

**- Mindre tvang
krever flere
sengeplasser**
NÅ

**NÆRVÆRETS
PRIS**
Essay

**Mentalisering
uten ord**
Evidensbasert praksis

**River murer
mellom pasient
og terapeut**
Bokanmeldelse

PSY KOL OGI

Vol. 56 **nr. 12** 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
Markedskoordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,
[e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto: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 rusklinikken, Tromsø

Denne utgaven ble godkjent til trykk 25.11.2019

Omslagsillustrasjon Åge Peterson
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,
Tekstreklaemplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell
fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.
© Tidsskrift for Norsk psykologforening



En drøm om lokal makt

IKKE FØR HADDE LANDSMØTEDELEGATENE satt seg, før eks-president Tor Levin Hofgaard roste ansvaret medlemmer har tatt i årenes løp: Historiske landsmøtevisjoner har brakt psykologprofesjonen dit den er i dag. Uten tidligere delegaters drømmer om et profesjonsstudium, en psykologlov eller et lavterskeltilbud ville ikke norske psykologers åpenbare suksesshistorie kunne fortelles. Umiddelbart etter årets landsmøte er det verdt å spørre seg: Hva drømte årets landsmøte om?

Én drøm handlet om økt gjennomslag i tjenesteutformingen i psykisk helsevern i årene som kommer, enten det er i spesialisthelsetjenesten, kommunen, PPT eller andre steder. Denne ambisjonen handler dels om en videreføring av det man politisk har oppnådd på Hofgaards vakt: På rikspolitisk nivå tar statsminister, helseminister og opposisjonspolitikere til orde for å satse på psykisk helse. Mens foreningen kan vise til at ordlyden i NOU-er, politiske program og veiledere dels er ført i pennen av dem.

Samtidig formidlet delegatene et ønske om at det rikspolitiske gjennomslaget må få et større lokalt avtrykk i årene fremover. For de nasjonale gjennomslagene som ligger i at Folkehelsemeldingen nok en gang sidestiller psykisk helse med somatisk helse, og at helseministeren igjen tar til orde for den gylne regel i helsevesenet, har på langt nær blitt realisert i norske kommuner, foretakene og de enkelte sykehus.

Denne manglende sammenhengen mellom overordnede styringssignaler og lokale erfaringer ønsker landsmøtet å gjøre noe med. Som når sentralstyret i neste periode får ansvar for at det utarbeides kvalitetskriterier for klinisk praksis. Gjennom disse kriteriene ønsker man å vise helsepolitikere, helseforetak og brukere hvordan psykologfaget kan forbedre tjenestene. Dette er et strategisk arbeid som handler om å tydeliggjøre hva god faglighet er, og da på et vis som også kan anvendes som forhandlingskort for gode rammevilkår for psykologers fagutøvelse i møte med myndigheter og helseledere.

Skal visjonen om økt kvalitet i psykisk helsetjenester (lokalt) realiseres, er det selvsagt klokt å styrke lokaldemokratiet i Psykologforeningen, enten dette er gjennom de tillitsvalgte eller lokalavdelingene. Lokalt engasjement er knappst noe man kan vedta sentralt, men ser man på arbeidet som er gjort for å involvere de foretakstillitsvalgte i foreningens drift, har man kanskje en mal som kan anvendes på andre arbeidsområder også. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Samtidig formidlet delegatene et ønske om at det rikspolitiske gjennomslaget må få et større lokalt avtrykk i årene fremover

900



FOTO: FARTEIN RUDJORD

NY JOBB PÅ TRAPPENE

Etter 12 år som president i Psykologforening skifter Tor Levin Hofgaard beite. I portrettintervjuet på side 900 kommenterer han blant annet vårens presidentkamp og debatten om eggdonasjon og surrogati.

Portrett

926



ILLUSTRASJON: ÅGE PETERSON

EMOSJONELLE OMKOSTNINGER

«Det vi som terapeuter investerer av oss selv og vår emosjonelle kapasitet, løftes ikke frem. Ikke av oss selv heller – kanskje skammer vi oss», skriver Annicken Martinez-Aasen i dette essayet.

Essay



FOTO: NORA SKJEDNINGSTAD

SELVERKJENNELSENS VERDI

Selv om *Tatt av vinden* ikke er en roman i nobelprisklassen, gjorde den et uutslettelig inntrykk på Anne-Lise Løvlie Schibbye i hennes ungdomsår.

Romanen ble helt avgjørende for hennes valg om å flytte til USA og studere psykologi.

Intervju

Innhold

- 893 **En drøm om lokal makt**
Leder | Bjørnar Olsen
- 896 **- En lov alene hjelper lite mot tvang**
NÅ: Erlend Bugge | Per Halvorsen
- 898 **Staten vant i ELTE-saken**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl & Per Halvorsen
- 900 **Alltid en hånd i været**
Portrett | Nina Strand
- 910 **Psykologforeningens landsmøte 2019**
Aktuelt | Per Halvorsen & Ida Holth
- 912 **Vis med kroppen at du forestiller deg meg**
Evidensbasert praksis | Hedvig Svendsrud et al.
- 922 **En klinisk dystopi**
Fri assosiasjon | Elisabeth Tufte Sand
- 924 **Psykologloven fyller 20 år**
Fra arkivet | Turid Vogt Grinde
- 926 **Tilstedeværelsens omkostning**
Essay | Annicken Martinez-Aasen
- 931 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Skadepotensialet må tas på alvor | Astrid Krahn (s. 932)
Debatt: Psykologtittelen (s. 935), Psykisk helse i kommunen (s. 937), Pakkeforløp (s. 938 og 942), Europsy (s. 940), Tilskuddsordningen (s. 944)
- 945 **INNTRYKK**
Intervju: Selverkjennelse i borgerkrigens tid | Eivind Normann-Eide (s. 946)
Bokanmeldelser: River murer (s. 957), Lettbeint om skadevirkninger (s. 959), Der det er håp, er det liv (s. 961)
- 963 **Annonser**
- 969 **Stillingsannonser**



LITE GRUNNLAG Lederen for Tvangsforskningsnettverket, Erlend Bugge, sier det fins få holdepunkter for at tvang har positive kliniske effekter, selv om det ikke kan utelukkes.

NÅ ERLEND BUGGE

- En lov alene hjelper lite mot tvang

Lederen for Tvangsforsk, Erlend Bugge, har liten tro på at nytt lovverk i seg selv vil redusere tvangstallene i psykisk helsevern. Han mener det er institusjonsstrukturene som må endres.

TEKST Per Halvorsen **FOTO** Ronald Johansen

- Hvor stor tro har du på at forslaget til tvangsbegrensningslov skal redusere tvangen i helse- og omsorgstjenestene hvis den blir vedtatt?

- Jeg mener vi generelt sett har for stor tro på at lovendringer skal kunne gjøre en stor forskjell på dette feltet. Senest i sommer publiserte det britiske tidsskriftet Lancet resultatet av en sammenliknende undersøkelse som viser at det er andre faktorer enn lovverk i seg selv som avgjør nivået på bruk av tvang. I land med høyere bruttonasjonalprodukt, mer utbygd helsesystem og dermed flere senger og sykehusinnleggelseser er det mer tvang enn andre steder. Om vi endrer lovverket, kan fremdeles behandlingskulturen passe inn, og det er personalets praksis som må

bli annerledes. Da må institusjonene endres, sykehusstrukturene må kanskje endres. Hvis forslagene i tvangsbegrensningsloven bidrar til at det skapes bedre vilkår for å kunne jobbe mer aktivt klinisk, er det positivt.

- Hva er det viktigste som må gjøres med sykehusstrukturene?

- Vi må innse at behandling uten tvang vil kunne ta lengre tid, og det er uforenlig med ytterligere nedbygging av sengeplasser. Bygningsmassen og sammensetningen av personalet må avspeile at det satses på frivillighet. Institusjonene må ha flere rom som legger til rette for ulike aktiviteter.

- Hvor stort er egentlig omfanget av tvang i psykisk helsevern i dag?

- Leser man tallene fra Norsk pasientregister fra de siste 7-8 årene, er hovedinntrykket at antall tvangsinnleggelseser er stabilt og høyt, både når det gjelder antall tvangsinnleggelseser, antall personer som blir tvangsinnlagt, og hvor lenge tvangsinnleggelsesene varer. Fra 1. september 2017 ble behandlingsvil-

kåret i lov om psykisk helsevern innskjerpet. Fra denne datoen gjelder kravet om manglende samtykkekompetanse som vilkår for tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke. Dette er kanskje den viktigste endringen av loven på mange år. Da vil det ikke være unaturlig å forvente en reduksjon i tvangsinnleggelse begrunnet i behandlingsvilkåret alene. Reduksjonen kom, men den var overraskende kortvarig, og vi vet ikke helt hvorfor. Igjen: For meg tyder det på at lover og regler alene har begrenset effekt.

– Hvorfor er de geografiske forskjellene i tvangsbruk så store?

– Det er flere grunner. Ser vi på Troms og Finnmark, er tvangstallene der høyere enn landsgjennomsnittet. Noe av årsaken kan være lange avstander med opptil 100 mil til nærmeste sykehus. I gitte situasjoner kan valget da stå mellom å la pasienten snu i døra og å legge vedkommende inn på tvang. I mer sentrale strøk, der det bare er 20–30 minutter mellom pasienten og sykehuset, står det ikke så mye på spill. En annen forklaring kan være pasientsammensetning. For eksempel vil bynære institusjoner med mange pasienter med rusproblemer gjerne skåre høyere på tvang enn sykehus som tar imot færre rusmisbrukere. Det kan forklare hvorfor eksempelvis Bergen ligger høyere enn Sogn og Fjordane, og Lovisenberg sykehus i Oslo ligger høyere enn Diakonhjemmet. Det er også temmelig sikkert at ulikheter i behandlingsskilt spiller inn. Paternalismen er en grunnfestet del av norsk helsevesen, ja av velferdsstaten: Vi vil så gjerne hjelpe at det av og til skygger for pasientautonomien. Denne holdningen vil med ulik styrke prege de terapeutiske kulturene og kunne slå ut i mer eller mindre tvang. Tvang vil for mange være det samme som å vise omsorg for pasienten. Dette harmonerer ikke alltid med pasientens egen opplevelse av å bli alvorlig krenket. Andre årsaker kan være ulikheter i tilgang på kompetanse, dårlig ressursutnyttelse eller simpelthen at rutinene for registrering og rapportering av tvang varierer fra institusjon til institusjon. Forskning viser også at tvangsbruken varierer mellom land. Internasjonale sammenlikninger er kompliserte. Men når Norge og Finland, som er ganske like land, skårer ganske høyt, er en hypotese at det er homogene land der bygdedyret har mer spillerom; at vi har mindre toleranse for annerledeshet.

Hvorfor NÅ?

- Erlend Bugge er psykiater og leder for Tvangsforskningsnettverket (Tvangsforsk), et nasjonalt nettverk for forskning og kunnskapsutvikling på bruk av tvang i psykisk helsevern i Norge.
- 16. desember går fristen ut for å levere høringsuttalelse til NOU 2019:14 Tvangsbegrensningsloven, som foreslår felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten.

– Hva vet vi om hvilken effekt tvang har på den enkelte pasient?

– Vi har egentlig ingen holdepunkter for at tvang har positive kliniske effekter, selv om det ikke kan utelukkes. Når det gjelder negative effekter, er spennet stort, fra kortvarige reaksjoner til posttraumatisk stress (PTSD), avhengig av situasjonen: type tvang, grad av tvang, relasjon mellom pasient og behandlere, og så videre. Et poeng i denne sammenheng er selvsagt at pasienter som innlegges ved psykiatriske sykehus, er mer sårbare for traumatisering enn andre.

– Hva sier forskningen om hva som må til for å begrense tvangen?

– Så å si alt vi gjør for å begrense tvangen, hjelper. Vi vet for eksempel at såkalte kriseplaner bidrar til å redusere antall tvangsinnleggelse for polikliniske pasienter i psykisk helsevern. Kriseplaner blir til i samarbeid med pasient, pårørende og helsepersonell. De blir enige om hva som skal skje hvis det oppstår en krise, eller hvis pasientens tilstand blir verre. Slike planer gir anledning til å gripe inn på en mildere måte og kan forebygge at situasjoner eskaleres og ender med tvang. Det nytter også med lokale intervensjoner av den typen de gjennomførte ved akutteamet på Lovisenberg sykehus for noen år siden. Der tok de ansatte på inntaksposten et oppgjør med egen praksis. Over en toårsperiode ble bruk av mekaniske tvangsmidler i form av beltelegging redusert med 85 prosent. De jobbet bevisst med egne holdninger og måten de intervenerte på overfor pasientene.

– Hvis du skulle velge noe ved tvangsbegrensningsloven som peker i riktig retning, hva vil du fremheve da?

– Jeg mener det er konstruktivt at de nye kontrollorganene – tvangsbegrensningsnemndene – får et såpass tydelig mandat. De skal ha som oppgave å redusere tvang. Det foreslås blant annet en ordning med uavhengig psykiatrifaglig overprøving som ledd i klagesaker som dreier seg om tvangsmedisinerer. Nemndene skal også kunne foreslå alternative tiltak til tvang. Da må de ha opplæring i hvilke tiltak som kan forebygge tvang. Kanskje de også burde kunne ilegge foretaksbot til de sykehuse som ikke følger opp. Mye vil stå på nemndene og hvordan de forvalter sitt mandat. De må føre tilsyn på en langt mer aktiv måte enn kontrollkommisjonene. ✘

Staten vant i ELTE-saken

ELTE-studentene er utdannet til et annet yrke enn en norsk psykolog. Avslagene på søknadene om lisens og autorisasjon i Norge blir derfor stående.

TEKST

Øystein Helmikstøl
og Per Halvorsen

DET SLO OSLO TINGRETT FAST i en dom 11. november. De 163 psykologistudentene som er utdannet i Ungarn, nådde altså ikke fram med sine krav i retten

En av ELTE-kandidatene som gikk til sak mot staten, Alexander Lundgreen, uttalte til Minervanett.no rett etter domsavsigelsen at det er svært sannsynlig at dommen blir anket.

– Vi mener rettens vurdering av hva som er samme yrke etter EØS-reglene, ikke er holdbar, sa Lundgreen.

I STRID MED ESA

ELTE-kandidatenes advokat Per Andreas Bjørgan hevder i en e-post til Psykologtidsskriftet at retten har lagt til grunn en uriktig tolkning av EØS-reglene på sakens helt sentrale punkt om hva som utgjør samme yrke.

Han påpeker at yrkesutøvelsen riktignok er strengere regulert i Ungarn, med krav til veiledning og spesialisering for alle nyutdannede psykologer som begynner i kliniske stillinger.

– Men i motsetning til hva retten har lagt til grunn, innebærer ikke det at psykologyrket i Ungarn – i yrkeskvalifikasjonsdirektivets forstand – er et annet yrke enn det norske psykologyrket. Rettens vurdering på dette punktet er også i strid med det ESA har lagt til grunn i den pågående traktatsbruddsaken mot staten, mener Bjørgan.

FORNØYD STAT

Statens advokat, Torje Sunde, er på sin side fornøyd med at tingretten har slått fast at helsemyndighetenes avslagsvedtak er gyldige.

– Tingretten legger til grunn at det er vesentlige forskjeller mellom saksøkernes masterutdanning og en norsk profesjonsutdanning i psykologi, skriver han i en e-post til Psykologtidsskriftet.

- VIKTIG AVKLARING

Helseminister Bent Høie mener dommen gir en viktig avklaring hvis den blir stående.

– Pasienter og brukere skal ha tillit til at helse- og omsorgstjenestene er forsvarlige og trygge, og at Helsedirektoratet derfor kun gir autorisasjon og lisens som psykolog til personer som er tilstrekkelig kvalifisert, uttaler han på Helse- og omsorgsdepartementets nettsider.

Saksøkerne har ifølge helseministeren ikke rett til å få godkjenning som psykolog etter EØS-avtalens yrkeskvalifikasjonsdirektiv. Saksøkerne som ble berørte av Helsedirektoratets praksisendring, vil likevel kunne få autorisasjon, uavhengig av dommen.

– Staten er ikke forpliktet til å tilby dette, men har fått på plass en løsning for de kandidatene som startet på masterprogrammet i psykologi ved ELTE-universitetet før praksisendringen. Fordi de berørte personene befant seg i en vanskelig situasjon, har de fått tilbud om et særskilt kvalifiseringsprogram. Gjennomfører de programmet, vil de kunne kvalifisere til autorisasjon, sier Høie.

STRIDENS KJERNE

Stridens kjerne i den åtte dager lange rettssaken var EU-direktivet om yrkeskvalifikasjoner.



som Norge er forpliktet til å følge på grunn av EØS-avtalen.

Retten mener Statens helsepersonellnemnd ikke har tatt feil rettslig utgangspunkt, eller anvendt faktum feil, i sin vurdering av «samme yrke» etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

Psykolog er i Norge en beskyttet og lovregulert tittel, og norske psykologer kan arbeide selvstendig klinisk. Selvstendigheten til norske psykologer innenfor spesialisthelsetjenesten var imidlertid et tvistetema i saken, ifølge dommen.

Retten forstår at ellers i Europa, herunder Ungarn, har man ikke et profesjonsstudium i psykologi. I stedet har man innarbeidet et klinisk løp i modellen basert på bachelor- og mastergrad, med eventuell videreutdanning. I Ungarn er klinisk fordypning en av flere fordypninger som tilbys på mastergradsnivå i psykologi.

Norsk psykologforening er tilfreds med at dommen bekrefter den norske profesjonsutdanningen som standard for norsk psykologgodkjenning.

– Det er et absolutt prinsipp for Norsk psykologforening å bevare den seksårige psykologut-

danningen med integrert teori og praksis, sier visepresident Rune Frøyland.

ETTERLYSER FORUTSIGBARHET

Han mener at dommen tydeliggjør behovet for forutsigbarhet for utenlandsstudenter med hensyn til hvilke studier som gir grunnlag for psykologlisens og autorisasjon i Norge.

Psykologforeningen har tidligere tatt til orde for en akkrediteringsordning for norske studenter som gjennomfører psykologutdanning i utlandet, med sikte på norsk godkjenning. Akkrediteringen må ifølge Frøyland innebære at lisensperioder skreddersys alt etter hvilken utdanningsinstitusjon studentene har studert ved, slik at studentene vet hva som skal til for å oppnå autorisasjon i Norge.

Helse- og omsorgsdepartementet har et uttrykt ønske om å forbedre praksisen for godkjenning av utenlandske helseutdanninger som leder til autorisasjon i Norge, men har foreløpig avvventet resultatene av de rettslige prosessene i ESA og domstolene.

Dommen er ikke rettskraftig før ankefristen til lagmannsretten utløper. Ankefristen er én måned. ❌

KVALIFISERINGSSTRID

Dommen i ELTE-saken, som falt 11. november, var ikke i ELTE-studentenes favør. Foto: Nora Skjerdingsstad



PORTRETT TOR LEVIN HOFGAARD

Alltid en hånd i været

«Er du uenig i prioriteringen, må du ta makt sjøl», sa læreren. Tor Levin Hofgaard hadde nettopp rukkert en hånd i været fordi han irriterte seg over valget av tema for årets Operasjon dagsverk.

TEKST Nina Strand **FOTO** Fartein Rudjord



Samfunnsfaglæreren ga ham hans første leksjon i ledelse. Hun var rødstrømpe – han var konservativ den gangen. Tor tok utfordringen og tenker tilbake på episoden som en pekepinn om det som skulle komme:

– Jeg ble elevrådsformann, det var begynnelsen. Jeg skjønnte at det betyr noe å sitte i en posisjon. Å få innflytelse. Det har drevet meg siden.

VIL ENDRE VERDEN

Da Tor etter 12 år som president meldte at han likevel ikke ville stille til gjenvalg, hadde han ingen videre plan. Skal vi tro presidenten, har denne uvissheten vært inspirerende. Han «kastet nettet vidt», og lot seg selv være åpen for mange muligheter, skriver han på bloggen 31. oktober. Dagen etter kom twittermeldingen:

»Min drivkraft har i alle årene som toppleder i @NorskPsykologF vært at jeg vil bidra til å endre verden. Det er fortsatt det som skal få meg opp om morgenen når jeg 1. januar begynner å jobbe i MOMENT organisasjon og ledelse #arbeidsliv #organisasjon»

Psykologtidsskriftet inviterte seg selv til Hofgaards hjem på Grünerløkka i Oslo for å streife innom noen av sakene han har brent mest for, og for å bli mer kjent med mannen i de ulastelige dressene. Vi har et par timer sammen i hans luftige og lyse stue før ektemann Kenneth kommer hjem fra barnehagen med sønnen Neo på to år. I dag er Hofgaards nystrøkne skjorte skiftet ut med en burgunderrød genser, men det sølvgrå, kortklippede håret er velfrisert, som alltid. Nå lener han seg tilbake i sofaen, mens familiens brune fuglehund Lady legger seg tett inntil med hodet i fanget på matfar. Hofgaard klør henne litt fraværende bak øret mens han mentalt reiser tilbake til presidentvalget på Psykologforeningens landsmøte 22. november 2007.

For første gang i foreningens historie er det to kandidater som konkurrerer om presidentvervet. Valgkomiteens forslag er 39 år gamle Tor Levin Hofgaard, tidligere studentmedlem, nå ordinært medlem i sentralstyret. Hans motkandidat er Anne-Kari Torgalsbøen (den gang 53), førsteamanuensis ved Psykologisk institutt i Oslo. I hennes periode som visepresident vant Psykologforeningen i 2001 en viktig seier: Psykologene skulle nå likestilles med psykiaterne som faglige ledere i psykisk helsevern. Tor kunne ikke vise til lignende resultater, og var avhengig av der og da å overbevise landsmøtet om sine lederegenskaper. Hans visjon var å styrke Psykologforeningens rolle som samfunnsaktør og premissleverandør i den generelle samfunnsdebatten, og gjennom det styrke psykologenes posisjon i helsetjenesten.

Alle som har fulgt Hofgaards tid i presidentstolen, vil kjenne igjen retorikken i hans mange blogger, taler og debattinnlegg. Synlighet i mediene har vært høyt prioritert på denne presidentens arbeidsliste. På landsmøtet i 2007, derimot, var mange delegater usikre på om samfunnsansvar var en vintersak. Torgalsbøens erfaring med å få politisk gjennomslag i Stortinget var håndfast og uomtvistelig. Ingen av delegatene Psykologtidsskriftet snakket med, torde å gjette på valgresultatet.

Tor har tidligere deltatt på flere landsmøter, men atmosfæren denne gangen er annerledes. I pausene er det fraksjonering og heftige diskusjoner, og utover kvelder og netter foregår det nachspiel som det gjelder å være til stede på.

Tor Levin Hofgaard (51)

- President i Psykologforeningen 2007-2019.
- Psykologspesialist, klinisk voksenpsykologi.
- Som psykolog har han jobbet mest med rusavhengige og psykoser.
- Styreleder i Rådet for psykisk helse og styremedlem i Akademikerne. Visepresident i den Internasjonale Unionen for Psykologisk Vitenskap og styremedlem i Den Europeiske Psykologføderasjonen.
- Før han ble psykolog, jobbet han med seleksjon, lederutvikling og testing.
- Utdannet som offiser i marinen.

*Kilder: Wikipedia og
Dagens medisin*



SER FREMOVER - Min drivkraft som toppleder i Norsk psykologforening har vært at jeg vil bidra til å endre verden, sier Tor Levin Hofgaard, og betoner at det vil være målet, også i den nye jobben.

– Det politiske spillet var intenst, og det var en sterk og spisset valgkamp, sier Tor.

– *Hva ville du særlig endre?*

– For meg fremsto foreningen utad som en ren fagforening, mest opptatt av psykologenes ve og vel. Jeg mente at skulle Psykologforeningen bli lyttet til, måtte den oppnå større troverdighet. Jeg mener det samme i dag: Med sterkere samfunnsgjennomslag vil rettigheter komme, lønn vil komme, og ansvar vil komme, forkynner den avtroppende presidenten. Jeg hører at dette har han sagt før – mange ganger. Setningsrytmen ligner det kjente Olav H. Hauge-diktet «Det er den draumen ... at tidi skal opna seg, at hjarta skal opna seg, at dører skal opna seg ...»

På valgdagen, mens tellekorpsset står foran i salen og jobber for å få oversikt over resultatet, sitter Tor utålmodig på sidelinja – ute av stand til å slippe dem av syne. Da tallene endelig blir lest opp, kjenner han en bølge av lettelse gjennom kroppen. En lang periode

med usikkerhet er over. To av tre delegater har gitt ham sin stemme, et tydelig mandat, kan Tor slå fast.

– Det følte som en solid tillitserklæring. Noe av det jeg første jeg gjorde da jeg visste resultatet, var å ringe hjem til «moderen». Det var flott.

POLITISK EKKO

Det er nærliggende å se paralleller mellom konfliktlinjene i 2007 og debatten slik den gikk noen korte uker mellom to av årets presidentkandidater, Håkon Skard og Andreas Høstmælingen. Der Skard ville styrke foreningens kritikk av byråkratisering og effektivisering i spesialisthelsetjenesten, ville Høstmælingen fortsette det nåværende sentralstyrets linje, med vekt på å være en samfunnsaktør. Etter noen uker trakk Høstmælingen sitt kandidatur. Han kunne ikke gjøre noe annet, mener Tor.

– Høstmælingen sa at han ikke ville kunne leve med en situasjon der medlemmene bestemte noe annet enn det som var faglig riktig. Da kan du »

- Bare de som konkurrerer med oss om makt, tjener på at vi driver på med indremedisinske øvelser, maktkamper og polarisering

Tor Levin Hofgaard om vårens presidentkamp

ikke lede en medlemsorganisasjon. Jeg forstår at han måtte trekke seg når han opplevde det så sterkt.

- *Det er ikke så lett å se forskjellen mellom Høstmølingen og deg her. Du har også lagt stor vekt på det fagpolitiske perspektivet i din retorikk?*

- Disse tingene henger jo sammen. Fagpolitikken, interessepolitikken og utdanningspolitikken er gjensidig avhengig av hverandre. Men det å lede Psykologforeningen handler om å kunne leve i spenningsfeltet mellom disse perspektivene. Psykologforeningen har to visepresidenter, den ene for fag- og profesjonspolitikk og den andre for lønns- og arbeidsmarkedspolitikk. Presidentens oppgave er å bygge bro over motsetningene som finnes dem imellom, svarer Tor.

Han innrømmer at visepresidentene ikke alltid er enige om strategier og mål. Noen ganger er det ikke til å unngå at en av dem trekker det lengste strået. Da er det langsiktige perspektivet viktig å ha med seg, mener presidenten.

- Når man for eksempel i én sammenheng tar et standpunkt som gagnar psykologene, må det betraktes som bare ett skritt på en lang vei fremover. Det viktigste for meg er at foreningen går i én retning, og at samfunnets behov alltid ligger til grunn for det vi leverer.

- *Hvordan har det vært for deg å følge den polariserte valgkampen?*

- Jeg har opplevd polariseringen som uheldig, og som noe som bare bidrar til å svekke oss som forening, og dermed til å redusere våre muligheter til å gjøre oss relevante i samfunnet. Bare de som konkurrerer med oss om makt, tjener på at vi driver på med indremedisinske øvelser, maktkamper og polarisering, svarer Tor, og understreker at alle i sentralstyret er del av et kollegium der hver enkelt representerer alle de snart 10 000 medlemmene.

- De representerer ikke en sektor, en tjeneste eller tariffområde. Der som noen sitter i sentralstyret og har en annen rolleforståelse enn dette, er de på feil sted.

LEDEREMNET

Å bli elevrådsformann var bare begynnelsen. Tor fortsatte å rekke opp hånda når det var snakk om verv og lederskap. Som nylig, da det skulle velges leder for barnehagens foreldreutvalg. Mens de fleste foreldrene stirret hardt i bordplata for ikke å bli spurt, så Tor muligheten til å få en hånd på rattet. Han meldte seg, og ble sporenstreks valgt.

- *Du virker lite nervøs for å ta på deg verv og oppgaver som innebærer at du blir vurdert og kanskje kritisert?*

- Jeg lærte mye i militæret, der jeg var operativ offiser. Her fikk jeg erfaring i å ta på meg oppgaver og ta beslutninger. Det er noe jeg har tatt med meg, svarer han.

Men han har ikke alltid vært like høy i hatten. For eksempel da han ble valgt til visepresident i International Union of Psychological Science (IUPsyS), en internasjonal organisasjon med 130 år lange tradisjoner, og svært fremtredende representanter innenfor psykologien som president og visepresident.

- Enkelte mente det var uhørt at en kliniker som aldri hadde publisert en vitenskapelig artikkel, skulle kunne velges til visepresident. Det spurte jeg meg jo selv om også. Men Saths Cooper, som ble valgt som president samtidig, var en god støtte. Det gikk greit etter hvert.

ALLTID STRATEG

Hva slags leder er Tor Levin Hofgaard i dag? Folk som jobber tett med ham, trekker særlig fram strategen Tor, han som ser og tenker langt fremover i tid.

En av hans fremste egenskaper er et godt øye for handlingsrom – for mulighetene – kombinert med politisk teft, ifølge Psykologforeningens kommunikasjonssjef Karsten Brekne Karlsøen. Det gjør at han også er god til å justere budskap og tilnærming avhengig av hvem han snakker med. I møtet med politikere og departementer bruker han for eksempel kunnskapen sin om maktforholdene i Stortinget for å se hvor mulighetene for gjennomslag ligger. Han forstår hva som ikke nytter, og nøyer seg kanskje heller med å få en fot inn i dørsprekken enn å gjøre et forgjeves forsøk på å sprengte opp døra. Så kan seieren komme i neste omgang. Karsten peker på at Tor har hatt suksess med å holde på et budskap over tid, eksempelvis arbeidet for tidlig innsats og lavterskeltilbud med psykologer i kommunene.

Ett av Psykologforeningens lengste påvirkningsløp må være kampen for å få lovfestede psykologiske tjenester i kommunene. Den 8. juni 2017 vedtok Stortinget at alle norske kommuner innen januar 2020 skal tilby psykologkompetanse. Tor ser den nye loven som en bekreftelse på at foreningens måte å jobbe på har ført fram: ikke konfrontasjon, men argumentasjon og det å utnytte mulighetsvinduer. Hele tiden med vekt på hva samfunnet trenger fra foreningen.

MASTERNE KOMMER

– *Du virker så sikker. Når tvilte du på hva du som president skulle mene?*

– Jeg var ikke sikker på kursen da vi fikk medlemskapsdebatten frem mot landsmøtet i 2010, svarer Tor.

Bakgrunnen var masterne i psykologi, som etter hvert utgjorde en anselig gruppe med tung utdanning i psykologi. Noen mente det var naturlig – og smart – å inkludere dem i Psykologforeningen. Selv var Tor i tvil, og valgte å ta rollen som den som skulle sørge for å belyse saken, og bidra til en god debatt, der han også skrev positivt om mulighetene for å åpne opp for masterne på EuroPsy-nivå.

