

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOLOGI

Vol.57 nr.01 2020

**Motstrøms
om tvangsbruk**
NÅ

**KOMPLISERT
SORG**

Vitenskapelig artikkel

Sykdomsskam
Fra praksis

**Betente
depresjoner**
Forskningsintervju



PSY KOL OGI

Vol. 57 **nr. 01** 2020

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 meninger@psykologtidsskriftet.no
Markedskordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,
e-post.tidsskrift@psykologtidsskriftet.no
Sentralbord 23 10 31 30

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

Denne utgaven ble godkjent til trykk 18.12.2019

Omslagsillustrasjon Cecilie Maurud Barstad
Form Bøk Oslo AS
Trykk 07 Gruppen AS

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



Riktig satsning, ullent tillegg

«ARBEID OG UTDANNING: påvirkningsfaktor og inkluderingsarena» er Psykologforeningens nye hovedsatsningsområde. Både arbeid og utdanning er vel verdt å satse på. Men sammenstillingen av de to arenaene gjør satsningen diffus: Handler utdanning om ungdomsskolen, videregående eller høyere utdanning? Omfatter den småskolen og mellomskolen? I så fall, er også barnehagen med i satsningen? Spørsmålslisten kan gjøres langt lengre.

For all del: Det er viktig å se på hvordan blant annet utdanning påvirker vår yrkesdeltagelse. Men så langt er ordlyden mest egnet til å degge både for de som ønsket «arbeid» som hovedsatsning, og de som ønsket seg «helsefremmende oppvekst». I så fall ender utdanning opp som et «helsefremmende oppvekst light», og man står i fare for å ha vannet ut begge de opprinnelige forslagene til hovedsatsning.

Hvordan mandatet til hovedsatsningsområdet blir tolket de kommende årene, er derfor viktig. Som Rudi Myrvang skriver på side 48, er det «avgjørende at foreningen klart og tydelig kan avgrense og operasjonalisere satsningen». Uten en slik avgrensning vil foreningen måtte smøre sine ressurser tynt utover to altomfattende felt: arbeidsliv og utdanningssektoren. Gjennomslaget blir da tilsvarende. Og uten en klar operasjonalisering vil antall suksessfaktorer være så mange at foreningen uansett resultat vil kunne krysse av for at deres politiske mål er nådd. Da er det vanskelig å holde SST og sekretariat ansvarlig for sin innsats.

En måte å omgå dette på er å lese utdanning som «yrkeskvalifisering». En slik forståelse krever at man trekker tydelige forbindelser mellom utdanningsløp og arbeidsliv. Da handler det ikke om barn og skole, men om unges mange veier inn i arbeidslivet, slik som lærlingordningen, praksisnær opplæring og utdanning. Og det handler om tiltak som gjør at voksne forblir i arbeid, som rehabilitering, livslang læring og omskolering. Det er mer enn nok å ta fatt i, selv om man nøyer seg med de deler av utdanningssektoren som peker klart inn i arbeidslivet.

«**Det justerte forslaget** favner hele spekteret av psykologtjenester fra barn til voksne og fra førstelinje til tredjelinje», uttalte Psykologforeningens nyvalgte president Håkon Kongsrud Skard om hovedsatsningen (se Psykologtidsskriftet.no 22. november). Men når alle som én og alt man allerede gjør, skal med, har man ikke satset på noe. Man har bare sagt at alt og alle er viktig. Verken arbeid eller utdanning fortjener en så diffus skjebne. ✘



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Når alle som én og alt man allerede gjør, skal med, har man ikke satset på noe

12



FOTO: NORA SKJERDINGSTAD

FERSKING I FRONT

Han gikk til valg på å kjempe for bedre rammevilkår i psykisk helsevern, men vil ikke love resultater.

Les intervjuet med den nye presidenten i Psykologforeningen på side 12.

18

ILLUSTRASJON: CECILIE MAURUD BARSTAD



DEN KRONGLETE SORGEN

Forlenget sorgforstyrrelse er en ny diagnose i ICD-11. Hvilken behandling bør de som sitter fast i sorgen få?

Vitenskapelig artikkel

Les også Henrik Kamphus bokessay om sorg og erindring (s. 56).

Bokessay

28



VEKT OG VILJE

Å behandle overvekt med psykoterapi fungerer ikke, skriver Morten Nordmo.

Faglig innspill

Innhold

- 1 **Riktig satsning, ullent tillegg**
Leder | Bjørnar Olsen
- 4 **Schizofrenipolitikk, takk**
NÅ | Øystein Helmikstøl
- 6 **Kjemper mot tvangsmedisinering**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 10 **- Mindre tvang krever endrede arbeidsmåter**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 12 **Høy røst**
Portrett | Per Halvorsen
- 18 **Behandling av komplisert sorg - En systematisk oversikt og metaanalyse av randomiserte kontrollerte studier**
Vitenskapelig artikkel | Janne Øen Hansen, Tonje Ada Brandser & Jens C. Thimm
- 28 **Psyken og magen**
Faglig innspill | Morten Nordmo
- 32 **Sykdomsskam**
Fra praksis | Elin Fjerstad, Torkil Berge & Bente Bull-Hansen
- 38 **Betennelse i vinden**
Forskningsintervju | Nora Skjerdingsstad & Ida Holth
- 41 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Ryggen fri | Kristin Østlie (s. 42)
Debatt: Psykologforeningen (s. 46 og 54), Pakkeforløp (s. 48), Hovedsatsing (s. 51), Psykologtittelen (s. 52 og 53)
- 55 **INNTRYKK**
Bokessay: Lys og skygger fra de indre objekter | Henrik Kamphus (s. 56)
Bokanmeldelser: Litt magisk (s. 62), En maraton om stress og helse (s. 64)
- 66 **Minneord: Bjørn Killingmo (1927-2019)**
- 68 **Annonser**
- 78 **Stillingsannonser**

SCHIZOFRENIPOLITIKER Tidlig oppdagelse og intervensjon, individuell jobbstøtte og familiearbeid er TIPS-leder Wenche ten Velden Hegelstads råd til regjeringens prioriteringer overfor personer med schizofreni-lidelse.



NÅ WENCHE TEN VELDEN HEGELSTAD

Schizofrenipolitikk, takk

Medisinfrie tilbud er ikke løsningen på de helsepolitiske utfordringene med behandling av schizofreni, mener Wenche ten Velden Hegelstad.

TEKST

Øystein Helmikstøl

FOTO

Jan Inge Haga

– **Din kollega Jan Olav Johannessen skrev i 2002 at schizofreni er en av de største helsepolitiske utfordringene de kommende årene. 18 år etter snakker også helseministeren om lidelsen. Hvilken behandling hjelper?**

– Det er en kombinasjon av medisiner og psykoterapi, i tillegg til psykososiale tiltak som jobbstøtte og familiearbeid. Jeg er kritisk til en generell motstand mot medisiner. Hvis du ser i et historisk perspektiv hva medisiner har gjort for personer med schizofreni, så er det av helt uvurderlig betydning. Tilfriskningsraten er dramatisk bedret etter at vi fikk antipsykotiske medisiner.

– **Og dette sier du, som psykolog?**

– Ja. Ofte når jeg sier at jeg er for bruk av medisiner for alvorlige psykiske lidelser, så blir jeg beskyldt for ikke å bry meg om mennesket bak diagnosen. Det synes jeg er beklagelig, og

ingenting er mindre sant. Jeg er for at en bruker medisiner der det virker. Selv om det ikke er perfekt og ikke virker på alle, så må vi bli bedre på å oppdage bivirkninger, og høre på folk, hva de ønsker og ikke ønsker. Antipsykiatri-trenden som jeg opplever er til stede nå, skaper en kunstig motsetning mellom psykologisk og medikamentell behandling.

– **Er løsningen medisinfrie tilbud?**

– Nei. De aller fleste kan allerede velge bort medisiner om de ønsker. Det blir feil for meg å ha et behandlingstilbud der den mest virksomme symptombehandlingen utelates.

– **Helseministeren snakker om «pasientens helsetjeneste».**

– Ja. Nesten som om vi til nå har drevet med noe annet. Jeg opplever det som stigmatiserende. Det er jo nettopp et humant, tilgjen-

gelig og moderne psykisk helsevern vi jobber for. Det er ingen motsetning mellom medisinering og psykoterapi, den motsetningen er det en antipsykiatriaktig trend som skaper. Jeg vil ha forbedring, og jeg vil bli sett i kortene, men begrepet «pasientens helsetjeneste» impliserer at det er noe annet vi har holdt på med hittil.

– Hva med «recovery» for personer med schizofreni?

– Det begrepet er dessverre til en viss grad kapret av psykiatriskeptikere. For å kunne oppnå personlig recovery er det mange som trenger medisiner.

– Hva tenker du om tvangsbehandling for denne pasientgruppen?

– Det er skapt et inntrykk av at tvangsinnleggelser og -behandling per definisjon brukes for mye. Men ved alvorlige oppblomstrende psykotiske episoder går folk til grunne. Og familiene lider. Med det nye lovverket er det blitt vanskeligere å få til rask behandling, noe vi vet er helt avgjørende. Når jeg har ringt pårørende og informert om tvangsvedtak, har jeg fått én klage siden dette ble innført i 2017. Pårørende spurte hvorfor vi slapp gutten deres ut, ettersom han ødela seg selv. Pårørende er sjeleglad når vi kan holde pasienter på sykehuset i de mest alvorlige, akutte tilfellene.

– Du er motstrøms om tvangsbruk?

– Jeg er fra Nederland og har en grunnleggende liberal holdning. Men jeg ser antitvangbølgen som et utslag av en antielitistisk tidsånd. Anti-intellektualitet og anti eksperter. Jeg har jobbet med psykosider siden 1998 og har sett så mye lidelse, og jeg har sett at det virker å gripe inn tidlig, noen ganger mot pasientens vilje der og da.

– Stavanger Aftenblad har skrevet mye om psykisk helsevern i det siste. Du mener avisen i sin dekning skremmer folk bort fra å søke hjelp?

– Ja. Jeg reagerte på at de takket leserne for at de hadde avslørt ulovlig tvangsbruk. Det blir skjevt og ensidig når de ikke skriver om at vi i Stavanger nå har fordoblet sjansen for full tilfriskning av psykose – selv om ingen er for ulovlig tvangsbruk.

Hvorfor NÅ?

- Alvorlig psykisk syke blir diskriminert i Norge i dag, sa helseminister Bent Høie (H) da han nylig la fram ny helse- og sykehusplan.
- Helseministeren trakk spesielt frem personer med schizofreni-lidelser, på bakgrunn av den nye OECD-rapporten *Health at a Glance 2019*.
- Psykologspesialist Wenche ten Velden er ny leder i TIPS (Tidlig oppdagelse og behandling av psykosider) ved Familiepoliklinikken i Stavanger, med rundt 10 årsverk pluss eksternt finansierte forskere.

– Hva bør regjeringen gjøre for personer med schizofreni-lidelse?

– For det første: Få til tidlig oppdagelse av lidelsen og intervensjon i alle landets helseforetak, lignende TIPS i Stavanger. Vi har dokumentert gjennom rundt hundre artikler at vi har fått til en reduksjon i varighet av ubehandlede psykosider og fordobling av sjansen til langtids tilfriskning. Dette er ubestridt og nådde til og med forsiden av *American Journal of Psychiatry* i 2012. Helseministeren bør lese seg opp på forskning om tidlig intervensjon, i tillegg til evidensbasert behandling ved psykose. Det er gode forskningsmiljøer på psykose flere steder i Norge, som han kanskje burde se nærmere på.

– Du har flere konkrete politiske forslag?

– Ja. Individuell jobbstøtte, på engelsk *Individual Placement and Support* (IPS), for alle med psykoselidelser, over hele landet. Det er en versjon av arbeidsrehabilitering, og vår versjon heter Skole og jobbsekt. Du trener deg opp på den arbeidsplassen der du faktisk skal jobbe, med hjelp av spesialisert personale. «Place, then train», er tanken her. IPS er stort i Nav-verdenen, psykolog Arnstein Mykletun er mye involvert i det.

I tillegg bør helseministeren introdusere *familiearbeid* over hele landet. Pårørende til mennesker med alvorlige sinnslidelser har behov for konkret hjelp.

– OECD-rapporten *Health at a Glance 2019* viser økt dødelighet blant denne pasientgruppen i Norge. Fem prosent med diagnosen schizofreni begår selvmord i Norge, ifølge Folkehelseinstituttet, som justerte tallet ned fra 10 prosent i september.

– I vår egen TIPS-studie har rundt halvparten hatt tanker om, planer om og/eller gjort forsøk på selvmord. Internasjonale studier viser at 10 prosent ender opp med å begå selvmord. For befolkningen samlet er tallet rundt 1,5 prosent. At anslaget for suicid ved schizofreni i Norge er halvert, er nytt for meg, men selvsagt svært gledelig.

– Hva kan ha skjedd?

– Det er mulig vi nå ser resultater av tidlig intervensjon. Det kan være interessant å undersøke dette nærmere. For vi vet: Bli psykosen oppdaget tidlig, fordobles sjansen for å bli helt frisk. Det bør få konsekvenser for konkret, praktisk politikk og prioriteringer. ✕



ET TYDELIG NEI Mette Ellingsdalen i We Shall Overcome mener at tvangslovutvalgets kunnskapsgrunnlag om effekter av antipsykotika viser at tvangsmedisinering ikke kan forsvares.

Kjemper mot tvangsmedisinering

Tvangsbegrensningsloven gir grønt lys for tvangsmedisinering på sviktende grunnlag, mener Landsforeningen We Shall Overcome.

TEKST Per Halvorsen **FOTO** Nora Skjerdingsstad

16. DESEMBER gikk fristen ut for å sende høringsuttalelse til *NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven*. Lovforslaget er resultatet av en gjennomgang av tvangsreglene i helse- og omsorgssektoren. Lovutvalget foreslår blant annet å videreføre muligheten for tvangsmedisinering selv om de anser tiltaket for å være svært inngripende og for å kunne ha store skadevirkninger. Det har fått en av de sterkeste stemmene mot tvangsbruk i psykisk helsevern til å reagere.

– Lovutvalget bruker mye tid på å gjøre rede for de tvilsomme sidene ved medikalisering. Det rasjonelle valget ville derfor være å si nei til tvangsmedisinering, sier Mette Ellingsdalen.

Hun er politisk rådgiver i We Shall Overcome (WSO), en bruker- og interesseorganisasjon som jobber for hjelp uten tvang. Medlemsmassen består i hovedsak av personer som har negative erfaringer med tvangsbehandling i psykisk helsevern.

SÅR TVIL OM EFFEKT

Ellingsdalen mener at lovutvalgets eget kunnskapsgrunnlag om effekter av antipsykotika viser at tvangsmedisinering ikke kan forsvares: En studie av vedlikeholdsbehandling med antipsykotika slår fast at en må behandle tre pasienter i ett år for å hindre ett tilbakefall (Leucht et al. 2012). En kunnskapsoppsummering om antipsykotikabruk ved akutte psykotiske symptomer konkluderer med at man må behandle fra fem til ti pasienter for at én ekstra pasient skal oppnå bedring (Kunnskaps-senteret, 2009).

– Det sås tvil om effektiviteten både ved akutt og langvarig behandling med antipsykotiske midler. Da er det ikke logisk at utvalget unnlater å ta et oppgjør med tvangsmedisinering, sier Ellingsdalen.

KRENKENDE

I sin doktorgrad fra 2018 fant psykolog og postdoktor Olav Nytingnes at det var tvangsmedisinerte pasienter som hadde opplevd tvangen som sterkest og mest krenkende. WSO vil forby all medisinering med grunnlag i tvang. Ellingsdalen medgir at noen pasienter dermed vil komme dårligere ut, men mener at det er noen som kommer svært dårlig ut også i dag – på grunn av tvangsmedisinering.

– *Ifølge lovforslaget vil et minstekrav før tvangsbehandling med medisin være at pasienten i minst én uke har fått tilbud om ikke-medikamentell behandling. Vil ikke det gi et helt annet utgangspunkt for tvangsmedisinering enn før?*

– Det er vanskelig å se at dette vil slå ut helt annerledes enn dagens observasjonstid på fem dager, sier Ellingsdalen.

Hun viser til at det er videreført en unntaksbestemmelse ved fare for vesentlig helseskade. Det sier hun gir lite mening når inngangskriteriet for tvangsmedisinering i §6–5 er fare for vesentlig helseskade.

– Unntaksbestemmelsen ser derfor egentlig ut til å gjelde alle. Utvalget ser ut til å ha en intensjon om å presse frem alternativer til tvangsmedisinering. Det er i utgangspunktet bra, men så lenge man kan fortsette å tvangsmedisinere, er det lite sannsynlig at det skjer, sier hun.

BESLUTNINGSTØTTE

Ellingsdalen er også kritisk til forslaget om at medisinering skal være prøvd før reservasjonsretten slår inn.

Lovutvalget om tvangsmedisinering

- Tvangslovutvalgets flertall vil opprettholde adgangen til tvangsmedisinering i behandling av psykiske lidelser.
- Det skal være adgang til å reservere seg mot med antipsykotika i inntil ti år forutsatt at personen tidligere har hatt psykose og blitt behandlet med antipsykotika.
- Reservasjonen skal ikke gjelde hvis personen utgjør en nærliggende og alvorlig fare for andres liv eller helse, eller av hensyn til omsorgssituasjonen for barn.
- Det foreslås en uavhengig ordning med kvalifiserte psykiatere som ved klage skal gjennomgå det faglige grunnlaget for tvangsmedisinering
- I 2017 ble det fattet 1783 vedtak om tvangsbehandling med hjemmel i § 4.4 i lov om psykisk helsevern. 1713 av dem dreide seg om tvangsmedisinering, de øvrige primært om ernæring. Omfanget har vært relativt stabilt fra 2015 til 2017 (se tabell).

Les mer

20. august publiserte psykologtidsskriftet.no et intervju med lederen for tvangslovutvalget, jusprofessor Bjørn Henning Østenstad. Han sa at utkastet til tvangsbegrensningslov innebærer en sterk innstramning av adgangen til å tvangsmedisinere. Bakgrunn for uttalelsen var blant annet kritikk fra fagdirektør for menneskerettigheter hos Likestillings- og diskrimineringsombudet, Guri Gabrielsen, som sådde tvil om hvorvidt forslaget til ny tvangslov er godt nok rigget for å begrense tvangsmedisinering.

Les mer på psykologtidsskriftet.no: Mener lovutvalg lempet på krav til tvangsmedisinering

EFFEKT Psykiater Trond Aarre i tvangslovutvalget sier lovforslaget legger opp til at det må være 50 prosent sannsynlighetsovervekt for effekt hvis noen skal kunne påtvinges medisinering. Foto: Øystein Torheim



– Hadde vi hatt medikamenter som er omtrent 90 prosent sikre, hadde det vært mer logisk. Men det er jo langt unna virkeligheten. Hvorfor skal det forlanges at du må ha forsøkt et behandlingstiltak med så usikre effekter og stor risiko for skadelig effekt, før du kan reservere deg, spør hun.

Ellingsdalen mener fritt og informert samtykke er helt sentralt i retten til helsehjelp, og mener tvangsbehandling er et blindspor: Utgangspunktet må være hvordan man skal hjelpe *uten* å bruke tvang, mener hun. Et stikkord er «beslutningsstøtte». Hun viser til verktøyet Quality Rights Training, som er utviklet for Verdens helseorganisasjon.

– Det er et redskap for å utvikle tjenester i tråd med menneskerettighetene. Det beskriver situasjoner som krever støtte og hjelp, men som ikke fratar personen selvbestemmelsen, sier hun.

GOD NYTTE

Medlem av Tvangslovutvalget, psykiater Trond Aarre, sier kunnskapsgrunnlaget for effekt ved bruk av antipsykotika er omfattende og lite entydig. Utvalget har derfor ikke konkludert om sannsynligheten for effekten av psykofarmaka på generelt grunnlag. Han mener det ikke bør være opp til lovgiver å avgjøre hvordan den vitenskapelige litteraturen skal tolkes. Og heller ikke lage et regelverk som unnlater å ta høyde for at framtidig forskning kan komme til andre resultater enn de som foreligger i dag.

– Utvalget har foreslått et juridisk rammeverk som tilsier at det må være 50 prosent sannsynlighetsovervekt for effekt hvis noen skal kunne påtvinges medisinering. Det gjør at klinikerne i hvert enkelt tilfelle må sannsynliggjøre at medisinen har effekt. Dette tror jeg står ganske sterkt etisk sett, sier han til Psykologtidsskriftet.

– *Hvorfor skal ikke pasienter uten erfaring med bruk av psykofarmaka kunne reservere seg gjennom forhåndserklæringer?*

– Bindende forhåndserklæringer har vi ingen tradisjon for i Norge. Når vi nå foreslår å åpne for det, har utvalget ønsket at det skal gjelde for pasienter som vet hva de reserverer seg mot, altså at de har hatt negative erfaringer med medisinering mot psykose. I denne omgang har utvalget ikke ønsket å åpne for at folk som ikke har brukt slike medisiner tidligere, kan reservere seg mot behandling som de kan ha god nytte av, sier Aarre.

HJELPE, IKKE SKADE

Tvangens skadepotensial er et av temaene WSO problematiserer i sitt hørings svar til tvangsbegrensningsloven. Ellingsdalen mener lovutvalget, når de gjør sine vurderinger, bygger på en forutsetning om at hvis tvangen ikke hjelper, så vil den heller ikke skade. Hun mener imidlertid at du ikke kan vurdere retten til helsehjelp bare ut fra en intensjon.

– Hvis du får behandling som er til skade, er det ikke helsehjelp, sier hun.

Hun sier det virker som om lovutvalget er redd for at noen skal gå glipp av tvang, og ser bort fra erfaringene til alle dem som mener de har tatt skade av tvangen.

IKKE SORT-HVITT

– *Flere pasienter med tvangserfaring vil hevde at de neppe hadde klart seg om det ikke hadde vært for at noen tok vare på dem mot deres egen vilje, da de selv ikke var i stand til å gjøre det?*

– At folk sier de har hatt bruk for tvangen, betyr ikke at det ikke er mulig å hjelpe på andre måter hvis vi lager et annet system. Jeg har respekt for folks historier, men at noen får hjelp, veier ikke opp for at andre blir skadet. Vi må finne en løsning som ivaretar begge disse perspektivene, sier Ellingsdalen.

Trond Aarre opplyser at cirka halvparten av de som har opplevd tvang i psykisk helsevern, i ettertid mener tvangen har vært berettiget.

– Dette regelverket er også for dem. Vi har forsøkt å lage regler for et landskap som ikke er sort-hvitt, sier han.

LITE FORSKNING PÅ SKADEVIRKNINGER

Randomiserte, kontrollerte studier av effekter av og potensielle skader ved bruk av tvang er logisk nok vanskelig på grunn av forskningsetikkenes krav om informert samtykke. Kunnskapsgrunnlaget for tvangsbruk er derfor ganske tynt. Lederen for Tvangsforskningsnettverket, psykiater Erlend Bugge, uttalte i desemberutgaven av Psykologtidsskriftet at det heller ikke finnes holdepunkter for at tvang har positive kliniske effekter, men at det ikke kan utelukkes.

Noe forskning fins imidlertid på hvordan pasienter *opplever* tvang. Psykolog og postdoktor Olav Nytingnes ved Akershus universitetssykehus har doktorgrad på tematikken. Med finansiering fra Helsedirektoratet utarbeidet han spørreskjemaet Experienced Coercion Scale (ECS) for å undersøke hvordan ulike former for tvang og ulike sider av behandlingen hang sammen med hvordan pasientene opplevde nivået av tvang. Nytingnes fant altså at det var tvangsmedisinerte pasienter som hadde opplevd tvangen som sterkest og som mest krenkende. Han mener det er på tide å utvikle innslag av medikamentfrie tilbud gjennom hele behandlingsforløpet, også på akuttavdelingene.

– Det vil alltid være noen som ikke responderer positivt på medisiner. Også disse menneskene vil trenge hjelp av helsetjenesten ved akutte psykoser, uten at de bør presses til behandling med antipsykotika, sier han til Psykologtidsskriftet.

MEDISINFRIE TILBUD

Nytingnes mener det alltid vil være noen som har en dårlig respons på antipsykotika. Med



NYE TILBUD Psykolog og postdoktor Olav Nytingnes mener det er på tide å utvikle innslag av medikamentfrie tilbud gjennom hele behandlingsforløpet, også på akuttavdelingene. Foto: Jarle Nytingnes

dette som utgangspunkt mener han at fagmiljøer og pasientorganisasjoner bør komme sammen for å finne ut hvem disse menneskene er, og hvordan de bør hjelpes i akutte situasjoner. Han minner om at de medisinfrie tilbudene som allerede eksisterer rundt om i landet, stort sett er beregnet for frivillig behandling.

– Arbeidet med å utvikle en søyle av medisinfrie tilbud, også i de vanskeligste delene av behandlingsskjeden, bør begynne så raskt som mulig, sier han.

– *Vil ikke reservasjonsretten som ligger i den foreslåtte ordningen med bindende forhåndserklæringer, løse utfordringene?*

– Et stykke på vei, men mange av unntakene som foreslås – hensynet til akutt fare, til barn etc. – gjør at folk som reagerer negativt på antipsykotika, fortsatt vil kunne få dette under tvang ved akutt psykose. Derfor bør vi begynne å tenke på alternativer, selv om det er komplisert, sier Olav Nytingnes. ✕

- Mindre tvang krever endrede arbeidsmåter

Helseminister Bent Høie vil den unødige bruken av tvang i psykisk helsevern til livs, men mener det må mer til enn ny lov og mer ressurser: Det er arbeidsmåtene som må endres.

TEKST Per Halvorsen

- TVANGSBRUKEN VARIERER så mye at det åpenbart foregår tvangsbruk som ikke skulle ha skjedd. Det er bekymringsfullt når vi vet hvor alvorlig det er for et menneskes liv, sier han.

Psykologtidsskriftet møter statsråden nøyaktig to uker før fristen går ut for å sende høringssvar til NOU 19: Tvangsbegrensningsloven. Det var han selv som nedsatte lovutvalget, som i midten av juni overrakte ham det mursteintunge lovforslaget. Han hadde imidlertid ikke tid til å vente til Østenstadutvalget la sitt forslag på bordet. Fra 1. september 2017 innførte regjeringen en endring av psykisk helsevernloven som er blitt karakterisert som en av de viktigste siden loven ble vedtatt: kravet om samtykkekompetanse som kriterium for å iverksette tvang med hjemmel i behandlingsvilkåret.

FAGLIGE ANBEFALINGER

Endringen kom på bakgrunn av tunge faglige anbefalinger. Høie opplevde at norsk lovverk var vanskelig å forsvare ut fra grunnleggende menneskerettigheter, slik de fremgår i FNs konvensjon for funksjonshemmedes rettigheter (CRPD).

– Det skal være en grunnleggende verdi i norsk helsetjeneste at du ikke skal gis helsehjelp mot din vilje hvis du er samtykkekompetent. Det gjelder uavhengig av om du har somatiske eller psykiske helseutfordringer, sier han.

Han tror likevel at en ny lov i seg selv vil ha begrenset effekt på et område som dette.

– Loven er viktig for å sikre rettssikkerheten til den enkelte i situasjoner der det brukes tvang. Når det gjelder praksisendring i tjenesten, har jeg mer tro på ledelse, kultur og kompetanse, sier han.

ADVARER MOT UNDERLEDELSE

I 2016 avslørte VG omfattende bruk av mekaniske tvangsmidler i spesialisthelsetjenesten og dårlig dokumentasjon av begrunnelsene for hvorfor tvangen ble gjennomført. Statsråden var kjapt ute med å hevde at psykisk helsevern er et felt som får lov til å leve sitt eget liv, og at det er en underledet del av sykehusenes virksomhet. I dag sier han at uttalelsen bunnet i bekymring for at de øverste ledelsesnivåene i helseforetakene og på sykehusene ikke engasjerte seg nok i hva som skjedde innenfor psykisk helsefeltet.

– Mange av sykehuslederne har erfaringer fra andre deler av helsetjenesten som det er enklere for dem å forholde seg til. Det er alltid farlig for en tjeneste som har mye makt, hvis ledelsen ikke engasjerer seg nok i tjenestene. Da risikerer vi at det utvikler seg en kultur og en praksis som går i gal retning, sier han.

I dag opplever han at ansatte i psykisk helsevern er bevisste på å få ned tvangsbruken.

– Jeg vet at psykologene i helsetjenesten er opptatt av å få tvangen ned og jobber for at det skal bli bedre. I Helse Bergen er det jevnligesamtaler med leder for kontrollkommisjonen, i tillegg til samtaler med pårørende før et tvangsvedtak fattes. I Helse Sør-Øst har de dialogmøter med alle sykehus om tvang, sier han.

EMESTRING

– *Det nye lovforslaget forsterker kravet om å forebygge tvang. Er det mulig å gjennomføre uten at psykisk helsetjenester får tilført mer ressurser?*

– Jeg har hele tiden ment at det er behov for mer penger i denne delen av helsetjenesten. Jeg tror likevel ikke mer penger i seg selv vil løse utfordringene. Det handle mye om hvordan vi bruker pengene, sier han.

Han bruker eMestring som eksempel. For noen lidelser mener han eMestring gjør det mulig å behandle flere med like gode, om ikke bedre resultater. Å få spredd eMestring til hele tjenesten vil kunne frigjøre ressurser og gjøre at man kan bruke mer tid på andre pasienter, mener han. Han viser også til firedagersmodellen for behandling av tvangslidelser:

– Det er ikke lenge siden vi la ned sengepostene til disse pasientene fordi det i dag finnes bedre behandlingsmetoder. Jeg er ikke i tvil om at

SYKEHUSLEDELSE – Det er alltid farlig for en tjeneste som har mye makt, hvis ledelsen ikke engasjerer seg nok i tjenestene, sier helseminister Bent Høie. Foto: Nora Skjerdingsstad



det er behov for mer ressurser til psykisk helse og rus i årene framover, men noe av utviklingen vi er vitne til, frigjør ressurser, sier han.

TJENESTEORGANISERING

Helseministeren mener en tvangsinnleggelse ofte vil være uttrykk for at vi ikke har lyktes med det som burde ha kommet før, og sier han ønsker nye måter å organisere helsetjenestene på. Han vil til livs de tette skottene som noen steder finnes mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

– Det starter jo ofte i kommunen og med hvilken relasjon den har klart å bygge til spesialisthelsetjenesten. Det handler om å lage gode systemer for brukerstyrte senger, planer der man vet hva man skal gjøre når det oppstår en krise. Skal vi lykkes med tenkningen som ligger i Østenstad-utvalget, må vi ikke bare se på loven, men også på hvordan vi organiserer tjenestene, sier han.

Han viser til erfaringene med oppsøkende behandlingsteam (ACT og FACT), noe som innebærer at ansatte fra kommunen og spesialisthelsetjenesten går sammen om å hjelpe pasienter med omfattende behov der de bor. Evalueringer av teamene viser at brukerne opplever bedre helse, nedgang i tvangsbruk og færre oppholdsøgn i psykisk helsevern. I Nasjonal helse- og sykehusplan legges det opp til at teamene i større grad skal tas i bruk også overfor barn og unge.

FORTSATT TVANGSMEDISINERING

– Med det kunnskapsgrunnlaget vi har i dag om effekten og bivirkningene av antipsykotika, burde vi ikke avvikle et inngrep som tvangsmedisinering?

– Jeg opplever ikke at det er faglig grunnlag for å mene at vi overhodet ikke skal tvangsmedisinere. Utvalget er dessuten tydelig på at det er viktig å sette i gang behandlingstiltak med bedre dokumentert effekt enn medisinering.

Et av forslagene til Østenstad-utvalget innebærer at tvangsmedisinering først kan settes i verk en uke etter at forebyggende tiltak har vært

forsøkt. Statsråden sier det har vært interessant å observere at noen fagmiljøer omtaler kravet som at de er gitt en «utvidet observasjonstid». Han minner om at det ikke har vært tanken i det hele tatt.

