

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



PSY KOL OGI

Vol.57 nr.02 2020

**Når løsningen
er problemet**

Fra praksis

**«SPLITTA
PERSONLEGDOM»**

- Schizofreni
som metafor

Vitenskapeleg artikkel

**Arbeid er ikke
roten til alt godt**

Debatt

Forebygging
av selvmord:

**Fagmiljøene
uenige**

Aktuelt

L. F. Blom

PSY KOL OGI

Vol. 57 nr. 02 2020

Sjefredaktør Bjørnar Olsen, bjornar@psykologtidsskriftet.no, tlf. 474 01 165

Fagredaktører Ida Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429,

Vibeke Ottesen, vibeke@psykologtidsskriftet.no, tlf. 48 17 68 21

Kjersti Solhaug Gulliksen, kjersti@psykologtidsskriftet.no,
tlf. 911 78 096 (I permisjon),

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@psykologtidsskriftet.no

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no

Markedskoordinator 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 rusklinikken, Tromsø

Denne utgaven ble godkjent til trykk 24.01.2020

Omslagsillustrasjon Åge Peterson

Form Bøk Oslo AS

Trykk 07 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening (Journal of the Norwegian Psychological Association)

er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat,

Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell

fridom i media. Psykologtidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

© Tidsskrift for Norsk psykologforening



Folkehelsa som forsvant

FOR LITT OVER to år siden fikk landet sin første eldre- og folkehelseminister. I dag ser man ikke mange som gråter over at ministerposten var vraket da statsministeren forleden presenterte den nye regjeringen. Ikke så merkelig siden ingen av de tre statsrådene som har fylt posisjonen har evnet å gi den stort annet innhold enn gode intensjoner og manglende gjennomslag.

Snarere har konstruksjonen med to ministre i Helse- og omsorgsdepartementet medført at ingen synes å ta ansvar for folkehelsa, særlig ikke den psykiske folkehelsa. Helseministeren virker for tiden mer opptatt av nye sykehusbygg og ny teknologi i spesialisthelsetjenesten, enn av forebygging og tidlig intervensjon innenfor psykisk helse og rus. Og når dagens helseminister uansett forsvinner ut etter neste stortingsvalg, vil folkehelseperspektivet trolig vansmekte ut regjeringperioden.

Landet hadde fortjent bedre. På papiret skal psykisk helse være en likeverdig del av det nasjonale og lokale folkehelsearbeidet. Både fjorårets folkehelsemelding «Gode liv i eit trygt samfunn» og forgjengeren «Mestring og muligheter» lover dette. Også regjeringens Opptappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024) vektlegger forebygging fremfor behandling. Skal man lykkes med dette, er det fornuftig å hjemle psykologkompetansen også i folkehelseloven, slik regjeringen vurderer. Et slikt grep vil bidra til at kommunene står friere til å bruke psykologers kompetanse i befolkningsrettet, forebyggende arbeid.

Men når alt er sagt og alt er gjort, er mer sagt enn gjort. For realiteten er at Helse- og omsorgsdepartementet knapt har brukt en krone på forebygging av psykiske lidelser. Det viser professor i helsepsykologi Arne Holtes gjennomgang av Statistisk sentralbyrås helseregnskap (DN, 28. juli 2018).

Samfunnsgevinsten etter eksperimentet med en egen eldre- og folkehelseminister fremstår som mager – et paradoks når forskningen peker på at forebyggende tiltak rettet mot psykisk helse er noe av det mest lønnsomme vi kan gjøre. Vi trenger kanskje ikke en egen folkehelseminister. Men feltet fortjener en politiker med et brennende hjerte for folkehelse, som er klar til å brette opp ermene. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Et slikt grep vil bidra til at kommunene står friere til å bruke psykologers kompetanse i befolkningsrettet, forebyggende arbeid

90



FOTO: HALLGEIR VÅGENES / VVG

SYKDOM I SELVMORD

I hvor stor grad skal psykiske lidelser vektlegges som risikofaktor i forebygging av selvmord?

Aktuelt

100



ILLUSTRASJON: ÅGE PETERSON

TVETYDIGE TERMAR

Den folkelege bruken av schizofreni-termene kan bidra til feilaktige førestillingar om lidinga.

Vitenskapeleg artikkel



TOM FOR ENERGI

Klienter forteller at de mangler energi, mens psykologien mangler fagspråket og teoriene for det, skriver psykologspesialist Arild Hafstad.

Fra praksis

Innhold

- 85 **Folkehelse som forsvant**
Leder | Bjørnar Olsen
- 88 **- Sunn reaksjon i en usunn verden**
NÅ: Erik Nakkerud | Per Olav Solberg
- 90 **Splittet i synet på selvmordsforebygging**
Aktuelt | Per Halvorsen
- 96 **Etterlyser bedre schizofrenitilbud**
Aktuelt | Øystein Helmikstøl
- 100 **«Den splitta personlegdomen»**
- Schizofreni som metafor i norske tekstar
Vitenskapeleg artikkel | Helga Mannsåker
- 116 **Kan vi snakke om livsenergi?**
Fra praksis | Arild Hafstad
- 120 **Paradoksal terapi**
Fra praksis | Sissel Reichelt & Jan Skjerve
- 127 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Å jobbe er ikke roten til alt godt | Ingvild Myklebust (s. 129)
Debatt: Selvmordsforebygging (s. 131), Psykisk helsevern (s. 133), Skolefravær (s. 135), Avtalespesialistene (s. 140), Psykologforeningen (s. 142 og s. 144)
Derfor: Endepunktet | Bjørnar Olsen (s. 138)
- 145 **INNTRYKK**
Bokanmeldelser: Teoritett om tanker og affekter (s. 146), Fagetikk for ferske og erfarne (s. 148)
- 149 **Minneord: Jacob Edgar Elsner Kullmann (1923–2019)**
- 150 **Annonser**
- 157 **Stillingsannonser**



KLIMAOPTIMIST Psykolog Erik Nakkerud mener det ligger mye energi og kraft i folks klimafrykt, noe som kan bevege klimasaken raskere i riktig retning.