På landsmøtet foreslo sentralstyret å åpne for masterne som medlemmer. Men etter at flere delegater hadde sagt fra talerstolen at de var imot, bestemte sentralstyret seg for å droppe forslaget. I ettertid har Tor tenkt at debatten burde ha dreid seg mindre om medlemskap og mer om psykologien og mulighetene for samarbeid med masterne.

– Jeg tror det tjener medlemmene og samfunnet best at vi er en tydelig profesjonsforening, samtidig som vi kan samarbeide med andre som har studert psykologi. Innenfor medisin klarer de veldig fint å ha en sterk profesjonsforening for leger samtidig som medisinfaget består av mange andre som både har studert på master- og ph.d.-nivå – uten at de dermed skal bli del av Legeforeningen, eller bli leger. Det burde vi klare innenfor psykologien også, sier Hofgaard.

EN UTVIDET FAMILIE

Nå er det to år siden Tor giftet seg med Kenneth. Vel fire måneder senere kunne de for første gang holde sønnen Neo i armene. Den ellers stramt innredede og ryddige stua utfordres nå av en stor haug med kosedyr, lekebiler og togsett som truer med å krype opp til vinduskarmen. Men presidenten som er kjent for sin «clean desk»-filosofi der et tomt skrivebord helt fritt for papirbunker dominerer kontoret, er optimist. Han tror at Neo på to år vil fortsette å synes rydding er like gøy som han synes i dag.

Under TV-en ligger to stabler med fotoalbum. De utgjør bare et lite utvalg. I løpet av to år ligger det tusenvis av bilder med Neo i hovedrol- >>

Sju kjappe

- **Forbilde:**
Nelson Mandela
- **Boka jeg aldri glemmer:**
Drageløperen av Khaled Hosseini
- **Ville helst gått i terapi hos:**
Spørs hva problemet er
- **Lytter til:**
P3
- **Hvis ikke psykolog, skulle jeg vært:**
Journalist
- **Ser på:**
TV-serier
- **Sitter gjerne fast i heisen med:**
Elon Musk

len på PC-en, ifølge Tor. Men selv han som er sterkt fascinert av all slags teknologiske duppeditter, opplever nå gleden ved å bla i fotoalbumene, gjerne sammen med Neo selv, eller med besteforeldre hans og gode venner. Her finnes også bilder av surrogaten, der Neo kan få se hvordan magen hennes vokste måned etter måned.

– Vi opprettet en lukket facebook-gruppe allerede da vi startet prosessen for å få barn. Da Neo kom, oppdaget vi fort at vi fikk en utvidet familie. Familie og venner er veldig påkobla, vi er blitt mye tettere. Nå er det blitt så mange flere anledninger til å møtes, sier Tor, som understreker at også Neos amerikanske surrogat etter eget ønske ble inkludert i facebook-gruppa.

Dette er en av de store endringene ved å få barn, opplever han. Folk rundt dem engasjerer seg, er til stede og vil følge med. En av deres nærmeste venninner tok seg fri i tre uker for å være med dem for å hente Neo. Hvert skritt han tar, er et mirakel for henne. Det er fint å ha en sånn person i livet, synes Tor.

– Vi erfarer at et barn er lim i familien, men også blant vennene våre, sier han.

STOLTHET OG FORDOMMER

Tor reagerer på at debatten om eggdonasjon og surrogati er så tett knyttet til genteknologi og biologi. Da han deltok på Arendalsuka i sommer, opplevde han en tverrpolitisk enighet om at den som føder barnet, også skal være dets psykologiske mor. At det er viktig for barnet.

– Jeg mener at man må tenke mer på hvilke signaler man sender. Ytringer som dette rammer flere enn man tror. Det er ganske mange i Norge som vokser opp uten sin biologiske mor, og stadig flere som er født av en surrogat – også barn av heterofile, sier Hofgaard, som understreker at dette er hans private engasjement, og ikke noe Psykologforeningen har tatt standpunkt til.

Sønnens navn Neo er inspirert av filmen «The Matrix», en av Tors favorittfilmer, der Neo var den sannhetssøkende helten. For Tor er Matrix mer en filosofisk film enn science fiction. Han mener den utfordrer vårt syn på verden.

– Alt vi opplever, skjer jo i hodet vårt, i hjernen. Vet vi egentlig hva som finnes der ute? Tenk om alt bare er i hjernen? Det finnes forskere i dag som mener at vi egentlig lever i en datasimulering, sier han.

Men navnet Neo betyr også «ny». Neo representerer noe Tor og Kenneth ikke trodde var mulig. De trodde ikke de kunne få barn.

– Det var også min mors første tanke da jeg fortalte at jeg var homofil. Men plutselig så vi muligheten åpne seg, sier Tor, som allerede i 5. klasse på barneskolen forelsket seg i en gutt i klassen. Først da han var 21 år, fortalte han familien om at han var homofil.

UT AV SKAPET

På en kafé i Oslo får vi Tors «ut-av-skapet» historie, fortalt av storebror Øivin. Det skjedde en helg da Tor var hjemme på permisjon fra militæret. Han hadde sagt til foreldrene at alle i familien måtte være til stede ved søndagsmiddagen, for han hadde noe viktig å fortelle. Da de var ferdige med å spise, så Øivin at Tor trakk pusten for å si noe.

– Men han strevde med å komme i gang, og jeg forsto at han skulle si noe som var vanskelig for ham. Har han gjort ei jente gravid, tenkte jeg – et lite sekund. Men så ble jeg slått av andre tanker.

Tor hadde alltid hatt mange venninner rundt seg, men aldri kjæreste. Selv om han som 15-åring hadde vært en av Norges beste ungdomssvømmere på rygg og butterfly, var Tor ifølge storebror ingen machotype.

– Han byttet tidlig ut slalåmski med skrivemaskin, ler Øivin.

Tor fikk endelig fikk frem ordene, og fortalte familien sin han at han var homofil. Han hadde ikke trengt å engste seg for avvisning eller sinne, forteller Øivin.

– Mor ble nok bekymret, hun spurte litt om når han oppdaget det, og om hvordan han egentlig hadde hatt det i oppveksten. Men så sa far: OK, nå er det dessert!

Dermed var saken ute av verden.

ET BLIKK UTENFRA

Tors var president da terroren rammet Norge 22. juli 2011, og appellerte umiddelbart til medlemmene om å yte en ekstraordinær innsats. Og de var ikke vanskelige å be. Ikke få avbrøt ferien for å delta – i hjemkommunen sin, eller der de ferierte, slik at traumatiserte ungdommer og familier skulle få hjelp, minnes Tor. I 2015 landet han en mangeårig kamp da psykologer fikk rett til å henvise til spesialister.

Den avgåtte presidenten har også markert seg med sterkt engasjement for å få ned bruk



av tvang i psykisk helsevern, og for ett år siden vedtok Psykologforeningens sentralstyre etter en lang og grundig prosess at de ville arbeide for å lovfeste prinsippet om juridisk bindende forhåndserklæringer. Det vil si at pasienter skal ha anledning til å reservere seg mot visse typer behandling, eksempelvis tvangsmedisinering med antipsykotika, og at fagfolk dermed får mindre spillerom. Etter mye tvil og utallige diskusjoner vedtok Psykologforeningen som første profesjonsforening til slutt å støtte en slik lov. «Menneskerettslige hensyn og respekt for den enkeltes autonomi ligger til grunn», sa Hofgaard til psykologforeningen.no etter vedtaket.

En av dem som gledet seg stort over dette, var Merete Nesset, fremtredende menneskerettighetsaktivist på psykisk helsefeltet. Nesset har selv vært tvangsmedisinert flere ganger, og ble invitert til Psykologforeningens sentralstyre som ledd i deres arbeid med å komme frem til et standpunkt.

Psykologtidsskriftet møtte Nesset for å få høre hvilket inntrykk hun har fått av Tor, som hun har truffet i flere sammenhenger der tvang har vært debattert.

– Jeg synes egentlig det er trist at Tor ikke er kliniker, for jeg opplever ham som varm, oppmerksom og tilstedeværende i sitt møte med mennesker, sier Nesset, som derfor synes det går helt fint å være uenig med ham i diskusjoner de har hatt.

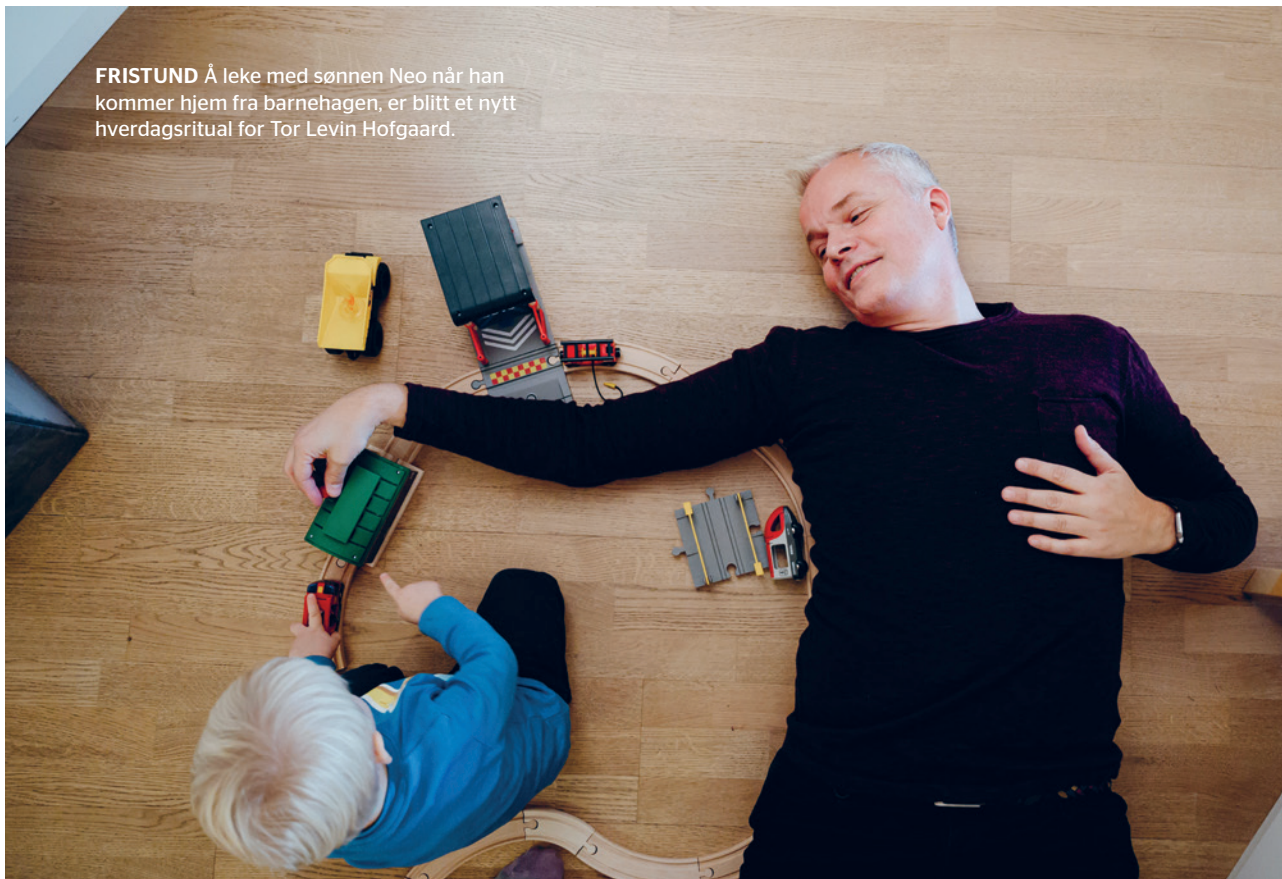
Nesset ønsker forståelse for hvor tungt det er å leve uten å være trygg på at hun har det siste ordet når det gjelder behandlingen hun skal få. Hun mener å møte denne forståelsen hos psykologpresidenten.

LIMET I FAMILIEN Sønnen Neo knytter familien nærmere sammen. – Familie og venner er veldig påkobla, vi er blitt mye tettere, sier Tor.

– Ytringer som dette rammer flere enn man tror. Det er ganske mange i Norge som vokser opp uten sin biologiske mor, og stadig flere som er født av en surrogat

*Tor Levin Hofgaard
om surrogatidebatten*

FRISTUND Å leke med sønnen Neo når han kommer hjem fra barnehagen, er blitt et nytt hverdagsritual for Tor Levin Hofgaard.



– De kaller det pasientens helsetjeneste, men vi er mange som har blitt utsatt for intervensjoner som skadet oss. Vi lever med en konstant, berettiget frykt for nok en gang å bli behandlet med tvang. Det frarøver oss livskvaliteten, sier hun.

Tor har en elegant klesstil som oser av overklasse, synes Nesset. Hun tror den kan skape distanse.

– Men hør hva han sier! Tor støtter uforbeholdent prinsippet om juridisk adgang til reservasjonsrett mot tvangsbehandling. Psykologforeningens vedtak følte for meg som en personlig oppreisning. Jeg fikk tro på at det finnes støtte blant fagfolk der ute, og vet at mange følte det samme, sier menneskerettighetsaktivisten.

Gøril Wiker var Psykologforeningens kommunikasjonssjef da Tor ble klappet opp på scenen som nyvalgt president i november 2007. Hun trengte å bli raskt kjent med Tor, både faglig og personlig, og inviterte ham til å sitte på i bilen hjem til Oslo etter landsmøtet. Hun hadde en baktanke:

– Jeg mener at bilturer er spesielt godt egnet for samtaler, ikke minst mellom fremmede.

Slik startet en tett og god arbeidsrelasjon. Nå har de avtalt å sette strek ved å gjenta turen hjem etter landsmøtet. Hun tror ikke han vil kjenne vemod.

– Tor har ikke talent for sentimentalitet. Han ser fremover – og har sitt fokus på det som skal komme, slår Gøril fast.

RELASJONSBYGGING Å LA HOFGAARD

Det går i døra. Neo og Kenneth kommer fra barnehagen, og får varm velkomst av Lady. Hunden vet at Neo snart skal gi henne mat slik han gjør hver dag; hun spiser forventningsfullt ørene, og sender toåringen et bedende blick. En smart måte å bygge en god relasjon mellom barn og hund på, synes journalisten. Men i dag blir matutdelingen litt forsinket. Neo viser stolt fram en lyseblå papirkrone med glitter: «Neo 2 år», står det. De voksne rundt ham lar seg villig begeistre. Nå vil Neo leke litt med pappa Tor på kjøkkengulvet slik de pleier når han kommer fra barnehagen, og pappa tar seg gjerne en økt med Brio-tog.

Her og nå er det ikke han selv som sitter i førersetet. ❌

Kultur, ikke kontroll

Kan samtaler om bivirkninger i terapi føre til mer kontroll i psykisk helsevern?

- Jeg er livredd for ordet bivirkning. For det kan ta av, sa Dag Stormbo i en debatt under Schizofrenidagene i Stavanger 5. november. Anledningen var utgivelsen av boken *Skadelige samtaler - Myten om bivirkningsfri terapi* av psykologene Jørgen Flor og Leif Edward Ottesen Kennair. Stormbo, psykologspesialist og foretakstillitsvalgt for Norsk psykologforening, var bekymret for at et begrep som bivirkning kan være med på å instrumentalisere tenkningen om terapi, og dermed bidra til økning i registrering og kontrollrutiner i psykisk helsevern.

I panelet satt også Gro Harestad, pedagog og profesjonsveileder, og medforfatter og professor Leif Edward Ottesen Kennair. Ordskriftet ble ledet av fagredaktør i Psykologtidsskriftet Kjersti Gulliksen.

Ingen av paneldeltakerne ønsket seg flere kontrollrutiner i psykisk helsevern. Snarere ønsket de fleste debattantene en kulturendring, der man i større grad samtaler med pasientene om hvorvidt terapien fungerer eller ikke.

Harestad innledet diskusjonen med å fortelle om egne erfaringer med ødeleggende og lite



TERAPI SOM SKADER Schizofrenidagene i Stavanger arrangerte debatt om når det går galt i terapi. Fra venstre: Dag Stormbo, Jørgen Flor, Leif Edward Ottesen Kennair og Gro Harestad. Debatten ble ledet av fagredaktør i Psykologtidsskriftet, Kjersti Gulliksen (til høyre). Foto: Nora Skjerdingsstad

nyttige terapeutiske samtaler. I terapi med en privatpraktiserende psykolog erfarte hun å verken bli hørt eller møtt på sine problemer. Resultat: økt angst og utvikling av en dyp depresjon. På DPS fikk hun derimot hjelp:

- At en terapeut kan lese det kroppen forteller, var nyttig. Gjennom å bli speila på det jeg uttrykte, forsto jeg mer av meg selv.

Flor understrekte at Harestads historie ikke er unik:

- Det finnes mange [som henne], og vi har ikke vært flinke nok som profesjon, eller i psykisk helsevern, til å forholde oss til disse historiene, sa Flor.

Ida Holth

Les hele saken på psykologtidsskriftet.no

Uavklart om godkjenningsordning for utenlandsstudenter

Helse- og omsorgsdepartementet vil forbedre praksisen for godkjenning av utenlandske helseutdanninger som leder til autorisasjon i Norge, men avventer resultatene av de rettslige prosessene i ESA og domstolene.

Statssekretær Anne Grethe Erlandsen (H) sier i en e-post til Psykologtidsskriftet at studenter som skal ta helsefaglig utdanning i utlandet, bør ha tilstrekkelige forutsetninger for å kunne vurdere om utdanningen de vil ta, kvalifiserer til lisens eller autorisasjon i Norge.

- Det er derfor viktig at myndighetene gir god nok informasjon om lover, regler og praksis. Vi forstår også at studentene ofte ser på tidligere godkjenningspraksis. Endringer i godkjenningspraksis må derfor kommuniseres så fort som mulig.

- Hva er det viktigste som bør gjøres for å skape større forutsigbarhet?

- Det har de siste årene blitt gjennomført tiltak for å forbedre og forenkle ordningene. Vi har for eksempel fått til økt samordning og klargjøring av informasjonen som finnes på ulike nettsider, opplyser statssekretæren.

KRITIKK FRA RIKSREVISJONEN

Riksrevisjonen påpekte i en rapport som ble publisert 18. juni 2019, at mange utenlandsstudenter som studerer til regulerte yrker, ikke mottar tilstrekkelig informasjon om hvilke utenlandske studier som godkjennes i Norge. Problemet gjelder først og fremst helseyrkene, der myndighet til å godkjenne utdanningen ligger hos Helsedirektoratet.



Fra universitetsbiblioteket ved ELTE i Budapest. Foto: Wikimedia

Riksrevisjonen tok i rapporten blant annet utgangspunkt i erfaringer med ELTE-saken, der Helsedirektoratet endret godkjenningspraksis for psykologistudenter i Ungarn. I rapporten heter det at saken har vist at det kan være hensiktsmessig «... å fraråde noen utdanninger og utdanningsland som direktoratet forventer at ikke vil føre til godkjenning».

Per Halvorsen

Les hele saken på psykologtidsskriftet.no

Psykologer inn i arbeidslivet

Arbeid og utdanning er Psykologforeningens nye hovedsatsningsområde. – Et utrolig godt valg, sier nyslått president Håkon Kongsrud Skard.

TEKST Ida Holth

– **VI MÅ JOBBE** for integrering, vi må åpne arbeidsplasser for flere. Det er så mange som kunne fått mer selvtilit ved å være med i arbeidslivet, sa sentralstyremedlem Ketil Kaasin på Psykologforeningens landsmøte i Sandefjord.

Arbeid burde bli det området der foreningen setter klutene inn de neste tre årene, argumenterte han. Delegationene var enige i dette. Dermed valgt de bort sentralstyrets andre forslaget til hovedsatsning; Helsefremmende oppvekst. Helsefremmende oppvekst ble ansett som en videreføring av foreningens satsning på forebygging for barn og unge i perioden 2016–19, men med mer oppmerksomhet rettet mot de mest sårbare og utsatte barna. Landsmøtets flertall var imidlertid klar for å satse på noe helt nytt.

VILLE HA MED UTDANNELSE

Flertallet stemte for det justerte forslaget til Hordaland lokallag, kalt «Arbeid og utdanning; påvirkningsfaktorer og inkluderingsarenaer», der utdanning ble lagt til i satsningen.

Bjarte Bønes Bruntveit fra Hordaland lokalavdeling begrunnet det justerte forslaget med at man må tenke helhetlig rundt arbeidsliv. Han trakk blant annet frem PPT som en gjemt og glemt tjeneste, som Psykologforeningen igjen burde vie oppmerksomhet.

Den splitter nye presidenten i foreningen, Håkon Kongsrud Skard, er godt fornøyd med hovedsatsningen, særlig fordi utdanning også ble lagt til i løpet av beslutningsprosessen.

– Hordalands forslag tar med seg gode elementer fra begge forslagene til sentralstyret.

Skard mener at arbeid potensielt kunne oppleves som «for voksenfokuset» og helsefremmende oppvekst som «for barnefokuset».



ØKT TEMPO Ny teknologi, økt press og konkurranse preger norsk arbeidsliv. Mange havner utenfor. Nå skal norske psykologer jobbe aktivt for et inkluderende arbeidsliv. Foto: Jonas Selim/Forsvaret

– Det justerte forslaget favner hele spekteret av psykologtjenester fra barn til voksne og fra førstelinje til tredjelinje.

– *Da utdanning ble lagt til, ble satsningsområdet også svært bredt. Hvordan skal dette avgrenses?*

– Det er for tidlig å si noe om nå. Jeg må sette meg ned sammen med sentralstyret, utvalgene og lokallagene og se på hvordan vi kan spisse dette.

– *Hva er det viktigste psykologer kan bidra med for å få flere folk i arbeid?*

– Vi må kunne tilby gode tjenester som pasienten kan få raskt: lavterskiltiltak i kommunene, men også i spesialisthelsetjenesten. Hvis du er sykmeldt i mer enn to uker, så synker sjansene drastisk for å komme tilbake i arbeidslivet. En stor andel unge uføre er sykmeldt på grunn av lettere til moderate psykiske lidelser, og mange av dem har aldri vært i kontakt med psykolog eller fått adekvat psykologisk behandling, sier Skard, og legger til:

– Samtidig må vi ha fokus på å holde folk i jobb, å tenke forebyggende tiltak inn i arbeidslivet, og sørge for at man ikke faller ut av arbeidslivet på grunn av psykiske vansker, sier den nye presidenten.

Les hele saken på psykologtidsskriftet.no



Seier for klimaet

På landsmøtets siste dag fikk Tommy Sotkajærv i delegatene med på å etablere et eget klimautvalg.

Sotkajærv påpekte at klimaendringene i stor grad er et psykologisk problem, som fordrer psykologiske løsninger. Han minnet også om tegnene på at klimaendringer allerede påvirker hvordan vi lever våre liv og den psykiske helse:

- Vi ser allerede konturene av at endringer i levemiljø som direkte konsekvens av klimaendringene tærer på fysisk og mental helse. Dette er høyst reelle bekymringer også i Norge, sa han.

Studentrepresentant Tuva Bræin var kjapt ute med å markere at studentene må være representert i utvalget.

- Som studenter sitter vi med den mest oppdaterte kunnskapen om klimapsykologi. Vi har dessuten energien og engasjementet som skal til for å gi dette feltet kraft.

Det er nå er opp til sentralstyret å avgjøre klimautvalgets mandat og sammensetning. En potensiell oppgave er å vurdere hvordan Psykologforeningen som organisasjon kan legge til rette for å redusere sitt eget klimaavtrykk, blant annet ved å vurdere alternative reisemåter der det er gjennomførbart.

Helsepsykologi ble ny spesialitet

Psykologforeningens landsmøte vedtok med overveldende flertall å innlemme klinisk helsepsykologi som ny spesialitet i foreningens spesialistutdanning.

Det var bortimot en åpen dør å slå inn for Borrik Schjødt og Nina Lang da landsmøtet stilte seg bak forslaget om den nye spesialiteten 'klinisk helsepsykologi' 20. november.

Siden 2015 har Psykologforeningen samarbeidet med andre faggrupper og brukerorganisasjoner for å få psykologer inn i somatiske avdelinger på sykehusene, gjennom Nasjonal allianse for klinisk helsepsykologi i somatikken.

- Nå er vi nærmere å kunne realisere denne målsettingen fordi vi etter hvert vil kunne levere psykologer med høy kompetanse, sier Schjødt og Lang til Psykologtidsskriftet.

Kvalitet og penger i samme bestilling

Det nye sentralstyret får med seg en omfattende bestilling fra landsmøtet om å legge til rette for bedre kvalitet og rammevilkår for psykologfaglig arbeid.

Sentralstyret skal blant annet opprette en arbeidsgruppe som skal beskrive hvordan psykologer aller best tilegner seg klinisk ekspertise og hvordan dette bør slå ut i spesialistutdanningen. Bestillingen omfatter også en strategi for å utvikle kommunale tjenester. Anne-Kristin Imenes fra Vestfold lokallag mener *det* er nødvendig, fordi tilskuddet til kommunepsykologer blir borte fra nyttår og istedet bakes inn i de kommunale rammetilskuddene.

- Vi må jobbe for at kommunepsykologene og de tjenestene de skal levere til befolkningen, sikres gjennom en robust finansieringsordning for eksempel gjennom statlig delfinansiering, slik fysioterapeutene og fastlegene har fått til. Det blir ikke likeverdige tjenester for alle uten at den psykiske helsehjelpen bygges kraftig ut, sier hun.

Det nye sentralstyret i Norsk psykologforening



FRA VENSTRE: Rune Frøyland, Håkon Kongsrud Skard og Heidi Tessand.
Foto: Nora Skjerdingsstad

President: Håkon Kongsrud Skard, Oslo (Ny)

Visepresident med ansvar for lønns- og arbeidsmarkedspolitikk:
Rune Frøyland, Akershus (Gjenvalg)

Visepresident med ansvar for fagutviklings- og utdanningspolitikk:
Heidi Tessand, Akershus (Gjenvalg)

Medlemmer:

Ingvild Gregersen, Vestfold (Gjenvalg); Siri Næs, Møre og Romsdal (Ny); Hanne Indregard Lind, Oslo (Ny); Arnhild Lauveng, Akershus (Gjenvalg); Bjarte Bønes Bruntveit, Hordaland (Ny); Lars Asle Einarsen, Sør-Trøndelag (Ny); Britt Randi Hjartnes Schjødt, Hordaland (Gjenvalg)

Varamedlemmer:

Eldrid Robberstad, Rogaland (Gjenvalg); Jakob Støre-Valen, Nord-Trøndelag (Ny); Aina Holmén, Oslo (Gjenvalg); Alf Martin Eriksen, Finnmark (Ny)

Les mer fra landsmøtet på psykologtidsskriftet.no

”

Som klinikere
etterlyser vi forsk-
ning på potensielle
fordeler ved å
inkludere nonverbal
foreldrementalisering
i forståelses- og
behandlingsmetoder

EVIDENSBASERT PRAKSIS

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2019 S. 912-920 FAGFELLEVDERT

HEDVIG SVENDSRUD, Sykehuset i Vestfold, **ANNE KARIN ULLEBØ**, Sykehuset i Vestfold,**INGEBORG ULLVEIT-MOE EIKENÆS**, Nasjonal kompetansetjeneste

for personlighetspsykiatri (NAPP), Oslo universitetssykehus

KONTAKT hedvig.svendsrud@siv.no

VIS MED KROPPEN AT DU FORESTILLER DEG MEG

Foreldrementalisering

Mye av kommunikasjonen mellom spedbarn og forelder foregår som en kroppslig dialog. Likevel bruker vi stort sett verbal aktivitet for å måle foreldres evne til å forestille seg babyens indre. Kan denne foreldrementaliseringen i stedet undersøkes i den kroppslige dialogen, og betyr det noe for barns tilknytningstrygghet?

Foreldrementalisering kan defineres som forelderens evne til å forestille seg barnets opplevelser og hvordan barnets atferd er motivert av disse opplevelsene (Slade, 2005). En omsorgsgiver som mentaliserer godt, vil implisitt både anerkjenne barnets sinn som separat fra sitt eget sinn, og at begge opplevelser og handlinger påvirker hverandre gjensidig (Slade, Grienberger, Bernbach, Levy & Locker, 2005). »

ABSTRACT***Show me with your body that you are imagining me***

There is empirical support for the association between parental mentalizing, measured as a verbal capacity, and infant attachment. However, verbal measures of parental mentalizing are limited in understanding the impact of parental mentalizing from the infant's point of view, on caregiving behavior, and the infant's contribution to this mutual process in the nonverbal parent-infant interaction. This literature review aims to examine the empirical support for an association between parental mentalizing as a nonverbal capacity and infant attachment. Only two published studies were identified, both publications used Parental Embodied Mentalizing (PEM) as a measure of nonverbal parental mentalizing and the Strange Situation Procedure (SSP) to classify attachment. The results support a hypothesis that nonverbal parental mentalizing measured by PEM predicts infant attachment. Further research on nonverbal parental mentalizing and infant attachment is needed. Implications and potential benefits of including nonverbal aspects of parental mentalizing in existing methods in the field of infant mental health need to be explored.

Keywords: infant attachment, parental mentalizing, nonverbal mentalizing, parental embodied mentalizing, mind mindedness, parental reflective functioning

Ofte vil et barn som har en mentaliserende forelder føle seg forstått, og det vil erfare at forelderen klarer å reparere relasjonelle misforståelser som naturlig oppstår i samspillet deres (Fonagy, Jurist & Target, 2002; Byrne et al., 2018). Barnet kan slik erfare at det er mulig å ha delte opplevelser med andre, og at det gjennom å dele med andre både kan oppleve at det vonde kan avta i styrke, og at gode opplevelser kan kjennes enda bedre. Slike samspillserfaringer antas å fremme opplevelsen av samhørighet med omsorgspersonen, og de er også en kilde til regulering og vitalisering.

En forelders måte å tenke og føle om barnet, seg selv og relasjonen med barnet er delvis påvirket av egne omsorgserfaringer (Stacks et al., 2014). God foreldrementalisering har vist seg å kunne være en resiliensfaktor i utvikling av trygg tilknytning hos barnet, selv der forelderen har opplevd omsorgssvikt i egen oppvekst (Fonagy, Steele, & Steele, 1991). Trygge tilknytningsrelasjoner antas å være sentrale i etableringen av en form for interpersonlig kunnskap, kalt epistemisk tillit (Fonagy & Allison, 2014). Epistemisk tillitt beskrives som en opplevelse hos barnet av å føle seg forstått og ha påvirkningskraft på omsorgspersonen. Slik utvikles tillit hos barnet til at svarene fra omsorgspersonen er relevante, til å stole på, og at de kan generaliseres til andre relasjoner og situasjoner. Dette medvirker til at barnet utvikler evne til å lytte til kunnskap fra andre, og å lære fra relasjoner (Fonagy, Campbell, & Bate-man, 2017). Barn som lever i utrygge, traumatiserende omsorgsrelasjoner der de føler seg lite forstått, kan derimot utvikle en mistillit til viktige andre. Dette kan hindre barnet i å være åpen for, lytte til og bruke relasjonskunnskap (Fonagy & Campbell, 2017).