INTERVENSJON, IKKE OBSERVASJON

– Vi snakker om intervensjon, ikke om observasjon. Kommentaren avslører hva som er den dominerende tenkningen i noen fagmiljøer i psykisk helsevern. Hvis vi skal følge utvalgets anbefalinger, må vi stille spørsmålet hva det vil kreve av tjenestene å sette i gang alternative behandlingsstrategier i det omfanget som de foreslår.

– Forrige gang det ble presentert en totalgjennomgang av tvangslovverket (Paulsrud-utvalget, 2011), ble lovforslaget lagt i en skuff. Hvor viktig er det for deg å lande tvangsbegrensningsloven på din vakt?

– Dette er et stort og krevende lovarbeid. Vi har ennå ikke tatt stilling til fremdrift. På mitt mest optimistiske har jeg tro på at vi skal kunne behandle loven i inneværende stortingsperiode. Det er litt avhengig av hvilke problemstillinger som dukker opp når departementet skal begynne å jobbe med teksten. Jeg skal ikke underslå at det er en vanskelig sak. Foreløpig er jeg optimist. Jeg synes det er viktig å få gjort denne jobben, sier han. ✖

Høy røst

Han lover tydeligere tale overfor politikerne og synger gjerne karaoke for å gi et håndslag til foreningsdemokratiet.

TEKST

Per Halvorsen

FOTO

Nora Skjerdingstad

Skrivebordet er dyttet inn i motsatt hjørne, de gamle bildene på veggene erstattet med nye. På skjenken hviler en sixpence. Det er én dag og to timer siden Håkon Kongsrud Skard som Psykologforeningens nyvalgte president første gang satte sine lange ben innenfor terskelen til hjørnekontoret i andre etasje i Kirkegata 2.

I midten av februar lanserte han sitt kandidatur med kritikk av det bestående. 22. november ble han klappet inn i vervet av landsmøtedelegatene i Sandefjord. I løpet av det forutgående halvåret hadde tre andre mannlige kandidater i tur og orden kastet kortene. Et knapt døgn etter at vi har intervjuet ham, bekjentgjør visepresident Heidi Svendsen Tessand at hun ikke lenger vil være med på laget.

– *Overtar du en splittet forening?*

– Etter landsmøtet er jeg fristet til å si nei. Der opplevde jeg at det er langt mer som forener oss enn splitter oss. At det kan gå en kule varmt, betyr at vi er engasjert i det vi holder på med. De bitreste konfliktene er ofte mellom de gode hensynene. Jeg ønsker å være en

president for alle. Det kommer jeg til å si igjen og igjen. Jeg håper jeg kan vise det i handling også, sier han.

MURR, MURR

Det hadde murret en stund. Tillitsvalgte rundt i landet hadde skrevet spaltemetere om det de opplevde var en betydelig disharmoni mellom rammevilkår og krav til tjenestekvalitet. Om psykologer som ikke rakk å ferdigbehandle pasientene, kombinert med økende politiske krav om høyere effektivitet, mindre tvang og færre selvmord. Da Skard stakk sin skjeggprydete hake frem i Psykologtidsskriftet 14. februar 2019, var det denne misnøyen han frontet; misnøyen med trange kår i spesialisthelsetjenesten, med innsattsstyrt finansiering (ISF). Han har ennå ikke rukket å brette opp ermene, men det er dette han har gått til valg på å gjøre noe med.

– Det lønner seg for sykehusene å satse på somatikken. Kodene belønner ikke det vi er opp-tatt av: forebyggende arbeid og arenafleksible tjenester. Dette er ting vi bør ta opp i mye større



VIL IKKE LOVE

Håkon Kongsrud Skard frontet misnøyen med rammevilkårene i psykisk helsevern, men er varsom med å love resultater.

Sju kjaspe

- **Forbilde:**
Nelson Mandela. Å klare overgangen fra apartheid uten borgerkrig, samtidig som man bearbejdet traumene fra fortiden er enormt imponerende
- **Boka jeg aldri glemmer:**
Vredens druer. Reisen gjennom USA i dyp fattigdom er både tragisk og livsbejende på en gang
- **Ville helst gått i terapi hos:**
Hahal Erich Fromm
- **Lytter til:**
Alt unntatt frijazz. Spotify brukes på alle transportetapper, både musikk og podcaster
- **Hvis ikke psykolog, skulle jeg vært:**
Lærer, journalist, historiker
- **Ser på:**
The Crown, idrett, dokumentarer
- **Sitter gjerne fast i heisen med:**
Kona mi. Hun er det beste mennesket jeg vet om

grad enn det vi har gjort til nå. ISF er jo foreningen imot, men det er innført. Helse- og omsorgsdepartementet har bedt om tilbakemeldinger om ISF, og det skal de få, sier han med ettertrykk.

DER SKOEN TRYKKER

– Er det under ditt presidentskap vi endelig skal få realisert intensjonen med den gylne regel?

(Kort pause, lettere oppgitt latter.)

– Det er umulig å love resultater. Skoene trykker på forskjellige steder alt etter hvor i landet du jobber: I Troms sliter de med å rekruttere og er opptatt av lønnsbetingelser. I Oslo er det for få årsverk. Du får dermed ikke ferdigbehandlet pasientene før du må avslutte. Det jeg kan love, er en økt innsats på disse områdene. Om det gir resultater, vet jeg ikke, men det skal ikke stå på innsatsen. Vi må jobbe med nåværende regjering, og vi må posisjonere oss mot stortingsvalget om under to år. Helseforetakene har systematisk latt være å følge politikernes føringer om å prioritere psykisk helsevern gjennom mange år. Dette må løftes frem. Å si at økonomi ikke er en del av det, er for dumt, sier han.

FALSK MOTSETNING

I oppløpet til landsmøtet ble han fortolket som en som vil lansere en ny formel for Psykologforeningens kommunikasjonsstrategi; en formel der «utestemme» vil være en sentral faktor.

– Hvor høyroestet har du planer om å bli?

– Den debatten hviler på en falsk motsetning. Jeg har sagt vi skal være tydeligere. Politisk arbeid handler om å snakke med både utestemme og innestemme. Med utestemme mener jeg å gå offentlig ut med standpunkt, som gjerne er kritiske, og med forslag til hvorfor og hvordan ting bør være annerledes. Det står ikke i motsetning til at man også går i dialog og søker samarbeid. Vi ser det hele tiden: I det ene øyeblikket diskuterer politikerne så busta fyker. I neste øyeblikk går de rolig rundt i Stortingets vandrehall og finner løsninger.

– Og dette ligger ham åpenbart på hjertet, for han gjentar det flere ganger: Psykologforeningen har ansvar for å belyse for offentligheten hvordan medlemmene – de som forvalter tjenestene – opplever situasjonen.

– Vi skal ikke bare gå ut og rope etter mer penger, det fungerer jo ikke. Men vi skal bli flinkere til å dokumentere utfordringene vi står midt oppi, og foreslå løsninger. Det var det foretakstillitsvalgt Siri Næs gjorde med sin medlemsundersøkelse i Møre og Romsdal, og senere foreningen sentralt da den lot seg inspirere av Siris idé. Det var et godt eksempel på å bruke utestemme, mener Skard.

KARAOKEPRESIDENT

Han beskriver seg selv som diplomatisk og lite selvhøytidelig. Han sier han vil være en lavterskelpresident, en som «vil bjuda på».

– Jeg skal være en stemme for et fellesskap, og da må ikke høytideligheten og makten som ligger i presidentvervet, stå i veien for å kunne ta kontakt, enten det gjelder medlemmer, brukere eller andre som er opptatt av psykisk helse. Da kan det være klokt ikke å fremstå som ufeilbarlig. Ja, til og med synge karaoke, om nødvendig.

– Karaoke?

- Ja, gjerne det. Da signaliserer man jo at også andre kan være seg selv. Og det fostrer godt samarbeid og til syvende og sist bedre og mer åpne beslutningsprosesser, og mulighet for større grad av demokrati.

POLARISERING

Det er ikke til å komme utenom. Mange oppfattet diskusjonene før landsmøtet som polariserende. Utestemme versus innestemme var bare en av flere dikotomier. Fagforening versus samfunnsorganisasjon en annen.

- *I hvor stor grad bidro du selv til polariseringen?*

- Det vil være tåpelig av meg å hevde at jeg er totalt uskyldig. Det øyeblikket du går ut med kritikk, er det en inngang til å skape motsetninger. Jeg lansert mitt kandidatur med noe jeg oppfattet var en mangel ved foreningen. De andre kandidatene tok opp hansken. Jeg tror uenighet er sunt. Temperaturen kan bli høy, ikke minst i sosiale medier. Psykologer er ikke noe flinkere til å krangle der enn resten av befolkningen, sier han.

Men her sitter han altså og ser lyst på livet. 40 år gammel. Gift med en kommunepsykolog som han har to sønner med, en på fem og en på sju. Innebandyspiller og Chelsea-supporter. Sønn av en psykolog og en sivilingeniør og tidligere statssekretær for Arbeiderpartiet. De siste årene har han jobbet som universitetslektor ved Universitetet i Oslo og psykologspesialist ved poliklinikken Raskere tilbake ved Diakonhjemmet sykehus. En ekte «Skard». Kanskje det nærmeste vi kommer en Kennedy-klan i norsk psykologi, med Håkons bestemor Åse Gruda Skard på toppen. En av Psykologforeningens grunnleggere og psykologfaglig populariseringsikon i NRK på 70-tallet. Det siste har inspirert til at foreningen årlig deler ut en pris i hennes navn. I tillegg til Håkons mor er også to tanter psykologer.

Bortsett fra noen besøk på bestemorsfanget, og at vår mann for cirka 33 år siden tok med nabogutten hjem for å besiktige bestemorens skallelete hode (hun hadde fått behandling for kreft), har han få erindringer om bestemoren. Han har heller ikke nytt godt av at kafeen på Psykologisk institutt i Oslo, der han studerte, bærer hennes navn.

- Vi glemmer så fort. Én generasjon, så er det stopp. Men kanskje jeg mer enn andre har fått med meg Psykologforeningens historiske linjer. At noen har gjort jobben for at psykologer har fått den statusen og den tilliten de har i Norge i dag. At her i landet kan vi få psykologisk behandling med en kvalitet og med en rettssikkerhet som er fraværende mange andre steder. Det skal vi hegne om, sier han.

FAGFORENING OG SAMFUNNSORGANISASJON

- *Hva er det viktigste – medlemmenes interesser eller samfunnets behov?*

- Igjen en kunstig motsetning. I 90 prosent av sakene vi jobber med, sammenfaller medlemmenes interesser med samfunnets behov. Medlemmene ønsker å levere gode tjenester til befolkningen. Tjenester som bedrer folks psykiske helse gjennom forebygging og behandling. Det er vårt samfunnsansvar. Det er knyttet til psykologenes fagetikk at samfunnets interesser og behov står i sentrum, sier han.

Den nye psykologpresidenten mener det er medlemmene og ivaretagelsen av deres interesser som utgjør gjennomslagskraften Psykologforeningen er avhengig av for å kunne levere tjenestene samfunnet etterspør.

- Vi er nødt til å ivareta det ene for å få til det andre, sier han, men medgir at det kan oppstå situasjoner der de enkelte hensynene havner i konflikt.

- Temperaturen kan bli høy, ikke minst i sosiale medier. Psykologer er ikke noe flinkere til å krangle der enn resten av befolkningen

- Jeg er tilhenger av at vi må være tilgjengelige større deler av døgnet

Han bruker spesialistutdanningen som eksempel. Gjennomfører du den, kiler det behagelig i lønnskontoen. Slik sett lønner det seg med et utdanningsløp som gjør psykologer til spesialister så fort som mulig. På den annen side må vi sikre at utdanningen har høy faglig kvalitet, påpeker han. Han viser til at landsmøtet vedtok å se nærmere på hvordan psykologer best mulig kan tilegne seg klinisk ekspertise, og hvordan dette bør slå inn i spesialistutdanningen.

- Det er en del av vårt samfunnsansvar å finne balansepunktet mellom disse hensynene, sier han.

TIDSFLEKSIBLE TJENESTER

- *Hva med arbeidstid? Profesjonens nytteverdi opphører vel ikke på slaget fire om ettermiddagen?*

- Godt eksempel. Vi bør kunne tilby både arenafleksible og *tidsfleksible* tjenester. Jeg har selv vært med på å framforhandle særavtaler for at psykologer skal kunne jobbe om kvelden. Og som tidligere MST-terapeut vet jeg hvor viktig det er å være tilgjengelig også utenfor normalarbeidstid. Men avtaleverket må være basert på frivillighet og sørge for rimelig kompensasjon.

Han mener at gode avtaler om tidsfleksible tjenester er et godt eksempel på at effektivt tillitsvalgtarbeid og innsatsen for gode tjenester går hånd i hånd.

- Og sett i lys av vårt nye hovedsatsningsområde vil det jo være litt pussig om vi ikke kan tilby konsultasjoner utenfor arbeidstid. Jeg er tilhenger av at vi må være tilgjengelige større deler av døgnet, men dette er prioriteringer som sentralstyret må være med på, sier Skard.

SMÅ KOMMUNER, FÅ KOMMUNEPSYKOLOGER

Få uker før nyttårsskiftet er han likevel mest opptatt av de geografiske forskjellene i det kommunale psykologtilbudet. Skards bekymring dreier seg først og fremst om at de små kommunene som sliter mest med rekrutteringen, også er blant dem som befinner seg lengst unna spesialisthelsetjenesten. Dette ønsker han å ha en dialog om med de som jobber i kommunen. Om hva som må til av lønn, rekrutterings-triks (f.eks. alltid å utlyse flere stillinger samtidig) og markedsføring av interkommunale samarbeidsløsninger for å kunne gjøre jobbene attraktive. Han er bekymret for at kommunene skal kunne kjøpe seg ut av lovkravet ved å gå til private leverandører som tilbyr seg å fylle små stillinger.

- Det er jo ikke vår intensjon med kommunepsykologsatsningen. Jeg har ingen magisk løsning, men vi må finne ut hva som fungerer på de enkelte stedene, sier han.

ORGANISASJON OG MAKT

En ny landsmøteperiode er så smått i gang. Skard opplever medlemmenes engasjement som større enn noensinne. I hvert fall om man tar utgangspunkt i mengden saker som var til behandling på landsmøtet i Sandefjord. En organisatorisk gjennomgang var en av bestillingene det nye sentralstyret fikk i fanget: Hva skal være lokallagenes mandat i fremtiden, hvordan utvikle en forening som ivaretar representativiteten på best mulig måte, hva med ansvarsfordelingen mellom president og visepresidenter? Det handler om makt, og vi snakker potensiell konfliktsone. Dessuten: Hvem skal lede arbeidet? I Sandefjord var



MAKT OG HABILITET - Hvis jeg skal ha ansvar for en organisasjonsreform som har åpenbare følger for min egen maktutøvelse, får jeg en habiliteitsutfordring, sier Håkon Kongsrud Skard.

Skard selv blant dem som ønsket en ekstern gjennomgang.

- Hvis jeg skal ha ansvar for en organisasjonsreform som har åpenbare følger for min maktutøvelse, får jeg en habiliteitsutfordring. Samtidig skjønner jeg frykten for at konsultentselskaper ikke nødvendigvis har noen bedre kjennskap til organisasjonen enn organisasjonen selv. Risikoen med eksterne er at det blir dyrt og dårlig. Derfor endte vi opp med et mandat som innebærer at sentralstyret skal holde i arbeidet, men vurdere egen habilitet når spørsmålet dukker opp.

- *Er du komfortabel med den løsningen?*

- Jeg håper vi kan få til å gjøre det på en måte som jeg kan være komfortabel med. Arbeidet må forankres lavt i organisasjonen, og lands-

møtevedtaket åpner for å hente inn kompetanse utenfra der det er nødvendig. Det vil ikke være ønskelig at sentralstyret skal vurdere sin egen fortreffelighet i ett og alt.

Intern organisering, Nasjonal helse- og sykehusplan, utredningen av ny tvangslov. Sistnevnte er så tykk og tung at du må tenke løfteteknikk om du ikke vil la den ligge. Det er dette han har fått medlemmenes tillit til å ta tak i.

Han sier han ikke skal bruke presidentvervet som springbrett til noe annet. Får han det som han håper på, sitter han i to perioder og går deretter tilbake til klinisk virksomhet.

- Dette er det høyeste vervet jeg er ute etter i min karriere. Det er et ærefullt oppdrag. Jeg skal ingen andre steder, sier han. ❌

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2020 S. 18-27 FAGFELLEVDERT

JANNE ØEN HANSEN, Helse Nord-Trøndelag, DPS Stjørdal,
TONJE ADA BRANDSER, Universitetssykehuset Nord-Norge, DPS Storsteinnes,
JENS C. THIMM, UiT Norges arktiske universitet, Institutt for psykologi
KONTAKT jens.thimm@uit.no

BEHANDLING AV KOMPLISERT SORG

– En systematisk oversikt og metaanalyse
av randomiserte kontrollerte studier

Sorg er en naturlig reaksjon på tap, men for noen kan sorgen utvikle seg til en psykisk lidelse. Hvilken behandling bør de få?

Å miste en nær person kan være en av de mest smertefulle opplevelsene i livet. Normale sorgreaksjoner omfatter et bredt spekter av følelser, kognisjoner og atferd, som for eksempel tristhet, sinne, lengsel, nummenhet, vantro, forvirring, søvnforstyrrelser og sosial tilbaketrekning (Worden, 2008). De fleste som opplever sorg, går gjennom en vond, men naturlig sorgprosess, der de sorgrelaterte reaksjonene gradvis avtar over tid (Jordan & Litz, 2014). For noen blir imidlertid sorgen et alvorlig psykisk hel-seproblem når den ikke går over (Prigerson et al., 2009). Denne tilstanden har blitt kalt, blant annet, komplisert sorg (Shear et al., 2011) eller forlenget sorgforstyrrelse (Prigerson et al., 2009). I det følgende brukes begrepene «komplisert sorg» og «forlenget sorgforstyrrelse» om hverandre. Tilstanden karakteriseres av intens sorg som varer lenger enn forventet ut ifra sosiale og kulturelle normer (Prigerson et al., 2009). Kjerne-symptomer ved komplisert sorg er separasjonsubehag med vedvarende lengsel og overopptatthet av den avdøde (Dyregrov, Dyregrov, & Kristensen, 2014). Videre innebærer komplisert sorg ofte påtrengende tanker om eller bilder av den avdøde, vantro, manglende evne til å akseptere tapet og intense og smertefulle emosjoner (Prigerson, Vanderwerker, & Maciejewski, 2008; Shear, 2015). Tilstanden medfører et betydelig psykisk ubehag og funksjonsnedsettelse og kan være forbundet med suicidalitet og utvikling av alvorlige sykdommer (Prigerson et al., 2009; Simon, 2013). En metaanalyse fant en prevalens av komplisert sorg på opptil 10 % hos individer som opplever sorg (Lundorff, Holmgren, Zachariae, Farver-Vestergaard, & O'Connor, 2017). Å miste et barn har blitt identifisert som en risikofaktor for utvikling av komplisert sorg (Rosner, »

ABSTRACT

Treatment of complicated grief
– A systematic overview and meta-analysis of randomized control studies

The loss of a loved one is a major life stressor. Approximately 10 % of bereaved experience a persistent and intense grief reaction that is associated with considerable suffering and functional impairment (complicated or prolonged grief). The aim of the present study is to summarize current knowledge about treatment approaches. We conducted a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies that have evaluated the effect of different approaches to the psychological treatment of complicated grief among adults. We identified 14 studies that met our inclusion criteria. Results suggest that the investigated approaches are effective in reducing symptoms of complicated grief. Cognitive restructuring, exposure, and behavioural activation are used in several treatment approaches and are considered important elements for an effective treatment of complicated grief.

Keywords: complicated grief, prolonged grief, randomized control studies, treatment effect



Resultatene tydeliggjør behovet for lidelses-spesifikk behandling av komplisert sorg

2015). Videre har død som følge av vold eller selvmord vist seg å være en risikofaktor, i tillegg til høy nevrotisisme, utrygg tilknytningsstil og manglende sosial støtte (Burke & Neimeyer, 2013). Empiri viser at komplisert sorg skiller seg fra alvorlig depresjon, posttraumatisk stresslidelse og andre angstlidelser (Barnes, Dickstein, Maguen, Neria, & Litz, 2012; Boelen, van de Schoot, van den Hout, de Keijser, & van den Bout, 2010).

Komplisert sorg representerer en psykisk lidelse som krever behandling, noe som reflekteres i innføringen av diagnosen «forlenget sorgforstyrrelse» (prolonged grief disorder) i ICD-11 (World Health Organization, 2018). Det er derfor behov for kunnskap om etablerte behandlingsformer for komplisert sorg. Behandlingseffekter av intervensjoner for komplisert sorg har tidligere blitt oppsummert i en metaanalyse av Wittouck, Van Autreve, De Jaegere, Portzky og van Heeringen (2011). Metaanalysen tok for seg randomiserte kontrollerte studier (RCT) av forebygging og behandling av komplisert sorg, hvor forebyggende intervensjoner ble funnet å ikke være effektive. På den annen side viste Wittouck og kollegaer (2011) at de seks inkluderte intervensjonene for behandling av komplisert sorg effektivt reduserte sorgsymptomer. Hensikten med denne studien er å gi en oppdatert oversikt over eksisterende forskning på behandling av komplisert sorg hos voksne. Dette har blitt gjort ved å identifisere behandlingsstudier av psykologiske behandlingsformer rettet mot komplisert sorg i RCT-studier, og hva som eventuelt gjør dem effektive.

METODE

Et systematisk litteratursøk ble gjennomført i tråd med PRISMA-retningslinjene (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman, & Prisma Group, 2009). Vi gjorde et kombinert søk i Ovid Medline (1946 til 2017), Embase Classic + Embase (1947-2017) og PsycINFO (1806 til 2017) (20.10.17). Publikasjoner tilgjengelig opp til og med 20. oktober 2017 er inkludert. Søket benyttet følgende søketermer: (complicated grief* or prolonged grief disorder* or prolonged grief* or complicated grief disorder* or persistent complex bereavement disorder* or pathological grief* or traumatic grief*) AND (therapy* or treatment* or method* or intervention* or model*). Det ble lagt til et RCT-filter i søket. Ved

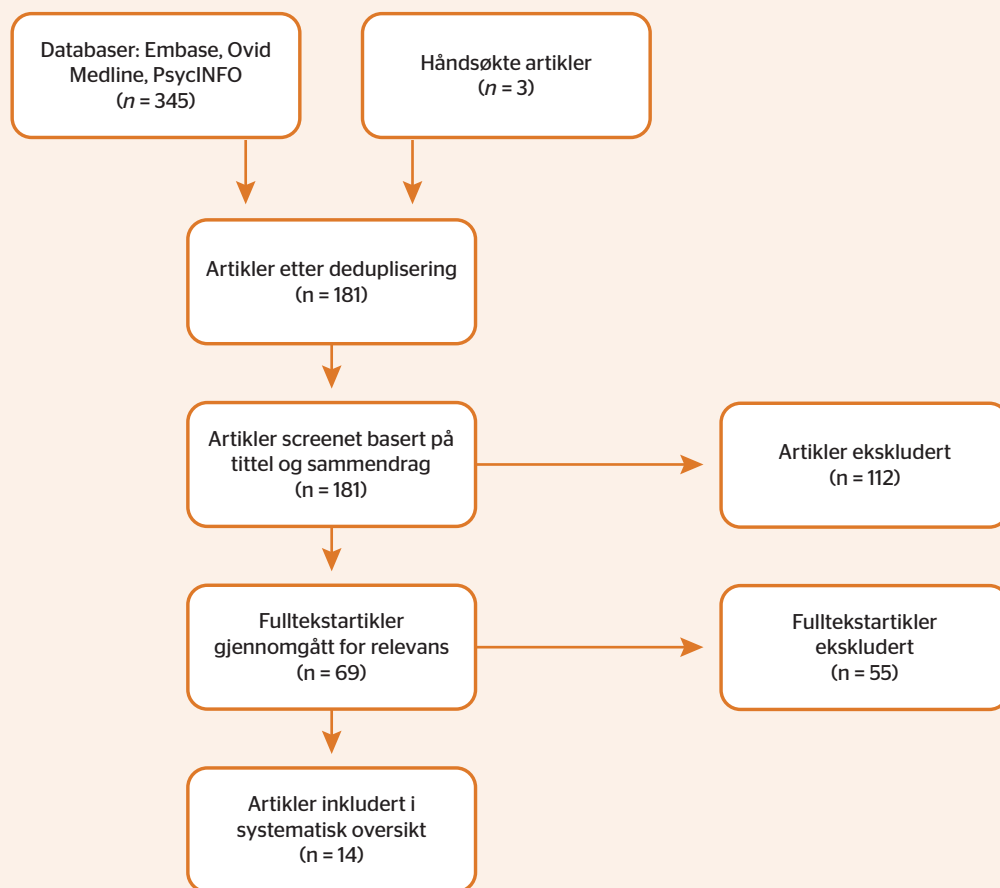
gjennomgang av referanselistene til publikasjoner identifisert i litteratursøket indentifiserte vi videre relevante artikler som møtte inklusjonskriteriene (håndsøk).

For at studier skulle bli inkludert i vår litteraturgjennomgang, måtte intervensjonen som ble evaluert basere seg på psykologiske behandlingsmetoder, og studien måtte ha anvendt et randomisert kontrollert design, hvor effekten av intervensjonen for komplisert sorg ble sammenlignet med en kontrollgruppe (for eksempel venteliste, støttesamtaler, vanlig behandling). Utvalget måtte bestå av voksne deltakere (>18 år) og inkludere minst 20 deltakere. Deltakere måtte oppfylle kriterier for en komplisert sorgdiagnose og/eller skåre over terskelverdien på validerte utredningsinstrumenter for komplisert sorg. Det var ingen restriksjoner knyttet til språk, publiseringsdato eller publiseringsstatus.

Studier ble ekskludert dersom formålet med studien var å undersøke generelle forebyggende tiltak for komplisert sorg eller tiltak før forventet dødsfall (palliativ omsorg). Studier som inkluderte farmakologiske intervensjoner eller fokuserte på en intervensjon for mennesker som har opplevd tap i krigsrammede land ble også ekskludert. Det samme ble intervensjoner designet for andre tapsrelaterte reaksjoner enn komplisert sorg.

Vi brukte Randomized Controlled Trial Psychotherapy Quality Rating Scale (RCT-PQRS; Kocsis et al., 2010) for å vurdere metodologisk kvalitet i de inkluderte studiene. Skalaen består av 24 ledd som blir vurdert på en skala fra 0 til 2 pluss en totalvurdering av studiekvaliteten på en skala fra 1 til 7. En total kvalitetsskåre på 24 eller over indikerer en vel gjennomført studie (Gerber et al., 2011). Skalaen har vist god inter-rater-reliabilitet, intern konsistens og ekstern validitet (Kocsis et al., 2010). Kvalitetsvurderingen ble foretatt av stteforfatteren.

Dersom en studie rapporterte gjennomsnitt og standardavvik for et mål på symptomer på komplisert sorg før og etter behandlingen i intervensjons- og sammenligningsgruppen, ble effektstørrelser (Hedges' *g*) beregnet og studien inkludert i en metaanalyse. Effektstørrelser som er større enn .8, betegnes som store effekter (Cohen, 1992). I pre-post sammenligningene ble korrelasjonen mellom pretest og posttest satt til .7 (jf. Rosenthal, 1993). I meta-



FIGUR 1 Flyttdiagram av studieseleksjonsprosessen

analysen ble en random-effect-modell lagt til grunn. Studienes heterogenitet ble estimert ved hjelp av I^2 -statistikken (Higgins, Thompson, Deeks, & Altman, 2003). Ifølge Higgins og kollegaer (2003) indikerer verdier på 25 %, 50 % og 75 % henholdsvis lav, moderat og stor heterogenitet. Utregningen av effektstørrelser og metaanalysen ble gjennomført ved hjelp av R (R Core Team, 2019) og pakkene esc (Lüdecke, 2019) og meta (Schwarzer, 2019).

RESULTATER

Søkeprosessen er vist i figur 1. Totalt 14 studier ble vurdert til å oppfylle inklusjonskriteriene. Studiekarakteristikk og resultater er fremstilt i tabell 1. Det totale antallet deltakere i de 14 studiene var 1050, med en betydelig overvekt av kvinner (i snitt 81,2 %). Totalskårer fra kvalitetsvurdering av de individuelle studiene er

presentert i tabell 1. Skårene varierte fra 23 til 44 ($M = 31,79$).

Inkluderte studier undersøkte en rekke behandlingstilnæringer, som kognitiv terapi, interpersonlig psykoterapi, støtteterapi, komplisert sorgterapi, atferdsaktiverting, eksponeringsterapi, kognitiv narrativ psykoterapi, gruppeterapi med fokus på fortolkning, meta-kognitiv terapi, psykoedukasjon og egenomsorg (tabell 1). Sju av de 14 studiene retter seg mot individuell behandling, tre av studiene brukte gruppeterapi i sin tilnærming, og én studie brukte en kombinasjon av individuell og gruppetilnærming. Behandlingen ble i to studier gitt via internett, mens én studie fokuserte på psykoedukasjon for individer og støttepersoner. Det var stor variasjon i antall behandlingstimer og varighet av behandlingsforløp. Antall terapitimer varierte fra fire til 25. Varigheten av

Tabell 1. Oversikt over inkluderte studier

Forfatter	Utvalg ¹ (M alder; kjønn)	Intervensjon (n) ²	Sammenligning (n) ²	Varighet
Barbosa et al. (2014)	n = 40 (80,1 år; 88 % kvinner)	Kognitiv-narrativ terapi (20)	Venteliste (20)	4 individuelle ukentlige timer (60 min.)
Bryant et al. (2014)	n = 80 (51 og 54,8 år; 86,3 % kvinner)	Kognitiv restrukturering pluss eksponering (41)	Kognitiv restrukturering (39)	10 ukentlige gruppetimer (2 timer) og 4 ukentlige individuelle timer (60 min.)
Eisma et al. (2015)	n = 47 (45,7 år; 91,5 % kvinner)	1. Eksponering (18) 2. Atferdsaktivering (17)	Venteliste (12)	6 e-postbaserte oppgaver over 6–8 uker
Nam (2016a)	n = 42 (45,6 år; 57,1 % kvinner)	Psykoedukasjon om komplisert sorg pluss psykoedukasjon om sosial støtte sammen med en støt-teperson (21)	Psykoedukasjon om komplisert sorg (21)	4 ukentlige timer (120 min.)
Nam (2016b)	n = 89 (67,5 år; 51,7 % kvinner)	Komplisert sorgterapi (45)	Støttesamtaler (44)	8 ukentlige timer (120 min.)
Nam (2017)	n = 168 (72,1 år; 73 % kvinner)	Egenomsorg i sorg + psykoedukasjon (84)	Psykoedukasjon (84)	4 ukentlige timer (60 min.)
Papa et al. (2013)	n = 25 (49 år; 88 % kvinner)	Atferdsaktivering (12)	Venteliste (12)	8–14 ukentlige timer (60 min.)
Piper et al. (2001)	n = 139 (43 år; 77 % kvinner ²)	Gruppeterapi med vekt på fortolkning (68)	Gruppeterapi med vekt på støtte (71)	12 ukentlige timer (90 min.)
Rosner et al. (2014)	n = 51 (47,5 år; 86 % kvinner)	Kognitiv atferdsterapi for forlenget sorg (22)	Venteliste (24)	25 ukentlige timer (50 min.)
Shear et al. (2005)	n = 102 (49,4 og 47,3 år; 87 % kvinner)	Komplisert sorgterapi (49)	Interpersonlig terapi (46)	Ca. 16 ukentlige timer
Shear et al. (2014)	n = 151 (66,1 år; 81,5 % kvinner)	Komplisert sorgterapi (72)	Interpersonlig terapi (73)	16 ukentlige timer
Supiano et al. (2014)	n = 39 (67,9 og 67,4 år ; 82 % kvinner)	Komplisert sorgterapi i gruppe (20)	Vanlig behandling (19)	16 ukentlige timer (120 min.)
Wagner et al. (2006)	n = 55 (37 år; 93 % kvinner)	Internettbasert kognitiv atferds-terapi (29)	Venteliste (26)	10 oppgaver per e-post over 5 uker
Wenn et al. (2019)	n = 22 (62 år; 95 % kvinner)	Metakognitiv gruppeterapi (11)	Venteliste (10)	6 ukentlige gruppetimer (120 min.)