NÅ ERIK NAKKERUD

- Sunn reaksjon i en usunn verden

Stipendiat og psykolog Erik Nakkerud mener klimaangst er en naturlig respons når man tar klimatrusselen virkelig innover seg.

TEKST OG FOTO
Per Olav Solberg

- I forskningen din har du intervjuet kvinner, menn og par som velger å ikke få barn på grunn av klimatrusselen. Det er i denne forskningen klimaangst har dukket opp som et fenomen?

- Ja, det er riktig. Jeg har intervjuet et 20-talls mennesker, og de begrunner gjerne valget om ikke å få barn på to måter: Det ene handler om å redusere klimafotavtrykket ved å ikke sette barn til verden, det andre er nok mer angstrelatert: De uttrykker uro og en viss frykt for hvor-

dan fremtiden vil bli for den neste generasjonen, og de ønsker ikke å ha ansvar for barn som går en så usikker framtid i møte.

- Har du noe inntrykk av hvor stort dette fenomenet er?

- Det finnes ikke mye empiri på dette, men inntrykket er at klimaangst vokser i omfang, særlig blant unge. På Arendalsuka i fjor fortalte en sykepleier om at helsestasjoner for ungdom merker en økning av folk med denne typen

bekymringer. En del av bildet er at de som vet mest om klimaendringer og jobber tettest på feltet, er mer bekymret for fremtiden enn andre. De har skjønnt bedre enn mange andre hva som er i ferd med å skje.

– Du mener da at klimaangsten både er reell og et nyttig signal – ikke en forskyvning av annen angstproblematikk?

– Ja, dette er et uttrykk for noe helt reelt. Tenker man evolusjonpsykologisk, vet man jo at frykt og angst er helt adekvate følelser og en sunn reaksjon på reelle trusler. Noen ganger kan selvsagt angsten være malplassert, men klimaangst tror jeg som regel bare er en sunn reaksjon på at vi er på helt feil kurs.

– Diagnosemanualene vokser i omfang etter hvert som vi definerer nye tilstander som syke. Har klimaangst noe i framtidige diagnosemanualer å gjøre?

– Definitivt ikke, det vil være helt feil vei å gå. Psykiatriske diagnoser, bortsett fra PTSD, sier ingenting om årsaker bak lidelsen, de er en oppstilling av symptomer. Om du oppfyller diagnosekriteriene for angst, er det egentlig litt vilkårlig hva slags angst det er snakk om. Klimaangst har nok mest til felles med eksistensiell angst, som jo ikke er noen diagnose.

– Å velge å ikke få barn er et sterkt og eksistensielt valg. Er dine intervjuobjekter resigerte på klimaets vegne?

– Nei, tvert imot, paradoksalt nok. Dette er svært miljøbevisste mennesker, både med optimisme og framtidstro. De fleste forsøker å gjøre mange ting for å redusere sitt eget klimafotavtrykk, der det å ikke få barn er ett av mange tiltak. Det ligger selvsagt et alvor, et mørke og en uvisshet her, men samtidig en tro på at det er mulig å løse klimakrisen. De er også ærlige på at det å få barn ikke har vært så eksistensielt viktig for dem i livet deres, og det har gjort det lettere for mange av dem å ta dette valget.

– Å ikke få barn er sjelden nevnt i klimadebatten, selv om det i en global sammenheng er det tiltaket som vil bidra klart mest. Hvorfor snakker vi så lite om det?

– Det første som slår meg, er Kinas ettbarns-politikk, det lusker nok rundt som et spøkelse for mange. Å få barn er et svært personlig valg. Å politisere dette er svært vanskelig i en kultur

Hvorfor NÅ?

- Ungdommen klimastreiker, Greta Thunberg var nettopp hos World Economic Forum i Davos og «klimabrøl» var fjorårets nyord. Klimangst er på alles lepper, men frykt ikke, den kan brukes til noe nyttig.
- Erik Nakkerud er stipendiat ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo, der han blant annet forsker på miljøatferd og økologisk fotavtrykk.

der individets frihet står så sterkt. I tillegg er det store regionale forskjeller på fødselstallene i ulike deler av verden. Når flere og flere kvinner globalt får utdanning og flere når middelklassesstandard, vet man jo at fødselstallene går ned. Men denne utviklingen går ikke veldig raskt i forhold til global oppvarming. BI-professor Jørgen Randers mener at man bør gi økonomiske incentiver til kvinner som velger å bare få ett barn eller ingen barn. Han er en av få i Norge som har tatt tak i denne debatten.

– Da er vi inne på atferdsendring gjennom økonomiske virkemidler, noe klimapsykologien er opptatt av. Hva mener du om klimapsykologiens rolle som «game changer» i klimakampen?


– Generelt synes jeg klimapsykologien har overdrevet sin rolle som aktør. Det betyr ikke at vi ikke skal snakke om «nudging» eller om å gjøre det enkelt for forbrukere å velge miljøvennlig. Men det er ikke slike tiltak som flytter fjell, selv om de bidrar noe. Jeg tror det er bedre å ha et mer realistisk perspektiv og være ærlige på at vårt bidrag er begrenset. Vår verktøykasse er mindre enn politikkens og jussens. Hvis vi gjør vårt bidrag for betydningsfullt og viktig, står vi i fare for å stå i veien for klimabidrag som har langt større effekt.

– Psykologforeningen har etablert et eget klimautvalg. Hva er din mening om det, ut fra det du her sier om klimapsykologiens rolle?

– Et slikt utvalg kan ha noe for seg. Her vil man nettopp kunne være tydelige på hvor psykologisk kunnskap er relevant, og hvor man heller bør se på strukturelle endringer. Vissheten om den individfokuserede psykologiens begrensninger er også en form for psykologisk kunnskap.

