/hacking-draft.pdf>
- Healy, D. (2002). *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Hyman, S.E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155–79. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532>
- Hyman, S.E. (2011). Diagnosing the DSM: Diagnostic Classification Needs Fundamental Reform. *Cerebrum: The Dana Forum on Brain Science*, 2011, 6.
- Jaspers, K. (1920). *Allgemeine Psychopathologie für Studierende, Ärzte und Psychologen* (2. utg.). Berlin: Julius Springer.
- Johnson, S.U., Johnson, M.S., Sele, P., & Hoffart, A. (2019). Kompleks posttraumatisk stresslidelse – Fra latent konstrukt til nettverksforståelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(6), 404–15.
- Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: A preliminary review. *Sociology of Health and Illness*, Vol. 31, s. 278–99. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x>
- Kendler, K.S. (2012). The dappled nature of causes of psychiatric illness: replacing the organic-functional/hardware-software dichotomy with empirically based pluralism. *Molecular Psychiatry*, 17(4), 377–88. <https://doi.org/10.1038/mp.2011.182>
- Kirk, S.A., & Kutchins, H. (1992). *The selling of DSM: the rhetoric of science in psychiatry*. New York: Aldine de Gruyter.
- Kirmayer, L.J., Rousseau, C., & Guzder, J. (2013). Introduction: The Place of Culture in Mental Health Services. I L.J. Kirmayer, C. Rousseau, & J. Guzder (red.), *International and Cultural Psychology: Cultural Consultation: Encountering the Other in Mental Health Care*. New York: Springer.
- Klausner, M., Bister, M., Niewöhner, J., & Beck, S. (2015). Choreografien klinischer und städtischer Alltage. Ergebnisse einer ko-laborativen Ethnografie mit der Sozialpsychiatrie. *Zeitschrift für Volkskunde*, 111(2), 214–35. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.18452/18544>
- Loscalzo, Joseph, Barabási, A.-L., & Silverman, E.K., (red.) (2017). *Network Medicine: Complex Systems in Human Disease and Therapeutics*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ludwig, A.M. (1975). The Psychiatrist as Physician. *JAMA*, 234(6), 603–604. <https://doi.org/10.1001/jama.1975.03260190031016>
- Malt, U.F., Andreassen, O.A., Melle, I., & Årslund, D. (2014). *Lærebok i psykiatri* (3. utg.) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Menche, J., Sharma, A., Kitsak, M., Ghiasian, S.D., Vidal, M., Loscalzo, J., & Barabási, A.-L. (2015). Disease networks. Uncovering disease-disease relationships through the incomplete interactome. *Science (New York, N.Y.)*, 347(6224), 1257601. <https://doi.org/10.1126/science.1257601>
- Parnas, J. (2014). The RDoC program: psychiatry without psyche? *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 13(1), 46–7. <https://doi.org/10.1002/wps.20101>
- Parnas, J., & Bovet, P. (2015). Psychiatry made easy: operation(al)ism and some of its consequences. I K.S. Kendler & J. Parnas (red.), *Philosophical Issues in Psychiatry III*. Oxford: Oxford University Press.
- Parnas, J., & Sass, L.A. (2008). Varieties of Phenomenology. On Description, Understanding, and Explanation. I K.S. Kendler & J. Parnas (red.), *Philosophical Issues in Psychiatry: Explanation, Phenomenology, and Nosology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... Unützer, J. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet (London, England)*, 0(0). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)
- Pickersgill, M. (2010). From psyche to soma? Changing accounts of antisocial personality disorders in the American Journal of Psychiatry. *History of Psychiatry*, 21(83 Pt 3), 294.
- Porter, R. (1997). *The Greatest Benefit to Mankind*. New York/London: W.W. Norton & Company.
- Ringen, P.A. (2018). Psykiatrien – hvor står du, hvor går du? *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.170936>
- Rosenberg, C.E. (2002). The Tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experience. *Milbank Quarterly*, 80(2), 237–60. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.t01-1-00003>
- Rössberg, J.L., & Andreassen, O.A. (30.12.2017). Hva vet vi om årsakene til psykiske lidelser? *Aftenposten*.
- Sadowsky, J. (2006). Beyond the Metaphor of the Pendulum: Electroconvulsive Therapy, Psychoanalysis, and the Styles of American Psychiatry. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 61(1), 1–25. <https://doi.org/10.1093/jhmas/jrj001>
- Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. New York: Wiley.
- Silbersweig, D., & Loscalzo, J. (2017). Precision psychiatry meets network medicine: Network psychiatry. *JAMA Psychiatry*, 74(7), 665–66.
- Silverman, E.K., & Loscalzo, J. (2017). Scientific Basis of Network Medicine. I J. Loscalzo, A.-L. Barabasi, & E. Silverman (red.), *Network Medicine: Complex Systems in Human Disease and Therapeutics* (s. 1–16). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Torgersen, S. (2014). Kan Mysterier rommes i et moderne diagnose-system? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51(9), 708–714.

Fra arkivet: 2006

## Jakten på psykologtittelen

Psykologtittelen har høy status i Norge grunnet mange års bevisst arbeid. (...) Med dette som bakteppe vil jeg kommentere intervjuet med Fanny Duckert i marsnummeret av Tidsskriftet, hvor hun tenker «nytt» rundt psykologers identitet. Masterne i psykologi vil ha sin identitet knyttet til det å utøve faget, hevder hun, og derfor må de også få kalle seg psykologer. Når man føler seg som psykolog, bør man også få kalle seg psykolog! Det virker som det er skapt et inntrykk blant masterutdannede at psykologtittelen er noe man har krav på fordi man studerer psykologi.

Innlegget bærer for øvrig preg av høyttenkning og sjonglering med begreper. Det fremgår ikke at dette er et innlegg i en pågående debatt om masterstudiene, som må stå for Duckerts egen regning. Snarere kan en få det inntrykk at Duckert, som instituttleder, taler på vegne av de vitenskapelig ansatte ved Psykologisk institutt. Det er derfor viktig å vite at det på ingen måte er konsensus i fagmiljøet ved instituttet om at masterne bør få bruke psykologtittelen. Som leder av et utvalg for revisjon av profesjonsstudiet i psykologi, vil jeg dessuten korrigere fremstillingen som blir gitt av profesjonsstudiet ved vårt institutt. Det forholder seg ikke slik at profesjonsutdanningen i psykologi nå har forlatt generalistmodellen og heretter skal utdanne «generelt kompetente klinikere». (...)

### Ikke bare for helsevesenet

(...) I Duckerts fremstilling merker jeg meg en konsekvent bruk av betegnelsen «klinisk psykolog» der det ville være mer korrekt å bruke betegnelsen psykolog. Vi utdanner nå angivelig kliniske psykologer til psykisk helsevern. At en høy andel av de nyutdannede psykologene etter noen års praksis vil arbeide innen helsevesenet, betyr ikke at norsk psykologutdanning kun er en utdanning for helsevesenet. Etter innføringen av masterutdanningen bruker Duckert konsekvent betegnelsen klinisk psykolog på de profesjonsutdannede, slik at psykologbetegnelsen senere skal kunne brukes av masterne. Klinisk psykolog blir således en måte å differensiere de psykologene på som arbeider i psykisk helsevern fra alle de andre.

Ifølge Duckert har profesjonsstudiet mindre fokus på allmennpsykologi, noe som nå skal overlates til masterne. (...) Noe av den samme mangelfulle kunnskapen om profesjonsutdanningens oppbygging og innhold kommer til uttrykk i måten masterstudentene nå markedsfører seg på. (...) Masterstudentene har startet sin merkevarebygging ved å presentere seg som ekspertene på normalpsykologi, i motsetning til profesjonsstudentene i psykologi, som angivelig kun får kompetanse innen abnormalpsykologi. Det er nettopp psykologenes grundige kunnskaper innen normalpsykologi som skiller oss fra annet helsepersonell og som

gjør oss godt i stand til å vurdere patologi.

### Ingen overraskelse

Jakten på psykologtittelen er nå i gang, slik de av oss som hadde motforestillinger mot innføringen av master i psykologi, fryktet da ordningen skulle implementeres. Jeg var medlem av instituttstyret på den tiden. Flere av oss argumenterte for at ingen masterne burde ha ordet psykologi i tittelen, fordi den da lett kunne forveksles med en psykologutdanning. Vi fikk den gang høre at masterne på ingen måte var interesserte verken i å bli psykologer eller gjøre krav på tittelen, men ønsket å studere faget psykologi. (...) For oss som har fulgt med på retorikken og diskusjonene i kjølvannet av implementeringen av masterstudiene, er det tydelig at man fra starten har hatt et mål om å gjøre masterne mest mulig lik psykologene. Utspillet om at masterne nå må få kalle seg psykologer, bør derfor ikke komme som en overraskelse. (...) Jeg tror det vil komme krav fra masterhold om at deres utdanning bør godkjennes som psykologutdanning etter praksis av en viss type eller varighet.

### Alt å tape

For de av oss som er profesjonsbevisste, og som ikke ser poenget med å utdanne masterne i psykologi i den størrelsesorden det nå legges opp til siden det er psykologer som samfunnet etterspør, er det nødvendig å signalisere tydelig at psykologtittelen er forbeholdt de profesjonsutdannede. Når det gjelder spørsmålet om medlemskap for masterutdannede, er min vurdering at masterne har alt å vinne, og at de profesjonsutdannede psykologer alt å tape ved et medlemskap.

*Fra Anne-Kari Torgalsbøens debattinnlegg «Jakten på psykologtittelen» mai 2006*

# Skisse til en moderne personlighetsteori

En moderne personlighetsteori må funderes på teorier om temperament, tilknytning og mentalisering.

## TEKST

Sigmund Karterud, MD, Ph.D., professor, Institutt for mentalisering  
Mickey T. Kongerslev, Ph.D., klinisk psykolog i Psykiatrien Region Sjælland og adjungert lektor ved Institut for Psykologi, Syddansk Universitet, Danmark

## KONTAKT

wkarteru@online.no

## ILLUSTRASJON

Andrea Ferkingstad

Personlighetsforstyrrelser er blant samtidens største utfordringer for psykisk helse. Forekomsten er høy (ca. 12% i befolkningen; Volkert, Gablonski, & Rabung, 2018), lidelsestrykket er stort, ledsagende symptomideler er mange, belastningen på familier og samfunn er betydelig, og leveutsiktene er dårlige (Karterud, Wilberg, & Urnes, 2017; Kongerslev & Simonsen, 2017; Simonsen, Meisner, Bach, & Kongerslev, 2018). Men også i befolkningen for øvrig spiller personlighet en større rolle enn tidligere for livsløpet. Når betydningen av faktorer som etnisitet, kjønn, religion, familie og klasse blir mindre, øker betydningen av personlige egenskaper for hvordan det går en i livet. Det gjelder for svært mange områder, slik som utdannelse, økonomi, psykisk og fysisk helse, arbeidsførhet, livskvalitet og levelengde (Chapman et al., 2019; Hülür, 2017; Millon & Grossman, 2005).

Det er vår tese at psykologien ikke har fanget opp dette på en god nok måte. Videre at dette er mer et teoretisk enn et empirisk problem: Vi lider ikke under mangel på forskningsdata om

personlighet, men samtiden savner en overordnet teori som kan forsyne (fragmenterte) data med mening. Vi mistenker deler av psykologien for fortsatt å være bærer av den postmodernistiske smitte som sier at tiden for de store, overordnede teoriene eller fortellingene («grand theories») er ute, og at det beste vi kan håpe på, er delsannheter innenfor avgrensede områder (Lyotard, 1984; Polkinghorne, 1992).

Psykologien burde ikke være fornøyd med en slik beskjeden rolle. Den burde ha ambisjoner om å plassere seg i sentrum for sosialvitenskapene og «life sciences» (Karterud & Kongerslev, 2019a; Katzenelson, 1989; Millon, 1990). Det krever i så fall en ambisiøs personlighetsteori som søker svar på grunnleggende egenskaper ved det å være menneske, slik som selvbevissthet (Karterud, 2017).

Den psykoanalytiske personlighetsteorien har historisk sett vært den mest ambisiøse. Femfaktormodellen («Big Five») er nyere og bedre empirisk begrunnet, men den gir ikke svar på «de store spørsmålene». I det følgende vil vi kritisk vurdere disse to teoriene (men gir



avkall på å kommentere en lang rekke andre teorier på grunn av plassmangel), etter først å ha sagt noe om hva slags krav vi bør stille til en gyldig personlighetsteori, og deretter kort skissere hva vi mener bør være hovedelementene i en moderne teori.

### EN GYLDIG PERSONLIGHETSTEORI

Kravene til en gyldig personlighetsteori henger selvsagt sammen med hvordan man *definerer* personlighet, men selv med en begrenset definisjon som «individuelle forskjeller i tenkning, følelser og adferd» kommer man ikke unna å ta standpunkt til nettopp «tenkning/kognisjon» og «følelser» slik at man heller ikke her slipper unna det vi mener er det første og viktigste kravet – at teorien er forankret i en mer overordnet evolusjonsteori. I erkjennelse av at også (sosiale) dyr har personlighet, i den forstand at det er individuelle forskjeller mellom dem med hensyn til kognisjon og emosjoner, kreves det en særskilt begrunnelse for det spesifikt menneskelige ved et begrep som personlighet. I vår tid er det rimelig stor enighet om at det spesifikt menneskelige har med *selvbevissthet* å gjøre. Det innebærer at en personlighetsteori må inkludere en teori om så vel selvet som bevisstheten (Karterud, 2017; Karterud & Kongerslev, 2019a). Når i evolusjonshistorien oppstår bevissthet, hvilke dyr har dette, hva kjennetegner kjerneselvet («core self»), når oppstår «self awareness» og endelig selvbevissthet?

Evolusjonsperspektivet er også nødvendig for å redegjøre for arvelighet. Grovt regnet er rundt 50 % av variansen i viktige personlighetsegenskaper betinget av arv (Bouchard & McGue, 2003). Men hva er det som arves? Evolusjonsperspektivet er per definisjon knyttet til biologi, og det setter nevrobiologien på dagsorden: Hvilke nevrobiologiske mekanismer styrer hvilke personlighetsegenskaper? En gyldig personlighetsteori må styres av evolusjonsteori, men samtidig overskride den. Når selvbevisstheten først er kommet inn i verden, oppstår komplekse språkbaserte samfunn med akkumulering av regler og kunnskap, noe som igjen kommer til å prege ontogenesen til nye generasjoner. Utviklingspsykologien blir derfor møteplassen mellom biologiske forutsetninger og samfunnsmessige krav til hvert enkelt individ. Her møtes natur og kultur, og værensbetingelsene endrer seg. Utviklingspsykologi vil derfor være en sentral del av en gyldig personlighetsteori.

I komplekse samfunn vil etter hvert sosiokulturelle prosesser leve sitt eget liv og være tema for sosiologi og statsvitenskap. Men til syvende og sist bygger disse teoriene på en psykologisk «theory of man», jevnfør for eksempel en av vår tids fremste statsvitere, Francis Fukuyama, som begrunner sin statsteori i en tese om at mennesker med nødvendighet vil la seg prege av slektskapsaltruisme og derfor drifte mot nepotisme (Fukuyama, 2011). Derfor nødvendigheten av demokratiske prosesser, rettsstat og «checks and balances», det vil si at makt korrupperer, og at den derfor må kontrolleres.

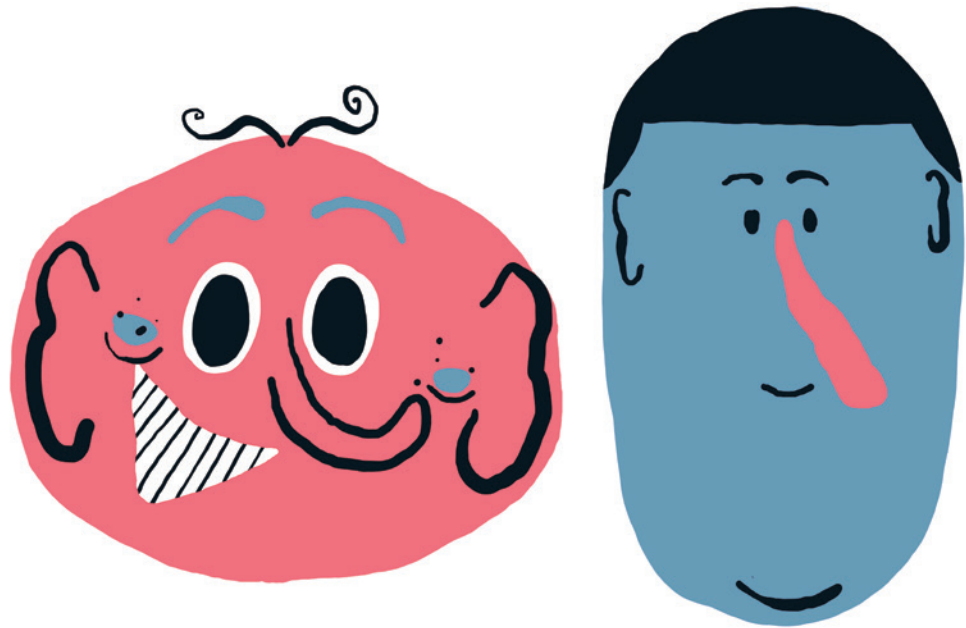
Vi vil også fremheve at en gyldig personlighetsteori bør være dekkende for «normalpsykologien» så vel som for psykopatologien (Karterud & Kongerslev, 2019a).

### TRE TILNÆRMINGER

Personlighetsteori har en turbulent historie. Som moderne akademisk disiplin begynner den først på slutten av 1800-tallet. Pervin (2008) fremhever at det skjer relativt simultant i form av tre forskjellige tilnærminger: »



Når betydningen av faktorer som etnisitet, kjønn, religion, familie og klasse blir mindre, øker betydningen av personlige egenskaper for hvordan det går en i livet



1) klinisk/psykodynamisk, 2) korrelasjonelt/trekk og 3) eksperimentelt/sosial-kognitivt. På bakgrunn av forskjellige oppfatninger om menneskets natur og hva som teller for vitenskapselighet, samt forskjellige preferanser for metoder og testinstrumenter, har det opp gjennom fagets historie vært mye innbyrdes kiv og strid mellom disse retningene (Block, 1995; Mayer, 2005; McAdams & Pals, 2006; Mischel & Shoda, 1994). I det følgende vil vi kort kommentere tre av disse tilnærmingene og deres forhold til grunnelementene i vår egen teori, som handler om temperament, tilknytning (attachment) og mentalisering (TAM) (Karterud, 2017; Karterud & Kongerslev, 2019a, 2019b).

#### Først trekk-tilnærmingen

Først trekk-tilnærmingen ettersom den har vært dominerende innenfor feltet i mange år. Det skyldes ikke minst *femfaktormodellen* (FFM) (McCrae & Costa, 2003). Trekkmodeller, så som FFM, er typisk deskriptive og nonkausale (Block, 1995). Trekkforskningen har bidratt med et vell av empiriske studier som tilbyr en forståelse av personlighetens struktur/organisasjon i form av brede trekk (ofte fem) med underliggende fasetter. FFM har fremvist imponerende psykometriske egenskaper samt prediktive sammenhenger med viktige utfallsmål (Roberts, Kuncel, Shiner, Caspi, & Gold-

berg, 2007). Femfaktormodellen har uten tvil vært den hittil viktigste metoden for kartlegging av de mer temperamentsmessige sidene ved personligheten. Samtidig er det grunn til å stille spørsmål om modellens validitet (Block, 1995). Saken er at fire av faktorene – nevrotisme, ekstroversjon, åpenhet for opplevelser og medmenneskelighet – korrelerer høyt med primære emosjoner (Davis & Panksepp, 2018; Karterud, 2017). Faktorene kan derfor forstås som epifenomener til primære emosjoner. Samvittighetsfullhet synes å være et unntak (Davis & Panksepp, 2018), noe vi også har tatt hensyn til i vår teori (Karterud, 2017; Karterud & Kongerslev, 2019a). Det store problemet med FFM ut over dette er særlig *hva den ikke dekker*. Den er ikke en fullverdig personlighetsteori. FFM har eksempelvis ingen teori om bevissthet, selv, selvutvikling og tenkning. Den sier ingenting om intersubjektivitet, kommunikasjon og dialog og er derfor ikke særlig egnet som redskap for behandling av personlighetsproblemer.

Femfaktormodellen (Big Five) er et produkt av statistiske analyser av språklige ord og uttrykk, grunnet i den såkalte leksikalske hypotesen, der en antar at personlighetsmessige egenskaper opp gjennom historien har fått sitt språklige uttrykk (Block, 1995). Post hoc har man forsøkt å gi den en evolusjonær begrun-



nelse, men en slik «top-down»-teori kan dårlig konkurrere med teorier som tar temperament (emosjoner) hos dyr som *utgangspunkt* og byggestein for en «bottom-up»-teori.

### Psykoanalyse

Psykoanalyse i moderne tid er en bred «familie» av beslektede teorier og praksiser, og det eksisterer ingen kanonisert psykoanalytisk personlighetsteori. I kjølvannet av psykoanalysens «relasjonelle vending» rundt årtusenskiftet gir det likevel mening å snakke om en slags *mainstream psychoanalysis* som bygger på grunnleggende antakelser om personlighetens struktur. Siden Sigmund Freud har det vært en utvikling fra en vektlegging av ubevisste versus bevisste konflikter (lystprinsippet versus realitetsprinsippet), via strukturkonflikter (id, ego, superego) over mot relasjonelle behov og konflikter. Styrken i moderne psykoanalytisk personlighetsteori er at den tar menneskets (desentrerte) subjektivitet på alvor, og at den kan redegjøre for typiske relasjonelle scenarier som har sitt utspring i individets utviklingshistorie; en utviklingshistorie som er preget av ubevisste krefter, som spiller seg ut i dagliglivet, og som vil prege forholdet til betydningsfulle personer, inkludert terapeuten (overføring). John Bowlbys teorier om tilknytningsbånd, tilknytningsmønster og «indre arbeidsmodeller»

har lagt grunnlaget for en mer generell og interpersonlig objektrelasjonsteori. Vår egen teori (TAM) er sterkt påvirket av denne tradisjonen og dens mer moderne oppfatning av det dynamiske ubevisste enn det Freud opprinnelig sto for (Eagle, 2010). Det dynamiske ubevisste kan bedre forstås som emosjonelt ladete relasjonskonflikter som individet ikke har oversikt over, enn som en indre, nærmest psykotisk kjerne herjet av ubevisste og driftsbaserte incest- og dødsønsker. TAM-teorien fører videre den psykoanalytiske forståelsen av et desentrert subjekt – at mangt og mye av det vi mennesker tenker, føler og gjør, pågår automatisk/prerefleksivt, og at de «egentlige» grunnene til dette sjelden lar seg fullstendig avdekke, noe også moderne forskning har påvist (Bargh, 2018; Lieberman, 2007)

Slik vi ser det, er det flere alvorlige problemer forbundet med psykoanalytisk personlighetsteori: 1) Det er ingen enighet om en grunnleggende affekt- eller emosjonsteori. Mange psykoanalytiske teoretikere vektlegger fortsatt aggresjon og seksualitet, forstått som drifter, noe debatten mellom Siri Gullestad (2018, 2019) og Sigmund Karterud (2018, 2019) her i Psykologtidsskriftet illustrerer. Flere av Jaak Panksepps (1998) primære emosjoner neglisjeres, og dette får konsekvenser for forklaringskraften. Det innebærer også at psykoanalysen har dår-

### FIRE PERSONLIGHETER

Vår illustratør, Andrea Ferkingstad, har latt seg inspirere av de gamle grekernes syn på temperament. Grekerne delte temperament inn i fire former: Den sangvinske var kjennetegnet ved en «brusende», og lett bevegelig væremåte, han var lystig og lett, glad og munter. Det flegmatiske sinnet – av flegma som betyr slim eller seig kroppsvæske – utviste sindighet, ro og stødighet, men også en viss treghet. Det koleriske temperamentet var hissig og irritabelt, mens den melankolske, fra melas som betyr svart, var tungsindig, dyster og lukket.