Utfallsmål	Frafall i intervensjonsgruppen (sammenligningsgruppe)	Effektstyrke mellom gruppene ved posttest ³	Effektstyrke før-etter ³ (sammenligningsgruppe)	Klinisk signifikant endring i sorgsymptomer	RCT-PQRS-skåre
ICG	5 % (0 %)	2,41	1,97 (0,09)	75 % oppfylte ikke lenger kriteriene for CG (5 % i sammenligningsgruppen)	24
ICG	24 % (23 %)	4	4	81 % oppfylte ikke lenger kriteriene for CG (57 % i sammenligningsgruppen)	39
ICG-R	1. 33 % 2. 59 % (17 %)	1. 0,61 2. -0,11	1. 1,24 2. 0,53 (0,00)	46,7 % i eksponeringsgruppen og 45,5 % i atferdsaktiveringsgruppen viste en reliabel endring (10 % i sammenligningsgruppen)	30
ICG	0 % (0 %)	1,83	2,94 (0,31)	Ikke rapportert	23
ICG	11 % (9 %)	1,52	4,05 (2,36)	Ikke rapportert	29
ICG	11 % (14 %)	0,82	1,37 (0,89)	Ikke rapportert	24
ICG-R	8 % (0 %)	1,45	3,04 (0,64)	45 % var tilfrisknet, 45 % var forbedret og 10 % var uforandret	33
PGI	22 % (24 %)	-0,02	0,96 (0,83)	Ikke rapportert	30
PG-13	14 % (4 %)	1,32	1,39 (0,12)	53 % viste en reliabel endring (4 % i sammenligningsgruppen)	34
ICG	27 % (26 %)	0,19	1,42 (1,37)	51 % responsrate (28 % for interpersonlig terapi)	35
ICG	18 % (19 %)	4	4	71 % responsrate (32 % for interpersonlig terapi)	44
PG-13	40 % (32 %)	0,08	1,46 (1,23)	42 % viste en symptomreduksjon på minst 50 % (0 % i sammenligningsgruppen)	31
IES-intrusions	10 % (4 %)	1,20	1,89 (0,64)	57 % viste en reliabel endring (12 % i sammenligningsgruppen)	33
PG-13	18 % (10 %)	1,58	2,02 (-0,59)	67 % viste en reliabel endring (22 % i sammenligningsgruppen)	36

¹ antall deltakere som ble randomisert² antall deltakere som startet i behandlingen³ Hedges's g.⁴ kan ikke beregnes på grunn av manglende informasjon. ICG = Inventory of Complicated Grief; ICG-R = Inventory of Complicated Grief – Revised; PGI = Pathological Grief Items; IES = Impact of Event Scale; PG-13 = Prolonged Grief-13.

behandlingsforløpet varierte fra fire uker til ni måneder. Gjennomsnittlig frafall i intervensjonsgruppen var 20 % med et spenn fra 0 % til 59 %.

Resultatene viste i alle studier en effekt av intervensjonene på reduksjon av symptomer på komplisert sorg. Det ble funnet en signifikant større symptomreduksjon for intervensjoner som ble utviklet for behandling av komplisert sorg, enn venteliste eller støttesamtaler (for eksempel Nam, 2016b; Wagner, Knaevelsrud, & Maercker, 2006), men også interpersonlig terapi for depresjon (Shear, Frank, Houck, & Reynolds, 2005; Shear, Wang, Skritskaya, Duan, Mauro, & Ghesquiere, 2014). En studie som har sammenlignet komponenter av kognitiv atferdsterapi, fant at eksponering har større effekt enn kognitiv restrukturering (Bryant et al., 2014).

For 12 av de 14 studiene var det mulig å beregne effektstørrelser (se tabell 1). Den gjennomsnittlige vektete effektstørrelsen for sammenligningen mellom intervensjons- og sammenligningsgruppene var $g = 0,96$ (95 % konfidensintervall [0,56; 1,36]). Når forskjellene mellom pretest- og posttestmålinger i intervensjonsgruppene ble analysert, var $g = 1,82$ (95 % konfidensintervall [1,36; 2,27]). Det var stor heterogenitet mellom studiene i begge analyser ($I^2 = 83 %$ og $I^2 = 84,7 %$).

DISKUSJON

Den økte anerkjennelsen av komplisert sorg som en tilstand med behov for behandlingstiltak har ført til at «forlenget sorgforstyrrelse» har blitt del av ICD-11 som en offisiell diagnose. Det er derfor behov for en oppsummering av kunnskapen om behandling av komplisert sorg. Den foreliggende systematiske oversikten har inkludert 14 studier. Så vidt vi vet, er dette den første litteraturgjennomgangen av RCT-studier med fokus på behandling av komplisert sorg siden Wittouck og kollegaers (2011) metaanalyse.

Effekten av intervensjonene

Samtlige av de inkluderte intervensjonene viste en reduksjon i symptomer på komplisert sorg. I metaanalysen ble det funnet store gjennomsnittlige effektstørrelser for forskjellene mellom behandlingsstart og behandlingsslutt ($g = 1,82$) og mellom sammenligningsgruppene ($g = 0,96$) til fordel for intervensjonsgruppene. Det er et gjennomgående funn at spesifikk behandling gir en større reduksjon av sorgsymptomer på standardiserte mål for komplisert sorg enn ikke-sorgspesifikk behandling som for eksempel interpersonlig terapi eller støttesamtaler. Resultatene tydeliggjør behovet for lidelsesspesifikk behandling av komplisert sorg.

Intervensjonene som undersøkes i de enkelte studiene, varierer på flere områder, blant annet i tilknytning til omfang, tidsforløp og metode. Selv om det er variasjon i studienes behandlingstilnærming, benytter de fleste av de inkluderte studiene en form for kognitiv atferdsterapi. Omfanget og tidsforløpet av behandlingen for komplisert sorg ser ikke ut til å trenge å være omfattende. Studier som undersøker intervensjoner med relativt korte behandlingsforløp og et forholdsvis lite antall timer (4-6), viser også lovende resultater (for eksempel Barbosa, Sá, & Rocha, 2014). Videre viser også internettbaserte behandlingsforløp via e-post reduksjon av symptomer (Eisma et al., 2015; Wagner et al., 2006).

Sentrale komponenter i behandlingen av komplisert sorg

I flere av intervensjonene med kognitiv tilnærming inngår kognitiv restrukturering som en viktig komponent. Målet her er å identifisere, utfordre og endre negativ kognisjon knyttet til dødsfallet og egne reak-

sjoner. Eksponering er inkludert som en komponent i flere studier, da unngåelse av ubehagelige aspekter ved tapet er antatt å være en sentral faktor i utvikling og opprettholdelse av komplisert sorg (Eisma et al., 2015). Eksponering fremheves som et viktig element, da systematisk konfrontering av smertefulle aspekter ved tapet kan føre til aksept for tapet og fasilitere tilpasning etter dødsfallet (Boelen, van den Hout, & van den Bout, 2006). Bryant og kollegaer (2014) fant i sin studie at kombinasjonen av eksponering med kognitiv restrukturering hadde større behandlingseffekt enn kun kognitiv restrukturering. Atferdsaktivering er inkludert i flere sorgintervensjoner som et element eller som hovedfokus i behandlingen der målet er å øke antall meningsfulle aktiviteter (for eksempel Nam, 2017; Papa, Sewell, Garrison-Diehn, & Rummel, 2013). Dette er basert på observasjoner av at etterlatte som opplever komplisert sorg, kan være inaktive og trekke seg bort fra arbeid og sosiale og rekreasjonelle aktiviteter. Metakognitiv gruppeterapi (Wenn, O'Connor, Kane, Rees, & Breen, 2017, 2019) skiller seg ut fra de andre behandlingstilnærmingene ved at den ikke går inn på selve tapsopplevelsen. I Wenn og kollegaers (2017, 2019) studie ble deltakerne bedt om ikke å dele historier rundt dødsfallet for å forhindre sekundærtraumatisering eller rumivering. Metakognitiv terapi er opptatt av at lite hjelpsomme metatanker kan opprettholde fokuset på tapet. Metoden hadde god effekt, og resultatene står i kontrast til studier som fremhever kognitiv restrukturering og eksponering som viktige komponenter i behandling av komplisert sorg. Wenn og kollegaers (2017, 2019) studie tyder på at eksponeringsterapi for ubehagelige aspekter rundt tapet muligens ikke trenger å være en del av behandlingen for komplisert sorg. Imidlertid var utvalget i studien forholdsvis lite ($n = 11$ i intervensjonsgruppen), og behandlingen ble gitt av kun én terapeut, slik at funnene må anses som preliminære.

Andre elementer som kan være viktig for god behandling, er sosial støtte og løsning av praktiske utfordringer som følge av tapet. Mennesker som opplever komplisert sorg, preges ofte av tilbaketrekning og kan ofte isolere seg fra omverdenen. Å inkludere pårørende i behandlingen kan styrke reduksjonen av symptomer (Nam, 2016a).

Begrensninger ved de inkluderte studiene

Selv om kvalitetsvurderingen indikerer at studiene som ble gjennomgått, hadde tilfredsstillende til god kvalitet, er det også en del svakheter ved den eksisterende forskningen. En begrensning de fleste studiene deler, er at omtrent 80 prosent av det totale antallet deltakere var kvinner. Det er derfor usikkert om funnene kan generaliseres til behandlingen av menn. Små utvalgsstørrelser forhindret en statistisk analyse av behandlingseffekter for forskjellige undergrupper. For eksempel observerte Shear og kollegaer (2005) en betydelig lavere responsrate for foreldre som har mistet et barn, enn hos de øvrige deltakerne som mottok intervensjonen (17 % vs. 60 %). En utfordring i de inkluderte studiene er knyttet til frafall (opptil 59 %). Frafallet kan delvis knyttes til intervensjonene, for eksempel ubehaget som kan oppleves i eksponeringsterapi (Bryant et al., 2014), eller belastningen det kan medføre å bære andres sorg i gruppeterapi (for eksempel Wenn et al., 2017, 2019).

Begrensninger ved litteraturgjennomgangen

Fordi forlenget sorgforstyrrelse først nylig har blitt innført som en offisiell diagnose, har forskningsgrupper benyttet seg av ulike begreper i omtale



En begrensning de fleste studier deler, er at omtrent 80 prosent av det totale antallet deltakere var kvinner





Det finnes lite forskning på barns sorgreaksjoner, og det er uvisst om fenomenet arter seg ulikt avhengig av alder

av tilstanden, i tillegg til noe ulike kriterier og utredningsinstrumenter. Dette kan ha bidratt til den store heterogeniteten i studiene med hensyn til behandlingseffekter i tillegg til at svært forskjellige behandlingstilnærminger og sammenligningsgrupper har blitt brukt. Framtidige metaanalyser bør fokusere på moderatorer av effektene. En begrensning er også at denne litteraturgjennomgangen bare har inkludert studier med voksne deltakere. Det finnes lite forskning på barns sorgreaksjoner, og det er uvisst om fenomenet arter seg ulikt avhengig av alder (Rosner, 2015). Kvalitetsvurderingen av studiene ble gjennomført av kun én person, noe som er en svakhet ved denne studien. I tillegg er skalaen som ble benyttet (RCT-PQRS), forholdsvis ny og lite utprøvd.

KONKLUSJON

Oppsummert viser den foreliggende gjennomgangen av forskningslitteraturen at komplisert sorg er en tilstand som responderer på spesifikk behandling. Inkluderte studier demonstrerer at lidelsesspesifikk behandling har bedre effekt enn ikke-spesifikk behandling. Behandlingskomponenter som kognitiv restrukturering, eksponering og atferdsaktivering er benyttet i flere intervensjoner og blir ansett som viktige elementer i behandling av komplisert sorg. Intervensjoner med et forholdsvis lite antall behandlingstimer og internettbaserte intervensjoner har også vist gode resultater. Å inkludere nærpå personer i behandlingen ser ut til å øke behandlingseffekten. ✕

REFERANSER

- *Barbosa, V., Sá, M., & Rocha, J.C. (2014). Randomised controlled trial of a cognitive narrative intervention for complicated grief in widowhood. *Aging & Mental Health, 18*, 354-362. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.833164>
- Barnes, J.B., Dickstein, B.D., Maguen, S., Neria, Y., & Litz, B.T. (2012). The distinctiveness of prolonged grief and posttraumatic stress disorder in adults bereaved by the attacks of September 11th. *Journal of Affective Disorders, 136*, 366-369. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.11.022>
- Boelen, P.A., van den Hout, M.A., & van den Bout, J. (2006). A cognitive-behavioral conceptualization of complicated grief. *Clinical Psychology: Science and Practice, 13*, 109-128. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2006.00013.x>
- Boelen, P.A., van de Schoot, R., van den Hout, M.A., de Keijser, J., & van den Bout, J. (2010). Prolonged grief disorder, depression, and posttraumatic stress disorder are distinguishable syndromes. *Journal of Affective Disorders, 125*, 374-378. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.01.076>
- *Bryant, R.A., Kenny, L., Joscellyne, A., Rawson, N., Maccallum, F., Cahill, C., . . . Nickerson, A. (2014). Treating prolonged grief disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry, 71*, 1332-1339. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1600>
- Burke, L.A., & Neimeyer, R.A. (2013). Prospective risk factors for complicated grief: A review of the empirical literature. I M. Stroebe, H. Schut, & J. Van den Bout (red.), *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals* (s. 145-161). East Sussex: Routledge.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Dyregrov, A., Dyregrov, K., & Kristensen, P. (2014). *Hva vet vi om sorg og komplisert sorg?* Hentet fra: <https://psykologisk.no/2014/09/hva-vet-vi-om-sorg-og-komplisert-sorg/>
- *Eisma, M.C., Boelen, P.A., van den Bout, J., Stroebe, W., Schut, H.A.W., Lancee, J., & Stroebe, M.S. (2015). Internet-based exposure and behavioral activation for complicated grief and rumination: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 46*, 729-748. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.05.007>

- Gerber, A.J., Kocsis, J.H., Milrod, B.L., Roose, S.P., Barber, J.P., Thase, M.E., . . . Leon, A.C. (2011). A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, *168*, 19-28. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.08060843>
- Higgins, J.P.T., Thompson, S.G., Deeks, J.J., & Altman, D.G. (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *British Medical Journal*, *327*, 557-560. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7414.557>
- Jordan, A.H., & Litz, B.T. (2014). Prolonged grief disorder: Diagnostic, assessment, and treatment considerations. *Professional Psychology-Research and Practice*, *45*, 180-187. <https://doi.org/10.1037/a0036836>
- Kocsis, J.H., Gerber, A.J., Milrod, B., Roose, S.P., Barber, J., Thase, M.E., . . . Leon, A.C. (2010). A new scale for assessing the quality of randomized clinical trials of psychotherapy. *Comprehensive Psychiatry*, *51*(3), 319-324. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.07.001>
- Lüdtke, D. (2019). esc: Effect Size Computation for Meta Analysis (Versjon 0.5.0) [Programvare]. <https://CRAN.R-project.org/package=esc>
- Lundorff, M., Holmgren, H., Zachariae, R., Farver-Vestergaard, I., & O'Connor, M. (2017). Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *212*, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D.G., & Prisma Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, *6*, e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- *Nam, I. (2016a). Effects of psychoeducation on helpful support for complicated grief: A preliminary randomized controlled single-blind study. *Psychological Medicine*, *46*, 189-195. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001658>
- *Nam, I. (2016b). Complicated Grief Treatment for older adults: The critical role of a supportive person. *Psychiatry Research*, *244*, 97-102. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.044>
- *Nam, I. (2017). Restoration-focused coping reduces complicated grief among older adults: A randomized controlled study. *European Journal of Psychiatry*, *31*, 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.07.002>
- *Papa, A., Sewell, M.T., Garrison-Diehn, C., & Rummel, C. (2013). A randomized open trial assessing the feasibility of behavioral activation for pathological grief responding. *Behavior Therapy*, *44*, 639-650. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.009>
- *Piper, W.E., McCallum, M., Joyce, A.S., Rosie, J.S., & Ogrodniczuk, J.S. (2001). Patient personality and time-limited group psychotherapy for complicated Grief. *International Journal of Group Psychotherapy*, *51*, 525-552. <https://doi.org/10.1521/ijgp.51.4.525.51307>
- Prigerson, H.G., Horowitz, M.J., Jacobs, S.C., Parkes, C.M., Aslan, M., Goodkin, K., . . . Maciejewski, P.K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>
- Prigerson, H.G., Vanderwerker, L.C., & Maciejewski, P.K. (2008). A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. I M.S. Stroebe, R.O. Hansson, H. Schut, & W. Stroebe (red.), *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention* (s. 165-186). Washington, DC: American Psychological Association.
- R Core Team (2019). R: A language and environment for statistical computing (Versjon 3.6.1) [Programvare]. Hentet fra <https://www.R-project.org/>
- Rosenthal, R. (1993). *Meta-analytic procedures for social research*. Newbury Park: Sage.
- Rosner, R. (2015). Prolonged grief: Setting the research agenda. *European Journal of Psychotraumatology*, *6*. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.27303>
- *Rosner, R., Pfoh, G., Kotoucová, M., & Hagl, M. (2014). Efficacy of an outpatient treatment for prolonged grief disorder: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, *167*, 56-63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.035>
- Schwarzer, G. (2019). meta: General Package for Meta-Analysis (Versjon 4.9-7) [Programvare]. Hentet fra: <https://CRAN.R-project.org/package=meta>
- Shear, M. K. (2015). Complicated Grief. *New England Journal of Medicine*, *372*, 153-160. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1315618>
- *Shear, M.K., Frank, E., Houck, P.R., & Reynolds, C.F. (2005). Treatment of complicated grief: A randomized controlled trial. *JAMA*, *293*, 2601-2608. <https://doi.org/10.1001/jama.293.21.2601>
- Shear, M.K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R., Duan, N., . . . Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, *28*, 103-117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>
- *Shear, M.K., Wang, Y., Skritskaya, N., Duan, N., Mauro, C., & Ghesquiere, A. (2014). Treatment of complicated grief in elderly persons: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *71*, 1287-1295. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.1242>
- Simon, N.M. (2013). Treating complicated grief. *JAMA*, *310*, 416-423. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.8614>
- *Supiano, K.P., & Luptak, M. (2014). Complicated grief in older adults: A Randomized controlled trial of complicated grief group therapy. *The Gerontologist*, *54*, 840-856. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt076>
- *Wagner, B., Knaevelsrud, C., & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, *30*, 429-453. <https://doi.org/10.1080/07481180600614385>
- *Wenn, J.A., O'Connor, M., Kane, R.T., Rees, C.S., & Breen, L.J. (2017). A pilot randomised controlled trial of metacognitive therapy for prolonged grief disorder. I J.A. Wenn (2017), *Development and testing of metacognitive therapy for prolonged grief disorder: A randomised controlled trial*. (Doctoral dissertation, Curtin University). Hentet fra: <https://espace.curtin.edu.au/handle/20.500.11937/59668>
- *Wenn, J.A., O'Connor, M., Kane, R.T., Rees, C.S., & Breen, L.J. (2019). A pilot randomised controlled trial of metacognitive therapy for prolonged grief. *BMJ Open*, *9*, e021409. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021409>
- Wittouck, C., Van Aotreve, S., De Jaegere, E., Portzky, G., & van Heeringen, K. (2011). The prevention and treatment of complicated grief: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *31*, 69-78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.005>
- Worden, J.W. (2008). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer.
- World Health Organization. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th Revision). Hentet fra <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
-

Psyken og magen

Teorien om at overvekt opprettholdes på grunn av psykologiske prosesser og mangel på viljestyrke, mangler empirisk støtte.

MORTEN NORDMO,
psykolog og forsker
ved UiB

KONTAKT
Morten.Nordmo@
uib.no

BEHANDLING AV VOKSNE pasienter med overvekt med psykoterapi eller basert på atferdsendringer fungerer ikke. Slik konkluderte vi i en nylig publisert litteraturoppsummering i tidsskriftet *Obesity Reviews* (Nordmo, Danielsen & Nordmo, 2019). Vi undersøkte godt designede studier, med lite frafall og ingen tiltak i oppfølgingsperioden, og fant at den gjennomsnittlige deltageren ikke har noen effekt av behandlingen, enten den består av dietter, trening eller kognitiv atferdsterapi. Disse nedslående resultatene indikerer at kroppsvekt er under sterk fysiologisk kontroll, og at en folkehelsestrategi som baserer seg på slanking, ikke vil lykkes.

PÅVIRKNINGER

Hvorfor tror vi likevel at vi kan lykkes med å gå ned i vekt gjennom å endre tanker og atferd?

Pasienter som sliter med overvekt og fedme, blir daglig konfrontert med oppslag om personer som har lyktes med å gå ned i vekt, velmenende helsepersonell, trenere og andre som vil gi sine tips og råd. At en person som tidligere lyktes med å gå ned i vekt, har gått opp igjen, har selvsagt langt mindre nyhetsverdi. En oppfølgingsstudie av deltagerne i programmet *Slankekrigen* viste at cirka 80 prosent var

tilbake til sin opprinnelige vekt seks år etter at programmet ble sendt (Fothergill et al., 2016). Denne historien kom ikke på TV.

Mange psykologer og annet helsepersonell har også en antagelse om at stort og varig vekt-tap er oppnåelig, noe som ikke er rart når mye forskning viser positive utfall av overvektbehandling (Franz et al., 2007). Disse studiene er imidlertid lite robuste og baserer seg på pre-post-målinger uten oppfølging. Å gå ned i vekt er dessverre vesentlig lettere enn å forbli der, og studier uten oppfølging fanger ikke opp at de aller fleste tar igjen den tapte vekten etter noen år. Andre studier er retrospektive evalueringer av en mindre andel av deltagere på et slankeprogram, som Andersens og Grismos (1999) positive evaluering av et Grete Roede-kurs. Konklusjonene er imidlertid tvilsomme, ettersom det antageligvis er en systematisk skjevhet i hvem som velger å svare på spørsmål om hvordan det har gått i tiden etter slanking. Noen få pasienter lykkes med å opprettholde den nye vekten, men disse representerer unntakene. Estimaten varierer fra 2 til 20 prosent (Stunkard & McLaren-Hume, 1959; Wing & Phelan, 2005). Disse pasientene er imidlertid studert i en begrenset oppfølgingsperiode. Estimaten bør tas med en klype salt, også ettersom



USUNT Manglende viljestyrke eller fysiologiske prosesser? Å behandle overvekt med psykoterapi eller endring i atferd fungerer ikke, mener artikkelforfatter Morten Nordmo. Foto: lassedesignen / Shutterstock / NTB scanpix

negativ forskning og null-funn har en langt lavere sannsynlighet for å bli publisert (Allison, Faith, & Gorman, 1996).

Kroppen vår er designet for å håndtere perioder med sult, og tilpasser seg med en rekke biologiske mekanismer. Etter at kroppen har gått ned i vekt, senkes den basale hvilemetabolismen kraftig og går ikke opp igjen før pasienten har tatt igjen den tapte vekten (Fothergill et al., 2016; Müller & Bosity-Westphal, 2013). I tillegg endres kroppens sult og metthets-regulatorer slik at pasienten opplever kronisk sult, og mat med mye kalorier fremstår som enda mer appetittlig (Coutinho, Rehfeld, Holst, Kulseng, & Martins, 2018; Maffei et al., 1995). Kroppsvekt er altså under sterk fysiologisk kontroll. De samme fysiologiske prosessene som har bidratt til vår overlevelse de siste 500 000 årene, har i de siste 70 jobbet mot oss, etter at høykaloriinnholdig mat ble hverdagskost (Thong, 1982).

PSYKOLOGER OG BEHANDLING AV OVERVEKT

Hvorfor gir psykologisk behandling av overvekt liten effekt? Å kjempe mot kroppens «ønske» om å ta igjen den tapte vekten, krever harde prioritinger. Det å gå ned i vekt oppleves for noen som motiverende, men det å gjøre vektopprettholdene diett til sitt livs oppdrag er sjelden like gøy. Når den nye vekten er nådd, ønsker pasientene som regel å være mer fleksible, mindre sultne og mindre restriktive, samt å begynne på andre prosjekter i livet. Da opplever de aller fleste at vekten gradvis øker.

I dag jobber flere psykologer og annet helsepersonell, både i Helse-Norge og i privat sektor, med slanking av voksne pasienter med fedme. Vår litteraturgjennomgang indikerer at behandlingen de tilbyr, mest sannsynlig ikke har effekt, og i noen tilfeller har negativ effekt. Den negative »

”

Noen få pasienter lykkes med å opprettholde den nye vekten, men disse representerer unntakene



Oppmerksomhet rettet mot å gå ned i vekt, kan erstattes med hjelp til å utvikle sunne vaner og trening

opplevelsen av å mislykkes med slankeprosjektet kan bidra til at pasienten gir opp og ender opp på en enda høyere vekt (Cannon, 2005). Det er en kausal sammenheng mellom slanking og påfølgende overspisingsepisoder (Polivy & Herman, 1985). Også kryssseksjonelle spørreundersøkelser og longitudinelle tvillingstudier indikerer at slanking skaper mer overvekt, ikke mindre (Cannon, 2005; Pietiläinen, Saarni, Kaprio, & Rissanen, 2012). En person som i ung alder er aktiv i en idrett med vektklasser, der utøvere periodevis slanker seg for å nå vektklassen, blir senere i livet tyngre enn en person som er aktiv i en idrett uten vektklasser (Khodae, Olewinski, Shadgan, & Kinningham, 2015; Saarni, Rissanen, Sarna, Koskenvuo, & Kaprio, 2006). I psykologisk behandling av overvekt skal terapien endre kognitive strukturer, oppfatninger, emosjonelle reaksjoner, vaner eller holdninger (Cooper & Fairburn, 2001), i motsetning til prosesser i kroppen. Teorien om at overvekt opprettholdes på grunn av psykologiske prosesser og mangel på viljestyrke, mangler empirisk støtte, og overvektbehandling som består av endringer i kognitive strukturer, har like dårlige resultater over tid som dietter og slankekurer (Cooper et al., 2010).

DET PSYKOLOGER KAN

Psykologer er derimot i en god posisjon til å hjelpe pasienter som sliter med fedme med komorbide psykiske lidelser. Pasienter som oppsøker hjelp med vektnedgang, har høyere risiko for lidelser som spiseforstyrrelser og depresjon (Stunkard, Faith, & Allison, 2003; Telch & Agras, 1994), lidelser det finnes meget god behandling for (van Hees, Rotter, Ellermann, & Evers, 2013; Wilson & Fairburn, 2000). I tillegg kan psykologer bidra i forebyggingsarbeidet mot overvekt og fedme. Et viktig ledd her er å forsøke å stoppe presset om å slanke seg og unngå at pasienter slanker seg oppover i vekt og nedover i livskvalitet. Oppmerksomhet rettet mot å gå ned i vekt, kan erstattes med hjelp til å utvikle sunne vaner og trening. Blant personer i god fysisk form er det ingen sammenheng mellom vekt og dødelighet, uavhengig av om man er kategorisert som normalvektig, overvektig eller med fedme (Gaesser, Tucker, Jarrett, & Angadi, 2015). Psykologer kan også være med og forhindre overvekt hos voksne ved å behandle barn som sliter med fedme. De aller fleste voksne pasienter med alvorlig fedme var overvektige allerede som barn (Whitaker, Wright, Pepe, Seidel, & Dietz, 1997). Utfallet av psykologisk og atferdsbehandling er betydelig bedre for barn og unge. Den samme atferdsbehandlingen som nesten ikke hadde effekt for en gruppe ungdommer med overvekt, hadde meget god effekt for barn under ti år (Danielsson, Kowalski, Ekblom, & Marcus, 2012).

Psykologer bør også være med og ta stilling til hvorvidt vi skal utvide tilbudet av fedmekirurgi i Norge. I Norge i dag er det meget lang ventetid for å få fedmeoperasjon, opp mot 13 måneder (Våge, 2018). Urealistiske forventninger blant helsepolitikere, som ikke er basert på robuste studier, kan bidra til motstanden mot å utvide tilbudet for fedmeoperasjon. Resultatet er at bemidlede pasienter oppsøker fedmekirurgi ved private helseforetak i inn- og utland, og dermed har vi et todelt helsevesen. For voksne pasienter er den tilgjengelige evidensen entydig i sin konklusjon. Fedmekirurgi skaper et stabilt vekttap (Karlsson, Taft, Rydén, Sjöström, & Sullivan, 2007), mens atferdsterapi og psykologiske intervensjoner ikke gjør det (Nordmo, Danielsen & Nordmo, 2019). Fedmekirurgi er et alvorlig inngrep med risiko for komplikasjoner, men det er pasienten selv som skal ta dette valget. Inspirerende, men urealistiske råd om å fortsette å prøve med slanking, hjelper ikke pasientene. ❌

REFERANSER

- Allison, D.B., Faith, M.S., & Gorman, B.S. (1996). Publication bias in obesity treatment trials? *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 20, 931–937.
- Andersen, E., & Grimsmo, A. (1999). Langtidsresultater ved slanking i selvhjelpsgrupper. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 119, 14–7.
- Cannon, G. (2005). Dieting. Makes you fat? *British Journal of Nutrition*, 93, 569–570. <https://doi.org/10.1079/bjn20041382>
- Cooper, Z., Doll, H.A., Hawker, D.M., Byrne, S., Bonner, G., Eeley, E., ... Fairburn, C.G. (2010). Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 706–713. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.03.008>
- Cooper, Z., & Fairburn, C.G. (2001). A new cognitive behavioural approach to the treatment of obesity. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 499–511. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(00\)00065-6](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(00)00065-6)
- Coutinho, S.R., Rehfeld, J.F., Holst, J.J., Kulseng, B., & Martins, C. (2018). Impact of weight loss achieved through a multidisciplinary intervention on appetite in patients with severe obesity. *American Journal of Physiology-Endocrinology and Metabolism*, 315, 91–98. <https://doi.org/10.1152/ajpendo.00322.2017>
- Danielsson, P., Kowalski, J., Ekblom, Ö., & Marcus, C. (2012). Response of Severely Obese Children and Adolescents to Behavioral Treatment. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166, 1103–1108. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapediatrics.319>
- Fothergill, E., Guo, J., Howard, L., Kerns, J.C., Knuth, N.D., Brychta, R., ... Hall, K.D. (2016). Persistent metabolic adaptation 6 years after «The Biggest Loser» competition. *Obesity*, 24, 1612–1619. <https://doi.org/10.1002/oby.21538>
- Franz, M.J., VanWormer, J.J., Crain, A.L., Boucher, J.L., Histon, T., Caplan, W., ... Pronk, N.P. (2007). Weight-loss outcomes: A systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *Journal of the American Dietetic Association*, 107, 1755–1767. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2007.07.017>
- Gaesser, G.A., Tucker, W.J., Jarrett, C.L., & Angadi, S.S. (2015). Fitness versus Fatness: Which influences health and mortality risk the most? *Current Sports Medicine Reports*, 14, 327–332. <https://doi.org/10.1249/JSR.0000000000000170>
- Karlsson, J., Taft, C., Rydén, A., Sjöström, L., & Sullivan, M. (2007). Ten-year trends in health-related quality of life after surgical and conventional treatment for severe obesity: The SOS intervention study. *International Journal of Obesity*, 31, 1248–1261. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803573>
- Khodae, M., Olewinski, L., Shadgan, B., & Kinningham, R.R. (2015). Rapid Weight Loss in Sports with Weight Classes. *Current Sports Medicine Reports*, 14, 435–441. <https://doi.org/10.1249/jsr.0000000000000206>
- Maffei, M., Halaas, J., Ravussin, E., Pratley, R.E., Lee, G.H., Zhang, Y., ... Ranganathan, S. (1995). Leptin levels in human and rodent: Measurement of plasma leptin and ob RNA in obese and weight-reduced subjects. *Nature Medicine*, 1, 1155–1165. <https://doi.org/10.1038/nm1195-1155>
- Müller, M.J., & Bosy-Westphal, A. (2013). Adaptive thermogenesis with weight loss in humans. *Obesity*, 21, 218–228. <https://doi.org/10.1002/oby.20027>
- Nordmo, M., Danielsen, Y.S., Nordmo, M. (2019). The challenge of keeping it off, a descriptive systematic review of high-quality, follow-up studies of obesity treatments. *Obesity Reviews*, 1–15. <https://doi.org/10.1111/obr.12949>
- Pietiläinen, K.H., Saarni, S.E., Kaprio, J., & Rissanen, A. (2012). Does dieting make you fat? A twin study. *International Journal of Obesity*, 36, 456–463. <https://doi.org/10.1038/ijo.2011.160>
- Polivy, J., & Herman, C.P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, 40, 193–205. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.40.2.193>
- Saarni, S.E., Rissanen, A., Sarna, S., Koskenvuo, M., & Kaprio, J. (2006). Weight cycling of athletes and subsequent weight gain in middleage. *International Journal of Obesity*, 30, 1639–1649. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803325>
- Stunkard, A.J., Faith, M.S., & Allison, K.C. (2003). Depression and obesity. *Biological Psychiatry*, 54, 330–337. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00608-5](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00608-5)
- Stunkard, A., & McLaren-Hume, M. (1959). The results of treatment for obesity: A review of the literature and report of a series. *AMA Archives of Internal Medicine*, 103, 79–85.
- Telch, C.F., & Agras, W.S. (1994). Obesity, binge eating and psychopathology: Are they related? *International Journal of Eating Disorders*, 15, 53–61. [doi:10.1002/1098-108X\(199401\)15:1](https://doi.org/10.1002/1098-108X(199401)15:1)
- Thong, Y.H. (1982). Obesity in evolutionary perspective. *Medical hypotheses*, 8, 431–435. [https://doi.org/10.1016/0306-9877\(82\)90001-9](https://doi.org/10.1016/0306-9877(82)90001-9)
- van Hees, M.L.J.M., Rotter, T., Ellermann, T., & Evers, S.M.A.A. (2013). The effectiveness of individual interpersonal psychotherapy as a treatment for major depressive disorder in adult outpatients: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 13, 22–35. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-22>
- Våge, V. (2018, 31 Mars). Feilaktig om fedmekirurgi. Hentet fra: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/03/31/feilaktig-om-fedmekirurgi/>
- Whitaker, R.C., Wright, J.A., Pepe, M.S., Seidel, K.D., & Dietz, W.H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine*, 337, 869–873. <https://doi.org/10.1056/nejm199709253371301>
- Wilson, G.T., & Fairburn, C.G. (2000). The treatment of binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 351–354. [https://doi.org/10.1002/1099-0968\(200010\)8:5<351::aid-erv382>3.0.co;2-2](https://doi.org/10.1002/1099-0968(200010)8:5<351::aid-erv382>3.0.co;2-2)
- Wing, R.R., & Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 82, 222–225. <https://doi.org/10.1093/ajcn.82.1.222s>

Sykdomsskam

Skam er et dårlig utgangspunkt for å leve godt med sykdom. Kanskje det aller dårligste.