– Hva med deg selv, blir du klimaoptimist eller -pessimist av å forske i dette feltet?

– Jeg er egentlig optimistisk. Jeg synes det skjer mye på politisk systemnivå, ikke minst i EU. Om ikke lenge vil land bli møtt med svært strenge sanksjoner hvis man ikke klarer å nå strenge utslippsmål. Jeg blir også optimistisk av det dype engasjementet til generasjonen under oss, det gir håp. I tillegg ser jeg en bevegelse fra at man i mindre grad diskuterer hva eller hvem som har skylden for global oppvarming, til et tilpasningsfokus: Klimaendringene kommer, hvordan skal vi tilpasse oss denne virkeligheten? Det er mye mer konstruktivt enn å krangle om skyld. ✘



BLOMSTER OG LYS på slottsplassen til minne om Ari Behn som tok sitt eget liv i desember. Foto: Hallgeir Vågenes / VG

Splittet i synet på selvmordsforebygging

Fagmiljøene er splittet i synet på i hvor stor grad psykiske lidelser skal vektlegges som risikofaktor ved forebygging av selvmord.

TEKST Per Halvorsen

– **S**elv mord har ikke nødvendigvis med psykiske lidelser å gjøre, sier Heidi Hjelmeland, professor i psykologi ved Institutt for psykisk helse ved NTNU.

Hun er tidligere leder av det regionale ressurscenteret for selvmordsforskning og -forebygging i Helse Midt og mener det sterke fokuset på psykiske lidelser og psykiske symptomer kan være en medvirkende årsak til at selvmordstallene ikke går ned.

Hun mener en av grunnene kan være at mange opplever for stort fokus på diagnostisering og behandling av psykiske lidelser som krenkende, ettersom det begrenser deres muligheter til å snakke om hva suicidaliteten handler om for dem.

REDDE FOR Å SØKE HJELP

– Noen er redde for å søke hjelp for problemene sine fordi de er redde for å bli stemplet som «gale». Den stadige gjentakelsen av at selvmord handler om psykiske lidelser, kan også skape et inntrykk av at man må være psykiater eller psykolog for å kunne forebygge selvmord, og det er i hvert fall ikke tilfelle. Alle kan bidra til å forebygge selvmord, men da må vi spre kunnskap om hva suicidalitet kan handle om, til både befolkning og fagfolk. Det vil si kunnskap om under hvilke kontekstuelle forhold suicidalitet kan utvikles og opprettholdes, skriver Hjelmeland i en e-post til Psykologtidsskriftet.

Psykologiprofessoren var en av innleiderne da Helsedirektoratet 17. desember i fjor arrangerte høringsmøte med fag- og brukermiljøene som et ledd i arbeidet med å revidere de nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Retningslinjene var de første i sitt slag da de ble lansert i 2008, og har vært kritisert for å være lite kunnskapsbaserte. Ikke minst har de møtt motstand for kravet om at alle pasienter som kommer i kontakt med psykisk helsevern, skal vurderes for selvmordsrisiko. Det har lenge vært stor faglig enighet om at det er nærmest umulig å forutsi selvmord.

BIOMEDISINSK TENKNING

Hjelmeland er ikke uenig i at det trengs retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern. Hun mener imidlertid at psykiatrisporet har fått for stor plass i det forebyggende arbeidet, og at tiden er inne for å tenke nytt.

– Psykiske lidelser kan selvsagt være en del av bildet for noen, men får diagnostisering og behandling av psykiske lidelser for stor plass, blir fokuset på problemer i individet. Da er det fare for at vi overser den konteksten suicidaliteten har utviklet seg i, sier Hjelmeland til Psykologtidsskriftet.

Hun sier at suicidalitet bare kan forstås i lys av livshistorien til den det gjelder, og ikke nødvendigvis har med en psykisk lidelse å gjøre.

Hjelmeland mener at helsemyndighetenes standarder og anbefalinger hviler for mye på et ensidig biomedisinsk kunnskapssyn, der selvmordshandlinger forklares i den psykiske lidelsen ut fra en lineær årsak-virkning-tenkning. Til Psykologtidsskriftet sier hun at Nasjonalt senter for selvmordsforskning og selvmordsforebygging (NSSF), som er tilknyttet Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo, har fått en for dominerende posisjon.

– Fra dette miljøet gjentas det til stadighet at det må fokuseres på psykiske lidelser, at det er «sykdommene som dreper». Psykiske lidelser er viktige, men det er høyst problematisk om de får all oppmerksomhet. Det er mennesker, med sine livserfaringer og problemer både i og utenfor »



VIL TENKE NYTT Psykologiprofessor Heidi Hjelmeland mener at psykiatrisporet har fått for stor plass i det selvmordsforebyggende arbeidet, og at tiden er inne for å tenke nytt. Foto: Privat

– Det er mennesker, med sine livserfaringer og problemer både i og utenfor helsetjenesten, som tar livet sitt, ikke en «sykdom» som dreper dem

Heidi Hjelmeland, psykologiprofessor



BEST DOKUMENTERT – Hvordan vi skulle få mer effektiv forebygging ved å se bort ifra de sterkeste og best dokumenterte risikofaktorene for selvmord i befolkningen, fremstår for meg som en gåte. Det sier psykologspesialist og prosjektleder ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og selvmordsforebygging (NSSF) Fredrik Walby. Foto: Ragnhild Krogvig Karlsen, NAPHA

helsetjenesten, som tar livet sitt, ikke en «sykdom» som dreper dem, sier hun.