Vi mistenker deler av psykologien for fortsatt å være bærer av den postmodernistiske smitte som sier at tiden for de store, overordnede teoriene eller fortellingene er ute

lige begreper for den konstitusjonelle (temperamentsmessige) delen av personligheten og dermed vanskelig kan forklare arvets betydning. 2) Psykoanalysen er heller ikke forenet i en teori om selvbevissthet som overbevisende kan knyttes til en evolusjonær forståelse av opphavet til bevissthet og tenkning – noe som var en av Freuds store ambisjoner. 3) Generelt sett er den evolusjonære forankringen spinkel. Det kan henge sammen med psykoanalysens ambivalente forhold til empiri. Det kan også henge sammen med at Freud (1913/2001) førte psykoanalysen på avveier gjennom boken *Totem and Tabu*, der han forsøkte å gi ødipalkonflikten en evolusjonær forankring, men falt ned på en lamarckistisk forklaringsmodell (at ervervede egenskaper kan arves), som er stikk i strid med Darwin og moderne evolusjonsteori. 4) Psykoanalytisk utviklingsteori henger fortsatt fast i empirisk svake teorier om tidlig splitting (f.eks. Kernberg, 2016) og tenderer til å neglisjere betydningen av kognitiv utvikling.

#### Den sosial-kognitive tilnærmingen

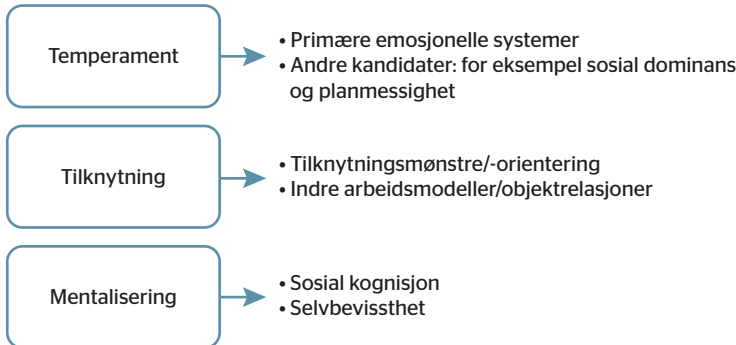
Den sosial-kognitive tilnærmingen til utforskning av personligheten har fokus på de dynamiske prosessene som skaper konsistens og koherens i personers handel og vandel, og spesielt interaksjonen mellom en persons kognisjon (herunder skjema og emosjoner) og situasjon (Caprara & Cervone, 2000). Historisk er det røtter tilbake til Kurt Lewins feltteori, og navn som Albert Bandura og Julian Rotter forbindes ofte med denne tilnærmingen. Men det er særlig Walter Mischel og kolleger som har hatt stor betydning for feltet, ikke minst den såkalte person-situasjon (eller state-trait)-debatten som Mischel reiste for flere årtier siden (Karterud & Kongerslev, 2019a). Den sosial-kognitive tilnærming er blitt kritisert for å mangle en samlende teori som kan integrere de forskjellige eksperimenter og variabler, samt at flere av de variabler som den beskjeftiger seg med, kan være vanskelige å operasjonalisere. Man har også etterlyst en utviklingspsykologisk dimensjon. Likevel er vår TAM-teori tydelig inspirert av sosial-kognitive teori, ikke minst under området mentalisering.

#### SKISSE TIL EN MODERNE PERSONLIGHETSTEORI

Som svar på ovennevnte problemer har vi i en serie artikler og bøker redegjort for det vi mener bør være fundamentet i en moderne personlighetsteori (Karterud, 2011; Karterud, 2017; Karterud, Folmo, & Kongerslev, 2019; Karterud & Kongerslev, 2019a, 2019b). Hvor intet annet fremgår, følger vi disse utgivelsene ganske tett i det som følger. Vårt forslag (se Karterud & Kongerslev, 2019a) til en definisjon av personlighet er:

Personlighet er et individs unike variasjon over den menneskelige naturs generelle evolusjonære utforming, tilknytningsmønster og selvreflekterende evne. Den kommer til uttrykk som et utviklende mønster av disponerende trekk, karakteristiske tilpasninger, interpersonlige relasjoner og integrative livshistorier som er innvevd i en kulturell matrix.

Med dette defineres personlighet med referanse til tre hovedområder innenfor livsvitenskap, psykologi og filosofi: 1) evolusjon (temperament) (Darwin, 1859/2011; Panksepp, 1998), 2) tilknytning / interpersonlige relasjoner (Bowlby, 1997; Leary, 1957) og 3) selvbevissthet (tenkning) (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2005; Kohut, 2009; Ricoeur, 1995). Videre har



**FIGUR 1** Personlighetens tre pilarer

definisjonen referanse til personlighetstrekk (Allport, 1937), narrativ teori (McAdams & Pals, 2006) og psykodynamisk teori og gruppeanalyse (Foulkes, 1990). Vesentlig, for å tilfredsstille krav til en god teori, er det at kjernebegrepene henger sammen i kraft av en begrunnet årsakskjede.

Personlighetens tre grunnleggende pilarer er illustrert i figur 1.

### Temperament

Temperament har en flere tusen års historie i forskning og tenkning om personlighet, og vi slutter oss til denne. Selv om definisjoner av temperament spriker, er de fleste enige om at emosjoner, deres styrke og regulering, utgjør det viktigste innholdet i temperamentsbegrepet (Allport, 1937; Clark & Watson, 2008; Simonsen & Kongerslev, 2017). Dette bringer affektiv nevrovitenskap inn som en grunnlagsdisiplin for temperamentsforskning og dermed teorien om *primære emosjonelle systemer*, som kan påvises hos alle pattedyr. Vi minner om at emosjoner er motivasjonelle systemer som påvirker organismen som helhet når de blir aktivert, og at dette innebærer et handlingsmønster så vel som mentale tilstander (Panksepp, 1998). Ifølge Karterud (2017; se også Karterud & Kongerslev, 2019a, 2019b) kan de syv primære emosjonelle systemer kort beskrives som følger:

- **SØKING** (Panksepps terminologi med STORT) er vårt mest grunnleggende primære emosjonelle system. Andre konseptualiseringer som ligger nær opptil, er for eksempel «exploratory behavior», «behavi-

oral activation system», «libido» eller «the reward system of the brain». Søking er det som gjør at vi beveger oss nysgjerrig og målrettet rundt i verden. Subjektivt oppleves søking som *forventningsglede* og er nevrokjemisk hovedsakelig betinget av nevrotransmitteren dopamin.

- **FRYKT** har en tydelig hjerneorganisk lokalisasjon («periaqueductus grey» (PAG) og amygdala) og et dominerende nevrotransmittersystem som også gjør at vi medikamentelt kan dempe frykt (benzodiazepiner).
- **SINNE** er et emosjonelt system som høyrstående dyr ikke kan klare seg uten. Uten å kunne forsvare seg vil en ikke overleve i en verden der en konkurrerer med andre. Sinne er ingen drift, men reaktivt i forhold til omgivelsene. Hos homo sapiens kan imidlertid sinne anta «driftskaracter», for eksempel som svar på overgrep og krenkelser, som «chronic narcissistic rage» (Kohut, 1972).
- **LYST** (seksuell) er selvsagt evolusjonært nedlagt for å sikre arters overlevelse. Lyst har driftskaracter i den forstand at den er uttrykk for et «indre press» og i mindre grad er reaktivt i forhold til omgivelsene. Lyst er da også mer hormonelt drevet (f.eks. testosteron) enn gjennom reaktive nevrotransmittere.
- **OMSORG** er grunnlaget for tilknytning, vennskap og gruppefelleskap. Empati er en del av omsorg. Den subjektive opplevelsen av omsorg er kjærlighet og følelsen av å bry seg om, og resiprøkt, en følelse av å falle til ro gjennom omsorgsfull kjærlighet. Omsorg er betinget av «sosiale hormoner» som oxytocin, vasopressin og endogene opioider. »

- SEPARASJONSANGST aktiveres når en er skilt fra betydningsfulle andre, og gjør at små barn reagerer med såkalte *distress calls* for å påkalle omsorgsgiver. Fall i konsentrasjonen av endogene opioider, oxytocin og prolactin og økning av glutamat og adrenokortikotrop hormon, ACTH, gir sterkt subjektivt ubehag hos mennesker (fortvilelse og tristhet) og utløser *distress calls* hos barn. Omvendt vil gjenforening, formidlet gjennom omsorg, fylle en med velvære.
- LEK har sin prototypiske form i boltrelek i oppveksten, mens den modne versjonen fyller mye av fritiden hos voksne. Subjektivt er lek ledsaget av glede. Lek stimuleres først og fremst av små doser endogene opioider og hemmes av frykt. Lek er en sensitiv indikator for hvordan man har det. Når dyreunger er friske og velopplagte, vil de omtrent alltid leke med hverandre om de får sjansen.

Panksepps syv emosjonelle systemer er ikke uttømmende for menneskelig temperament, og det er derfor gode grunner til å søke flere temperamentskomponenter. Om vi går tilbake til en pioner som Raymond Cattell, finner vi flere kandidater, og av de som har holdt stand gjennom senere års forskning, vil vi spesielt fremheve *sosial dominans* (van der Westhuizen & Solms, 2015). I tillegg er det gode argumenter for at *planmessighet* («conscientiousness») fra femfaktormodellen både fanger opp egenskaper som ikke dekkes av primære emosjoner (se også Karterud et al., 2017) og *selvkontroll* (inkludert eksekutive funksjoner) (Karterud & Kongerslev, 2019a).

Personlighetsteorier handler om grunnleggende egenskaper som innebærer forskjeller mellom individer. Det er store forskjeller med hensyn til primære emosjoner, som dels er betinget av arv, dels av læring. Problemer med emosjonsbevissthet gjør folk sårbare for psykiske lidelser.

### Tilknytning

Tilknytning er den andre hovedpilaren i vår personlighetsdefinisjon (Karterud, 2017; Karterud & Kongerslev, 2019a, 2019b). Det er viktig å fremheve *sammenhengen mellom temperament og tilknytning*. Vi hevder at tilknytning bygger på primære emosjoner. Som nevnt er

dette en omstridt påstand ettersom Bowlby (1997) og hans etterfølgere antok at tilknytningsadferd handlet om et «autonomt adferdssystem». I litteraturen støter en derfor hyppig på uttrykk som «aktivering», «hyperaktivering» eller «deaktivering» av «tilknytningssystemet» (Mikulincer & Shaver, 2018). Vi mener denne forståelsesmåten må ses i et historisk perspektiv. Da Bowlby utarbeidet tilknytningsteorien, var det en sterk debatt innenfor psykoanalysen om hvorvidt menneskets primære drifter var seksualitet og aggresjon, eller hvorvidt driften var «objektsøkende» (Eagle, 2010). Bowlby hevdet med styrke sistnevnte oppfatning og kunne nyansere dette som utslag av en biologisk egenskap som var delt av mange dyrearter. Vi hevder at «tilknytningssystemet» er en altfor grov kategori, som inneholder for mange tendenser og detaljer til at det kan regnes som et «autonomt adferdssystem» som baserer seg på genetisk seleksjon. En mer nøktern og vitenskapelig fundert posisjon er å dekonstruere «tilknytningssystemet» til et sinnrikt samspill mellom de primære emosjonene FRYKT, SEPARASJONSANGST og OMSORG. En slik forståelse fanger opp Bowlbys (og andre tilknytningsforskeres) observasjoner og redegjør godt for det som er dynamikken i tilknytningsforskningens eksperimentelle kronjuvel, «Strange Situation Test» (Ainsworth & Bell, 1970). Dette punktet er svært viktig teoretisk sett fordi en kan hevde at når mer moderne (relasjonell) psykoanalyse holder fast ved mennesket som grunnleggende «objektsøkende», kan det tapes en interesse for hva som ligger bak denne «objektsøken», og dermed en svekket interesse for primære emosjoner som grunnleggende drivkrefter for menneskets subjektive liv og samkvem.

Avgjørende for at tilknytning tilkjennes denne betydningen for personlighetsteori, er at folk er forskjellige med hensyn til tilknytningsmønster, og at deres mønster (trygt versus utrygt/disorganisert) vil prege livsløpet og sårbarhet for psykiske lidelser.

### Mentalisering

Mentalisering er den tredje hovedpilaren (Karterud, 2017). Med mentalisering mener vi evnen til å oppfange og fortolke mentale tilstander, spesielt hvilke intensjoner som ligger bak (andres og egne) handlinger, slik som følelser, behov, ønsker, løgn, forstillelse m.m.



(Fonagy et al., 2005). Denne tradisjonelle definisjonen overlapper med mange andre begreper i litteraturen, slik som sosial kognisjon (Kongerslev, Simonsen, & Bo, 2015), og kan gi opphav til en kognitiv overbetoning. Vi foretrekker derfor det «franske sporet» i mentaliseringstradisjonen, som handler om selve symboliseringsevnen, spesielt evnen til å sette ord på egne fornemmelser der følelser spiller en avgjørende rolle (Lecours & Bouchard, 1997). Helt grunnleggende er det at «sosial kognisjon» setter sitt avtrykk i selvets kjerne: De ord og begreper som jeg forstår meg selv med, og som danner grunnlaget for min identitet (eller mangel på sådan), er hentet fra det «bibliotek» som er opparbeidet av lokal familie, kultur og sivilisasjon. Som nevnt i innledningen, forutsetter dette et *skille mellom kjernebevissthet og selvbevissthet*. Kjernebevissthet er en egenskap som følger med det å være et hvirveldyr (med sentralnervesystem og hjerne (Feinberg & Mallatt, 2016)), mens selvbevissthet er en egenskap som følger av tilknytningserfaringer innenfor en selvreflekterende kultur. Selvbevissthet er «å mentalisere seg selv». Denne evnen er grunnet i en dialektikk der en blir bevisst seg selv gjennom et intersubjektivt samspill av anerkjennelse og erkjennelse (Bogdan, 2000; Katzenelson, 2000; Mead, 1967). Selvbevissthet er igjen en forutsetning for autobiografisk bevissthet (Damasio, 2000) eller narrativ identitet (McAdams & Pals, 2006). Denne utlevertheten, denne intersubjektive avhengigheten av «being minded» for selv å kunne tenke om seg selv og andre (Bogdan, 2000; Fonagy et al., 2005), er samtidig menneskets sosiale styrke og akilleshæl. Det gjør en sårbar for manglende anerkjennelse, neglisjering, feiltolkning av egen mental tilstand, løgn om egen mentale tilstand, mental overkjøring, vold og utbytting, ambivalens, manglende grenser mellom selv og andre, manglende omsorg. I det hele tatt et enormt spekter av mer eller mindre kroniske negative livshendelser som har negative konsekvenser for personlighetsutviklingen. Forskning viser at mentaliseringsevnen er betinget av ens tilknytningserfaringer, at individer er forskjellige, at den har stor betydning for livsløpet, og at den er knyttet til psykisk helse (Fonagy & Luyten, 2016; Fonagy, Luyten, Allison, & Campbell, 2017; Kashdan & Rottenberg, 2010).

### SYNTESE

Slik henger temperament, tilknytning og mentalisering sammen: Primære emosjoner kommer først, i evolusjonen som i ontogenesen. Det er egenskaper som har vært gjenstand for genetisk seleksjon, og som derfor utgjør den sterkeste arvelige komponenten av personligheten. Tilknytning bygger på primære emosjoner, men individets unike tilknytningsmønster skyldes i hovedsak levde relasjonelle erfaringer. Mentalisering (og selvbevissthet) har tilknytning som sin forutsetning og utgjør den evnen som tillater sivilisasjonen å ta bolig i hvert enkelt individ.

Det gjelder for alle hovedpilarene at de er svar på livsviktige utfordringer for alle mennesker. Det handler om menneskets natur, og at mennesker er forskjellige i disse egenskapene. Teorien tar med seg det beste fra femfaktormodellen, det vil si temperament, men med sterkere (og riktigere!) fokus på emosjoner, og det beste fra psykoanalysen, det vil si tilknytning, intersubjektivitet og identitetsdannelse, men med sterkere vekt på sosial kognisjon, og fremfor alt betydningen av selvbevissthet.



TAM-teorien innbyr til selvbesinnelse, og den minner om vår plass i kosmos



### BRUKSVERDI OG TIDSÅNDEN

Litt høystemt kunne det avslutningsvis lyde: Tiden kaller som aldri før på en integrerende personlighetspsykologi.<sup>1</sup> Vår befolkning ligger på lykketoppen i verden, men er samtidig mer polarisert enn før. Store personlighetsproblemer gir utenforskap. Vi andre står i fare for å bite på «fake news». Også om oss selv. En integrerende teori må tilby å samle den fragmenterte empiriske kunnskapen fra de forskjellige deler av personlighetspsykologien, samtidig med at den også tilbyr personer en modell for

.....

1. Plassen tillater ikke en beskrivelse av forskjellige personlighetsforstyrrelser i lys av denne (TAM-, temperament-attachment-mentaliserings) teorien og heller ikke hvordan den kaster lys over gruppedynamikk og dermed gir inngang til samfunnsvitenskapene. Den interesserte leser kan gå til Karterud og Kongerslev (2019a, 2019b), Karterud, Folmo og Kongerslev (2019), Karterud (2017) og Karterud et al. (2017).

selvforståelse. Og ikke en vilkårlig modell – vel å merke – men en modell som minner oss om hvordan vi nok kan tenke oss selv som hva som helst, men allikevel ikke kan være hva som helst. Dette fordi noe er oss gitt (vårt temperament) og noe er tillært (tilknytningsmønstre og mentalisering). Og det som er oss gitt, er jo vår natur, og her blir den evolusjonære forankring viktig. Evolusjonstenkning minner oss om at vi er en del av verden, vi deler primære emosjonelle systemer med andre pattedyr. Vi er blott en liten del av universet, og klimakrisen roper på besinnelse og handling. Og, kakofonien av diskurser individet utsettes for i vår tid, kan også være overveldende og true med å oversvømme individet med mer eller mindre motstridende informasjon – så det er lett å miste sig selv. TAM-teorien innbyr til selvbesinnelse, og den minner om vår plass i kosmos og gir plass til så vel essens som eksistens. ✕

### LITTERATUR

- Ainsworth, M.D., & Bell, S.M. (1970). Attachment, exploration, and separation illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child Development*, 41, 49–67.
- Allport, G.W. (1937). *Personality: A Psychological Interpretation*. New York: Holt.
- Bargh, J. (2018). *Before You Know It: The Unconscious Reasons We Do What We Do*. London: William Heinemann.
- Block, J. (1995). A contrarian view of the five-factor approach to personality description. *Psychological Bulletin*, 117(2), 187–215.
- Bogdan, R. J. (2000). *Minding Minds*. Cambridge: MIT Press.
- Bouchard, T.J., Jr., & McGue, M. (2003). Genetic and environmental influences on human psychological differences. *Journal of Neurobiology*, 54(1), 4–45.
- Bowlby, J. (1997). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. London: Vintage.
- Caprara, G.V., & Cervone, D. (2000). *Personality: Determinants, Dynamics, and Potentials*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Chapman, B.P., Huang, A., Horner, E., Peters, K., Sempeles, E., Roberts, B., & Lapham, S. (2019). High school personality traits and 48-year all-cause mortality risk: results from a national sample of 26 845 baby boomers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73(2), 106–110.
- Clark, L.A., & Watson, D. (2008). Temperament: an organizing paradigm for trait psychology. I O. P. John, R.W. Robins, & L.A. Pervin (red.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (3rd ed., s. 265–286). New York: Guilford.
- Damasio, A. (2000). *The Feeling of What Happens*. London: Vintage.
- Darwin, C. (2011). *Origin of the Species*. London: William Collins.
- Davis, K.L., & Panksepp, J. (2018). *The Emotional Foundations of Personality*. New York: Norton.
- Eagle, M.N. (2010). *From Classical to Contemporary Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Feinberg, T.W., & Mallatt, J.M. (2016). *The Ancient Origins of Consciousness*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L., & Target, M. (2005). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Books.

- Fonagy, P., & Luyten, P. (2016). A multilevel perspective on the development of borderline personality disorder. I D. Cicchetti (red.), *Developmental psychopathology: Maladaptation and psychopathology* (3rd ed., Vol. III, s. 726–791). New York: Wiley.
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 11.
- Foulkes, S.H. (1990). The group as matrix of the individual's mental life. I E. Foulkes (red.), *S.H. Foulkes Selected Papers* (s. 223–234). London: Karnac Books.
- Freud, S. (2001). *Totem and Taboo* (2nd ed.). London: Routledge.
- Fukuyama, F. (2011). *The Origins of Political Order*. London: Profile Books.
- Gullestad, S.E. (2018). Psykoseksualitet er et grunnmotiv. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(12), 1138–1141.
- Gullestad, S.E. (2019). Ingen omkamp. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(2), 112–113.
- Hülür, G. (2017). Cohort differences in personality. I J. Specht (red.), *Personality Development Across the Lifespan* (s. 519–536). London: Academic Press.
- Karterud, S. (2011). Constructing and Mentalizing the Matrix. *Group Analysis*, 44(4), 357–373.
- Karterud, S. (2017). *Personlighet*. Oslo: Gyldendal.
- Karterud, S. (2018). Psykoanalysen mangler emosjoner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(11), 1034–1037.
- Karterud, S. (2019). Omkamp om libidoteorien? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(1), 44–46.
- Karterud, S., Folmo, E., & Kongerslev, M.T. (2019). Personality and the group matrix. *Group Analysis*. Advance online publication. doi:https://doi.org/10.1177/0533316418824210
- Karterud, S., & Kongerslev, M.T. (2019b). Case formulations in mentalization-based treatment (MBT) for patients with borderline personality disorder. I U. Kramer (red.), *Case Formulation for Personality Disorders: Tailoring Psychotherapy to the Individual Client* (s. 41–60). London: Academic Press.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S.W., & Kongerslev, M.T. (2019a). A Temperament-Attachment-Mentalization-Based (TAM) Theory of Personality and Its Disorders. *Frontiers in Psychology*, 10: 518. doi:10.3389/fpsyg.2019.00518
- Kashdan, T.B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.001
- Katzenelson, B. (1989). *Psykens verden, i verden*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Katzenelson, B. (2000). Sindets besindelse: Selvet som selvforholdet hos Søren Kierkegaard. I B. Katzenelson (red.), *Psykologiske indblik* (s. 151–172). København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Kernberg, O.F. (2016). What is personality? *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 145–156. doi:10.1521/pepi.2106.30.2.145
- Kohut, H. (1972). Thoughts on narcissism and narcissistic rage. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 27(1), 360–400.
- Kohut, H. (2009). *The analysis of the self*. Chicago: Chicago University Press.
- Kongerslev, M., Simonsen, S., & Bo, S. (2015). The quest for tailored treatments: a meta-discussion of six social cognitive therapies. *Clinical Psychology*, 71, 188–198.
- Kongerslev, M.T., & Simonsen, E. (2017). Personlighedens psykopatologi. Psykiatrisk klassifikation, klinisk fremtræden og diagnostisk udredning. I E. Simonsen & B.B. Mathiesen (red.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser* (s. 175–221). København: Hans Reitzels Forlag.
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald.
- Lecours, S., & Bouchard, M. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psychoanalysis*, 78, 855–875.
- Lieberman, M.D. (2007). Social cognitive neuroscience: a review of core processes. *Annual Review of Psychology*, 58, 259–289. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085654
- Lyotard, J.F. (1984). *The Postmodern Condition: A Report on Knowledge*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Mayer, J.D. (2005). A tale of two visions: can a new view of personality help integrate psychology? *American Psychologist*, 60(4), 294–307. doi:10.1037/0003-066X.60.4.294
- McAdams, D.P., & Pals, J.L. (2006). A new Big Five: fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*, 61(3), 204–217.
- McCrae, R.R., & Costa, P.T. (2003). *Personality in Adulthood: A Five Factor Theory Perspective*. New York: Guilford Press.
- Mead, G.H. (1967). *Mind, Self, and Society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P.R. (2018). *Attachment in Adulthood* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Millon, T. (1990). *Toward a New Personality: An Evolutionary Model*. New York: Wiley.
- Millon, T., & Grossman, S.D. (2005). Socio-cultural factors. I J.M. Oldham, A.E. Skodol, & D. Bender (red.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders* (s. 223–235). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Mischel, W., & Shoda, Y. (1994). Personality psychology has two goals: Must it be two fields? *Psychological Inquiry*, 5(2), 156–158.
- Panksepp, J. (1998). *Affective Neuroscience*. Oxford: Oxford University Press.
- Pervin, L. (2008). Personality Psychology: Current Status and Prospects for the Future. *Polish Psychological Bulletin*, 39(4), 171–177.
- Polkinghorne, D.E. (1992). Postmodern epistemology of practice. I S. Kvale (red.), *Psychology and Postmodernism* (s. 146–165). London: Sage.
- Ricoeur, P. (1995). *Oneself as Another*. Chicago: University of Chicago Press.
- Roberts, B.W., Kuncel, N.R., Shiner, R., Caspi, A., & Goldberg, L.R. (2007). The power of personality: The comparative validity of personality traits, socioeconomic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes. *Perspectives on Psychological Science*, 2(4), 313–345.
- Simonsen, E., & Kongerslev, M.T. (2017). Personlighed og psykopatologi – set i Millons perspektiv. I E. Simonsen & B.B. Mathiesen (red.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser* (s. 19–76). København: Hans Reitzels Forlag.
- Simonsen, E., Meisner, M.W., Bach, B., & Kongerslev, M. (2018). Diagnostik og behandling af personlighedsforstyrrelser. *Ugeskrift for læger*, 180, 2–5.
- van der Westhuizen, D., & Solms, M. (2015). Social dominance and the Affective Neuroscience Personality Scales. *Conscious Cogn*, 33, 90–111.
- Volkert, J., Gablonski, T.C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709–715.