ELIN FJERSTAD,

psykologspesialist,

TORKIL BERGE,

psykologspesialist og

BENTE BULL-

HANSEN, lege,

Diakonhjemmet

Sykehus

KONTAKT

elin.fjerstad@

diakonsyk.no

ILLUSTRASJON

Cecilie Maurud

Barstad

SYKDOMER IKKE noe å skamme seg over. Likevel gjør mange det. Skammen kan være forbundet med opplevelsen av ikke å strekke til og ikke mestre det man før fikk til. Den kan være knyttet til tanker om å være til bry eller om å være annerledes. Skammen kan komme innenfra og ha dype røtter, men den kan også komme fra samfunnets holdninger, som stemmer utenifra. Ved Diakonhjemmet Sykehus intervjuet vi 35 pasienter med ulike sykdommer om det å leve med sykdom, og om hva som gir medvind og motvind for mestring. Enkelte av pasientene fortalte om skamfølelse. Hos noen lå skammen å lese mellom linjene.¹

SKAM OG SYKDOM

Skam er intens selvbevissthet der vi føler oss dumme, små og mindre verd. Er skamfølelsen sterk, får vi behov for å skjule oss og synke i jorden. Skam spiller likevel en viktig rolle i regulering av vår relasjon til andre. Den varsler om at vår anseelse, vårt gode navn og rykte, er i fare. Mennesket er et flokkdyr, og uten flokken overlever vi ikke. Skammen gjør oss oppmerksom

.....

1. Sitatene er anonymisert, og pasientene har gitt informert samtykke. Takk til psykolog Helle Skogstad Riege for hennes bidrag til gjennomføring av studien.

på at andre kan danne seg en negativ oppfatning av oss, og at vi bør foreta oss noe for ikke å bli utstøtt av flokken. Evolusjonsmessig trenger vi derfor en slik følelse for å overleve (Aakvaag, 2018), men den kan også svekke vår tilpasnings- evne og livskvalitet.

Skamfølelse er en del av byrden ved en rekke sykdommer, for eksempel multippel sklerose (Pérez-Miralles et al., 2018), kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) (Bragadottir et al., 2018), langvarige smerter (Broom et al., 2014; Werner, Isaksen & Malterud, 2004) og hiv (Dolezal & Lyons, 2017). Pasienter med inflammatorisk mage-tarmsykdom kan oppleve skam, med følelser av stigma, isolasjon, av å være skitten og av å være en byrde for andre (Casati et al., 2000). Ved kroniske sykdommer som astma, psoriasis og Crohns sykdom er det funnet at de som opplever mye sykdomsrelatert skam, har dårligere psykisk helse og opplever mindre nærhet og kvalitet i sine sosiale relasjoner (Trindade et al., 2017a, 2017b). Den sykdomsrelaterte skammen opprettholdes av unngåelsesatferd og frykt for medlidenhet fra andre. I en studie av pasienter med Crohns sykdom og ulcerøs kolitt svarte mange at de unngikk å fortelle om sykdommen og plagene til venner, kolleger og intime partnere, og de unngikk ulike sosiale situasjoner i



arbeid og fritid (Trindade et al., 2017a, 2017b). Vedvarende skam kan påvirke immunsystemet og det kardiovaskulære systemet, og over tid svekke fysisk helse (Dolezal & Lyons, 2017).

Sykdomsskam har fått lite oppmerksomhet innenfor medisinen (Dolezal & Lyons, 2017). Den er blitt kalt elefanten i rommet – det vi alle ser, men ikke snakker om (Davidoff, 2002). Et positivt unntak er boken *Skam i det medisinske rommet* (Guldbrandsen, 2006), om skam hos både pasient og lege. Her fremstilles skam som en barriere i kommunikasjonen mellom lege og pasient. Et samfunn preget av overdreven opp-tatthet av sunnhetsidealer og riktig livsstil, gir grobunn for følelser av utilstrekkelighet, skyld og skam, skriver forfatterne.

HVA FORTELLER PASIENTENE?

Vi benyttet et semistrukturert spørreskjema som utgangspunkt for et timelangt telefonintervju med pasienter ved Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet Sykehus. Vi spurte om deres erfaringer med å leve med sykdom og synspunkter på hvilke forhold som kan bidra til mestring. Vi har i dette bidraget valgt ut fortellinger fra transkriberte intervjuer der ordene skam og skyld blir eksplisitt brukt, men har også tatt med fortellinger der vi opplever at skammen tynger i det som ikke sies. Noen «griper skammen ved hornene» og løfter den frem som et tema, mens andre synes å søke ly i det usagte.

Skam over å ikke mestre som før

Marie, en kvinne i slutten av 50-årene med alvorlig KOLS, forteller om skammen over å måtte ha hjelp til aktiviteter som hun før hadde klart selv: «Jeg var aldeles utslått av å dusje og vaske håret. I himmelens navn, tenkte jeg, klarer du ikke det engang nå da! Jeg har aldri spurt mannen min om hjelp til noen verdens ting, men nå må jeg spørre han om hjelp til masse.» Å være avhengig av hjelp til personlig stell var skamfullt for Marie. Nær knyttet til det var skammen over å være til bry.

Skam over å være til bry

«Jeg føler ofte at jeg blir en belastning for familien, en klamp om foten fordi jeg ikke får vært med på ting som jeg gjorde før.» Marie var en som alltid hadde stilt opp for andre, en som hjalp og ga til andre. Sykdommen snudde opp ned på hennes rolle i familien, og det var vanskelig. Sorgfullt, men også skamfullt. Hun var vant til å bære byrder for andre, men ikke å være en selv.

Skam over å være annerledes

Sykdom kan endre utseende og bevegelse, måten vi fremtrer for andre på. Noen er fortrolig med den synlige annerledesheten. Andre opplever det skamfullt, at den gir andre et førsteinntrykk en selv ikke har kontroll over. Sykdom kan også gi en sårbarhet som gjør at vi skiller oss ut, for eksempel at man ikke kan spise maten som serveres, ikke har krefter til å bidra på dugnader eller ikke kan delta på sammenkomster, slik Marie opplevde. Annerledeshet kan gi en opplevelse av utenforskap og ensomhet.

Skam over å ikke være i arbeid

Mange opplever utenforskap når de ikke lenger kan være yrkesaktive. Knut Magnus fikk en lungesykdom da han var i 50-årene, og noen år senere fikk han et hjerteinfarkt. Han forteller at han aldri har vært redd for å få et nytt infarkt eller for å dø, men den store belastningen for ham var å være ute av stand til å arbeide. Ikke bare fordi han savnet jobben og fellesskapet det ga, men også fordi han skammet seg over å være en som ikke var på jobb. Han hadde jobbet som bussjåfør i alle år, og han elsket jobben sin: «Jeg kvier meg hver eneste gang til spørsmålet som alltid kommer: 'Hva driver du med da?' Det treffer som et piskeslag. Jeg føler at andre ser negativt på det å gå hjemme uten å jobbe, og da blir det mye grubling og skam. Hva tror folk når jeg ikke er på jobb, men likevel trener så mye, hvorfor kan han ikke jobbe da? Jeg husker jeg datt og brakk armen en gang, det var helt annerledes. Da kan man gå med armen i gips, høyt hevet og si: 'Se her, dette er grunnen til at jeg går hjemme.'»

Når sykdom gjør det vanskelig å arbeide, kan det føles som å miste identitet. Identitet og yrke er tett vevet sammen. Vi presenterer oss gjerne med det vi jobber som: «Jeg jobber som bussjåfør», eller sågar «Jeg er bussjåfør». Så når du ikke lenger kan være bussjåfør, eller psykolog, eller elektriker, hvem er du da? For Knut Magnus innebar tap av arbeid og yrkesidentitet ikke bare sorg, men også stor skam. Han følte seg ikke lenger som en del av flokken.

Skyldfølelse for å ha blitt syk

Forfatteren Oda Rygh (2017) skriver at skam oppstår når egne handlinger er et brudd med egne eller samfunnets idealer eller forventninger. Men samtidig er skammen noe mer – å bli avdekket og avslørt for å være feil. Skyldfølelse derimot er å bryte med seg selv, og å ha en opplevelse av å ha gjort noe feil.

Vemund er en ung mann som fikk diabetes type 1 som barn og leddgikt som ung vok-



**Jo sterkere kroppen er,
desto mer adlyder den.
Jo svakere kroppen er,
desto mer befaler den**

sen. Han forteller hvordan leddgiktssmertene ga skyldfølelse. Det var som om han gjorde noe galt siden han fortsatt hadde smerter til tross for at leddgikten var i remisjon: «Jeg har aldri blitt like god venn med leddgikten slik som jeg har vært med diabetesen. Jeg har vært toppidrettsutøver og vært vant til å tyne kroppen min, og jeg har ganske høy smerteterskel. Legene sa at jeg måtte regne med smerter. Da tenkte jeg at jeg ikke skulle klage på smertene og ikke ta smertestillende. Jeg tenker ofte på hva jeg har gjort galt siden det gjør så vondt. Man legger skylden litt på seg selv.»

STEMMER INNENIFRA OG UTENIFRA

En syk kropp får gjerne mye negativ oppmerksomhet. Noe er feil med kroppen, og i helsevesenet rettes oppmerksomheten først og fremst mot å finne feilen, behandle, og reparere. For pasienten kan det føles som om kroppen gjør opprør og nekter å tjene en slik den gjorde før, noe som kan gi en følelse av avmakt og tap av kontroll. Jo sterkere kroppen er, desto mer adlyder den. Jo svakere kroppen er, desto mer befaler den. Kroppen kan føles fremmed, som om den svikter oss og ikke lenger er til å stole på, og vi kan skamme oss over den (Berge & Fjerstad, 2016). Synlige tegn på sykdom kan være en ekstra belastning fordi de gir uønsket oppmerksomhet. Å se sin egen annerledeshet i andres blikk kan oppleves både sårende og nedverdiggende.

Noen bærer med seg en større sårbarhet for skam og negativ selvevaluering enn det andre gjør. Skammen kan ha dype røtter til den gang en som barn ble oversett, latterliggjort eller måtte klare seg på lite omsorg (Gilbert, 2007). Denne internaliserte skammen kommer som stemmer innenifra. Men stemmer utenifra kan også gi opphav til skam, fra personer man omgås med, eller fra helsepersonell, slik en mann med diabetes forteller: «Så ser legen på meg, og så sier han: «Jeg ser du bærer preg av ikke å ha holdt

kroppen ved like.» Påpeking av vårt personlige ansvar for egen helse er en kilde til skam.

Den amerikanske forfatteren og menneskerettighetsforkjemperen Susan Sontag (1996) advarer nettopp mot sykdomsmetaforer som gir den syke for mye ansvar. Et eksempel er kampmetaforene som ofte knyttes til kreft, som noe man skal kjempe imot og ikke bli en taper: «Hun vant over kreften» eller «Han tapte kampen mot kreft». Slike metaforer, eller stemmer utenifra, går sammen med skamstemmer innenifra og gjør at vi kobler oss fra andre når vi trenger andre som mest, sier Sontag. Journalisten Anbjørg Sætre Håtun (1972–2014) skrev i en av sine siste kronikker om sin sykdom at kampmetaforene er uheldige fordi de gir inntrykk av at kreft er en sykdom man kan bli frisk av eller dø av alt etter som man er sterk eller svak. Som om kreft er en konkurranse man vinner eller taper på grunn av egen innsats.

Mestring er et annet begrep med skamfølelse som en slagside. Implisitt i begrepet mestring ligger en forventning om suksess, at om sykdom ikke kan helbredes, kan eller bør den mestres. Det kan legge sten til byrden for pasienten og gi grobunn for selvkritikk å ikke være flink nok som pasient (Fjerstad, 2010). I en slik prestasjonskultur blir det vanskeligere å be om hjelp med «æren i behold».

Ansvar for egen helse

Et viktig helsepolitisk budskap er ansvaret vi alle har for å ta vare på helsen vår. Risikoen for å utvikle sykdommer som KOLS, hjerteinfarkt, hjerneslag, høyt blodtrykk, visse typer kreft, diabetes type 2, benskjørhet, depresjon, artrose, overvekt og hiv/aids kan reduseres gjennom en sunn livsstil. Behandlingen slike sykdommer krever, innebærer røykestopp, et sunt kosthold og regelmessig fysisk aktivitet. Opplevelsen av å kunne gjøre noe selv for å påvirke sykdom gir styrket mestringstro. Det er godt for oss å føle at det er noe vi selv kan gjøre. Samtidig er det et ansvar vi bærer for resten av livet. Lykkes vi ikke i å etterleve foreskrevet behandling og gode helse råd, kan det gi avmakt, selvbepreidelse og skam.

Mange av de kroniske sykdommene betegnes som livsstilssykdom – et begrep som oser av skam. I en amerikansk studie av pasienter med diabetes type 1 og diabetes type 2 rapporterte et flertall at de opplevde stigma forbundet med sykdommen, særlig gjaldt det personer med høy kroppsmasseindeks, høyt gjennom-



snittlig langtidsblodsukker og selvrappor-tert dårlig glykemisk kontroll (Liu et al., 2017). Mange hadde blitt møtt med holdninger om at de hadde et personlig ansvar for å ha utviklet sykdommen, eller at de var en byrde for helse-tjenesten. De opplevde at de hadde blitt kritisert for å ha utløst sykdommen ved å spise for mye og for usunt, være doven og inaktiv eller ha en karakterbrist. Særlig kvinner med diabetes type 1 beskrev følelser av skyld, skam og forlegenhet. Mestringstro, motivasjon og etterlevelse kan svekkes av det sosiale stigma man opplever er knyttet til diabetes (Berge et al., 2019, s. 207).

Sykdomsbetegnelser som inneholder årsaks-forklaringer, er alltid problematiske og upresise. De fleste sykdommer forårsakes av en kombina-sjon av genetiske, miljømessige og livsstilsfak-torer. Livsstil, vaner og levestil påvirker helsen for oss alle. Den som har lang utdanning og god økonomi, lever lenger og har færre helsepro-blemer enn de med lavere utdanningsnivå og dårligere økonomi (Folkehelseinstituttet, 2018). Og jo flere belastninger du har som barn, dess mer helseplager får du som voksen (Felitti et al., 1998). Slik sett har Fredriksen (2006) rett når han i boken *Uflaks* skriver at sykdom først og fremst skyldes uflaks. Medisinens tragedie er at den har glemte uflaksen, og det gjør den unød-vendig hard og umenneskelig, sier forfatteren.

Livet kommer ikke med en garanti om fra-vær av plager bare man spiser riktig, trener regelmessig og sover tilstrekkelig. Tvert imot, om vi bare lever lenge nok, er vi garantert syk-dom og plager. Lykken henger i en tynn tråd hvis den henger i helsen. Har du hatt god helse i alle år, er du et heldig menneske. Plager med kroppen i godt voksen alder er prisen vi må betale for å bli eldre, skriver Sissel Gran (2019) så klokt i sin siste bok *Inni er vi alltid unge*.

DET STORE VI - SKAMMENS MOTGIFT

Livet er urettferdig, og det meste ligger utenfor vår kontroll. Derfor bør vi ha barmhjertighet i oss. Barmhjertighet og medfølelse gir rom for den sorgen som skammen ofte knebler. Å sørge over tap er å gi seg selv verdi. Du kan være trist for det sykdommen har tatt fra deg, men sykdommen gjør deg ikke til et mindre men-neske. Den stjeler ikke din verdighet med min-dre skammen tillater det.

Som helsepersonell – sykepleier, fysiotera-peut, ergoterapeut, sosionom, lege eller psy-kolog – bør vi møte pasienter, ikke med et



Lykken henger i en tynn tråd hvis den henger i helsen

medlidende huff, men med medfølelse. Medli-denhet får oss til å krympe, medfølelse får oss til å vokse. Skammen kan vanskelig etterspør-res direkte, for enten risikerer du å påføre skam, eller så smetter den unna. Men om skamfølelse blir et tema, kan det være nyttig å snakke om hvilket budskap den formidler. Representerer den verdier som vi kan stå for? Om du byr på egne erfaringer, kan pasienten kanskje koble seg på det «store vi» igjen – den store flok-ken der vi alle har erfaringer med skam, mot-gang, sykdom og lidelse. Fortell om skammens motgift – egenomsorg og selvmedfølelse – den nærende stemmen innenifra som støtter med varme og respekt. Og vær gjerne den stemmen helt til pasienten eier den selv. ✕

REFERANSER

- Berge, T. & Fjerstad, E. (2016). Den syke kroppen. I: A.K. Bergem (red.), *Kroppen i psykoterapi* (s. 179–198). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berge, T., Fjerstad, E., Hyldmo, I. & Lang, N. (2019). *Håndbok i klinisk helsepsykologi. For deg som be-handler pasienter med somatisk sykdom og skade*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bragadottir, G.H., Halldorsdottir, B.S., Ingadottir, T.S. & Jonsdottir, H. (2018). Patients and families realising their future with chronic obstructive pulmonary disease – a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 57–64.
- Broom, A.F., Kirby, E.R., Adams, J. & Refshauge, K.M. (2014). On illegitimacy, suffering and recognition: A diary study of women living with chronic pain. *Sociology*, 49, 1–20.
- Casati, J., Toner, B.B., de Rooy, E.C., Drossman, D.A. & Maunder, R.G. (2000). Concerns of patients with inflammatory bowel disease: A review of emerging themes. *Digestive Disease and Science*, 45, 26–31.

- Davidoff, F. (2002). Shame: the elephant in the room. Managing shame is important for improving health care. *British Medical Journal*, 324, 623–624.
- Dolezal, L. & Lyons, B. (2017). Health related shame: an affective determinant of health? *Medical Humanities*, 43, 267–263.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, 245–258.
- Fjerstad, E. (2010). *Frisk og kronisk syk – et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Fredriksen, S. (2007). *Uflaks*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Folkhelseinstituttet (2018). *Helsetilstanden i Norge 2018*. Folkehelse rapporten. 05/2018. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Gilbert, P. (2010). *Kunsten å vise selvmedfølelse*. Bergen: Vigmostad & Bjørke.
- Gran, S. (2019). *Inni er vi alltid unge*. Oslo: Aschehoug.
- Guldbrandsen, P. (red.) (2006). *Skam i det medisinske rom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Håttun, A.S. (2013). Kreft er ikke en konkurranse. VG 16.3.2013: 42 – 3. [www.vg.no/nyheter/meninger/kreft-er-ikke-en-konkurranse/a/10114867\(17.11.2014\)](http://www.vg.no/nyheter/meninger/kreft-er-ikke-en-konkurranse/a/10114867(17.11.2014)).
- Liu, N.F., Brown, A.S., Foliás, A.E., Younge, M.F., Guzman, S.J., Close, K.J. & Wood, R. (2017). Stigma in people with type 1 or type 2 diabetes. *Clinical Diabetes*, 35, 27–34.
- Lyons, B. & Dolezal, L. (2017). Shame, stigma and medicine. *Medical Humanities*, 43, 208–210.
- Pérez-Miralles, F., Prefasi, D., García-Merino, A., Ara, J.R., Izquierdo, G., Meca-Lallana, V. et al. (2018). The impact of stigma in people with primary progressive multiple sclerosis. Poster. Berlin, 34th Congress of the European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis. DOI:10.13140/RG.2.2.20766.79685
- Rygh, O. (2017). Skyld og skam. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 137, 584.
- Sontag, S. (1996). *Sykdom som metafor*. Oslo: Gyldendal.
- Trindade, I.A., Ferreira, C. & Pinto-Gouveia, J. (2017a). Chronic illness-related shame: Development of a new scale and novel approach for IBD patients' depressive symptomatology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 255–263.
- Trindade, I.A., Ferreira, C. & Pinto-Gouveia, J. (2017b). Shame and emotion regulation in inflammatory bowel disease: Effects on psychosocial functioning. *Journal of Health Psychology*. doi.org/10.1177/1359105317718925
- Werner, A., Isaksen, L.W. & Malterud, K. (2004). «I am not the kind of woman who complains of everything». Illness stories on self and shame in women with chronic pain. *Social Medicine*, 59, 1035–1045.
- Aakvaag, H.F. (2018). *Hei skam*. Oslo: Cappelen Damm.



PÅ NETT Nå er den norske versjonen av det amerikanske nettstedet madinamerica.com lansert. Foto: skjermbilde av hjemmesiden.

«Mad in norway» lansert

Birgit Valla ønsker å endre psykisk helsefeltet gjennom ny nettsatsing.

Psykologspesialist Birgit Valla er initiativtaker til etableringen av nettstedet madinnorway.org. Nettstedet skal ifølge en pressemelding fra Valla bidra til «en nødvendig endring innen psykisk helsefeltet i Norge». Valla mener at den rådende, diagnosebaserte sykdomsmodellen, med overdreven tro på bruk av medikamenter, store maktubalanser og et mangelfullt og ensidig kunnskapsgrunnlag, har mislyktes. «Vi tror framtida ligger i sosiale og relasjonelle tilnærminger som fremmer menneskerettigheter, humanisme, fellesskap og åpen dialog», heter det videre i pressemeldingen. Med seg på laget har hun pårørende, klinikere (leger, psykologer og annet helsepersonell), forskere og andre som interesserer seg for psykisk helse. Alle skal bidra frivillig på nettstedet ut fra et personlig engasjement, ifølge pressemeldingen. Nettstedet er inspirert av det amerikanske madinamerica.com og ble lansert 6. desember: madinnorway.org

Psykologtidsskriftet

Psykologtidsskriftet retter

I desemberutgaven av Psykologtidsskriftet kom vi i skade for å skrive at bidragsyter Arnstein Søvik, som skrev teksten «Verdien av å prøve seg frem», er psykologspesialist. Det er ikke riktig. Søvik er barnevernspedagog. Tidsskriftet beklager feilen.



FORSKNINGSINTERVJU EDWARD BULLMORE

Betennelse i vinden

Sammenhengen mellom betennelse i kroppen og enkelte former for depresjon er psykiatriens nye snakkis. Hva handler viraken om?

TEKST Nora Skjerdingsstad og Ida Holth **FOTO** Nora Skjerdingsstad

PSYKOLOGTIDSSKRIFTET HAR SNAKKET med en av dem som surfer på betennelsesbølgen, den britiske psykiateren Edward Bullmore. Slik introduserer han sitt siste bokprosjekt *The Inflamed Mind* på Schizofrenidagene i Stavanger i november i fjor:

– Det kan hende vi er i startfasen av en revolusjon. Den vil ikke sendes på TV. Og kan hende jeg tar feil, men jeg tror den allerede har begynt.

Den velkledde Cambridge-professoren viser til forskning på sammenhengen mellom nivået av betennelse i kroppen og depressive symptomer. Han peker på forskning de siste tjue årene, der man har undersøkt forholdet mellom CRP-nivåer og tilfeller av alvorlig depresjon. Til sammen

peker disse dataene i retning av at rundt en tredjedel av en deprimert populasjon vil ha høyere CRP-nivåer i kroppen sammenlignet med gjennomsnittet. Denne koplingen mener han at kan åpne for behandling av depresjon med anti-inflammatoriske legemidler.

– Kropp-og-sinn-revolusjonen er nær, sier Bullmore forventningsfullt fra talerstolen.

Ved hjelp av pedagogiske plansjer viser psykiateren hvordan immunsystemet og hjernen

kommuniserer gjennom signalstoffene cytokiner. Lenge har man tenkt at immunsystemet og hjernen ikke har utvekslet signaler på grunn av blod-hjerne-barrieren som beskytter nervesystemet, forklarer han. Nå mener forskeren det er tydelig at betennelse påvirker samspillet mellom immunceller, cytokiner og andre mekanismer i kroppen – både i sentralnervesystemet og resten av kroppen.

Betennelse i kroppen vil påvirke inflammasjonsceller i hjernen, som til slutt vil føre til endringer i humør og atferd, som vi kan observere som depressive symptomer, mener Bullmore.

TIDLIGE LIVSBELASTNINGER

Tema for årets Schizofrenidagene i Stavanger var «stressologi»; sammenhenger mellom livsbelastninger og fysisk og psykisk sykdom. Bullmore var en av flere forelesere som viste til forskning som bygger bro mellom tidlig belastning i barndommen og senere utvikling av psykopatologi.

Psykologtidsskriftet møtte psykiateren i etterkant av foredraget, og spurte ham om hva forskningen hans sier om sammenhengen mellom tidlige livsbelastninger og betennelse:

– Jeg synes koblingen mellom tidlige livsstressorer og inflammasjon er overraskende robust. Selv om dataene er vanskelige å skaffe til veie og kan ha bias, man spør gjerne folk flere tiår etter at eventuelle overgrepene faktisk skjedde, er det veldig mange studier som viser at skårer på spørreskjemaer om barndomstraumer korrelerer med nivåer av inflammasjon i blodet.

Han trekker også frem sin egen longitudinelle studie, der han har registrert data om overgrep samtidig eller like etter at det skjedde. Disse barna har så blitt fulgt opp, og man har senere målt nivåene av inflammasjon i blodet i voksen alder.

IMMUN HUKOMMELSE

Koblingen mellom stress, inflammasjon og depresjon kan ha vært fordelaktig i et evolusjonsperspektiv, forklarer Bullmore videre. Hjernen har lært seg å aktivere immunsystemet når det oppdager en fare. Dersom trusselen faktisk medfører en skade, vil kroppen være klar til å helbrede seg selv. Immunsystemet vil videre huske det vi blir eksponert for – både fysisk og mentalt – slik at vi kan takle det bedre ved en senere anledning. Immunsystemet «lærer».

Edward Bullmore

Edward Bullmore er øverste leder for avdeling for psykiatri ved Cambridge University. Han er aktuell med boka *The Inflamed Mind* fra 2018. Her undersøker han sammenhengen mellom depresjon og inflammasjon.

– Dersom et barn eksponeres for, la oss si meslinger, er vi ikke overrasket over at immunsystemet har et minne av det. Som vedvarer inn i voksen alder.

Det er nettopp denne læringsmekanismen som settes i gang ved vaksinasjon, og som gjør at vi ikke får vannkopper etter at vi har hatt det som barn. Bullmore mener at dette også gjelder for sosiale belastninger.

– Dersom du mister foreldrene dine i barndommen eller vokser opp i ekstrem fattigdom, er dette stressorer som tidligere ville utgjort en like stor trussel mot å overleve som meslinger. Og disse faktorene legger igjen et like sterkt minne i immunsystemet.

Bullmore sammenligner immuniteten som oppstår etter at et barn får en infeksjon, med immuniteten som oppstår etter at det utsettes for sosialt stress. Kroppen og immunforsvaret husker, og disse minnene vedvarer i voksen alder.

– Man kan ikke snakke seg ut av meslinger, sier han. Jeg tror det samme kan gjelde for immunresponsen til sosialt stress. Dette er mer spekulativt, selvfølgelig.

IBUX FOR DEPRESJON?

Men er det slik at vanlige betennelsesdempende medikamenter kan lette symptomer hos den deprimerte? Jo, til en viss grad, mener Bullmore, men ikke for alle.

– Depresjon er en heterogen lidelse. Vi har nå funnet en link mellom betennelse i kroppen og depresjon, men det betyr ikke at alle som er deprimert, også har en inflammatorisk respons, og vice versa. Det er et finmasket nettverk av årsaksfaktorer, understreker psykiateren.

– I en ideell verden hadde det beste vært å kunne vite årsaken til inflammasjonen, og så behandle denne. Men vi har sett at behandling med anti-inflammatoriske legemidler i noen tilfeller letter depresjon. Det er det viktigste for meg.

– Hva med langtids effektene? Er dette kun en umiddelbar respons som ikke vil vedvare?

– Ingen vet, svarer Bullmore. Han sier at det ennå ikke finnes gode nok kliniske data som viser hvordan denne behandlingen faktisk fungerer på depresjon på lang sikt. Og ja, det er mest sannsynlig at man vil få tilbakefall, det avhenger av årsaken. Du har ikke behandlet årsaken til inflammasjonen, sier han.

MEDISINSK APARTHEID

Under Schizofrenidagene i Stavanger ble utfordringer knyttet til et helsevesen som er delt opp etter kropp og sinn, diskutert. Bullmore kaller denne oppsplittingen for «medisinsk apartheid»:

– Depresjon, schizofreni, autisme, avhengighet, Alzheimer ... Det er en lang og sørgelig liste over lidelser som psykiatere, kliniske psykologer og

nevrologer tradisjonelt har behandlet som «ute-lukkende mentale» eller som «utelukkende hjerne-lidelser», sier Bullmore, og fortsetter:

– Jeg tror denne splittelsen er ufordelaktig på mange måter. Hvor mange med fysiske problemer har også psykiske problemer? Omtrent alle. Og hvor mange med psykiske plager har en form for fysiske manifestasjoner? Igjen, veldig mange.

Bullmore sier han ikke kjenner til steder der man behandler psykologiske og fysiske problemer under ett, i hvert fall ikke i hans hjemland.

– Jeg tenker at man i fremtiden vil se tilbake på dette som temmelig pre-historisk. Hva var det de drev med i 2019? Hvorfor hadde de disse komplett adskilte helsesystemene og helt forskjellige utdanningsløpene? Disse helt forskjellige måtene å behandle pasienter på, basert på antagelsen om at noe er enten mentalt eller fysisk?