En litteraturgjennomgang ved Camoirano (2017) kom frem til at foreldres mentaliserings-evne når den uttrykkes gjennom ord – målt ved skalaen for «Foreldres Reflekterende Fungereing» – har betydning for omsorgskvaliteten, samspillet med barnet og barnets tilknytnings-trygghet (Camoirano, 2017). Foreldrementalisering anses derfor for å være et viktig område for intervensjoner der det er risiko for samspillproblemer og nedbrytende omsorgsatferd (Byrne et al., 2018). Samtidig som foreldrementalisering kan måles ved å lytte til hvordan foreldre snakker om sitt barn og foreldreskap, er foreldrementalisering også en nonverbal akti-

vit. I klinisk arbeid med spedbarnsfamilier er vår erfaring at det er viktig å kunne arbeide med nonverbale, kroppslige aspekter ved foreldrementalisering. Mye av kommunikasjonen med spedbarnet er nettopp nonverbal. I tillegg er vår kliniske erfaring at mange familier kan ha vansker med terapeutiske tilnærminger som krever gode språklige ferdigheter. Nonverbale tilnærminger kan være mer tilgjengelig for spedbarnsforeldre som strever med refleksjon og samspill.

BEGRENSNINGER VED VERBALE MÅLEMETODER

Når forskere har undersøkt sammenhengen mellom foreldrementalisering og tilknytning, har foreldrementaliseringen for det meste blitt målt via *verbal aktivitet* hos foreldre. Målemetoder som benyttes i denne verbale utforskningen, er blant annet «Foreldres Reflektende Fungereing» (Slade, Bernbach, Grienberger, Levy & Locker, 2005), «Mind Mindedness» (Meins & Fernyhough, 2006) og «Insightfull Assessment» (Koren-Karie, Oppenheim, Dolev, Sher & Etzion-Carasso, 2002). Men dialogen mellom baby og omsorgsgiver foregår i virkeligheten i stor grad *uten* verbalt språk. Babyer «snakker» til omsorgsgiver om sine indre opplevelser via sin atferd, blant annet gjennom kroppsbegivelser, pust og blikkretning (Nugent, Keefer, Minear, Johnson, & Blanchard, 2007). Verbale mål på foreldrementalisering kan derfor være utilstrekkelige mål på omsorgsgiverens mentaliseringskapasitet og hvordan den kommer til uttrykk i samspill med barnet; både i hvordan barnet opplever forelderens mentaliserings-evne, og hvordan barnet påvirker omsorgsgiverens mentaliseringskapasitet (Shai & Belsky, 2017). I tillegg kan vi spørre oss om de verbale målemetodene kommer til kort i sitt forsøk på å forklare hvordan foreldres verbale uttrykk for mentalisering er med på å forme barnets tilknytningsmønster.

I selve samspillet med spedbarnet kan vi få inntrykk av det intuitive foreldreskapet. Å respondere på spedbarnets signaler krever at forelderen relativt raskt tolker spedbarnets behov. Siden denne tolkningen gjøres hurtig, er det sannsynlig at mentalisering i samspill ofte er et uttrykk for det Lyons-Ruth og kolleger (1998) beskriver som «implisitt relasjonell viten». Derfor er mentalisering i samspill i større grad et uttrykk for av mer ubevisste, intuitive aspekter

ved foreldrementalisering enn bevisste reflekterende aspekter (Shai, Dollberg, & Szepeswol, 2017). Foreldres erfaringer fra egne tidlige tilknytningsrelasjoner kan få implisitte, kroppslig uttrykk i måten å være sammen med barnet på (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1975). Fonagy og Luyten (2009) dro skillelinjer mellom eksplisitt mentalisering (verbal) og implisitt mentalisering (nonverbal). For å få en helhetlig forståelse av forelderens kapasitet for mentalisering tror vi at både eksplisitte og implisitte uttrykk for mentalisering bør inkluderes i forståelse og behandling.

NONVERBAL MÅLEMETODE

Det eksisterer flere målemetoder for samspill og foreldreatferd som vi mener berører nonverbale/kroppslige aspekter ved foreldrementalisering. Blant disse er «Mind Mindedness» (Meins & Fernyhough, 2006), «Care Index» (Crittenden, Der & Früherkennung, 2005), «The Parent Child Early Relationship Assessment» (Clark, 1999) og «Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification» (Bronfman, Parsons, & Lyons-Ruth, 1999). Oss bekjent eksisterer det i dag bare én målemetode som eksplisitt hevder å *kun* fokusere på nonverbale uttrykk for foreldrementalisering. Denne metoden heter «Parental Embodied Mentalizing» (PEM) (Shai & Belsky, 2011).

PEM vurderer forelderens evne til å oppfatte og forstå barnets indre tilstander ut ifra barnets kroppsbevegelser, og hvordan forelderens tilpasser sine egne kroppsbevegelser til barnets. Det er både kvaliteten på forelderens bevegelsesmønstre og evne til å justere seg etter babyens signaler som vurderes (Shai & Belsky, 2017). I tråd med begrepet «vitalitetsformer» fokuserte Stern (1985, 2010) på følelsenes form, da spedbarn er særlig sensitive til vitalitetsformer. For eksempel kan sinne uttrykkes i eksploderende eller flytende form. I tråd med dette er ikke fokus i PEM så mye på *hva* som gjøres, for eksempel ikke *at* mammaen strøk på babyens kropp, men snarere er fokus på *hvordan* hun strøk på babyen. PEM fokuserer ikke på lyduttrykk, ansikt til ansikt eller blick til blick-kontakt, men på hvordan bevegelsene til den ene påvirker bevegelsene til den andre i samspillet. En mamma med høy PEM vil for eksempel oppfatte at barnet skvatt fordi hun ga barnet leken med en brå bevegelse rett inn mot barnets ansikt, og vil justere atferden sin i tråd med denne antakelsen. En mamma med lav PEM vil eksempelvis kunne fortsette å bevege leken med raske, kantete bevegelser, nær babyens kropp og ansikt, selv om babyen forsøker å vende kroppen bort fra leken med raskere og mer stakkato bevegelser (Shai & Fonagy, 2014).

Camoirano (2017) konkluderer i sin litteraturgjennomgang med at verbale mål på foreldrementalisering kan være utilstrekkelige når det gjelder å fange foreldres evne til å svare på barnets emosjonelle behov. Derfor vil det være relevant å undersøke foreldrementalisering som en ubevisst, nonverbal prosess når vi skal forstå betydningen av foreldrementalisering for tilknytning. Norsk psykologforenings prinsipperklæring om evidensbasert praksis sier at behandling skal baseres på forskningsevidens, klinisk ekspertise og pasientens egenskaper, verdier og kontekst. For å sikre kvaliteten på arbeidet med spedbarns- og småbarnsfamilier i risiko er det av betydning å jobbe mest mulig evidensbasert. Dette innebærer blant annet å benytte seg av oppdatert kunnskap. Vi vil derfor her undersøke kunnskapsstatus for sammenhengen mellom nonverbale uttrykk for foreldrementalisering og barns tilknyt-

”

Nonverbale tilnærminger kan være mer tilgjengelig for spedbarnsforeldre som strever med refleksjon og samspill

»

”

For å få en helhetlig forståelse av forelderens kapasitet for mentalisering tror vi at både eksplisitte og implisitte uttrykk for mentalisering bør inkluderes i forståelse og behandling

ning. Hvis vi bedre forstår hvordan dette kan henge sammen, kan vi sannsynligvis forme en mer presis og virksom relasjonsbehandling for spedbarnsfamilier.

METODE

Vi søkte i følgende vitenskapelige databaser: Embase, Psychinfo, Medline og Cochrane. Aktuelle søkeord var «reflective functioning», «parental nonverbal mentalization», «parental embodied mentalization», «implicit mentalization», «unconscious mentalization», «attachment». Inklusjonskriteriet var empiriske studier som undersøkte sammenhengen mellom nonverbale mål på foreldrementalisering og tilknytning. Alle treff ble vurdert ved at førsteforfatter leste abstractene og vurderte om inklusjonskriteriene var oppfylt. Eksklusjon av studier på bakgrunn av metodikk, design eller publikasjonsår var ikke relevant fordi det var så få studier. De inkluderte studienes metodikk ble vurdert med tanke på egnethet for å belyse problemstillingen og om resultatene var reliable og valide. Siste gjennomførte søk var i november 2018.

RESULTAT

Kun to studier av sammenhengen mellom nonverbale uttrykk for foreldrementalisering og barns tilknytning ble funnet i vårt systematisk literatursøk (Shai & Belsky, 2017; Shai & Meins, 2018). I den første (Shai & Belsky, 2017) ble nonverbal foreldrementalisering målt ved PEM for 200 mor-barn-dyader. De var strategisk selektert med tanke på tilknytningsmønster fra en større studiepopulasjon (N=1168 dyader) fra USA og beskrevet som demografisk variert. Sammenligning på en rekke parametere tyder på at utvalget var representativt for studiepopulasjonen. Barnets tilknytning ble målt med fremmedromprosedyren (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978). Barn til foreldre med høy PEM ved 6 måneder hadde større sannsynlighet for å utvise trygg tilknytning ved 15 og 36 måneders alder. Høy PEM hos omsorgspersonen reduserte sannsynligheten for så vel organisert utrygg tilknytning som desorganisert tilknytning. Resultatene kunne ikke forklare av grad av sensitivitet hos omsorgspersonen. Studien rapporterer at PEM kan vise til god interrater-reliabilitet og god diskriminerende validitet når det gjelder å skille høyrisikopopulasjon (målt ved en rekke kjente risikofaktorer knyttet til mor) fra lavrisikopopulasjon. Det ble også rapportert god prediktiv validitet for PEM når det kom til å forutsi sosioemosjonell fungering hos barnet ved 54 måneder.

Den andre studien (Shai & Meins, 2018) undersøkte 206 dyader for å få kunnskap om relasjonen mellom verbale og nonverbale uttrykk for foreldrementalisering, og den rollen slike verbale og nonverbale uttrykk hadde i å predikere barnas tilknytningstrygghet. Verbale uttrykk for foreldrementalisering ble målt med Mind Mindedness (MM), mens nonverbale uttrykk ble målt med PEM ved 8 måneders alder. Barnets tilknytningsmønster ble vurdert ved fremmedromprosedyren ved 15 måneders alder. PEM, MM og fremmedromprosedyren ble alle kodet av ulike personer. For hver av disse målemetodene ble det på 25 % av utvalget målt interrater-reliabilitet som var tilfredsstillende. Halvparten av studiens dyader ble vurdert som å ha lav sosioøkonomisk status, flertallet var etnisk hvite, og rekrutteringen var fra mor-barn-grupper og lokal helsetjeneste i England. Resultatet viste sammenheng mellom MM og PEM, og at begge målemetoder kunne skille trygg tilknytning fra unnvikende tilknytning. Resultatet viste også at PEM og MM kunne skille ambivalent tilknytning

fra unnvikende tilknytning. I denne studien var det få barn i hver av gruppene som viste utrygg tilknytning.

DISKUSJON

Som litteratursøket viser, er det gjort svært lite forskning på sammenhengen mellom nonverbale uttrykk for foreldrementalisering og barns tilknytning. Dette er et nytt område både for teoriutvikling og vitenskapelig utforskning. Vi fant kun to publiserte studier som begge brukte PEM som mål på nonverbal mentalisering. Begge disse benyttet fremmedromproseduren for å kategorisere tilknytningsmønster, og begge studiene ga støtte til hypotesen om at non-verbal foreldrementalisering er assosiert med barnets tilknytningsmønster. Den første studien viste at høyere PEM-skåre hos moren ga større sannsynlighet for trygg tilknytning, og PEM predikerte tilknytning kontrollert for sensitivitetsmål (Shai & Belsky, 2017). Shai & Belsky (2017) mener dette kan bety at PEM måler noe som sensitivitetsmål ikke fanger opp, og som er av betydning for etablering av tilknytningsmønster. Går vi tilbake til eksempelet med babyen som skvatt når leken ble brått introdusert, kan vi se for oss at babyen signaliserte med øyne og gester at han ønsket leken. Mammaen smiler og ler, og baby og mamma har øyenkontakt når mammaen gir babyen leken. Dette vil på en sensitivitetsskala vurderes som et sensitivt samspill. Men i PEM vil man vurdere både babyens kroppsbevegelser (som i dette eksempelet viste tegn på stress kunne leken brått kom mot ansiktet) og mammaens evne til å justere sine bevegelser til babyens bevegelser. En mamma som ikke justerer seg etter babyens kroppsbevegelser, men fortsetter å smile, le og riste på leken nær babyens kropp og ansikt, vil vurderes lavt på PEM i dette tilfellet.

Den andre studien støtter hypotesen om at det eksisterer en sammenheng mellom nonverbale og verbale mål på foreldrementalisering (Shai & Meins, 2018). Studien viste at både verbale og nonverbale mål på foreldrementalisering kan skille mellom trygge og utrygge tilknytningsmønstre hos barn. Både PEM og MM predikerte trygg versus utrygg unnvikende tilknytning, og utrygg ambivalent versus utrygg unnvikende tilknytning. MM så ut til å bedre predikere ambivalent tilknytning enn PEM. Shai og Meins (2018) lurer på om verbale mål

som MM fungerer bedre enn nonverbale mål som PEM i å fange opp inkonsistent responsstil hos foreldre. Inkonsistent responsstil antas å medvirke til utvikling av ambivalent tilknytning hos barn (Van Ijzendoorn, Goldberg, Kroonenberg, & Frenkel, 1992). Studien konkluderer med at PEM og MM måler den samme underliggende mentaliseringskapasiteten, men at målemetodene også uavhengig av hverandre forklarer variasjon i spedbarns tilknytning. Resultatene fra denne studien indikerer at foreldrementalisering i spedbarnstiden er en kompleks, multimodal, sammensatt kapasitet, som er nyttig å utforske via verbale og nonverbale målemetoder.

En studie av Marcoux og kolleger (2017) sammenlignet verbal foreldrementalisering hos mødre med borderline personlighetsforstyrrelse og mødre uten diagnose, og undersøkte dette med MM (Marcoux et al, 2017). Disse forskerne fant at mødre med borderline personlighetsforstyrrelse hadde like mange kommentarer om barnets opplevelser som mødre uten diagnose, men at mødrene med diagnose oftere feiltolket barnets opplevelse sammenlignet med mødre uten diagnose. Hvis vi antar at omsorgspersonens feiltolkning av barnets intensjon er sentral for utvikling av barns tilknytningsproblemer, vil vi forvente at foreldrementalisering i større grad avdekkes og måles ved å vurdere hvor presis omsorgspersonens *totale respons* på barnets signaler er. Dette gjelder både morens verbale og nonverbale respons. For eksempel vil en mor som presist tolker spedbarnets behov og sier «han ønsker å bli løftet opp», men samtidig fysisk trekker seg unna babyen, påvirke babyen helt annerledes enn en mor som sier «han ønsker at jeg løfter han opp» og så løfter opp babyen med en inntonet bevegelse.

Selv om det foreløpig er lite litteratur på feltet, peker resultatene i retning av at det kan være en sammenheng mellom foreldres nonverbale mentaliseringsevne målt ved PEM og utvikling av tilknytningsmønster. Vi kan se for oss at en baby som får tilstrekkelige erfaringer med at forelderen gjennom sine kroppsbevegelser justerer seg etter barnets kroppslige uttrykte behov, opplever synkroni og samholdighet med omsorgspersonen. Vi har en hypotese om at et slikt omsorgsmønster vil føre til at babyen utvikler epistemisk tillit til at omsorgspersonen er til å stole på som kilde til kunnskap om sine opplevelser, og som en trygg »

tilknytningsperson. Det er behov for videre undersøkelser av denne antakelsen, som er ny både teoretisk, empirisk og i klinisk praksis. Utforskningen av hypotesen bør skje gjennom klinisk erfaring og i forskning. Vi mener det er viktig at erfaringer gjøres med familier med ulik kulturell og sosioøkonomisk bakgrunn, og ulik grad av risiko for emosjonell omsorgsvikt. Utforskningen bør gjennomføres med både spedbarn-mødre- og spedbarn-fedre-relasjoner. Slik vil forskningen bedre kunne anvendes i tråd med Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis.

Vår kliniske erfaring tilsier at fremtidige mentaliseringsbaserte intervensjoner vil være mer virksomme ved å kombinere verbale og nonverbale metoder som bidrar til å bryte generasjonsoverføringer av nedbrytende omsorg og uttrygg tilknytning.

BEGRENSNINGER

Vår litteraturstudie har kun utforsket betydningen av én av mange mulige foreldrevariable som kan predikere barns tilknytning. Kun to studier ble funnet, og førsteforfatter i begge studiene er utvikleren av metoden PEM, som ble anvendt for å måle non-verbal foreldrementalisering. Både valg av søkeord og databaser kan ha påvirket resultatet selv om de ble selektert med tanke på relevans for problemstillingen. Siden kun to artikler ble funnet, var de metodologiske fortolkningsmulighetene begrenset til en beskrivende tilnærming. Forskningen som er gjengitt i denne litteraturgjennomgangen, er basert på mødres nonverbale uttrykk for foreldrementalisering, og vi kan derfor ikke trekke slutninger om betydningen av fedres nonverbale foreldrementalisering. Videre er det sannsynlig at psykososialt miljø påvirker foreldrementaliseringens rolle for barn i risiko, og det er usikkert i hvilken grad resultatene fra disse studiene kan overføres til for eksempel en klinisk populasjon eller en annen kultur. Dessuten bidrar barna til sitt omsorgsmiljø i form av sin genetik, sin nevrobiologiske sårbarhet/beskyttelse og sitt temperament. Noen babyer gir tydeligere signaler til omverdenen, og vil sannsynligvis være lettere å mentalisere enn babyer som ikke like tydelig viser med kroppen sin hva de opplever. Ingen av disse områdene er diskutert i vår gjennomgang. Av identifiserte begrensninger i selve studiene bør det nevnes

at Shai og Meins ønsket å teste om PEM predikerer de ulike tilknytningsmønstrene, men studien har for eksempel kun 11 barn i gruppen ambivalent tilknytningsmønster, hvilket begrenser studiens muligheter til å trekke slutninger om denne sammenhengen. Nonverbale uttrykk for foreldrementalisering generelt, og kroppsmentaliserings spesielt synes å være relevante begreper å utforske videre.

IMPLIKASJON FOR FORSKNING OG KLINIKK

Vår litteraturgjennomgang viser at det er gjort lite forskning på sammenhengen mellom nonverbale uttrykk for foreldrementalisering og tilknytning, men også at PEM ser ut å kunne predikere tilknytning. Vi trenger derfor at flere fagmiljøer prøver ut metoden både i forskning og klinisk bruk. I prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis vedtatt av sentralstyret i Norsk psykologforening i 2007, heter det at man bør hente kunnskap fra ulike former for forskning for å skape gode psykologtjenester for spedbarnsfamilier, og videre: at man også må ta i betraktning kulturelle og individuelle uttrykk og behov og kunne spille på brukernes ressurser. Det å ta i bruk metoder som er nonverbale, har potensialet i seg til å kunne gi nye muligheter for å møte ulike behov og spille på andre ressurser hos disse familiene enn den typiske vekten på verbal uttrykksform i psykologisk behandling. Å kunne utvikle og undersøke metoden både ved ulike tradisjonelle forskningsformer og gjennom å ta metoden i bruk og få klinisk erfaring, brukeropplevelser og kasusrapporter, vil utfylle bildet av metodens muligheter og begrensninger, som anbefalt i Prinsipperklæringen for evidensbasert praksis.

Vi trenger studier som spesifikt ser på betydningen av nonverbale uttrykk for foreldrementalisering i høyrisikopopulasjoner, da dette vil kunne gi kunnskap om betydningen av spedbarnets opplevelse av å bli mentalisert i de tidlige kritiske periodene da tilknytningen formes. Det kan gi bedre forståelse av foreldrementaliseringens rolle i etiologien bak tilknytningsproblemer, og fortelle oss om det er spesifikke mønstre i den nonverbale foreldrementaliseringen som er spesielt betydningsfulle for barnets tilknytningstrygghet. Dette vil være viktig for videreutvikling av behandlingsmetoder.

Kartlegging av både verbale og nonverbale uttrykk for foreldrementalisering i forkant av intervensjoner kan være viktig når relasjons-

profiler skal utarbeides med tanke på å tilpasse behandlingen til den enkelte dyade. Dette vil forhåpentligvis kunne medføre mer virksom behandling. Førsteforfatteren av denne artikkelen har brukt PEM-analysen klinisk til å utforske sammen med forelderen både det som fungerer, og det som ennå ikke fungerer i samspillet. For eksempel kan en mamma være god til leke med babyen, men streve når det kommer til berøring og fysisk og følelsesmessig «holding». Dette kan henge sammen med mors egne følelser i møte med babyens uttrykk for nærhetsbehov. Babyen kan eksempelvis gi uttrykk for nærhetsbehov gjennom raske, mer kantete bevegelser, som igjen kan overvelde en mamma utsatt for emosjonell forsømmelse og traumer som liten. Å øke foreldres fleksibilitet i både å holde babyens kognitive og emosjonelle sinn i sitt eget vist gjennom kropp og bevegelser, antar vi å kunne øke sannsynligheten for trygg tilknytning hos barnet.

KONKLUSJON

Litteraturgjennomgangen viser at det foreligger lite forskning på sammenhengen mellom nonverbale uttrykk for foreldrementalisering og tilknytning hos barn. En sammenheng mellom PEM som uttrykk for nonverbal foreldrementalisering og tilknytning hos barnet ble funnet i de to identifiserte studiene. I tillegg til tradisjonelle verbale målemetoder mener vi at det er behov for å inkludere nonverbale aspekter ved foreldrementalisering i fremtidig forskning. Som klinikere etterlyser vi forskning på potensielle fordeler ved å inkludere nonverbal foreldrementalisering i forståelse og behandling, der både mødre og fedre inkluderes i fremtidige studier. Vi mener feltet har mye å hente på å forsøke å dekke dette kunnskapshullet, slik at vi bedre kan forstå, og på denne måten gi mer presis og forhåpentlig mer virksom behandling til spedbarnsforeldre som strever med å svare trygghetsskapende på spedbarnets emosjonelle behov. ✕

”

Babyen kan gi uttrykk for nærhetsbehov gjennom raske, mer kantete bevegelser, som igjen kan overvelde en mamma utsatt for emosjonell forsømmelse og traumer som liten

REFERANSER

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum.
- Bronfman, E., Parsons, E., & Lyons-Ruth, K. (1999). *Atypical Maternal Behavior Instrument for Assessment and Classification (AMBIANCE): Manual for coding disrupted affective communication*. Upublisert manuskript. Cambridge, MA: Harvard Medical School.
- Byrne, G., Slead, M., Midgley, N., Fearon, P., Mein, C., Bateman, A., & Fonagy, P. (2018). Lighthouse Parenting Programme: Description and pilot evaluation of mentalization-based treatment to address child maltreatment. *Clinical child psychology and psychiatry*. doi:<https://doi.org/10.1177/1359104518807741>
- Camoirano, A. (2017). Mentalizing Makes Parenting Work: A Review about Parental Reflective Functioning and Clinical Interventions to Improve It. *Frontiers in Psychology*, 8, 14. doi:10.3389/fpsyg.2017.00014

»

- Clark, R. (1999). The parent-child early relational assessment: A factorial validity study. *Educational and psychological measurement*, 59(5), 821–846. doi:<https://doi.org/10.1177/00131649921970161>
- Crittenden, P.M., Der, C., & Früherkennung, I. (2005). Using the CARE-Index for screening, intervention, and research. Hentet fra: <http://www.patcrittenden.com/images/CARE-Index.pdf>, zulett aktualisert am, 3, 2009.
- Fonagy, & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372.
- Fonagy, P. & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 21(4), 1355–1381. doi:<https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., & Campbell, C. (2017). Mentalizing, attachment and epistemic trust: how psychotherapy can promote resilience. *Psychiatria Hungarica*, 32(3), 283–287.
- Fonagy, P., Campbell, C., & Bateman, A. (2017). Mentalizing, attachment, and epistemic trust in group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 67(2), 176–201.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child development*, 62(5), 891–905. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01578.x>
- Fonagy, P.G., Jurist, G., & Target, E. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 14(3), 387–421.
- Koren-Karie, N., Oppenheim, D., Dolev, S., Sher, E., & Etzion-Carasso, A. (2002). Mothers' insightfulness regarding their infants' internal experience: Relations with maternal sensitivity and infant attachment. *Developmental Psychology*, 38(4), 534. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.38.4.534>
- Lyons-Ruth, K., Bruschweiler-Stern, N., Harrison, A.M., Morgan, A.C., Nahum, J.P., Sander, L., . . . Tronick, E.Z. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 19(3), 282–289. doi:[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199823\)19:3<282::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<282::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O)
- Marcoux, A.A., Bernier, A., Seguin, J.R., Boike Armerding, J., & Lyons-Ruth, K. (2017). How do mothers with borderline personality disorder mentalize when interacting with their infants? *Personality and Mental Health*, 11(1), 14–22. doi:[10.1002/pmh.1362](https://doi.org/10.1002/pmh.1362)
- Meins, E., & Fernyhough, C. (2006). *Mind-mindedness coding manual*. Unpublished manuscript. Durham University, Durham, UK.
- Nugent, J.K., Keefer, C.H., Minear, S., Johnson, L.C., & Blanchard, Y. (2007). *Understanding newborn behavior and early relationships: The Newborn Behavioral Observations (NBO) system handbook*. Paul H Brookes Publishing.
- Shai, & Belsky, J. (2017). Parental embodied mentalizing: how the nonverbal dance between parents and infants predicts children's socio-emotional functioning. *Attachment and Human Development*, 19(2), 191–219. doi:[10.1080/14616734.2016.1255653](https://doi.org/10.1080/14616734.2016.1255653)
- Shai, D., & Belsky, J. (2011). When words just won't do: Introducing parental embodied mentalizing. *Child Development Perspectives*, 5(3), 173–180. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2011.00181.x>
- Shai, D., Dollberg, D., & Szepeswol, O. (2017). The importance of parental verbal and embodied mentalizing in shaping parental experiences of stress and coparenting. *Infant Behavior and Development*, 49, 87–96. doi:[10.1016/j.infbeh.2017.08.003](https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.08.003)
- Shai, D., & Fonagy, P. (2014). Beyond words: Parental embodied mentalizing and the parent-infant dance. *Mechanisms of social connection: From brain to group*, 185–203.
- Shai, D., & Meins, E. (2018). Parental Embodied Mentalizing and its Relation to Mind-Mindedness, Sensitivity, and Attachment Security. *Infancy*. doi:<https://doi.org/10.1111/inf.12244>
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: an introduction. *Attachment and Human Development*, 7(3), 269–281. doi:[10.1080/14616730500245906](https://doi.org/10.1080/14616730500245906)
- Slade, A., Bernbach, E., Grienberger, J., Levy, D., & Locker, A. (2005). *Addendum to Reflective Functioning scoring manual for use with the Parent Development Interview*. Unpublished manuscript, City University of New York.
- Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: a preliminary study. *Attachment and Human Development*, 7(3), 283–298. doi:[10.1080/14616730500245880](https://doi.org/10.1080/14616730500245880)
- Stacks, A.M., Muzik, M., Wong, K., Beeghly, M., Huth-Bocks, A., Irwin, J.L., & Rosenblum, K.L. (2014). Maternal reflective functioning among mothers with childhood maltreatment histories: Links to sensitive parenting and infant attachment security. *Attachment and Human Development*, 16(5), 515–533.
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. Karnac Books.
- Stern, D.N. (2010). *Forms of vitality: Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. Oxford University Press.
- Van Ijzendoorn, M.H., Goldberg, S., Kroonenberg, P.M., & Frenkel, O.J. (1992). The relative effects of maternal and child problems on the quality of attachment: A meta-analysis of attachment in clinical samples. *Child development*, 63(4), 840–858. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1992.tb01665.x>

FORSKNING PÅ SELVMORD OG SELVSKADING:

15- og 16-åringers utsatt

Nesten halvparten av alle 15-16-åringers oppgir å ha hatt selvmordstanker eller en form for selvskadende atferd. Men de fleste klarer seg bra i voksenlivet.

Dette kommer fram i en stor oppfølgingsstudie om selvskading og selvmordsforsøk blant ungdom og hvordan dette påvirker ungdommene inn i voksen alder. Det er Norges arktiske universitetet i Tromsø (UiT) som står bak studien. Resultatene baserer seg på en spørreundersøkelse blant nesten 4000 tiendeklassinger i Nord-Norge mellom 2003-2005, noe som utgjør 68 prosent av disse kullene. Forskerne delte inn selvskadende atferd i fire ulike grupper, fra selvskading uten tanker om å ta livet sitt, til selvmordstanker med eller uten selvskading, og til slutt selvmordsforsøk.

Forskerne delte inn selvskadende atferd i fire grupper, fra selvskading uten tanker om å ta livet sitt, til selvmordstanker med og uten selvskading, og til slutt selvmordsforsøk.

- Blant de som hadde gjort selvmordsforsøk, hadde litt over halvparten senere enten vært langvarig arbeidsledig eller mottatt langvarige trygdeytelser. En tredjedel av dem hadde psykiske vansker i ung voksen alder, sier Christian Eckhof, førsteamanuensis ved Det helsevitenskapelige fakultetet ved UiT, i en artikkel på universitetets nettside. Eckhof er også førsteforfatter av forskningsartikkelen om studien.

Til sammen oppga 44,2 prosent av 15-16-åringene å ha hatt en form for selvskadende atferd. Generelt rapporterte kvinnene mer selvskadende atferd enn mennene.

Samiske gutter rapporterte 2,5 ganger mer selvmordsforsøk i undersøkelsen enn ikke-samiske gutter, mens det var ingen forskjell mellom samiske jenter og ikke-samiske jenter. Utover dette var det ingen signifikant forskjell mellom samisk og ikke-samisk ungdom når det kom til de andre typene av selvskadende atferd og senere vansker, ifølge studien.



Illustrasjonsfoto: David Jensen/UiT

Flere barn med autisme

På landsbasis har 7 av 1000 barn autisme, men variasjonene mellom regioner er store. I Rogaland har 10 av 1000 barn autisme

Det er i oppdaterte tall fra den såkalte autismestudien i den norske mor, far og barn-undersøkelsen (MoBa) at disse tallene kommer fram.

Resultatene fra autismestudien viser at fylkestallene varierer fra 3 av 1000 barn med autismspekterforstyrrelser i Hedmark til 10 av 1000 med denne typen lidelser i Rogaland. Hedmark, Aust-Agder, Vest-Agder og Nordland ligger alle under landsgjennomsnittet, mens Møre og Romsdal og Rogaland ligger over landsgjennomsnittet.

- I fylker med lave tall for autisme kan det se ut til at mange med tilstanden ikke blir oppdaget av helsevesenet eller får diagnosen sent, særlig blant jenter, sier hovedforfatteren av studien, Pål Surén, i en artikkel på nettsidene til Folkehelseinstituttet.

Fra 2008 til 2016 økte andelen med autismediagnose i alle aldersgrupper.

- Vi ser at bruken av diagnosen øker over tid i alle aldersgrupper og hos begge kjønn. Derfor tror vi at den samlede andelen som får autismediagnose før voksen alder, vil ligge godt over 0,7 prosent, sier Pål Surén videre.