# Gjennom kroppen

Første del av kvinnelivet handler om å ikke bli gravide for tidlig, andre del om å rekke å bli det. Midt imellom der må vi bestemme oss for noe vi ikke vet hva er, en beslutning vi kanskje kommer til å angre på. Og så kommer overgangsalderen.

## TEKST

Cecilie Benneche,  
psykolog i  
privatpraksis

**J**eg vil fortelle en historie uten lykkelig slutt. Den handler om Anna og alle Annas forsøk på å bli mor. Jeg kunne kalt historien Anna og hennes søstre, for det er en ganske vanlig kvinnehistorie om sterkt håp og månedlig sorg.<sup>1</sup> Det gjør det samtidig til en historie om raseriet vi ofte vender mot vår egen kropp når den ikke gir oss det vi ønsker oss.

## LENGSEL

Vi møttes jevnlig, Anna og jeg. Hun fortalte om et barneønske som vokste seg så sterkt at alt til slutt bare handlet om dette ene: Et egg må befruktes, feste seg, bli værende inni henne. Men hun ble ikke gravid, og hver eneste blødning ble et brutalt punktum i den historien Anna drømte om å skape i sitt liv; med sitt liv.

Jeg leste *Barneloven* av Ian McEwan i den perioden Annas sorg var på det sterkeste, da møttes vi ofte. Hans beskrivelse av et flygel fullt

av fotografier av andres barn ble et bilde vi stadig vendte tilbake til i terapitimene:

Livet som akselererte og befolket en liten landsby på det lille flygelet. Hun og Jack hadde ikke bidratt med noe eller noen, bortsett fra familiesamlinger, nesten ukentlige fødselsdagspresanger, flere generasjoner sammen på ferier der de leide et billig slott (McEwan, 2016, s. 32).

– Det hjelper ikke å ha et slott, gråt Anna. Jeg kunne bare bekrefte. Anna visste godt at hun allerede hadde fått mye andre bare kan drømme om. Mange hadde gjennom årene fortalt henne at det er fullt mulig å leve et godt liv uten barn. Det var bare ikke det livet hun ville ha.

I samtalene med Anna måtte jeg øve meg på å gi sorgen plass. Det hjalp ikke å si til henne at familier kommer i mange former, selv om jeg mente det. Det var for tidlig.

## VENTESORG

«Det er ikkje ein menneskerett å få barn, men alle har rett til å ønskje seg det», skriver Brit Bil-

1 Teksten er ikke basert på en enkelt pasienthistorie eller et faktisk terapiløp, det er en fiktiv historie.



døen i *Tre vegar til havet* (Bildøen, 2018, s. 67). Boka kom ut samtidig som Anna fikk beskjed av legene om at hun nærmet seg overgangsalderen. Den handler om en kvinne som ikke får adoptere fordi hun blir for gammel mens hun venter på tildeling. Vi kom ofte tilbake til dette ordet i samtalene våre. *Tildeling* smaker av avmakt. Noen bestemmer over deg. Kroppen og tiden og medisinen og byråkratene bestemmer over deg. Det var sånn Anna følte det.

Så hvor skal man gjøre av den sorgen over det som ikke kommer, det som kanskje aldri blir noe av? Den sorgen som gjør ensom? *Ventesorg* er også et ord med vammelig smak. Man får ikke egentlig tatt fatt på det vonde fordi håpet står i veien. Alt farges av et uoppfyllt, seigt ønske. Og når man har ønsket lenge nok uten å bli belønnet for sin tålmodighet, blir selv den vakre drømmen skamfull og litt ekkel fordi den tærer på alt, også det som er fint.

Anna begynte å merke at de rundt henne ble lei av at hun ikke kunne slå seg til ro. At hun ikke kunne akseptere sin skjebne, som vi alle må. Gi seg, bli ferdig med sorgen en gang for alle. Hun gjenkjente rastløshet og flakkende

blikk i det som før hadde vært en entusiastisk støttegruppe av venner, og ble mer og mer ensom med smerten.

– Men det gjør jo fremdeles like vondt. Ingen kan forlange at jeg ikke skal ønske meg barn, gråt Anna.

Og jeg er enig. Men i den perioden vi møttes jevnlig, lurte jeg ofte på hvor lenge det var sunt for henne å tviholde på håpet, når det ville være best å gi seg. Går det i det hele tatt an å gi seg når man har ønsket så lenge og intenst?

Jeg kunne aldri gi råd, for jeg hadde dem ikke. Men jeg tror at også Anna lurte. Hun sa i hvert fall stadig oftere at det føltes som om resten av livet hennes sto på vent. Det gjorde meg litt glad, for jeg tolket det som at hun glimtvis kunne se for seg at også det barnløse livet kunne inneholde gode ting for henne. Men jeg sa det ikke. Det var for tidlig.

#### RASERI

Kvinnen i *Tre vegar til havet* slåss mot alderen, det gjør etter hvert Anna også. Men først slåss »



Hun snakket alltid om det å bli gravid som en prestasjon

hun mot egg som aldri fester seg. Mot hormoner, humørsvingninger, blod og tårer.

– Hvorfor er ikke min livmor en mørk, beskyttende hule livet kan vokse og trives i? Hva er det med meg som gjør at alt blir stygt, ekkelt og smertefullt istedenfor vakkert og livfullt, fullendt?

Anna så på seg selv som en mislykket kvinne. En amputert versjon av arten. Der det er hjertemor, er det husrom, hadde moren hennes pleid å si. Det tenkte hun mye på nå.

Det eneste hun ville, var å bli gravid, og det var omtrent det eneste hun ikke fikk til. Hun snakket alltid om det å bli gravid som en prestasjon, og ble sint når jeg sa noe om det. Hun trengte noen å skylde på, og hennes egen kropp var lett tilgjengelig.

Når vi snakket om hvor sint hun var, sammenlignet hun ofte livet sitt med Monopol: Gå rett i fengsel! Hus og hoteller brenner! Hver måned rykket hun tilbake til start, og verden raste. Eller rettere sagt: Anna raste. Og stort sett raste hun mot den kroppen som forrådte henne.

For meg ble alle samtaler med Anna et vendepunkt. Når hennes sorg var så full av temperatur, smerte og kvalme, kom heller ikke jeg unna. Jeg begynte å forholde meg til egglosninger og hormoner, jeg spurte om blod, oppkast og angst som satt i magen, der det skulle sitta et foster. Jeg lurte på hvordan hun oppfattet legens ansikt (uinteressert), og hvor mannen hennes stod da eggene ble satt inn (bak henne). Jeg lurte på hvordan det kjentes etter en utskraping (tomt, ømt, sårt).

Jeg forstår at det høres vanvittig ut, men en stund der hadde jeg glemt kroppen for bare ord. Jeg hadde snakket med kvinner og vært en kvinne uten å erkjenne at det innebærer å ha en *kvinneskropp*. At det betyr gynekologstoler og spekulum og sprøyter og store truser av fiskenetting som skal holde bindet på plass når livet renner ut av oss.

Det var Annas mange blødninger og aborter som til slutt tvang meg til å forholde meg og forstå: Vi kommer aldri unna syklusen. Første del av kvinnelivet handler om å ikke bli gravide for tidlig, andre del om å rekke å bli det. Midt imellom der må vi bestemme oss for

noe vi ikke vet hva er, en beslutning vi kanskje kommer til å angre på. Og så kommer overgangsalderen.

### DEN GODE OG DEN ONDE KROPPEN

Det er lett å føle seg sviktet når kroppen ikke lyster. Anna og jeg snakket stadig oftere om kroppen som delt. Jeg lånte et nytt avsnitt fra *Tre vegar til havet*, Anna kjente seg igjen:

Sidan har eg levd i to kroppar. Den kroppen som drap barnet mitt – kanskje fordi han visste betre enn eg som ville bere det fram koste kva det koste ville – og den kroppen som er i takt med meg, som veit det eg veit, og stort sett vil det eg vil (Bildøen, 2018, s. 84).

Så hvordan bli én kropp igjen, hvordan komme på lag med seg selv? Det virket ganske umulig for Anna, lenge handlet det bare om det sviket hun opplevde fra kroppen hver eneste måned.

Men plutselig begynte tidligere kroppar å dukke opp i samtale våre. Anna fortalte om glødende hat mot den kroppen som over som-

meren til sjette klasse ble ett og et halvt hode høyere enn guttene i klassen. Hun rødmet av skam over den kvapsete ungdomskroppen som noe år senere bød seg frem for gutter og drakk altfor mye alkohol. Hun fortalte med dårlig skjult forakt om brudekjolekroppen som ikke skjerp seg i tide.

– Det ville ikke engang stått et pent innrammet brudebilde på mitt flygel, freste Anna.

– Jeg har jo aldri kunnet utstå den jævla kroppen?

Jeg ante en slags undring hos henne, en svak lyst til å komme på lag med kjøtt, blod og bindevev igjen. Men jeg vet ikke. Det tar lang tid å ta kroppen tilbake.

Jeg advarte om at det ikke var en lykkelig slutt på denne historien. Det kom ingen baby. Jeg hadde ikke engang hatt så mange trøstens ord til Anna underveis, de jeg kom med, lånte jeg fra noen forfattere jeg liker. De sa aldri at det går over, de sa aldri at det ikke gjør vondt. Men jeg tror de sa noe viktig om kampen for å være kropp, også når det føles som om den svikter alt du tror på og ønsker deg. ❧

### REFERANSER

- Bildøen, B. (2018). *Tre vegar til havet*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- McEwan, I. (2016). *Barneloven*. Oslo: Gyldendal.



# Knappeforløp

Fremtiden for faget vårt bestemmes ikke først og fremst av ytterligere ressurstildeling til psykisk helsevern, men av hvordan ressursene benyttes for å skape endringer til det bedre for pasienter og pårørende.

## ODD ARNE TJERSLAND,

professor emeritus  
ved Psykologisk  
institutt, Universitetet  
i Oslo

**VI PSYKOLOGER** har forsømt oss. Jeg hører med til dem. Og det gjelder også min fagforening. Mye positivt kom ut av Psykologforeningens initiativ på kommunesektoren, men når det gjelder forståelsen om hva psykologisk behandling handler om innenfor psykisk helsevern, er det flere enn meg som ikke har vært årvåkne nok.

Jeg har selvfølgelig vært bekymret for utviklingen. Ikke minst har jeg fått med meg mange reflekterte innspill om dette fra kollegaer, i Psykologtidsskriftet og i media ellers. Det dreier seg blant annet om beretninger om mangelfull tid til behandling og oppfølging av klienter, ritualiserte tilnærminger, samt om psykologiske problemer som er forstått og møtt, men uten å være forankret i kontekst og som derfor ikke er tilpasset den enkelte klient. I tillegg handler kritikken om utredningspress og meningsløse tellemåter for å dokumentere produksjon.

### DRUKNER I UTREDNINGSLØP

Jeg har hatt mange psykologer i veiledning, og gjennom dem har jeg mottatt beskrivelser som bare bekrefter og utdyper inntrykket av uheldige pakkeforløp. Jeg møter unge psykologer

som går ivrig til oppgaven som støttespillere i livet til barn, ungdom, voksne og familier som strever med livet. Og så drukner de i noe de opplever som en uendelig rekke av meningsløse utredningsløp, og der de etter utredningen skal formidle ekspertens dom tilbake til pasientene og til aktuelle samarbeidspartnere. Nylig sa en deltaker i en psykologgruppe at «jeg har flere barn, men jeg vet ikke om jeg ville søkt hit med bekymringer for dem, slik jeg kjenner systemet nå». Og en annen: «Det var ikke slik vi ble opplært til å utøve psykologisk praksis i studiet.» Jeg har også møtt beskrivelser som tyder på at det skjer en flukt av erfarne psykologer fra psykisk helsevern og over til privatpraksis og annen praksis. Og igjen sitter unge og frustrerte kollegaer, fanget av systemet, og ikke minst preget av det store ansvaret som er pålagt psykologrollen. Det er jo også flatterende sider ved den makten som er tillagt vår profesjon.

Men i neste omgang må man også spørre – makt til å gjøre hva?

### RESIGNERT

Hvorfor har jeg unnlatt å si ifra om dette jeg har hørt og sett over lang tid? Jeg tror jeg har tenkt at styringssignalene er forankret i politiske



avgjørelser som ligger langt unna vår innflytelsessfære.

Det begynte allerede på 90-tallet, da ideer om New Public Management fant innpass i politisk retorikk og departementenes korridorer. Det forsterket seg gjennom beslutningen om å lage selvstendige Helseforetak et par år etter tusenårsskiftet, organisert som bedrifter som skulle «produsere helse», og der man måtte finne alternative måter å rapportere resultater på enn å oppgi dem i form av antall produserte varer og avkastning. Kreative sjeler utarbeidet sinnrike beregningsmåter – såkalte DRG-koder – for å dokumentere at her har man produsert helse nok til at man får de statlige bevilgningene. I en nylig aviskronikk sammenlignet forfatteren dette med den gangen vi i vår barndom lekte butikk med knappene fra syskrinet til mor, og der vi bestemte hva slags verdi de hadde (Martinussen, 2019).

Dilemmaet med denne typen kreativitet anvendt på mennesker er at etter kort tid vil skinnet bedra. Jamfør Campbells lov: «Når en indikator brukes som grunnlag for beslutninger, vil den korrumpere og forvrengte det den var ment å måle» (Campbell, 1976). Etter hvert

som vi forstår hvilke indikatorer som gir mest uttelling, finner vi begrunnelser for å bruke dem.

Overfor dette har jeg på en måte resignert. I stedet har jeg sagt til mine veiledningskandidater: Finn dere smutthull, ta fatt i enkelte klientsaker og følg dem over tid slik at du kan lære deg noe om psykologisk endringsarbeid, utnytt uklarheter som alltid vil ligge i kontrollsystemer, bruk definisjonsmakten – når dere har den – til å sikre at klientene får relevant psykologisk behandling. Jeg vet at jeg blant veiledningskollegaer ikke er alene om å gi slike råd til unge psykologer i spesialistløp.

Og tilsvarende utspill har jeg hørt fra andre kanter. Heidi Tessand fortalte i et foredrag om hvordan hun hadde klart å unngå individfokus og å få til meningsfulle intervensjoner i klassemiljøer fra posisjonen som BUP-psykolog. Nylig kom det en artikkel i tidsskriftet *Fokus på Familien*, der tre psykologspesialister beskriver overlevelsesmåter for systemisk orienterte fagfolk innenfor BUP, måter som samtidig bidrar til at de kan ivareta faget sitt på rimelig tilfredsstillende måter. De gir eksempler på kreativ bruk av diagnosebetegnelser, unngåel-

#### FOR KNAPT

Helsevesenets DRG-koder, som skal dokumentere at man har produsert helse, kan sammenlignes med barndommens butikklek med knappene fra syskrinet til mor, der man bestemte hva slags verdi knappene skulle ha, skriver Odd Arne Tjersland. Foto: Shutterstock / NTB scanpix





## Finne dere smutthull

sesatferd, si ja til krisesaker (unndratt pakkestyring), avslutte kontakten før diagnose må settes, og søke jobber på familieavdelinger (Bertelsen, Lunner og Eskelund, 2019). Sondre Risholm Liverød (2019) formidler noe av det samme i kronikken *La meg gjøre jobben min*. Løsningen hans er å «hacke systemet», for slik å unngå det han blir pålagt (hør han også i programmet Ekko i NRK 2.9.2019).

### PSYKOLOGISK BEHANDLING, IKKE MEDISINSK

Jeg har nok tenkt at dette må være aktuelle veier å gå, inntil jeg satte meg ned med pakkeforløpene for BUP, VUP og rusbehandling. Lesingen ga meg praktisk talt hakeslepp. Og så fant jeg at psykologspesialister hadde vært med på å utforme dette. Det var ikke mange av dem, det var flest av alle de andre (leger, sykepleiere og jurister i direktorater, samt «brukere»). Stakkars, tenkte jeg, de har ikke hatt mye frihet til å påvirke! For her ligger det noen overordnede styringsideer som bryter fundamentalt med det vi psykologer omtaler som psykologisk behandling. Det gjelder om vi er forankret i psykodynamiske, kognitive, emosjonsfokuserede, læringsorienterte eller systemiske tradisjoner.

Pakkeforløpene har mange likhetstrekk, så la meg kort gjengi noen kjennetegn ved BUP-forløpet:

1. Henviser skal utrede syv hovedpunkter (med 22 underpunkter) før pakken sendes BUP.
2. Dersom BUP tar imot, fortar man en *basisutredning* etter ti hovedpunkter (36 underpunkter) frem til en diagnose innen seks uker (psykologen koder etter hvert som hovedpunktene er fulgt).
3. BUP kan bestemme *utvidet utredning* med ny frist etter seks uker (ytterligere 11 hovedpunkter som kodes etter utføring).
4. Deretter følger videre-henvisning, ev. behandlingsplan. BUP kan selv starte behandling, og med evaluering etter nye 12 uker, osv.

Modellen som ligger til grunn, vil jeg omtale som en *bio-medisinsk forståelse av behandling*. I korte trekk; hva kjennetegner denne?

- Problemer kan avgrenses spesifikt, slik at man kommer frem til rett diagnosebetegnelse (implisitt: det finnes en sann og objektiv beskrivelse av problemet).
- Grundige utredninger er en forutsetning for dette, og fortrinnsvis bør man benytte standardiserte instrumenter til å studere organer, biokjemiske og nevrologiske forhold.
- I forløpet frem til diagnosebestemmelsen identifiseres også årsaker til problemet.
- Når problemet er identifisert og årsaksbestemt, følger en bestemt behandling som er evidensbasert (i betydningen at intervensjonen har godt dokumentert effekt på problemet, en viten fortrinnsvis fremkommet ved anvendelse av eksperimentelle design).
- Diagnosene er individuelle i sin karakter, slik rettes oppmerksomheten primært mot sider ved individet selv (ofte til fortrenghet for relasjonelle og kontekstuelle forhold).

For enhver person som er rammet av fysisk sykdom, om det er kreft, hjertelidelser eller annet, kan det være betryggende å bli møtt med en slik tilnærming. Det betyr ikke at psykologisk kunnskap er irrelevant når det

gjelder hvordan man møter pasientene, men alt hviler på ideer om at god behandling bygger på grundige fysiske undersøkelser som avdekker årsakene til lidelsen.

I kontrast til dette, hva kjennetegner en psykologisk forståelse for behandling av menneskelige livsproblemer?

### NOEN KJENNETEGN

- Psykologiske problemer er så å si alltid sammensatte, og lar seg ikke tilfredsstillende favne under én merkelapp (diagnose).
- De har så å si alltid en sammensatt etiologi.
- Psykologiske problemer endrer ofte karakter, og i løpet av en behandlingsprosess blir de ofte omformulert og forstått på andre måter; fokus flytter seg.
- Om det settes en merkelapp, er det svært sjelden at den gir indikasjoner for en bestemt type behandling. Vanligvis rår vi over et knippe av tilnæringsmåter som vi bruker på ulike livsutfordringer.
- Selv om symptomer skulle ligne på hverandre, er menneskene ulike og fordrer derfor ulike tilnæringer.
- God psykologisk behandling følger ikke skjematet undersøkelse, diagnose og behandling. Endringsarbeidet starter idet vi åpner døra for klienten eller familien og sier «hei!». Vi influerer – til nytte og unytte – fra det øyeblikket vi begynner å snakke sammen.
- Undersøkelsesmetoder må velges ut fra det som – til enhver tid – vurderes som mest fruktbart for behandlingen av klienten.
- Psykologisk behandling handler primært om måter å forstå tanker, følelser og reaksjoner på, og der vi søker å finne frem til en «samskap» forståelse av dette med dem som søker hjelp.
- God psykologisk behandling innebærer å hente regelmessig tilbakemelding fra klienten om det vi holder på med er til hjelp, og på hvilken måte.
- Et nært samarbeid med dem som står nærmest den henviste klienten, er ofte en forutsetning for å være til god hjelp, og når det gjelder barn og ungdom, er samarbeidet med aktørene i hverdagen en nødvendighet, enten de er å finne i familien, på skolen eller i barnehagen.

Undersøkelsesretorikken i pakkeforløpene forkludrer disse perspektivene. Føringerne som lig-

ger i kodingen knyttet til utredningspunkter, bidrar uvegerlig til at psykologen styres mer av disse rammene enn av det å finne en felles platform med klienten. Det forhindrer også at vi griper fatt i én tråd i det store nøstet av løse tråder og forfølger den – fordi det er der klienten er.

### BARNETS RESSURSER

Jeg tror de fleste praktikere vil kunne under-skrive på at vi oftest ikke må utrede fra A til Å for å være til god hjelp. Vi jobber svært ofte med «opprettholdende betingelser», sjelden med «opprinnelige årsaker» (i streng forstand). En modell som impliserer at vi skal finne opprinnelige årsaker, fører oss lett inn i en ekspertrolle. Ikke minst fremmer det pas-sivitet og avventende holdninger hos dem som søker hjelpen vår. Det er ikke god psykologisk behandling. Eksempler på det motsatte finner man for eksempel i bøkene *God psykoterapi* (Benum, Axelsen og Hartmann, 2013) og *Psykoterapeuten* (Lippe, Nissen-Lie og Oddli, 2014), godt underbygd av nasjonal og internasjonale forskning.

Med dette avvises ikke at somatiske og nevrologiske undersøkelser kan være relevante, men i mine øyne brukes det ofte altfor mye ressurser på dette. Det er forstemmende å møte klientsaker der foreldre bringer med seg ringmapper fulle av undersøkelser av barnet som ikke sier noe annet enn noe vagt om nevrologiske utfall eller utviklingspsykologiske begrensninger. Hva gjør alt dette med barnets selvforståelse og foreldrenes bilde av barnet? Hva ville skjedd om man i stedet la mest vekt på å kartlegge barnets ressurser, og bygge på dem, samtidig som man arbeider systematisk med variasjon av betingelser i barnets daglig-liv der utfordringene ligger. For meg er dette den sikreste veien til å finne mer ut av hva som kan fungere i praksis for akkurat det barnet og den familien vi møter. I psykologisk praksis er utprøving og eksperimentering alltid et nødvendig ledd i utredningen.