– *Hvordan kan man integrere medisin og psykologi for å skape endring?*

– Det blir nok vanskelig. Jeg vet ikke helt hvordan det er innenfor profesjonspsykologien, men medisinen er veldig konservativ. Endringer skjer nokså sakte, selv om jeg tror at appetitten på endringer er økende. Selv lærte jeg null om psykologi som medisinstudent. Vi lærte oss å sjekke symptomer, og skiftet så fort til medikamentell behandling, forklarer Bullmore.

PSYKOTERAPIENS Plass

Psykoterapien synes også å ha fått liten plass i depresjon-inflammasjon-forskningen:

– *Hvilken plass har psykoterapien i forskningen på inflammasjon? Finnes det studier?*

– Det er gjort veldig få studier på psykoterapi sammenlignet med medikamenter i denne sammenhengen. Det er ikke fordi det ikke fungerer, men forskningen mangler.

Bullmore tror det vil kunne være nyttig for psykoterapeuter å forstå immunsystemet bedre.

– Delvis fordi en del folk ikke responderer veldig godt på medisinsk behandling. Depresjon er en ganske kompleks lidelse, og å tenke sammenheng mellom kropp og sinn vil være en fordel for disse pasientene, mener psykiateren.

– Anti-inflammatoriske legemidler vil ikke funke for alle, psykoterapi vil ikke funke for alle, og noen vil bli bedre bare ved at tiden går, men det er viktig at vi er i stand til å bryte depresjonssirkelen på et punkt. Dersom du finner en behandling som bare funker for tre prosent, så er dette fortsatt en enorm mengde mennesker. ❌

– Utenforskap skader kroppen

– Den nye betennelses-kunnskapen har store sosialpolitiske implikasjoner, sier professor i samfunnsmedisin Linn O. Getz.

TEKST Nora Skjerdingsstad og Ida Holth

– *Står vi overfor en revolusjon, slik Bullmore hevder?*

– Helt siden vestlig vitenskap skilte kroppen fra sinnet på 1600-tallet, har vi strevd med å komme tilbake på rett spor. Det behøves en vitenskapsteoretisk revolusjon, og inflammasjonsforskningen som Bullmore fronter, passer godt inn som en sentral brikke i et større, vitenskapsteoretisk puslespill.

– *Hvor viktig er forskningen på sammenhenger mellom betennelse og depresjon?*

– Veldig viktig. Den nye kunnskapen har relevans for hele helsetjenesten, for skolesystemet, arbeidslivet – ja kort sagt: for folkehelsen. Men man må altså få med seg *hele* historien: På den ene siden vil sykdom kunne slippe betennelsesstoffer ut i blodbanen som påvirker hjernen, med sykdomsfølelse og nedstemthet til følge. Det er ny og viktig kunnskap for mange, men ikke så faglig revolusjonerende. Derimot er det revolusjonerende å innse at menneskets hjerne framfor alt er et sofistikert, sosialt organ, og at utenforskap, avvisning og ensomhet skaper inflammasjon og kroppsskade via «psyko-nevro-immunologiske»-mekanismer. Evidensen for dette har eksistert i flere år, men det er ikke lett å spre kunnskapen fordi tankegangen bryter med kropp/sinn-dualismen.

– *Hva er problemet med et helsevesen som er delt opp etter psyke og soma?*

– Mye av det vi gjør i dagens helsetjeneste, bygger på ufullkommen teori, hvilket leder oss ut i blindgater. Psykiatrien har til dels store utfordringer her, men strengt tatt gjelder det alle fagområder. Det er viktig at vi forstår «menneskets natur» på rett vis, og at vi ikke tilbyr forenklete, tekniske løsninger på komplekse problemer, der eksistensielle forhold er viktige som årsaksfaktorer. For å kaste noen brannfakler kan jeg nevne veksten i fedmekirurgi og den økende etterspørselen etter kjønnsskifte hos barn og unge som fenomener jeg er bekymret for.

Deler av helsevesenet kan godt organiseres som «produksjonslinjer» med oppdrag å «reparere kroppsmaskinen». Hofteproteser, stenting av arterier i hjertet og rask utredning ved begrunnet kreftmistanke er aktuelle eksempler. Men slike produksjonslinjer krever at det gjøres grundig og helhetlig forarbeid som ivaretar hele mennesket. Jeg drømmer om en høykompetent stab av fastleger som legger gode premisser for helhetstenkning og samhandling rundt den enkelte – og det er god plass for smarte psykologer på det laget.

– *Hva kan gjøres?*

– Vi er privilegerte som lever i en tid da forskningen inviterer oss til å tenke mer «revolusjonært» enn våre forgjengere. Leger og psykologer bør samarbeide mer om å pløye nytt land – og mobilisere innsikt også på andre samfunnsarenaer, ikke minst i skolen. Den nye betennelseskunnskapen har store sosialpolitiske implikasjoner: Hvis vi virkelig ønsker å bidra til mer helse, må vi stå opp mot en utvikling der et økende antall mennesker havner i fattigdom og utenforskap. Å vokse opp under slike forhold er nemlig toksisk, for å si det med et enkelt ord. ❌

Meninger



FOTO: NORA SKJERDINGSJAD



”

Når hensynet
å gjøre alt
«riktig» kommer
i forgrunnen,
kan pasientens
beste komme i
bakgrunnen

– Kristin Østlie om
vurderinger av selvmordsrisiko

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. Vi ønsker innlegg som er sendt eksklusivt til oss.

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

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.

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.



Ryggen fri

Jeg ser at psykologer blir så opptatt av å følge retningslinjer om å vurdere selvmordsrisiko at det kan stå i veien for god behandling.



NASJONALE RETNINGSLINJER for forebygging av selvmord i psykisk helsevern kom i 2008, og implementeringsstrategien av disse vektla at helsearbeidere måtte gjennomføre selvmordsrisikovurderinger, etter en standard som ble foreslått i vedleggene til retningslinjene. Undervisningsopplegg for opplæring ble utarbeidet av Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, og helsepersonell ved helseforetakene i hele landet fikk i oppgave å lære opp ansatte. Deretter gjennomførte Helsetilsynet eksterne revisjoner ved helseforetakene: Hadde sykehusene prosedyrer som sikret det selvmordsforebyggende arbeidet, og ble selvmordsrisikovurderingene gjort etter den standarden retningslinjene anbefalte? Ved gjennomførte selvmord var man opptatt av om dokumentasjonen var i orden, særlig om man hadde gjennomført selvmordsrisikovurderinger i tråd med retningslinjene.

Som rådgiver i selvmordsforebyggende arbeide ved Lovisenberg sykehus / RVTS-øst merket jeg at mange klinikere ga uttrykk for en uro for å kunne bli beskyldt for å være uansvarlig – i ytterste konsekvens skyldig i en pasients selvmord, dersom retningslinjene ikke var etterlevd. Det var også en bekymring hos helsearbeidere om retningslinjene kunne påvirke det kliniske arbeidet negativt.

Evidensen som lå til grunn for anbefalingene i nasjonale retningslinjer, var svak, de fleste anbefalingene var ikke begrunnet av forskningsresultater, de var isteden basert på avveining av nytte og ulempe. Kun tre av anbefalingene bygger på evidens, blant disse er *ikke* kravet om at alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern, skal vurderes med tanke på selvmordsrisiko. Det har vært nedlagt en stor forskningsinnsats for å finne risikofak-

torer som kan være til hjelp for å finne ut hvem som er i selvmordsfare, men metastudier slår fast at vi ikke kan predikere selvmord, selv om vi bruker de nyeste og mest avanserte verktøyene vi har (Franklin et al., 2017; Chan et. al, 2016). Det er derfor et betimelig spørsmål, det mange klinikere med uro har stilt, om vektleggingen av standardiserte selvmordsrisikovurderinger som ett selvmordsforebyggende tiltak har vært altfor sterk, og om det har gjort mer skade enn gagn (Foss & Wifstad; 2011; Stangaland, 2012; Straume, 2014; Gjeldsvik 2014).

TERAPEUTANGST

I arbeidet med min doktoravhandling spurte jeg blant annet om måten man gjennomførte selvmordsrisikovurderinger på, kunne påvirke terapiprosessene. Pasientene ble rekruttert under et opphold ved en psykiatrisk akuttavdeling, der de var innlagt på grunn av selvmordsfare. Deres terapiprosess ble fulgt etter utskrivning fra avdeling; enten ved et DPS eller hos en privatpraktiserende psykolog/psykiater. Vi fikk gjennom intervjuene tilgang på «bakrommet» for terapiene; hvordan terapeuten og pasienten, på hver sin måte, beskrev terapiprosessen og den terapeutiske relasjonen, og hvordan selvmordstemaet ble håndtert i terapiprosessen (Østlie, 2018).

Et av de første temaene som ble tydelig i intervjuene, var terapeutenes engstelse: for at pasienten skulle ta sitt liv, for å ikke strekke til faglig og for å bli «tatt» av helsemyndigheter og arbeidsgiver fordi de ikke har gjort selvmordsrisikovurderinger ofte nok og/eller på den måten nasjonale retningslinjer pålegger dem. Denne engstelsen kunne være til stede til tross for høy kompetanse og lang erfaring, og

KRISTIN ØSTLIE,
avtalespesialist

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

**VURDERING AV
SELMORDSRISIKO**



den ble forsterket når pasienten var i en fase der de tenkte alvorlig på å ta sitt liv eller faktisk gjorde forsøk på å gjennomføre et selvmord. En terapeut beskrev det på denne måten: «Hun er det siste jeg tenker på når jeg sovner om kvelden, og det første jeg kommer på når jeg våkner.» En annen terapeut sa at «dette er en type oppgave jeg kjenner at jeg egentlig ikke vil ha». I disse fasene, som krever mye av terapeuten, er trygghet rundt terapien viktig. Helsemyndighetenes krav om standardiserte selvmordsrisikovurderinger og potensielle anklager fra både helsemyndigheter og media rettet mot helsepersonell, bidrar til å gjøre denne type oppgaver enda tyngre (Østlie, 2019).

TO GRØFTER

Når det gjelder måten terapeutene forholder seg til selvmordsrisikovurderinger på, er det to grøfter de kan gå i; de kan bli for opptatt av å gjøre selvmordsrisikovurderinger korrekt, eller de kan unnlate/unngå å forholde seg til selvmordstemaet i terapien, selv om det preger pasienten. De fleste terapeutene i studien gikk ikke i noen av disse grøftene, de integrerte selvmordstemaet i de terapeutiske samtalen når det var aktuelt, på måter pasienten opplevde som relevant og nyttig. Men noen ble for instrumentelle, og «Bentes» terapeut er en av disse. «Bente» sa følgende: «Jeg tenker han er veldig, litt overalt, hopper veldig mye, fra det ene til det andre. Det ene blir større enn det andre. Overskygger det andre. Mye ideer om medisiner. Jeg blir veldig forvirret ... Jeg skulle ønske vi kom ordentlig i gang med jobbing, ... det har vært mer fokus på selvmordstanker og planer.» Terapeuten til «Bente» hadde på sin side opplevd å miste en annen pasient i selvmord. Han er opptatt av at det ikke må skje igjen, og han er opptatt av sykehusets prosedyrer, som han mener er til hjelp. Han sier: «Man må gjennomtenke hver time når man har en pasient som har selvmordstanker eller har gjort et tidligere selvmordsforsøk. Så det preger min tankegang. Jeg gjør nye vurderinger hver time.» Paradoksalt nok går hele selvmordstemaet under jorda i denne terapien. Pasienten slutter å fortelle terapeuten om sine selvmordstanker og mister tilliten til at terapeuten kan tåle å høre om det som er vanskelig i hennes liv. En annen pasient i studien forteller om sine innleggelse ved akuttavdelingen, hun har mange av dem. Hun har forstått at det finnes prosedyrer helseperso-

nell må følge ved en innleggelse, og sier at hvis de spør henne om selvmordstanker bare fordi de følger prosedyren, og ikke fordi de bryr seg, så svarer hun ikke ærlig.

Den andre grøften terapeutene kan gå i, er å forholde seg unnvikende til selvmordstemaet, selv om det er helt sentralt i pasientens liv. «Mona» er en pasient som sier følgende om temaet selvmord: «Det er et U-tema (noe uenevnelig), som jeg dras mot, det er essensen av alt. ... Det er flaut å ikke ha vært ærlig med terapeuten om selvmordsplanene.» Mona er opptatt av å være en flink pasient, en som gjør det terapeuten forventer, og hun gir inntrykk av at det går framover i terapien. Fastlegen var den som oppdaget selvmordsfaren hun var i, og fikk henne innlagt ved akuttavdelingen. Terapeuten på sin side forteller om en krevende arbeidssituasjon, at det var liten tid til å tenke på hver pasient når presset på inntak av nye pasienter er så stort. En pasient som «Mona», som ikke ropte høyt om sine vansker, som tilpasser seg behandlingsopplegget og ønsket å være en flink pasient, kunne så lett forsvinne i det store havet av krav.

I studien var det også to måter terapeutene håndterte selvmordstemaet på som var i et «mellomområde», altså ikke integrert i den terapeutiske samtalen, ikke for standardisert og heller ikke unnvikende. En terapeut fortalte at han fylte ut et standardisert skjema etter terapitimen for å ha orden i journalen i tilfelle det skulle skje noe; «to save my ass», som han formulerte det. Han gjorde det på en måte som ikke forstyrret den terapeutiske samtalen, og han gjorde det kun for å tilfredsstille helsemyndighetene, ikke fordi det var til hjelp i det terapeutiske arbeidet. Det var også terapeuter som bevisst valgte bort hele selvmordsrisikovurderingen av hensyn til terapien. Temaet selvmord så ut til å bevege terapien inn i et spor der det mobiliserte en maktkamp som handlet om hvem som skulle ta ansvaret for pasientens liv: Skulle pasienten legges inn? Hvor lenge skulle innleggelsen vare? Hvor mye skulle personalet passe på pasienten? Skulle behandlingen være på tvang eller ikke? Og så videre. Man kom ingen vei, behandlingen stagnerte. Men ved å la selvmordstemaet ligge og heller snakke om mulige livsprosjekter, ble det for eksempel for en pasient jeg har kalt «Astrid», mulig å komme videre i terapien. Hennes terapeut sa det slik: «Hun var den mest suicidale pasienten vi hadde

i teamet da vi tok imot henne. Men jeg har ikke hatt, jeg tror ikke jeg har hatt en eneste suicidalvurdering. Og det har ikke vært noe slendrian, men det har ikke vært et tema.» Videre sier hun at «selvmordstemaet har ligget helt nede, det har ikke vært et tema, for tema har vært skolen, praksisen, medstudenter, å klare og bo for seg selv, hennes forhold til alkohol og det at hun lengter etter en kjæreste». Det var ved å legge selvmordstemaet bort det ble mulig å arbeide seg ut av «Astrids» langvarige suicidal prosess, den hadde vart siden begynnelsen av tenårene til hun nå var i midten av 20-årene.

NÅR RYGGDEKNING BLIR VIKTIGST

Da jeg var fersk psykolog og begynte på et DPS på 90-tallet, var det å tenke at man skulle «dekke egen rygg» uhørt. Pasientens beste skulle alltid komme først. At man måtte tenke på å «dekke egen rygg», var tilstander man hadde hørt om fra USA, vi håpet at det aldri ville bli slik i Norge. Med nasjonale retningslinjer, kontroll av at helsepersonell følger retningslinjene, selv om de ikke er evidensbaserte, og media som en aktør som skriver om selvmord og helsepersonells «svik», har det å sørge for ikke å bli syndebukken dersom en pasient skulle ta sitt liv, blitt nødvendig. Når hensynet å gjøre alt «riktig» kommer i forgrunnen, kan pasientens beste komme i bakgrunnen. Nasjonale retningslinjer skal nå revideres, og jeg håper at dette blir forstått. I en terapisisituasjon er trygge rammer rundt det terapeutiske prosjektet avgjørende. God terapi handler om tilstedeværende, lyttende terapeuter, som har kapasitet og tid til å tenke rundt utfordringene den enkelte pasient står i, og slik skreddersy terapiprosessen slik at arbeidsmåten passer pasienten man møter. Dette trenger vi at revisjonen av nasjonale retningslinjer tar hensyn til. ✕



Hvis de spør henne om selvmordstanker bare fordi de følger prosedyren, og ikke fordi de bryr seg, så svarer hun ikke ærlig

REFERANSER

- Chan, K. Y., Bhati, H., Meader, N. Stockton, S., Evans, J., O'Conner, R. C., ..., & Kendall, T. (2016).
 Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *The British journal of psychiatry*, 209, 277–283. <http://dx.doi.org/10.1192/bjp.115.170050>
- Foss, T., & Wifstad, Å. (2011). Humanismens vilkår i prosedyrenes tid. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48, 545–9.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Bentley, K. H., Huang, X., Musacchio, K. M., Cheng, B. B., ..., & A. C. Nock, M. K. (2017). Risk Factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological bulletin*, 143, 187–232. <http://dx.doi.org/10.1037/bul0000084>
- Gjelsvik, B. (2014). Advarsel om selvmordsrisiko. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 242–251.
- Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49, 138–145.
- Straume, S. (2014). Selvmordsforebyggingens pris. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 242–251.
- Østlie, K. (2018). Terapiens bakrom. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56, 833–835.
- Østlie, K. (2019). Om skyld og ansvar i terapi når pasienten er i selvmordsfare. I E. Stänicke,
- H. Strømme, S. Kristiansen & L. I. Stänicke (Red.). *Klinisk tenkning og psykoanalyse* (s. 89–106). Oslo: Gyldendal.

Hør på avtalespesialistene

Psykologforeningen unnlot å involvere avtalespesialister i et politisk motivert pilotprosjekt om pasientinntak. Det er kritikkverdig.



ANNE RØISE,
ESPEN IDÅS,
EIVIND ANDERSEN,
avtalespesialister i
Vestfold

**PSYKOLOG-
FORENINGEN**

FOR FÅ ÅR SIDEN betegnet Helse Sør-Øst avtalepsykologer og -psykiatere som deres «gull», og viste til stor effektivitet og et høyt antall konsultasjoner. Det ble påpekt at vi var fleksible, og at vi var tilgjengelige for fastlegene, psykisk helsevern og det kommunale hjelpeapparatet.

Vinteren 2018/19 ble det fra Helse Sør-Øst bestemt at avtalespesialistene, både psykologer og psykiatere, skulle inngå en samarbeidsavtale med psykiatrisk spesialisthelse-tjeneste. I løpet av noen måneder kom vi fram til en avtale som var akseptabel for begge parter. Samarbeidet med våre psykiaterkolleger var meget godt. Samtidig hadde vår forhandlingspartner, Klinikk psykisk helse og rusbehandling i Vestfold, uten å informere oss, meldt interesse for å delta i et pilotprosjekt i regi av Helse Sør-Øst. Dette prosjektet hadde to formål: Det skulle prøves ut hvordan avtalespesialistene kunne bidra til rettighetsvurdering av henviste pasienter. I tillegg skulle alt pasientinntak til deltakende avtalespesialister gå gjennom DPS. Der skulle rettighetsvurderingene gjøres. Prosjektet innebar at avtalespesialister skulle frikjøpes fra klinisk arbeid for å gjøre slike vurderinger. Det viste seg at også avtalespesialistene tilknyttet Nydalen i Oslo var tatt med i prosjektet, totalt cirka 60 avtalespesialister.

INGEN INFORMASJON

Da avtalespesialistene ble informert om dette, ble det fra Helse Sør-Øst, Legeforeningen og Psykologforeningen lagt stort press på den enkelte spesialist for å delta. Det viste seg at våre foreninger var sentrale aktører i et arbeid som skulle utprøve vesentlige endringer i våre praksiser. Endringene innebar brudd med våre kontraktfestede rettigheter, plikter og autonomi. Foreningene deltok i dette politisk

initierte arbeidet uten at vi på noen måte var informert.

Etter en noe avventende sjokkrespons blant avtalespesialistene kom motreaksjonene fra kolleger i begge regioner. Både Helse Sør-Øst og Psykologforeningen tok selvkritikk når det gjaldt hvordan prosessen hadde vært, men økte samtidig trykket på nødvendigheten av å delta. Det ble lagt press på enkelt deltakere om å bli med i prosjektgrupper som skulle klargjøre for gjennomføringen av prosjektet. Avtalespesialistene opplevde ikke tilhørighet til prosjektet. Det ble sågar i felles møter uttalt at våre foreninger var motparter i dette arbeidet. Ingen av våre kolleger viste interesse for å delta, og i siste liten valgte Helse Sør-Øst å skrinlegge prosjektet i denne omgang.

DÅRLIG PROSESS

Prosessen har skapt utrygghet og frustrasjon. Vi er medlemmer i en forening som vi mistenker for å ha større fokus på å imøtegå skiftende politiske ideer og føringer enn å representere oss som medlemmer. Når vi opplever foreningen vår som motpart i en slik sak, er det alvorlig. Vi forstår selvsagt at en fagforening må følge med på skiftende politiske føringer, men det er alltid en fare for at avstanden til «grasrota» blir for stor. Vi er meget misfornøyd med hvordan foreningen har håndtert dette. Avtalespesialistene arbeider som selvstendig næringsdrivende. Vi er del av de totale psykiatri/psykolog-tjenestene, og er tillagt stort ansvar for prioritering, kartlegging og behandling av mennesker med psykiske lidelser. Vårt arbeid er mest mulig avbyråkratisert slik at fokus primært er på pasientbehandling.

Vårt håp er at foreningen framover i større grad legger saker ut til høring blant medlemmer før slike utprøvinger eller tiltak iverksettes. ✖

Fra arkivet: 2005

Kan Norge bli det nye Firenze?

- **Forskning på positiv psykologi** har tre overordnede temaer knyttet til hva som gjør livet verdt å leve: positiv subjektiv opplevelse, positive individuelle karaktertrekk og positive institusjoner, sier Seligman. Jo større vanskeligheter et samfunn eller et enkeltmenneske står overfor, desto viktigere tror jeg disse områdene er. I urolige tider kan positive emosjoner, forbundet med selv-tillit og tillit, håp og optimisme, være utslagsgivende for tilpasning og mestring. Det samme gjelder personlighetstrekk og dyder som integritet, rettferdighet, mot og lojalitet, og selvsagt også positive institusjoner som et levende demokrati, sterke familieband og en fri presse. Nettopp fordi positiv psykologi retter oppmerksomheten mot ressurser og muligheter, tror jeg at denne tilnærmingen kan være spesielt verdifull i arbeid med mennesker med store livsproblemer og psykiske lidelser. Resurser og positive karaktertrekk er generelt en sentral del av menneskers motstandskraft og resiliens. De beste terapeutene reparerer ikke bare det som er skadet eller ødelagt. De hjelper klientene til å identifisere og videreutvikle sine sterke sider og egenskaper. (...)

- **En annen ting som bekymrer meg** er den enorme publisiteten positiv psykologi har fått, sier Seligman. - Pågangen fra mediene har vært uventet stor, og når Time eller New York Times tar kontakt, så sier du simpelthen ikke nei. Men nå takker jeg nei til 95 prosent av henvendelsene jeg får i USA. Hvorfor? Jeg er redd for at vi skal love mer enn vi kan stå for. Dette er et feilgrep som klinisk psykologi og medikamentindustrien har gjort gang på gang, og risikoen er stor for at vi skal gå i samme fellen. Det er vanligvis best å love mindre, og så levere mer. Hvis vi ikke passer oss, vil folk bli svært skuffet over hva vi faktisk kan tilby dem. (...)

- **Hva med de klientene vi psykologer møter i spesialisthelsetjenestene, som ofte har svært alvorlige og sammensatte psykiske problemer?**

- Jeg er først og fremst ekspert på depresjon, men hva jeg vet, er at de tradisjonelle tilnærmingene for stoffmisbruk og schizofreni er rettet mot pasientenes svakheter og tilkortkomninger. Å nærme seg et annet menneske med utgangspunkt i at det er noe galt med vedkommende, er en dårlig måte å lære noen å kjenne på. Det er ikke slik vi får noen til å like oss og stole på oss. Ønsker vi kontakt med andre, for eksempel i et selskap, er det lurt å snakke om hva de er gode til og hva som interesserer dem. Jeg synes dette er spesielt ille i forhold til mennesker med demens. Vi er så opptatt av alt det de ikke kan gjøre, men spør ikke: Hei, hva er du virkelig god til? Vi har hull i vår hukommelse alle sammen, men er gjerne flinke til å finne måter å kompensere på. Det er hva positiv psykologi

handler om: Gjør det du er best i, og kompenser for dine svakheter.

- **Etter min mening er positiv psykologi** allerede nå en viktig ingrediens i virksom behandling, understreker Seligman. Den er bare ikke klart nok formulert og utforsket. Gjør vi noe mer systematisk på dette området, vil psykologisk behandling bli mer effektiv. Terapi handler i stor grad om positive kvaliteter, som optimisme og realisme, sosiale ferdigheter, utholdenhet og mot, og det å kunne ta ansvar for og finne mening i eget liv. Ved å arbeide innenfor den medisinske modellen, og ved bare å se etter salver som kan lindre sår, har vi psykologer sett bort fra store deler av faget vårt og hva vi egentlig er trent til å gjøre. Ved å overta sykdomsteningen har vi solgt vår fødselsrett som psykologer - en fødselsrett som inkluderer både å hele det som er skadet og utvikle det som er sterkt.

- **I ditt foredrag kom du med en sterk anbefaling til helseminister Ansgar Gabrielsen, og sa at Norge nå er i en unik historisk posisjon.**

- Ja, deres land er på mange vis i samme situasjon som renessansebyen Firenze, både i størrelse og i kraft av at dere plutselig er blitt en rik nasjon. Spørsmålet er hva dere skal velge å bruke pengene til. Firenze gjorde et bevisst og svært dristig valg, og ville skape noe ingen hadde skapt før. Kanskje dere kunne gjort et tilsvarende valg. Dere kunne prioritert tiltak for å øke befolkningens livskvalitet og velvære, og styrke opplevelsen av mening og retning i livet. Med de rette politikerne, forskerne og praktikerne kan dere bli et land som utretter det som Firenze gjorde, de i sin tid mot skjønnhet, og dere mot et mer positivt samfunn.

*Fra Torkil Berge og Anne Selvik
sitt intervju med Martin
Seligman, oktober 2005*

BUP blir bedre av pakkeforløp

Pakkeforløpet sikrer at vi sammen med pasienten raskt får blick for hva som er god behandling.



RANNVEIG WOLL LOTHE, psykologspesialist/ seksjonsleder,
GUNHILD SVARTDAL, psykologspesialist/ enhetsleder, **ANNE MAY BØE HEGGEDAL**, enhetsleder kontorfaglig team,
ELISABETH ØVERLAND, spesialist i klinisk pedagogikk,
KIRSTI JACKSON, enhetsleder/overlege,
BETTINA TUNGEVÅG, klinisk sosionom/ leder fagutvalget,
ERLING ROGNLI, psykologspesialist/ stipendiat UiO. Alle ansatt ved BUP Follo/ AHUS.

PAKKEFORLØP

MANGE HAR MENT sitt om pakkeforløp i psykisk helsevern for barn og unge. Våre erfaringer med pakkeforløp – ett år etter at det ble innført – gir noen forsøksvise svar på syv av de spørsmålene vi har oppfattet så langt i debatten.

Fører pakkeforløpet til at vi utreder mer og behandler mindre? Basisutredningen innebærer lite nytt på vår BUP: Vi møter familien, gjør anamneseopptak og kartlegger symptomer. Men først og fremst blir vi kjent med barnet og dets kontekst gjennom dette arbeidet. Utredning behøver heller ikke å ta så mange uker, og til sammen er det stort sett snakk om fire-fem timer. Behandler og pasient kan organisere dette arbeidet slik de selv mener er best, og tilpasse utredningen til alvorlighetsgrad og pasientens jobb og skole. Slik blir vi kjent med familiens utfordringer og ressurser, og kan tilpasse behandlingen til hva familien trenger.

Pakkeforløpenes tidsfrisert sikrer at utredning faktisk gjøres, og det tidlig i forløpet. Det bidrar til at vi vet hvilken tilstand vi skal behandle, og hvordan akkurat dette barnet og denne familien best kan hjelpes. Ved alvorlige tilstander starter vi selvsagt behandling umiddelbart, parallelt med eller før utredning. Og gir basisutredningen indikasjoner på det, går vi videre med utvidet utredning.

Ved at vi raskt får avklart pasientens helhetlige tilstand, kan vi tilby riktig og tilpasset behandling. Alternativet kan være å treffe pasienten over lang tid, kanskje utvikle en god relasjon (noe som i seg selv er viktig og potensielt helbredende), men uten at man har kartlagt mulige årsaker til de rapporterte symptomene. Man kan dermed unnlate å gi den behandlingen som er dokumentert viktig og riktig for den aktuelle tilstanden.

Hvilken pasient ville ønsket seg dette om de hadde visst? Pasientene er imidlertid prisgitt den kunnskapen vi deler, og stoler ofte på det tilbudet de får. Vi har derfor et stort faglig ansvar for å gi dem det riktige tilbudet. Pasientene pleier heller ikke å klage på at vi raskt ønsker å finne ut av hva de sliter med, og sikre oss at vi får med oss «hele» bildet, slik at vi kan yte best mulig hjelp. Tilbakemeldingene fra pasienter og kommuner er at de setter pris på raske utredninger som sikrer at vi kommer tidlig i gang med riktige tiltak.

Blir pasientene møtt med for mange skje-maer og tester? I vårt første møte med familien starter arbeidet med å bli kjent, lage en allianse og skape en felles forståelse av hvordan vi kan være til hjelp. I dette arbeidet inngår også valg av utredning og behandling. Vi utforsker barnets vansker, styrker og ressurser. Vi opplever at behandlere som er positive til utredningsverktøy og bruker disse fleksibelt, bidrar til at pasienten bedre forstår hensikten med verktøyene, og at det igjen bidrar til at de føler seg trygge på at dette er et riktig og nødvendig arbeid. Selvsagt bakes utredningen inn i normale, respektfulle og tryggende samtaler. Om det vurderes at det er best å vente med utredning, gjør vi selvsagt det. Når det er nødvendig og faglig begrunnet, bryter vi pakkeforløpets frister.

Bidrar pakkeforløpet til at man blir overbelastet med unyttige oppgaver? Pakkeforløpet fører ikke til at det kommer flere pasienter. Det fører heller ikke til at vi må jobbe flere timer med hver pasient. Selve registreringen og kodingen tar selvsagt tid, men på vår BUP står sekretærene for hoveddelen av dette, noe vi er fornøyd med. Men registreringen skjer bare noen få ganger i et behandlingsforløp, og det man i



GOD INNPAKNING Pakkeforløpene er i tråd med det som lenge har vært god praksis ved vår BUP, skriver ansatte ved BUP Follo. Foto: Ruth Jenkins / DPA / NTB Scanpix

hovedsak registrerer, er at utredning er utført, at man har laget behandlingsplanen sammen med pasienten, og at man har evaluert behandlingen. Det er også vanskelig å se at pakkeforløp som sikter mot å gi likeverdig tilbud, god utredning, tilpasset behandling og en gjennomtenkt behandlingsplan, skal være unyttige oppgaver.

Brukes det for mye tid på å utvikle en behandlingsplan sammen med pasienten? Pakkeforløpet krever at pasienten skal medvirke til å utarbeide sin egen plan for behandling. Folkehelseinstituttet gjennomførte en foreløpig upublisert undersøkelse i 2017 blant foreldre til barn i BUP over hele landet. Den viser at nesten 60 % av de foresatte mente at BUP kunne bli bedre på informasjon om behandlingsmuligheter, over 50 % av de foresatte mente BUP burde bli bedre på pasientmedvirkning, og 26 % rapporterer om lite eller ingen utbytte av behandling.