«1910 DØDE PASIENTER»

På Gaustad sykehus treffer Psykologtidsskriftet Fredrik A. Walby, psykologspesialist og forsker ved NSSF, som Hjelmelands skyts retter seg mot. Walby har over 20 års erfaring fra klinisk virksomhet. Han var sentral i utarbeidelsen av de nasjonale retningslinjene fra 2008 og går i bresjen for det nasjonale kartleggingssystemet for selvmord blant pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. I 2018 publiserte hans gruppe rapporten «1910 døde pasienter», som var den første av sitt slag i Norge. Rapporten gir oversikt over selvmord i perioden 2008–2015. Den viser at halvparten av de som døde i selvmord, hadde hatt kontakt med spesialisthelsetjenestene for psykisk helse eller rus. Affektive lidelser, fortrinnsvis depresjon, var den vanligste diagnosegruppen.

Walby mener tallene i rapporten viser med tydelighet at psykiske lidelser er en sentral risikofaktor ved selvmord.

– Å antyde noe annet er meningsløst, sier han.

Han underslår ikke at det er mange faktorer som påvirker selvmord, men mener det er liten tvil om at psykiske lidelser er den aller viktigste.

– I forskningsverdenen er det ingen diskusjon om dette bortsett fra i noen små miljøer. På verdensbasis viser tallrike studier på tallrike ulike populasjoner at over 90 prosent av de som dør, har et eller annet problem som faller innenfor en diagnosemanual, selv om det ikke nødvendigvis innebærer at de var diagnostisert eller fikk behandling, sier han.

HÅPLØSHET

Walby sier at en av de viktigste drivkreftene for å begå selvmord ofte vil være en sterk følelse av håpløshet som gjør at man ikke holder ut.

– Og er det noe som kjennetegner mange psykiske lidelser, er det jo nettopp opplevelsen av krise; at livet er vondt og vanskelig og ikke verdt å leve, sier han.

– *Hva er det viktigste vi kan gjøre for å forebygge selvmord hos mennesker med psykisk helseproblemer?*

– Den aller mest sårbare fasen er de første tre månedene etter utskrivning fra døgnavdeling. Det er da de fleste selvmordene skjer. Det viser at mye av det forebyggende arbeidet handler om å legge til rette for god behandling og videre oppfølging etter utskrivning fra døgnavdeling. Her må vi være tydeligere i arbeidet med nye retningslinjer. Det viktigste selvmordsforebyggende arbeidet i denne gruppa foregår i førstelinjen og på poliklinikkene der pasientene følges opp.

– *Hva vil være konsekvensen av å nedtone psykiske lidelser som hovedårsak til selvmord?*

– Psykisk helsevern behandler fem prosent av befolkningen og er i kontakt med halvparten av dem som dør i selvmord. Det sier noe om viktigheten av å utvikle forebyggingstiltak på dette området, sier Walby. Det er for øvrig ingen uenighet om at vi også trenger tiltak på andre områder i samfunnet enn i spesialisthelsetjenesten.

– *Kan det sterke fokuset på psykiske lidelser og psykiske symptomer være en medvirkende årsak til at selvmordstallene ikke går ned?*

– Dette er jo en alvorlig og temmelig underlig påstand som burde begrunnes empirisk. Utredning og behandling av psykiske lidelser er jo kjerneoppgaven for psykisk helsevern på alle nivåer. Som alle klinikere vet, er det mulig å behandle de aller fleste slike tilstander. Like selvsagt er det at behandling for psykiske lidelser innebærer mer enn bare å kartlegge symptomer. Hvordan vi skulle få

mer effektiv forebygging ved å se bort ifra de sterkeste og best dokumenterte risikofaktorene for selvmord i befolkningen, fremstår for meg som en gåte.

HEROISK ISCENESETTELSE

Antagelsen om at selvmord skyldes psykisk sykdom, kan oppleves som et hinder for å identifisere selvmordsrisiko. Det fremgår av en studie av Mette Lyberg Rasmussen og Gudrun Diserud, som undersøkte etterlatte erfaringer med selvmord hos unge menn (*Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2018) som ikke tidligere hadde vært i kontakt med psykisk helsevern og heller ikke gjort selvmordsforsøk.

Ifølge undersøkelsen hadde få av de etterlatte sett tegn på alvorlig psykisk lidelse før de unge mennene begikk selvmord. Lyberg Rasmussen, som jobber ved AHUS DPS i Groruddalen, skriver i en e-post til Psykologtidsskriftet at funnene indikerer at kunnskapsformidlingen om årsaker til selvmord har vært for snevert konsentrert om psykisk sykdom.

– Mange etterlatte mente at den allmenne oppfatningen om psykisk lidelse som årsak til selvmord, kombinert med en mestrende fasade, hadde bidratt til at både de selv og helsepersonell hadde oversett tegn på selvmordsfare.

– *Hvordan bør denne kunnskapen slå inn i arbeidet med å forebygge selvmord og de nye nasjonale retningslinjene som Helsedirektoratet har ansvaret for?*

– Tar vi de etterlatte på alvor, er det behov for generell informasjon både til befolkningen og helsepersonell om kompleksiteten ved selvmord. Basert på funnene fra vår studie handlet selvmordet om uutholdelig psykisk smerte fordi man føler seg mislykket, skamfull og avvist i nær relasjon, følelser som avdøde ikke klarte å kommunisere. Dette er viktig informasjon i møte med mestringsorienterte mennesker som søker hjelp for en livskrise. Dette er mennesker som vi ikke kan ta for gitt at formidler selvmordstanker – selv om de skulle bli spurt om det, kommenterer Lyberg Rasmussen.

SYKE ELLER IKKE SYKE?

– *De unge mennene i undersøkelsen kan vel ha vært psykisk syke selv om de pårørende hevder at de ikke var det?*

– Det kan selvfølgelig ikke utelukkes. De fleste unge mennene hadde vært på jobb eller skole samme dag som de tok livet sitt. De som var nær dem i dagene og ukene før selvmordet, forteller at de ikke hadde sett tegn på psykisk lidelse. Dermed er det lite som tyder på at de kan ha hatt en alvorlig psykisk lidelse, skriver Lyberg Rasmussen.