### VEIER VIDERE FOR VÅR FORENING?

Så hva er implikasjonene av disse innvendingene mot styringsforordningene fra departementer og direktorater? Jeg tror fortsatt det er fånytt å kjempe mot ideen om pakkeforløp og New Public Management. Derimot mener jeg vi kan mane til omkamp om *innholdet i pakke-* »



*forløpene*, dels ved å tydeliggjøre hva som kjenner seg ut som god psykologisk behandling, dels ved å dokumentere hvordan de rådende føringene ikke tjener klientene, og dels gjennom å beskrive alternative praksiser og dokumentere deres nytteverdi. Og her må Psykologforeningen føre an, og trekke inn våre fremste psykologspesialister med solid kunnskap om nettopp psykologisk behandling, samt de miljøene som forsker på dette.

Det er to holdninger som vi ikke har vært tilstrekkelig oppmerksom på i debatten rundt pakkeforløpene. Den ene er gyldigheten av utsagnet *lik behandling for alle*. Betydningen av dette er innlysende for en som rammes av en somatisk lidelse – blant annet at man kan komme like fort til behandling som andre, at undersøkelse og behandling er kunnskapsbasert og betryggende.

For psykologiske problemer er ikke bildet helt det samme. Like god behandling for alle innebærer at man ofte må gi ulik behandling til klienter med likeartede diagnoser, for nettopp å sikre at behandlingen blir «like god». Noen trenger å få hjelp straks, andre kan vente, og ventetid kan hjelpe. Og når behandlingen starter, kan endringer skje med hurtigtogsfart og uten store undersøkelser, mens med andre er endringsprosjektet langstrakt. Ofte er det viktigste at behandlingen innenfor psykisk helsevern gir en erfaringskompetanse om hva som er til nytte for klienten, og som kan føres videre til andre instanser som skal overta. Derfor blir «lik behandling for alle» innenfor vårt fagfelt svært misvisende. Tidsrammer som skal sikre rettferdighet, kan ramme dem vi arbeider med, på alvorlige måter.

Den andre holdningen er at «før i tiden satt fagfolk med klienter i hundrevis av timer uten at det ble stilt spørsmål ved dette». Det finnes sikkert slike eksempler. Men det fører på ville veier når det brukes som argument for at velutdannede fagfolk må følges opp med en mengde spesifikke pålegg om hva de skal foreta seg i arbeidet sitt. For en psykologspesialist fremtrer utredningspunktene i pakkeforløpene som nærmest fornærmende. Punktene representerer deler av det «prismesyntet» – som Torkil Berge kaller det – som vi må ha med oss inn i vårt kliniske arbeid. God psykologisk behandling fordrer vidsyn og fleksibilitet, ikke ritualer. Ja, la oss gjøre jobben vi er utdannet for, og stol på at vi er vårt ansvar bevisst.

Selvsagt er det rimelig at det stilles spørsmål ved virksomheten til en psykologspesialist innenfor psykisk helsevern. Vi kan leve med frister for første møte, med rammer som tilsier regelmessige evalueringer av prosessen, og som kan munne ut i beslutninger om å avslutte en behandling, fortsette den eller henvise klienten videre. Samtidig bør vi fremme forståelsen for at behandling og utredning alltid går hånd i hånd i psykologisk virksomhet, og at standardiserte undersøkelsesmetoder kun benyttes når det er særlige indikasjoner for dette. Noen ganger kan for eksempel bruk av standardiserte spørreskjema legge hindre i veien for å etablere en trygg relasjon med klienter. I doktorgraden til Østlie (2018) finner man flere beskrivelser av hvordan de pålagte suicidprosedyrene skaper utrygghet både hos klienter og terapeuter.

Vi bør også kunne fremme det syn at ICD-10-betegnelser ikke skal være en nødvendig standard for rapportering om hva våre klienter sliter med, og arbeide for at andre og mer generelle betegnelser kan benyttes om sammensatte livsproblemer. Som profesjon har vi et ansvar for å bidra til at utfordringer i livet ikke må sykdom-forklares for å få legitimitet. Her har vi fortsatt mye nybrottsarbeid foran oss.

Det er også grunn til å bekymre seg for utviklingen av fagkompetansen innenfor psykisk helsevern. Virksomheten her setter standarder for

mange andre om hva psykologisk behandling skal være. Hit sender universitetene sine studenter i hovedpraksis, og her tilrår Psykologforeningen psykologer å ta sin spesialiseringspraksis. Når virksomheten primært handler om en utrednings- og seleksjonspraksis, er det dette man blir ekspert på, ikke på endringsprosesser i samarbeid med klientgrupper som sliter med angst, spiseforstyrrelser, forvirringstilstander, tvang, urolige barn med ADHD-merkelappen, rus osv. Og det er denne typen kunnskap vi bør ta mål av oss til å utvikle innen psykisk helsevern. Det bør også finnes plass for at det noen steder utvikles en ekstra spisskompetanse på enkelte områder, slik vi har sett i arbeidet med spiseforstyrrelser i Vestfold og med tvang i Bergen. Psykisk helsevern bør kunne vise veien for andre.

I arbeidet med disse utfordringene må Psykologforeningen gå foran. Fremtiden for faget vårt bestemmes ikke først og fremst av ytterligere ressurstildeling til psykisk helsevern, men av hvordan ressursene benyttes til å utvikle tilnæringsmåter som bidrar til å skape endringer til det bedre for klienter og dem som står dem nær.

Det blir spennende hva fremtidig lederskap i Norsk psykologforening får til når det gjelder å fremme en bedre forståelse av psykologisk behandling. ✘

## REFERANSER

- Benum, K., Dalsgaard Axelsen, E. & Hartmann, E. (red.) (2013). *Gode Psykoterapi. Et integrativt perspektiv*. Oslo, Pax Forlag A/S.
- Bertelsen, B., Lunder, H.C. & Eskelund, R. (2019) Hva vi snakker om når vi snakker om familierapi og diagnoser. *Fokus på Familien*, 47 (3), 161–180.
- Campbell, D.T. (1976). *Assessing the Impact of Planned Social Change*. Arkivert 10. juli 2015 hos Wayback Machine. The Public Affairs Center, Dartmouth College, Hanover New Hampshire, USA.
- Lippe, A.v.d., Nissen-Lie, & Oddli, H.W. (red.) (2014) *Psykoterapeuten: En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi*. Oslo, Gyldendal Akademisk.
- Liverød, S.R. (2019). *La meg gjøre jobben min*. Klassekampen 9/8.
- Martinussen, M.S. (2019). *Lekebutikk. Helseforetaksmodellen er markedsektremisme*. Klassekampen 24/7.
- Østlie, K. (2018). *Listening to suicidal patients in psychotherapy. How therapeutic relationships may expand patient's prospects for living their lives*. PhD-avhandling. Psykologisk institutt, Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo

# Meninger



FOTO: TRON TRONDAL



## Maktkritikken uteblir

Det er bra med debatt om faget og psykologtittelen, men jeg ønsker meg en mer åpen og nyansert debatt om psykologers makt, skriver universitetslektor Rune Flaaten Bjørk (s. 862).

## Nettet som løsning

E-terapi kan avlaste et overbelastet psykisk helsevern, mener psykolog Bjørnar Haara. *Les hovedinnlegget på de neste sidene.*

Send innlegg til [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto: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.





Ally Pearson 2019



# Psykologisk (internett-)dekning

Hvordan kan man avlaste et presset psykisk helsevesen? Ved å omsette internettdekning til psykologdekning.



**I ÅRETS JULIUTGAVE** av Psykologtidsskriftet tar psykologene Skard og Sandsether opp et svært viktig tema: dårlig offentlig og privat psykologdekning ute i Distrikts-Norge. Noen foreslåtte årsaker til problemene er små kommuner med små budsjett, mangel på politisk kontinuitet og politikere som rir to hester samtidig i form av sentralisering og desentralisering. En annen viktig årsak er derimot dårlig informasjon om og anvendelse av allerede eksisterende lavterskel psykologtjenester som er lett tilgjengelige over hele landet.

Bildet av dårlig psykologdekning forverres ytterligere av psykologforeningens kartlegging, der medlemmene rapporterer om en presset tilstand som går ut over kvaliteten på behandlingen. Det blir tilnærmet helsvart når vi så leser Bjarte Bruntveits – leder i Norsk psykologforenings lokalavdeling i Bergen – nylige debattinnlegg i Bergens Tidende, der han slår alarm om at tilbudet heller ikke er godt nok i byene. Bruntveit advarer om et manglende tilbud for

voksne som ikke sliter «nok» til at de kvalifiserer til hjelp i spesialisthelsetjenesten.

## OVERBELASTET HELSESYSTEM

Når nesten hver fjerde nordmann i løpet av et år vil slite psykisk (FHIs Folkehelse rapporten om Psykiske lidelser blant voksne, oppdatert 2018), er det utenkelig at offentlige tjenester vil være tilstrekkelig til å dekke behovet. Selv om vi har minst én kommunepsykolog i hver kommune, og selv om vi samtidig styrker spesialisthelsetjenesten. Det er det mange grunner til.

Dagens situasjon i primærhelsetjenesten preges allerede av overbelastning. Ifølge SSB omhandler hver tiende konsultasjon hos fastlegene psykiske lidelser (2019), det vil si over 1,5 millioner samtaler bare i 2018. Videre, ifølge Helse direktoratets rapport om Fastlegers tidsbruk fra 2018, arbeider «over 80 prosent av fastlegene mer enn arbeidsmiljølovens generelle bestemmelse om alminnelig arbeidstid (...)» (s. 43).

**BJØRNAR HAARA,**  
psykolog hos Online-  
psykologene

**ILLUSTRASJON**  
Hilde Thomsen

## E-TERAPI

## INTERESSE- KONFLIKTER

Bjørnar Haara er  
psykolog i Onlinepsy-  
kologene som tilbyr  
psykologbehandling  
» over nett.



Legene selv roper ut at de ikke får nok tid til å gi tilstrekkelig hjelp til pasienter med psykiske lidelser. I lys av dette blir statistikk som viser at 1 av 4 får antidepressiva som førstebehandling (Skurtveit et al., 2018), bekymringsverdig.

Om kommunepsykologsatsingen er ment for å forebygge og avlaste primærhelsetjenesten, er Heggland, Gärtner og Mykletuns statistikk forstemmende: «av den totale arbeidstiden brukte kommunepsykologene 55 % av tiden på behandling og 9 % på forebyggende tiltak» (Psykologtidsskriftet, nr. 5, 2013). Dette til tross for at det er et uttalt mål at de skal drive forebyggende og helsefremmende virksomhet på system-, gruppe- og befolkningsnivå. Hvis ambisjonene oppfylles, vil det derimot medføre redusert kapasitet i kommunene til behandling. Naturligvis, et slikt forebyggende arbeid på systemnivå og med gruppetilbud vil forhåpentligvis redusere behovet for behandling og slik avlaste våre fastleger og spesialisthelsetjenesten. Men det er ingen garanti for at vi klarer å redusere dette behovet. Grunnet kommune- og fylkessammenslåing blir også avstandene til den «lokale» kommunepsykologen større. Tjenestene skal nå dekke større befolkningsgrupper, og i verste fall vannes tilbudet ut.

Ingen er uenig i at eksisterende tilbud er utilstrekkelig og uansvarlig. Men det er naivt og urealistisk å tro at de foreslåtte løsningene – å styrke kommunepsykologene og/eller styrke spesialisthelsetjenesten – vil være hele løsningen. Derfor mener vi at lett tilgjengelige lavterskel privat tjenester er, under de riktige betingelsene, et godt og nødvendig tilskudd.

#### **INTERNETTDEKNING = PSYKOLOGDEKNING**

Som Skard og Sandseth så vidt er inne på i sitt innlegg fra juliutgaven av Psykologtidsskriftet, kan e-terapi i form av videokonsultasjon være en av løsningene både for offentlige og private tjenester. Påstanden vår er at så fremt det finnes internettdekning, finnes det i dag langt på vei også psykologdekning.

For å illustrere dette: Noen Google-søk etter «online terapi» eller «online psykolog» fører frem til minst 55 treff på online psykologkontor og viser en økt tendens til at tradisjonelle «offline»-kontor også tilbyr videokonsultasjon. Medregnet er også flere svenske og danske aktører som peiler seg inn på det norske markedet. Dette vitner om et voksende marked som har et uforløst og ubrukt potensial. Psyknett leg-

ger også til rette for enkle og sikre video-, journal- og betalingsløsninger slik at også et stort antall psykologer som arbeider offentlig eller i andre sektorer, sannsynligvis vil kunne «spe på litt» med et par ekstra samtaler utenom den faste jobben.

Med andre ord – psykologdekningen øker på nett samtidig som folk sitter i lange ventelister eller unødvendig isolasjon ute i distriktene, eller som Bruntveit fremhever – også i Norges ant største by.

Vi er enige i at vi trenger sterke lokalt forankrede psykiske helsetjenester og institusjoner der folk bor, og at loven om kommunepsykolog er en god utvikling for førstelinjetjenestens forebyggende arbeid. Som Skard og Sandseth fremhever, er det også viktig at vi har en god spesialisthelsetjeneste ute i distriktene. For når det gjelder de mest komplekse og alvorlige psykiske lidelsene, tror vi ikke at online terapi er en tilstrekkelig og ansvarlig løsning.

#### **PÅ KORT OG LANG SIKT**

Vi ser og opplever likevel noen utfordringer som Psykologforeningen, Legeforeningen og politikerne bør være klar over. På kort sikt er først og fremst informasjonen om online psykiske helsetjenester en utfordring for optimal anvendelse. Det er tilsynelatende lite kunnskap om og manglende kultur for internettbasert terapi. Få mennesker vet om muligheten for å få terapi over nettet, og kjenner ikke til den likeverdige effekten som ved offline terapi for milde til moderate psykiske lidelser (Barak, Hen, Boniel-Nissim, & Shapira, 2008). Mange vet heller ikke om kravene om og standardene for godt data- og personvern (Direktoratet for e-helse, 2018). At vi i Norge ikke har en utbredt kultur for online terapi, er trolig grunnet manglende oversiktlig informasjon og formidling fra rette instanser. For hvor mange kommunepsykologer og fastleger informerer sine klienter om at det finnes fullverdige online psykologtjenester uten særlig ventetid? Derfor oppfordrer vi til at det utvikles en kvalitetssikret oversikt over ansvarlige psykologer som tilbyr hjelp online. Det vil gjøre det lettere og tryggere for brukerne og fastlegene å orientere seg. Denne listen bør så offentligjøres og tilgjengeliggjøres gjennom kanaler med autoritet innenfor vårt felt. Det vil også være avgjørende at fastleger og kommunepsykologer informerer sine klienter der-

som lokaltilbudet er begrenset, når det er lang reisevei og/eller lange ventelister.

Vi medgir også at online terapi medfører noen alvorlige utfordringer på lengre sikt. Utgiftene ved å drive online er betraktelig lavere enn å drive offline terapi, og prisene for sistnevnte vil dermed presses ned. I forlengelse av den tilspissede konkurransen vil utenlandske psykologer komme i direkte konkurranse med norske, og senke prisnivået ytterligere, i tillegg til å skape juridiske utfordringer. Hvilke lover, skatteregler, forsikringer og standarder for data- og personvern skal følges når psykolog og klient sitter i forskjellige land? Konkurransen fra utenlandske aktører bør diskuteres, forebygges og kanskje medføre reguleringer.

En enda mer alvorlig utfordring på lengre sikt: Et stort online terapimarked vil paradoksalt nok kunne være en trussel for lokalt forankrede offentlige tjenester. Grunnet økonomiske og miljømessige effektiviseringskrav vil det som på kort sikt utfyller et manglende lokalt tilbud, på lang sikt kunne bidra til å ytterligere svekke det lokale offline-tilbudet. En lite gjennomtenkt digitalisering av helsetjenester vil dermed kunne forsterke sentraliseringen og øke avstanden til «folk flest». En slik utvikling ønsker vi ikke. Vi må finne løsninger som forebygger et slikt scenario, og som sikrer at brukernes både kortsiktige og langsiktige behov ivaretas. ✕



Et stort online terapimarked vil paradoksalt nok kunne være en trussel for lokalt forankrede offentlige tjenester

## REFERANSER

- Abrahamsen, C. (2019). «Gi meg mer tid til å behandle psykisk overbelastede pasienter». Debattinnlegg i VG av spesialist i allmenntilleggsmedisin og veileder for fastleger i spesialisering.
- Barak, A., Hen, L., Boniel-Nissim, M., & Shapira, N. (2008). A Comprehensive Review and a Meta-Analysis of the Effectiveness of Internet-Based Psychotherapeutic Interventions. *Journal of Technology in Human Services*, 26:2-4, 109-160, DOI: 10.1080/15228830802094429
- Bruntveit, B. (2019). For bergenserne er hjelpen lenger unna. Debattinnlegg av leder i Norsk psykologforening, Hordaland lokalavdeling Bergen, Publisert i BT, 2 september 2019.
- Direktoratet for e-helse (2018). *Normen*. Folkehelseinstituttets Folkehelse rapport (2014). Kapittel om Psykiske lidelser blant voksne, oppdatert 14.05.18.
- Folkehelseinstituttets statistikk om allmennlegetjenesten (2019).
- Heggland, J.E., Gärtner, K., & Mykletun, A. (2013). Kommunepsykologer nedprioriterer forebygging. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol. 50, nummer 5, 2013, side 504-507.
- Helsedirektoratets rapport (2018). *Fastlegers tidsbruk*.
- Helsedirektoratets tilskuddsordning *Psykologer i kommunehelsetjenesten – modellutprøving, 2009*.
- Psykologforeningens rapport *Kartlegging psykisk helsevern og TSB* (2019):
- Skard, H.K., & Sandsether, Ø. (2019). Psykologisk utilgjengelig. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol. 56, nummer 7, 2019, side 536-537.
- Skurtveit, S., Bramness, J.G., Hjellvik, V., Hartz, I., Nesvåg, R., Hauge, L.J., Handal M. (2018). Increase in diagnosis of depressive disorders contributes to the increase in antidepressant use in adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- SSBs statistikk om allmennlegetjenesten, oppdatert i 2019.

# Videoveiledning styrker fagligheten

Psykologforeningen har lite overbevisende argumenter når de har vedtatt å begrense godkjenning av veiledning via video. Bestemmelsene går også på tvers av miljøhensyn.



**SIGBJØRN HENNING**,  
DPS Øvre Romerike,  
**MARI UTSTUMO**,  
DPS Solvang, **PETTER  
MØLLENBERG**, DPS  
Solvang, **OLA AURAN**,  
Tiller DPS, **ANDREAS  
BØHLER**, DPS  
Aust-Agder, **GAUTE  
GULDAHL**, Nidaros  
DPS og **INGVILD  
HELLESØY**, Kronstad  
DPS

## VEILEDNING

**I DESEMBER 2018** vedtok sentralstyret nye utfyllende bestemmelser for veiledning, og la for første gang begrensninger på veiledning via videokonferanse. Det er nå kun tillatt for individualveiledning dersom veileder og veiland møtes fysisk annenhver måned. Gruppeveiledning godkjennes ikke. Restriksjonene fremstår som tynt begrunnet, og går etter vårt syn på tvers av viktige etiske og politiske hensyn.

Slik vi har forstått det, skyldes mye av Psykologforeningens skepsis til veiledning via videokonferanse at det ikke eksisterer evidens på hvorvidt kvaliteten på dette tilsvarende kvaliteten på tradisjonell veiledning med fysisk oppmøte. Rousmaniere, Abbass og Frederickson (2014) påpeker imidlertid at det heller ikke finnes omfattende forskning på effekten av tradisjonell veiledning. Dette var kjent da dagens restriktive bestemmelser for veiledning via videokonferanse ble vedtatt; blant annet fremgår det i dokumentet som ble lagt til grunn for beslutningen (Straumsheim, 2018).

Dette leder oss til å tro at Psykologforeningens beslutning er basert på et prinsipp om varsomhet i møte med nyvinninger. Det er forståelig at et slikt prinsipp kan springe ut av bekymring for svekket faglighet. Vi vil argumentere for at tilgang på videoveiledning tvert imot styrker norske psykologers faglighet.

Faglig sett gir formatet to fordeler: 1) Mulighet for hyppigere veiledning enn når vi må reise for å møtes fysisk. Hyppigere veiledning gir mulighet til å følge pasientforløp i større detalj, noe som gir bedre læringsutbytte. 2) Økt tilgjengelighet av spisset kompetanse, uavhengig av hvor i landet veileder og veiland befinner seg.

Dessuten eksisterer det viktige etiske og politiske hensyn som taler for formatet. Et av

dem er allerede behandlet av Nicolaisen og Westgren (2018), som påpekte at restriktive bestemmelser diskriminerer psykologer som bor andre steder enn på Østlandet.

De nye bestemmelsene går også på tvers av miljømessige hensyn. Mange psykologer i spesialisering må nå reise jevnlig til Oslo. Det gjør Psykologforeningen ansvarlig for en betydelig og i våre øyne unødvendig økning i utslipp av klimagasser. Det er påfallende at de nye bestemmelsene ble vedtatt kort tid etter at FNs klimapanel kom med sin rapport, der de konkluderte med at det må gjennomføres store og raske endringer hvis den globale oppvarmingen skal begrenses (IPCC, 2018). Vi er bekymret for at vår fagorganisasjon neglisjerer anbefalinger på et så viktig område.

Til slutt vil vi kort imøtegå to innvendinger Psykologforeningen har hatt mot formatet. Den første er bekymring for at gruppedynamikk går tapt ved bruk av videokonferanse i gruppeveiledning. I de eksisterende bestemmelsene for veiledning finnes det imidlertid ikke krav til verken bruk av gruppeveiledning eller fokus på gruppeprosesser. Den andre handler om bekymring for at arbeidsgivere skal komme til å presse psykologer til å velge spesialisering hos institutter som tilbyr veiledning via videokonferanse, av økonomiske hensyn. Vi påpeker at de teknologiske løsningene er tilgjengelige for alle institutter, og ser ingen grunn til at det ikke skal finnes insentiver for å tilby distrikts- og miljøvennlige løsninger.

Oppsummert kan vi ikke se at Psykologforeningen har lagt frem overbevisende argumenter for begrensningene på veiledning via videokonferanse som nå foreligger. Tilgang på slik veiledning kan hevdes å styrke faglighet, fremstår som distriktpolitisk rettfærdig, og bidrar til å holde klimagassutslippene nede. ✕





**FLYSKAM** Mindre videoveiledning fører til at flere er nødt til å reise med fly. Det gjør Psykologforeningen ansvarlig for en betydelig økning i utslipp av klimagasser, mener forfatterne. Foto: Ida Holth

## REFERANSER

- IPCC. (2018). *Global warming of 1.5°C: An IPCC Special Report on the impacts of global warming of 1.5°C above pre-industrial levels and related global greenhouse gas emission pathways, in the context of strengthening the global response to the threat of climate change, sustainable development, and efforts to eradicate poverty*. Forhåndspublisert på nett. <https://www.ipcc.ch/sr15/>
- Nicolaisen, E., & Westgren, J.E. (2018). Problematiske retningslinjer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(4), 294–295.
- Rousmaniere, T., Abbass, A., & Frederickson, J. (2014). New developments in technology-assisted supervision and training: A practical overview. *Journal of Clinical Psychology*, 70(11), 1082–1093.
- Straumsheim, P. (2018). *Videokonferanse i veiledning – en kort litteraturgjennomgang*. Upublisert manuskript, Norsk psykologforening, Oslo.



For flere er fly det eneste alternativet



# Jeg trekker meg som presidentkandidat

Jeg har innsett at forutsetningene for å være den lederen jeg ønsker å være, ikke er til stede. Derfor trekker jeg meg.



**ANDREAS HØSTMÆLINGEN,**  
fagdirektør i RBUP

## PRESIDENTKAMPEN

**JEG HAR INNSETT** at jeg ønsker å være leder for en faglig forening, ikke en fagforening. Jeg erkjenner at forutsetningene for å være den lederen jeg ønsker å være for Norsk psykologforening, ikke er til stede. Derfor trekker jeg meg som presidentkandidat.

En høst med mange debatter og meningsutvekslinger har tydeliggjort uenigheter mellom Håkon Kongsrud Skard og meg om hva som bør være veien videre for Norsk psykologforening. Jeg har gjentatte ganger sagt at jeg mener fag og medlemmenes interesser bør være likestilt. Etter å ha debattert dette temaet igjen og igjen har det blitt klarere for meg at det jeg egentlig mener, er at faget alltid må komme først.