Gjennom behandlingsplanen kan pasienten formulere sine egne mål og ønsker for behandlingen, samt få informasjon om og aktivt medvirke til valg av anerkjente behandlingsmetoder. Dette skaper en viktig allianse mellom pasi-

ent/familie og behandler, bidrar til mål som er meningsfulle for pasienten, og øker mulighetene for egeninnsats i prosessen. Uten en slik plan risikerer man i verste fall at pasienten går i behandling over lang tid uten at verken klient eller behandler kan beskrive hva som er pasientens tilstand, hva som er målet for behandlingen, hvordan man skal komme seg dit, hvilken metode som brukes, og hvilke kriterier som skal fylles før pasienten blir erklært ferdig behandlet. Da kan det være vanskelig å vite når man skal avslutte, ikke minst i situasjoner der man først og fremst støtter seg på en (forhåpentligvis) god relasjon. For hvem ønsker vel å avslutte noe slikt?

Behandlingsplanen sikrer at vi jevnlig spør pasienten om hvordan behandlingen går i forhold til de oppsatte målene, og hvordan samarbeidet med behandleren er. Det bør være en viktig del av enhver behandling, da svarene vi får, gjør det mulig å forandre kurs eller metode, bytte behandler eller avslutte behandlingen. Det betyr også å avslutte behandlingsløp der pasienten ikke har blitt bedre innen en gitt tid, selv om både behandler og pasient har investert mye tid og håp i samarbeidet. Dessuten er

”

Tilbakemeldingene fra pasienter og kommuner er at de setter pris på raske utredninger

»

det mulig at manglende oppmøte og dropout av og til gjenspeiler en evaluering pasienten gjør helt på egen hånd.

Fratar pakkeforløpet behandleren autonomi?

Flere behandlere mener deres autonomi frarøves i pakkeforløpene. Da må man også spørre seg hva det er i pakkeforløpene som behandleren ikke ønsker å ta del i. Målsettingen med pakkeforløpet er blant annet økt brukermedvirkning og brukertilfredshet, å skape sammenhengende pasientforløp og å unngå unødig ventetid. Hvilke av disse prinsippene vil en god behandler være uenig i? Som alt poengtert sikrer pakkeforløpet at vi sammen med pasienten raskt fokuserer på hva som er god behandling. Behandlere i BUP bruker mye tid på kompetanseheving og fagutvikling. Det er denne kunnskapen de anvender for å finne ut hva som er best behandling for akkurat denne tilstanden, for akkurat denne pasienten, for denne familien. Det er akkurat dette som er selve jobben vår som behandlere, og det er dette arbeidet vi vil gjøre. Pakkeforløpene står ikke i veien for dette arbeidet.

Fører pakkeforløpet til at pasientene skrives ut før de har fått tilstrekkelig behandling?

Gjennomsnittstiden for pasientforløpene på vår BUP er 1–1,5 år. Men gjennomsnittstiden favner alt fra tilstander som kun behøver kort behandling, til alvorlige tilstander med mer langvarige løp, noen over flere år. Pakkeforløpet gir heller ingen føringer for hvor lenge et behandlingsforløp skal vare. Det er det pasientens tilstand og behandleres faglige vurdering som avgjør.

Er det for mye koding? Det mest utfordrende med pakkeforløpene er arbeidet med å registrere/kode for å vise andre at man faktisk gjør det man skal. Registreringsarbeidet gir viktige muligheter for forskning, for eksempel på effekt av behandling. Vi mener likevel det bør gjøres en gjennomgang av nytten ved all registrering og koding, slik at dette kanskje kan reduseres i fremtidige revisjoner av pakkeforløpene.

Oppsummert: Lenge før pakkeforløpene ble iverksatt, har i hvert fall vår BUP forsøkt å jobbe omtrent slik pakkeforløpet nå krever. Det innebærer lite nytt. Pakkeforløpet er ment å være et rammeverk som gir struktur og forutsigbarhet, men det er fleksibelt og må fylles med kvalitet på hvert enkelt arbeidssted. ❌

Debattert

Kommunal rapport

Gladsak: Aurskog-Høland kommune har ansatt kommunepsykolog. Rebin Badkan trives så bra at han like godt flyttet til Bjørkelangen. (...) – Dette er en gladnyhet fra kommunen, sier en opprømt tjenesteleder Gro Kalvenes om ansettelsen (...) og opplyser at med denne ansettelsen innfrir Aurskog-Høland lovkravet om at alle kommuner skal ha ansatt psykolog innen 1. januar 2020

Indre Akershus Blad, 4. desember

Eit slit: Konstituert kommunalsjef for helse og omsorg Ida Heggholmen supplerer med at [Austevoll kommune] ser på ulike løysingar for psykologmangelen, der både interkommunalt samarbeid og ei løysing saman med ein distriktspsykiatrisk institusjon kan vera svaret. – Det er mangel på kliniske psykologar i heile landet, og mange distriktskommunar slit med å rekruttera, seier Heggholmen.

Fra Marsteinen 5. desember

På vent: Denne høsten skulle en kommunepsykolog etter planen vært i gang med arbeidet for barn og unge i Gjesdal kommune. (...) Men psykologen lar vente på seg. For til tross for at kommunen har lyst ut stillingen to ganger – en gang før og en gang etter sommeren, er stillingen fortsatt ubemannet.

Fra Gjesdalbuen 5. desember

Kutt: Nei, ikkje alle treng å snakka med ein psykolog. Men Nesodden kommune treng eit sterkt fagmiljø innan psykisk helse som kan vera med å skapa dei gode liva der born og unge kan trivast, ha det godt og få hjelp før det vert for vanskeleg. Så kvifor vil ein då kutta 50% stillingsressurs i tenesta Psykisk helse for barn og unge?

Unni Aadland skriver i Akerskus Amtstidende 9. desember

At dere tør: – Ungdommen ønsker at kommunepsykologtilbudet skal bedres. Det å kutte der er det motsatt av det ungdommen ønsker. Når ungdommen sier at dette er nødvendig, er det viktig at dere lytter til det. Sliter man psykisk påvirker det ofte mange faktorer. Tør dere virkelig det?

Ida-Amalie Klausen til Andøyposten 13. desember

Underbemanning: For snart 2 år sidan inngjekk Gloppen kommune eit samarbeid med nabokommunane i Nordfjord. Dette for å skape eit breiare fagmiljø og det skulle verte lettare å få fagpersonar til å søke på dei 2,5 stillingane som Psykolog. Dette viser seg i dag å ikkje slå til! Det er i dag berre 1 person att av desse 3 heiltids stillingane. (...) Kva slags utfordringar har denne underbemanninga ført til for ungdom i Gloppen kommune?

Vidar Sandal debatterer i Firda 16 desember

Bred satsning – smal effekt

Det nye hovedsatsningsområdet til Norsk psykologforening er for bredt og inkluderer for mye.



LANDSMØTET VALGTE NYLIG *Utdannelse og arbeidsliv som påvirkningsfaktor og inkluderingsarena* som hovedsatsningsområde for de neste tre årene. Det opprinnelige forslaget fra sentralstyret var det langt smalere *Arbeidsliv som påvirkningsfaktor og inkluderingsarena*. Men Hordaland lokallag vant frem med sitt alternative forslag, som også innbefattet den lettere arkaiske formuleringen *utdannelse*. Overordnet er det gledelig at Landsmøtet våget å tenke nytt og ikke bare resirkulerer et tidligere satsningsområde gjennom seks år. Likevel er det problematisk at hovedsatsningsområdet nå står i fare for å bli faretruende bredt.

Hovedsatsningsområdet er ment å uttrykke Psykologforeningens politikk på *ett* nærmere bestemt samfunnsområde, der psykologisk kunnskap kan gi vesentlige bidrag til å løse hittil uløste oppgaver. Et vellykket hovedsatsningsområde er altså en første satsning på et nytt felt som *etter hvert* kan ende opp som en del av foreningens daglige drift. Da er det desto viktigere at foreningen satser på noe som kan gi klare og tydelige resultater, resultater som blir synlige for både samfunnet og psykologstanden. Da er det avgjørende at foreningen klart og tydelig kan avgrense og operasjonalisere satsningen, og at det utvikles klare suksesskriterier. Å legge til «utdannelse» gjør dette arbeidet vanskeligere.

VI MÅ SE UTOVER OSS SELV

Hordaland lokallags begrunnelse for å utvide satsningen fremstår også som underlig navlebeskuende: nemlig at PPT-psykologene i langt tid har blitt oversett. At en psykologgruppe gjennom mange år har vært oversett, er selvsagt uheldig. Samtidig er det ingen god argumentasjon for valg av hovedsatsningsområdet,

et valg som jo primært bør tuftes på et ønske om å bidra med psykologisk kompetanse til å løse viktige, overordnede samfunnsoppgaver. Det handler om hvordan vi som psykologer kan bidra positivt i den samfunnsmessige utviklingen. Det handler *ikke* om hva vi kan oppnå som profesjon, men hvordan vi kan bevare og utvikle den tilliten og anseelsen profesjonen gjennom mange år har opparbeidet i storsamfunnet.

Samtidig er det slik at en satsning på et samfunnsområde der vi hittil i begrenset grad har satt vårt preg, også vil kunne ha positive effekter for psykologstanden. En satsning på arbeid kan bidra til flere nye psykologarbeidsplasser, og på den måten gjøre norske psykologer enda mer relevante på et felt som ellers lett vil bli dominert av masterutdannede uten klinisk kompetanse.

I vår kronikk «Vesentlig arbeid, vesentlig satsning» i septemberutgaven av *Psykologtidsskriftet* argumenterte Anette Høy Dye og jeg for at *Arbeidsliv som påvirkningsfaktor og inkluderingsarena* burde bli neste hovedsatsningsområde. Vår argumentasjon her bør være relevant, også nå når sentralstyret skal klargjøre de nødvendige målsettinger, avgrensninger og operasjonaliseringer for satsningen for denne landsmøteperioden.

På vegne av Fagutvalget for organisasjonspsykologi vil jeg henstille til det nye sentralstyret om å avgrense og operasjonalisere satsningsområdet med kløkt og visdom, og tolke «utdannelse» i retning av yrkeskvalifisering, og fokusere på de deler av det store utdannelsesfeltet som direkte er koblet til hvordan man kan tilrettelegge for at sårbare individer både kommer seg inn i og forblir i arbeidslivet, ikke utdannelse i mer generelle termer. ✕

RUDI MYRVANG, spesialist i arbeids- og organisasjonspsykologi og leder av Fagutvalget for organisasjonspsykologi

HOVEDSATSNING

Faksimile fra novemberutgaven
av Psykologtidsskriftet



Bruk og misbruk av prefikser

I dag kan klinisk utdannede psykologer kombinere psykologtittelen med et hvilket som helst fagfelt, uten å ha relevant formalkompetanse faget de henviser til. Det bør endres.

MORTEN BIRKELAND NIELSEN, forsknings-
sjef og professor
i organisasjons-
psykologi

PSYKOLOGTITTELEN

SOM IKKE-PSYKOLOG, men med psykologi-faglig bakgrunn har jeg med stor interesse fulgt den siste tids debatt om bruk av psykologtittelen. Hvis man skal følge linjen om at kun personer med klinisk kompetanse kan bruke psykologtittelen, opplever jeg det som svært viktig at Psykologforeningen i det videre arbeidet også følger opp bruk og misbruk av prefikser før psykologtittelen. I dager det nemlig slik at enhver som er utdannet klinisk psykolog, kan kombinere psykologtittelen med hvilket som helst fagfelt uten å ha relevant formalkompetanse innenfor faget de henviser til. For eksempel kan en nyutdannet klinisk psykolog betegne seg som klimapsykolog, arkitekturpsykolog, organisasjonspsykolog og så videre uten å ha et eneste vektall innenfor de respektive fagområdene. Det at hvem som helst med psykologutdanning kan ta i bruk denne type titler uten å faktisk ha formalisert kompetanse innenfor fagområdet kan føre til forvirring i befolkningen. Den som søker hjelp av en organisasjonspsykolog, har krav på å kunne vite hva slags kvalifikasjoner og utdanning vedkommende har innenfor organisasjonsfaget. Befolkningen fortjener å vite at den de er i kontakt med, har kompetanse på arbeidsmiljø, ledelse, organisasjonsutvikling og organisasjonsendringer.

VIKTIG Å UNNGÅ MISBRUK

For å unngå misbruk og forvirring håper jeg at Psykologforeningen arbeider videre for å beskytte formell fagspesifikk kompetanse innenfor psykologien. En anbefaling er at man setter tydelig krav til å bruke fagspesifikke prefikser foran psykologtittelen. Et minstekrav for å kalle seg organisasjonspsykolog bør være at man har godkjent spesialisering, doktorgrad, eller helst har dobbeltkompetanse innenfor organisasjonspsykologifaget. Tilsvarende strenge krav forventes selvsagt for andre fagspesifikke titler.

For å tydeliggjøre kompetansen til en person som kun har gjennomført profesjonsutdanning, bør man bruke tittelen «klinisk psykolog». Med «klinisk psykolog» vil man markere den særnorske betydningen av psykologtittelen og dermed unngå at psykologer fra så godt som alle andre land i verden vil tro at norske psykologer har samme kompetanse som det de selv har, for eksempel en mastergrad i psykologi. En slik streng linje for bruk av bindestrekstitler vil i tillegg vise at Psykologforeningen prioriterer å beskytte psykologprofesjonen fremfor å ha en samlende rolle for psykologifaget i Norge. ✕

Sivilpsykologen

Masterutdannede i psykologi bør finne et begrep som samler dem.

I AFTENPOSTEN (13. november) foreslo jeg at masterne i psykologi skulle få tittelen sivilpsykolog. I desemberutgaven av *Psykologtidsskriftet* mener Bjørn Rishovd Rund at forslaget vil bidra til forvirring, ja, endog signalisere at «sivilpsykologen» er en høyere grad enn «psykolog». La meg derfor gå gjennom og utvide min argumentasjon, slik at også lesere av *Psykologtidsskriftet* kan se mitt forslag.

Sent på 1980-tallet vedtok Rådet ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo at instituttet først og fremst skulle konsentrere seg om opplæring av klinikere. Jeg besluttet da å forlate instituttet, og den videre utviklingen på profesjonsstudiet kjenner vi: Organisasjonspsykologien ble marginalisert, og godt hjulpet av helsepersonelloven av 1999 er tittelen psykologi i dag ensbetydende med «klinisk psykolog».

Selv satte jeg under studietiden ikke mitt ben på klinisk avdeling. Da vi på et obligatorisk kurs skulle skrive rapport om hospitaliserte pasienter, ba jeg om å få skrive rapport om behandlingspersonalet i stedet. Og det fikk jeg. I dag ville det vært umulig.

Men vi som kaller oss organisasjonspsykologer, er psykologer vi også, og jeg mener dette også gjelder de som har en 3+2 års psykologimaster. La derfor både de som har en klinisk og med en ikke-klinisk universitetsutdanning i psykologi, få lov til å kalle seg psykolog og nytte godt av den status og tillit psykologtittelen gir.

LEDESTJERNER

I denne striden kan andre høyere profesjonsutdanninger være psykologenes ledestjerner. På apoteket møter jeg for eksempel to typer helsepersonell, en med en treårig utdanning, den

andre med fem år i ryggen. Men begge har lov til å kalle seg farmasøyt, henholdsvis reseptarfarmasøyt og provisorfarmasøyt, beskyttede titler begge to. I samfunnet har vi ingeniører og økonomer. Dette er ikke beskyttede titler. Men de med femårig masterutdanning kan kalle seg sivilingeniør og siviløkonom, beskyttede titler begge to.

Også masterutdannede i psykologi, om de har gått et femårig løp som spesialiserer mot sosialpsykologi, idrettspsykologi, utviklingspsykologi eller organisasjonspsykolog, bør finne et begrep som samler dem. Jeg foreslår at de kikker mot siviløkonomen og sivilingeniøren, ja, også sivilarkitekten, og tar tittelen sivilpsykolog. Forstavelen sivil viser at de er en yrkesgruppe som ikke bærer uniform, og at de tilbyr tjenester til alle borgere i dette landet, ikke bare til en spesiell gruppe, slik klinikerne gjør.

Klinikerne kan i fremtiden kalle seg det de er, kliniske psykologer, slik psykologiprofessorer ved både Universitetet i Oslo og i Bergen har foreslått (se saken «Bindestrek til besvær» i novemberutgaven). Med både den kliniske psykologen og sivilpsykologen bak den beskyttede tittelen psykolog i samfunnet har alle vunnet. Jeg er i motsetning til Rishovd Rund overbevist om at brukerne av psykologtjenester ikke vil bli forvirret av forskjellen. Å henvise til forvirring hos brukerne er en gammel debattekniikk – brukt av bønder da de motsatte seg datostempling av melken og leger da de motsatte seg frigivelse av Felleskatalogen. At vi har to typer farmasøyer har ikke gitt forvirring. At vi har to typer ingeniører og økonomer har ikke gitt forvirring. To hovedtyper av psykologer vil være oppklarende. ✕



PAUL MOXNES,
professor i
organisasjons-
psykologi

PSYKOLOGTITTELEN



To hoved-
typer av
psykologer
vil være
oppklarende

**LANDSMØTET:**

Gjennomslag og følgefeil: På Landsmøtets åpning ble det tegnet et bilde av en psykologprofesjon som gjennom sin fagforening er en kraftfull samfunnsaktør: Foreningens politikk gjenfinnes i parti-programmer, NOUer, retningslinjer og planverk. Slik former Psykologforeningen Norge bak kulissene, kommenter sjefredaktør Bjørnar Olsen. Men samtidig opplever mange at denne innflytelsen ikke former psykologenes arbeidsdag og samfunnets tjenester til det bedre. Det er ingen enkel øvelse for foreningen å både feire sitt økte gjennomslag i norsk politikk, og samtidig skulle ta avstand fra følgene av den samme politikken.

Les kommentaren «Påvirkningsbransjen» på Psykologtidsskriftet.no

Går av: – Jeg håpet i det lengste at landsmøtet ville staket ut en bredere kurs enn det Håkon Skard la opp til i sin valgkamp, skriver tidligere visepresident Heidi Tessand. Hun trekker seg fordi hun er uenig i det retningsvalget medlemmene ønsker seg, og sier at hun ikke lenger kan forsvare å delta i denne «regjeringen».

Les hele innlegget og intervjuet med Heidi Tessand på Psykologtidsskriftets nettsider.

Demokratiproblem? Landsmøtet i Sandefjord avdekket trekk ved Psykologforeningens organisering og kultur det er lite grunn til være stolt over, mener Ingrid Stjernen Tisløv og Jørgen Flor, begge styremedlemmer Oslo lokalavdeling. De er bekymret for at Psykologforeningens lover, normer og kultur i for liten grad sikrer reell deltakelse blant medlemmene. De oppfordrer det nye sentralstyret til å ta inn over seg foreningens utfordringer og ta på alvor behovet for en ekstern gjennomgang av foreningens organisasjonsstruktur. Visepresident Rune Frøyland peker i et tilsvarende på at han tar det for gitt at vedtaket om å forkaste kravet om ekstern utredning uttrykker flertallets syn i landsmøtesalen, men legger til: «Selv om «ekstern utredning» og «ansvarsforhold og maktforhold» ikke ble vedtatt av Landsmøtet, kan, og vil, foreningens sentralstyre vurdere dette nærmere.»

Les innlegget «Psykologforeningen har et demokratisk problem» og Rune Frøylands tilsvarende på Psykologtidsskriftet.no

**MER DEBATT PÅ NETT:**

Uten rettigheter: Papirløse migranter har ingen rettigheter her i landet. Dette setter den psykiske helsen på spill og er en oppskrift på totalt utenforskap. «Måten vi behandler denne gruppen mennesker på, er med andre ord helt fullstendig i strid med all psykologisk kunnskap» skriver Heidi Wittrup Djup og Karl Eldar Evang.

Innlegget «I strid med psykologisk kunnskap» kan du lese på Psykologtidsskriftet.no

Kjønnsinkongruen: Dei nye retningslinjene for behandling av kjønnsinkongruens, som er sendt til høyring frå Helse- direktoratet, kan få alvorlege konsekvensar for mange barn og unge, meiner Marit Johanne Brusset, som er privatpraktiserande psykologspesialist. Ho skriv at det er store svakheiter i kunnskapsgrunnlaget både når det gjeld å forstå årsakane til den eksplosjonsarta forekomsten av kjønnsinkongruens, og når det gjeld å velje den beste behandlingstilnærminga.

Les «Har krav på kvalitetssikra behandling» på våre nettsider.

Inntrykk

Bokessay, anmeldelser og forfatterintervjuer



FOTO: FARM SECURITY ADMINISTRATION / LIBRARY OF CONGRESS



”

Judy Gammelgaard skriver med kontinental intellektuell bredde og dybde om Freud, erindring og sorgarbeid

*Les bokessayet til
Henrik Kamphus på de neste sidene*

«Fag omsettes til praktisk kunnskap, på en søtladen, men kraftfull og effektiv måte.»

Annicken Martinez-Aasen om Hedvig Montgomerys bøker om oppdragelse (s. 62).

Har du lyst til å anmelde i Psykologtidsskriftet?

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

En vanlig bokanmeldelse er på 3-4000 tegn.

Opplys om det foreligger mulige interessekonflikter i vurderingen av en bok.

Send forespørsel på e-post til ida.holth@psykologtidsskriftet.no.

Lys og skygger fra de indre objekter

Noen ganger gjør det vondt å huske.

TEKST

Henrik Kamphus,
psykologspesialist,
kandidat ved Norsk
psykoanalytisk institutt

Hva skjer om en snur og vender på steinene inni seg? De som ligger der som minner. Finner en bare tomrom og mørke? Eller rommer de grønt gress, marihøner og solfylte varme somre med mor og far ved et naust ut mot havet? Å erindre og å få hjelp til å erindre sammen med en annen er avgjørende i psykoterapi. Samtale- eller psykoterapi med både voksne og barn kan åpne for smertefulle savn, lengsler og sorg, som en nokså uvillig går inn i. Det kan vekke motstridende følelser å huske, og kanskje være overveldende å kjenne hvordan fortiden er med i det nåtidige, hvordan erindringen fortsatt sitter i kroppen og i følelsene. Kanskje får en tak i den dype takknemligheten over kjærligheten og omsorgen en fikk. Eller redselen i det å kjenne seg forlatt og alene, overveldet og i angst. Erindringer kan fortsette å bo i personligheten, og ikke alltid være oppe i dagen. Freud tenkte at dess større motstanden er mot å minnes, huske og erindre, jo mer vil en ubevisst agere ut minnene og minnesporene.

[...] pasienten husker jo ikke noe av minnene som er glemt eller fortrent, men handler eller agerer de ut. Hva han gjenskaper er ikke

et minne, men en handling; han gjentar det, uten selvfølgelig selv å vite at han gjentar det (Freud, 1914, s. 150).

Hva er en erindring? Hva glemmer vi, og hvorfor glemmer vi akkurat det vi glemmer?

Erindringer minner oss om at livet er forgjengelig. Tiden som går. Judy Gammelgaard reflekterer over disse temaene i boken *Efter Freud. Erindringsforstyrrelser og andre normale mærkværdigheter* fra 2018. Psykoanalytikerens Gammelgaard, nå lektor emeritus ved Københavns universitet, skriver med en kontinental intellektuell bredde og dybde om et utvalg av Freuds tekster, noen av dem mindre kjente. Boken fremhever særlig Freuds interesse for normale og hverdagslige fenomener i utviklingen av hans psykologiske teorier.

De kritiske refleksjonene i boken handler mye om det ubevisste, psykoanalysens kanskje mest grunnleggende og radikale begrep. For å forstå det ubevisste og det ubevisstes uttrykk henvendte Freud seg ikke bare til studiet av mennesker og psykiske lidelser, men benyttet kunst, filosofi og litteratur til å illustrere ubevisste fenomener. Dette er også et grep Gammelgaard benytter seg av i boken, som grovt sett handler om tre temaer – erindring, sorg



og gjentakelse. Kapittelet om forgjengelighet er utgangspunktet for denne teksten.

UFORLØST SORG

Psykoterapi er ikke bare å minnes den selvbiografiske delen av minnet, det som en bevisst klarer å trekke frem, men innebærer også å arbeide med det kroppslige minnet. Dette minnet sitter i karakteren og den prosedurale hukommelsen, og har følelser og stemninger knyttet til seg. Denne delen av hukommelsen, som utgjør en vesentlig del av personligheten, leves i større grad ut, i ekteskap og andre nære relasjoner, i overføringen til terapeuten, eller i miljøet ved en sykehusavdeling, i form av split-

ting-prosesser og proaktiv identifikasjon. Men uforløst sorg kan også ligge som ubevisst motiv bak diktning og annen skapende aktivitet.

Gammelgaard trekker frem et kort og, ifølge henne, poetisk essay av Freud, om en samtale han har med en ung dikter, senere identifisert som Rainer Maria Rilke, og hans venn og elskerinne og senere psykoanalytiker Lou Andreas Salomé. Rilke er hjemsoekt av tristhet og klarer ikke å «frigjøre seg fra tanken om, at al denne blomstrende skjønnhet ville være forsvundet med vinteren, ligesom al menneskelig skjønnhet og det skønne overhodet er forgængeligt og dømt til at visne og dø» (s. 19). Rilke er altså både redd og melankolsk, eller *depressiv*, med et nåtidig begrep.

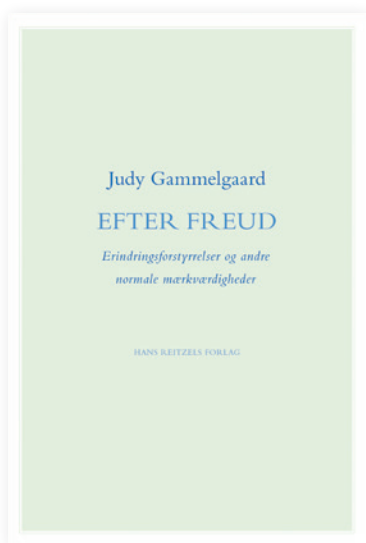
SKYGGER FRA FORTIDEN

Samtaletterapi kan åpne for smertefulle savn, lengsler og sorg, som en nokså uvillig går inn i, skriver Henrik Kamphus. Foto: Toni Frisell (1944) / Library of Congress



”

Et dyptgripende sorgarbeid uteblir, men de gjenfinner i sin kunst det som han eller hun har mistet



JUDY GAMMELGAARD, *Efter Freud*
– *Erindringsforstyrrelser og andre normale mærkverdigheder*, Hans Reitzels Forlag, 2018, 223 sider.

Freud undrer seg i ettertid over hva det er som gjør at Rilke har slike kvaler med det forgjengelige, og tenker seg at den unge dikteren er av den type menneske som henfaller til smertefullt vemod. I samtalen med Rilke forsøker Freud å liksom overbevise ham – suggestivt og rasjonelt – til å se annerledes og lystigere på det. Freud henvender seg til den fornuftige og intellektuelle delen av Rilke. Men det hjelper ikke med overtalelse for å endre Rilkes holdning, tankegang og følelser.

Freud slipper ikke taket i møtet med Rilke og Salomé, men funderer i teksten – som han skrev omtrent to år etter møtet – over hva det er ved Rilkes tilstand som gjør ham melankolsk. Han kommer frem til at Rilke lider av en manglende evne til å gjennomføre et sorgarbeid. Livet hans består av angst og depresjoner og en sorg over å ha vært et erstatningsbarn. Han vokste opp i kjølvannet av lillesøsterens død ett år tidligere, og erfarte å ikke bli møtt på egne behov. Snarere ble han behandlet som en liten pike, særlig av sin egen mor. Han ble til trøst for sine foreldre over deres tap av Rilkes eldre søster. Senere var det umulig for Rilke selv å glede seg over det skjønne og vakre på grunn av hans manglende evne til å frigjøre seg fra eller helt forsone seg med – sørge over – sine egne mangelfulle erfaringer som liten. «Ude av trit med verden befandt han sig i en vedvarende exit-tilstand» (s. 27). Tilbakevendende depresjoner og kriser kjennetegnet livet hans.

Om personer med Rilkes tilbøyeligheter skriver Freud: «Det som ødela deres nytelse av skjønnhet, må ha vært deres opprør i deres sinn mot sorg» (Freud, 1915, s. 306, min oversettelse). Et dyptgripende sorgarbeid uteblir, men de gjenfinner i sin kunst det som han eller hun har mistet. Ved å holde sorgen på avstand løp Rilke fra alle relasjoner og søkte tilflukt i poesien, som ble en midlertidig beskyttelse mot kravene fra det virkelige liv.

Rilke ønsket ikke å begynne i analyse. Han var – som Virginia Wolf – redd for at behandlingen skulle ramme hans kreative evner. For han *klarte* å lage stor kunst og litteratur av sine opplevelser. På den annen side; forfatterskapet hans synes dermed delvis drevet frem av underliggende og ubevisste motivasjoner og krefter.

SORGARBEID

Hva innebærer så et sorgarbeid? Generelt kunne en si at det dreier seg om å stå i og å bearbeide tapet av et eller flere kjærlighets- eller tilkynningsobjekter. Freuds begrep om kateksering – altså den emosjonelle ladning av mennesker og objekter – kan tjene som eksempel. Menneskets medfødte kjærlighetsevne gjør at en utfoldes, modnes og lades i relasjonen til andre mennesker, men så når forholdet går i stykker, trekkes med tiden de kjærlige følelsene tilbake. Siden kan følelsene overføres på andre mennesker, eller investeres i skapende aktivitet.

Hva skiller så et psykoanalytisk sorgarbeid fra et kunstnerisk prosjekt, for eksempel et romanverk basert på å skrive ut fortiden «som den var»? Det er nok mange overlappende prosesser, men den psykoanalytiske rammen er en viktig forskjell. Rammen gir forutsigbarhet og trygghet i analysen av overføring, drømmer og motstand. Psykoanalyse er også det pågående og nesten daglige arbeidet med å sette ord på og bearbeide smertefulle følelser og sårbarhet. Og ikke minst skiller to-personersperspektivet psykoanalysen fra et kunstnerisk sorgarbeid: To må man være for å danse tango!

Gammelgaard tar for seg Marcel Prousts hovedverk *På sporet av den tapte tid* for å belyse den turbulensen i følelseslivet som sorgarbeid kan

føre med seg. Tittelen på Prousts hovedverk er talende: Du får ikke fortiden tilbake! Det for-gangne er tapt. Borte. Allikevel – og som titte-len antyder – en kan komme på sporet av det. Gjennom minnene og erindringene. De er til stede i oss, om enn annerledes enn slik forti-den «faktisk» forløp. Erindringene, følelsene, stemningene er fortolket og omfortolket, skapt på ny, opplevd på ny, liksom en psykoanalyse eller inngående og dyptgripende psykoterapi gjensker det fortidige her-og-nå i overførin-gen. Et psykoanalytisk sorgarbeid innebærer å tåle egen utilstrekkelighet fremfor å være selv-forsynt og narsissistisk. Slippe til de fortrenge-te minnene fra barndommen eller savnet av den en selv var, eller de en har mistet. Savne det som var godt. Å gjøre dette – i etterkant – vil innebære å gjensker noe av det som var, om enn forandret. Og det kan gjøre vondt. Det *må* gjøre vondt. Eller i Karin Boyes ord: «Ja visst gör det ont när knoppar brister, ont för det som växer och det som stänger» (Boye, 1935). Ville det ikke bare være bedre å holde seg på den vante sti? Ikke utforske de indre tildragelser, det indre dyp, holde nattens stemninger ute og holde seg til fornuftens klare stemme, å slippe å være redd. Med den tekniske fornuft heller dele verden inn i røde og grønne tanker, holde de røde unna, omfavne de grønne?

Gammelgaard fremholder hvordan sorgar-beidet som kroppsliggjort erfaring – i kunsten eller i psykoterapi – ikke bare er lindring av sor-gen, men noe som kan gjøre oss rikere. Proust lar sin forteller gjennomleve de endringer i følel-seslivet som minnene vekker, og denne erin-dringsprosessen blir selve drivkraften til hans skapende virksomhet. Men det er krevende å forholde seg aktivt og levende til de mennes-kelige eksistensielle grunnvilkårene. Vi er sår-bare, relasjoner er sårbare, verden er forgjen-gelig, verdens ressurser er ikke uendelige, vi er dødelige, vi er ensomme. Proust ønsker ikke å la seg bedøve – av vanen, eller tiden som liksom senker et beroligende slør over opplevelsen – i stedet gjør han den spontant opplevde smerten i å huske til det som hans verk skrives ut ifra.