Det er også flere gutter enn jenter som får diagnosen, ifølge studien:

11 av 1000 gutter mot 3 av 1000 jenter i Norge hadde diagnosen ved åtte års alder. Det var med andre ord 4,4 ganger så mange gutter som jenter som var registrerte med diagnosen ved fylte åtte år.

En klinisk dystopi

TEKST

Elisabeth Tuft Sand,
psykologspesialist,
Seniorklinikken

Tirsdag den 13. januar 2032 implementeres det nye behandlingstilbudet «Frisk» i psykisk helsevern. Enhver som har problemer eller er ulykkelig, ung så vel som gammel, kan laste ned Frisk-appen til sin enhet. Appens tiltalende blå firkløver-ikon vitner om veien til et bedre liv, med garantert og synlig resultat.

Etter at du har lagt inn dine personalia, tildeles du et 24-sifret behandlingsnummer. Tidsvinduet for denne manøveren er en klokke-time. Alt må skrives ned med den største nøyaktighet i løpet av tiden du har til rådighet, ellers kan det bli forsinkelser og problemer med behandlingen. Er du tuslete eller har store problemer, er det best å få hjelp fra en pårørende.

Når dine data er registrert, mottar du beskjed om at du er satt på venteliste. Det går vanligvis ikke mange uker før appen skifter farge fra grønt til blått: tegnet på at utredningen er i gang.

Du utredes deretter med en sjekkliste anbefalt av Helsedirektoratet. Informasjonen du har lagt inn, blir videre behandlet av ISO-14-sertifiserte medarbeidere med avtalehjemmel, i blant annet India, Malaysia og Kina. Det pågår diskusjoner om hvor den beste behandlingen gis, men det er den enkelte bruker som bestemmer hvor dine data skal behandles. Din valgfrihet er med andre ord sikret, noe som er svært viktig for din opplevelse av å få god behandling.

Underveis i behandlingsforløpet kan du logge inn på appen for å sjekke hvordan dine skårer gradvis bedres, i gode hender hos medarbeidere som kan sine saker. Gradvis løftes

du opp på alle humørskalaer, og du vil kunne registrere at dine problemindeksler får tiltagende synkende verdi. Skalaer og indekseringer er levende visualisert, også i 3D. Resultatet er til en viss grad randomisert, styrt algoritmisk, men alle er garantert å få en positiv tilbakemelding om at det går bedre.

Diplom for fullført behandling kan da printes ut. Diplomets design er muntert og kommuniserer godt budskapet som formidles. Passer A-4 rammer som kan kjøpes billig på IKEA. Del gjerne resultatet med dine nærmeste og mindre nære på sosiale medier. For ekstra betaling kan resultatet visualiseres i 3D-print-versjon, noe som vil gjøre at du faktisk kan ta og føle på din fremgang. Og bedre enn det kan knapt en behandling bli.

Det er bred enighet om at denne tilnærmingen sikrer alle innbyggere et tilbud i psykisk helsevern. Effektiviteten kan måles, og helsebudsjettet er vesentlig redusert. Det går imidlertid rykter om at det fortsatt holdes liv i individuell samtalerapi ved noen private klinikker i Sveits. Men som de fleste forstår, er det vanskelig å slå fast hva som kommer ut av slikt. Effekten er vanskelig å måle, det blir opplagt for diffust og lite målrettet. De aller fleste ser heldigvis på slikt med betydelig skepsis og oppfatter dette som gammeldags.

Om tre måneder blir behandlingstilbudet vesentlig forbedret. «Frisk» vil da fremstå med supplerende lydsignaler, oppmuntrende heia-rop, og du vil få høre en solid applaus når behandlingen er endelig avsluttet. ✕

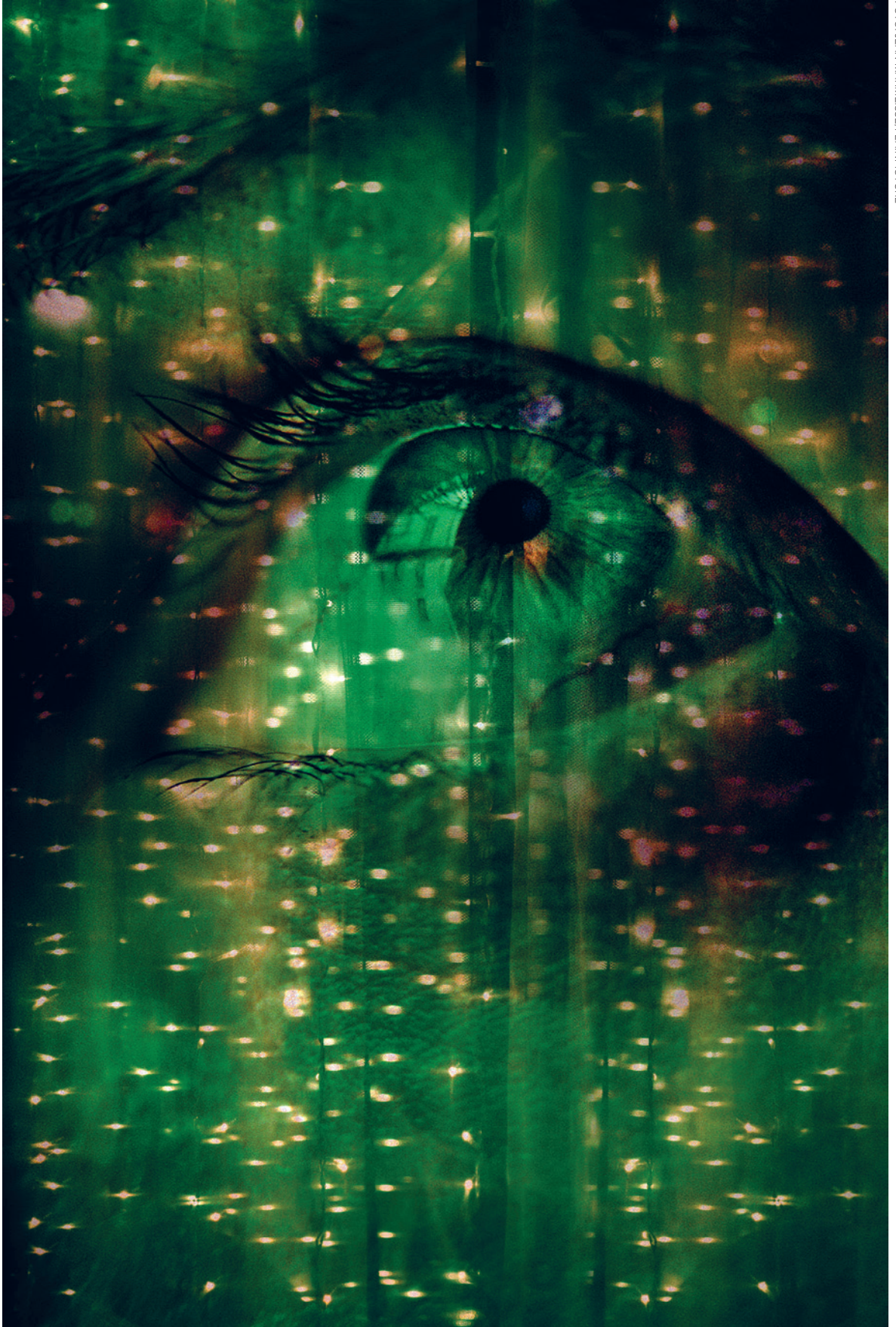


FOTO: JEAN MARRESSE/PLAINPICTURE

NOTIS

Angst, for jenter

Flere jenter blir diagnostisert for angstlidelser.

Fra 2010 til 2015 var det en økning i antall barn og unge som fikk en angstdiagnose for første gang, viser en studie Folkehelseinstituttet (FHI) har gjort.

Økningen er spesielt blant jenter.

Andelen som blir behandlet med medisiner, er stabilt lav: rundt 1 av 6.

Angstlidelser er ifølge FHI den vanligste gruppen psykiske lidelser blant barn og unge. De vanligste enkelt-diagnosene er spesifikke fobier, sosial fobi og separasjonsangst. Dagens kliniske retningslinjer anbefaler først og fremst kognitiv atferdsterapi som førstevalg for behandling av angstlidelser, tvangslidelser og posttraumatisk stresslidelser hos barn og unge.

I perioden 2010 til 2015 fikk totalt 19 154 barn og unge (61 prosent jenter) førstegangs angstdiagnose i primærhelsetjenesten, som regel hos fastlegen. I samme periode fikk 17 115 barn og unge (61 prosent jenter) førstegangs angstdiagnose i spesialisthelsetjenesten.

Studien som viser dette ble nylig publisert i tidsskriftet *European Child & Adolescent Psychiatry*.

Førsteforfatter Helga Ask er seniorforsker ved Folkehelseinstituttet. Hun opplyser til fhi.no at økningen i tallet på diagnoser er størst blant ungdom og sier at økningen i angstdiagnoser blant jenter i ungdomsalderen kan ha flere forklaringer.

- Vi vet at mange ungdommer med angstproblem aldri søker hjelp. Økningen i diagnoser kan være en følge av økt kunnskap om psykisk helse, eller lavere terskel for å oppsøke lege. En annen forklaring kan være at flere får angst. Endringen kan også speile endringer i diagnostiseringspraksisen til leger og psykologer, sier Ask.

Psykologtidsskriftet

Fra arkivet: 1993

Psykologloven fyller 20 år

Først i 1974 fikk psykologene offentlig godkjenning og «ble definert ut av kvakksalverloven». Det er derfor en lang utvikling som ligger bak at en nå som en selvfølge bruker psykolog som yrkesbetegnelse, og at psykolog allment forbindes med en profesjonsbakgrunn som gir status, prestisje og praktiske forutsetninger for yrkesutøvelsen. (...)

For Norsk Psykologforening hadde spørsmålet om offentlig godkjenning av psykologer vært en hovedsak gjennom mange år. Mest presserende var spørsmålet for de kliniske psykologene som møtte stengsler i yrkesutøvingen og ved spørsmål om formelt ansvar. Men også for psykologer innen andre arbeidsområder var det av sentral betydning å få de rettigheter og plikter som knyttet seg til offentlig godkjenning. (...)

Psykologene ønsket også generelt å bli bedre hørt i helsetjenesten, blant annet ved en stilling for psykolog i Helsedirektoratet. I 1969 ble dette ønsket etterkommet, for Sosialdepartementet (ved Helsedirektoratet) trengte en psykolog til å arbeide med forslaget til psykologlov. (...). Jeg hadde som formann i Psykologforeningen 1963–1965 og 1968–1969 vært med å fremme kravene om fortløpende på lovarbeidet (...) og var dermed i en situasjon hvor det ble vesentlig å ta konsekvensene. Jeg fikk permisjon for ett år for å arbeide i departementet, men fant det så interessant at jeg fortsatt er tilknyttet departementet. (...)

Sosialdepartementet hadde mottatt utvalgets «Innstillingen om regler for psykologers yrkesutøvelse med videre» i 1964 og høringsuttalelsene i 1966 (...). Dette materialet var fundamentet for arbeidet med en psykologlov. Men utviklingen tilsa en ajourføring, og fra innstillingen til departementets lovfremlegg i 1972 kom det inn viktige endringer. Det er vanskelig å vurdere hvor meget dette skyldtes utviklingen i profesjonen eller den generelle samfunnsutviklingen. Men tidsfaktoren syntes å medvirke til at psykologene fikk en sterkere profesjonslov enn hva de kunne oppnådd på 1960-tallet. Psykologloven kom antagelig på et optimalt tidspunkt. Følgende tema om adgangen til å *ta syke i kur* og om bruk av *psykologiske metoder* illustrerer utviklingen fra innstilling til lovfremlegg.

I innstillingen ble hypnose drøftet i et eget avsnitt, idet straffeloven § 364 forbød andre enn leger å bruke hypnose. (...) Sosialdepartementet (...) viste imidlertid til at psykologenes utdanning ga omfattende teoretisk bakgrunn for å forstå mekanismene ved hypnose og å mestre prosessene (...):

«Departementet finner ikke å kunne gå ut fra at en lege uten spesialutdannelse alltid være mer kvalifisert enn

en psykolog på dette området, og man finner det derfor riktigere at leger og psykologer likestilles.»

Ordene «og psykologer» ble foreslått tatt inn i straffelovens § 364. Videre foreslå departementet at «psykolog» ble tatt inn i § 5 i «Lov om innskrenkning i adgangen for den som ikke er norsk læge eller tannlege til å ta syke i kur» («kvakksalverloven»):

«Den som ikke er norsk læge, tannlæge eller psykolog, og som ikke har oppholdt seg her i landet i ti år, eller som har utstått frihetsstraff her eller i utlandet, må ikke ta syke i kur.»

Det å bli «definert ut av kvakksalverloven» var selvsagt av langt større betydning enn spørsmålet om hypnose.

I Ot.prp. nr. 69 [Om lov om godkjenning med videre av psykologer] drøftes at hovedformålet med lover om som hjemler kompetansekontroll, er å sikre minimumskrav for yrkesutøvelsen og en etisk standard. Samfunnet har sett det som særlig viktig å sikre mot misbruk som sikrer berører menneskers liv og helse, og de fleste autorisasjonsordningene har vært knyttet til helsevesenet. Offentlig autorisasjon gir fordeler for dem som godkjennes og vil vanligvis styrke standens faglig og etisk. Men virksomhet som forbeholdes en gruppe, gir en monopolstilling og begrenser yrkesutøving for andre grupper. Yrkesgruppens interesser og allmenne

Det å bli «definert ut av kvakksalverloven» var selvsagt av langt større betydning enn spørsmålet om hypnose.

hensyn må derfor veies mot hensynet til andre profesjoners legitime interesser.

Et slikt dilemma var knyttet til bruk av psykologiske metoder. (...) Det berørte særlig pedagoger og leger (...). Departementet (...) fant imidlertid ikke at det medisinske studium ga tilstrekkelig teoretisk eller praktisk grunnlag for å likestille legene med psykologene i forhold til psykologiske metoder, men dette ville ikke være til hinder for at leger kunne skaffe seg den nødvendige faglige bakgrunn. (...) Det var derfor et brudd med tradisjonene når psykologloven som første autorisasjonslov i helsevesenet brøt legenes likestilte rett til andre profesjoners metoder. (...)

Et hovedproblem ved iverksettingen [av psykologloven] var forholdet til dem som hadde universitetsutdanning i pedagogikk og var tilsatt i stillinger med tittel skolepsykolog. Det hadde på 1960-tallet vært tautrekking mellom pedagoger og psykologer tilsatt i PP-tjenesten, til dels løst ved kompromisser og hva som overflatisk ble karakterisert med at «psykologene fikk pedagogenes lønnsfordeler og pedagogene fikk psykologenes tittel som skolepsykolog». Noen av pedagogene i PP-tjenesten hadde lang yrkeserfaring, og det var naturlig å godkjenne dem etter «bestefarsregelen». Men det var viktig å opprettholde kompetansekravene for tittelen psykolog (...). Noen cand.paed. som hadde utdannet seg for PP-tjenesten eller allerede var tilsatt der, fikk tilbud om påbygging av utdanning gjennom spesielle kurs. Men nye kandidater som ønsket godkjenning som psykolog, ble henvist til å søke opptak i cand.psychol.-studiet (...).

Klager til departementet fra dem som ikke ble godkjent, ble lagt frem for Kongen i statsråd, uten at det endret avgjørelsene. Dette kunne virke hardt overfor enkelte. Men det var viktig å markere kompetansekrav og psykologer som en profesjon med et felles grunnlag gjennom embetsstudiet eller med tilsvarende nivå ved utdanning for eksempel fra andre land. Det er ikke tvil om at psykologene dermed fikk en klarere profil med fordeler for rettigheter og ansvarsforhold.

Fra Turid Vogt Grindes «Psykologloven fyller 20 år – vår profesjonalisering i et tidsperspektiv», april 1993.

Tilstedeværelsens omkostning

Av og til kjennes det som om omsorgen er brukt opp.

TEKST

Annicken Martinez-Aasen, psykologspesialist

KONTAKT

annickenm@gmail.com

ILLUSTRASJON

Åge Peterson

Psykologen står i gangen mens hun kjenner svetten på ryggen innenfor vinterjakka. Femåringen sitter på gulvet og forsøker ta på seg den venstre sko. Hun tar sekken hans, roper «ha det» inn til mannen og vender seg mot vogna ute på gårdsplassen, der ettåringen allerede sitter klar. «Få på jakka di, vennen min, nå må vi løpe», sier hun til femåringen, som omsider kommer ut. Hun begynner å trille opp bakken i retning barnehagen, mens femåringen halsler bak: «Vent, mamma!»

Siden 2005 har jeg møtt barn, unge og voksne som strever. Terapeutrollen innebærer å romme, bære og dele andres smerte, du må koble deg til og fra mennesker som har det vondt. Mye av arbeidet på et terapikontor handler dypest sett om regulering og reparasjonsarbeid. Om sår som er så dype at de ikke går over av seg selv, eller at de har fått vokse seg store fordi ingen har vært der for å regulere smerten. Som terapeut møter du personer som fyller deg med følelser og tidvis tapper deg for krefter.

Å være psykolog har blitt en del av min identitet. Jeg lurte ofte på hvilke konsekvenser yrkesvalget mitt har for de menneskene jeg har rundt meg. Hva gjør jobben min med meg? Spørsmålet tematiseres lite. I denne teksten har jeg laget noen små scener fra livet og fiktive vignetter fra praksisen, for å belyse spørsmålet. Noen fortellinger er ubehagelige og muligens skamfulle. Kanskje er det noen som kjenner seg igjen.

OMSORGSSYKLUS

Barna er levert. Psykologen har kommet seg til jobb, og tar en slurk kaffe mens hun logger inn på maskina for å få et overblikk over uka. Hun har mange avtaler, et par møter, noe skrivearbeid som venter. Hun forsøker å se for seg alle

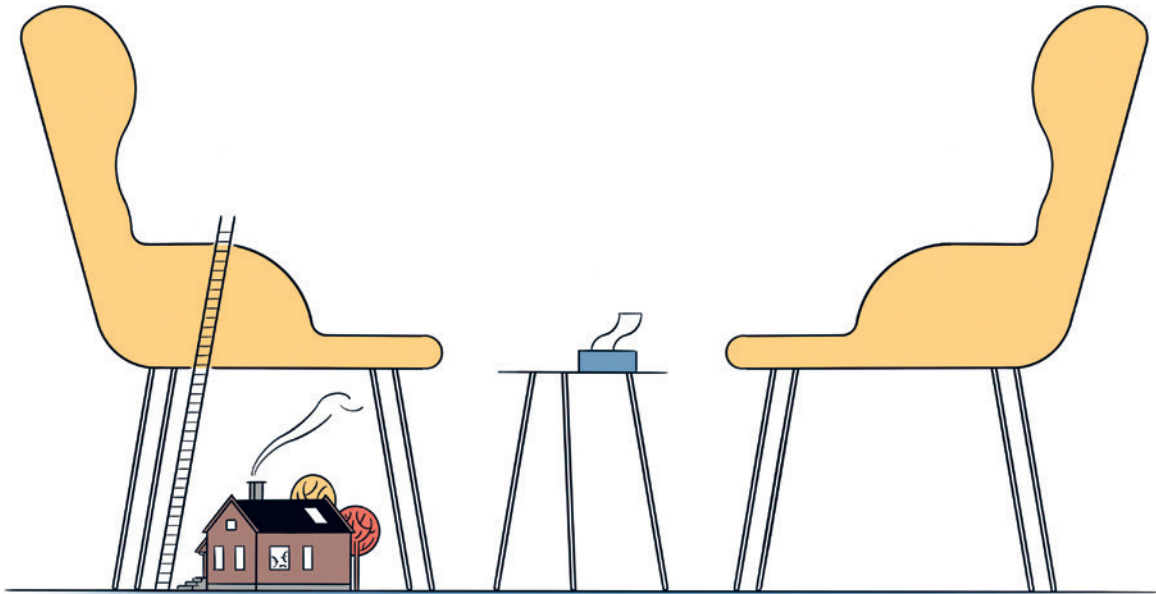
hun skal snakke med i løpet av uka. Til sammen utgjør de en liten skoleklasse.

Omsorgssyklus er et begrep som brukes om terapeutarbeidet: Terapeuter skal koble seg på og etablere nærhet og tilknytning til sine klienter, for deretter å koble seg fra, og til sist avvikle kontakten. Dette emosjonelle arbeidet gjentas om og om igjen gjennom arbeidslivet. Jeg tror ikke kapasiteten til å være emosjonelt til stede for andre, klienter eller de hjemme er ubegrenset, selv om vi er psykologer. Den dystre siden av å engasjere seg i en forpliktende relasjon til noen som lider, kan være å kjenne ansvaret tyngende, kjenne på utilstrekkelighet, smerte og fortvilelse.

Tilstedeværelsen på jobb har en omkostning for privatlivet. Terapeutforskning viser at omsorgssyklusen kan gjøre at terapeuter blir mindre emosjonelt tilgjengelige i nære relasjoner i privatlivet, og at de ikke orker «overfladiske relasjoner» til fjernere venner. Med andre ord, å arbeide med mennesker er noe av det mest krevende vi gjør. Hva om vi bruker opp omsorgen vi har tilgjengelig på jobb? Hva blir igjen til dem hjemme, og hvordan skal jeg som terapeut jobbe med å spare på omsorgen min slik at jeg har en passelig dose igjen til dem jeg omgir meg med ellers i livet?

EMOSJONELL DISSONANS

På venteværset sitter Henriette urørlig i stolen. Hun er stor, tung og sitter helt stille. Psykologen vet hun føler seg nedstemt og ensom. Da hun kommer inn på kontoret, setter hun fra seg den store treningsbaggen og synker sammen i stolen. Det samme gjør psykologen. Stolene, som skal være komfortable, gir så mye etter at Henriette må lene seg litt frem. Det ser ut som hun sitter vondt, hun



er egentlig for stor for den. Psykologen sier hun kan ta bort puta, men Henriette lar den være.

Henriette ser på henne.

Hun blir stille, smiler forsiktig tilbake.

Mellom dem begynner det kjente ubehaget av at ingen sier noe, og som dessuten er i ferd med å begynne å kjede psykologen. Kjedsomheten blir avløst av tristhet, og hun tenker: Jeg kjedes når jeg egentlig skal hjelpe, jeg bør være bedre enn dette. Hun ser for seg alle de megetsigende nikkene til kolleger som tenker sitt, hadde de visst hva hun følte. For å komme ut av ubehaget spør hun: «Hvordan har du hatt det siden sist?»

– Henriette svarer umiddelbart: «Som før.»

På samme måte som sist har hun ikke opplevd noe hun ønsker å snakke om. Det eneste hun har tenkt på, er at hun kjenner hun er på vei ned. Ingenting er bedre eller forandret, og hun har ikke forsøkt å gjøre noe på en annen måte. Hun har lite tilgang på egne følelser, og psykologen tenker at Henriette trenger å få kontakt med noe positivt i seg. I takt med psykologens anstrengelser for å kjenne noe positivt sklir hun lenger unna. Hvorfor kobler hun seg ikke på?

Timen er slutt. Henriette sier at hun kjenner som før: ikke noe spesielt. Så går hun, og psykologen synker sammen tilbake. Tung, motløs og lei, tenker at hun ikke orker mer. Det er tungt å føle seg som Henriette.

Helsepersonell er oftere syke enn andre, og de blir syke av den emosjonelle belastningen. Statens arbeidsmiljøinstitutt og Avdeling for arbeidspsykologi hevder at de helsearbeiderne som oftest er i kontakt med pasienter og klienter, er de som er mest syke. En slik kontakt i fem til seks timer per dag knyttes til uhelse. Det forklares med emosjonell dissonans, ubalansen mellom de følelsene man selv kjenner, og de man kan uttrykke. De som jobber nær pasienter, må undertrykke egne følelser for å uttrykke det som er forventet av dem i yrkesrollen. Å ha liten grad av kontroll over når og hvordan pasientkontakten skal foregå, i kombinasjon med høye krav til emosjonell tilstedeværelse, gjør oss mer syke.

RAMMENES EFFEKT

Det er umulig å reflektere over konsekvensene av psykologens arbeid uten å drøfte rammene vi jobber i. I 1997 innførte myndighetene innsatsstyrt finansiering (ISF) i somatisk spesialisthelsetjeneste. Fra 2017 ble ordningen utvidet til å omfatte polikliniske tjenester innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige. Dette betyr at behandlingsstedene får bevilget penger over statsbudsjettet avhengig av aktivitet, hvor mange som blir behandlet, og hvilken diagnose som behandles. Siden dette er en forholdsvis ny fordelingsnøkkel, »



Hun forsøker å se for seg alle hun skal snakke med i løpet av uka. Til sammen utgjør de en liten skoleklasse

er det fremdeles uklart hvilke konsekvenser den vil ha for den enkelte behandler i spesialisthelsetjenesten, men diskusjonen er i gang. Noen har tatt til orde for at det kan føre til en forventning om at behandlere skal «produsere» mer. Altså ha flere samtaler per dag, koble seg på fler. Finnes det et tak for hvor mange man kan snakke med i løpet av en dag? Og når går rammene og styringsverktøyene utover behandlingskvaliteten?

Å ha et rammeverk som oppmuntrer til økt antall samtaler om dagen, gir signaler til de som jobber i systemet, om hva som er forventet av deg. Indirekte er det det samme som å si at dersom du synes dette er for krevende, er det deg det er noe feil med, ikke systemet. Det er som om det råder en forestilling om at psykologen som ressurs er en uuttømmelig kilde, et verktøy som aldri blir slitt. Når rammene diskuteres, er som oftest hensynet til terapeuten bare med som indirekte tema i diskusjonen. Det vi som terapeuter investerer av oss selv og vår emosjonelle kapasitet, løftes ikke frem. Ikke av oss selv heller – kanskje skammer vi oss.

SKUMGUMMINÆRVÆR

Psykologen venter på neste avtale. Hun henter et glass vann og åpner vinduet på kontoret. Kjenner høstlufta fylle rommet, og ser at bladene på trærne har begynne å gulne. Tømmer hodet ved å koble seg på naturen, og håper kroppen hjelpes ved at hun strekker seg og går litt i rommet. Koble til, koble fra. Hvor mange fler har hun plass til? Tre til i dag, står det i avtaleboka.

Av og til vil jobben skape behov for å skjerme oss. Den danske psykologen Ole Schouenborg skriver at mennesker gjennomgående i beste fall kan være innfølede og nærværende fem timer i døgnet. Han kaller det skumgumminærvær. Etter omtrent fem timer faser terapeuten ut av kontakt, skjermer seg og er ikke lenger ordentlig nærværende. Han mener at omsorgssektoren må omorganiseres for å forhindre utbrenthet og stress. Å være nærværende ser han på som en begrenset kapasitet, som et batteri som er ladet, og som tømmes i løpet av dagen. Tilstedeværelsen må porsjoneres og distribueres gjennom dagen. Ellers går man tom.

I løpet av en arbeidsdag vil en som jobber med omsorg, jevnlig gå inn i det han kaller en standby-tilstand, eller fraværstilstand. Det vil si at terapeuten er passivt til stede heller enn å gå aktivt inn i nære og empatiske samspill. «De trekker seg

tilbake for å beskytte seg selv», skriver Schouenborg. Psykologen mener omsorgsarbeidere er fanget i en «catch 22» fordi de ikke kommer utenom å ta andres problemer inn i sitt eget psykiske system. Og belastningen ved å gjøre nettopp det blir bare tyngre over tid. Mange prøver å bøte på det ved å gå i terapi eller ta videreutdanning, men etter hans erfaring hjelper det lite på situasjonen.

Psykolog og førsteamanuensis Marit Råbu har intervjuet eldre terapeuter om hva yrkesvalget hadde gjort med livet deres, og hvordan helsa ble påvirket. Råbus pensjonerte terapeuter bekrefter det Schouenborg hevder. De beskrev hvordan de med økende alder ble mer sensitive for andres smerte, og hvordan dette kunne gjøre den samlede byrden av lidelse større. Dersom de pensjonerte terapeutene har rett, er det ikke slik at vi kan trene oss opp til å tåle andres smerte bedre. Tvert imot blir belastningen større over tid.

SMERTENS BELASTNING

For mange oppleves arbeid med selvmordsnære klienter som en stor påkjenning. Og det verst tenkelige for en terapeut er at en pasient tar livet av seg. Vi klarer ikke å hjelpe alle. En av de pensjonerte terapeutene Råbu intervjuet, fortalte om hvor sterkt hun ble påvirket av å miste en tidligere pasient i selvmord. Selvmordet var en enkelthendelse som satt igjen resten av livet.

Henrik setter seg. Han sitter med hetta på og ser bort på terapeuten, som vet hun får jobben med å starte timen. Henrik sier det har gått greit siden sist, og kaster et blick bort på terapeuten. Også i timene hos psykologen er det vanskelig å fortelle.

Ingen vet at han tidvis samler på sovepiller. Ingen vet at han i perioder setter seg i bilen og kjører ut på kvelden. Ingen vet at han kjører til en strekning der det er et stup han tenker han kan kjøre bilen utfor for å ta livet av seg. Han har ikke kjørt utfor stupet. Ikke ennå. Ingen vet dette – utenom psykologen.

De pensjonerte terapeutene beskrev at å ta del i andres smerte var særlig vanskelig når de ikke klarte å hjelpe klientene sine til å regulere den. Å høre historier om overgrep og bunnløs fortvilelse og samtidig kjenne på ansvaret for å hjelpe uten å klare det, gjorde noe med dem.

VITALISERENDE ENDRINGSARBEID

Sander setter seg i stolen. Det er 3 måneder siden siste samtale. Han retter på lua og legger inn en



snus under leppa: – Ja nå var det lenge siden sist. Det går så bra med meg. Det hadde jeg aldri trodd da vi møttes. Jeg klarte ikke gå ut hjemmefra, jeg vet ikke om du skjønnte hvor dårlig jeg var da. Panikken var alt jeg så og kjente på. Nå er det som om jeg vet jeg skal klare det. Følelsen av panikk kan ta meg av og til, men nå vet jeg at det går over, og at jeg er sterk nok til å klare livet mitt.

Sekundærvitalisering er en mulig forklaring på hvorfor noen av oss vier livet vårt til å være terapeuter. Psykolog Guro Øiestad beskriver sekundærvitalisering som å bli smittet av klientens vitalitet og mot til endring. Selv om hun til tider kan kjenne seg utmattet og nærmest syk av jobben, kjenner hun seg først og fremst vitalisert fra samtalene. Hun får være med på klientens små seire, en depresjon som slipper, en skam som letter, at folk åpner seg og gjør ting i livet sitt på en annen måte enn tidligere.