### PSYKOLOGIENS BREDDEN

Jeg har kommet til den erkjennelsen at jeg først og fremst er opptatt av psykologien i all sin bredde og hvordan psykologiske teorier og modeller kan anvendes for å skape bedre tjenester for befolkningen.

Jeg brenner for hvordan denne kunnskapen kan omsettes og implementeres i praksis. Jeg har fått erfaring med hvordan fagfellesskap bestående av mangfoldet av tjenesteytere, forskere og brukere kan dra sammen for å tenke nytt og visjonært om fag- og tjenesteutvikling.

Jeg vil at psykologisk kunnskap skal være retningsgivende for foreningens politikk, og at medlemmenes interesser må innrettes etter dette.

Jeg aksepterer ikke Skards premiss om at medlemmene vet best selv hva som er godt fag. Jeg mener derfor forpliktelsen til å identifisere og etterleve prinsipielle faglige føringer må komme først. Og jeg er ikke villig til å rette meg etter medlemmenes røst om den skulle gå på tvers av dette.

### PÅ KOLLISJONSKURS

Men vi er en medlemsforening som skal jobbe for medlemmenes interesser, hva de enn viser seg å være. Formålsparagraf og prinsippprogram er tydelig på dette. Og jeg erkjenner at min holdning er på kollisjonskurs med grunnleggende forutsetninger for å lede en medlemsforening. Selv om jeg opplever å ha fått stor grad av støtte og tillit, og selv om jeg skulle fått nok stemmer til å innta taburetten, innser jeg at mitt lederskap ville blitt splittende. Og jeg ønsker ikke å være en splittende leder. Denne erkjennelsen hadde jeg ikke i starten av valgkampen. Den har kommet underveis som et resultat av debatter og meningsutvekslinger der man stadig tvinges til å tydeliggjøre sine standpunkter.

Jeg har innsett at forutsetningene for å være den lederen jeg ønsker å være, ikke er til stede.

Derfor trekker jeg meg.



**DEBATT PÅ NETT:****En forening for alle**

**Foreningens arbeid fortsetter, som fagforening, faglig forening og samfunnsaktør.**

Andreas Høstmælingen har trukket sitt kandidatur og jeg står igjen som eneste kandidat til presidentvervet. Jeg vil takke Andreas for gode debatter gjennom høsten. Vi har beholdt en gjensidig respekt for hverandre til tross for uenigheter, og gjennom det gitt medlemmer et godt grunnlag til å ta stilling til foreningens arbeid.

Det er likevel temaer som henger igjen fra debattene og som Landsmøtet dermed ikke får tatt stilling til gjennom et valg mellom to kandidater. Disse temaene mener jeg må avklares. Fremst av disse er medlemmenes betydning for foreningens arbeid. Høstmælingen sier i teksten hvor han trekker seg at han ikke er villig til å rette seg etter medlemmenes røst hvis han opplever at det går på tvers av godt fag. I en demokratisk medlemsorganisasjon så er det medlemmene som leder organisasjonen. Det at Høstmælingen ikke ville kunne rette seg

etter dette innebærer at det er en riktig avgjørelse av ham å trekke seg. Denne erkjennelsen står det respekt av.

Videre mener jeg at medlemmene er de som i det daglige benytter, utvikler og eier faget gjennom sine psykologroller som behandlere, ledere, sakkyndige, forskere, rådgivere, konsulenter, studenter og mye mye mer. Vi skal forvalte faget på vegne av våre medlemmer, søke å legge til rette for fag og fagutvikling, men faget eies ikke av foreningen.

*Håkon Skard, psykologspesialist og kandidat til presidentvervet*

*Les hele debattinnlegget på [psykologtidsskriftet.no](http://psykologtidsskriftet.no)*

**DEBATT PÅ NETT:****Splittelsens tapere og seierherrer**

**Det mest tragiske med Høstmælingens retrett er at splittelsen han fryktet allerede er her.**

Nyheten om at Andreas Høstmælingen nå trekker seg er utrolig uheldig, og flere enn meg er skuffet. Det som skuffer mest er allikevel begrunnelsene for at han trekker seg. Gjennom å gi min støtte til det Andreas representerte, hadde jeg håpet vi kunne beholde det beste av Psykologforeningen, samtidig som vi fikk noen fokusendringer og justeringer i lederrollen som jeg nå opplevde som modne å få inn i foreningen.

Jeg hadde et håp om at dikotomier mellom fag, samfunn og medlemmenes interesser ville avkles som valgflesk. Uten fag, ingen psykologer. Uten psykologer, intet fag. Uten samfunnsperspektivet - ingen makt, troverdighet eller moral. Jeg hadde håpet at vi kunne få en debatt som reflekterte bredden av fag, arbeidsplasser og måter våre medlemmer bruker det unike ved kompetansen vår på, samt bredden av problemstillinger som vi møter som et resultat av det. Jeg hadde håpet at vi i samme breddesyn kunne snakke om hva vi ønsker for samfunnet, i lys av den grunnleggende humanismen som jeg tror driver og motiverer en majoritet av oss medlemmer.

Istedenfor har dikotomien hardnet etterhvert som valgkampen har gått sin gang. Budskap har blitt spisset gjennom behov for tydelighet, kanskje også behov for markering. Heiet fram av et fåtall av medlemmer på sosiale medier og i Psykologtidsskriftet. Baksiden av å være konsekvent og tydelig, er at man kan bli rigid. Høstmælingen og Skard har etter mitt syn begge framstått som smarte debattanter, men har etter min mening sviktet i å vise seg som gode til å tenke helhet og framsyn. Jeg er dypt uenig med Høstmælingen og Skard i at vi skal sette fag eller medlemmer først.

*Tommy Sotkajærv, psykologspesialist*

*Les hele debattinnlegget på [psykologtidsskriftet.no](http://psykologtidsskriftet.no)*

# Maktkamp om psykologtittelen

Det pågår en debatt om psykologtittelen. Det er bra med debatt om faget, men maktkritikken uteblir. Jeg ønsker meg en mer åpen og nyansert debatt om psykologers makt.



**RUNE FLAATEN  
BJØRK,**

universitetslektor ved  
Psykologisk institutt,  
Universitetet i Oslo

**PSYKOLOGTITTELEN**

**JEG UNDERVISER STUDENTER** i psykologi på Universitetet i Oslo. Jeg forteller ofte studentene mine om min første erfaring med makta som følger med psykologtittelen. Min første opplevelse av makt i psykologrollen kan sted- og tidfestet til et skolemøte i Modum våren 2005. Jeg var nyansatt i BUP. Der satt jeg, fersk fra skolebenken. For første gang innkalt på et skolemøte for å gi tilbakemelding på en utredning. Jeg følte meg død innvendig. Så langt fra en guru som det er mulig å komme. Læreren, som hadde minst 20 års erfaring, ser på meg. Så, hva sier psykologen? spør han. Rektor, foreldre og helsesøster deltar også på møtet. Alle ser forventningsfullt på meg. Dommens time er klar. Snart taler psykologen. Og alle lytter.

## TITTELEN GIR MAKT

Som 19-åring jobba jeg som assistent i skolen og deltok på et lignende møte, men da i en helt annen rolle. Nederst på rangstigen. Ufaglært. ASSISTENT. Jeg hadde et ønske om å dele mine erfaringer med eleven med lærere og foreldre, men ble ikke hørt. Jeg fikk knapt nok ordet

engang. På skolemøtet i Modum ser jeg omtrent like redd, ung og uerfaren ut, men plutselig blir jeg hørt. Det er liten tvil om at den makten som tilskrives mine ord, er knyttet til min tittel som PSYKOLOG. Folk lytter fordi jeg er PSYKOLOG. Rett nok har jeg også gjort en grundig utredning og har fornuftige vurderinger å komme med, men mine vurderinger tillegges en annen vekt nettopp fordi jeg er PSYKOLOG. Sjelens lærde sendebud. Det er ingen tvil om at tittelen gir makt.

## ME TOO

Som psykologer må vi være ærlige på at tittelen gir makt, og at makt sjelden er noe man har lyst til å gi avkall på. Folk i besittelse av makt har ikke alltid et reflektert forhold til egen maktbruk. For eksempel beskriver Haddy Njie ekte-mannen som «uutholdelig umoden» i boka om Trond Giske. Vi ønsker oss makt-bevissthet hos politikere, ikke umodenhet. Det samme bør vi kanskje også forvente av psykologer?

Jeg blir imponert når jeg hører politikere erkjenne at de ønsker makt. Makt til å gjennomføre egen politikk. Jeg blir ikke like impo-



**MAKTSYK** Grisene i George Orwells roman *Animal Farm* lot makta gå til hodet på dem, og proklamerte at «All animals are equal, but some animals are more equal than other». Mangler også den norske psykologen et kritisk blikk på egen makt?, spør Flaaten Bjørk. Bilde fra filmen *Animal Farm* (1954) / Mary Evans Picture.

nert over debatten om psykologtittelen. Det er lite åpenhet om at man ønsker makt. Vi hører sjelden kliniske, autoriserte psykologer erkjenne at de ønsker å beholde makta de har opparbeidet seg siden psykologloven kom i 1973. Vi hører sjelden mastere i psykologi erkjenne at de ønsker tilgang på psykologtittelen nettopp fordi det gir dem makt og gjennomslagskraft? Alt vi hører, er faglige argumenter.

#### KUNNSKAP ER MAKT

Noen argumenterer med pasientsikkerhet. Andre argumenterer med at den norske psykologtittelen ikke er i takt med resten av verden. Begge har rett, og det burde være mulig å diskutere seg frem til en enighet ved hjelp av faglige argumenter, men så enkelt er det åpenbart ikke. Kanskje er det vanskelig å bli enige uten samtidig å erkjenne at dette også er en maktkamp? En kamp mellom to eller flere parter med motstridende interesser. Noen ønsker makt. Andre vil beholde makt. Det er ikke noe prinsipielt galt i å søke makt. Spørsmålet er hvordan vi forvalter den. Jeg ønsker meg en mer åpen og nyansert debatt om psykologers makt. Vi er gode til å argumentere faglig, men mangler kanskje et kritisk blikk på egen bruk av makt?

*All animals are equal, but some animals are more equal than others*, proklamerte grisen Napoleon i George Orwells fra 1945. Makta gikk til hodet på grisene etter at de hadde kastet bonden. For 50 år siden var psykologen en underdog i norsk helsevesen. I dag er psykologen menneskets beste venn. La oss inderlig håpe makta ikke går til hodet på ham også. ✕



Jeg blir ikke imponert over debatten om psykologtittelen. Det er lite åpenhet om at man ønsker makt



# Kommunepolitisk strategi må på agendaen



Hva slags kommunepolitikk psykologforeningen skal ha, bør landsmøtet mene noe om.

**ANNE-KRISTIN IMENES,**  
psykologspesialist

**KOMMUNE-  
PSYKOLOGI**

**VI ER IKKE** i havn med kommunesatsingen innenfor psykisk helse. Vi har så vidt begynt. Hvordan skal satsingen styrkes videre? Det er fremmet et landsmøteforslag om policynotat for utvikling av spesialisthelsetjeneste-politikk. Jeg mener vi trenger et tilsvarende policynotat for kommunen.

Under Arendalsuka i år var det to store panel-samtaler som handlet om utviklingen av helse-tjenestene i kommunene. Psykisk helsehjelp ble ikke nevnt med et ord. Det må vi gjøre noe med.

Jeg etterlyser en slagkraftig kommunepolitisk strategi. Helse-Norge utvikler sine tjenester i kommunene i høyt tempo. I disse prosessene, der blant annet fremtidens primærhelsetjeneste diskuteres, bør psykologforeningen engasjere seg.

Jeg vil peke på fem områder som bør løftes de neste tre årene:

- 1) **Hvordan skal vi hjelpe kommunene** å oppfylle sitt «sørge for»-ansvar for forebygging, utredning, behandling og rehabilitering? Det blir ikke likeverdige tjenester for alle uten at den psykiske helsehjelpen bygges kraftig ut. Da må vi snakke om dimensjonering. Hvor mange psykologer trenger vi for at tilgjengeligheten skal bli reell, for at oppgaver skal bli løst, og for å motvirke klas-sedelte tjenester? Én psykolog, som kanskje skal dekke flere små kommuner, eller er innleid fra et privat firma for at lovkravet skal dekkes, vil ikke være det tilbudet befolkningen etterlyser og politikerne har lovet. Pres-set på spesialisthelsetjenesten lar seg ikke løse uten at kommunens tjenester bygges ut.
- 2) **PPT trenger å bli løftet.** Vi er i ferd med å miste en arena for utdanningspsykologi. PPT-psykologene blir stadig færre. Kommune-nene mister viktig utredningskompetanse og testkompetanse. Dette rammer mange som strever med skolefungering og trenger særskilt hjelp. Hva gjør psykologforeningen?

- 3) **Primærhelseteam.** Vi er en ønsket yrkes-gruppe. 70 prosent av fastlegene ønsker et tettere samarbeid med psykolog i sin praksis. Prøveordningen med primærhelseteam er et naturlig svar på å gi helhetlig helsehjelp. Skal vi hjelpe hele mennesket, bør psykolo-gisk kompetanse være tilgjengelig i team-ene på fastlegesentrene. Profesjonene kan gjøre hverandre bedre, og komme hverandre i møte, fremfor å arbeide i egne siloer. Hvor-dan kan vi arbeide for psykologenes delta-gelse i primærhelseteam?
- 4) **Finansiering.** Det vil ikke være mulig for kommunene å øke antall psykologer uten statlig finansieringshjelp. Både fastleger og fysioterapeuter er delfinansiert fra staten. Det er slike ordninger som gjør kompetan-sen i kommunene stabil over tid. Vi tren-ger en finansiering som blir like god som den ordningen leger og fysioterapeuter har. Hvordan kan vi løfte spørsmålet om varig finansieringsordning også for psykologer?
- 5) **Rekruttere og beholde.** Distriktene strever med både legedekning og psykologdekning. Allmennlegeforeningen gjør et arbeid for å rekruttere leger til distriktene gjennom pilotprosjekter som setter rammevilkår, vei-ledning og spesialiseringsmuligheter i sys-tem (ALIS i vest og i nord). Hva gjør Psyko-logforeningen for distriktene?

Politikere og folk flest ønsker psykologer til kommunene av en grunn. Samfunnet har en forventning om lettere tilgang til psykolog for mennesker som trenger det – i kommunene. Styrket tilbud i kommunene vil øke spesia-listhelsetjenestens mulighet til å gi kvalitet. Arbeidsfeltene hører sammen. Vi trenger tyde-lig politikk på begge områder. Jeg vil, sammen med Vestfold lokallag, arbeide for at vi kan få landsmøtevedtak for de neste tre årene som gjenspeiler dette. ❌

# Utilstrekkelig

Før var det travelt, men givende å jobbe på DPS.  
Nå er det deprimerende.

**I GÅR** hadde jeg 41 saker til fordeling. Jeg fikk fordelt fem. Til behandlere som har mer enn nok fra før. Forhåpentligvis resulterer det ikke i flere sykemeldinger.

En av sakene skulle jeg prøve å avslutte. Behandler er sykemeldt, men skrev i siste notat at det gikk veldig bra. Pasienten har heller ikke tatt kontakt på en måned. Jeg ringer. Pasienten sier vedkommende ikke ønsker å svare nå. Jeg hører folk i bakgrunnen. Da er vedkommende forhåpentligvis fortsatt i aktivitet. Lover å ringe igjen på et tidspunkt som passer vedkommende (men ikke meg).

Den første pasienten har ikke møtt på lenge. Vedkommende åpner ikke for psykisk helse-team som skal kjøre til timen. Vi har meldt bekymring til fastlegen, men ikke fått noe svar. Pasienten liker ikke fastlegen, men står fortsatt på venteliste for å få byttet. Pasienten ser ut som et levende skjelett. I sommer kjøpte jeg næringsdrikk til vedkommende, som ikke hadde penger selv. Vi har hatt møte med NAV. Vedkommende har penger nå – og næringsdrikk på blå resept, men ikke matlyst. Auto-seponert Remeron. Klarer ikke følge en samtale her. Det er for krevende. Sier selv det er på grunn av matmangel. Vil ikke innlegges. Har gitt opp. Skal jeg gi opp vedkommende også?

Skulle vært på do, men telefonen ringer. Det er fra en bolig. Deres bruker, vår pasient, utskriver i dag etter alvorlig intox, det andre på kort tid. Trenger oppfølging, men behandler her har sluttet. Boligen trenger dessuten veiledning herfra. Prøver å si at kommunen har psy-

kologer som kan veilede, men dette er ikke en kommunal bolig, selv om kommunen kjøper tjenesten. Dessuten vil ikke pasienten ha noe med kommunen å gjøre. Jeg vet jeg ikke har noen å fordele saken til. Må ta den selv, men kjøper meg tid til i morgen ved å si at jeg skal undersøke på teammøtet og dessuten lese epikrise fra sykehuset når den er klar.

Etterpå har jeg en pasient jeg har fulgt lenge. Vedkommende har hatt utallige innleggelses, og det har vært mye bruk av tvang. De siste årene har det ikke vært noe av dette. I dårlige perioder har jeg møtt vedkommende daglig for å unngå innleggelses og tvang nå som mest-ringsstrategier som alkohol og selvskading er en saga blott. Ved forrige nedtur var jeg for pres-set, og oppfølgingen ble for dårlig. Pasienten sa i etterkant at det opplevdes ikke helt forsvarlig. Nå er det tungt igjen. Ingen av oss har mer å gå på. Jeg sender vedkommende videre til sentral-sykehuset – selv om jeg vet det er faglig uklokt og et stort tilbakeskritt.

Ringer den første pasienten igjen. Det var den lunsjen. Pasienten lukter lunta med en gang og hevder vedkommende trenger tett oppfølging og på ingen måte er klar for å avsluttes, selv om aktivitet går bra. Blir fortvila. Lurer på hvor mange som venter. Vedkommende sier til slutt at vedkommende ikke orker å fortsette samtalen. Den fortsetter i meg – og sikkert i vedkommende også. Hvordan skal jeg orke dette.

Halve dagen har gått. Jeg har ikke fått hjulpet noen. Jeg kjenner meg så utilstrekkelig. Hva gjør jeg her? ❌



**GUNHILD RINDAL  
KULBOTTEN,**  
foretakstillitsvalgt  
for Norsk psykolog-  
forening ved  
Sykehuset Innlandet

**PSYKISK  
HELSEVERN**

# Vi trenger en samlet forening

Den polariserte debatten om Psykologforeningens veivalg framover, særlig slik den har utviklet seg i sosiale medier, bør dempes.



## BRITT RANDI HJARTNESSCHJØDT,

psykolog/rådgiver i byrådsavdeling for helse og omsorg, Bergen kommune, Spesialist i samfunns- og allmennpsykologi og **ELDRID**

## ROBBERSTAD,

psykolog med fag-ansvar i Familiesenter, Sola kommune, Spesialist i barne- og ungdomspsykologi

## PSYKOLOG- FORENINGEN

**ENGASJEMENT FOR FAG** og profesjon, for samfunnsutvikling og befolkningens psykiske helse må nå forenes til en felles innsats. Snart er det landsmøte, og foreningen skal jobbe videre med det mannskapet som velges, og med de vedtakene som landsmøtet gir. Vi tror at også neste landsmøteperiode kan bli veldig bra.

## MANGFOLD AV TEMAER

Vår faglige forening har alltid hatt strategier rettet mot samfunnets behov og forståelse av psykisk helse og psykologiens bidrag. Det har ikke først og fremst handlet om psykologene. Det har handlet om kvalitet i alt psykisk helsearbeid, udekkete praksisområder, ressursbehov, strategier for å bringe inn psykisk helseperspektivet og psykologi i viktige og til dels nye sektorer, samt tidligere hjelp og økt tidlig innsats i offentlig sektor. God fagpolitisk jobbing overfor befolkning og myndigheter har medført at psykologiske perspektiver blir tatt med i en rekke sammenhenger. Men det har også bidratt til at foreningens fagforeningsaktivitet har fått gehør – med kamp for lønnsvekst, pensjonsordninger, spesialistutdanning og en beskyttet tittel. Det har i tillegg handlet om den gylne regel, økonomiske rammebetingelser og arbeidstidsbestemmelser i eksisterende tjenester og arbeidsmarked. Det er fagpolitisk innsats og fagforeningsarbeid i LAU-avdelingen: to sider gjensidig avhengige av hverandre – aldri bare det ene uten det andre. I vårt fagforeningsarbeid, både alene og sammen med Akademikerne, har Psykologforeningens visepresident Rune Frøyland vært sentral og nyter stor respekt. Hovedfokus har vært spesialisthelsetjenesten. Vi kan ellers sterkt anbefale beretningen til årets landsmøte som informasjon om de siste tre års arbeid.

## VIKTIG SAMFUNNSUTVIKLING

Psykologforeningen har i alle år også jobbet fagpolitisk og samfunnsrettet, men giret betydelig

om ved landsmøtet og presidentskiftet for 12 år siden. Vi tror ikke situasjonen for befolkningen og psykologer og det offentlige ordskiftet ville sett ut som det gjør om Psykologforeningen ikke hadde jobbet så framoverlent, langsiktig og helhetlig som de har gjort. Vår mening er at Psykologforeningen har vært med og bidra til at både fagforeningstemaer og fagpolitiske temaer – og dermed samfunnet – har fått en betydelig utvikling, for eksempel:

- Psykologer i spesialisthelsetjenesten har hatt en lønnsvekst som gjør at vi nå sammenligner oss med legene mange steder.
- Psykologer har formelle rettigheter, status og anseelse som ingen bestrider, og som Europas psykologer misunner oss.
- I perioden med opptrappingsplan for psykisk helse ble antall psykologer i psykisk helsevern mangedoblet, og vi ble sidestilt med legene i ledelse.
- Alle psykologer får tilgang til spesialisering, gratis for de fleste fordi den er betalt av arbeidsgiver (selv om dette ikke gjelder like mye i kommunen).
- Psykisk helse er sidestilt med fysisk helse i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (siden 2011), men det er fortsatt svært langt igjen før det er en realitet i praksis.
- Psykisk helse er nå helt sentralt i folkehelsearbeidet, særlig knyttet til barn og oppvekst. Foreningen har kunnet være en pådriver og kraft i dette med hovedsatsingsområdet «forebygging for barn og unge».
- Psykisk helse er nå et viktig tema i både nasjonal og lokal valgkamp og partiprogram, det har skjedd med god bistand fra foreningen.
- Psykisk helse er tema i tv, podcaster og i det offentlige ordskiftet – som oftest med deltakelse av psykologer.
- Lovfesting av psykologer i kommunale helse- og omsorgstjenester fra 2020; ikke

for å skaffe psykologer arbeid, men fordi det er bra for folk, og det hjelper kommunen å ivareta sine forpliktelser.

- Psykisk helse og psykologi er viktige tema på Arendalsuka, som samler et stort og mangfoldig publikum.

### HELHETLIG INNSATS

Som fagforening og faglig forening kan vi ikke si at vi er i mål – og slett ikke som samfunnsaktør.

Vi trenger at psykologer engasjerer seg enda mer for tidlig nok innsats, og vi trenger psykologer som ser nytten og viktigheten i å samarbeide bedre på tvers av tjenester og fag. Vi må være sterkere til stede der politikken utformes og pengene fordeles, på alle forvaltningsnivå. Vi må i enda større grad samarbeide og sikre medvirkning fra den enkelte som får direkte hjelp, og å få samhandlingsreformen til å fungere. Vi må også bruke mer krefter på å komme oss inn på de arenaene der de aller mest utsatte befinner seg – i det kommunale ettervernet, i de psykiske helsetjenestene eller utenfor helsetjenestene (barnevern, sosialkontor, arbeid med flyktninger osv.). Her må mye av arbeidet være indirekte og bidra til å styrke og bistå andre fagfolk. Vi må få mer ut av psykologene i PPT. Ikke minst må vi se våre barn, voksne og eldre enda tydeligere som hele mennesker i en familie- og nettverkskontekst. Dette for å identifisere og bidra til at barn og søsken som pårørende får den bistanden de trenger. Det er vår plikt som helsepersonell – og det gjelder i særlig rus- og psykisk helsevern, i somatikken, for psykologarbeidsplasser i NAV (Aetat) og andre tjenester som arbeider med voksne. Slik kan alle psykologer i alle sektorer være med og gjøre barns oppvekst helsefremmende.