Hun sier at selvmordshandlingen i disse tilfellene knyttes til en helt annen dynamikk enn ved en eventuell depresjon. Selvmordene var heller ikke resultat av en impulsiv handling. De var planlagt og gjennomført med stor beslutsomhet.

– For disse unge mennene kan det synes som at selvmord ble en måte å kunne iscenesette seg selv på som heroisk, helt frem til de ikke lenger var i live, skriver hun.

Walby mener holdningen om at man skal kunne se på mennesker at de har psykiske problemer, at de sliter, har stirrende blikk eller fremstår som åpenbart «gale», bunner i en stigmatiserende oppfatning av hvem som har psykiske problemer.



ET HINDER Psykologspesialist og forsker Mette Lyberg Rasmussen fant at antagelsen om at selvmord skyldes psykisk sykdom, kan oppleves som et hinder for å identifisere selvmordsrisiko. Foto: Erik Burås

– Basert på funnene fra vår studie handlet selvmordet om uutholdelig psykisk smerte fordi man føler seg mislykket, skamfull og avvist i nær relasjon

*Psykologspesialist og forsker
Mette Lyberg Rasmussen*



LIVSHISTORIER Generalsekretær Terese Grøm i LEVE: De nye retningslinjene må inneholde et pålegg om å utforske livshistoriene fremfor sykdomshistoriene til pasientene. Foto: Per Halvorsen

– Trygge helsearbeidere er god selvmordsforebygging

Terese Grøm, generalsekretær i LEVE

– Det er vel kjent at selvmordsrisikoen kan være spesielt forhøyet midt i en krise med funksjonsfall og raske endringer hos en person med tidligere intakt fungering, sier han.

INDIVIDUELL TILPASNING

– *Hva er den viktigste utfordringen i arbeidet med de nye retningslinjene som nå er på trappene?*

– Vi må gi det en annen pedagogikk slik at vi unngår at klinikerne bruker timevis på en isolert selvmordsrisikovurdering. Prediksjonsteorien er hjelpeløs, for du får så mange falske positive, det visste vi allerede i 2008, eller i 1950 for den saks skyld, sier Walby.

– *Hvorfor endte vi opp med en situasjon der risikovurderinger ble hovedaksen i det selvmordsforebyggende arbeidet?*

– Retningslinjene fra 2008 inneholder en serie med tiltak, men risikovurderingene har fått nesten all oppmerksomhet. Det var aldri meningen og umulig å forutsi. Før var det en rekke lokale prosedyrer, og det var sterkt behov for å heve kvaliteten. I akuttpsykiatrien har 70 prosent av de som blir innlagt, selvmordsproblematikk. Temaet er der. Vi må snakke om det, spørre om det. Men alle pasienter er forskjellige. Derfor må arbeidet tilpasses hver enkelt, sier Walby.

Walby sier at han selv har vært ute og advart klinikere mot å rette oppmerksomheten for mye på selvmordsrisikovurderinger.

– Selv i høyrisikogrupper er det ikke mulig å forutsi selvmord. Istedenfor for slike vurderinger mener jeg behandling av pasientens grunnlidelse, eller andre av pasientens aktuelle problemer, bør komme mer i fokus, sier Walby.

LIVETS PÅLER

Terese Grøm i LEVE – Landsforeningen for etterlatte ved selvmord representerer 1500 medlemmer, fortrinnsvis etterlatte og berørte til mennesker som har tatt sitt eget liv. Hun mener de nasjonale retningslinjene har vært med på å bevisstgjøre helsepersonell og samfunnet om at det er viktig med felles innsats for å forebygge selvmord. LEVE er imidlertid opptatt av at forebyggingsinnsatsen ikke bør innsnevres av vår jakt på psykisk sykdom:

– Vi må komme i posisjon til å spørre hva det er som står på spill i et menneskes liv. Er det noen av livets påler som står i fare for å knekke; familieforhold, jobb, økonomi, sosiale forhold, håp og betydningsfølelse? Dette er spørsmål som påvirker opplevelsen av egenverd, mening og tilhørighet, og som ikke kan reduseres til kun et spørsmål om psykisk sykdom, sier Grøm til Psykologtidsskriftet.

– *Hva vil være ditt viktigste innspill til innholdet i de nye nasjonale retningslinjene?*

– At vi må unngå at risikovurdering blir et skjemavelde; at det å huke av på et standardisert skjema er ensbetydende med å ha gjort en tilstrekkelig risikovurdering. Det må ligge et imperativ i de nye retningslinjene når de er ferdige; et pålegg om å utforske livshistoriene fremfor sykdomshistoriene til pasientene, basert på mer og ny kunnskap om hvor komplekst det er å vurdere selvmordsrisiko. I det ligger også god ivaretagelse av helsepersonell og en anerkjennelse av den utfordrende oppgaven de har. Trygge helsearbeidere er god selvmordsforebygging, sier Grøm. ✕ »

Les også debattinnlegget «Suicidalitet er relasjonell» av Julia Hagen, Heidi Hjelmeland og Birthe Loa Knizek på side 131.

- Uheldig praksis i helseforetakene

Helsedirektoratet mener det har utviklet seg en uheldig praksis i enkelte helseforetak, der det er innført obligatoriske sjekklister for selvmordsrisikovurdering.

SENIORRÅDGIVER OG PROSJEKTLEDER for arbeidet med nye nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord – Karin Irene Gravbrøt – sier at Helsedirektoratet er kjent med at det utviklet seg en praksis i enkelte helseforetak, der det ble innført obligatoriske sjekklister for selvmordsrisikovurdering. Dette har Helsedirektoratet og kompetansemiljøet ved Nasjonalt senter for selvmordsforebygging og forskning (NSSF) tidligere gitt beskjed om kan være uheldig. I et brev datert 22. juni 2017 heter det blant annet at det alltid må gjøres «Individuelle vurderinger (...) i forbindelse med hvert handlingsvalg.»