DE DØDE LEVER I OSS

Gammelgaard skaper en forbindelse mellom Prousts metode og motiv for skrivingen og Freuds tanker om sorgen og sorgarbeidet. Fordi de døde kun lever i oss, skriver Proust, er det oss selv vi rammer når vi erindrer de slag vi har

påført dem. Freud har uttalt at i et mislykket sorgarbeid, der en ikke får sørget tapet av den døde tilstrekkelig, og dermed ikke får tatt tilbake den emosjonelle investeringen i den døde, vil en i stedet – for å døyve eller utholde smerten – internalisere den døde, som ved et «hallusina-torisk psykotisk ønske» (min oversettelse, Freud, 1917, s. 244). Man vil slå og kjempe mot den døde – og dermed seg selv – i seg selv. Den som er fast-låst i sorgen, vil kjempe med savn, raseri og svik knyttet til de internaliserte objektene fremfor å leve ut konfliktene med et reelt ytre objekt.

Hvor mange ganger har jeg ikke i forundring og avmakt over alvorlig selvskadende pasienter fått hjelp av Freuds innsikter om sorg og melan-koli! Sårene, kuttene, rusen og volden blir lik-som legemliggjort og mer forståelig gjennom Freuds gryende objektrelasjonsteoretiske – og snart hundre år gamle – innsikter. *Noen* ram-mes på den indre scenen når det ubearbejdet tapet ikke er sørget, men det tapte, den mistede, den elskede, er tatt inn i subjektet og beholdt der. Når tapet ikke lar seg sørge, når atskillel-sen ikke blir fullbyrdet på det psykologiske og ubevisste plan, vil dette, skriver Freud i samme artikkel, gi seg utslag i blant annet depresjon og selvforakt, samt andre kjennetegn ved den depressives atferd. Gammelgaard skriver:

Og når vi således bliver ved med at slå os selv, er det, fordi vi på denne måde kan fastholde relationen til det mistede og elskede objekt. Sorgarbejdet smertelige erfaring består i, at vi må gennemleve alle de følelser, der er knyttet til det elskede og tabte objekt, uden at vi kan finde trøst og tilgivelse hos det eneste objekt der kan give os det, men som ikke længere er i vores liv (s. 30).

KNAUSGÅRDS FORANDRING

Jeg kommer i tanker om Karl Ove Knausgårds litterære og biografiske mesterverk *Min kamp*. Dette veldige romanstykket er blant annet et omfattende og tekstlig sorgarbeid, der han for-søker å skrive sin historie så tett som han kla-erer opp til slik det opplevdes for ham, slik han husker det, uten omsvøp og så lite selvsensu-rerende som han makter. *Min Kamp* er altså en form for skriftlig psykoanalyse av seg selv, som minner om hvordan Freud benyttet sine drøm-mer i analysen av sitt eget ubevisste.

Noen utdrag fra et intervju med Knausgård i NRK i 2009, like før hans første bok i bokserien »



MINNET OM EN

ISKREM «Hva skjer om en snur og vender på steinene inni seg? De som ligger der som minner. Rrommer de grønt gress, mariehøner og solfylte varme somre med mor og far ved et naust ut mot havet?» spør Henrik Kamphus i dette bokessayet. Foto: John Vachon (1941) / Library of Congress

på til sammen seks bind ble sluppet, belyser hvordan han analyserer seg selv. Uttalelsen minner ganske mye om Gammelgaards tanker om sorgarbeidets mulige berikende erfaringer, men også smertepunkter:

Det er plagsomt, for jeg prøver å nå de emosjonelle punktene hvor det gjør vondt, for der er erfaringen, eller meningen så komprimert og så tett [...] det er ikke alltid jeg vet hva de består i, men jeg prøver å nærme meg dem. [...] Mitt forhold til min far, mitt bilde av min far, har dels endret seg før jeg begynte og dels endret seg mens jeg skrev. Så det finnes et rom av noe forsonende eller forstående eller noe som ikke er avvissende (Knausgård, 2009).

Knausgård setter ord på en endring som har skjedd i ham og hans syn på faren som følge av skrivingen. Hans selvforhold har mildnet.

Det som før kjentes som presserende og sterkt og plagsomt, har mistet noe av sin kraft. Det er som om katten er sluppet ut av sekken, og at det demoniske og skremmende indre bildet av hans egen far som har preget ham sterkt gjennom hele livet, også som godt voksen, blir bearbeidet. Han får fridd seg fra noen av de følelsesmessige indre kvalene ved denne vanskelige tilknytningen til faren. Erindringsarbeidet hjelper ham å se forholdet til faren på nye måter, og ikke bare som ubevisst gjentatte scenarier i hans våkne liv eller i hans drømmer, der han forfølges og plages av dette indre farsobjektet.

TAR TID

Erfaringer fra psykoterapirommet støtter Freuds betraktninger om hvordan minner leves eller handles ut og ikke nødvendigvis huskes bevisst eller blir satt ord på. Behandlings- og barnepsykoterapirommet føles der-

for ofte som et laboratorium for ubevisste krefter. I inngående psyko-terapi eller psykoanalyse med barn er det slående hvor sterke krefter i barnet som motsetter seg innsikt, forståelse og refleksjon. Det ubehagelige eller utålelige ved å være til stede i egen kropp og egne følelser sammen med terapeuten er ofte så vanskelig eller umulig at erfaringene i stedet ageres ut. Tegninger rives i stykker, barnet styrter ut på do når en tolkning treffer noe sårt eller vanskelig. Nitid og standhaftig benektelse av at ferie- og helgeavbrudd skulle ha noen betydning, eller at terapeuten overhodet skulle ha noen betydning: «Jeg trenger da ikke deg!» Å kjenne at man trenger noen; lengselen og aggresjonen det vekker, er ikke (ennå) til å holde ut.

Psykoanalytikerens Wilfred Bion skrev at en kjerneegenskap hos psykoanalytikerens var evnen til å åpne seg og lytte til pasientene og seg selv «uten hukommelse og begjær» (Bion, 1967). Et element i denne holdningen er den såkalte negative evnen – «negativ capability» – et begrep han hentet fra den engelske romantiske poeten John Keats: Å holde ut med å ikke vite til tross for den forvirring, usikkerhet og angst det kan vekke (Bion, 1970). En liknende erfaring eller holdning blir også avgjørende å erverve for pasienter i psykoterapeutisk behandling. For når fortrenningene av smertefulle erindringer brister, truer og utfordrer erindringene det nåværende selvbildet. Men skal en være sann mot sine mer barnlige og infantile sider, er det altså nødvendig med en hengiven, mottakelig og til dels passiv innstilling og holdning, der en åpner seg for ikke å ha kontroll og ikke riktig skjønne hva som vekkes i en, eller hva en kjenner på.

Min erfaring er – med unntak av pasienter i mer akutte kriser og aktive psykoser – at det er et langt stykke å gå for de fleste å bygge ned forsvar og motstand og å nå ned til sårbarhet og toleranse for mer infantile behov og følelser. For det gjør vondt å huske, og det gjør vondt å åpne seg. Samtidig minner Gammelgaard oss om hvordan verdenslitteraturens store diktere har brukt sorgen og erindringen til skapende arbeid, til å utvikle forståelse av selve livet, av følelsene og av inntrykene som en har her-og-nå, og som alltid er farget av et den-gang-da. Gammelgaards refleksjoner over Freuds tekster og innsikter inngir en respekt og ydmykhet overfor erindringens og fortrenningens kraft, og for den smerten som en forløsning av fortrenningene åpner for. Men også en ydmykhet og takknemlighet for den skapende kreative gleden som minneforløsningene gir. ✕

REFERANSER

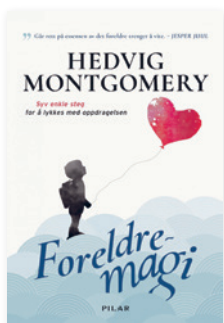
- Bion, W.R. (1967). *Notes on memory and desire*. The psychoanalytic Forum, Vol. 2, No. 3
- Bion, W.R. (1970). *Attention and interpretation*. London, Tavistock Publications.
- Boye, K. (2019). *Samlade dikter*. Mimer bokförlag.
- Freud, S. (1914). *Remembering, repeating and working through (Further recommendations on the technique of psycho-analysis II)*, S.E., 12.
- Freud, S. (1917). *Mourning and melancholia*, S.E., 14.
- Gammelgaard, J. (2018). *Efter Freud. Erindringsforstyrrelser og andre normale mærkværdigheder*. København. Hans Reitzels Forlag.
- Knausgård, K.O. (2009). *Karl Ove Knausgård i Bokprogrammet [Intervju]*. NRK. <https://www.nrk.no/video/159353>



En utfoldes,
modnes og lades
i relasjonen til
andre mennesker

Litt magisk

Hedvig Montgomerys bøker om oppdragelse er lette å lese, men står tungt i faget.



HEDVIG MONTGOMERY,

Foreldremagi, Miraklenes tid (0–2 år), Barnehageårene (2–6 år) og Barneskoleårene (6–13 år), Pilar, 2018–2019.

ANMELDT AV

Annicken Martinez-Aasen, spesialist i barne- og ungdomspsykologi, prosjektleder i Helseetaten i Oslo kommune

HEDVIG MONTGOMERY var den første psykologen jeg hørte om som jobbet med reality-tv. Den gangen, for 20 år siden, lurte jeg på hvem hun var, og om psykologer kunne holde på med den slags. I dag lurer ingen lenger på hvem hun er, og diskusjonen handler nå om *ekte* terapi kan vises på tv eller ikke.

Forfatterskapet hennes går inn i rekken av andre faglig sterke forfattere som formidler psykologisk kunnskap på en anvendbar og tilgjengelig måte. Jeg liker det! For la oss være ærlige, de fleste av oss sitter igjen med mer kompetanse etter å ha lest en god sakprosa-bok enn etter å ha lest en tørr lærebok. I alle fall er det mye mer sannsynlig at man leser en popularisert fagbok helt ferdig.

Foreldremagibøkene utgjør en serie på fem. Så langt har hun kommet med fire av bøkene, som alle tar for seg hvordan du kan være en god forelder: *Miraklenes tid (0–2 år)*, *Barnehageårene (2–6 år)*, *Foreldremagi* og *Barneskoleårene (6–13 år)*. De fire bøkene lover syv enkle steg for å lykkes med oppdragelsen i en gitt alder. *Foreldremagi* er en oppsummering av hovedtemaene og tar kortfattet for seg hvert alderstrinn.

HENDIG FORMAT, SØTE TEGNINGER

Foreldremagibøkene kommer i hendig A5-format, og er på rundt overkommelige 250 sider. Designet med tekstbokser og tegninger gjør at man lett kommer videre i lesningen.

Når det er sagt, så er det illustrasjonene jeg liker minst ved serien. De minner om tegninger i dameblader rettet mot oss som har bikka førti. Forsiden er av en eller annen grunn inspirert av Banksy. Illustrasjonene i pastell gir en følelse av å lese om barn, så hensikten er nok god, men det blir litt for søtladent. Jeg vet at en pappa som har lest boka, syntes språket var litt for klissete.

Jeg kan forstå hva han mener, men mistenker faktisk at det er illustrasjonene som blir for tydelige og forsterker det søtladne inntrykket.

Bøkene er lettlesete. De er ført i pennen av Eivind Sæther, en prisvinnende journalist, og utover at de er svært godt skrevet, tror jeg det særlig er tre ting som gjør dem så populære: faglig tyngde, bredt tilfang av praktiske eksempler og tydelige råd som faktisk er gjennomførbare.

FAG TIL FOLKET

Uten referanser eller bruk av ekskluderende fagsjargong baker Montgomery inn kunnskap fra tilknytningsteori, familieterapi, det emosjonsfokuserede fagfeltet og utviklingspsykologi på en elegant og snedig måte. Gjennom hele serien skinner psykologifaget gjennom. Hun har et enormt tilfang av alderstilpassede eksempler man som forelder kjenner seg igjen i umiddelbart. Denne kombinasjonen gjør henne unik som fagformidler. Uten at det nevnes eksplisitt, lærer man fagkunnskap om blant annet temperament, personlighet, tilstandsavhengig fungering (ja, både barn og voksne blir mindre samarbeidsvillige av å være f.eks. sultne og trøtte), utviklingspsykologi, emosjonsregulering (for både barn og voksne), grunnprinsippene i «circle of security», tilknytningsteori, samspillskompetanse og konflikthåndtering. Alt man som forelder kan ha glede av å kunne noe om.

Bøkene definitive styrke er tilfanget av gjenkjennelige eksempler fra virkeligheten. Det er slående hvor godt hun kjenner barns verden og utviklingsnivå på et gitt alderstrinn. Som småbarnsforelder selv beskriver hun kunnskap jeg nå besitter fordi jeg selv har en treåring, men som jeg vet vil blekne for meg når mitt eget barn har blitt fem.

Rådene hun kommer med, er anvendbare og praktiske. Det er tydelig at hun har mange års erfaring i å veilede foreldre. Der hvor en del foreldreveiledningsverktøy er vanskelige å omsette i praksis, gjør Montgomery dette for deg i bøkene. En forelder kan ta opp boka, lese den, og møte barnet sitt på en annen måte etterpå. Rådene hun gir, er alltid formidlet med kunnskap og forståelse for barns behov og utvikling, og for voksnes tidvise strev. Det er ikke alltid like lett å være forelder, det vet hun, og det formidler hun godt. Hun klarer å være direkte i hva vi voksne bør gjøre og ikke, samtidig som hun med rausket gjennomgående formidler forståelse for at det kan være vanskelig og frustrerende å være forelder.

BÅNDET ER DET VIKTIGSTE

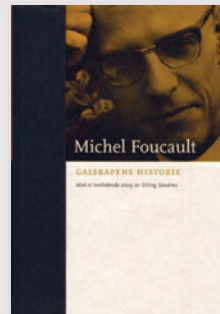
Montgomerys viktigste budskap er at perfekte foreldre ikke finnes, og at det meste går bra, så lenge du bevarer det emosjonelle båndet mellom deg og barnet eller ungdommen din:

Det kommer innimellom til å kreve mer enn du aner, men det fineste ved alt sammen er dette: Bli du en bedre forelder, blir du også et bedre menneske. Det er med andre ord verdt innsatsen. Og alt dette starter altså med at du prøver å bevare båndet mellom dere. Det skal vare livet ut, så det må du verne om. Det er ditt livs viktigste oppgave (*Foreldremagi*, s. 10).

Hun formidler respekt for barnets egenverdi – og for barndommen, og ikke bare som en transportetappe til det å bli voksen. Du skal lede barnet ditt, men på en god måte. Hun tar avstand fra både kjæft og straff. Barn er ikke manipulative, slemme, utspekulerte. Men de kan bli sinte, frustrerte og fortvilede, og har få verktøy for å håndtere sterke følelser og situasjoner. Det er vi som må gi dem verktøyene, men vi trenger å besitte dem selv. Det er kjent stoff, men godt og tydelig skrevet. Alle som har barn selv, eller som møter foreldre og barn i jobben, vil kunne ha glede og nytte av å lese bøkene. Fag omsettes til praktisk kunnskap, på en søtladen, men kraftfull og effektiv måte.

Hver gang jeg leser i bøkene hennes, gleder jeg meg alltid ekstra mye til å være sammen med barna mine igjen. Hvis ikke det er litt magisk, så vet ikke jeg. ❌

KLASSIKEREN



Et historisk vindu til vår forståelsen av samtiden.

Michel Foucault: *Galskapens historie* (1961)

Som psykologistudent søkte jeg historien bak vår forståelse av mental helse. *Galskapens historie* ble et viktig holdepunkt for meg gjennom studiet. Siden den gang har Foucault vært mitt reisefølge gjennom det terapeutiske landskapet.

Foucaults dyptgripende diskurs maler et bilde av fortellingene bak begreper som «mental lidelse» og «psykisk sykdom». Boken er en historisk analyse av det europeiske samfunnets møte med og behandling av mentale plager.

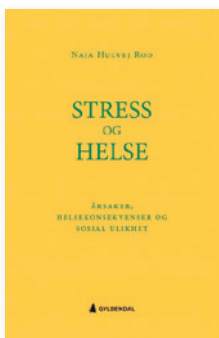
Fra å vandre fritt rundt i middelalderen ble individer som ble ansett som mentalt annerledes fra majoriteten, sperret inne. «Den store innesperringen» var en forlengelse av måten myndighetene tidligere hadde sperret inne spedalske på. Bygninger, såkalte leprosarium, stod tomme etter nedgangen av spedalskhet i Europa. Fasilitetenes tidligere beboere var altså sykdomsbærere, og individer med mentale problemer ble dermed assosiert med ideer om sykdom, skriver Foucault. Videre skildrer han hvordan leprosariumene ble benyttet til å sperre inne ytterligere grupper, som kriminelle og arbeidsledige, i et forsøk fra styresmaktene på å fremme et inntrykk av ideelle og problemfrie samfunn. Med sine sosialkonstruktivistiske briller reflekterer Foucault over effekten denne heterogene sammensetningen har hatt på vår forståelse av mental helse, med tilhørende konseptuelle assosiasjoner som til dels har vedvart til i dag.

Foucaults tankegods er viktig i forståelsen av hvordan samfunnet bidrar i konstruksjon av dialektikken mellom det «friske» og det «patologiske». *Galskapens historie* viser den mørke siden av behandlingen av mentale plager opp gjennom historien. Men aller viktigst oppfordres vi til å se etter lignende uheldige paralleller i vår egen samtid. Foucault benyttet aldri begrepet historie selv, men snakket heller om arkeologiske undersøkelser. Han ønsket slik å distansere seg fra de implisitte assosiasjonene til progresjon som følger med begrepet «historie», som til dels kan skygge for samtidens utfordringer.

Omid Ebrahimi, dobbelkompetansestipendiat ved UiO og psykolog ved IPR, utfordrer Henrik Berg ved Senter for vitenskapsteori ved UiB til å ta stafettpinnen videre.

En maraton om stress og helse

Naja Hulvej Rod går samvittighetsfullt til verks når hun belyser sammenhengen mellom stress og helse. Men når alt skal med, rammes leselysten.



NAJA HULVEJ ROD,
Stress og helse. Årsaker, helsekonsekvenser og sosial ulikhet. Oversatt av Mette-Cathrine Jahr. Gyldendal, 2019, 180 sider.

KAN MAN BLISYK av stress? De fleste vil trolig umiddelbart svare ja. Forskningen er i midlertidig ikke entydig. Etter å ha lest denne boken lander jeg på et «tja, det kommer an på».

I boken *Stress og helse* beskriver forfatteren Naja Hulvej Rod sammenhengen mellom stress og sykdom. Grunnlaget for boken er hennes egen medisinske doktoravhandling *Stress and health*, som hun forsvarte i 2014. Avhandlingen bygger dels på egne undersøkelser og dels på den svært omfattende forskningslitteraturen som foreligger.

Forfatteren «snur hver stein» i en noe summarisk gjennomgang av ulike studier, og får dermed frem usikkerheten rundt de mange hypotesene om sammenhengen mellom stress og helse. Noe entydig svar får man ikke. Uklarheten henger antageligvis delvis sammen med at fagmiljøet ikke er enige om hvordan stress skal defineres. Ytre faktorer, samspill mellom individet og miljøet og de fysiologiske reaksjonene vektlegges forskjellig i de ulike forskningstradisjonene, noe forfatteren får klart frem innledningsvis i boken.

Boken er i første rekke en samvittighetsfull gjennomgang av et utvalg litteratur på et svært omfattende felt. Den er informativ hvis man leser for å se sammenhenger. På den annen side kan den oppleves som oppramsende, nettopp fordi forfatteren har ambisjoner om å rekke innom mange temaer. Følgelig har hun fylt på med mer stoff enn kanskje nødvendig for å skrive en engasjerende bok om stress og helse.

SEBRAEN OG MENNESKET

Boken er delt inn i 12 kapitler. Her presenterer forfatteren en gjennomgang av stressets fysiologi, og ser deretter stress i sammenheng med sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes, brystkreft, nevrogenerative syk-

dommer som Alzheimers sykdom og Parkinson, immunsystemet og allergiske sykdommer. Hun belyser mulige sammenhenger mellom stress og dødelighet, stress og sosiale ulikheter, og avslutter med et kapittel om forebygging og behandling. Forfatteren er grundig og kan utvilsomt sitt fagområde, men som leser får jeg inntrykk av at hun har det travelt når hun feier gjennom forskningslitteraturen.

I kapittelet om stressets fysiologi illustrerer forfatteren, ved hjelp av et møte mellom en sebra og en løve, forskjellen mellom dyrs hensiktsmessige respons på stress og menneskers mindre hensiktsmessige responser. I verste fall fører uhensiktsmessig stress til sykdom og død. Sebraen har nytte av en stressreaksjon som gir kroppen beskjed om å flykte. I tillegg gir stresshormonene kroppen beskjed om å nedregulere alle langtidsprosjekter, som fordøyelse og reproduksjon, mens det står på. Ingen grunn til å bruke energi på noe annet enn å overleve akkurat der og da. Overlever sebraen, senkes nivået på stresshormoner umiddelbart, og tiden er kommet for å restituere seg og bygge seg opp. Til neste umiddelbare fare melder seg. For oss mennesker kan derimot den samme fysiologiske endringen, i form av høyere blodtrykk, økt glukose i blodet, redusert produksjon av kjønnshormoner og nedsatt fordøyelse, øke risikoen for kroniske sykdommer.

Forklaringen ligger i at mennesker kan sette i gang og opprettholde stresssystemet ved hjelp av tanker, bekymringer og sosiale forhold, altså en form for «falsk alarm» som belaster unødig og langvarig. Kroppen restitueres ikke nødvendigvis av seg selv etter å ha blitt utsatt for stressorer. Mennesket «prioriterer» rett og slett ikke på samme hensiktsmessige måte som dyr. Så lever vi også mer kompliserte liv, vi blir påvirket av et utall faktorer i våre nyanserte, sam-

ANMELDT AV

Aase Prøitz,
psykologspesialist
i privatpraksis

STRESS SOM EN SEBRA Sebraen har nytte av en stressreaksjon som gir kroppen beskjed om å flykte. For oss mennesker kan den samme fysiologiske endringen være skadelig, ifølge forfatteren Naja Hulvej Rod. Foto: Matthieu Gallet / Shutterstock / NTB scanpix



mensatte og sosiale liv sammenlignet med sebraens møter med enkeltstående og fort glemte ekstremfarer.

De sprikende forskningsresultatene om sammenhengen mellom stress og helse kan dermed forstås i lys av at det er et utall av indre fysiologiske og psykologiske faktorer på den ene side og ytre faktorer på den andre, i kombinasjon over tid, som kan føre til sykdommer. Hulvej Rod er innom belastninger i barndommen, stress i forbindelse med arbeidsliv, familieliv, søvnproblemer, kriser og katastrofer. Noe av forskningen peker også på ulikheter mellom kvinners og menns reaksjoner på stress. Hun konkluderer ikke overraskende med at det er behov for mer forskning.

STRUKTURELT BETINGET STRESS

I det siste kapitlet, om forebygging og behandling, tar den danske forfatteren utgangspunkt i danske forhold. Det er ikke grunn til å tro at dette temaet behandles veldig forskjellig i Norge. Forfatteren påpeker at stress vanligvis oppfattes og behandles som et individuelt problem, mens det er begrenset oppmerksomhet rettet mot de strukturelle rammene for å utføre en jobb. Hun har da også i tidligere kapitler løftet frem det forskningen kan si om sammenhengen mellom arbeidsrelatert stress, opplevd mening, høye krav og lav kontroll over egen arbeidssituasjon – en stadig økende problemstilling også i norsk arbeidsliv, i takt med økende turtall, nedskjæringer, omorganiseringer og nidkjær kontroll av oppgaver som oppleves som meningsløse.

Boken gir et overblikk over sammenhenger mellom stress og helse. Det er vel og bra. Men det hadde vært enda mer nyttig for klinikerne om forfatteren hadde kostet på seg noen refleksjoner over forebygging og behandling, all den stund stress synes å ha en sentral rolle i utvikling av både fysisk og mental uhelse. ❌

”

Som leser får jeg inntrykk av at hun har det travelt når hun feier gjennom forskningslitteraturen

MINNEORD

BJØRN KILLINGMO

1927–2019

PROFESSOR EMERITUS BJØRN Killingmo sovnet stille inn søndag 17. november, nær 93 år gammel. Bjørn tilhørte første generasjon av kliniske psykologer i Norge, utdannet etter andre verdenskrig, som på 1950-tallet entret de psykiatriske institusjonene – inntil da totalt dominert av leger. Bjørn var visst den første psykolog ved Vinderen psykiatriske klinikk, der den mektige Gabriel Langfeldt regjerte. En episode fra hverdagen i klinikken kan tjene til å illustrere Bjørns virke der:¹

En dag ble en 15-årig kvinne lagt inn som pasient. Bakgrunnen var at hun i det siste året hadde trukket seg tilbake og så å si ikke snakket. Pasienten ble, slik skikken var, brakt opp på biblioteket der 10 herrer i hvit frakk var benket rundt det store mahognybordet. Pasienten, som var i slåbrok, ble plassert i et hjørne av rommet på en lav stol. Professor Langfeldt tar brillene av, snur seg mot pasienten og sier med kraftig røst: «Jaha, så de har altså trukket dem tilbake og ikke snakket med andre på lang tid?» Ikke et ord fra den unge kvinnen. Professoren snur seg mot kollegene og sier: «Ja, mine herrer, dette er et typisk tilfelle av hebefreni (en alvorlig form for psykose)». Alle nikket. Da var det den nyansatte psykologen brøt tausheten: «Det må vel også tas i betraktning at det ikke er så greit for en ung pike fra Kvinesdal å bli eksaminert på denne måten – det er ikke så rart at man blir *trusselorientert*, og at det ikke er så lett å være *målorientert*». Den unge kliniske psykologen hentet frem to begreper fra sosialpsykologien. Det som så skjedde kan sammenliknes med Berlinmurens fall. Langfeldt tok brillene av seg og slo ut med hånden: «Jeg tror vi må merke oss psykologens ord her. Det er ikke så lett å være målorientert». Resultatet var at den unge piken ble utskre-

.....

1. Episoden er gjengitt – med tillatelse fra Bjørn Killingmo – i Gullestad (2014). Psykologi – et samfunnsvitenskapelig fag? I: R. Kalleberg, red. *Kritisk samfunnsvitenskap – den gang og nå*. Oslo: Universitetet i Oslo: 89–96.

vet noen dager senere med diagnosen pubertetskrise og sjenanse.

Bjørn omtaler Langfeldt med stor respekt når han forteller denne historien. Episoden viser oss hvilken tyngde og autoritet Bjørn må ha hatt, allerede som ung psykolog.

Etter Vinderen fulgte universitetet. I egen-skap av å være universitetslærer fra 1958 og frem til sin avgang i 1997 preget Bjørn utallige årskull av psykologer. Gjennom sitt virke som lærer, lærebokforfatter, forsker og veileder – også etter at han ble pensjonist – har han hatt en enestående stilling i det klinisk-psykologiske fagfeltet i Norge, og også i Norden – Bjørn hadde gjennom mange år superviseringsgrupper i Danmark så vel som i Sverige. Høyt skattet, med en uvanlig tankekraft og klarhet – en fremragende veileder og læremester.

På Psykologisk institutt var Bjørn en hoveddrivkraft bak etableringen av såkalte *internklinikker*: Opplæring som terapeut med mulighet for å ha pasienter i terapi under intensiv veiledning, tilkoplete teorikurs som siktet mot en integrasjon av teori og praksis, skulle være en integrert del av profesjonsstudiet i psykologi. Klinikken skulle være helt og holdent psykologdrevet, ikke basert på medisinsk sykdomsmodell, men tvert om med forankring i psykologifaglig forståelse av personlighet, utvikling



FOTOARKIV

og patologi. Klinik for dynamisk psykoterapi, som Bjørn ledet i en årrekke, var hans hjertebarn. Utallige norske psykologer har fått sin avgjørende formative dannelse som psykolog ved denne klinikken. Bjørn var en elsket lærer og veileder.

Bjørn var psykoanalytiker og søkte, i tradisjonen fra Harald Schjelderup, å forankre psykoanalysen som en del av generell psykologisk vitenskap, i den akademiske tradisjon. En hovedtanke var at den psykoanalytiske metoden utfylte sider ved menneskets personlighet som andre metoder ikke klarte å innfange. En dobbel epistemologisk posisjon: i forpliktende dialog med andre fagdisipliner, men samtidig med erkjennelse av det spesifikke psykoanalytiske bidrag. Bjørn hadde en spesiell begavelse for det dybdepsykologiske feltet: en intuitiv forståelse av symboler og de ubevisste, arkaiske lag av menneskesinnet. Det vet alle som har opplevd Bjørn tolke en Rorschach – han var en mester der – samtidig med en skarp sans for hvordan subtile forsvarsmønstre er nedfelt i språkets og karakterens form. Sjelens dynamikk og struktur, slik det uttrykkes i boken *Rorschachmetode og psykoterapi* fra 1980 – et hovedverk.

Forfatterskapet representerer betydningsfulle og nyskapende bidrag til det psykoanalytiske forskningsfeltet. Artikler fra senere år,

«Conflict and deficit» (1989), «Beyond semantics» (1991), «Affirmation» (1995), «A plea for affirmation. Relating to unmentalised affects» (2006), representerer betydelige bidrag i internasjonal psykoanalytisk diskusjon. Formulering av *mangel* og *konflikt* som organiserende dimensjoner i forståelsen av klinisk materiale, og av *bekreftelse* som en form for intervensjon som validerer subjektiv opplevelse, er et hovedbidrag. Et langt samarbeid mellom Bjørn og meg resulterte i boken *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis* (2005/ 2013) – et verk som søker å integrere objektrelasjonsteori og strukturtenkning i en posisjon vi kaller *relasjonsorientert karakteranalyse*. En nøkkeltanke er at pasientens væremåte rommer undertekster med relasjonelle «budskap» uttrykt gjennom dialogens *form* – i intonasjon, mimikk og kroppsspråk. Boken tar leseren inn i terapirommet, inn i dialogen mellom pasient og terapeut, med henblikk på begrepslegging av den endrende dialogens mikroprosesser. At boken nylig kom i engelsk oversettelse, utgitt på Routledge under tittelen *The theory and practice of psychoanalytic therapy. Listening for the subtext*, var en enorm glede for Bjørn.

Bjørn var også terapeut. Han hadde en utrolig evne til å lytte og romme den andres lidelse – det ordløse savnet, det sårbare barnet vi alle bærer på. Et ubetinget nærvær i dialogen med den andre – han evnet å skape «Den åpne samtalen» (en liten perle av en artikkel fra 1999) som gjør det mulig for den andre å komme frem uten forstillelse og skam. Han var et menneske med stor varme og klokskap, og samtidig med evne til direkte tale der det trengtes. Vi er mange som føler taknemlighet over det Bjørn har gitt og vært. Han etterlater et stort tomrom – et dypt vemod.

Bjørn Killingmo er en bauta i norsk psykologi.

Siri Gullestad



Helsepsykologikonferansen 2020

Psykologens skattekasse for en stresset og plaget kropp

Denne gang settes søkelyset på stress og fysiologiske reaksjoner på stress. Hvordan kan psykologiske intervensjoner bidra til å håndtere og regulere stress og redusere plager?

Konferansen er relevant for psykologer som arbeider både i voksen- og barnefeltet, i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Plenumsforelesninger med fokus på:

- Hjerneneitverk og smerteneitverk
- Kroppens stressreguleringssystemer og kobling til stressrelaterte plager
- Tidlige traumer som sårbarhet for utvikling av somatiske plager
- Betydningen av klinisk hypnose og avspenning i klinikken
- Effekten av placebo og potensialet i behandlerrelasjonen

Parallellsesjoner med fokus på:

- Medisinsk hypnose og avspenning
- Biofeedback
- Mindfulness
- Emosjonsfokusert terapi
- Samtaletrening basert på en biopsykososial sykdomsforståelse
- Behandling av søvnforstyrrelser

Konferansen godkjennes som vedlikeholdsaktivitet til spesialistutdanningen for psykologer.