I tillegg til alt dette må vi ta på alvor opplevelser og tilbakemeldinger fra medlemmer om misnøye med hvordan vi som forening har arbeidet overfor myndighetene når det gjelder rammebetingelse for godt faglig arbeid i spesialisthelsetjenesten. Psykologforeningen skal være en relevant forening for alle som er psykologer og utøver psykologfaglig arbeid og forskning. Arbeidet som blir gjort, må synliggjøres for medlemmene. Vi trenger også å opprettholde høy organiseringsgrad – og ha et aktivt og fungerende tillitsvalgtapparat i alle tariffområder. Vi trenger å engasjere medlemmene slik at det blir gode og demokratiske prosesser.

Profesjonsutdanningen, slik vi kjenner den, står også under press. Psykologforeningen må fortsette dialogen og påvirkningsarbeidet for at utdanningen skal forbli en helhetlig og bred utdanning som leder fram til tittel som psykolog og helsepersonell (practitioner-researcher-modellen). Det er dette som er (klinisk utdannete) psykologers forse: Vi kan bruke vår kliniske utdanning og erfaring i møte med systemutfordringer og utviklingsbehov. Vi kan bruke vår systemkompetanse til å forbedre og utvikle klinisk arbeid og tjenester. Samtidig trenger utenlandsstudentene forutsigbarhet og en avklaring av hvilke utdanninger som kvalifiserer til psykologtittelen og medlemskap i Norsk psykologforening.

Nå er vårt håp at psykologene etter landsmøtet kan enes om at vi sammen besitter en kompetanse som er egnet til å styrke befolkningens psykiske helse gjennom livet, tverrfaglig og på tvers av tjenestearenaer og spesialiteter. Vi kan sammen sikre helsefremmende og forebyggende arbeid og lavterskel innsats der folk lever sine liv: i familien, i barnehage og skole, i lokalsamfunnet og i arbeidslivet – også fra spesialisthelsetjenestene. Det bidrar til utjevning av sosial ulikhet, bedre kvalitet i psykologarbeidet og i neste omgang også redusert antall henvisninger og press på psykisk helsevern. Vi håper vi får være med på det og gleder oss. ✕



Vi må ta på alvor  
tilbakemeldinger fra  
medlemmer om misnøye





## Ingen overforenkling

Kvalitet eller ressurser? En avsporing fra debatten om psykisk helsevern.

**HENRIK WANG-IVERSEN, EIRIK WAHL SEEBERG, JØRGEN EDVIN WESTGREN**, på vegne av Yngre psykologers utvalg

### PSYKISK HELSEVERN

I DEN SISTE tiden har vi sett et skifte i debatten om krisetilstander i psykisk helsevern. Det har blitt sagt fra enkelte at fokuset på ressursmangel er en «overforenkling» av problemet, og at de som målbærer dette perspektivet, driver «fagforeningsretorikk». Yngre psykologers utvalg (YPU) ser denne vendingen som en avsporing fra debatten, som tross alt har vært løftet fram av pasienter, tillitsvalgte, ansatte og ledere i flere måneder og år fram mot landsmøtet i november.

Til årets landsmøte er det lansert forslag om at sentralstyret skal utarbeide en fagpolitisk plattform for hva som er god kvalitet i psykologfaglig helsehjelp. Vi ønsker debatten om kvalitet velkommen, men vi mener at kvalitets- og ressurspørsmålene ikke kan behandles uavhengig av hverandre i psykisk helsevern.

Psykologer over hele landet strekker seg langt utover sine rammer for å gi pasientene sine helsehjelp av best mulig kvalitet. Ved å bagatellisere den faktiske ressursmangelen risikerer vi å fremmedgjøre særlig yngre kollegaer som daglig kjenner på opplevelsen av utilstrekkelighet og frustrasjonen over et skakkjørt system i møte med pasienter som ikke blir bedre. Utarbeidningen av en kvalitetsplattform vil ta lang tid, og svarer ikke på dagens uholdbare situasjon.

Yngre psykologers utvalg er bekymret for at en prinsipiell kvalitetsplattform til og med kan virke mot sin hensikt. Dersom faget utelukkende skal tilpasse seg helsemyndighetenes krav og forventninger, kan denne i verste fall brukes som nok et styringsverktøy som gir helseforetakene anledning til å velge bort behandlingsformer som koster mer. En kvalitetsplattform bør være forankret i pasientenes behov og eksisterende evidensbasert praksis. Dersom landsmøtet vedtar at det skal utarbeides en kvalitetsplattform, bør denne slå fast at psykologfaglig helsehjelp virker, men tar tid og forutsetter andre rammebetingelser enn hva vi finner i psykisk helsevern i dag. ✕

### Debattert

## Kvalikspill

**Lågt nivå** - På nokre område har ELTE-studentane god forståing, men i mykje av det kliniske er dei lite nyanserte, reflekterte og lite modne. Det er akkurat gjennomført sensur på eksamen frå første kull og dei som har vurdert kandidatane seier nivået er lågt.

*Fra dekan Bente Wolds forklaring i retten, referert i Khrono 17. oktober*

**Gjenreisning** - Jeg håper at vi får gjenreist vårt rykte. Nå har vi fått et merke som B-vare, selv om veiledere og kolleger som jobber med oss erfarer at vi ikke er det.

*Elte-student Victor Evjen Johannessen til Østlands-Posten 17. oktober*

**Egne veier** Et mantra som går igjen når norsk profesjonsutdanning omtales, er at den særnorske modellen med «integrert» teori og praksis i utdanningen er uovertruffen. At «alle» andre land har forlatt denne utdanningsmodellen for psykologer for lengst, ser ikke ut til å imponere norske psykologer.

*Lars Swanstrøm debatterer i Dagens Medisin 18. oktober*

**Sjølvtendig** - Generelt har det vore påfallande kor overraske fleire har vore over at dei i Noreg skal jobbe heilt sjølvtendig som psykologar, at det ikkje skal vere ein lege eller spesialist som skulle kontrollere alt på slutten.

*Fra Christian Zimmermans forklaring i retten, referert i Khrono 21. oktober*

**Narsissistisk** Norsk psykologutdanning har klare narsissistiske trekk. Det kan være vanskelig å forstå norsk høyere utdannelse selv. (...) Elite-utdannelsen oppfylder europeiske psykologforeningers harmoniserte krav til psykologer, som utgjør femårig master og minst ett års praksis under veiledning. Det har formodningen mot seg at pasientsikkerheten til norske klienter utfordres av Elite-psykologer, i motsetning til klienter i 46 andre europeiske land.

*DN på lederplass 22. oktober*

# Inntrykk

Bokessay, anmeldelser og forfatterintervjuer



FOTO: ORION/KOBAL/REX/NTB SCANPIX



## EVIG FASCINASJON

«Om ikke drapsmenn i seg selv er så fascinerende som media vil ha oss til å tro, så er fagfeltet virkelig det.»

*Svein Øverland har lest Pål Grøndahls bok Om Drap (side 876).*

## Vil ha forskning på terapiens skyggeside

*Les intervju med psykolog og forfatter Jørgen Flor på de neste sidene.*

### Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

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

Send forespørsel på e-post til [holth.ida@psykologtidsskriftet.no](mailto:holth.ida@psykologtidsskriftet.no).

# Javisst kan terapi være skadelig

Terapi er en potent intervensjon, derfor kan det også være skadelig. Vi trenger et språk om negative konsekvenser av terapi, mener psykolog Jørgen Flor.

TEKST Ida Holth FOTO Nora Skjerdingsstad



## Aktuell bok

- Psykolog Jørgen Flor og medforfatter Leif Edward Ottesen Kennair kommer i november ut med boken *Skadelige samtaler* på forlaget Tiden.
- Flor er psykolog ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Han har også en privatpraksis ved Villa Sult og er i tillegg medlem av Fagetisk råd i Psykologforeningen.

### – Hvordan vil du definere en skadelig bivirkning av psykoterapi?

– Det er noe som bryter med forventningene til terapien på en negativ måte. Disse forventningene må nødvendigvis være delt mellom terapeut og pasient. For eksempel er det forventet at eksponeringsterapi gir angst, men hvis ikke terapeuten har gjort det klart at dette er forventet, så blir det trøbbel. Da kan det godt være en negativ bivirkning. Eller hvis man jobber med affektfobi og sier at pasientene ikke blir dårligere, men bare får mere følelser. Ja, fint, men vet pasienten det? Eller blir pasienten overveldet og dropper ut av behandling? Du kan ha et perfekt rasjonale for det du holder på med, men hvis det ikke er en felles oppfatning av hva som forventes, så er man kanskje ute på tur.

### – Enighet om metode er en jo en ingrediens i begrepet terapeutisk allianse. Finnes det noe forskning på hvor vanlig det er å ikke dele dette rasjonalet?

– Jeg vet ikke, men jeg vet at det finnes forskning på informert samtykke, et etisk og juridisk begrep. Vi plikter jo å si fra om dette. Jeg har en traumepasient som blir dårligere mellom de enkelte timene, men vi snakker om hva dette er. Og det tror jeg de fleste terapeuter gjør når det kommer til traumebehandling og eksponeringsterapi, men snakker man om det når det gjelder andre terapier der det ikke er så opplest og vedtatt at man har bivirkninger og symptomforverringer? Dette handler også om noe mer spesifikt enn bare rasjonalet for terapien – det handler om mulig negative effekter av det vi holder på med. Jeg tror nesten alle sammen snakker om hvorfor man holder på med terapi, men jeg tror

få snakker om hvordan det kan gå galt, og hvordan man merker at man er på feil kurs, spesielt og eksplisitt. Vi som terapeuter og profesjon må utarbeide et språk om dette – et språk som ikke skremmer folk fra behandling. I boken snakker vi om trening som analogi – man blir støl av trening, det er halve poenget, og man får mere følelser, og kanskje ubehagelige følelser av terapi, og det er helt greit. Man får mer angst i angstbehandling, men hvis man dropper ut midt i det, og sitter med mer angst enn da man kom inn, så er det noe som har gått galt. Da kan vi begynne å snakke om skade, selv om det er et skummelt begrep. Vi kommer til å sitte med forskjellig type språk, fordi vi sitter med forskjellige terapier. Men man kan ikke komme unna å ikke ha begreper for det, for da sier man at det jeg gjør, har ingen risiko – og det er helt urealistisk. Da er ikke terapi potent. Og det er jo feil. Premisset for hele boka er at terapi er svært potent.

### – Hva er din opplevelse eller erfaring av manglende felles forståelse av hva det er man holder på med i terapirommet?

– Når det gjelder negative effekter har vi litt berøringsangst og kan kanskje ikke nok, vi er ikke komfortable nok. Mange leger vil helt uproblematisk si at det er plenty med bivirkninger av en pille, og ingen føler seg støtt av det. Mens vi er redde for at da er det noe feil med oss eller meg. Det er jo mer nært det vi holder på med.

### – Det er liksom noe provoserende i påstanden om at terapi kan skade? Hvorfor føler jeg det sånn?

– «Vi snakker bare sammen, vil jo bare godt». Det kan være en kunnskapsmangel. Det kan





**UNDERKOMMUNISERT** Psykolog Jørgen Flor er aktuell med en ny bok om hvordan terapi kan være skadelig for pasientene. Han mener temaet er underkommunisert blant psykologer.

være at bokas tittel og omslag er skremmende. Jeg har blitt mer opptatt av å ivareta terapeuten på en god måte. Det er en tung bær å skulle fikse folk, og noen ganger går det galt – det er helt ok. Men det er ikke ok å si at det alltid går bra – læringsperspektivet er viktig. Men først og fremst handler det jo om å ivareta pasientene. Jeg har ingen nullvisjon her, det ville være absurd. Det er *myten* om bivirkningsfri terapi som skal bort, ikke bivirkningene.

**– Hvorfor er det så vanskelig å snakke om at det vi gjør, kan virke negativt på pasienter?**

– Vi vet at mye av det som er virksomt i terapi, er selve menneskemøtet. Vi sitter jo ikke der med et verktøy, vi sitter med oss selv, så hvis noe går galt, blir det fort personlig. Noen begynner å gruble, hva er det jeg ikke har sett? Psykologer har mye ansvarsfølelse. Vi er heller ikke trent til å forholde oss til det, og har ikke et avslappa forhold til det. Det er mange ledd på veien her for å løsne opp litt. Noen studier viser at helsepersonell fort får skylda, apropos selvmordsdebatten. Disse forventningene tror jeg vi også blir prega av. Og så leser man suksesshistorier, OCD-klinikker som får til det ene og det andre, og så sitter man der med 30 pasienter og skjønner ikke opp-ned på noe som helst, og så skal man i tillegg gjøre noe galt! Man gjør ikke nødvendigvis noe galt, for det er kanskje bare negative effekter *i*, og ikke nødvendigvis *av*, terapien. Og

hvis det er *av* terapi, så er det ikke sikkert det er av terapeuten engang. Men noe skjer i terapien, og det er mitt ansvar å snakke om det.

**– Hvorfor ble du interessert i dette temaet?**

– Jeg har alltid vært litt kritisk. Hvis alle sier ja, så tenker jeg at noen må si nei. Da alle på studiet snakket om at terapi funker og vi så videoer av fortreffelig terapi, kom ideen ganske fort: Ja, men er det ikke noe gærent, noe som ikke funker? Noe var for godt til å være sant. Da jeg begynte å lete, fant jeg lite, og det jeg fant, var mye kommentarartikler og lite empiri. Mange skrev «Hvorfor skriver ingen om dette?». Så leser man ti kommentarartikler om hvorfor ingen skriver om dette, og tenker: «Hvorfor skriver ingen om dette?»

**– Og hvorfor forsker ingen på dette?**

– Det er det noen som gjør, men når du sammenligner med den positive siden av forskningen på psykoterapieffekt, så er det et kjempestort misforhold.

**– Er det sånn at du ønsker en kulturendring der man alltid rapporterer om «bivirkninger» i psykoterapistudier?**

– Å lage et avansert rapporteringssystem som for legemidler blir helt meningsløst innenfor vårt felt. Det handler mer om å få en bevissthet om dette i klinikken. Jeg er åpen for at det finnes »



Det er *myten* om bivirkningsfri terapi som skal bort, ikke bivirkningene





Sammenligningen med legemidler og bivirkninger i medisin er farlig

mange måter å håndtere det på, men umiddelbart tenker jeg: Hvorfor ikke kreve av forskere, i hvert fall når man bruker forskningsmidler fra universiteter og Forskningsrådet, at man omtaler negative effekter på et eller annet nivå? Forskere må plikte å rapportere dette, helst på en måte som gjør at det kan sammenlignes. Det er én metastudie som tar for seg negative effekter, og den er på depresjon og av Pim Cuijpers. Seks prosent av de gjennomgåtte studiene har mål på dette. Cuijpers snakker om risiko, og skriver at risikoen for forverring ved å ikke oppsøke behandling for dem som har en depresjon, er større enn å oppsøke behandling. Han bruker risikobegrepet på både de som går i behandling, og kontrollgruppa. Da kan vi snakke om informert samtykke: Ja, det er en risiko å gå i behandling hos meg, men risikoen er større ved å ikke komme hit.

**– Dere sammenstiller pakningsvedlegget om bivirkninger som følger med legemidler, med psykoterapi?**

– Sammenligningen med legemidler og bivirkninger i medisin er farlig, fordi det blir reduksjonistisk og skaper en idé om at man kan kvantifisere det. Men det må til, her må man bare kjøre på litt hardt, fordi vi har sovet i timen i 70 år, og har ikke klart å etablere et vedvarende fokus på et kjempeviktig område. Hvis man da er opptatt av hva man kaller det, har man bommet. Man må være opptatt av innholdet, fenomenet.

**– Vi bruker jo aktivt en slags placeboeffekt i terapi. Dere foreslår i boka å informere om at terapien kan gå dårlig. Hva skjer da med den gode forventningseffekten?**

– Jeg tror ikke det gjør noe som helst, fordi jeg tror pasientene egentlig vet dette. De skjønner det helt fint, jeg tror det er frigjørende for begge parter. Og så er det jo ikke noe spørsmål da. Juridisk så skal vi, etisk så må vi. Vi kan ikke sitte med en sånn informasjon uten å si det, bare fordi vi tror det blir bedre terapi av det.

**– Hvordan informerer du pasientene dine om dette?**

– Vilkårlig, lemfeldig. Jo, men det er sant. Jeg har ofte opplevd å sitte hjemme og skrive om det, og så gå på jobb og ikke skjønne hvordan jeg skal navigere i det. Jeg trenger også hjelp. Nå er vi over på et systemansvar, et ansvar for fagforening og helsemyndigheter. At dette skal være kun den enkeltes ansvar, er urealistisk.

**– Hva er det verste en psykolog kan gjøre i terapi med hvilke pasienter?**

– Jeg kjenner ikke til forskning som besvarer spørsmålet, men det kan være å bli avhengig av en psykolog som utnytter deg, og som visker ut grensene, og når du i tillegg kommer til terapi på grunn av grenseproblemer. Og langvarige terapier der man ikke vet hva formålet, er eller hvor man skal hen. Det handler om terapeuter som ikke har ryddet i hodet sitt – det er det verste. Men jeg tror ikke det er der vi skal legge lista, for dette gjelder antageligvis såpass få. Jeg er mer opptatt av der vi alle er dårlige, der vi mister oversikt.

**– Er noen terapiformer verre enn andre?**

– Hakke peiling. Om jeg hadde visst det, så skulle jeg hatt *sinnssykt* mye dokumentasjon for å kunne si det. Men la oss begynne å forske uavhengig på forverring fremfor denne evinnelige letingen etter at *min metode er bedre enn din*.

**– Dere tar for dere ideen om at terapi gjør vondt.**

– Ja, det gjør jo det.

**– Dere refererer til en forsker som sier at man skal velge den terapien som gjør minst vondt?**

– Ja, Michael Linden. Han har en del snedige poenger: At gråt er en bivirkning. Men han sier samtidig at hvis man ikke finner noen bivirkninger, er det noe galt. Han er psykiater og bruker et veldig medisinsk språk. Jeg forstår det budskapet som et forsøk på å forstyrre oss litt. Vi snakker om ulike psykoterapimetoder ut fra hva som gir best effekt. Hva om man snudde det på hodet og spurte: Hvilken psykoterapimetode gjør minst skade? Hvor er forverringsratene til CBT, MCT og MDT? Rapportering om negative effekter hadde forstyrret hele psykoterapiforskningsbiten litt.

**– Har du troa på den nye generasjonen psykologer når det gjelder å forholde seg til dette?**

– De er enda flinkere, og det kan være farlig. Hvis de ikke har lært at de kan trå feil, og at det går bra, eller at pasientene også blir dårligere, eller hvis de bare leser suksesshistorier, og plutselig sitter på en poliklinikk og har en idé om at her skal alle danse jublende ut av terapirommet, og at ikke noen skal bli dårligere ... Så ja, jeg har troa på at de er kritiske og oppgående, men jeg er kanskje mer bekymret for at de virker så flinke. ❌

## Livsmestring for ungdom på YouTube

I høst lager NRK Skole, Mental helse, Blå Kors og Høgskolen Innlandet 50 filmer for ungdom om livsmestring og psykisk helse under vignetten «Kort fortalt».

Det er produksjonsselskapet TV inter som produserer serien. Formatet er psykoedukative videoer på 1-3 minutter med programleder og animasjon.

- Ungdomstiden er en sårbar periode og mange unge sliter psykisk i perioder. Vårt mål er å lage noen konkrete verktøy til å håndtere det vanskelige, skriver Brynjar Sætre, produksjonsleder i TV inter, i en e-post til Psykologtidsskriftet.

I tillegg til distribusjon på NRK Skole sine nettsider, er det også opprettet en youtube-kanal for filmene. Filmene skal være gratis for lærere og elever og er støttet av Utdanningsdirektoratet og Extrastiftelsen.

- Hensikten med prosjektet er å forebygge psykiske lidelser og fremme god psykisk helse.



**PLAGSOMME TANKER** Illustrasjonen er hentet fra en av filmene i «Kort fortalt»-serien.

Vi vil utvikle en informasjonskanal, der ungdom kan få kvalitetssikret kunnskap, nyttige verktøy og praktiske tips for bedre å kunne mestre sin hverdag, skriver Sætre.

**Kilde:** <https://www.youtube.com/channel/UCXG4OZHsE9owGMjzOZA-hpgw/featured>.

*Per Olav Solberg*

## Nobels litteraturpris til polsk psykolog

Nobelprisen i litteratur for 2018 gikk til den polske forfatteren og psykologen Olga Tokarczuk. Forfatteren har lenge vært en av de største litterære skikkelser i Polen, nå får hun sitt internasjonale litterære gjennombrudd.

I begrunnelsen for tildelingen står det at hun får prisen «for en narrativ forestillingsevne som sammen med en leksikalsk lidenskap representerer kryssing av grenser som en form for tilværelse».

Den polske forfatteren begynte å studere klinisk psykologi i Warszawa etter videregående. Her fattet hun interesse for arbeidene til Carl Gustav Jung og Sigmund Freud. Hun la imidlertid terapeutrollen på hylla da forfatterkarrieren virkelig skjøt fart i hjemlandet.

Psykolog Joanna Rzakowska kjenner Tokarczuks forfatterskap godt. Rzakowska arbeider også som skribent og oversetter, og er oppvokst med nobelprisvinnerens bøker i bokhylla hjemme.

- Jeg har med alderen blitt en større og større fan av Tokarczuks bøker, både fordi jeg synes utgivelser som *Løperne* er godt gjennomtenkte og estetisk virtuose, men også fordi hun skriver om brennbare og samfunnsaktuelle temaer som nasjonalisme og multikulturalisme.

Tidligere var forfatterskapet hennes først og fremst et tema for polskoversetterne og de med særlig interesse for polsk litteratur. Dette begynte å endre seg da hun vant Man Booker-prisen i 2018.

Denne høsten kom romanen *Før ploegen din over de dodes knokler* i norsk utgave, opprinnelig utgitt i 2009.

I tillegg til å være forfatter er Olga Tokarczuk politisk aktivist.



**POLSK VINNER** Psykolog Olga Tokarczuk vant Nobelprisen i litteratur for 2018. Foto: Borys Niespielak / DeFacto / Wikimedia commons

- Det er ikke lett å være veganer, feminist og dyreverner i Polen akkurat nå, og hun markerte seg med et enormt mot da hun tok til orde for at Polen skulle ta imot flere flyktninger, og da hun snakket om polske forbrytelser mot den jødiske befolkningen rundt andre verdenskrig, sier Rzakowska.

- Hun har med andre ord både en strålende penn og et umiskjennelig kunstnermot.

*Nora Skjerdingstad*

# Helsepsykologisk nybrottsarbeid

Med denne håndboken viser forfatterne at det helsepsykologiske feltet bør bli en egen spesialitet.



**TORKIL BERGE,  
ELIN FJERSTAD,  
INGRID HYLDMO  
OG NINA LANG**

*Håndbok i klinisk  
helsepsykologi*  
Fagbokforlaget, 2019,  
462 sider.

**HÅNDBOK** i klinisk helsepsykologi er en etterlengtet bok. Den gir en inspirerende og grundig beskrivelse av klinisk helsepsykologi og viser bredden i problemstillinger i feltet. Boken henvender seg til alle helseprofesjoner som behandler somatisk sykdom og skade, samt studenter på vei inn i en helseprofesjon. Den er skrevet i et lettfattelig språk og har imponerende mange henvisninger til studier, nettsider og kartleggingsverktøy. Her er faktabokser og kasusvignetter. Forfatterne har etablert enheten «Psykiske helsetjenester i somatikken» ved Diakonhjemmet Sykehus. I boken får leseren et godt innblikk i hvordan en slik helsetjeneste kan bygges opp og fungere. Forfatterne deler gjennomgående raust av sin omfattende fagkunnskap og kliniske erfaring.