– Det var aldri intensjonen at retningslinjene skulle virke begrensende på fagutøvelsen, men bidra til at den blir mer kunnskapsbasert, sier Gravbrøt.

– *Hvorfor ble det sånn?*

– Noe av årsaken kan være at Helsetilsynet bruker retningslinjene i forbindelse med tilsyn, og at tjenestene vil sikre dokumentasjon på at

anbefalingene er fulgt. Det kan også være fordi retningslinjene ikke er tydelig nok på hensikt og begrensninger ved selvmordsrisikovurderinger, sier hun.

– *Kan det sterke fokuset på psykiske lidelser og psykiske symptomer i det selvmordsforebyggende arbeidet være en medvirkende årsak til at selvmordstallene ikke går ned?*

– Helsedirektoratet har ingen dokumentert kunnskap som tilsier at vi kan kommentere dette.

Gravbrøt håper at nye nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord vil være på plass i løpet av året. Det forutsetter at direktoratet får oversikt over det nødvendige kunnskapsgrunnlaget, noe Folkehelseinstituttet har ansvar for. ✘

- Trenger mer enn retningslinjer

– Retningslinjer er viktige, men ikke tilstrekkelig, mener Signe Hjelen Stige, førsteamanuensis ved Institutt for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen.

ISIN FORSKNING (*Psykologtidsskriftet*, august 2019) viser hun at selvmordsfare er blant de største og vanligste utfordringene for psykologer på jobb.

Hjelen Stige sier retningslinjer kan være gode å ha i ryggen, men mener det er en utfordring at kunnskapsgrunnlaget er på gruppenivå og derfor vanskelig å anvende direkte på enkeltilfeller. Klinisk skjønn vil derfor alltid være viktig. Derfor mener hun psykologene må få anledning til å øve opp de mellommenneskelige ferdighetene som trengs når de møter suicidale pasienter, og erfare hva disse møtene gjør med dem som terapeuter, og hvordan de kan håndtere det. Og

da er klinisk opplæring ikke til å komme utenom, ifølge Stige. Hun mener opplæringen bør foregå både under studiet og på arbeidsplassene.

– De mellommenneskelige ferdighetene er fundamentet i psykologfaglig arbeid. Uten disse ferdighetene står de psykologiske metodene i løse luften, og det vil retningslinjer ikke kunne kompensere for, sier hun. ✘

Etterlyser bedre schizofrenitilbud

Rådet for psykisk helse mener at helsetilbudet til mennesker med en schizofrenilidelse ikke er bra nok, og at personer med psykiske og psykiatriske problemstillinger ofte blir diskriminert.

TEKST

Øystein Helmikstøl

DA HELSEMINISTER BENT HØIE (H) nylig la frem sin andre helse- og sykehusplan, trakk han frem gruppen personer med schizofrenilidelse. En fersk OECD-rapport mener Norge har en utfordring med å kunne gi et godt nok tilbud til denne gruppen, påpekte helseministeren.

- MÅ FORBEDRES

Generalsekretær Tove Gundersen i Rådet for psykisk helse er enig i at tilbudet til mennesker med schizofrenilidelse i Norge må forbedres.

– For å få til det må vi ha flere tanker i hodet samtidig. Vi må jobbe for å utvikle bedre medikamentfrie tilbud. Mange i denne gruppen rapporterer om så alvorlige bivirkninger av medisinene at belastningene utradrer virkningen. Noen har også negativ effekt. Vi må se på hvordan vi kan forebygge for denne gruppen, og vi må se på hva slags behandling som har best effekt, mener Gundersen i Rådet for psykisk helse, en sammenslutning av 30 medlemsorganisasjoner.

Generalsekretæren understreker at det alltid er viktig å komme tidlig inn for å få best mulig behandlingseffekt for denne gruppen.

– Mange kan leve godt med schizofreni, forutsatt at kompetansen i behandlingsap-

paratet er på plass og hjelpen kommer i tide. Det er sentralt å redusere symptomtrykket for å behandle de underliggende årsakene til lidelsen.

16 467 PERSONER

Schizofreni rammer ifølge Folkehelseinstituttet (FHI) om lag én prosent av verdens befolkning. I Norge rammes 600–800 mennesker hvert år, men det antas at det er mørketall og underdiagnostisering.

Schizofreni koster ifølge Jan Olav Johannessen det norske samfunn mer enn all kreftsykdom til sammen. Johannessen er forsknings-sjef ved TIPS (Tidlig oppdagelse og behandling av psykoser). Kostnadene har sammenheng med at lidelsen debuterer tidlig. Schizofreni er en av våre største helsepolitiske utfordringer de neste årene, skrev han allerede i 2002.

16 467 av pasientene i Norsk pasientregister (per 22. november 2019) er innrapportert med lidelsen *schizofreni*, ifølge tall fra Helsedirektoratet som Psykologtidsskriftet har hentet inn. Antall nye tilfeller (insidens) av lidelsen var 804 i 2018.

Tallgrunnlaget (se tabeller) er hentet fra innrapporteringer av aktivitet fra *spesialisthelsetjenesten*, det vil si fra somatiske sykehus, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern

for barn og unge, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, private rehabiliteringsinstitusjoner og fra private avtalespesialister.

Moderne tvillingforskning tyder ifølge FHI på at rundt 80 prosent av tilfellene henger sammen med arv.

– Selv om schizofreni kan være medfødt, er det en stor kontekstuell komponent som avgjør hvorvidt du får utslag, og hvordan din psykiske helse utvikler seg, påpeker Tove Gundersen i Rådet for psykisk helse.