I det danske tidsskriftet for pedagoger *Børn og Unge* viet de i 2015 et helt blad til temaet profesjonell kjærlighet: «Pædagoger næres af samværet med børnene». På motsatt side står overskriften: «Pædagoger slides op af tætte relationer». Tekstene omhandler det samme, men konkluderer ulikt. Mest sannsynlig stemmer begge deler, og det er relevant for oss som er hjelpere. Å relatere seg til klienter og engasjere seg gir terapeutene mulighet til å lære å kjenne andre og bidra. Det er en berikelse å kunne ta del i andres personlige liv og utvikling. Jeg kjenner meg ydmyk over-

for alt hva folk tåler å stå i. Jeg må tilbake til Marit Råbus pensjonerte terapeuter. De uttrykker takknemlighet for at det å være terapeut har gitt dem mulighet til å utvikle seg personlig og bli bedre kjent med seg selv. På grunn av møtene med sine klienter har de blitt rausere med andre, mer ydmyke og overbærende overfor andre mennesker. Fordommene ble færre, og de følte seg klokere og mer fleksible, *også i privatlivet*. Terapeutjobben ga en mulighet til å sette pris på gode sider i eget liv uten å ta det for gitt. Det å ha en terapitime var å bruke hele seg selv, og de kjente seg vitale, kreative og menneskelige av dette.

INGEN KLARE SVAR

Hjemme. Barna sover. Psykologen kjenner seg sliten. Hun tenker på barna sine. Håper de føler seg trygge og elsket, og at de ikke om tjue år sitter på et psykologkontor og snakker om hvordan mamma brukte opp følelsene sine på å reparere andres barn.





Å arbeide med mennesker er noe av det mest krevende vi gjør

Antakeligvis finnes det ikke et gitt tall for hvor mange samtaler man kan ha per dag uten at det går utover kvaliteten på arbeidet og livet vårt i for stor grad. Tidvis vil mange pasientkontakter være krevende, og i andre perioder vil det være lettere. Sammensetningen av hvem man har i samtale på et gitt tidspunkt, kan også være avgjørende for den opplevde belastningen. Jeg tror at opplevd grad av kontroll og valgfrihet over arbeidsoppgaver i stor grad bidrar til hvordan man opplever arbeidsmengden sin. Schouenborg skriver at empati og tilstedeværende samspill er en muskel som kan overbelastes, men kan den da også trenes? Marit Råbus seniorer gir ikke noe entydig svar, men jeg tror ikke det.

I tillegg, dersom helsetjenestene ikke tar nok hensyn til hvordan terapeutene har det, står vi i fare for å skape arbeidsplasser med

stor gjennomtrekk, der folk ikke orker å jobbe mer enn i korte perioder. Det vil ha store konsekvenser for dem som trenger hjelp, og det faglige tilbudet i helsetjenesten. Det vil også ha konsekvenser for de menneskene som venter på oss hjemme når samtalen på terapikontorene har stilnet.

Å IKKE BRUKE SEG OPP

Jeg synes det er en gave å få delta i endringsarbeid. Som psykologer er vi privilegerte ved at vi inviteres inn i noen av de mest private og intime prosessene et menneske kan ha. Mulighetene i samspillene vi inngår i, er enorme. I respekt for dem vi møter, har vi ansvar for kvaliteten i vår tilstedeværelse. Og vi skylder de rundt oss å ikke å bruke oss selv helt opp. ✘

REFERANSER

- Bakke, K.A. (2011, 27. oktober, oppdatert 2015, 21. mai). De fleste har lite kontroll. *Dagens medisin*. Hentet fra <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2011/10/27/de-fleste-har-liten-kontroll/?x=MjAxNi0xMi0yMCAyMjowMzozOQ==&x=MjAxNi0xMi0yMCAyMjowMzozOQ==>
- Butler, L.D., Mercer, A.K., McClain-Meeder, K., Horne, M.D., & Dudley, M. (2019). Six domains of self-care: Attending to the whole person. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 29(1), 107–124.
- Hanssen, F.A.S.R. (2017, 3. mai). Faglige hensyn betyr mest [Debat]. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(5), 488.
- Helmikstøl, Ø. (2017, 3. april). Går imot innsatsstyrt finansiering. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(4), 367–369.
- Helsedirektoratet (2019). Innsatsstyrt finansiering 2019 – Regelverk. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/innsatsstyrt-finansiering-og-drg-systemet/innsatsstyrt-finansiering-isf>
- Indregård, A.M.R. (2019, 16. januar). Å arbeide med mennesker kan være tøft for helsa. Hentet fra <https://stami.no/arbeid-med-mennesker-pavirker-helsa/>
- Indregård, A.M.R., Knardahl, S., & Nielsen, M.B. (2018). Emotional dissonance, mental health complaints, and sickness absence among health- and social workers. The moderating role of self-efficacy. *Frontiers in psychology*, 9, 592.
- Jarret, C. (2016, 11. november). «A burden and a privilege», clinical psychologists look back on their life's work. *Research digest*. Hentet fra <https://digest.bps.org.uk/2016/11/11/a-burden-and-a-privilege-clinical-psychologists-look-back-on-their-lifes-work/>
- Lohne, E.B. (2015). Det store spranget fra teori til praksis. *Profesjonell nærhet* [Temahefte]. *Fagbladet*, 38, 20–21.
- Lorentzen S. (2015). Å forstå andre kan være så mangt. *Profesjonell nærhet* [Temahefte]. *Fagbladet*, 38, 11–12
- Jensen, V.B. (red.). (2015). Profesjonell kærlighed [Temanummer]. *Børn og Unge*, 46(4).
- Råbu, M. (2014). Ettetanke. Hva har det å være terapeut gjort med livet mitt? I A.L. von der Lippe, H.A. Nissen-Lie, & H.W. Oddli (red.), *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi*. (s. 291–306). Oslo: Gyldendal.
- Råbu, M., Moltu, C., Binder, P., & McLeod, J. (2016). How does practicing psychotherapy affect the personal life of the therapist? A qualitative inquiry of senior therapists' experiences. *Psychotherapy research*, 26(6), 737–749.
- Rørvik, S.O. & Ringstad, R. (2014). *Selvmedfølelses relevans for terapeuter* [Hovedoppgave]. Psykologisk institutt, UIO. Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/39433/Roervik-Hovedoppgave.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vie, T.L. & Glasø, L. (2008). Følelsesregulering som et jobbkrav. *Magma – Econas tidsskrift for økonomi og ledelse*, 6. Hentet fra <https://www.magma.no/foeelsesregulering-som-et-jobbkrav>
- von der Lippe, A., Nissen-Lie, H.A., & Oddli, H.W. (2014). *Psykoterapeuten. En antologi om terapeutens rolle i psykoterapi*. Oslo: Gyldendal.
- Ottesen, A.M (2015, 09. mars). Dansk psykolog: Omsorg i timevis hver dag er umulig. *Aftenposten*. Hentet fra <https://www.aftenposten.no/okonomi/i/jeO9/Dansk-psykolog---Omsorg-i-timevis-hver-dag-er-umulig>
- Zachrisson, A. (2015). Omsorgsarbeid: kan et begrep fra psykoanalytisk terapi være nyttig? *Profesjonell nærhet* [Temahefte]. *Fagbladet*, 38, 8–10

Meninger



FOTO: ROBER HUFSTUTTER/FLICKR (SIGMUND FREUDS SOFA)



Truet mangfold

Regjeringens forslag om å avvikle tilskuddsordningen for psykoterapi og psykoanalyse kan få vidtrekkende konsekvenser for både pasienter og metodemangfoldet, mener Yngre psykologers utvalg.

Se side 944.

Skadepotensialet i terapi er reelt og skadene kan være svært inngripende, skriver tidligere pasient, Astrid Krahn.

Les hovedinnlegget på de neste sidene.

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

DELTA I DEBATTEN

Spaltene er åpne for alle aktører i samfunnsdebatten.

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

HOVEDINNLEGG

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

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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



Ally K. Peterson
2019

Skadepotensialet må tas på alvor

Jørgen Flor har satt i gang en overmoden diskusjon om bivirkninger i psykoterapi. Skadepotensialet i terapi er reelt, og skadene kan være svært inngripende.

PAKKEFORLØP, SPØRRESKJEMA, manualbasert terapi og ikke minst medikamentell behandling blir gjerne kritisert for ikke å «se» mennesket bak diagnosen. I visse miljøer anses det som mer menneskelig å møte pasientens problemer ved å gå inn i historien og barndommen, og å «møte lidelsen» vedkommende har vært utsatt for. Men er det nødvendigvis slik?

Menneskenes hukommelse er ikke eksakt, og minner er lette å påvirke. Jeg kan ikke alle detaljer om mekanismene i hjernen. Men jeg kan – dessverre – en del om hva som kan skje når fortellingen om ens eget liv blir snudd opp ned. Når fortiden med ett blir mye lumskere. Når et nært familiemedlem som man husker som en trygg omsorgsperson i en ikke helt ideell oppvekst, gradvis muterer i hodet til å bli en overgriper.

Dette skjedde meg da jeg fikk behandling hos en psykolog. Hun var del av det offentlige helsetilbudet, og jeg tok for gitt at hun var kompetent på sitt felt. Når hun begynte å stille ledende spørsmål med vitende ansiktsuttrykk, når hun uttalte «det *må* ha skjedd noe ...», visste jeg etter hvert ikke hva jeg skulle tro. I en situasjon der jeg var forvirret og utrygg fra før, ble hele min livshistorie badet i et dunkelt og uvirkelig lys.

Etter hvert følte jeg at jeg levde i to forskjellige realiteter. I terapiverdenen var det en sannhet at jeg var offer for seksuelle overgrep i en eller annen form. Den overordnede logikken i denne verden var at det var viktig å «tørre å møte historien». På den andre siden sto mitt gamle univers, som familien var en reell del



ASTRID KRAHN, tidligere pasient

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

**TERAPEUTISKE
SKADEVIRKNINGER**





Det som har potensial for å hjelpe, har gjerne også potensial for å skade

av. Selv om jeg også her hadde skremmende opplevelser i bagasjen, var ikke seksuelle overgrep blant dem.

KONSEKVENSEN AV EN «NY HISTORIE»

Ikke bare var det vanskelig å håndtere eksistensen av ulike sannheter parallelt. Uansett hvor jeg befant meg, følte jeg på skam og dårlig samvittighet. Enten for å være feig og ikke konfrontere den nevnte personen eller for å anklage ham for noe så alvorlig som overgrep, når jeg tross alt ikke hadde konkrete minner.

Symptomtrykket økte kraftig, og det tok flere år å bli mer stabil. Enda lengre tid tok det å forstå at overgrepsscenarioene var oppdiktet. Først nå, 15 år etter, begynner den ugne følelsen av uvelhet og utrygghet når jeg treffer den omtalte personen, å slippe taket. Selv om den rasjonelle delen av hjernen min lenge har skjønt at det ikke var hold i disse overgrepshistoriene, tar det så uendelig mye lengre tid å slippe tvilen.

Det som er vanskeligst å slippe, er minner som har vært der fra før, men som har blitt tolket om i terapien. Følelser ble lagt til, detaljer vridd på og sett på med forstørrelsesglass. Om igjen og om igjen. Etter hvert fremsto tidligere nøytrale minner som skumle og skremmende. Samtidig ble det umulig å vite hva som var «det originale bildet». Minner har ikke versjonskontroll.

Terapien den gangen handlet ikke bare om overgrep. Uansett hvilket problem jeg kom med, var oppskriften å se etter hendelser i barndommen som kunne likne på den aktuelle situasjonen. Jeg har ikke grunnlag for å si noe om hvorvidt denne metoden er effektiv for andre pasienter. Men for meg resulterte det i at forståelsen av mitt liv ble mer og mer preget av at alle jeg hadde rundt meg som barn, har vært ondsinnet eller i hvert fall lite empatiske. Det var som å sementere følelsene og gjøre dem enda mer uhåndterbare. Det er ingen handlingsrom i fortiden. Dessuten gjorde denne stadige gravingen i negative aspekter i oppveksten min at min kompliserte relasjon til familien ble enda vanskeligere.

SKADEVIRKNINGENE IGNORERES

Debatten rundt psykisk helse bærer ofte preg av en polarisering. Behandlere som vektlegger livshistorien til et menneske, anses gjerne som «de som er på pasientens side.» Derimot kan behandlere som bruker mer pragmatiske tilnærminger til samtaleterapi – som for eksempel tar i bruk spørreskjemaer eller som fokuserer behandlingen konkret på symptomer – beskyldes for å jobbe mekanisk og for ikke å være empatiske. Medikamentell behandling kan ofte beskrives som upersonlig og direkte skadelig.

Men innen de to sistnevnte områdene er det i det minste en bevissthet rundt problemene som adresseres. Min opplevelse er at terapeuter som bruker for eksempel manualbasert terapi og spørreskjemaer, vet at fremgangsmåten kan virke noe upersonlig, kanskje til og med fremmedgjørende, og de er opptatt av å unngå dette. Om de alltid lykkes er et annet spørsmål. Innen medisin er det et uomstridt faktum at bivirkninger forekommer, og det er en naturlig del av legers hverdag å veie bivirkninger mot positive effekter.

At psykologisk behandling kan virke skadelig, er ikke overraskende. Det som har potensial for å hjelpe, har gjerne også potensial for å skade. Hva som vil hjelpe hvem, er ofte vanskelig å forutse all den tid det ikke er noe én til én-forhold mellom psykiske lidelser og egnet behandlingsform. Men det er helt nødvendig å være bevisst på at feil behandling medfører et betydelig skadepotensial. Det er bare da man kan forebygge eller i det minste minimere disse skadene. ❌

PSYKOLOG

TITTELFORVIRRING Psykologtittelen bør forbli lovbeskyttet, og kun brukes av dem med autorisasjon, mener artikkelforfatteren. Foto: Birna Rørslett/Samfoto/Scanpix

Psykologtittelforvirring

Det har kommet flere forslag til hvordan mastere i psykologi kan bruke psykologtittelen. Felles for de alle er forvirring om hva tittelen innebærer.

DET KOMMER for tiden mange forslag om hvordan man kan bli kvitt beskyttelsen av psykologtittelen. Noen av dem er riktig fantasifulle, andre «nytenkende», for å bruke Paul Moxnes' omtale av sitt eget forslag presentert i Aftenposten (13. november). Årsaken til kampen om tittelen er i det alt vesentlige at mastere i psykologi ikke er fornøyd med tittelen master i psykologi. Det gjelder både de som er utdannet i Norge og i utlandet. Det store trykket på å overta psykologtittelen ble forsterket gjennom at noen av de 5-årige masterprogrammene her i landet på flere områder ble lagt tett opptil det 6-årige profesjonsprogrammet. Det var flere som advarte mot dette da masterprogrammene ble innført, men den gang forsikret forkjemperne for mastergra-

dene om at det aldri ville bli noe problem. Vi ser hvordan det gikk.

TRE TITTELFORSLAG

Jeg har observert tre forslag til hvordan mastere i psykologi kan bruke psykologtittelen, alle innebærer store utfordringer – som mange av forslagsstillerne ikke synes å ha tenkt på:

1. Autoriserte psykologer tar i bruk en annen tittel. Noen har tatt til orde for å kalle dem «kliniske psykologer». Problemene med dette er at det vil føre til forvirring i befolkningen. De som søker psykologhjelp, har krav på å kunne vite hva slags kvalifikasjoner og utdanning vedkommende har. Psykologtittelen er innarbeidet og lovbeskyttet gjennom flere tiår. Folk flest vet hva slags utdanning og kvalifika-



BJØRN RISHOVD RUND, professor i klinisk psykologi/psykologspesialist, Psykologisk institutt, UiO og Vestre Viken HF

PSYKOLOGTITTELEN





Jeg mener i hvert fall veien å gå for masterne ikke er å forsøke å tilrøve seg en tittel som er godt innarbeidet og lovbeskyttet

sjoner en psykolog har. Jeg tror folk flest ville bli like forvirret over tittelen «klinisk psykolog» som «klinisk tannlege» eller «klinisk lege». Og hvor mange vet forskjellen på klinisk ernæringsfysiolog og ernæringsfysiolog? «Klinisk psykolog» ville også skape uklarheter i forhold til spesialist i klinisk psykologi.

Med en autorisasjon og beskyttelse av tittelen «klinisk psykolog» ville følgelig lovbeskyttelsen av psykologtittelen måtte avvikles. Det innebærer at alle – psykiatriske sykepleiere, sosionomer med kurs i gestaltpsykologi, sjamaner, coacher, og for den saks skyld folk uten noen utdannelse i det hele tatt – kan kalle seg psykolog. Enten er tittelen lovbeskyttet, eller så er den det ikke. En tittel som ikke er beskyttet, kan brukes av alle. Ingeniørtittelen er ikke beskyttet. Jeg kjenner folk med de mest forskjellige utdanninger som bruker ingeniørtittelen, uten å ha studert ingeniørfag en eneste dag.

Jeg ser noen mener at om man frikobler psykologtittelen fra psykologutdanningen (cand. psychol.), kunne man i stedet knytte tittelen opp til høyere utdanning i psykologi. Det er ikke så enkelt. Det ville ikke være noe samfunnsbehov for å beskytte den nye psykologtittelen (mastere eller tilsvarende) slik tilfellet er med psykologtittelen i dag ut fra pasientsikkerhetshensyn.

2. Man åpner opp for at mastere kan bruke «bindestrepsykolog»-tittel, med referanse til det fagfeltet man arbeider innenfor, for eksempel klimapsykolog, idrettspsykolog, trafikkpsykolog, hundepsykolog, organisasjonspsykolog. Helsedirektoratet har nå i klartekst gitt beskjed om at det ikke er aktuelt å ta i bruk slike titler, og har begrunnet det på en god måte med at det ville skape tvil om bindestrepsykologen er en med psykologutdanning eller ikke. Jeg skal ikke gjenta disse argumentene her. Det heter i helsepersonelloven § 74 at annet personell må «... ikke benytte titler eller yrkesbetegnelser som er egnet til å gi inntrykk av at vedkommende tilhører en autorisert helsepersonellgruppe og/eller har en beskyttet tittel».

3. Paul Moxnes har foreslått å kalle mastere i psykologi «sivilpsykologer» og beholde tittelen (bare) psykolog for psykologene. Det er interessant – og formodentlig bevisst – at Moxnes da vil bruke tittelen sivilpsykolog om mastere i psykologi, ikke om de med autorisasjon som psykolog. Prefikset «sivil» er jo i andre

sammenhenger brukt av dem med den høyeste/lengste utdanningen i faget; uten prefikset er det gjerne snakk om utdanning av lavere grad, jf. sivilarkitekt/arkitekt, sivilingeniør/ingeniør, siviløkonom/økonom. Utfordringen med denne nye «sivil-tittelen» er den samme som den jeg anførte under punkt 1 og 2: forvirring om hva tittelen innebærer.

HVA ER GALT MED MASTER-TITTELEN?

Jeg har en viss forståelse for at de med masterutdanning i psykologi vil ha en tittel som signaliserer noe om hva slags kompetanse de har. Men hva er da så galt med «mastergrad i psykologi»? Hvorfor forsøke å ta i bruk psykologtittelen, som allerede er opptatt? Mange andre, som for eksempel de som tidligere har brukt «sivil-titler», har nå gått over til å benevne det som at de har en mastergrad i faget, gjerne i kombinasjon med hvilken institusjon de er utdannet ved. Eksempelvis er det blitt vanlig for dem som tidligere kalte seg siviløkonomer – etter innføringen av kvalitetsreformen og etableringen av et utall økonomiutdanninger – å bruke master-tittelen. Siviløkonomtittelen anvendes bare som en tilleggsbetegnelse/sidetittel.

Jeg mener i hvert fall veien å gå for masterne ikke er å forsøke å tilrøve seg en tittel som er godt innarbeidet og lovbeskyttet. Jeg har en mastergrad fra Det medisinske fakultet i Oslo, men jeg har ikke av den grunn tenkt å kalle meg lege. Jeg ser også at de som har en mastergrad i sykepleie, gjør framstøt for å overta noen av legenes arbeidsoppgaver; ikke så merkelig kanskje. Men jeg har ennå ikke sett at mastere i sykepleie vil overta legetittelen.

Behold dagens situasjon

For ordens skyld: Dette er ikke et innlegg i Elte-debatten eller andre varianter av utenlandske utdanninger som må søke lisens – og senere autorisasjon – i Norge (selv om de to sakene har noen fellesgrensesnitt). Dette er et forsøk på å klargjøre hvilke utfordringer det innebærer at mastere i psykologi vil ta i bruk psykologtittelen. Jeg mener det beste er å holde seg til det vi har i dag: en lovbeskyttet psykologtittel som kun kan brukes av dem med autorisasjon som psykolog, og med en profesjonsutdanning i psykologi (cand. psychol.) som basis for autorisasjon. Og mastere fortsetter å kalle seg mastere. ❌

Kommunepsykologer er ikke fastleger

Kommunepsykologen har andre arbeidsmåter enn fastlegen og bør ikke benytte all arbeidstid til individuelle samtaler.

FASTLEGE KENNETH SAGEDAL går i årets utgave ni av Psykologtidsskriftet ut mot lavterskeltilbudet i Bærum kommune. Han hevder det yter rask hjelp når plagen er moderat, men at kommunen er dårligere til å hjelpe dem som strever mest. Jeg setter spørsmålsteget ved hvor hensiktsmessig det er å sette ulike grupper opp mot hverandre, slik Sagedal gjør. Er det lurt å vente med å sette i gang gode tiltak til mennesker har utviklet alvorligere tilstander? Er det at noen har et stort hjelpebehov, et argument mot å gi tjenester til den øvrige befolkningen?

Kommunepsykologer i Bærum jobber på flere måter og nivåer. Vi samarbeider ofte tett med dem som er tettere på ungdommen med psykisk stress. De fleste av oss jobber direkte med samtaler eller oppfølging i enkeltsaker. Vi er opptatt av å komme til tidligst mulig. Ikke for å sykeliggjøre vanlige livsutfordringer, men fordi det er mest effektivt å gjøre gode grep før utfordringene har vokst seg for store. En viktig del av kommunepsykologers og andre fagpersoners kompetanse er kunnskap om risikofaktorer for alvorlig vansker og vurdering av når det er hensiktsmessig med samtaler, og når det er noe annet som skal til. Vi gir tilbud til dem som har normale, men store reaksjoner på belastninger, eksempelvis traumer. Vi gir et håndslag til pårørende til dem som er alvorlig psykisk syke, har somatiske sykdommer eller rusproblemer

Helsetjenestene i Bærum kommune er organisert og drives annerledes enn spesialisthel-

tjenesten. De fleste henvendelsene til psykisk helseteam for barn og unge kommer fra helsesykepleiere på helsestasjonen og på skolene. Slik utnytter vi kunnskapen til helsesykepleiere og andre som er tett på familien. Ungdom og foreldre kan ta direkte kontakt, men vi bruker ikke skriftlige henvisninger, som fastleger gjør til spesialister eller andre instanser. Vi er derimot svært åpne for drøftinger og henvendelser per telefon eller elektronisk fra fastleger og andre viktige samarbeidspartnere.

Vi er fleksible og kan følge opp ungdom og familier i en periode. Utfordringen er at tidsavgrenset oppfølging, enten den skjer i spesialisthelsetjenesten eller i kommunen, ofte ikke er nok til at den psykiske helsen blir bedre. Det er ikke mulig, og kanskje ikke hensiktsmessig, at en kommunepsykolog er tilgjengelig for samarbeid i alle enkeltsaker der det er stor bekymring for psykisk helse.

Kanskje har leger og psykologer noe å lære av dem som jobber utenfor kontoret? Lære om økonomi, boligsituasjon, barnehager, nærmiljø, skole og jobb. Kanskje må vi tenke mer psykososialt og «bredere» enn til å bedre den psykiske helsen i befolkningen. Da må vi også ha forståelse for at kommunepsykologen eller miljøterapeuten har andre arbeidsmåter enn fastlegen, og at det kanskje ikke alltid er faglig klokt å benytte all arbeidstid til individuelle samtaler enten med den som sliter, eller samarbeidspartnere. ❌



KATJA NYMAN,
psykologspesialist,
Bærum kommune,
Skolehelsetjenesten,
Psykisk helseteam for
ungdom

**PSYKISK HELSE
I KOMMUNEN**



Faksimile fra novemberutgaven av Psykologtidsskriftet

Faglig autonomi i spill

Vi trenger en omkamp om innholdet i pakkeforløpene.

ANNE KRISTIN EIKELAND, psykologspesialist og seksjonsleder allmennpsykiatrik poliklinikk Bærum DPS

PAKKEFORLØP

ODD ARNE TJERSLANDS artikkel «Knappeforløp» i Psykologtidsskriftets novemberutgave bør bli en vekker, og jeg støtter hans oppfordring om at vi trenger en omkamp om innholdet i pakkeforløpene. Tjersland har lest hva pakkeforløpene faktisk inneholder, og det er først da – i detaljene – en ser hvor ille dette er.

MANGLENDE SKJØNN

Lenge før innholdet i pakkeforløpene ble konkretisert, var rammeverket for pakkene alt vedtatt. Men da i en form de fleste kunne støtte: Forløpene skulle gi forutsigbarhet og sikre at pasientene ble involvert i utrednings- og behandlingsplan, og behandlingen skulle evalueres underveis. Mens samarbeidspartnere kunne forvente tilbakemeldinger fra spesialisthelsetjenesten. Hvert punkt i forløpet fikk konkrete frister.

Det var her man begynte å kjenne på en begynnende uro. For selv om seks og tolv uker ikke virker urimelig for å konkludere om videre behandlingsplan, så vil det i møtet mange pasienter med komplekse tilstander, tillitsproblemer og ambivalens bli for kort tid. Når dette skjer vil det registreres som avvik. Leser man innholdet i boksene for hvert av forløpspunktene, er innholdet overraskende omfattende og rigid med en sterk tro på det som kan verbaliseres og krysses av for. Kunnskap om skjønn, timing og relasjonsbygging neglisjeres, akkurat som man overser at mange forhold ikke lar seg verbalisere, men fremkommer over tid.

YTRE PÅLEGG

I stedet for å fungere som gode sjekklister for klinikerne har pakkeforløpene blitt til ytre pålegg som ikke tar høyde for den store varia-

sjonen og kompleksiteten vi finner i pasienters vansker og livssituasjoner. I psykisk helsevern er det ikke slik at «one size fits all», hverken når det gjelder metode eller tid. Menneskebehandling er ikke komplisert, men komplekst. Vi snakker om behandling som alltid består av mange variabler, som i tillegg er skiftende og i bevegelse hele tiden. I novemberutgaven intervjues klinikkssjef Anne-Stine Meltzer. Hun omfavner pakkeforløpene, og mener det er feilaktig ledelse som gjør at klinikere opplever pakkeforløpene som stive. Jeg er glad hvis hennes tolkning av muligheter viser seg å stemme. Men i vår klinikk er beskjeden at begrepene «skal» og «bør» betyr pålagt, og dermed noe vi må begrunne og dokumentere hvis det ikke gjøres.

SAMSPILL KONTRA SKJEMA

Målepunktene i pakkeforløpene skal gjøre det mulig å sammenlikne tilbudet både internt og mellom helseforetak. Det en måler, er imidlertid om behandlere gjør «ting riktig», og ikke om en gjør «de riktige tingene». Det som måles, skal så behandlerne kode i form av bokstav- og tallkombinasjoner. Men fortsatt sier ikke målene noe om kvaliteten på møtet, om det ligger gode vurderinger bak det en gjør, om «målingen» har god nok validitet, og om vi tilbyr det pasienten har behov for.

Forskning på vellykkede psykoterapier viser at det ikke er en forhåndsdefinert enighet om mål som er avgjørende, men hva slags prosess og dialog som terapeut og pasient skaper sammen. I relasjonen skapes håp, pasienten gjør nye oppdagelser om seg selv og andre, og ofte endres synet på hva som er gode eller realistiske mål, underveis.

HVA STÅR PÅ SPILL?

Som terapeuter og klinikere må vi utvikle og ivareta en god porsjon autonomi i når vi gjør hva – rett og slett for å være faglige. Spørsmålet er om det lenger blir plass for psykologisk behandling i form av det vi kaller psykoterapi. For psykoterapi er ikke en forutsigbar lineær prosess, slik pakkeforløpene legger opp til. Som Carsten René Jørgensen skriver i sin bok *Den psykoterapeutiske holdning*, kan psykoterapi forstås som en dynamisk-relasjonell modell – og passer ikke inn i en reduksjonistisk medisinsk modell. Begge modeller har lenge nå blitt verdsatt for sine bidrag til bedre kunnskap og praksis. Min frykt i dag er at vi på ny ender med at den reduksjonistiske medisinske modellen blir den dominerende. ✖

Debattert

Ung fremtid

Dugnad: – Når så mange unge voksne rapporterer at de har symptomer på depresjon og angst, så vil det være veldig rart om det ikke fører til at det blir flere unge uføre i årene som kommer. Det er alvorlig, sier Krogstad. Han mener tiden er moden for en nasjonal dugnad for å fremme psykisk helse blant ungdom.

*Steinar Krogstad til
Trønder-Avisa Extra 21. november*

Sats! Fremfor å kutte i livsgrunnlaget til unge, burde regjeringen stoppe underfinansieringen av norske sykehus, sørge for at ansatte i NAV har tid til å gjøre jobben sin, reversere kuttene i arbeidsmarkedstiltak og gjøre festtalene om satsing på psykisk helse til en realitet.

*Elise Bjørnebekk-Waagen for redaksjonen
i Våganavise 21. november*

Tannløst: Opptappingsplanen for barn og unges psykiske helse er en tannløs kunnskapsoppsummering. (...) Kort sagt er ungdom fra lavere sosiale lag oftere plaget psykisk. Det er som kjent foreldrenes inntekt som er årsaken til barnefattigdom. Barn har ikke en inntekt. Basert på risikoen for psykisk uhelse knyttet til fattigdom trenger vi en opptappingsplan med en holistisk tilnærming til barn som lever i lavinntektsfamilier med forebyggende tiltak rettet mot familiene.

*Mina Gerhardsen og Tove Gundersen
skriver i Rogaland Avis 22. november*

Fanesak: God psykisk helse bør være fanesaken i utviklingsministerens nye strategi for «ikke-smittsomme» sykdommer. (...) Skal vi løse hovedproblemet når det kommer til de ikke-smittsomme sykdommene må vi legge til rette for at barn får mulighet til å utvikle sitt fulle potensiale. Vi må ta psykisk helse og psykiske lidelser på alvor. Slik bygger vi enkeltpersoner, lokalsamfunn og verdenssamfunn. Vi venter spent på strategien.

*Sissel Aarak, Ragnhild Dybdal og Helene Christie
i Dagen 22. november*

EU godkjenner ikke psykologer

Det finnes med god grunn ikke noe godkjenningssystem for yrkesutøvelse i psykologi i EU-regi.



OLE TUNOLD,
generalsekretær
i Norsk psykolog-
forening

EUROPSY

PROFESSOR TIM BRENNAN refererer til «EUs godkjenningssystem for yrkesutøvelse i psykologi; EuroPsy» i novemberutgaven av Psykologtidsskriftet (se «Bindestrek til besvær»). Men EU har *ikke* et godkjenningssystem for yrkesutøvelse i psykologi. EuroPsy er utviklet og forvaltet av EFPA (European Federation of Psychologists' Associations), ikke av EU. Dessuten: EuroPsy er en kvalifikasjonsstandard, ikke et godkjenningssystem.

Man kan spørre seg hvorfor EU ikke har et godkjenningssystem for psykologer, når de har etablert en automatisk godkjenning (automatic recognition) for blant annet leger, tannleger, farmasøyter og sykepleiere. Dette er helseprofesjoner som med få begrensninger kan praktisere yrket sitt innenfor EU og EØS-området. Men hvorfor ikke psykologer?