## PRAKTISKE OG KONKRETE RÅD

Håndboken er full av praktiske råd om helsepsykologiske behandlingstiltak. Uavhengig av diagnoser er de overordnede målene i klinisk helsepsykologi å fremme mestring av sykdom, forebygge utvikling av psykiske plager og hjelpe pasienten med god selvregulering. I boken gis detaljerte gjennomganger av plager og beskrivelser av behandlingstiltak. Leseren får mange nyttige råd og konkrete forslag til verktøy, metoder og hva som er viktig å vektlegge ved ulike helseplager, for eksempel aktivitetsplanlegging, råd mot kvernetanker og handlingsplaner. Her er også beskrevet kurs i mestring av søvnproblemer og utmattelse – disse beskrivelsene kan brukes som kursmanualer.

## RØDE TRÅDER

Bokens fem deler omhandler innføring i klinisk helsepsykologi, sammensatte og langvarige plager, sentrale fagområder i klinisk helsepsykologi, kriser og uhelbredelig sykdom og avslutningsvis arbeid med familier og arbeidsrettede tiltak.

Betydningen av god kommunikasjon for behandling og mestring er én rød tråd som vies god plass. For å kommunisere godt er utforsking av pasientens perspektiv helt sentralt. Forfatterne beskriver hvordan man kan jobbe med klinisk kommunikasjon basert på kommunikasjonskurset «De fire gode vaner». Boken gir godt innblikk i trinnene og veiledning i hvordan man kan øve på kommunikasjonsferdighetene. Gjennom relevante eksempler får leseren også råd om hvordan planlegge og gjennomføre nettverkssamtaler, parsamtaler og samtaler med barn som pårørende.

Det biopsykososiale perspektivet er en annen rød tråd gjennom boken. Uansett hvilke plager pasienten har, oppfordres behandlere til å utforske hvordan pasienten forstår, mestrer og etterlever behandling i en helhetlig kontekst. Sett gjennom helsepsykologiske briller er også pasientens «friskhistorie» og det som nærer den friske identiteten, viktig. Dette perspektivet er en viktig påminnelse for alt helsepersonell – særlig i en tid der utredning og behandling synes å bli mer og mer fragmentert og man mister «det hele mennesket» av syne.

Tverrfaglighet er en tredje rød tråd. Betydningen av å samarbeide med andre yrkesgrupper når man jobber med sammensatt problematik, løftes tydelig frem gjennom hele boken. En forutsetning for å få til godt samarbeid er å forstå sykehuskulturen og finne sin plass i dette hierarkiet. Det å være trygg på egen faglighet og formidle tydelig hva en kan bidra med, er grunnleggende for å være, som forfatterne sier, en god utøver av klinisk helsepsykologi.

Psykoedukasjon er en fjerde rød tråd. Gjennom å utforske pasientens perspektiv og sørge for at pasienten får gode forklaringer kan forståelsen øke og mestringsevnen styrkes. Jeg synes det er et stort pluss at de betoner nødven-

## ANMELDT AV

Kristin Marjala,  
psykologspesialist,  
Smerteavdelingen,  
Universitetssykehuset  
Nord-Norge

digheten av å ha medisinsk kunnskap om pasientens somatiske tilstand, da dette også kan brukes i psykoedukasjon. Den kognitive diamanten brukes gjennomgående i dette arbeidet for å belyse sammenhenger og gjensidig påvirkning mellom tanker, følelser, kroppsreaksjoner, handlinger og omgivelser – og gir håp om at det alltid er noe en selv kan gjøre for å skape gode endringer.

Gjennom boken vektlegges hovedsakelig en kognitiv tilnærming i det helsepsykologiske arbeidet. Enkeltelementer ved andre tilnærming, som Oppmerksomt nærvær og Aksept og forpliktelsesterapi (ACT) nevnes. Disse kunne vært grundigere beskrevet. Det gjelder særlig ACT, som nå i stadig større utstrekning brukes i behandling av blant annet langvarig og sammensatt smerteproblematikk, utmattelse og i rehabilitering av nevrologiske tilstander.

Alle temaene som belyses, er sentrale for feltet, men jeg ble særlig glad for måten forfatterne skriver om palliasjon på, et tema som er lite belyst i psykologutdanningen. Vi følger «Elisabeths» prosess med å «holde fast i og gi slipp på livet samtidig». Betydningen av å ivareta eksistensielle og åndelige dimensjoner, og sorg og håp i krisearbeid, vises gjennom gode dialogeksempler. Palliasjon har tradisjonelt vært legenes og sykepleiernes domene. Boken levner ingen tvil om at psykologer også bør ha en naturlig plass i dette feltet.

#### **GJENTAKELSER OG SAVN**

Mange av de samme problemstillingene går igjen uavhengig av type lidelse, noe som gjør at råd og forklaringer overlapper. Boken er ment som en oppslagsbok, så forfatterne har nok tenkt at det er hensiktsmessig å gjenta rådene. En grundigere språkvask hadde likevel vært på sin plass da det gjennomgående er for mange gjentakelser, både innad i kapitlene og på tvers av kapitler. Forfatterne bruker pasientutsagn og metaforer for å tydeliggjøre budskap. Det levendegjør stoffet – *men*, når øvelsen «ikke tenk på en hvit isbjørn» beskrives sju ganger i boken, er det i overkant mye.

Temaene seksualitet og arbeid med flerkulturelle utfordringer er lite belyst i boken. I en håndbok som denne kunne man brukt mer plass på emner som endringer i seksualiteten og utfordringer i samlivet ved langvarig sykdom. Enkelte kulturer har forventninger til helsepersonells «ekspertrolle», noe som er diametralt motsatt av et nordisk perspektiv, der brukermedvirkning står sterkt. Møter med behandlere av motsatt kjønn i et kulturelt perspektiv tematiseres heller ikke. Boken er allerede omfattende, men jeg tillater meg til sist å komme med et ønske for en fremtidig revidering: å inkludere helsepsykologisk arbeid med barn og eldre i somatikken. Da får vi se relevansen av klinisk helsepsykologi gjennom hele livsløpet.

#### **ET KOMPETANSELØFT**

Boken gir et kompetanseløft, og kan inspirere flere til å jobbe for å etablere helsepsykologiske tilbud i andre sykehus rundt om i landet. Jeg anbefaler boken for alle som er interessert i klinisk helsepsykologi. Den viser at feltet er i utvikling, og at det kan være god samfunnsøkonomi å gjøre helsepsykologiske tiltak tilgjengelig i flere somatiske sykehus. Takk til forfatterne, som har gjort en formidabel jobb med å sette klinisk helsepsykologi så tydelig på kartet i det psykologiske landskapet. Med denne håndboken viser de at feltet bør bli en egen spesialitet. ✖



Jeg ble særlig glad for måten forfatterne skriver om palliasjon på



# Folkeopplysning om drap

Pål Grøndahl kunne nok gjort boken *Om drap* både mer akademisk (les: tørrere) og mer bloddryppende (les: spekulativ) om han ville. Det gjorde han heldigvis ikke.



**PÅL GRØNDAHL**  
*Om drap*, Gyldendal,  
2019, 316 sider.

**DET ER NOE** med drap og drapsmenn og -kvinner som fascinerer oss. Slik har det nok alltid vært. Brødrene Grimms eventyr var like fulle av grusomme detaljer som filmen *American psycho* og PC-spillet *Call of Duty*. I de siste årene har vi i tillegg fått en lang rekke dokumentarer om kjente drapssaker og drapsmenn. True crime-sjangeren er særlig populær, sannsynligvis fordi seeren eller lytteren blir involvert i etterforskningen og avsløringen. I virkeligheten er drapsmenn sjelden veldig fascinerende. Den personen karakteren Hannibal Lecter i *Nattsvermeren* er bygget på, var for eksempel hverken tvangsnevrotisk eller vinkjenner. De fleste psykopater har dessuten lavere intelligens enn gjennomsnittet, ikke høyere. Alt dette og mer til vet nok Grøndahl bedre enn de fleste. Han har sin doktorgrad i rettspsykologi og har lang erfaring som rettsoppnevnt sakkyndig i strafferett. I tillegg blir han ofte intervjuet i media grunnet evnen til å formidle vanskelige temaer på en lettfattelig måte.

Jeg er sikker på at Grøndahl kunne gjort boken *Om drap* både mer akademisk (les: tørrere) og mer bloddryppende (les: spekulativ) om han ville. Sannsynligvis ville boken solgt mer dersom han hadde «gønnet» på med «juicy details» og dermed fridd til draps- og drapsmannsfascinasjonen i oss. Det gjorde han heldigvis ikke. Snarere benytter han anledningen til å knytte sammen viktige juridiske og psykologiske prinsipper og praktiske sider ved etterforskning, sakkyndighet, rettspsykologi, strafferett og straff.

## FOLKEOPPLYSER OG MYTEKNUSER

Som alle gode fagbøker er boken delt inn i adskilte temaer med ledsagende og oppda-

terte referanser. Kapitlene dekker partnerdrap, æresdrap, hatdrap, seriedrap, massedrap, medisinske drap og drap begått av barn og unge. Grøndahl beskriver også hvordan drap skildres i media, og reflekterer over hvorfor vi synes å være så fascinert av drap. I tillegg avsluttes hvert kapittel med oppsummerende kulepunkter. Det fungerer som et virksomt pedagogisk hjelpemiddel, samtidig som leseren kan bla seg direkte frem til kulepunktene for å få en grovversikt over temaene. I tillegg beskriver Grøndahl kasus på en likefrem måte, noe som både tjener som eksempler på temaene og bidrar til å holde på leserens interesse.

Gjennom å redegjøre for relevant empiri, teori og begreper følger Grøndahl i fotsporene til fremstående psykiatere og psykologer som har fått eller tatt rollen som folkeopplysere innenfor dette spesielle fagfeltet. Rettspsykiatrien har med jevne mellomrom både blitt kritisert for å mangle et solid vitenskapelig fundament og for å bruke begreper som er vanskelig å forstå for folk flest og rettsapparatet. Disse innvendingene har blant annet ført til kritikk av de rettspsykiatriske sakkyndiges rolle under rettsaken mot Knut Hamsun og Anders Behring Brevik. Rettspsykiaterne Gabriel Langfeldt og Ørnulv Ødegård<sup>1</sup> argumenterte med at mye av kritikken mot deres rolle og konklusjoner bygget på misforståelser, og valgte derfor i ettertid å publisere sin erklæring offentlig. De benyttet da også muligheten til å beskrive begrepet «varige svekkede sjelsevner» og andre rettspsykiatriske begreper. Etter 22. juli-rettsaken opplevde imidlertid mange at psykologene og psy-

.....

1. I rettsaken mot Knut Hamsun (red.anm.)

## ANMELDT AV

Svein Øverland,  
seksjonssjef ved  
Seksjon for nasjonale  
rettspsykiatriske  
funksjoner, Avd. Brøset,  
St. Olavs hospital.



#### FOLKEOPPLYSER

Pål Grøndahl skriver klokt om drap, mener vår anmelder. Grøndahl er psykologspesialist og har en doktorgrad i rettspsykiatri. Tidligere har han jobbet som klinisk psykolog hos politiet. Foto: Kristin Svorte

kiaterne som uttalte seg i saken, ikke maktet å forklare terroren og de rettspsykiatriske begrepene på en forståelig måte. Grøndahl, derimot, bruker sin erfaring som psykolog og folkeopplyser til å forklare kompliserte juridiske begreper. I tillegg avviser han flere medieskapt myter. For eksempel viser han til hvor sjelden drap faktisk forekommer i Norge, særlig med tanke på den høye forekomsten av skytevåpen her til lands. Selv om Norge ligger på 11. plass på listen over antall våpen per innbygger, så utgjør drap kun 0,1 prosent av anmeldt voldskriminalitet. Uten slik kunnskap kan man fra media og underholdningskulturen lett få inntrykk av at det nærmest er vanlig med drap her til lands.

#### EN LÆREBOK

*Om drap* kan på mange måter fungere som en lærebok i retts-, sikkerhets- og fengselspsykiatri, men med kapitler og betraktninger som også fungerer som innføring i juridiske grunntemaer. Det finnes riktignok gode lærebøker både på engelsk og norsk til det formålet, for eksempel *Rettspsykiatri i praksis* av Randi Rosenqvist og Kirsten Rasmussen (2004), men *Om drap* inneholder også temaer som peker utover læreboksjangeren.

Boken får mer liv når Grøndahl slipper seg litt løs og deler sine tanker om enkeltsaker og de mer basale grunnproblemene fagfeltet må forholde seg til. I etterordet reflekterer Grøndahl rundt hvordan man kan forklare forskjeller i drapsfrekvens mellom samfunn, og hvordan man kunne redusert forekomsten. Og i det

kompekte kapittelet om straff og juss reflekterer han rundt tilregnelighetens dilemmaer. Her kommer også bokens stadige skifte mellom det akademiske og det folkelige språket tydelig til syne, for eksempel der Grøndahl konkluderer med at «Vi finner visst ikke helt ut av det». Til sammen fører dette til at *Om drap* ikke så lett kan plasseres i en tydelig sjanger, noe som er en styrke med boken.

Mange psykologer vil nok savne en mer inngående beskrivelse av de psykologiske prosessene som leder til drap. Beskrivelsene i boken er ofte knyttet til generelle klassifikasjoner og «kalde beskrivelser» heller enn undersøkelser av kontrolltap eller planlegging forut for drapet. I tillegg savner jeg ytterligere beskrivelser av seksualdrap og seksualitetens rolle generelt.

Boken gir en god innføring i drap og tilliggende fenomener for psykologer som allerede interesserer seg for de psykologiske og juridiske aspektene ved drap, men også for psykologer som ennå ikke har fattet interesse for fagfeltet. Om ikke drapsmenn i seg selv er så fascinerende som media vil ha oss til å tro, så er fagfeltet virkelig det. ❌

#### REFERANSE

Langfeldt, G., Ødegård, Ø (1978). *Den rettspsykiatriske erklæring om Knut Hamsun*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

”  
Boken får  
mer liv når  
Grøndahl  
slipper seg  
litt løs

**MINNEORD****EIVIND OLAV KJELBOTN EVENSEN**

1976–2019



**PSYKOLOG EIVIND OLAV** Kjelbotn Evensen døde brått 1. august 2019. Han ble 43 år gammel.

Eivind Olav var utdannet psykolog fra Universitetet i Ålborg i 2003, og ble spesialist i klinisk voksenpsykologi i 2010. Tre år senere ble han oppnevnt som medlem av Barnesakkyndig kommisjon.

Vi som er Eivind Olavs kolleger i kommisjonen, satte stor pris på hans konstruktive og nøkterne væremåte. Han var en person man lyttet til – han var faglig grundig, dyktig og kunnskapsrik. Det var en glede å samarbeide med ham. Eivind Olav bidro alltid positivt og konstruktivt til kommisjonens utvikling og faglige drøftinger.

Han var enestående som person med sin energi, livsglede og mange planer. Det var forferdelig opprivende å få vite at han omkom i den tragiske båttulykken i Namsos natt til 1. august. Fire barn har mistet sin far, familie og venner har mistet en av sine kjære. Vi i kommisjonen har mistet en av våre beste, og vil minnes Eivind Olav som den flotte kollegaen han var. Vi vil ta med oss hans vitalitet, omgjengelighet og tilstedeværelse videre i kommisjonens arbeid.

Hans bortgang er en påminnelse om hvor skjørt, dyrebart og brutalt livet kan være. Plutselig og uventet kan det ta slutt.

Takk for alt og hvil i fred, Eivind Olav.

*For medlemmene i Barnesakkyndig kommisjon:  
Evelin Tjemsland, Kathrine Sveen Lorentz og Katrin Koch*

## MINNEORD

## SVEIN SKRØVSET

1951–2019



**SVEIN VOKSTE OPP** i Kristiansund. Han dro til Oslo i 1970 for å studere psykologi og ble cand.psychol. i 1978 med hovedoppgaven «Vokal atferd. En atferdsanalytisk analyse av noen sentrale aspekt ved vokal atferd.» I ventetiden mellom grunnfag og embetsstudiet jobbet han på Universitetsbiblioteket og underviste på Universitetet i Oslo. Han traff sin kone Inger i kjelleren på Chateau Neuf i Oslo i oktober 1973. De fikk sammen Runar i 1979 og Sigrun i 1982.

Etter endt utdanning fikk Svein tilbud om en forskerstilling ved Universitetet i Oslo, men valgte å ta jobb som psykolog ved Arbeidspsykologisk kontor i Oslo i 1979 (senere Aetat arbeidsrådgiving/NAV Arbeidsrådgiving). Han ble etter hvert nestleder i 1993 før han i 1995 tok over som leder for NAV Arbeidsrådgiving Oslo og Akershus, en stilling han innehadde til han pensjonerte seg i 2013.

Svein var i hele sin karriere engasjert i arbeidspsykologien som fagfelt, og han er en av de arbeidspsykologer i landet med lengst erfaring. Han var opptatt av å dele sin kompetanse med yngre kolleger og hadde i mange år samarbeid med Psykologisk institutt på Universitetet i Oslo for å tilby praksis til psykologstudentene innenfor arbeidspsykologi. Svein var i flere år også medlem av Norsk psykologforenings spesialistutvalg i arbeids- og organisasjonspsykologi og var med å holde spesialistkursene i dette området. Han var også en god veileder for tallrike yngre kolleger. Han var som tillitsvalgt og senere leder opptatt av å ivareta og utvikle arbeidspsykologien som fag. Svein deltok aktivt i ulike arbeidsgrupper og var en fagressurs som Arbeidsdirektoratet lyttet til. Han var en dyktig strategisk tenker, og dette førte sammen med hans faglige soliditet til at han stod bak viktige organisatoriske veivalg for arbeidspsykologien. Svein var opptatt av å samhandle med andre og tok initiativ til samlinger og samarbeid på landsbasis, som var viktig for å utvikle og bevare det arbeidspsykologiske fagfeltet.

Som leder var Svein svært godt likt. Han stod bak sine medarbeidere og glemte aldri noen eller noe. Han var lojal, beskjeden og ivaretok alle. Svein var ikke den som skrek høyest, men møtte folk ved å lytte, være tålmodig og gi tillit. En person du kunne stole på.

I et postmodernistisk arbeidsliv med mye pretensiøst snakk og selvpromotering var Svein en tidsatypisk og «motsatt» skikkelse. Han var soliditeten selv som på sin stillfarne måte utstrålte pålitelighet og faglig dyktighet og sørget for at spaden ble satt i jorda og oppgavene gjort, uten å bruke store ord om sin innsats. Handlingene talte sitt eget språk. Man kunne sagt om Svein det samme som Mickey Jones, trommeslager på Bob Dylans legendariske 1966-turné, sa om Dylan: «His talking always matched his walking.» Det er integritet og troverdighet.

Vi som var så heldige å ha Svein først som veileder og deretter som venn, lærte oss å sette stor pris på hans personlighet, med musikk, litteratur og reiser som felles interesseområder. Sveins favorittband var The Kinks. Han fikk mange venner gjennom jobben og var flink til å holde kontakten. Som venn visste du alltid at han brydde seg om deg. Svein var snill og godlynt. Hvis det er noen som passer til betegnelser som «helstøpt» og «kjernekar», så må det være Svein. En av de viktigste personene i norsk arbeidspsykologi er borte. Våre tanker går til Inger, Runar og Sigrun med familie i denne tunge tiden.

*Jon Fiske, psykologspesialist og avdelingsdirektør, Arbeid og helse, Nav Øst-Viken*

*Kim Larsen, psykologspesialist og tidligere arbeidspsykolog ved Aetat Østfold*





## Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization  
and Reprocessing

### Grunnutdanning i EMDR

- Trinn 1 Oslo** 14.–16. januar 2020  
**Trinn 1 Trondheim** 6.–8. mai 2020  
**Trinn 1 Oslo** 15.–17. september 2020  
**Trinn 2 Oslo** 3.–5. desember 2019  
**Trinn 2 Bergen** 22.–24. april 2020

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,  
EMDR Europe Approved Trainer

### The Art of EMDR

**Røros 1.– 4. september 2020**

Workshop med Roger Solomon  
EMDR Institute Senior Trainer

Påmelding og nærmere informasjon:  
[www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

## Toårig sertifiseringsprogram i skjemat terapi for leger og psykologer

**Oslo 22.01.2020 - 04.06.2021**

Kursavgift: 36 000,-  
(Veiledningsutgifter kommer i tillegg)  
**Arrangør:** Norsk Forum for Skjematerapi i  
samarbeid med Norsk Forening for  
Kognitiv Terapi.

Kursmodulene i sertifiseringsprogrammet er  
godkjent som vedlikeholdsaktivitet av NPF.

For mer informasjon og påmelding:  
[www.psykologbehandling.no](http://www.psykologbehandling.no)

**Søknadsfrist:**  
15. desember 2019



*Sandvika Nevrosenter*  
Avtalespesialistene



### Ledig kontor for psykolog med avtalehjemmel

Sandvika Nevrosenter – avtalespesialistene, med 3 avtalespesialister i nevrologi, har ledig kontor for psykolog (evt. nevropsykolog) med driftstilskudd. Vi kan tilby et godt kontor i et hyggelig fagmiljø hvor vi kan samarbeide om felles pasienter. Kontorene har attraktiv beliggenhet i Helsetorget i Sandvika Storsenter. **Kontaktinformasjon:** nevrolog Einar Kinge, e-post [ek@sandvikanevrosenter.no](mailto:ek@sandvikanevrosenter.no), tlf. 922 09 392. [www.sandvikanevrosenter/avtalespesialistene](http://www.sandvikanevrosenter/avtalespesialistene).

### Stort, hyggelig kontor i Majorstuhuset i Oslo

ledig på deltid. Felles venterom og kjøkken.  
Henvendelse Øiestad, tlf. 975 21 977.

**OSLO, SENTRALT PÅ FROGNER.** Hyggelig kontor i psykologfellesskap tilleie. Fullt møblert. Stille og rolig. Hele og halve dager. Henv. tlf. 909 60 908.