– *Hva ville et godt nok tilbud til personer med schizofrenilidelse være?*

– Det er vanskelig å si nøyaktig hva et slikt tilbud skal innebære; det er mange individuelle faktorer for hvert enkelt menneske som rammes av schizofreni. Vi kan generelt si at personer med psykose etterlyser et helhetsperspektiv og en mulighet til å bli sett som hele mennesker med sammensatte behov og med en skreddersydd behandling.

INGEN «SCHIZOFRENIFORENING»

Psykologtidsskriftet har prøvd å finne en representant for gruppen personer med schizofrenilidelser i Norge, men fant ingen forening kun for denne gruppen. Rådet for psykisk helse henviser til Hvite Ørn, en av deres medlemsorganisasjoner.

Styreleder Jan-Magne Tordenhjerte Sørensen i Hvite Ørn sier til Psykologtidsskriftet at det er mange med schizofrenidiagnose i Hvite Ørn.

– Flertallet mener at diagnosen i seg selv burde avskaffes, og tilstanden bør ses på som en spirituell krise, svarer Sørensen på spørsmål om hva Hvite Ørn mener at ansvarlige helsetilstander bør satse på for personer med schizofrenilidelse.

Krisen skal ikke medisineres bort, mener Hvite Ørn.

– Man trenger hjelp og støtte til å gjennomleve krisen, der man må forløse traumer og angst for å balansere seg i en ny, utvidet bevissthetstilstand, sier Sørensen.

Hvite Ørn-lederen sier at navnet «schizofreni» er betent.

– De aller fleste vil ikke eksponere seg med diagnosen og er dessuten ikke enige i verken diagnosen, sykkeliggjøringen eller den undertrykkende behandlingen som gjøres.

Sørensen forteller at han selv fikk diagnosen i 1997.



MEDISINFRITT Generalsekretær Tove Gundersen i Rådet for psykisk helse ønsker seg bedre medisinfrie tilbud for schizofreni-pasienter. Foto: Erik M. Sundt/Rådet for psykisk helse



DIAGNOSEKRITISK Hvite Ørn-leder Jan-Magne Tordenhjerte Sørensen sier at navnet «schizofreni» er betent. Foto: Studio S

Alvorlig psykisk syke

- I 2018 utgjorde totale kostnader til psykisk helsevern 23,8 milliarder kroner. Av dette gjaldt 4,6 milliarder kroner tjenester for barn og unge.
- I 2016 sto ti prosent av pasientene i psykisk helsevern for voksne for 76,6 prosent av ressursbruken.
- I gruppen med mest omfattende bruk av tjenester mottok 90 prosent døgnbehandling (2016).
- Blandt pasientene med omfattende bruk av tjenester 28 prosent en schizofrenilidelse sammenlignet med syv prosent av de øvrige pasientene.
- I psykisk helsevern for barn og unge viser beregninger at ti prosent av pasientene med mest omfattende tjenestebruk stod for 60,8 prosent av ressursene i 2016.

»

Kilde: «Pasientgrupper med omfattende tjenestebehov», Helsedirektoratet mai 2018.



NÆRHET- Politikerne er, som alle andre mennesker, seg selv nærmest. Jeg vet ikke om noen av dem har et familiemedlem med schizofreni, uttaler professor Bjørn Rishovd Rund. Foto: UiO

– Jeg kunne ha startet «Schizofreniforeningen», men da ville jeg legitimert noe vi er uenige i, derfor navnet Hvite Ørn. Vi er en organisasjon for alle psykiske vansker, men har vært den organisasjonen som har vært tydeligst om problemer innenfor psykose og schizofreni.

DISKRIMINERING

Da helseminister Bent Høie presenterte den nye nasjonale helse- og sykehusplanen, sa han at «alvorlig psykisk syke blir diskriminert i Norge i dag». Helseministeren får støtte fra Tove Gundersen i Rådet for psykisk helse.

– Mennesker med alvorlige psykiske lidelser lever i gjennomsnitt 15 til 20 år kortere enn resten av befolkningen, og somatisk sykdom er den viktigste årsaken til tapte leveår. I tillegg vet vi at mennesker med schizofreni blir underbehandlet for sine somatiske tilstander og lidelser. Resultatet er dermed ulik tilgang på retten til helsehjelp.

Psykologtidsskriftet har spurt nyvalgt president Håkon Skard hva Norsk psykologforening gjør, helt konkret, for personer med schizofrenilidelse. Skard understreker i sitt svar at mennesker med alvorlig psykisk lidelse er en gruppe Psykologforeningen alltid har vært og vil være særskilt opptatt av.

– De er senest trukket frem i vårt innspill til nasjonal helse- og sykehusplan, de er trukket frem i vårt innspill til ny tvangslovgivning, og vi tilbyr et valgfritt spesialistprogram i behandling av psykosetilstander for våre medlemmer, sier Skard.

Professor Bjørn Rishovd Rund har publisert rundt 220 vitenskapelige artikler, for det meste om schizofreni.

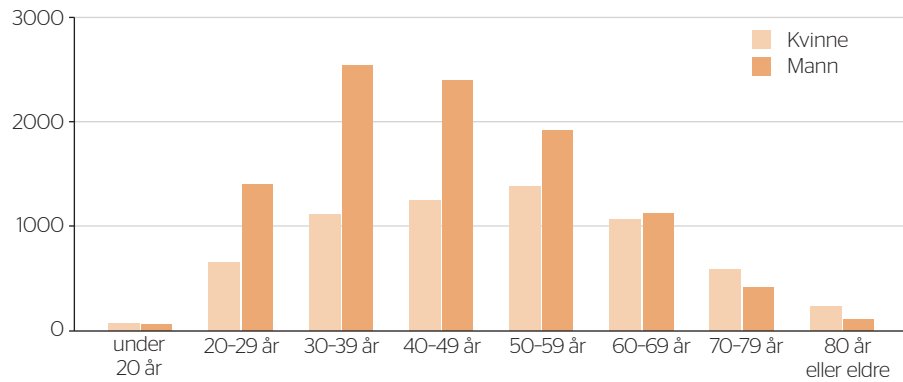
– Jeg er enig med psykiatriprofessor René Kahn, som har sagt at schizofreni er det verste som kan skje et menneske. Det er ikke så mange som er klar over at det er slik. Man ødelegges, tæres opp og plages både sjelelig og psykisk, sier Rund. Men det er også viktig å være klar over at mange med en schizofrenidiagnose i dag blir friske eller vesentlig bedre.