REGULERING AV PROFESJONEN

EU la i 2016 frem resultatet av omfattende gjensidig evaluering (mutual evaluation) av en rekke regulerte profesjoner, blant dem psykologprofesjonen. Formålet med evalueringen var å inspirere medlemslandene til å vurdere om dagens reguleringer var nødvendige, proporsjonale med formålet og ikke-diskriminerende. Blant annet ble klassifikasjonssystemet ISCO (International Standard Classification of Occupations) lagt til grunn. Her figurerer 'psykolog' som en undergruppe av «Social and religious professions». En rekke oppgaver for psykologer ble listet opp, men selvstendig behandlingsansvar nevnes ikke.

Evalueringen viste at adgang til profesjonen var svært forskjellig organisert og regulert i medlemslandene. Utdanningen varierer fra fire til ti år. Noen land regulerer tittel, andre regulerer aktiviteter. Det er få EU-land som ikke har regulering. Luxembourg er ett av disse, og begrunner det med at regulering er unødven-

dig siden forbrukerne er i stand til å ta informerte valg. Et pussig synspunkt i lys av det norske offentlige helsevesen, men kanskje ikke så pussig hvis ikke psykologene utfører offentlig finansierte tjenester for samfunnet, under personlig ansvar.

Evalueringen gikk i liten grad inn på spørsmålet om de enkelte lands reguleringer henger sammen med organisering av helsevesenet og psykologenes rolle. Om profesjonen er sammenlignbar over landegrensene, avhenger blant annet av hvor utviklet landets helse-tjenester er, samfunnets syn på mental helse og sammensetningen av, antallet og rollene til helsepersonell. Grad av psykologens autonomi, behandlingsregimer og organisering av helse-tjenestene, ikke minst på kommunalt nivå, spiller også en rolle. Psykologprofesjonen i Europa er langt fra ensartet.

EUs *Compass for Action on Mental Health and Well-being* (2013) hevder: «Variasjoner i tilgjengeligheten av faglige ressurser viste også påfallende forskjeller, med veldig store, uforklarlige variasjoner i antall psykiatere og psykologer mellom landene.» Kanskje kan disse forskjellene tilskrives at psykologer har fundamentalt forskjellige roller i Europa. Da blir ikke forskjellene så påfallende.

I Norge er psykolog en helseprofesjon. Psykologene utgjør den desidert største behandlergruppen i psykisk helsevern. De har også selvstendig behandlingsansvar i kommunene og i privat praksis, enten de har spesialistgodkjenning eller ikke. Mange blant publikum – både politikere, universiteter, pasienter og våre medlemmer – tar for gitt at situasjonen er lik også i andre europeiske land. Det er den ikke.

Helsepolitikk er et nasjonalt anliggende som ikke (over)styres av EU. I forarbeidene til EUs kvalifikasjonsdirektiv slås det fast at det



Faksimile fra novemberutgaven av Psykologtidsskriftet

er opp til medlemsstatene selv å bestemme hvilken grad av beskyttelse de ønsker for folkehelsen, og hvordan denne beskyttelsesgraden skal oppnås.

EUROPSY

EuroPsy-sertifikatet ble lansert i 2010 etter 20 års utviklingsarbeid. EuroPsy gir eksplisitt *ikke* tillatelse til å praktisere som psykolog, men dokumenterer at man har minst fem års gjennomgående høyere utdanning i psykologi, pluss ett års veiledet praksis. Sertifikatet gis i fire 'basic'-kategorier: Clinical and Health, Work and Organisational, Educational og samlekategorien 'Other'. I tillegg finnes det to EuroPsy-spesialistsertifikater: ett i psykoterapi og ett i arbeids- og organisasjonspsykologi.

Av EFPAs 39 medlemsland har foreløpig 24 land tatt i bruk EuroPsy. Men bare rundt tre prosent av europeiske psykologer har foreløpig blitt tildelt sertifikatet. Mange av disse fikk sertifikatet basert på overgangsregler, uten å måtte dokumentere at alle kravene var innfridd.

EuroPsy var ellers et kompromiss mellom land som ønsket at sertifikatet skulle baseres på en generalistutdanning (noe som ikke minst gjaldt de nordiske landene), og land som ønsket

at sertifikatet skulle reflektere en spesialisert grunnutdanning. Kravet om ett års veiledet praksis kom etter omfattende diskusjon, da veiledet praksis ikke er særlig utbredt i medlemslandene.

Opprinnelig var forventningen til EuroPsy at sertifikatet skulle bidra til økt mobilitet. Men i senere tid har ordningen blitt brukt som en rettesnor for utdanning, særlig i land der denne har vært fragmentert.

Et hovedanliggende for EFPA som organisasjon er å løfte psykologprofesjonens relevans og anerkjennelse i samfunnet. EuroPsy har bidratt til det. Det har også EFPAs modellkode for fage-tikk. Et tredje prosjekt har vært å etablere en mal for regulering av profesjonen. Dette arbeidet har vist seg komplisert og tidkrevende og er fortsatt ikke ferdig.

EuroPsy er altså først og fremst en standard til hjelp for de land som ikke har en etablert struktur for psykologiutdanninger. Profesjonsstudiet i Norge er, til forskjell fra de fleste europeiske land, strukturert som et sammenhengende løp med integrert ferdighetstrening og fremfor alt innrettet mot en helt spesifikk profesjonsrolle. For den norske psykologprofesjonen er derfor ikke EuroPsy gullstandarden. ❖



EuroPsy er en kvalifikasjonsstandard, ikke et godkjenningssystem



ARNSTEIN SØVIK,
psykologspesialist

PAKKEFORLØP

Verdien av å prøve seg frem

Det finnes pakker som ikke burde åpnes.

PAKKEFORLØPENE HAR GJORT sitt inntog i psykisk helsevern for barn og unge. Kort forklart, nå skal det gå raskere med utredning, bli mindre forskjeller i tilbudene til pasientene, og det skal tilbys rett behandling til de enkelte vanskene. Samtidig skal brukerne av våre tjenester få større muligheter til medvirkning. I praksis betyr pakkeforløpene også flere frister, nye målinger og større press på behandlerne. Det innføres nye dataprogrammer som er utstyrt med farger som vi vanligvis forbinder med trafikklys. Grafer og piler som alt sammen skal illustrere om vi har gjort jobben vår eller ikke. Hvordan pasienten egentlig har det, eller hvem pasienten i det hele tatt er, sier disse strekene og pilene lite eller ingenting om. Selvsagt er ambisjoner viktig. Når jeg tenker på disse ambisjonene (rask utredning, riktig diagnose, best mulig behandling), kommer jeg på en historie fra noen år tilbake i karrieren.

«ERIK»

Noen pasienter, eller burde jeg si forløp, setter spor i oss. Erik var midt mellom barn og ungdom da vi ble kjent. Det er ingen litterær overdrivelse å si at Erik hadde store vansker på det tidspunktet i livet. Erik grudde seg til alt og bekymret seg mye! Alt var skummelt, vanskelig og uoversiktlig. Spesielt skolen var et mareritt. Et mareritt som måtte oppleves hver dag. Fem minutter etter at han kom hjem, begynte han å grue seg til neste dag.

De fleste vet at skole er viktig, og når skolefraværet blir høyt, begynner det ofte å skje ting. Det som skjedde med Erik, var at han ble henvist til BUP. Der ble han undersøkt og utredet

før han fikk en eller annen diagnose som på det tidspunktet passet best. Alt dette av en annen behandler enn meg. Jeg kom tilfeldigvis til å ta over ansvaret, som det heter i psykiatrien, for Erik som pasient. Ferdig diagnostisert skulle jeg tilby han behandling for vanskene han hadde. Det er her min og Eriks historie begynner.

Med fare for å avsløre flere enn bare meg selv: Det er ofte litt kjedelig å ta over pasienter etter andre behandlere. Å bruke tid på å lese side etter side om hva andre har tenkt, vurdert og observert, er ikke like spennende som å oppdage ting selv. Så den biten hoppet jeg lett over. I stedet inviterte jeg Erik inn til en samtale. Basert på det lille jeg hadde fått med meg fra før, var det snakk om noe angst, trolig separasjonsangst. «Heldigvis, ikke noe mer alvorlig», tenkte jeg. Som ny og uerfaren terapeut var jeg naturligvis litt redd for tyngre diagnoser.

Da Erik kom til timen, forstod jeg raskt at angsten han hadde med seg, var reell. Erik var så engstelig og nervøs at han nesten ikke kunne snakke. Han kommuniserte gjennom en lapp han hadde skrevet på forhånd, og selvsagt gjennom moren, som også var til stede i timene. Erik og moren opplevdes som en enhet jeg ikke kunne separere. Som fersk terapeut kjente jeg selv på prestasjonsangst, for hvordan skulle jeg klare å behandle denne angsten samtidig som en forventningsfull mor sitter på orkesterplass og følger med?

Hvordan gå frem for å separere Erik og mor slik at jeg i det minste kunne late som jeg var en terapeut? Plutselig gikk det opp for meg. Vi hadde egentlig et felles mål alle sammen. Bli kvitt den mammaen fra kontoret mitt! Eller

det var mitt mål. Eriks mål ble formulert litt annerledes, «klare å være på kontoret mitt uten mamma til stede».

Vi øvde med praktiske øvelser, på ulike måter. Jeg måtte eksponeres litt for moren, og Erik måtte eksponeres litt for separasjonsangsten. Moren fikk en pause og ventet tålmodig på gangen. Sikkert i den tro at her foregikk det ekte behandling. Gradvis ble spillerommet større, og jeg som terapeut ble mer selvsikker. Tiden gikk og resultatene kom, merkelig nok. Jeg skal ikke gi fra meg æren for dette resultatet helt ennå. Først vil jeg bare forsiktig påpeke at jeg på det tidspunktet ikke kunne noen spesifikke metoder for behandling av angst. Bortsett fra at jeg var utstyrt med tre hellige komponenter: Gjennom eksponering, avledning og skalering ble behandlingen skapt der og da, blandet med en rikelig porsjon dagligdags samtale om temaer som Erik likte. Nå var den faktiske situasjonen slik at Erik gjorde større fremskritt enn vi hadde ventet. Vi utvidet arbeidet, der adskillelse fra mor på flere arenaer stod sentralt. Vi hadde et slags mål og en metode vi begge trodde virket. Og virket gjorde det. Placeboterapi, forankret i en god relasjon, tenkte jeg for meg selv.

Tilbakemeldingene levnet heller ingen tvil: Det gikk bedre hjemme. Det gikk bedre på skolen. Erik ble mer aktiv på fritiden. Han fortalte til og med at han følte seg bedre. Så, hva mer kan en ønske seg? Erik, som hadde slitt i flere år, var i hvert fall fornøyd. Terapeuten som bare hadde slitt en liten stund, var selv i ekstase. Naturligvis.

HVA VIRKER?

Så kom dagen for avslutning. Alle formaliteter og prosedyrer ble fulgt. I epikrisen ble utredning og behandlingen presentert. Alt så bra ut. Veldig bra faktisk, helt til jeg oppdaget noe uventet. Noe uventet som satte Erik og historien i et nytt lys. Jeg kikket forsiktig på den diagnostiske vurderingen, utført av en kollega. Der kunne jeg se at Erik ikke hadde separasjonsangst – slik jeg og han trodde. Han hadde en skumlere og mer omfattende angst. En generalisert angst, full av tvangsmessig grubling og bekymringer. En angst som ikke var villig til å diskriminere mellom mor og andre.

Hva hadde skjedd? Var Erik et offer for feildiagnostisering eller for feilbehandling? Hva var det egentlig som hadde virket? Kunne Erik være frisk i det hele tatt? Var det mulig å bli bedre hvis jeg hadde misforstått hva som var problemet?

Noen tanker sitter jeg igjen med. Jeg tror både Erik, helsevesenet og jeg skal være lykkelige for at dette ikke er en historie fra somatikken. Jeg tror også jeg bør være glad for alt jeg ikke visste. Ordet «generalisert» hadde kanskje gjort noe med meg som uerfaren terapeut. Jeg frykter at min naive og lekne holdning ville blitt erstattet med ansvar og usikkerhet. Fortsatt er det mye vi ikke vet og forstår om menneskets psykiske helse, på godt og vondt. I denne fortellingen trodde nok terapeuten at han var langt viktigere enn hva han egentlig var.

PARADOKS

Tilbake til utgangspunktet. Nå, som vi kanskje står på startstreken til en ny og enda mer strukturert tilnærming til barn og unges vansker, er det betimelig å spørre seg hva en står i fare for å miste. Hvilke konsekvenser kan disse pakkeforløpene få, som vi kanskje ikke ønsker? Hva vil standardiserte forløp bety for kreativiteten og alle de faktorene vi ennå ikke vet hva er? Færre forskjeller kan også føre til mer rigiditet. Raskere utredning kan gi dårligere vurderinger som konsekvens, uansett hvor mye eller lite vi leser fra den tidligere journalen. Det er for meg et voksende paradoks at vi stadig ser ut til å bli mer og mer opptatt av å kartlegge nøyaktig hva som er galt, samtidig som vi ofte ikke forstår hva som virket, eller hvorfor det virket.

Med kritiske briller kan en selvsagt spørre seg om vi kunne stått inne for at tilfeldighetene, slik de ble til i denne fortellingen, burde være mal for hvordan man skal møte mennesker. Det generaliserte svaret bør være nei. Men sett fra et ytterpunkt til et annet, er jeg heller ikke overbevist om at røde, gule og grønne piler – i tillegg til grafer og statistikker – bør studeres mer enn vi studerer det faktiske mennesket. Vi må også tørre å erkjenne at dersom «systemet» ikke lenger er til hjelp for terapeuten, så kan det også være en fare for at terapeuten ikke lenger blir til hjelp for pasienten.

Det er nå flere år siden Erik ble utskrevet fra poliklinikken. Lenge før pakkeforløpenes inntog. Erik lever fortsatt lykkelig uvitende om min del av denne historien, men lykkelig likevel. Det vet jeg, for jeg har hatt gleden av å møte Erik flere ganger til uformelle oppfølgingssamtaler. Når jeg tenker tilbake på Erik og denne historien, tenker jeg at den generaliserte angsten var en pakke som i dette tilfellet ikke burde bli åpnet. ✕



Jeg frykter at min naive og lekne holdning ville blitt erstattet med ansvar og usikkerhet

Ulike pasienter krever varierte metoder



Regjeringens forslag om å avvikle tilskuddsordningen for psykoterapi og psykoanalyse kan ramme den viktige metodevariasjonen i faget.

HENRIK WANG-IVERSEN og **ESPEN FALCH-NICOLAISEN**,

Yngre psykologers utvalg (YPU)

TILSKUDDSORDNINGEN

FORSLAGET I STATSBUDDSJETTET om å avvikle Tilskuddsordningen for psykoterapi og psykoanalyse (TVUPP) griper inn i debatten om kvalitet i psykisk helsevern. Yngre psykologers utvalg er bekymret for at en avvikling av tilskuddsordningen vil bidra til å redusere mangfoldet og svekke kvaliteten på tilbudet i psykisk helsevern. Det vil få negative konsekvenser for psykologer i spesialisering, og kan potensielt lede til færre valgmuligheter i spesialistutdanningen.

Debatten det siste året har vist at behandling er under sterkt press i psykisk helsevern. Psykoterapi er psykologens viktigste virkemiddel i å behandle psykisk lidelse. Store metastudier har funnet tilnærmet lik behandlingseffekt mellom terapiretninger. «The dodo bird verdict», som dette resultatet har blitt kalt, etter en karakter i Alice i Eventyrland, kan tolkes dit hen at terapifaget har behov for mangfold for å behandle pasienters forskjellige lidelser. Noen pasienter har behov for målrettede korttidsterapier, mens andre trenger å gå i terapi over lengre tid, individuelt eller i gruppe. Psykisk helsevern behøver spesialister og veiledere med solid kompetanse i flere typer psykoterapi.

Forskjellige terapiretninger jobber ut ifra egne teorigrunnlag, men har til felles at de bygger på god evidensbasert praksis. God kvalitet i psykisk helsevern forutsetter imidlertid tid, ressurser og kompetanse. Dersom morgendagens spesialister skal besitte nødvendig psykoterapikompetanse, må arbeidsgiver tilrettelegge for videreutdanninger i forskjellige psykoterapier, med de eventuelle tilleggskrav disse utdanningene stiller, enten det er til observasjon, videoveiledning, ferdighetstrening eller egenerapi.

NÅR HELSEMYNDIGHETENE SVIKTER

Yngre psykologers utvalg skrev i novemberutgaven av Psykologtidsskriftet om sin bekymring for at helseforetakene ikke prioriterer omfattende og mer kostbare videreutdanninger. Rammene vi i dag blir gitt til behandling i psykisk helsevern, er ikke forenlig med utvikling av terapeutferdigheter gjennom for eksempel deliberate practice og egenerapi. Dersom TVUPP blir avvirket i løpet av 2020, vil det først og fremst ha store følger for de psykologene som i dag spesialisere seg i psykoterapi. For mange psykologer vil det også svekke muligheten til å ta denne type terapiutdanninger, og på lengre sikt kan det bidra til å redusere metodemangfoldet i faget vårt. Tilskuddsordningen dekker utgifter knyttet til obligatorisk egenerapi, som psykologene nå på kort varsel vil måtte betale selv. Dette utgjør en betydelig kostnad, og våre kollegaer risikerer å måtte avbryte sitt spesialiseringssløp.

Helse- og omsorgsdepartementet foreslår at midlene etter TVUPP overføres til nettopp helseforetakene. Det faktum at helseforetakene har ignorert den gylne regel i flere år, tyder imidlertid på at psykisk helsevern må se langt etter disse midlene. Når helseforetakene ikke klarer å forvalte faget vårt, bør Psykologforeningen jobbe for at flere psykoterapiutdanninger skal omfattes av selvstendige tilskuddsordninger, ikke færre.

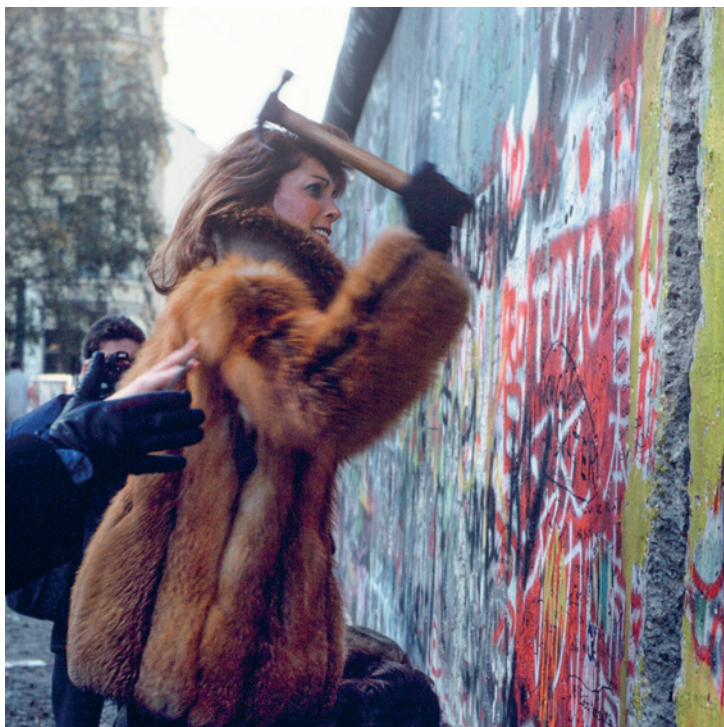
Som fagforening og faglig forening bør vi ikke nøre opp under motsetninger mellom skoleretninger, men heller tydeliggjøre at vi trenger mangfold, og at kvalitet koster. Psykologforeningen bør komme på banen i denne saken for å verne om fagets interesse og jobbe for at psykologer i spesialisering ikke må avbryte sin utdanning. ✕

Inntrykk

Bokessay, anmeldelser og forfatterintervjuer



FOTO: JEAN-PIERRE LACOUR/AP/SCANPIX



Tøysete murer

«Mitt standpunkt er klart: Det er i år tretti år siden Berlin-muren falt. La oss fortsette å rive skadelige og tøysete murer.»

Odd Volden har lest boken Brev til psykologen (s. 594).

Lettvint om skadevirkninger

«Med slurvete begrepsbruk, manglende forståelse av grunnleggende slutningslære etterfulgt av lettvinte løsningsforslag, er det vanskelig å ta bokas formaninger seriøst.»

Tomas Formo Langkaas har lest boken Skadelige samtaler - Myten om en bivirkningsfri terapi (s. 956).

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.

INTERVJU ANNE-LISE LØVLIE SCHIBBYE

Selverkjennelse i borgerkrigens tid

I romanen *Tatt av vinden* oppdaget Anne-Lise Løvlie Schibbye en kultur, et samfunn og en kvinnelig karakter med liten evne til selverkjennelse. Da våknet et engasjement og et ønske om å forstå de prosesser psykologien søker å forklare.

It was a savagely red land, blood-coloured after rains, brick-dust in droughts, the best cotton land in the world. It was a pleasant land of white houses, peaceful ploughed fields and sluggish yellow rivers, but a land of contrasts, of brightest sun-glare and densest shade.

(Margaret Mitchell, *Gone with the Wind*, s. 8)

TEKST Eivind Normann-Eide

FOTO Nora Skjerdingsstad



VERDI Av alle menneskelige egenskaper, hjalp *Tatt av vinden* Schibbye til å sette selverkjennelsen høyest.



FORMATIV ROMAN

Løvlie Schibbye leste *Tatt av vinden* som ungdom, og det ble medbestemmende for hennes livsvalg.

Intervjuet med Anne-Lise Løvlie Schibbye er det siste i rekken av en serie intervjuer, der Eivind Normann-Eide snakker med psykologer om en bok som har betydd mye for dem.

Anne-Lise Løvlie Schibbye vokste opp i Oslo med verdenskrig og tysk okkupasjon. Hun tok sin psykologutdanning og ph.d. i USA, og jobbet deretter som kliniker i Florida, California og New England, før hun vendte hjem. Til Oslo og til Psykologisk institutt, der hun har hatt sitt virke i 30 år. Schibbye har i hele sitt yrkesliv kombinert forskning og undervisning med klinisk praksis. Hennes faglige perspektiv bygger på en psykodynamisk relasjonsforståelse og eksistensfilosofi, som omfatter våre felles værensbetingelser og individuelle forutsetninger for møter med oss selv og andre. Det er nå mange år siden hun offisielt pensjonerte seg, men hjemmet, der det ligger over Oslo, bærer fortsatt preg av et sterkt faglig engasjement. På stuebordet ser jeg fagbøker om nyere nevropsykologi, traumeteori og par-relasjoner. Hun er for tiden opptatt av Porges' polyvagale teori, og det er bare et par år siden hun sammen med sin egen datter gav ut boken *Du og barnet*.

Det er en varm, lummer ettermiddag, og mens vi ser et av sommerens mange torden-

vær komme inn sørfra, setter vi oss i stuen, med to glass kaldt vann, en opptaker og romanen *Gone with the wind* mellom oss.

– *Hvorfor ville du snakke om Tatt av vinden?*

– Det var vanskelig å velge, for jeg har lest så mange bøker, gammel som jeg er. Først tenkte jeg på *Anna Karenina*, som jeg har satt enormt stor pris på. Så slo *Tatt av vinden* meg, før jeg umiddelbart tenkte: Jeg kan vel ikke bruke den? Denne romanen er vel ikke godtatt i det fine selskap? Men for meg er det slik at enkelte romaner har vært bestemmende for mine livsvalg, og så sterkt var det for meg at jeg etter å ha lest denne romanen ville til USA. Til Georgia. Til Atlanta. Jeg skulle finne ut om disse menneskene, om denne sivilisasjonen, som var tatt av vinden. Det var jeg helt sikker på.

– *Hvor gammel var du da du leste romanen første gang?*

– Det må ha vært et par år etter krigen. Jeg var vel 14 eller 15 år da.

– *Førsteutgaven – Gone with the wind – kom i 1936, men handlingen er lagt til de amerikan-*

ske Sørstatene på 1860-tallet, med borgerkrigen som bakteppe. Fra ditt ståsted, hva handler romanen om?

– *Tatt av vinden* er ikke en roman i nobelprisklassen. Dyptpløyende analyser og innsikter ser jeg ikke nå. Men du spurte meg om formative leseropplevelser, og *for* en roman dette var for en ungdom! Det ble for meg en fortelling om kvinnenens rolle og posisjon i samfunnet, som helt opplagt inspirerte meg når det kom til kvinnefrigjøring. For det andre handler romanen om slaveriet og den amerikanske borgerkrigen, med skildringer av menneskets enorme destruktivitet, selvbedrag og ondskap. Jeg fikk selv bearbeidet egne erfaringer fra krigen i denne romanen, den preget altså hvordan jeg kom meg videre. Og innenfor denne rammen dreier det seg først og fremst om Scarlett O'Hara. Scarlett vokser opp på Tara, en stor plantasje i Georgia, grunnlagt av hennes far – Gerald O'Hara. Gerald var gift med Ellen, han var en *rough* og ingen blankskurt mann – han rakk ikke sin kone til skuldrene – og ingen forstod noe av det ekteskapet. Men kjenner vi Ellens historie, blir hennes valg mer forståelig. Hennes livs kjærlighet, fetteren Philippe Robillard, hadde forlatt henne. Med ham forsvant også Ellens livsgnist, og Gerald – som overlykkelig ektemann – overtok hva Margaret Mitchell beskriver som et «gentle shell». Hun blir fjern, noe som preger hennes ekteskap og familieliv, og livet blir fylt av ansvar og pliktfølelse overfor barna, slavene og fattige hvite – alle som trenger hjelp. Ellen dør under borgerkrigen, men av og til dukker hun opp i Scarletts sinn, og skaper en sterk lengsel og skamfølelse. I tillegg følger vi tre andre personer tett: Rhett Butler, Ashley Wilkes og Melanie Hamilton. Scarlett er angivelig håpløst forelsket i Ashley, som gifter seg med Melanie, men den kanskje mest interessante relasjonen utspiller seg mellom Scarlett og Rhett Butler. Scarlett er vant til å ha makt over menn, og de forguder henne. I Rhett møter hun derimot en svært egenrådlig mann – som nok også forguder Scarlett, men han lar henne aldri tro at det er det han gjør, noe som forvirrer henne. Så ja, borgerkrigen danner en ramme eller bakteppe for romanen, men for meg er dette først og fremst en fortelling om Scarletts evne til å overleve, som kvinne, og som et menneske som mister alt. For min del var det selvsagt mye som var annerledes i den verden som beskrives i romanen, samtidig som *noe* også var likt: krigen i Norge, og kvinnesynet på min tid, som på noen måter var i slekt med den tids undertrykkelse av kvinner.

– *Forfatteren, Margaret Mitchell, ble tildelt Pulitzer-prisen for romanen i 1937, og i 1939 ble den filmatisert – en produksjon omtalt som en av de store Hollywood-filmene.*

– Ja, filmen er god, men det kan også være lurt å vente med å se den til du har lest boken. For om du leser romanen, skaper du dine egne bilder. Du lager disse levende figurene, identifiserer deg her eller der; det skjer noe med deg.

– *Du nevner kvinnesyn, slaveriet og bearbeidelse av egne krigserfaringer. Dersom vi begynner med det siste, hvordan hjalp romanen deg til å bearbeide krigen?*

– Min bakgrunn med krig var godt «begravet» – noe jeg ikke tenkte på – men da jeg leste romanen, husket jeg igjen lyden av bomber og kanoner. Vi bodde på Lofthus under krigen, med utsikt over Oslo, og vi var for eksempel vitne til at hjemmefronten sprenget et av tyskernes ammunisjonsskip på Filipstad. Jeg husker angsten for at foreldrene våre skulle bli arrestert. De og deres venner møttes hjemme hos oss for å lytte til illegal radio. De skrev ned nyheter og spredde dem, og de lå på gulvet og »



FOTO: LIBRARY OF CONGRESS

Om forfatteren

Margaret Mitchell (1900-1949) var en amerikansk forfatter og journalist, født og oppvokst i Atlanta, Georgia. *Gone with the Wind* (1936) er hennes eneste roman. Den er oversatt til 18 språk, har solgt over ti millioner eksemplarer, og i 1937 ble den tildelt Pulitzer-prisen i USA. Mitchell døde 48 år gammel, som følge av en trafikkulykke i hjembyen Atlanta.



Jeg lærte om dødsangst
– som noe helt
fundamentalt i oss

fulgte med på kartet, på at russerne og de allierte nærmet seg Tysklands grenser. Med *Tatt av vinden* fikk jeg et møte med krig og ondskap igjen, og jeg opplevde det som veldig virkelig. Det Mitchell får til, er å tegne disse bildene, av general Sherman og «yankeesoldatene» som nærmer seg Atlanta, av de blå og grå blodige jakkene, som lå strødd etter veien, og jeg kunne kjenne igjen dødsangsten og lydene – for vi hørte også smellene fra kanonene. Nå skal det sies at vår krig var milde saker sammenlignet med borgerkrigen i USA, men krigen var like fullt noe vi ikke snakket om. Det var heller ikke noe tema i min egen psykoterapi. Jeg vet ikke hvor mange år jeg gikk i terapi i USA, men jeg snakket aldri om krigen.

– *Var det en form for tabu?*

– Jeg vet ikke, folk ville glemme, tror jeg. Ville ikke snakke om det, ikke tenke på det. Vi skulle legge det bak oss, og bygge landet. For du skjønner at da krigen endelig var over, da var det liksom slutt på all krig. Folk ville videre. Men jeg lærte om dødsangst – som noe helt fundamentalt i oss. Det er vår eksistensielle betingelse: Vi kommer inn i en verden hvor vi blir tilintetgjort om vi ikke får det vi trenger.

– *I flere av dine egne bøker, som i Relasjoner – en dialektisk relasjonsforståelse og Livsbevissthet – skriver du at til grunn for en livsbevissthet ligger også dødsbevissthet. Krigen bidro kanskje til at du allerede som barn fikk en økt bevissthet omkring døden?*

– Ja, kanskje det, som noe uhyggelig og uforståelig. Krig og død går jo sammen. Vi bodde som sagt på Lofthus, og den 10. april skulle vi evakueres, til Røyken utenfor Oslo, der noen i familien hadde en hytte. Vi hadde mye familie som skulle av sted, og jeg og broren min, som da var ett år, satt på et lasteplan, i en pick-up som kjørte oss. På Majorstuen fikk vi beskjed om at vi måtte søke beskyttelse, men det var ikke noe tilfluktsrom der, og vi måtte gå ned i tunnelen under Majorstuehuset. Du vet, der hvor t-banen går inn fra stasjonen. Der ble vi stuet inn, og der mistet jeg kontakt med familien. Det ble for meg et traume, og slik tenker jeg også på sønnen til Scarlett, Wade, som var veldig liten og ble traumatisert under krigen. Scarlett ser ikke sønnen sin, han er bare redd, redd, og i dag vil vi tenke at han utvikler et utrygt tilknytningsmønster, og antagelig senskader. Det synes jeg Mitchell får godt frem.