## 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](http://www.krisepsykologi.no)  
eller skriv e-post til [ar-blind@online.no](mailto:ar-blind@online.no)

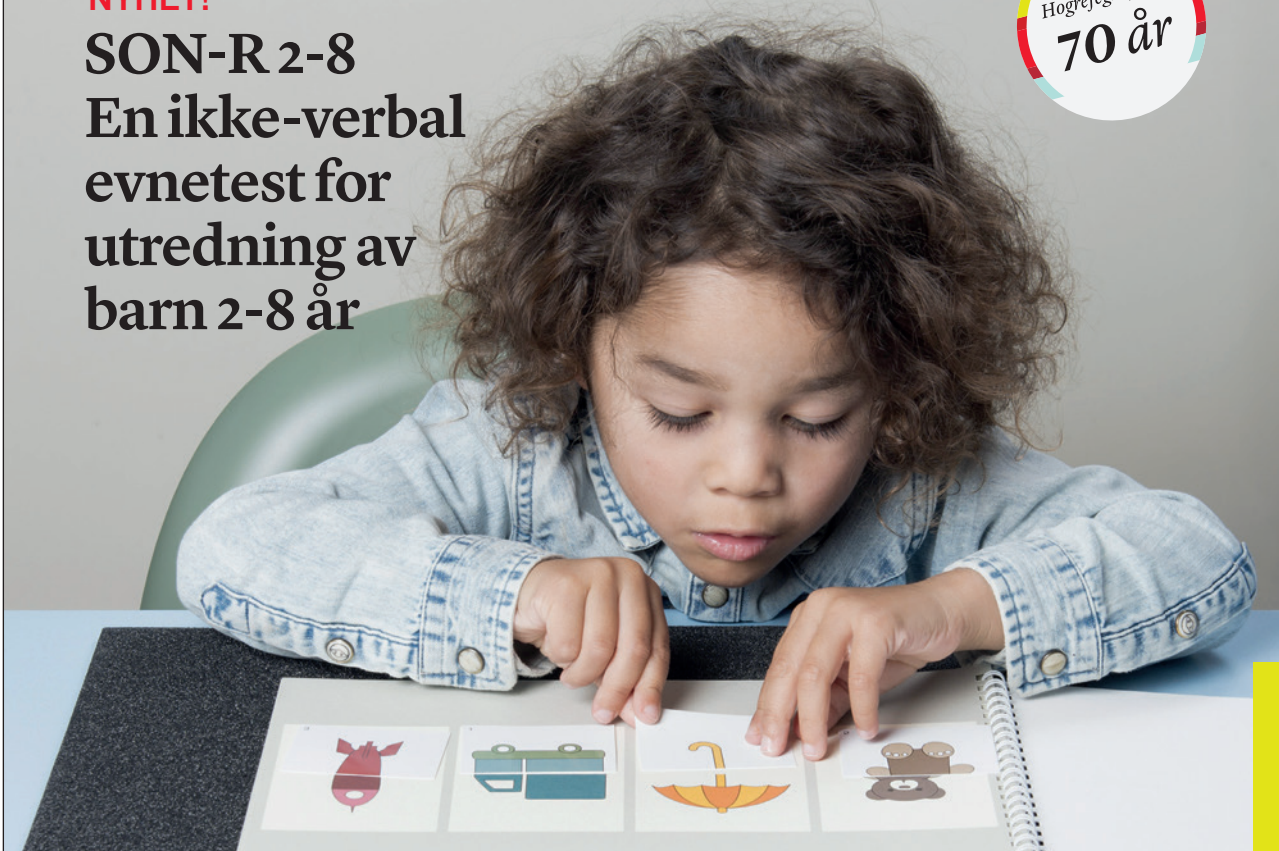
## Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **2. desember**,  
frist for å bestille annonse til  
desember-utgaven er **18. november**

Kontakt oss på e-post [tidskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidskrift@psykologtidsskriftet.no)  
eller tlf. 23 10 31 33

**NYHET!**

## SON-R 2-8 En ikke-verbal evnetest for utredning av barn 2-8 år



**SON-R 2-8** er en ikke-verbal evnetest for utredning av barn fra 2 år til 8 år.

I tillegg til et mål på generelt evnenivå (IQ-poeng) gir testen mål på de spesifikke områdene prestasjon (Performance) og logisk resonnering (Reasoning).

Siden testen kan administreres helt uten at det gis verbale instruksjoner (tale/skrift), egner den seg særskilt godt for utredning av barn med språk- eller kommunikasjonsvansker, samt for barn som har et annet morsmål enn norsk.



Film (YouTube)

[www.hogrefe.no](http://www.hogrefe.no)



**Gruppelederkurs 21. november:**

## PEGASUS

**Et psykoedukativt kursopplegg for voksne med ADHD og deres nærmeste**

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

Mer informasjon og påmelding: [www.hogrefe.no](http://www.hogrefe.no)

 **hogrefe**



## Hvordan skrive journal?

### Journalkurs for psykologer i psykisk helsearbeid

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

#### På kurset:

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

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

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 8 timer.

#### Foredragsholdere:

Christian Zimmermann, advokat i Norsk psykologforening  
Ingvild Aubert, adv.flm./spesialrådgiver i Norsk psykologforening,  
tidligere Fylkesmannen i Oslo og Akershus  
Brit Helen Bjørheim Lye, Spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi,  
enhetsleder AHUS, BUP Øvre Romerike  
Kirsti Sunde Hansen, psykologspesialist i voksenpsykologi og daglig leder  
i Favne Arbeids- og organisasjonspsykologi  
Aina Fraas-Johansen, psykologspesialist i klinisk voksenpsykologi og spesialrådgiver  
i Norsk psykologforening

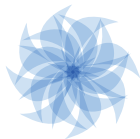
Sted og dato: Oslo, 13. februar 2020

Påmeldingsfrist: 9. januar 2019

Medlemspris: kr 3 600

Kursnr.: 118-20

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



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



**NKI**  
Norsk Karakteranalytisk Institutt  
utdanning i karakteranalyse og kroppsorientert psykoterapi

## To-årig grunnseminar

Oppstart Oslo august 2020 og Kristiansand januar 2021

# Videreutdanning i karakteranalyse og kroppsorientert psykoterapi

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

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

Søknadsskjema og ytterligere informasjon:  
[www.karakteranalyse.no](http://www.karakteranalyse.no)  
eller på telefon 412 56 600

Søknadsskjema sendes til [kontor@karakteranalyse.no](mailto:kontor@karakteranalyse.no)

## Mindfulness MBSR kurs med psykologspesialister

Ønsker du å delta på 8 ukers forskningsbasert kurs og lære om stressmestring, øke livskvaliteten i hverdagen, utvikle egen mindfulness praksis og kunne bruke mindfulness i ditt fagområde?

### Kursstart 29. januar 2020

Kurset er godkjent av NPF som 24 timers vedlikeholdskurs.



Håkon Ruud og Cathrine H. Sasson, psyk.spesialister og MBSR lærer

Les mer om kurset og kurslederne her:  
[www.cathrinesasson.wix.com/mindfullife](http://www.cathrinesasson.wix.com/mindfullife)



 **NUBU** NASJONALT UTVIKLINGSSENTER FOR BARN OG UNGE

**26. - 27. november, Oslo Kongressenter**

## NUBU-konferansen 2019

### MANGFOLD OG INKLUDERING

FLERE VEIER TIL BEDRE PSYKISK HELSE HOS BARN OG UNGE

Vil du vite hva som skjer på den internasjonale forskningsfronten når det gjelder kunnskapsbaserte metoder for barn og unge?

På årets NUBU-konferanse kommer to ledende eksperter på områdene angstbehandling og mobbing.

Praktikere og forskere fra hele landet deltar på konferansen. Det gjør NUBU-konferansen til en viktig møteplass for alle som jobber innenfor fagfeltet utsatte barn og unge.

Konferansen er godkjent av Psykologforeningen som 10 timers vedlikeholdsaktivitet i spesialistutdanningen.

For mer informasjon og påmelding: [www.nubukonferansen.no](http://www.nubukonferansen.no)





Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten, region øst

## Leder for Familievernkontoret Enerhaugen

Vi søker en leder som sammen med engasjerte, kompetente og inkluderende medarbeidere vil bidra til å gi gode familievern tilbud for befolkningen i Oslo, fra vårt kontor på Tøyen.

Enerhaugen er et anerkjent familievernkontor og har en bred faglig tilnærming. Det er utviklet og gis mange gruppetilbud ved enheten, og det er ansatte som har en særlig kompetanse på familier som strever på grunn av ulike former for vold i nære relasjoner. Er du den lederen vi søker etter?

Da er du en engasjert, kompetent og trygg leder som liker å ramme inn og utvikle tjenestetilbudet sammen med dine medarbeidere og du motiveres av å fremme ansattes mestring!

Søknadsfrist 14.11.2019

Se fullstendig utlysning og søk på [bufdir.no](http://bufdir.no)

[www.bufdir.no](http://www.bufdir.no)



FEKJÆR  
FEKJÆR.NO

**FEKJÆR PSYKIATRISKE SENTER**  
3528 HEDALEN I VALDRES

## Psykologspesialist/psykolog

Fekjær psykiatriske senter (Fekjær) er en stiftelse innen spesialisthelsetjenesten og har avtale med Helse Sør Øst RHF. Senteret består av døgnetenhet, poliklinikk og overgangsboligene Fekjærtunet. Døgnetenheten behandler voksen ungdom i aldersgruppen 18–35 år med alvorlige psykiatriske lidelser. Noen har tilleggspromblem rus. Vi er en aktiv behandlingseenhet og behandlingstiden er 3–4 måneder. Vi vektlegger en psykodynamisk tenkning, men også med andre forståelsestilnærmeringer av kognitiv og relasjonell inspirasjon.

Fekjær har et stort og godt fagmiljø med bl.a. psykiatere, psykologspesialist, spesialsykepleiere, sosionomer, idrettskonsulenter.

Fekjær har en erfaren psykologspesialist ansatt i hel stilling, men ønsker å styrke psykologtilbudet.

**Vi søker derfor etter PSYKOLOGSPESIALIST/PSYKOLOG i 100 % stilling**

Søknadsfrist 22. november 2019.

Se full utlysningstekst på vår hjemmeside: <https://www.fekjaer.no/>

Kontaktpersoner: psykologspesialist Rigo Mozart, tlf. 902 58 571, e-post: [rigo.mozart@fekjaer.no](mailto:rigo.mozart@fekjaer.no)  
ass. institusjonssjef Perlestenbakken, tlf. 915 13 484, e-post: [tor.anders.perlestenbakken@fekjaer.no](mailto:tor.anders.perlestenbakken@fekjaer.no)

Rehabiliteringssenteret AiR-klinikk i Rauland og Vinje kommune samarbeider om ei ny og unik 100% fast stilling som

# Psykologspesialist/ psykolog

Arbeidsoppgåver innan både spesialist- og kommunehelsetenesta. Stillinga kan nyttast til spesialisering innan samfunns- og allmennpsykologi og/eller arbeid- og organisasjonspsykologi.

## Om AIR-KLINIKK

AiR-klinikk skal med tverrfagleg kompetanse bidra til at pasientar med samansette plager og nedsett arbeidsevne får auka livskvalitet og arbeidsdeltaking gjennom individuell rettleiing og gruppeundervisning.

AiR-klinikk har fire team som består av psykolog, lege, fysioterapeut, arbeidskonsulent og idrettspedagog. Kwart team har ansvar for opptil 17 deltakarar. Opphaldet for kvar gruppe er døgnbasert og går over fire veker.

### Arbeidsoppgåver:

- Individuell rettleiing
- Undervisning av deltakarar i grupper
- Gjennomføring av kartlegging- og vurderingssamtaler
- Vera primærkontakt med ansvar for generell rettleiing
- Ha kontakt med NAV, arbeidsgjevarar og/eller andre involverte
- Særfagleg oppfølging ved behov
- Henvisingar ved behov
- Arbeid med epikrise for deltakar

[www.rehabilitering.no](http://www.rehabilitering.no)

## Om VINJE KOMMUNE

Sidan stillinga som kommunepsykolog er nyoppretta vil du med utgangspunkt i kommunens behov og din kompetanse og interesser, få høve til å deltaka i utforminga av arbeidsoppgåvene. Det vert difor lagt stor vekt på dine personlege eigenskapar.

### Arbeidsoppgåvene fordeler seg i fem hovudgrupper:

- System- og samfunnsrettaarbeid
- Rettleiing og fagstøtte
- Helsefremjande og førebyggjande arbeid
- Lågterskel behandling og oppfølging
- Tverrfagleg/fleirfagleg samarbeid. Eit særleg fokusområde er barn og unge.

[www.vinje.kommune.no](http://www.vinje.kommune.no)



**Søknadsfrist 15. november 2019.**

**Du finn elektronisk innsending av søknad og CV her:**

[www.rehabilitering.no/ledigestillingar](http://www.rehabilitering.no/ledigestillingar)

### For meir informasjon, kontakt:

Assisterande AiR-klinikkleiar, Siri Mørch, tlf. +47 35 06 28 00 / [siri.morch@air.no](mailto:siri.morch@air.no)

Administrasjonsleiar AiR-klinikk, Jon Hovda, tlf. +47 35 06 28 00 / [jon.hovda@air.no](mailto:jon.hovda@air.no)

Helse- og omsorgssjef i Vinje kommune, Kari Dalen, tlf. +47 478 94 710 / [kari.dalen@vinje.kommune.no](mailto:kari.dalen@vinje.kommune.no)



### Kvalifikasjonar for båe felt:

- Kompetanse innan kognitiv terapi, MCT eller liknande terapimetodar
- Erfaring med individuelle samtaleforløp
- Engasjement i tverrfagleg samarbeid
- God kommunikasjons- og samarbeidsevne som kan bidra til eit utviklande fagmiljø
- God skriftleg framstillingsevne

### Me tilbyr:

- Høve til fagleg utvikling internt og gjennom kurs, etterutdanning og spesialisering i arbeids- og organisasjonspsykologi og/eller innan samfunns- og allmennpsykologi.
- Arbeidstid, dagtid på kvardagar
- Konkurransedyktige løns- og pensjonsvilkår
- Hjelp til å skaffe bustad

### Arbeidsgjevar/stad:

- Rehabiliteringssenteret AiR har arbeidsgjevaransvaret for stillinga, og det er også der kontorstaden hovudsakleg vil vera.
- Om du er interessert i natur og friluftsliv vil omgjevnadane i Vinje kommune og Vest-Telemark kunne gje deg rike opplevingar i alle årstider.

Rehabiliteringssenteret  
KLINIKK

**AiR**



**Vinje kommune**



  
**Bufetat**

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region vest

MST-teamet i Stavanger søker:

## Terapeut i 100 prosent stilling (vikar)

Teamet består av terapeuter og en veileder som er faglig og administrativ leder av hele teamet. Bufetat har egne enheter som driver med MST (multisystemisk terapi), som er en behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Stillingen innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig veiledning og regelmessige fagseminarer. Tilgjengelighet er regulert gjennom egen avtale for MST-terapeuter, og er godt økonomisk kompensert.

Spørsmål kan rettes til psykolog Fredrik V. Aartun-Bonarjee, telefon: 466 19 456.

**Søknadsfrist 15.11.2019.**

Se fullstendig utlysning og søk på [bufdir.no](http://bufdir.no)

*Helse Vest RHF (regionalt helseføretak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest RHF eig seks helseføretak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseføretaka 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 på Voss

**100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi på Voss er ledig omgåande.**

**Opphavleg utlysning gjaldt to slike heimlar, det er gjort tilsetjing i den andre heimelen.**

Sambandet med tog til Bergensområdet er bra, pendling er altså fullt mogeleg.

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

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

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

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

**Søknadsfrist er tre veker etter utlysning.**





Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region øst

Barne-, ungdoms- og familieetatens fem regioner har som hovedoppgave å drive etatens institusjoner og familievernkontor. I tillegg har regionene ansvar for fosterhjemrekruttering og oppgaver knyttet til adopsjon. Barn, unge og deres familie skal få riktig hjelp til rett tid uansett hvor de bor i Norge. Bufetat sine fem regioner og Bufetat Senter for administrasjon og utvikling rapporterer til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet som er underlagt Barne- og familiedepartementet. Bufetat, region øst dekker Østfold, Akershus, Oppland og Hedmark, og i tillegg familievernet i Oslo. Regionkontoret ligger i Oslo. Bufetat, region øst har oppgaver innen områdene barnevern, familievern, adopsjon og enslige mindreårige asylsøkere.

Vil du jobbe evidensbasert med ungdom med atferdsvansker?

## Vi søker psykolog/psykologspesialist

I TFCO-teamet i Sandvika blir det ledig en fast stilling familieterapeut / ungdoms-terapeut i 100 % stilling.

Barne-, ungdoms- og familieetaten har egne enheter som driver med Treatment Foster Care Oregon (TFCO), en evidensbasert, tidsavgrenset og familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Metoden er utviklet som et alternativ til institusjons eller annen gruppebasert plassering. Ungdommen plasseres i et behandlingshjem som mottar tett oppfølging fra behandlingsteamet. Det arbeides samtidig med familie og øvrige relevante systemer rundt ungdommen.

Behandlingsteamet består av behandlingsleder, familieterapeut, individualterapeut for ungdommen, ferdighetstrener for ungdommen og behandlingshjemkonsulent.

Implementeringen av TFCO i Norge ledes av NUBU tilknyttet Universitetet i Oslo i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familieetaten. Behandlingsleder og terapeuter er tilgjengelig for behandlingshjem, ungdom og familier 24 timer i døgnet, 7 dager i uken.

Grunnet teamets sammensetning søkes det fortrinnsvis etter mannlig terapeut.

### Arbeidsoppgaver/ansvarsområder

- Individualterapi med ungdommer etter TFCOs behandlingsprinsipper og praksis.
- Familieterapi etter TFCOs behandlingsprinsipper og praksis.

- Deltakelse i utarbeidelsen av individuelle behandlingsplaner for ungdommer / familier i TFCO.
- Være tilgjengelig for ungdommer/familier.
- Deltakelse på ukentlige behandlingsmøter.
- Dokumentere / journalføre kliniske planer og aktivitet.
- Deltagelse i kvalitetssikringssystemet.
- Utføre andre løpende arbeidsoppgaver.

### Vi tilbyr

- Grundig opplæring i metoden.
- Ukentlig veiledning i det kliniske arbeidet.
- Faglig oppfølging og utvikling.

Stillingen innebærer en unik mulighet for grundig opplæring i en behandlingsmodell som har vist gode resultater for ungdom med atferdsvansker.

TFCO-teamene mottar opplæring og ukentlig veiledning. Behandlingen foregår både poliklinisk og i hjemmet. Terapeutene samarbeider tett med behandlingsleder for å koordinere og målrette behandlingen.

### Kontaktinformasjon

- Behandlingsleder Aud Haugbjørg, TFCO Sandvika, tlf. 466 15 192, e-post: aud.haugbjorg@bufetat.no
- Rebecca Ervik-Jeannin, spesialrådgiver, NUBU, tlf. 948 66 857, e-post: r.j.ervik-jeannin@nubu.no

**Søknadsfrist 10. november 2019.**

Søknad sendes elektronisk via [jobbnorge.no](http://jobbnorge.no) (ID 175917). Her finner du også fullstendig tekst.





**Kriminalomsorgen region øst**  
Ila fengsel og forvaringsanstalt søker  
**PSYKOLOGSPESIALIST ELLER  
SPESIALIST I PSYKIATRI TIL  
KRIMINALOMSORGEN**

**Seniorrådgiver i fast 100 % stilling**

Vedkommende må ha klinisk og administrativ erfaring fra det psykiske helsevern og interesse for sakkyndig-virksomhet, rettspsykiatriske problemstillinger, risikovurderinger og miljøterapi. Stillingen er ikke knyttet opp til helsevesenet/behandling, men til kriminalomsorgen/risikovurderinger.

Den sentrale arbeidsoppgaven vil være å sørge for at alle forvaringsdømte blir risikovurdert ved innkommst og senest igjen før oppnådd minstetid/utløp av forvaringens tidsramme og å legge frem vurderingen i retten.

Spesialisten skal være leder for psykologgruppen i anstalten og direktørens faglige rådgiver. Psykologgruppen består av inntil fire medarbeidere.

Direktøren har behov for innspill og råd om strategisk håndtering av dømte med spesielle utfordringer som alvorlig sinnslidelse, alvorlig adferdsforstyrrelse og lettere psykisk utviklingshemming i ulike sammenhenger.

**Søknadsfrist:** 29.11.2019

For full utlysning se [www.jobbnorge.no](http://www.jobbnorge.no)

**Helse Sør-Øst RHF**  
søker:



**Ledig 100 % avtalehjemmel  
i klinisk voksenpsykologi  
lokalisert til Larvik, Vestfold**

**Nærmere opplysninger:**

Rådgiver Kari Iren Austad Borge, Psykisk helsevern og rusbehandling, Helse Sør-Øst RHF, e-post [kari.iren.austad.borge@helse-sorost.no](mailto:kari.iren.austad.borge@helse-sorost.no) eller telefon 02411.

Fullstendig stillingsannonse og elektronisk søknadsskjema: [helse-sorost.no/ledigstilling](http://helse-sorost.no/ledigstilling)

**Søknadsfrist: 22. november 2019**



frantiz.no

**PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2019**

**SPESIALPLASSERING:**

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

**KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:**

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

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

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

**SMÅANNONSER:**

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

**NETTANNONSER:**

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

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

*Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på [www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser](http://www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser)*

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
12/19	18.11	02.12
01/20	16.12	02.01
02/20	17.01	03.02

**ANNONSEFORMATER**

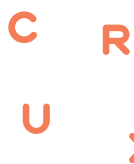
1/1 side	1/2 side	1/4 side
Stående	Stående	Liggende
170x234	82,5x234	170x115
		Stående
		82,5x115

**PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:**

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

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

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.



CRUX  
Verksgata  
behandlingssenter

#### Ønsker du en jobb som gir mening?

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

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

#### Vil du være med på laget?

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

VI SØKER:

## Psykologspesialist/psykolog 100 % fast stilling

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

#### Kvalifikasjoner

- Godkjent psykologspesialist / psykolog under spesialisering
- Spesialisering innen rus og avhengighetsproblemer er en fordel

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

Søker må beherske norsk skriftlig og muntlig.

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

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

Søknad med CV sendes på e-post til:

**t.stokke@stiftelsen-crux.no innen 10.11.19.**

## Løten kommune



### Psykolog i helse- og familietjenesten

#### Vil du bidra til å styrke barn og unges folkehelse?

Vi har opprettet en fast 100% psykologstilling for å styrke vår satsning på barn og unge i et folkehelseperspektiv. Arbeidsoppgaver innen dette feltet vil være både på plan- og systemnivå og rettet mot individ, grupper og lokalmiljø.

Vi er på jakt etter deg som er engasjert og interessert i faget ditt, og ønsker å utvikle tjenestene. Du må også ha evne og vilje til tverrfaglig samarbeid, i tillegg til gode kommunikasjonsferdigheter og godt humør!

Stillingen er tilknyttet Helse og familietjenesten, som ivaretar forebyggende helsetjenester for barn og ungdom 0-20 år og deres familier. Vi har et godt arbeidsmiljø med engasjerte medarbeidere.

**Søknadsfrist:** 24. november 2019

Se fullstendig utlysning på: [loten.kommune.no/ledige-stillinger](http://loten.kommune.no/ledige-stillinger)



Løten kommune • [loten.kommune.no](http://loten.kommune.no) • @lotenkommune



## Kommunepsykolog i Rindal og Surnadal kommuner

Vil du være med på å styrke det psykiske helsearbeidet i kommunene og videreutvikle våre lavterskeltilbud innen psykisk helsearbeid? Stillingen er rettet mot hele kommunenes befolkning. Helsefremmende og forebyggende arbeid, arbeid med barn og unge, samt å styrke det tverrfaglige helsearbeidet vil prioriteres. Stillingen deles mellom de to kommunene, med 50 prosent arbeid i hver kommune.

Vi søker deg som er offentlig godkjent psykolog eller psykologspesialist med erfaring fra klinisk arbeid.

For å søke og se fullstendig utlysningstekst gå inn på [www.rindal.kommune.no](http://www.rindal.kommune.no)

**Søknadsfrist:** 15.11.19.

Rindal kommune ligger sørvest i Trøndelag, 95 km fra Trondheim. Det er 5 minutter til alt, sier vi her i Rindal. Også mellom jobb og fritid. Rundt deg har du hyggelige sambygding og en natur som gir gode opplevelser for store og små året rundt. Du får rett og slett mer ut av dagen her enn mange andre steder.

## 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 Sognnæs**, leder, e-post jogeir61@gmail.com, tlf. 918 16 155

**SEKRETARIATET**

Tlf. 23 10 31 30  
**Ole Tunold**, generalsekretær  
**Karsten Karlsøen**, kommunikasjonssjef og myndighetskontakt, e-post karsten@psykologforeningen.no, tlf. 976 11 591  
**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](http://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 spesialistoppagave.

**Abonnement:** Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2450, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 185 + porto/eksp.gebyr.

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

**Frist for innlevering av annonser:**  
18.11, 16.12, 17.01, 17.02, 19.03, 20.04,  
15.05, 18.06, 17.07, 19.08, 17.09, 16.10, 18.11



## Holder *ganske* trygt for deg?

Holder det at det du leser er *nesten* sant?

Samfunnet preges av en overflod av informasjon, gjennom etablerte og nye kanaler. Fagpressens 216 medlemmer er alle spesialister på sine områder. Titler med kvalitetsstempelet Fagpressen forplikter seg til å bringe deg uavhengig og pålitelig innhold – underlagt Redaktørplakaten og Vær Varsom-plakaten. Dette gir kvalitetsjournalistikk, som bidrar til en konstruktiv samfunnsdebatt. Våre medier har 1,9 millioner\* månedlige lesere på nett og nær 3,9 millioner\*\* abonnenter og mottakere av papirutgaver.

**Det er avgjørende for oss at det du leser er til å stole på.**

Les mer om viktigheten av kvalitetsjournalistikk på [fagpressen.no/palitelig](https://fagpressen.no/palitelig)