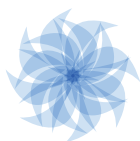
Sted og dato: Oslo, 26.-27. mars 2020

Påmeldingsfrist: 20. februar 2020

Konferanseavgift: kr 4 000

Kursnr.: 922-20

Påmelding og fullt program: 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



MED DR. CHRISTOPHER GERMER

HVA TRENGER JEG I MØTE MED MEG SELV?

Seminar om selvmedfølelse

En unik mulighet til å møte Dr. Christopher Germer, en av pionerene innen den vitenskapelige utviklingen av selvmedfølelse.

Godkjennes som 16 timers vedlikeholdsaktivitet for psykologer.

Billetter: nettros.no/events/selvmedfoelse

BERGEN
31.03-01.04



Norsk Karakteranalytisk Institutt
utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

To-årig grunnseminar

Oppstart Oslo august 2020, Bergen september 2020 og Kristiansand januar 2021

Videreutdanning i karakteranalyse og kropporientert 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

iap institutt for
aktiv psykoterapi

AGORA 2020

PSYKOLOGISKE TRENDER
– HVA SKAL VI MENE?

VEL MØTT TIL ÅPENT ETTERMIDDAGS- OG KVELDS-
SEMINAR PÅ LITTERATURHUSET TORSDAG 19. MARS 2020

Årets AGORA slår fagseminaret og rebelltreffet sammen. Vi åpner med to inspirerende og engasjerende faglige innlegg som berører begrensninger og muligheter i faget.

Vi vil så utforske viktige problemstillinger i faget vårt i form av «rundbordskonferanse».

EKSEMPEL PÅ TEMAER:

- > Pakkeforløp i IAP ånd, er det mulig?
- > Tvang, hva skal vi mene om det, da?
- > Individualterapi med barn, hot or not?

Vi tror dette kan bli grundige og veldig spennende samtaler. Det blir litt «tilbake til røttene» med fagtog. Her skaper vi fagtorget sammen.

Pris: kr 300–400 inkl. mat.

Mer informasjon om programmet og påmelding se:

www.iap-agera.no

Arrangør: Institutt for aktiv psykoterapi (IAP)

www.iapnett.no

LEDIG LOKALE I OSLO – SENTRALT PÅ FROGNER

Stort, hyggelig kontor i psykologfelleskap til leie på deltid. Stille og rolig. **Henvendelse tlf. 909 60 908.**

STORT, LYST KONTOR PÅ LEGEKONTOR I OSLO LEIES UT.

Flott lokale, 40 m², m/utsikt, Frysja Legekontor, Kjelsås. Også egnet for gruppebehandling. Hyggelig kontorfelleskap. Kr 13 000/mnd., ekskl. vask og lunsj. **Kontakt Malin Finstad, tlf. 901 98 943.**

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **3. februar**,
frist for å bestille annonse til
februar-utgaven er **17. januar**

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

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside

eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no



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

EMDR MED BARN

Kurs i EMDR med barn:

Trinn I: 27. april 2020 i Oslo

Trinn II: 28. april 2020 i Oslo

For påmelding og informasjon se:
www.emdrkurs.no eller ta kontakt
på e-post ansavida@online.no



Utdanning i psykoanalyse ved Norsk Psykoanalytisk Institutt

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

Psykologforeningen har godkjent seminarerne for kurssekvensen til spesialiteten i psykotering etter ny ordning. Det forutsettes at fellesprogrammet er fullført før oppstart på seminarerne ved Instituttet, relevant klinisk praksis. For spesialiteten i psykotering vises forøvrig til krav utarbeidet av Psykologforeningen (jf. Psykologforeningens hjemmeside, målbeskrivelse for spesialiteten).

Utdanningen består av parallelle og samtidige læringserfaringer gjennom deltagelse i teoretiske samt kliniske seminarer over 4 år, personlig analyse hos læreanalytiker, veiledning av minst to egne analyser og skriftlig arbeid.

Interesserte kan henvende seg til instituttets sekretariat for ytterligere informasjon. Se også instituttets hjemmeside, www.psykoanalyse.no. Informasjon om fremtidig økonomisk støtte fra tilskuddordningen vil bli oppdatert på hjemmesiden.

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

Norsk Psykoanalytisk Institutt, Fr. Nansens vei, 17, 0369 OSLO

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

Søknadsfrist: 1. mars 2020



arrangerer utdanning for leger og psykologer i PSYKODYNAMISK/PSYKOANALYTISK ORIENTERT PSYKOTERING MED BARN OG UNGDOM

IBUP er et institutt som videreutdanner psykologer og leger i psykodynamisk og psykoanalytisk orientert psykotering med barn og ungdommer. Det utlyses med dette oppstart av nye seminarer som kan tas enkeltvis eller som ledd i 5-årig utdanning.

INNFØRINGSSEMINAR I OSLO:

søknadsfrist: 01.04.2020 Oppstart: våren 2020

Utdanningen er tredelt og omfatter innføringsseminar, videregående seminar og spedbarns-observasjonsseminar. Seminarerne kan tas som selvstendige kurs men utgjør også tilsammen en 5-årig utdanning i psykoanalytisk barne- og ungdomspsykotering.

Innføringsseminarets innhold og gjennomføring er i overensstemmelse med Dnlf's målbeskrivelse for utdanningen i psykodynamisk psykotering, og søkes godkjent som det. Fullført 5-årig utdanning er godkjent av Norsk psykologforening som spesialitet i klinisk psykologi med psykotering.

Som ledd i utdanningen kreves at kandidaten under innføringsseminaret arbeider med psykotering med barn og ungdom under kvalifisert veiledning.

Innføringsseminar:

Innføring i grunnleggende sider ved psykodynamisk/psykoanalytisk forståelse og terapi. Seminaret gir en innføring i den emosjonelle og personlighetsmessige utvikling, hvor barnet og ungdommen forstås i lys av tidlig samspill og tilknytning.

Viktige elementer i utdanningen: Få forståelse for barns og ungdoms uttrykksmåter, psykologisk utredning med vekt på lekeobservasjon som metode, psykologisk utvikling, nevropsykologiske perspektiver, forståelse for den terapeutiske relasjon, forelderarbeid, sentrale psykodynamiske begreper med vekt på utviklingspsykologi og den terapeutiske prosessen.

Seminarleder:

Spesialist i klinisk psykologi med barn/ungdom og psykoanalytiker Anders Landmark

Kursansvarlig: Anna M. Szulc

Semesteravgift:

Innføringsseminar kr 10.000 pr. semester.

Det forutsettes medlemskap i IBUP kr 650 pr. år.

For nærmere informasjon: www.IBUP.no

For påmelding: post@ibup.no



Reduksjon og kvalitetssikring av tvangsbruk

Bruken av tvang i psykisk helsevern har vært i fokus de siste årene. Loven for psykisk helsevern har gjennomgått omfattende endringer og stiller nye krav til behandlingsapparatet.

Målgruppe

Psykologer, psykologspesialister, leger i spesialiseringsforløp og psykiatere som arbeider med, eller interesserer seg for, riktig- og redusert bruk av tvang og alternativer til tvangsbruk.

Innhold

Kurset gir en breddeforståelse i utviklingen av tvangsfeltet, og presenterer aktuelle utfordringer behandlere står overfor. Det vil bli presentert ulike perspektiver på tvangsbruk med forankring i klinikken. Det vil også bli gitt en gjennomgang av konkrete tiltak som har vært gjennomført i spesialisthelsetjenesten som har redusert tvangsbruk. Kurset vil bygge bro mellom teori og praksis, og skal gjøre deltakerne bedre rustet til å implementere konkrete tiltak på sin arbeidsplass som skal kunne kvalitetssikre og redusere bruken av tvang.

Om kursleder

Anders Jacob er utdannet psykolog ved Universitetet i Oslo, og har vært engasjert i tvangsfeltet i flere år på ulike nivå. Han arbeider til vanlig som leder på seksjon for akuttpsykiatri på Blakstad Sykehus i Vestre Viken, og som psykologspesialist på psykiatrisk legevakt i Oslo.

Kurset godkjennes som 8 timers vedlikeholdsaktivitet.

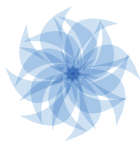
Sted og dato: Oslo, 27. april 2020

Påmeldingsfrist: 23. mars 2020

Kursavgift: kr 3 600,-

Kursnr.: 108-20

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

Forståelse av autisme- spekterforstyrrelser, kognitiv atferdsterapi

Festspillkurs 103-20, Bergen 28.–29. mai 2020

Målgruppe

Psykologer

Målsetting

- Å gi deltakerne en økt forståelse av hva autismespekterforstyrrelser er og å gi en oversikt over tiltak som kan være hensiktsmessige for personer med autismespekterforstyrrelser som har et evnenivå innen normalområdet (Asperger syndrom/«høytfungerende autisme»).
- Deltakerne vil lære mer om hva autismespekterforstyrrelser er og hvordan man kan tilrettelegge for personer med autismespekterforstyrrelser. Det vil bli presentert hvordan man kan tilpasse kognitiv atferdsterapi for personer med autismespekterforstyrrelser som behandling for komorbide angstlidelser.

Innhold

- Introduksjon til autismespekterforstyrrelser (historikk)
- Kjernevansker hos personer med autismespekterforstyrrelser
- Kognitiv atferdsterapi for angstlidelser hos personer med autismespekterforstyrrelser
- Søvnvansker hos personer med autismespekterforstyrrelser
- Tilrettelegging i skole og arbeidssituasjon
- Andre tiltak for personer med autismespekterforstyrrelser

Det vil være noe gruppearbeid.

Om kursleder

Jon Fauskanger Bjåstad er psykologspesialist og har doktorgrad i klinisk psykologi. Han arbeider i klinikkleidelsen ved Klinikk psykisk helsevern for barn, unge og rusavhengige i Helse Stavanger og ved Institutt for militærpsykiatri og stressmestring (IMPS) i Forsvaret.

Kurset starter 28. mai kl. 0900 og avsluttes 29. mai kl. 1700.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 7 200

PÅMELDINGSFRIST: 23. APRIL 2020



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Halstead-Reitans testmetode

Festspillkurs 119-20, Bergen 28.–29. mai 2020

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

Målsetting

Etter kurset behersker deltakere å administrere, skåre og tolke Halstead-Reitans testbatteri for et bredt spekter av nevropsykologiske problemstillinger for alle aldersgrupper. De kjenner og forstår metodens grunnleggende rasjonale, dens styrke og dens begrensninger.

Innhold

- Halstead-Reitans testbatteri: historie, oppbygging og rasjonale. Fortsatt aktuelt i vår tid?
- Administrasjon av Halstead-Reitans testbatteri for Barn og Voksne. Spesielle hensyn og unntak.
- Skåring. Ulike normsett, Trites, Wisconsin og Heaton normer. GNDS.
- Resultater og Tolkning. Ulike tolkningssystemer.
- Kliniske syndromer og eksempler, både barn og voksne.
- Kurset er hovedsakelig en workshop som har som siktemål å bygge opp og støtte opp under kliniske ferdigheter.

Deltakere oppfordres til å ta med egen saker for drøfting i plenum.

Om kurslederne

Rune Raudeberg er ansatt ved institutt for biologisk og medisinsk psykologi ved universitetet i Bergen. Han har undervist i nevropsykologi ved høyskoler og universiteter i snart 20 år.

Jarle Røneid Fehn er ansatt ved AFR Helse Bergen og har bistilling ved institutt for biologisk og medisinsk psykologi ved universitetet i Bergen. Han er spesialist i klinisk nevropsykologi og klinisk barne- og ungdomspsykologi.

Kurset starter 28. mai kl. 0900 og avsluttes 29. mai kl. 1700.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 7 200

PÅMELDINGSFRIST: 23. APRIL 2020



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

WAIS-IV

Festspillkurs 111-20, Bergen 28.–29. mai 2020

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

Målsetting

Gi grunnlag for selvstendig og faglig oppdatert bruk av WAIS-IV i klinisk psykologarbeid på tvers av ulike psykologroller og problemstillinger.

Innhold

Dette er et kurs som tar for seg både administrasjon og tolkning av WAIS-IV. Det gis en presentasjon av Wechsler-testene generelt og WAIS-IV spesielt, samt de amerikanske og skandinaviske standardiseringsprosjektene. Endringer fra WAIS-III i oppbyggingen av testen gjennomgås, herunder nye og gamle deltester og indekser. Kurset vil innbefatte øvelser i administrering av de nye deltestene og tilbakemelding av resultatene, fokusering på unngåelse av typiske administreringsfeil, samt gjennomgang og øvelse på en trinnvis modell for tolkning av testresultatene med verktøy/metoder som går utover det som finnes i manual og skåringsprogram.

Ta med WAIS-IV kofferten hvis mulig. Deler av kurset vil bli casebasert og kursdeltagerne oppfordres til å ta med kasuistikker/testprotokoller.

Om kursledere

Arne Holen har vært norsk klinisk ekspert på det skandinaviske WAIS-IV prosjektet. Han er utdannet cand. psychol. fra UiB i 1998, spesialist i klinisk nevropsykologi og har tatt Norsk psykologforenings veilederutdanning. Han jobber som avtalespesialist i klinisk nevropsykologi i Oslo og er ansatt ved Avdeling for Rus og Avhengighet (ARA), Oslo Universitetssykehus i et PhD-prosjekt.

Håvard Sørli er utdannet cand. psychol. fra UiB i 1998 og er spesialist i klinisk nevropsykologi. Han er ansatt ved Avdeling for Akuttpsykiatri og Psykosebehandling på Reinsvoll i Sykehuset Innlandet. Sørli er ansatt som norsk klinisk ekspert på det skandinaviske WAIS/WMS-V prosjektet.

Kurset starter 28. mai kl. 0900 og avsluttes 29. mai kl. 1700.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 7 200

PÅMELDINGSFRIST: 23. APRIL 2020



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Metakognitiv terapi – Behandling av angst, depresjon og PTSD

Festspillkurs 106-20, Bergen 28.–29. mai 2020

Målgruppe

Psykologer, psykologspesialister og psykiatere.

Innhold

Metakognitiv terapi (MKT) er en innovativ behandling som kan anvendes på en rekke ulike lidelser, spesielt angsttilstander, kroniske depresjoner og traumer.

Kurset gir en introduksjon av MKT og hvordan den kan anvendes i spesifikke lidelser. Pasienter opplever Metakognitiv terapi som en nyttig, effektiv og paradoksal behandling. Erfaringer viser at MKT kan anvendes der andre behandlinger ikke har lyktes. Kurset ledes av professor Hans M Nordahl, NTNU og kurset vil vekse mellom teori og praksiseksempler. Deltagerne får også anledning til å øve på metakognitiv dialog i arbeid med pasienter og noen sentrale teknikker på dette kurset.

Om kursleder

Hans M Nordahl er professor ved Institutt for Psykisk Helse ved NTNU, Trondheim. Han arbeider også som forsker/behandler ved Enhet for Traumebehandling ved St. Olavs Hospital, Trondheim. I 2007 startet han også MCT Institute, Ltd i Manchester sammen med Dr. Adrian Wells fra Manchester. Nordahl har vært involvert i opplæring og utdanning av terapeuter og veiledere i en årrekke.

Kurset starter 28. mai kl. 0900 og avsluttes 29. mai kl. 1700.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 7 200

PÅMELDINGSFRIST: 23. APRIL 2020



NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning

Selvmedfølelse og terapeutisk arbeid med identitet og emosjoner

Festspillkurs 102-20, Bergen 28.–29. mai 2020

Målgruppe

Psykologer som arbeider med individualterapi eller gruppebasert behandling.

Målsetting

Kurset gir en innføring i hvordan medfølelse og selvmedfølelse bidrar i personlige vekst og endringsprosesser, og har betydning for utvikling av identitetsfortellinger og måter å møte emosjonell smerte.

Innhold

Deltakere får egenerfaring med medfølelsesbaserte intervensjoner og intervensjoner som fremmer bevissthet om identitetsbærende verdier. De får også en innføring i måter å anvende slike intervensjoner. Ivaretagelse av seg selv som hjelper er et sentralt tema. Kurset gir også en innføring i den teoretiske og empiriske bakgrunnen for medfølelsesbaserte intervensjoner, og et grunnleggende eksistensielt perspektiv på identitet og emosjoner i tråd med dette.

Om kursleder

Per Einar Binder er professor i klinisk psykologi, og psykologspesialist med fordypningsområdene voksen, barn og unge, og psykoterapi. Han har bred erfaring med forskning og undervisning innen mindfulness- og medfølelsesbaserte intervensjoner, psykoterapi og andre personlige vekstprosesser.

Kurset starter 28. mai kl. 0900 og avsluttes 29. mai kl. 1700.

Kurset godkjennes som vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

KURSAVGIFT: KR 7 200

PÅMELDINGSFRIST: 23. APRIL 2020



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

NORSK PSYKOLOGFORENING – UTDANNINGSAVDELINGEN

PB. 419 SENTRUM, 0103 OSLO, TLF. 23 10 31 30

FOR MER INFORMASJON OG PÅMELDING SE [www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/kurs%20og%20utdanning)

Bjergvin DPS, Knarvik allmennpsykiatriske poliklinikk søker:

Psykologspesialist til fast stilling

Bjergvin distriktpsykiatriske senter (DPS) er ein moderne og veldrepte klinikk i Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssjukehus. Klinikken gjev spesialisthelsetenester til bydelane Åsane og Arna i Bergen, Osterøy kommune og kommunane i Nordhordland; til saman 78 000 vaksne. Bjergvin DPS har til saman 150 årsverk og eit budsjett på 145 millionar kroner for 2020. Døgntilbod er lokalisert på Tertnes, medan polikliniske tenester vert gitt både i Knarvik og på Tertnes.

I samband med at fleire av våre Psykologspesialistar sluttar lysar vi ut etter tre Psykologspesialistar i 100% fast stilling til arbeid i Knarvik allmennpsykiatriske poliklinikk.

Bjergvin DPS sine kjerneoppgåver er:

* spesialisert utgreiing og differensiert behandling * opplæring av pasientar og pårørande * rettleiing til psykisk helsearbeid i kommunane * forskning, kvalitetsutvikling, utdanning av helsepersonell

Vi legg til rette for kompetanseheving og etterutdanning for spesialistar, og vi har fokus på forskning. Samarbeid med sjukehus, kommunar og brukarorganisasjonar er høgt prioritert. Klinikken er organisert i to fagområde, allmennpsykiatri og psykose. Fagområde allmennpsykiatri består av poliklinikk på Tertnes og i Knarvik, seksjon for eMeistring og døgnsesjon C1.

Poliklinikken har allmennteam, akutt ambulant team, gruppebehandling, korttidsteam, DBT team og traumeteam. Vi trenger spesialistar som kan jobbe i DBT-team, Traumeteam og gruppebehandlingsteam gjerne i kombinasjon med arbeid i allmennpsykiatriske team. Ønskjer engasjerte og fagleg oppdaterte spesialistar.

I 2021 flyttar vi inn i nye lokale i Nordhordland helsehus.

Interessert?



Ta Kontakt med Klinikkdirktør Fredrik Hiis Bergh, tlf. 55 95 70 00 eller Seksjonsleiar Wenny Karin Bernes på telefon 55 95 00 00

Ref.nr. 4169189282 - Søknadsfrist: 15.01.2020

Bufetat
Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region Midt-Norge

Vil du være med og utvikle MST Sunnmøre?

MST-leder/veileder

Barne-, ungdoms og familieetaten har egne enheter som driver med multisystemisk terapi (MST), som er en tidsavgrenset, familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferdsvansker. Terapeutene jobber i hjem, nærmiljø og skole med foreldre og ungdom, der ungdommen står i fare for å bli plassert utenfor hjemmet.

100 % fast stilling med arbeidssted Volda.

Søknadsfrist: 10.01.20.

Se fullstendig utlysning og søk på bufdir.no

www.bufdir.no

PSY
KOL
OGI

SØKER DU JOBB?

Ønsker du å lese stillingsannonnene fra Psykologtidsskriftet raskest mulig? Vi sender deg gjerne oversiktlisten som du kan sjekke på Internett. Alle stillingsannonnene som trykkes i Tidsskriftet finner du også på www.psykologtidsskriftet.no/ **Stillingsannonser**

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

Namdal Rehabilitering er en interkommunal rehabiliteringsinstitusjon for intensiv og døgn-basert rehabilitering for 14 eierkommuner (Namdalen og Bindal kommune i Nordland). Institusjonen har også avtale med Helse Midt-Norge om spesialisert rehabilitering og arbeidsrettet rehabilitering. Nærmere opplysninger finner du på www.namdalrehab.no



Psykologspesialist/psykolog

100 % STILLING SOM PSYKOLOGSPESIALIST/PSYKOLOG



Stillingen er opprettet i et samarbeid mellom Namdal Rehabilitering IKS og 8 av eierkommunene i Indre- og Midtre Namdal, Røyrvik, Namsskogan, Lierne, Grong, Overhalla, Høylandet, Flatanger og Osen. Og er en del av den nasjonale satsingen på psykologer i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Namdal Rehabilitering er arbeidsgiver og base for stillingen. Muligheter for bruk av videokonferanse for veiledning av helsepersonell og brukere. Noe reisevirksomhet må påberegnes.

ARBEIDSSOMRÅDET VIL VÆRE:

- Veiledning og fagstøtte til personell og tjenester ved Namdal Rehabilitering og samarbeidende kommuner
- Bidra til å utvikle et lavterskel tilbud for kartlegging og oppfølging av brukere med behov for psykisk helsehjelp i kommunene og ved Namdal Rehabilitering
- Delta i helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene

Det kreves norsk autorisasjon som psykolog, fortrinnsvis med spesialistgodkjenning.

VI ØNSKER AT DU HAR:

- Fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid
- God relasjonskompetanse
- Utrednings- og kartleggingskompetanse
- Evne til faglig refleksjon og å kunne arbeide strukturert og selvstendig
- Gode samarbeidsevner og engasjement for teamarbeid og tverrfaglig samarbeid

VI TILBYR:

- Lønn etter avtale og kommunal pensjonsordning
- Arbeid i en utviklingsorientert organisasjon
- Tilrettelegging for deltakelse i relevante utdannings- og utviklingsprogrammer
- Fleksibilitet i stillingen

NÆRMERE OPPLYSNINGER OM STILLINGEN GIS AV:

Claes Gøran Sellæg, daglig leder
Namdal Rehabilitering, tlf. 908 36 700

Bernt Harald Opdal, kommunalsjef
Høylandet kommune, tlf. 975 21 096



Namdal Rehabilitering
Høylandet



Røyrvik
kommune



Namsskogan
kommune



Flatanger
kommune



Lierne
kommune



Overhalla
kommune



Grong
kommune



Osen
kommune



Høylandet
kommune

Søknad med godkjent dokumentasjon av utdanning og arbeids- og yrkespraksis sendes til post@namdalrehab.no eller Namdal Rehabilitering IKS, Gartlandsveien 10, 7877 Høylandet innen 25. januar.

Helse Sør-Øst RHF søker:



7 ledige 100 % avtalehjemler i klinisk voksenpsykologi lokalisert til bydel Alna, Bjerke, Stovner, Østensjø, Grorud eller Søndre Nordstrand

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. januar 2020



Helse Sør-Øst RHF søker:



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

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. januar 2020



PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2020

SPESIALPLASSERING:

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

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

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

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

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

SMÅANNONSER:

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

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 9 600, 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 5 950 per måned eller kr 1950 per uke kan annonsen vises på forsiden av www.psykologtidsskriftet.no under boksen for «ledige stillinger».

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
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

ANNONSEFORMATER

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

PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

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

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

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



FEM KOMMUNAR I VEST-TELEMARK
SØKJER ETTER

Psykologspesialist eller psykolog

med ynskje om spesialisering
innan klinisk samfunns- og
allmennpsykologi

Som fylgje av nasjonal satsing innan psykisk helse og rus er det tilsett ein psykolog i eit interkommunalt samarbeid i Vest-Telemark. Kommunane har prioritert til saman to psykologstillingar, der ei av desse nå er ledig for tilsetjing.

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

Det vert lagt vekt på fylgjande arbeidsområde for psykologstillingane:

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

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

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

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

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

Stillinga med lenke til elektronisk søknadsskjema er tilgjengeleg på [www.seljord.kommune.no/ledige-stillingar med søknadsfrist 15.01.2020](http://www.seljord.kommune.no/ledige-stillingar-med-soknadsfrist-15.01.2020).

Velkommen som søkjar!

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

Blå Kors Haugaland A-senter er et behandlings- og utredningscenter for rusmiddel-, livsstil- og avhengighetsproblemer. Institusjonen arbeider på oppdrag fra Helse Vest RHF og inngår som integrert del av spesialisthelsetjenesten TSB. Blå Kors Haugaland A-senter eies av Blå Kors Norge. Vi er i stadig vekst og har de senere årene utviklet nye og spennende tilbud, både organisatorisk og faglig. Les mer om oss på www.haugaland-asenter.no



Blå Kors Haugaland A-senter søker:

Psykologspesialist / spesialist i rus- og avhengighetsmedisin til ledelse av behandlerteam/poliklinikk

Vi søker etter en person som har engasjement for både klinisk arbeid og ledelse, samt videreutvikling av tjenestene i et spennende fagfelt.

Leder i behandlerteam/poliklinikk er plassert i direkte linje til klinikk-sjef og har det faglige ansvaret for behandlerteam/poliklinikk.

Stillingen har det faglige og organisatoriske ansvar for kvalitetssikring av den kliniske virksomheten innenfor funksjonsområdet til behandlerteam inkludert poliklinikk.

Nærmere opplysninger om stillingen kan fås ved henvendelse til klinikk-sjef Geir H. Iversen eller leder for behandlerteam/poliklinikk Johanna S. Bjørkavåg på telefon 52 73 30 00.

Søknadsfrist: 26.01.2020



For fullstendig stillingsutlysning, se www.jobbdirekte.no/haugaland-asenter
Søknader sendt utenfor søknadsskjema, vil ikke bli vurdert.



PSYKOLOGSENTERET
veien videre

Psykolog/ psykologspesialist

Psykologsenteret i Bodø er en privat klinikk som tilbyr kliniske tjenester til privatpersoner og arbeidsliv. Vi søker etter erfarne psykologer / psykologspesialister til vår drift (heltid/deltid) der en av hovedoppgavene vil være utredning og behandling av et bredt spekter av allmennpsykiatriske lidelser.

Ta kontakt med oss for mer informasjon og besøk gjerne vår nettside www.psykologsenteret.no

Søknad med CV sendes til daglig leder, e-post bodil@psykologsenteret.no / faglig leder, e-post eirin@psykologsenteret.no

Søknadsfrist: 16.01.2020

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

Håkon Kongsrud Skard
23 10 31 30
hakon@psykologforeningen.no

Visepresident

Rune Frøyland
rfroey@online.no
450 30 522

Medlemmer

Siri Næs
902 68 699
siri.naes@gmail.com

Hanne Indregard Lind
948 05 153
h_indregard@hotmail.com

Bjarte Bønes Bruntveit
909 98 052
bjartebruntveit@yahoo.no

Lars Asle Einarsen
951 41 036
lars.asle.einarsen@gmail.com

Britt Randi Hjartnes Schjødt
922 99 371
bibihj@gmail.com

Ingvild Gregersen
957 27 801
ingvildg@gmail.com

Arnhild Lauveng
913 17 162
post@arnhildlauveng.com

Studentrepresentanter

Guro Holte Igesund
464 27 727
guroigesund@gmail.com

Viljar Møretro
910 03 670
viljar-96@hotmail.com

Varamedlemmer

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

Jakob Støre-Valen
984 23 805
jakob@valen.cc

Aina Holmén
986 64 501
ainaholmen1@gmail.com

Alf Martin Eriksen
909 65 138
alfmeriksen@gmail.com

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 Søderholm
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 Lindø
libi@siv.no
473 83 123

Troms
Espen Nicolaisen
espennicolaisen@outlook.com
950 60 605

Vest-Agder
Ann Birgithe S. Eikhom
abseikhom@gmail.com
971 29 052

Vestfold
Simon Thorsell Næs
simonnaes@gmail.com
926 98 317

Østfold
Øyvind Nordhus
nordhus@me.com
911 61 779

FAGETISK RÅD

Svanhild Mellingen, leder
Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

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

LØNNS- OG ARBEIDS- MARKEDSUTVALGET

Rune Frøyland, leder,
tlf. 450 30 522
Ingvild Gregersen,
nestleder, tlf. 957 27 801
Bjarte Bønes Bruntveit,
Spekter-helse, tlf. 909 98 052
Birgit Aanderaa, Spekter-
helse, tlf. 917 12 983
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 rfroey@online.no,
tlf. 67 92 20 40

SPELIALITETSRÅDET

Håkon Kongsrud Skard,
e-post hakon@psykologforeningen.no
tlf. 23 10 31 30

KVALITETSUTVALGET

Håkon Kongsrud Skard,
e-post hakon@
psykologforeningen.no
tlf. 23 10 31 30

FAGUTVALGENE

Felleselementene
Per-Einar Binder, leder,
e-post per.binder@psykp.uib.
no, tlf. 995 00 313

**Barne- og
ungdomspsykologi**

Lars Ravn Øhlckers, leder,
e-post larsravnohlckers@
gmail.com, tlf. 908 81 250

Familiepsykologi

Trine Eikrem, leder, e-post
trine.eikrem@bufetat.no,
tlf. 466 16 566

**Rus- og
avhengighetspsykologi**

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

Eldrepsykologi

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

Psykoterapi

Ingunn Aanderaa
Opsahl, leder, e-post
ingunnaanderaa@hotmail.
com, tlf. 971 50 507

Voksenpsykologi

Ivar Elvik, leder,
e-post ivarelvik@gmail.com,
tlf. 454 74 400

Nevropsykologi

Jan Egil Stubberud, leder,
e-post jan.stubberud@
hotmail.com, tlf. 951 04 217

Habiliteringspsykologi

Nils-Øivind Offernes, leder,
e-post nils@offernes.com,
tlf. 958 40 362

Arbeidspsykologi

Anette Høy Dye, leder,
e-post anette.hoy.dye@
moment.consulting,
tlf. 928 24 338

**Samfunn- og
allmennpsykologi**

Kjersti Hildonen, leder,
e-post khi@lorenskog.
kommune.no, tlf. 907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder, e-post
rudi.myrvang@gmail.com,
tlf. 906 03 355

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder,
e-post borrik.schjodt@helse-
bergen.no, tlf. 990 27 309

**GODKJENNINGS-
UTVALGET**

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

**ANKEUTVALGET FOR
SPESIALISTSAKER**

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

**FAGUTVALG FOR
RETTSPSYKOLOGI OG
SAKKYNDIGHET**

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

**STUDENTPOLITISK
UTVALG**

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

**FORSKNINGSPOLITISK
UTVALG**

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

**MENNESKERETTIG-
HETSUTVALGET**

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

TESTPOLITISK UTVALG

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

**YNGRE PSYKOLOGERS
UTVALG**

Espen Falch-Nicolaisen,
fung. leder, e-post
espennicolaisen@outlook.
com, tlf. 950 60 605

**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 inneholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppagave.

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

17.01, 17.02, 19.03, 20.04,

15.05, 18.06, 17.07, 19.08, 17.09, 16.10, 18.11

Psyk meg opp i ledelse!

Norsk psykologforening viderefører tilbudet til psykologer med lederansvar innenfor helseforetakene. Vi inviterer nå til kull 15 med første samling 15. og 16. april 2020.

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

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

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

15. og 16. april 2020

3. og 4. juni 2020

27. og 28. august 2020

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

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

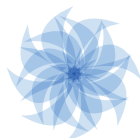
Vil du vite mer; se Psykologtidsskriftet januar 2008 s. 74, februar 2008 s. 198 og mai 2008 s. 608.

Spørsmål om kurset kan rettes til:

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

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

Søknad om deltakelse, som må være anbefalt av overordnet, **sendes innen 10. februar 2020** til Tove Mathiesen på e-post tove.mathiesen@ahus.no



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