– *For du var 6–7 år da krigen brøt ut. Dødsangsten var kanskje språkløs der og da, men betyr det at romanen hjalp deg senere med å forstå dybden i opplevelsen?*

– Ja, jeg ble syv år i juni 1940, og jeg fikk en slags opplevelse av ondskap. Mitchells roman gir oss et absolutt og direkte møte med krigens grusomheter, og det kan godt tenkes romanen traff meg såpass sterkt også på grunn av min bakgrunn. Du kan si at jeg har hele tiden visst – mer eller mindre bevisst – at vi lever med ondskap i uendelig mange former. Denne innsikten har jo modnet med årene og vært viktig for å forstå sider ved verden, og ved meg selv, og det har selvsagt vært nyttig i møte med klienter også.

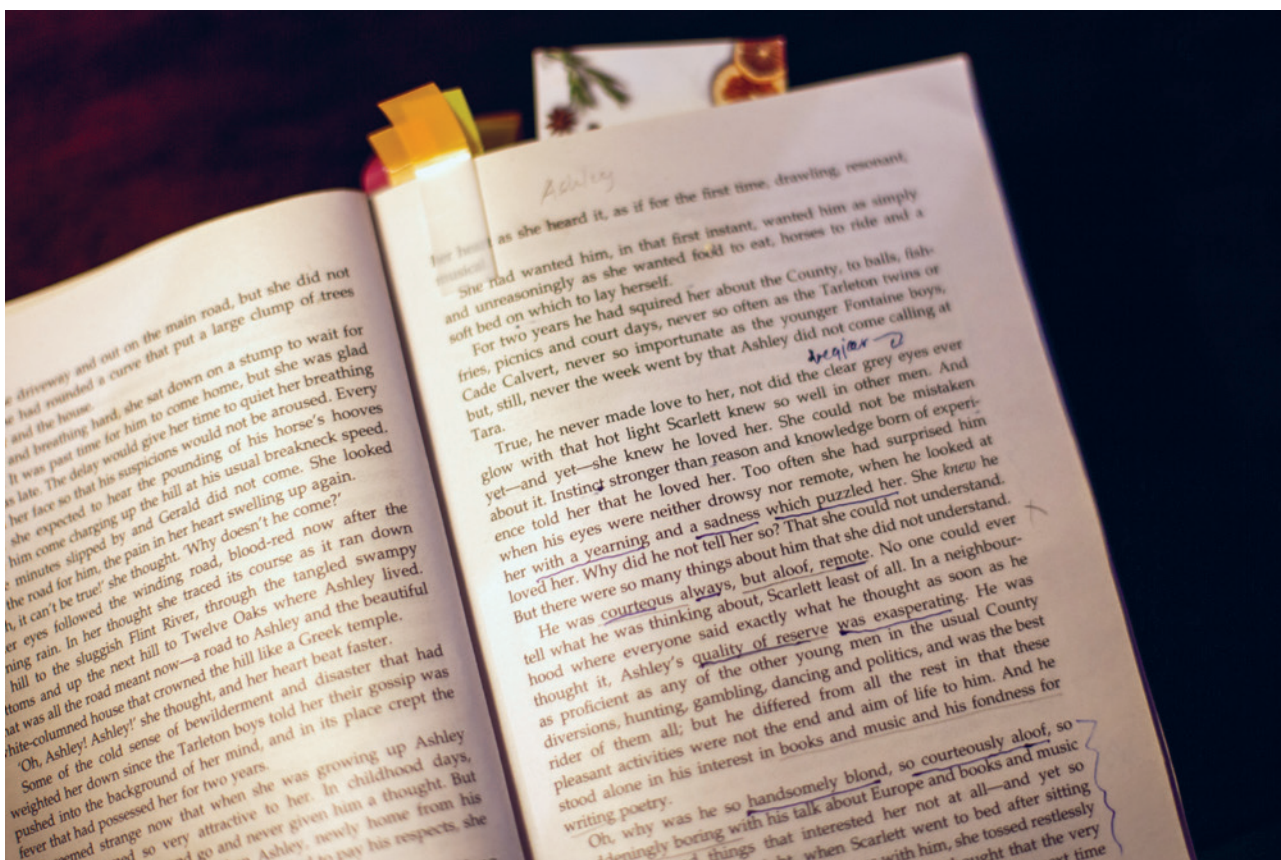
– *Du nevnte at romanen var bestemmende for livsvalg. Hva skjedde?*

– *Tatt av vinden* var opplagt medbestemmende for at jeg dro til Sørstatene, noe som resulterte i at jeg tok hele utdannelsen min, inkludert min ph.d. i psykologi i USA. Jeg hadde fra før av et meget ambivalent forhold til skolen og lærerne mine, og at jeg skulle komme ut med en artium som var bra nok, det var ikke selvsagt. Etter ett år på Universitetet i Oslo, hadde jeg sjekket muligheter for å få stipend direkte fra et universitet, og kom inn på bachelor-studiet på Western College i Ohio, før jeg tok masterstudiet på University of Florida, der jeg til slutt fikk min ph.d.



✓ **STORE TEMAER** *Tatt av vinden* er en roman om slaveriet, borgerkrigen og om kvinnenes underdanige posisjon i samfunnet.

^ **GJENSYN MED KRIGEN** Løvlie Schibby ble 7 år i 1940, og da hun leste *Tatt av vinden* som tenårings, opplevde hun å få et gjensyn med krig og ondskap.



I møtet med Sørstatene husker jeg atmosfæren, dialekten – the southern accent – den spanske mosen, ferskentrær og palmer. Og menneskene var som tatt rett ut av boken. Det var som om de ikke hadde gitt opp den tapte kulturen – den som ble tatt av vinden:

An ageless dignity, a timeless gallantry still clung about them and would cling until they died (s. 576).

– *Du møtte altså et folk som identifiserte seg med levesettet som beskrives før borgerkrigen?*

– Ja, for eksempel de amerikanske jentene. Jeg tenkte at det var et slags skuespill på gang, der de hadde en rolle de skulle passe inn i.

– *Dette er vel en parallell til kulturen som skildres i Tatt av vinden? Kanskje spesielt for kvinnene, med ekstreme krav til en rolle de skal passe inn i, noe som ikke passer Scarlett i det hele tatt.*

– Nei, hun sloss jo som en gal. Det er det som er så forfriskende med henne, hun gav helt blanke i å være populær. Men hun tilpasset seg også til en viss grad formaninger hjemmefra.

– *Var det noe av Scarlett du kunne kjenne deg igjen i her?*

– Kanskje noe med målrettetheten, at jeg også var sta, at jeg kan slåss for å gå mine egne veier. Et annet element, som for oss begge kommer fra krigen, er kampen for overlevelse. For min del skulle dette handle om kunnskap og utdannelse. For jeg tenkte under krigen at jeg må lese og lære, jeg må ha kunnskap, det er det eneste de ikke kan ta fra meg. Scarlett derimot ble jo besatt av å tjene egne penger, noe som ble forsterket da hun holdt på å miste *Tara*, familieplantasjen. Til forskjell fra Scarlett er nok jeg mer opptatt av å bli likt, men dersom jeg tror på noe, står jeg fast på det, som henne. Dette gjelder ikke minst innenfor fagfeltet. Jeg har for eksempel fått mye pepper for den dialektiske relasjonsteorien, men tålte det.

– *I hvilken forstand da? Hva måtte du tåle?*

– Det har vært en del kritikk, og jeg har vel aldri følt meg helt akseptert i «det gode selskap». Men du får ikke høre om alt det her.

– *Ok, vi får la det ligge. Men du kommer altså til USA, og det ble vel din vei inn i psykologien? Hvordan kom det til?*

– Psykologi hadde fascinert meg lenge, fra før jeg egentlig visste hva det var. Trygve Braatøy – en betydelig person i faget vårt – var en barne- og ungdomsvenn av faren min. De spilte i et lite

band sammen, Braatøy spilte fiolin, og faren min spilte piano. Jeg fikk allerede da en klar dragning mot psykologi. Det var også masse bøker hjemme, og jeg hadde en smart mor, som leste masse, som forklarte meg ting. Men så var det også slik at jeg følte jeg måtte passe på mine foreldre, og jeg tror det hadde mye med krigen å gjøre. Altså, det verste som kan skje for et barn, er å miste foreldrene, og det var jeg redd for. Mor var også en del syk, og krigen var jo jævlig, så jeg tror mye handlet om å passe på henne, og om å bli akseptert av henne.

– *Her sier du noe om forhold i din historie som kanskje bidro til at du valgte psykologien?*

– Ja, det er riktig. Det er jo slik at traumer og vanskelige opplevelser setter seg både i hjerne og kropp. Jeg ville gjerne hjelpe min mor og familien, men kanskje mest finne noen svar på hvem jeg selv var. Vi som blir psykologer, kanskje mest kliniske psykologer, er vel på bevisste og ubevisste måter ute etter å finne ut av oss selv? Før jeg begynte på graduate school i Florida, hadde jeg ikke tatt stilling til hvilke retninger og fagfelt innenfor psykologien jeg skulle velge. Det var i 1956, og jeg var ganske utafør, i den forstand at jeg ikke visste hvilket område jeg ville fordype meg i. I tillegg var jeg den eneste jenta på mitt kull! Men så fikk jeg jobbe deltid på studentklinikken, hvor det var noen veldig gode folk, og der fant jeg også terapeuten min, som ble svært viktig. Hun var psykoanalytisk utdannet, uten at jeg gikk i psykoanalyse, det var mer en vanlig mainstream amerikansk samtaleterapi. Så det ble psykoanalytisk psykologi på meg, samtidig som det var en kamp mot adferdspsykologien. John Watson og Skinner kunne jeg faktisk ikke svelge. Men så fant jeg Carl Rogers, og han ble for meg veldig viktig.

– *Hva var det hos Carl Rogers som traff deg?*

– Rogers var i Florida personlig og holdt foredrag, uten at jeg fikk snakket med ham selv. Men han lærte meg mye om kunsten å lytte, som kanskje er det aller viktigste for god terapi. For meg som er så glad i å prate, var ikke det så lett! I tillegg innebærer Rogers' klient-sentrerte psykoterapi at det er klienten som sitter med svarene når det gjelder hans eget selv og egen utvikling. Gjennom tidene har vi mennesker blitt definert, målt, rådet, formet og forklart både av religion, pedagogikk og psykologi. Rogers har jo indirekte røtter tilbake til Kierkegaard, som er en annen av mine helter, og hans tenkning stod som en klar motsats til det rådende paradigme der terapeuten var en ekspert som satt på svar,

som tolket og til dels kontrollerte. En subjekt-objekt-relasjon, som jeg all-
tid har tatt sterkt avstand fra. Selvsagt må terapeuten delta aktivt i samspil-
let, men da med utgangspunkt i en dypere forståelse og med et undrende
språk, både verbalt og gjennom ansikts- og kroppsuttrykk.

– *Var det også andre perspektiver som påvirket deg?*

– Selv om psykoanalytisk tankegods er solid integrert i meg, ble familie-
teori viktig. Ruvende kolleger som blant andre Maslow, Bateson, Kohut og
Fairbairn har jeg fortsatt «samtaler» med, og da jeg hadde spesialisert meg
på barn og familier, var møtet med Daniel Stern avgjørende. Hans bidrag
støttet opp under hele relasjonstenkningen jeg hadde jobbet så lenge med,
og for meg ble jobben å forene disse forskjellige retningene. Etter flere titalls
år mente jeg å ha kommet frem til en sammenheng, som til slutt ble dia-
lektisk relasjonsteori. Et eksempel på dialektikkens bidrag er dynamikken
mellom selvavgrensning på den ene siden og selvrefleksjon på den andre.
For når du avgrenser, kan du «ei» din egen opplevelse og samtidig få et
reflektert forhold til den. Scarlett har for eksempel ikke et klart forhold til
hva som foregår i henne, og hun klarer heller ikke å skille egne behov fra
andres. Behovene erkjennes ikke, og hun styres av dem på ubevisste måter.

– *Nettopp, og der passer det kanskje å gå tilbake til romanen, for hvor-
dan bidro den til ditt engasjement for kvinners rettigheter?*

– Jeg vil bare først si at denne romanen solgte i helt utrolige opplag,
og jeg lurer på hva som skjedde med Margaret Mitchell. Hvordan var det
å skrive en roman som dette, og samtidig være sydstatskvinne? Hun var
antagelig en kraftfull dame, og *det* tror jeg må ha irritert mange menn.
For det første ble de beskrevet som hovmodige krigsherrer, og for det
andre var det jo de som bestemte over litteratur og forlag. Så det å ha
en slik suksess og samtidig si det hun sa, jeg tenker at det kan ha vært
mange menn som hadde lyst til å «shut her up». Men for å gå tilbake til
spørsmålet ditt: Mitchell beskriver en kultur der kvinnene systematisk
må underordne seg. Gjentatte ganger ser vi også hvordan Scarlett med
list og lempe – og en god dose forakt – får mennene rundt seg til å føle seg
viktige, opphøyde og smarte. Så lenge mennene opplever at de er beun-
dret og tilbedt, kan Scarlett stort sett få det som hun vil. Scarletts mot-
pol her er Melanie, som handler ut ifra en mer genuin aksept av sin egen
underlegne rolle og mennenes overlegne status. Hun har godtatt rollen.

What Melanie did was no more than all Southern girls were taught to do – to
make those about them feel at ease and pleased with themselves (s. 148).

Vi befinner oss i en verden der de mest naturlige behov, følelser og opp-
førsel ble sett på som ukvinnelige. Det var en kultur der kvinner ikke
kunne avbryte menn, ikke ha noen synspunkter, det var skammelig å bli
sett som gravid, de hadde liksom ingen kropp. Tenk å bli oppdratt på en
måte som strider mot alt i deg! Menn likte ikke å se kvinner spise, så da
måtte Scarlett spise seg mett før hun gikk i selskap, og deretter snøres
inn i et stramt korsett så hun nesten ikke fikk puste. Det er bare grusomt.

– *Fanget du opp dette da du leste romanen som 14–15-åring?*

– Ja, jeg tror jeg fanget opp noe. Ikke så detaljert, men ja, jeg kjente det
igjen, og jeg lurte på, er menn bedre enn kvinner? Er de smartere? Det
tenkte jeg på. Det tror jeg vi lærte, helt ubevisst, at menn er menneskene, og
kvinner er kvinner. Dette ble selvsagt klarere da jeg leste boken som voksen.

– *Denne romanen er skrevet i en periode hvor også andre kvinnelige
forfattere skrev om kvinnekamp. Virginia Woolf hadde for eksempel* »



Det tror jeg vi lærte,
helt ubevisst, at menn
er menneskene, og
kvinner er kvinner



KLASSIKER Filmen *Gone with the wind* er fra 1939 med Clark Gable (Rhett Butler) og Vivien Leigh (Scarlett O'Hara) i hovedrollene. Regi: Victor Fleming. Foto fra filmen: Wikipedia / Deems Taylor

gitt ut Et eget rom, et sentralt verk om kvinners rett eller behov for uavhengighet, og så gjør vel Scarlett et opprør mot det Simone de Beauvoir ikke lenge etterpå beskrev som Det annet kjønn. Det er kanskje en tidsånd her, som litteraturen griper fatt i, fra litt ulike perspektiver?

– Ja, det kan det være, og i denne romanen skjer dette gjennom Scarlett. Til forskjell fra Melanie er hun den som sprenger grensene, på alle måter. For hun ville ut av den rollen. Ut av korsettet.

– Det var et godt bilde.

– Det er et sted i boken der hun beskriver hvor godt det føles å løsne på korsettet når kvelden kommer. Jeg tror hun var sint, og følte at hun skulle eksplodere. Men jeg tror ikke hun helt skjønte hvor rasende hun var.

– Det er i forbindelse med borgerkrigen at Scarlett virkelig tar de grepene som gjør at hun bryter med alt som forventes av en kvinne. Hun får seg eget arbeid, blir økonomisk selvstendig, og hun involverer seg etter hvert i den beryktede krigsprofitøren Rhett. Men før borgerkrigen møter vi en forførende kvinne, som nærmest konsekvent konkurrerer med andre kvinner om

mennenes oppmerksomhet, og som ikke kan utholde samtaler hvor hun ikke selv befinner seg i sentrum.

... she could never long endure any conversation of which she was not the chief subject. (s. 5)

– Ja, det er dette Scarlett er på jakt etter. Å danse, briljere, forføre og å nedlegge menn. Men som du sier, krigen endret Scarlett. Hun tvinges til å ta i bruk andre sider av seg selv. Hun må ut i den glovarme solen og plukke bomull, hun skyter en yankee, den «lady-like» formen viker for enda mer direkte tale, og hun blir en krevende sjef, både som familiens overhode og etter hvert også som forretningskvinne.

– *I faglitteraturen er det stilt spørsmål om hun er et eksempel på en person med hysteriform eller hysterisk karakter.*

– Jeg ville nok ikke kalt henne for en hysteriform karakter, selv om hun har noen hysteriske trekk. Det er viktig å huske på at hun var veldig ung, kun 16 år i begynnelsen av romanen. Hun var på mange måter et barn, og det som skjedde, var at hele hennes verden var *gone with the wind*. Scarlett står igjen med sin gamle, fillete kjole, familien sulter, menneskene rundt henne dør, og en hel sivilisasjon går i oppløsning. Scarletts svar på fortvilelsen er jo på mange måter beundringsverdig. Hun overlever og går videre. I motsetning til menneskene rundt henne – de som nekter å gi slipp på sin gamle verden og holder fast ved fordums normer og skikker. De som fortsatt er «plantasjeeiere» i sin selvoppfattelse, og benekter det store tapet som krigen innebærer.

– *Der hun i begynnelsen av romanen er ei jente på kun 16 år, stiger hun i løpet av borgerkrigen opp av asken som kvinne, men uten å reflektere så mye over det hun gjør?*

– Jo, men selv om hun absolutt ikke fremstår som spesielt reflektert, kan vi på slutten se en utvikling hos Scarlett. Særlig endrer hun synet på menneskene rundt seg. Og med et nytt syn på dem endres også til en viss grad hennes selvoppfatning. Dette ser vi for eksempel i hennes forhold til Ashley. Ashley har jo vært den uoppnåelige drømmepriksen som hun har lengtet etter gjennom hele romanen. I Ashley velger hun en mann hun ikke er redd, og kanskje en mann lik hennes mor – fjern, men med en slags trygghet hun ubevisst lengter etter. Hun innser langsomt at han er redd både for hennes temperament og lidenskap, og for at hun skal forstyrre hans tan-

ker og måte å leve på. Men i forbindelse med at Melanie dør, er det som om Scarletts øyne åpnes, og hun ser Ashley på en helt ny måte. Hun innser at det er som om hun hittil har kledd ham opp i klær som egentlig ikke passer ham, og skapt et bilde av ham som ikke stemmer. Her, mot romanens slutt, antyder Mitchell en ny mulighet for Scarlett, der hun kan øke sin selvvinnsikt.

– *Romanen skildrer ikke bare en borgerkrig, men også en krig på relasjonsnivå. Som fagperson og parterapeut, hvordan vurderer du relasjonen mellom Scarlett og Rhett?*

– Ja, fighten mellom de to, den er godt beskrevet. Jeg tror Rhett var enormt glad i Scarlett, og han var villig til å gå ekstremt langt for at de kunne få hverandre. Han var tiltrukket av hennes skarpe hjerne, direkte tale og han beundret hennes mot og styrke i en vanskelig verden. Det skinner igjennom, og når du har lest alt og ser på Rhett, var han der for henne hver gang hun trengte ham. Han reddet henne, fikk henne ut av sørgeklærne og ut på dansegulvet, ut av Atlanta da yankeene kom, og han hadde penger da hun trengte det som mest. Han er en litt sånn superhelt, fordi han har dette selvfølgeriske maskuline, som kombinerer styrke og kraft, men også ømhet og evne til å både gi og trenge omsorg og intimitet. Slik jeg ser det, bruker Rhett all sin kraft og oppfinnsomhet for å få henne, og han er helt grepet av den kjærligheten. Den har tatt innersvingen på ham, men det blir en lidelseshistorie, en tragedie for ham også.

– *Så hva er det som gjør at han ikke kan nærme seg? Spiller han et spill for å holde henne der?*

– Han spiller et spill, fordi han forstår at hvis hun ser at han har denne «svakheten», som hun forbinder med alle menns kjærlighet, da kommer hun til å piske ham rundt. Tenk på den første mannen hennes, Charlie, som elsket henne. Hun ser på ham som en idiot. Dersom Rhett lar henne vite hva han føler, overtar hun alt, pengene og hele scenariet. For å kunne være nær henne og beholde hennes respekt må han spille spillet. Scarlett på sin side forstår ikke Rhett's følelser. Hun veksler mellom å hate ham, være tiltrukket av ham og trenge ham. Dersom hun virkelig hadde sett Rhett, så hadde hun skjont det. Den eneste hun snakker om med kjærlighet, det er Ashley, som hun ikke kan få. Hun gjør hva som helst for å være sammen med Ashley, og i denne besettelsen tror jeg Scarlett har plassert





Mitchells roman viser oss lidelsen og omkostningene som kommer av å ikke vedstå seg eget bidrag til ødeleggelsen og ondskapen

både tilknytningsbehov og ungpikfantasier. Det er kanskje tryggere for henne holde fast på Ashley som en ufarlig fantasifigur enn å åpne blikket for Rhett's kjærlighet.

– *Scarletts personlighet hjalp henne kanskje med å overleve krigen, men ikke til å få til nære og varige relasjoner. Mitchell skriver også følgende mot slutten av romanen.*

She had never understood either of the men she had loved and so she had lost them both. Now, she had a fumbling knowledge that, had she ever understood Ashley, she would never have loved him; had she ever understood Rhett, she would never have lost him (s. 983).

– Ja, hun viser liten grad av selvrefleksjon, og hun forblir ensom. Men hun vokser også opp i en kultur hvor kvinner bekreftes på det ytre, og i svært begrenset grad bekreftes på det indre. Fremfor å gå i dybden sier hun «I will think about that tomorrow», noe som i og for seg ikke er en dum egenskap. Jeg kunne kanskje trengt mer av den egenskapen selv, samtidig som jeg tror denne romanen hjalp meg til å sette selverkjenneelse høyest på listen. For det er nettopp denne erkjennelsen som sviktet, eller kom for sent, og det er i denne romanen ikke bare Scarlett som går i den fella. Mitchell viser oss hvordan mangel på selverkjenneelse preget hele tidsånden, og ikke minst i synet på slaveriet. Sørstatenes sivilisasjon var i stor grad basert på en umenneskelig undertrykkelse og objektivisering av en hel folkegruppe, og Sørstatenes menn gikk også katas-trofen blindt i møte. Som de opprømt uttalte i forkant av borgerkrigen: *how could anything but overwhelming victory come to a Cause as just and right as theirs?* En hel sivilisasjon ble tatt av vinden fordi mektige sørstatsfolk nektet å se grusomhetene som faktisk gjorde deres behagelige liv på plantasjene mulig. Mitchells roman viser oss lidelsen og omkostningene som kommer av å ikke vedstå seg eget bidrag til ødeleggelsen og ondskapen. Kanskje var det dette som til syvende og sist gjorde at denne romanen traff meg på så mange måter, og ikke minst vekket mitt engasjement for de viktige prosesser som psykologien forsøker å forstå og forklare. ✘

LITTERATUR

- Mitchell, M. (1936/2014). *Gone with the Wind*. Hampshire: Pan Books.
- Schibbye, A-L.L. (2006). *Livsbevissthet – om å være tilstede i eget liv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schibbye, A-L.L. (2009). *Relasjoner – Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schibbye, A-L.L. & Løvlie, E. (2017). *Du og Barnet – om å skape gode relasjoner med barn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Wells, C.E. (1976). The Hysterical Personality and the Feminine Character: A Study of Scarlett O'Hara. *Comprehensive Psychiatry*, 17, 353–359.



ÅPNER OPP Peder Kjøs har blitt kjent for å åpne opp terapirommet gjennom TV og radio. Nå har han skrevet bok sammen med Tirill Brenden Sæther, som var pasienten hans i podcast-serien *Hos Peder*. Boken er et vellykket prosjekt, mener vår anmelder. Foto: Andri Søndrol Visdal

River murer

Tirill Brenden Sæther og Peder Kjøs river murer mellom pasient og terapeut så det er til å gråte av. Men boken handler ikke om vennskap, den handler om psykoterapi.

MINE FORVENTNINGER til denne boka var store. Jeg har konsekvent heiet på alle forsøk på å åpne forstokkede, rigide og bakstrevske forhold mellom tjenesteutøvere og tjenestebrukere på feltet psykososial helse.

«Du skal være mest glad i dem som trenger det mest», «Vi vil ha varighet, ikke brudd!»,

«Vennskap er ingen privatsak!». Slike proklamasjoner har jeg kommet med så fort jeg har kommet på skuddhold av psykoterapeuter og andre tjenesteytere.

«Du får ingen sekundærgevinster av oss», fastholdt Sigmund Karterud og hans fotsoldater på Ullevål på 90-tallet. Vi skulle ikke få noe utover «behandling», ingen gjensidighet, ingen varige relasjoner.

«Pasientene er så grenseløse», klaget studentene på bakerste benk i auditoriene på 2000- og 2010-tallet. Det har fra gammelt av ikke vært lov å snakke om politikk, religion eller kjærlighet i stua på psykiatriske sengeposter.

Å gi telefonnummeret sitt til en pasient har vært å anse som en dødssynd blant institusjonaliserte fagfolk.

Jeg har ikke sett tv-programmene eller hørt podcastene der Peder Kjøs åpner opp terapirommet, men jeg har lest om dem, og jeg har tenkt: «Yess! Endelig! Nå er denne barrieren også brutt!» Forlagets omtale av boka og bokas forhistorie åpner for mer av det samme, men jeg overser som vanlig nyansene: «Hva skjer når man begynner å brevveksle med terapeuten sin etter at terapien er avsluttet, og går inn i en relasjon der rollene ikke er like klare?» Et helt åpent spørsmål fra forlagets side – det er ikke gitt at boka ender opp som en ideologisk murbrekker.

LESER MED STOR APPETITT

Det skjer ganske mye og forbausende lite i denne boka. Til tross for at Peder klinker til med åpenhjertige historier fra privatlivet, i tillegg til passende doser omtanke og utfordringer, i



PEDER KJØS og **TIRILL BRENDEN SÆTHER** *Brev til psykologen*, Gyldendal, 2019, 208 sider

ANMELDT AV
Odd Volden,
» brukeraktivist

hvert fall sett fra den jevne lezers perspektiv, sliter Tirill med å frigjøre seg fra rollen som den sårbare, avmektige og avhengige.

Det skjer ikke for mye på det ytre plan i livet til Tirill, mens Peder har nok å finne på. Kjønn- og aldersforskjellen, sammen med smitten fra den forutgående psykoterapien, gjør det ikke lettere å tro på dette vennskapet, verken for oss eller dem. Så har dette heller ikke blitt en bok om vennskap, men om psykoterapi.

Det tar meg på senga, men det er elegant gjort, og jeg liker boka. Jeg tror knapt jeg har lest et par hundre sider så fort og med så stor appetitt tidligere. Boka sniker seg inn under skjorta og blir der. Jeg tar til tårene mens jeg skriver dette. Kanskje Tirill minner meg mer om meg selv for tre tiår siden enn jeg liker å tenke på til daglig? Kanskje Peder er en så stor kontrast til mine terapeuter fra forrige århundre at jeg sliter med å tro det?

TO KLOKE MENNESKER

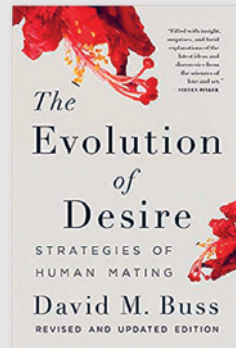
Jeg samler meg igjen. Denne boka er ingen trussel mot psykoterapi som institusjon, snarere tvert imot. Hvis jeg hadde vært kunde på psykoterapimarkedet i dag, ville jeg avkrevd potensielle terapeuter å lese boka og fortelle meg hva de synes om den. Men du trenger ikke være psykoterapeut eller ha brukererfaring for å ha glede av boka. Tirill og Peder er to alvorlige, kloke og modige mennesker mange vil ha nytte av å omgås noen timer.

Brev til psykologen er ingen brevbombe, til det har rollene på feltet vært i spill for lenge. Jeg kommer til å tenke på Olav Gunnar Ballos beskrivelse av Finn Skårderuds terapeutiske modus operandi i boka *Kaja. 1988–2008*. Verken terapeuter eller pasienter blir med nødvendighet grenseløse av å arbeide innenfor vide grenser, selv om mange fagfolk fortsatt later til å tro det.

Brev til psykologen er heller ingen kinautt, til det er den er for intens, velskrevet og svimlende. Den forener et stort eksistensielt alvor med lyssetting av landskap, liv og roller i endring. Det er ikke lett å se hvor dette vil ta oss, men debattene må og vil komme.

Mitt standpunkt er klart: Det er i år tretti år siden Berlin-muren falt. La oss fortsette å rive skadelige og tøysete murer. ❌

KLASSIKEREN



Romeo versus Julie - dette er en bok om kjærlighetens strategi.

David M. Buss: *The Evolution of desire strategi* (2006)

Psykologutdanningen belyste for meg hvilken uunnværlig betydning våre nære relasjoner har for vår opplevelse av oss selv. Mange av de 360 studiepoengene gikk med til å forklare hvordan tilknytningsrelasjoner påvirker oss, men ingenting om hva som gjør at to voksne mennesker gjensidig velger å danne et nært, romantisk og emosjonelt bånd med hverandre.

I *The Evolution of Desire* forsøker David Buss å forklare dette ved å vende blikket mot pattedyret i oss. Med et solid krysskulturelt forskningsgrunnlag viser Buss hvordan evolusjonen har formet menns og kvinners partnerpreferanser. Begge kjønnene leter etter kjærlighet og forpliktelse, men også etter det vi normalt betrakter som overfladiske egenskaper. Menn foretrekker ungdommelighet og et vakkert ytre, mens kvinner i større grad foretrekker menn med ressurser og god sosial posisjon.

Mer interessant er hvordan menn og kvinner strategisk forholder seg til hverandres preferanser. Begge kjønnene demonstrerer bevisst egenskaper som den andre vil ha, rakker ned på rivaler for å heve seg selv og villeder hverandre om ens egentlige intensjoner. Kjærligheten er god og altruistisk, men også strategisk og selvisk.

Når våre iherdige strategier endelig bærer frukter, legger vi da bort vår indre Napoleon? Nei, ifølge Buss. Vi fortsetter å være strategiske for å holde på partneren, og selv når vi slår opp, skjer ikke bruddet uten en dose taktikk.

For en som skal gifte seg til sommeren, kan *The Evolution of Desire* fremstå som bedrøvelig lesing. Strategi lyder kynisk, og konflikt mellom kjønnene fremstår som normalen. Imidlertid vekker Buss et humanistisk håp. Mennesker har mulighet til å velge mellom et rikt utvalg av strategier, og strategiene kan like fullt benyttes til å skape fred og livsvarig kjærlighet.

Marius Stavang, psykolog ved Institutt for Psykologisk Rådgivning utfordrer Omid Ebrahimi, også psykolog ved IPR, til å ta stafettspinnen videre.

Lettbeint om skadevirkninger

At terapi kan skade er ingen nyhet. Hva vi skal gjøre med det, gir boken *Skadelige samtaler* ingen gode svar på.

DENNE BOKA har jeg ventet på. Jørgen Akre Flor har skapt høye forventninger til bokprosjektet gjennom å være aktiv i sosiale medier, skrive blogg, starte forening og holde seminar. Leif Edward Ottesen Kennair er allerede godt kjent som forsker, forfatter og faglig formidler.

Dette er en debattbok, og hovedbudskapet kan sammenfattes i to punkter: (1) Samtalebehandling kan gjøre skade, og (2) noen bør ta grep for å motvirke dette.

Boka er lettfattelig og har et populærvitenskapelig preg. Språket er godt, teksten er tilgjengelig, kapitlene er passe lange. Boka er skrevet med engasjement og formidlingsglede. Forfatterne dveler aldri for lenge ved et tema, og jeg er underveis spent på hvilken vei den vil ta videre.

Teksten gir variert oversikt over ulike skademuligheter i behandling, med en god blanding av faghistorie, anekdoter, forskning og refleksjoner. Jeg blir også selv sittende og reflektere rundt egen praksis – kan det være skadevirkninger jeg ikke har fanget opp? På sitt beste vekker boka nysgjerrighet, engasjement og skaper rom for refleksjon.

I de to siste kapitlene er det derimot mer krevende å opprettholde interessen. Det nest siste kapitlet omhandler systematisk tilbakemelding i behandling. Ironisk nok har jeg her problemer med å forstå en sekvens som viser til en artikkel jeg selv har vært med og forfatte. Jeg mistenker at artikkelen ikke ble så forståelig som vi hadde håpet på.

I det siste kapitlet er tonen endret. Her kommer forfatterne med en rekke formaninger om at vi må gjøre mer for å motvirke skadevirkninger.

DER DET SVIKTER

Når forfatterne velger å gå inn i tematikken om skadevirkning av samtalebehandling, er det

noen sentrale spørsmål jeg ville forvente at de tok ordentlig tak i. Hvordan kan vi fange opp skadevirkning i behandling? Hvorfor har ikke temaet fått mer oppmerksomhet? Hva konkret må til for at vi skal kunne etablere mer kunnskap om skadevirkninger og motvirkning av skadevirkninger? Her synes jeg boka svikter.

For det første avklarer forfatterne aldri ordentlig hva de mener med skadevirkning. Begreper som bivirkning, utrygghet, feil, forventningsbrudd, skadevirkning og negativ erfaring brukes om hverandre, som om alle disse er synonymmer for skadelig behandling – noe som i seg selv er diskutabelt. Terskelen fremstår dermed som svært lav for å kalle noe for skade.

For det andre burde årsaksvurdering vært et helt sentralt tema i en bok om skadevirkning av behandling – hvordan kan vi skille mellom uønsket utvikling som er en konsekvens av behandling, og uønsket utvikling som ikke er det? Med andre ord, hvordan kan vi identifisere skadevirkninger som kan tilskrives behandling?

Boka antyder at pålitelig årsaksvurdering er forbeholdt randomiserte kontrollerte studier. Siden slike studier ikke lar seg gjennomføre for enkeltpasienter, mener forfatterne at vi bør vektlegge anekdoter mer: «Det finnes for mange historier, og det er for enkelt å beskrive alle negative rapporter som sjeldne unntak til at de kan ignoreres – spesielt av forskere» (s. 37).

De følger opp med å mene at *all* uønsket utvikling i løpet av behandling bør tilskrives behandlere: «For å motvirke denne tendensen til å skyldte på pasientene bør terapeutene stå ansvarlig for alle uønskede negative effekter – forventningsbrudd – frem til en annen årsak er sannsynliggjort» (s. 192).

Det drøftes derimot aldri nærmere hvordan vi skal sannsynliggjøre noen årsak som helst. I stedet har forfatterne funnet på sin egen til-



JØRGEN AKRE FLOR
og **LEIF EDWARD OTTESEN KENNAIR**

Skadelige samtaler – Myten om bivirkningsfri terapi, Tiden, 2019. 250 sider

ANMELDT AV

Tomas Formo

» Langkaas



STYRKE OG SVAKHET Bokas styrke er også dens svakhet – den er lettfattelig, skriver anmelder Tomas Formo Langkaas. Han savner mer nyanser i fremstillingen av terapeutiske skadevirkninger i den nye boken til Jørgen Akre Flor (bildet) og Leif Edward Ottesen Kennair: *Skadelige samtaler – Myten om bivirkningsfri terapi*. Foto: Nora Skjerdingstad

nærming – all uønsket utvikling skal forstås som skade som behandlere har ansvar for. Betyr det at behandlere også skal stå ansvarlig for all positiv utvikling i pasienters liv?

Forfatterne fremstår her som uvitende om at årsaksvurderinger gjøres i mange andre vitenskapelige tilnærminger – ikke bare i randomiserte kontrollerte studier.

Ett nærliggende eksempel er rettsvitenskap. Her er årsakssammenheng et sentralt praktisk spørsmål nettopp i vurdering av skyld og ansvar. Det baseres ofte på samme type slutning som i eksperimentelle studier – ved å sannsynliggjøre at utfallet ville vært annerledes dersom man hadde handlet annerledes. For å plassere ansvar hos en behandler er det for lett å bare anta at uønsket utvikling handler om skade.

Også når de drøfter mulige forskningstilnærminger til skadevirkning, fremkommer manglende kjennskap til årsaksvurderinger i vitenskapelig metode. På side 27 hevder de at komplett informasjon om alle behandlingsforløp ville avklart om en behandling var fri for bivirkninger eller

negative effekter. Dette er komplett feil. Et slikt informasjonsgrunnlag kunne ikke gitt informasjon om noen som helst effekt, verken positiv eller negativ, uten tilleggsinformasjon om hva som ville skje *uten* behandling.

Uten noen bedre løsninger på hvordan vi kan identifisere skadevirkninger, blir det vanskelig å komme med gode, målrettede tiltak. Forfatterne ender opp med formaninger om generelle, uspesifikke tiltak som at det trengs mer kunnskap, mer systematisk måling og kartlegging, mer romslighet for feil, mer systemansvar og mer ressurser for å fokusere på feil, uten at det er åpenbart hvordan eller hvorfor dette kommer til å motvirke skadevirkninger. Formaningene fremstår som skudd i blinde – om vi ikke vet hvordan vi kan identifisere skadevirkninger, kan vi heller ikke avgjøre om noe reduserer skadevirkninger.

Slik sett ender boka kun opp med å formidle at samtalebehandling *kan* skade – noe som strengt tatt ikke er noen nyhet i fagfeltet. Psykologers fagetiske prinsipper har i årevis anerkjent at behandling kan skade. Når det gjelder sentrale spørsmål om hvordan vi kan identifisere skadevirkning, hvordan vi kan fange det opp i behandling, samt hvordan vi kan utvikle mer kunnskap på feltet, bidrar boka kun med å si at *noen andre* bør gjøre *noe*.

ER BOKA VERDT Å LESE?

Inntrykket etter å ha lest boka er blandet. Bokas styrke er også dens svakhet – den er lettfattelig.

Som en innføring i temaet skadelig samtalebehandling er den god nettopp fordi den er lett å lese, lett å bli engasjert av, og det er lett å knytte den til refleksjon rundt egen praksis. Som en lettfattelig innføring i temaet, er boka å anbefale, men da i hovedsak de ti første kapitlene.

Som debattbok bør teksten helst engasjere og provosere. For min del provoserer den på feil områder. Med slurvete begrepsbruk, manglende forståelse av grunnleggende slutningslære etterfulgt av lettvinde løsningsforslag, er det vanskelig å ta bokas formaninger seriøst. Det er synd, fordi skadevirkning av behandling er et viktig tema som fortjener mer oppmerksomhet. Temaet hadde fortjent en tekst som faktisk viste vei videre og ikke bare plasserte dette ansvaret hos andre.

Boka advarer i kapittel 6 klinikere mot å være for opptatt av å gjøre *noe* når de mangler en god forståelse av problemet som skal løses. Dessverre ser forfatterne ut til å gå i samme felle selv. ❌

Der det er håp, er det liv

Margaretha Dramsdal viser hvordan man kan få økt livskvalitet ved kronisk helsesvikt. Dessverre er en del av forslagene hennes ikke mulig å gjennomføre i et presset helsevesen.

ANDELEN MENNESKER som må leve med helsesvikt øker, ikke minst fordi stadig flere lever lenger. Dette er utgangspunktet for Dramsdals bok *Aktivt liv med kronisk helsesvikt*. Boken tar for seg helsefremmende og generelle rehabiliteringstiltak ved kroniske tilstander. Målgruppen er studenter og fagpersoner innenfor rehabilitering og fysikalsk medisin, men også pasienter og deres pårørende vil ha utbytte av å lese den, ifølge bokomslaget. Boken er følgelig relevant for mange og høyst aktuell.

Boken er delt inn i fem kapitler. Innledningsvis setter forfatteren rehabilitering inn i en større sammenheng. Her gir hun en meget fyldig og oppdatert oversikt over de viktigste tiltakene, lovkravene og aktørene som kan ha betydning for rehabiliteringsprosessen. Hun påpeker også at flere av intensjonene med samhandlingsreformen aldri har blitt innfridd i dagens Helse-Norge, noe Riksrevisjonen slo fast i sin gjennomgang av reformen. Myndighetene har ikke klart å etablere supplerende tilbud til spesialisthelsetjenesten i tilstrekkelig grad.

Deretter tar hun for seg rehabiliteringsprosessen. Hun beskriver tilnæringer og modeller. Dramsdal er lege, spesialist i psykiatri, godkjent psykoterapeut samt veileder i kognitiv terapi og har en doktorgrad i nevrovitenskap. Forfatteren står på en solid faglig plattform, og har god oversikt over relevante psykologiske teorier. Dessuten sper hun på med fagstoff fra medisin, inklusive nye forskningsresultater. Hun integrerer kunnskap på en tankevekkende og inspirerende måte og påpeker hvor

viktig tverrfaglig innsats er for rehabiliteringsprosessen. Alle kapitler byr på pasienthistorier, og problemstillingene som anskueliggjøres her, har absolutt relevans for helsearbeidere flest, ikke bare de som arbeider med rehabilitering.

HELHETLIG

I neste kapittel tar hun for seg mennesket som en helhetlig organisme. Vi får høre om den kognitive terapimodellen, hjernens evne til endring, om mage-tarmkanalen, mitokondrier og metabolisme, immunforsvar og om det avanserte indre samspillet mellom psyke og soma. Deretter beskriver hun hvorfor og hvordan sykdom utvikles, og betydningen av arv, miljø og stress. Hun utdyper temaer som aldring, kroniske smerter, kronisk utmattelse, søvnforstyrrelser og psykosomatiske lidelser. Boken avsluttes med en gjennomgang av aktuelle tiltak, der hun også vektlegger betydningen av hvordan pasienten selv forholder seg til sin sykdom eller skade.

Boken bryter med diagnosenkningen i dagens helsevesen ved at forfatteren toner ned nødvendigheten av diagnostisering for enhver pris. Hun viser til at mange pasienter blir værende i en situasjon der de venter på den endelige diagnosen, den endelige avklaringen. Andre skal finne svaret og andre skal hjelpe, prosessen blir langvarig, og ender med skuffelse. Forfatteren fremhever den enkeltes mulighet til å ta større ansvar for egen helse, større eierskap til det livet man måtte ha, og at helsevesenet kan spille sammen med pasienten om dette. Den enkeltes innstilling beto-



MARGARETHA DRAMSDAL, *Aktivt liv med kronisk helsesvikt*, Fagbokforlaget, 2019. 234 sider

ANMELDT AV

Elisabeth Tufte Sand, psykologspesialist, Seniorklinikken



”

Hadde jeg trengt
rehabilitering, ville
jeg nok vurdert en
flybillett til Dødehavs-
området først som sist

nes, derfor snur hun om på Marcus Tullius Ciceros «Der det er liv, er det
håp». Håpet er heller en *forutsetning* for et liv, mener hun.

LÆREBOK

Boken er strukturert som en lærebok, med presentasjoner av kapitlenes
innhold innledningsvis og med oppsummeringer etterpå. Referansene
er mange. Lærebokformen ga meg innledningsvis et inntrykk av en litt
kjedelig bok, og det er mulig at pasienter og pårørende kan føle unød-
vendig avstand til teksten på grunn av dette. Det er synd, for boken er
godt skrevet, og hun er raus med sin kunnskap om hvordan vi mennes-
ker fungerer i møte med livets utfordringer og de mulighetene som kan
gi et bedre liv. I en annen form kunne innholdet nådd et bredere publi-
kum, for det er opplagt at boken fortjener mange lesere.

Vi følger også hennes egen ektefelles kreftforløp, der han etter en vel-
lykket operasjon gradvis klarer å gjenvinne funksjonsevne og livskvalitet.
Livskvalitet er subjektiv og kan være så mangt, skriver hun, og hennes
ektefelle gjenvant førlighet og glede, på sin måte. Og hvordan kom han så
langt? Forfatteren forteller at det skyldtes hell, kreften kom ikke tilbake,
og han fikk et opphold ved en klinikk ved Dødehavet, en klinikk hennes
søster har etablert. Her gjenvant han livsmotet, noe som hun mener var
avgjørende for ham. Han fikk tilgang på en helt annen rehabilitering enn
den menigmann får tilbud om. Det er et tankekors.

God, dynamisk rehabilitering er ifølge forfatteren skreddersøm fra et
tværfaglig team, der den enkelte pasient deltar aktivt som eier av sitt eget liv.
Denne formen for rehabilitering er antagelig få forunt i dagens helsevesen,
der det gjerne er avklaring av diagnose og kanskje pakkeforløp som tilbys.
Forfatteren problematiserer at det ofte er langt mellom idealer og realiteter.

Mange som leser denne boken, vil nok reagere med at deres hverdag
i helsevesenet, enten man er lege, psykolog, ergoterapeut eller fysiote-
rapeut, ikke er tilrettelagt for å gjennomføre de tiltakene som beskrives.
Ressursene er for få, tiden for knapp. Slik sett kan boken bli frustrerende
lesing. Dessverre. Forfatteren utdyper ikke hvilken type avgjørende reha-
bilitering ektefellen mottok ved Dødehavsklinikken. Det ble jeg sittende
og lure på. Hadde jeg trengt rehabilitering, ville jeg nok vurdert en flybil-
lett til Dødehavsområdet først som sist. Med godt håp om å bli bedre. ✕



Pearson

Endelig lansert!



BASC-3

Behavior Assessment System for Children, Third Edition

BASC-3 er en internasjonalt kjent test som endelig har kommet til Skandinavia. Den norske versjonen av BASC-3 består av en samling vurderingsskalaer. Ved å integrere informasjon og perspektiv fra flere kilder, har BASC-3 som hensikt å gi både et bredt og detaljert bilde av forskjellige typer atferd, tanker og følelser hos barn og ungdommer. Fokuset ligger på problematferd og forskjellige typer for psykiatrisk problematikk, men også sterke sider belyses. BASC-3 har skandinaviske normer som bygger på et stratifisert utvalg, og avspeiler normalpopulasjonen i Skandinavia.

Prøv BASC-3 kostnadsfritt på Q-global, kontakt oss på: digital@pearson.com

Les mer på www.pearsonassessment.no/basc-3

Toårig sertifiseringsprogram i skjematerapi 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

Søknadsfrist:
15. desember 2019



Norsk Karakteranalytisk Institutt
utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

LEDIG KONTOR/BEHANDLINGSROM FOR PSYKOLOG I NYDELIGE OG ROLIGE OMGIVELSER I NYDALEN

hos Norsk Karakteranalytisk Institutt. Kontoret er romslig (ca. 18 kvm) med høy standard. Tilgang til felles venterom, kjøkken, fagbibliotek og romslig møterom. Instituttets undervisningslokale kan reserveres for større grupper. Det er tilgjengelig kantine på bygget og parkeringsplass kan reserveres. Velkommen til et hyggelig og godt fagmiljø som innbyr til samarbeid. Ta kontakt med Gaute Gulliksen på e-post kontor@karakteranalyse.no, tlf. 412 56 600, eller karakteranalyse.no/kontakt-oss/kontorleie for mer informasjon.

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Visittkort

Ny selvbetjent løsning for bestilling
av Visittkort med timekort.

Velg mellom løse kort
eller visittkort i blokk,
og med eller uten
egen logo.

Bestilles via «min side»
for medlemsrabatt.



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no



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
eller på telefon 412 56 600

Søknadsskjema sendes til kontor@karakteranalyse.no

Lyden av oss stemmekurs for psykologer

Ønsker du å delta på et kurs hvor psykologens egen stemme står i fokus? Et kurs hvor praktiske øvelser og erfaring med egen stemme går hånd i hånd med ajourføring av relevant psykologisk forskning?

Velkommen til kurs ledet av psykologspesialist Per Johan Isdahl og vokalpedagog/stemmeartist Ruth Wilhelmine Meyer.

Kursdager: 26.–28. februar 2020

Kurset er godkjent av Norsk psykologforening som 18 timers vedlikeholdskurs og som kurs i spesialisering og holdes i Oslo.



Foto: Jens Marius Sæther



Foto: Carl J. Asquini

Les mer om kurset og kursholderne på:
<https://ruthwilhelmine.wixsite.com/lydenavoss>



6. Nasjonale konferanse om DBT «Nye metoder i traumebehandling» The Hub, Oslo, 20.–21. april 2020

Prof. Dr.med. Martin Bohus foreleser 20. april om DBT-PTSD – et behandlingsprogram for kompleks PTSD

www.dbt.no



UiO: Universitetet i Oslo



Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging



Valgfritt program i psykoterapeutisk metode for barn og unge: **Emosjonsfokusert familierterapi anvendt i klinisk arbeid med barn og unge**

Målgruppe

Psykologer som har fullført obligatorisk program for barn og unge. Andre med fullført obligatorisk program og minimum 2 års praksis med barn og unge kan søke opptak til dette valgfrie programmet. Psykologspesialister kan søke opptak til kursene som vedlikehold.

Innhold

Emosjonsfokusert familierterapi og foreldreveiledning (EFFT) har fokus på å behandle psykiske vansker hos barn eller hjelpe barn med emosjonsregulering, gjennom å veilede og støtte foreldrene.

Temaer som gjennomgås i programmet er teoretiske rammeverk for EFFT, emosjonsveiledning, reparere emosjonelle sår i relasjonen til barnet, praktiske rammer for foreldreveiledning og foreldrekurs.

Kurslederne

Vanja Hjelmseth er utdannet psykolog ved NTNU 2003. Videreutdanning i emosjonsfokusert individualterapi, parterapi, familierterapi, og som fasilitator og trener i emosjonsfokusert individualterapi og familierterapi. Jobber som psykolog ved Institutt for Psykologisk Rådgivning, Bergen.

Anne Hilde Vassbø Hagen er utdannet psykolog ved Universitetet i Bergen 2005. Videreutdanning i emosjonsfokusert individualterapi, parterapi, familierterapi og som fasilitator og trener i emosjonsfokusert individualterapi og familierterapi. Daglig leder ved Institutt for Psykologisk Rådgivning, Bergen.

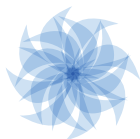
Sted og dato: Oslo, 18.-19. mars 2020 (1. samling)

Påmeldingsfrist: 12. februar 2020

Medlemspris: kr 7 200 per samling

Kursnr.: 185-20

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



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



Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

Innhold

- metodeproblemer i selvmordsforskningen
- selvmord - et lavfrekvent og et multikausalt betinget fenomen
- viktige funn i suicidologisk forskning, som effekter av begrensning i adgang til selvmordsmetoder og spredningseffekter som følge av mediaomtale
- kunnskap om hvordan det går med personer som har utført et alvorlig selvmordsforsøk
- kunnskap om hvorfor det er så vanskelig å predikere selvmord på individnivå, samt den essensielle forskjellen mellom et prospektivt og et retrospektivt perspektiv
- kronisk suicidalitet og selvskading
- profesjonelles reaksjoner på selvmord og depresjon hos pasienter
- egne reaksjoner i møte med suicidalitet, overføring og motoverføring
- etiske dilemma ved selvmordsforebyggende tiltak på individnivå
- det anvendes reelle og anonymiserte eksempler

Det forventes at psykologen vil få økte forutsetninger for å vurdere risiko- og beskyttelsesfaktorer, samt å dokumentere selvmordsrisikovurderinger i journal.

Om kursleder

Psykologspesialist Kim Larsen er tilknyttet Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Øst/Sykehuset Østfold og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

Kurset godkjennes som 16 timer vedlikeholdsaktivitet.

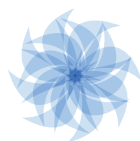
Sted og dato: Oslo, 5.-6. mars 2020

Påmeldingsfrist: 30. januar 2020

Kursavgift: kr 7 200

Kursnr.: 101-20

Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning



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

PSYK KOL OGI

MATERIELLFRISTER OG PRISER 2020

SPESIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 25 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 875, samme format i farger kr 4 198.

Vi tilbyr en eller flere oppføringer i papir-utgavens spalte «Kurskalenderen». Oppføring i kurskalenderen gir mulighet for å forhåndsannonsere med henvisning til kursannonse som trykkes i en kommende utgave og/eller påminnelse om allerede annonsert kurs. Begrenset tekstmengde. Pris for innrykk i tillegg til annonse i Psykologtidsskriftet: 1 innrykk kr 2 000, 2 innrykk kr 3 000, 3 innrykk kr 3 500, 4 innrykk kr 4 500.

SMÅANNONSER:

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

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 600, pris for kursannonse kun på nett er kr 6 500. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 500 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Kurs og konferanser» og www.psykologtidsskriftet.no/Kurskalenderen.

Få ekstra oppmerksomhet til din stillingsannonse på nettsiden. For kr 1 950 per uke eller 5 950 for inntil en måneds visning kan stillingen vises på forsiden www.psykologtidsskriftet.no med link til bedriftens stillingsannonse.

Bannerannonser publiseres både på www.psykologforeningen.no og toppbanner på www.psykologtidsskriftet.no og koster kr 14 900 per måneds visning.

ANNONSEFORMATER FOR BANNERANNONSER

Nettsidene		Visning på mobil
220x170 px	980x150 px	320x120 px

Se informasjon om annonsering også på www.psykologtidsskriftet.no/ annonserer

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
1	16.12	02.01
2	17.01	03.02
3	17.02	02.03
4	19.03	01.04
5	20.04	04.05
6	15.05	02.06
7	18.06	01.07
8	17.07	03.08
9	19.08	01.09
10	17.09	01.10
11	16.10	02.11
12	18.11	01.12

PRISER: STILLINGANNONSER/PROFILANNONSER

Format	4 farger	Sort
1/1 side	17 650	15 950
1/2 side	13 650	12 150
1/4 side	11 650	9 950

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

Annonser som skal lages som trykk-klar PDF blir belastet med kr 850 per annonse.

Alle priser er ekskl. mva.

ANNONSEFORMATER

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

ABONNEMENT OG LØSSALG

Institusjons- abonnement	Privatabonnement i Norge
kr 2 650	kr 1 495

Portotillegg for utsendelse innen Norden og Europa kr 360, til verden for øvrig kr 520
Løssalg kr 185 + porto/eksp.gebyr (Egne priser for temautgaver)

PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

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

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

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **2. januar**,
frist for å bestille annonse
til januar-utgaven er **16. desember**

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



Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten, region sør

Ved Telemark barne- og familiesenter, familieavdelingen har vi ledig fast 100 % stilling som

Psykolog / psykologspesialist

Arbeidsoppgavene er i første rekke terapeutisk arbeid med våre brukere i foreldre/barn tilbudet. Dette er både individuell-/parterapi og terapeutisk arbeid med barn og voksne.

Stillingsinnehaver må også påregne oppgaver knyttet til enhetens øvrige drift.

Søknadsfrist: 22.12.19.

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no

Helse Sør-Øst RHF søker:



3 ledige 100 % avtalehjemler i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Akershus øst

Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge, Psykisk helsevern og rusbehandling, Helse Sør-Øst RHF, e-post kari.iren.austad.borge@helse-sorost.no eller telefon 02411.

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

Søknadsfrist: 23. desember 2019

HELSE  SØR-ØST

**NORSK
PSYKOLOGFORENING****SENTRALSTYRET****President****Tor Levin Hofgaard**

tor@psykologforeningen.no
23 10 31 30

Visepresidenter**Rune Frøyland**

rfrøey@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

Varmedlemmer**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.larsen@hammerfest.
kommune.no
413 14 783

Hedmark**Vilde Hoff Lien**

vildehofflien@yahoo.no
418 06 187

Hordaland**Bjarte Bruntveit**

bjartebruntveit@yahoo.no
909 98 052

Møre og Romsdal**Siri Næs**

siri.naes@gmail.com
902 68 699

Nord-Trøndelag**Julie Valen**

psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland**Iris Anette Söderholm**

irisanette@gmail.com
909 34 857

Oppland**Iver Sørli Røhr**

iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo**Birgit Aanderaa**

biraan@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 Øvrebø, 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 rfrøey@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@helsebergen.no, tlf. 990 27 309

GODKJENNINGS-UTVALGET

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

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

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

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

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

STUDENTPOLITISK UTVALG

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

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

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

MENNESKERETTIGHETSUTVALGET

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

TESTPOLITISK UTVALG

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

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

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

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

Jogeir Sognæs, leder, e-post jogeir61@gmail.com, tlf. 918 16 155

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Karsten Karlsøen, kommunikasjonssjef og myndighetskontakt, e-post karsten@psykologforeningen.no, tlf. 976 11 591
Stine Vedvik, nettredaktør, e-post stine.vedvik@psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

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

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

Forhandlingsavdeling

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

Fagpolitisk avdeling

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

Utdanningsavdeling

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

NORSK PSYKOLOGFORENING

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

For mer informasjon, se www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Privatpraksis

Kjersti Arefjord,

Universitetet i Bergen

Eva Dalsgaard Axelsen,

Universitetet i Oslo

Henning Bang,

Universitetet i Oslo

Per-Einar Binder,

Universitetet i Bergen

Anne Inger Helmen Borge,

Universitetet i Oslo

Tim Brennen, Universitetet

i Oslo

William Brochs-Haukedal,

Norges handelshøyskole

Nikolai Czajkowski,

Universitetet i Oslo

Knut Dalen, Universitetet i

Bergen

Guðrun Dieserud, Nasjonalt

folkehelseinstitutt

Fanny Duckert,

Universitetet i Oslo

Atle Dyregrov, Senter for

krisepsykologi

Tor-Johan Ekeland,

Høgskulen i Volda

Ståle Einarsen,

Universitetet i Bergen

Hege R. Eriksen, Univer-

sitetsforskning Bergen

Anders Martin Fjell,

Universitetet i Oslo

Magne Arve Flaten,

Universitetet i Tromsø

Rolf W. Gråwe, St. Olavs

hospital

Siri Erika Gullestad,

Universitetet i Oslo

Roger Hagen, Norges

teknisk-naturvitenskapelige

universitet

Odd E. Havik, Universitetet

i Bergen

Anthony Hawke, Familie-

vernkontoret i Stavanger

Asle Hoffart, Modum Bad

Arne Holte, Nasjonalt

folkehelseinstitutt

Hanne Haavind,

Universitetet i Oslo

Reidun Ingebretsen, Norsk

institutt for forskning om

oppvekst, velferd og aldring

Tine K. Jensen, Nasjonalt

kunnskapscenter om vold og

traumatisk stress

Leif Edward Ottesen

Kennair, Norges teknisk-

naturvitenskapelige

universitet

Stein Knardahl, Statens

arbeidsmiljøinstitutt

Gerd Kvale, Universitetet i

Bergen

Øyvind Kvello, Norges

teknisk-naturvitenskapelige

universitet

Kim Larsen, Sykehuset

Østfold

Arild Lian, Bredtvet

kompetansesenter

Gro Therese Lie,

Universitetet i Bergen

Astri J. Lundervold,

Universitetet i Bergen

June Ullevoldsæter Lystad,

Oslo Universitetssykehus

Svein Magnussen,

Universitetet i Oslo

Øyvind Lund Martinsen,

Handelshøyskolen BI

Willy-Tore Mørch,

Universitetet i Tromsø

Simon-Peter Neumer,

RBUP Øst og Sør, Oslo

Geir Høstmark Nielsen,

Universitetet i Bergen

Hans Nordahl, Norges

teknisk-naturvitenskapelige

universitet

Inger Hilde Nordhus,

Universitetet i Bergen

Terje Ogden, Nasjonalt

utviklingscenter for barn

og unge (NUBU)

Ståle Pallesen, Universitetet

i Bergen

Magne Raundalen, Senter

for krisepsykologi

Sissel Reichelt,

Universitetet i Oslo

Ivar Reinvang, Universitetet

i Oslo

Astrid M. Richardsen,

Handelshøyskolen BI

Jan H. Rosenvinge,

Universitetet i Tromsø

Bjørn Rishovd Rund,

Universitetet i Oslo

Frida Gullestad Rø,

Universitetet i Oslo

Michael Helge Rønnestad,

Universitetet i Oslo

Gro Mjeldheim Sandal,

Universitetet i Bergen

Per Øystein Saksvik,

Norges teknisk-naturviten-

skapelige universitet

Borrik Schjødt, Haukeland

universitetssykehus

Jan Skjerve, Universitetet i

Bergen

Ingunn Skre, Universitetet

i Tromsø

Arvid Skutle, Stiftelsen

Bergensklinikkene

Lars Smith, Nasjonalt

kompetansenettverk for

sped- og småbarns psykiske

helse

Håkan Sundberg,

Universitetet i Bergen

Frode Svartdal,

Universitetet i Tromsø

Nora Sveaass, Psykologisk

institutt, Universitetet i Oslo

Stephen von Tetzchner,

Universitetet i Oslo

Odd Arne Tjersland,

Universitetet i Oslo

Bente Træen, Universitetet

i Oslo

Merete Øie, Sykehuset

Innlandet HF

Simon Øverland,

Universitetet i Bergen

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

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2650, 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:
16.12, 17.01, 17.02, 19.03, 20.04,
15.05, 18.06, 17.07, 19.08, 17.09, 16.10, 18.11

HVORDAN JEG BLIR MØTT, BETYR NOE

Tvang bør alltid være siste utvei, men hva menes med at frivillighet skal være forsøkt? Kunnskap om alternativer til tvang er viktig, både for pasienter, pårørende og helsepersonell. Les mer i heftet *Tvang og frivillighet*, som kan bestilles på erfaringskompetanse.no



Alle tidligere publikasjoner kan bestilles på erfaringskompetanse.no

Vi jobber for å oppnå større forståelse for kompleksiteten i møtet mellom liv og behandling. Kunnskapen som ligger i erfaringene vi gjør som mennesker er både gyldig og verdifull. Det er vårt samfunnsoppdrag å innhente og bruke kunnskapen fra levd liv for å møte mennesker som sliter med psykiske helseutfordringer på en bedre måte.



erfaringskompetanse.no

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