– *Alvorlig psykisk syke blir diskriminert i dag, sier helseministeren. Det er ikke denne gruppen som får mest oppmerksomhet i den politiske debatten. Hvorfor er det slik?*

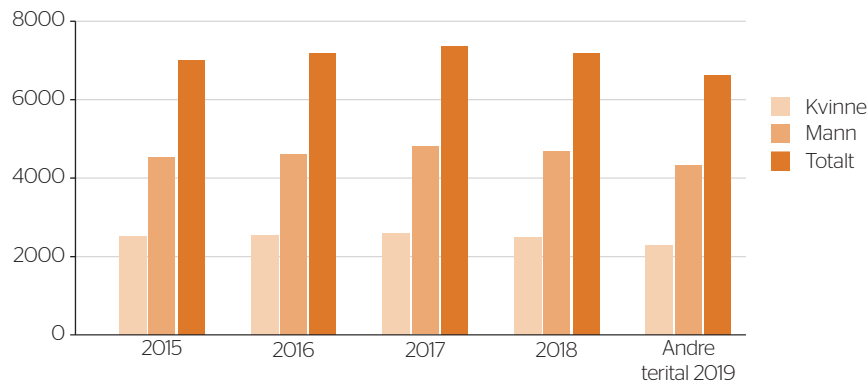
– Politikerne er, som alle andre mennesker, seg selv nærmest. Jeg vet ikke om noen av dem har et familiemedlem med schizofreni. Det har kanskje ikke rammet dem selv. ❌

SCHIZOFRENI Tabell 1 og 2 viser antall pasienter per år med diagnosen F20 schizofreni, det vil si antall pasienter som er behandlet for lidelsen. Tabell 3 viser at totalt 16 467 av pasientene i Norsk pasientregister som er i live per 22. november 2019, er innrapportert med lidelsen schizofreni (hoved- eller bitilstand). Tallene baserer seg på innrapporterte data fra aktivitet i spesialisthelsetjenesten, det vil si fra somatiske sykehus, psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, private rehabiliteringsinstitusjoner og fra private avtalespesialister. >

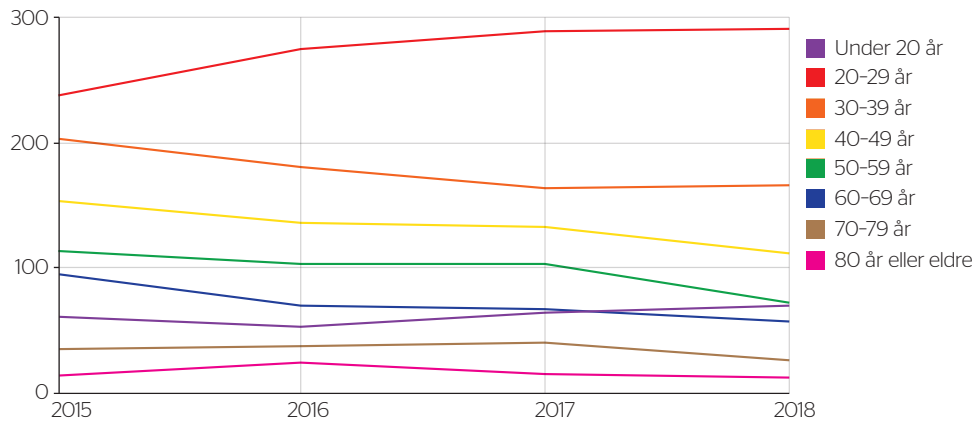
Antall pasienter med hoved- eller bitilstand schizofreni (ICD-10)
Innrapportert til Norsk pasientregister (per 22.11.2019). Kilde: Norsk pasientregister



Prevalens i innrapporterte episoder fra spesialhelsetjenesten med hovedtilstand schizofreni (ICD-10)
Kilde: Norsk pasientregister



Insidens i innrapporterte episoder fra spesialhelsetjenesten med hovedtilstand schizofreni (ICD-10)
Kilde: Norsk pasientregister



VITENSKAPELEG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2020 S. 100-115 FAGFELLEVDERT

HELGA MANNSÅKER, Institutt for lingvistiske, litterære og estetiske studier ved Universitetet i Bergen

KONTAKT helga.mannsaker@uib.no

«DEN SPLITTA PERSONLEGDOMEN»

– Schizofreni som metafor i norske tekstar

Bruken av schizofrenitermane utanfor det psykiatriske fagfeltet fordeler seg på to ulike posisjonar. Den eine refererer til den diagnostiske tydinga av schizofreni, mens den andre metaforiske tydinga av termene reflekterer misoppfatninga av schizofreni som «splitta sinn» eller «splitta personlegdom».

Fagtermar brukte innanfor psykisk helsevern fangar ofte interessa til lekfolk og vert importerte til daglegtalet. Samanlikna med fagfolk har lekfolk gjerne andre assosiasjonar til termene og mindre grad av forståing av det fenomenet som termene refererer til (Meyer & MacIntosh, 2000; Nordahl-Hansen, Tøndevold, Øien & Fletcher-Watson, 2018). Og termene kan i folkeleg bruk bli brukte metaforisk om saker som på ingen måte høyrer inn under psykisk helsevern. Den folkelege bruken av termene kan bidra til forming, utbreiing og sementering av feilaktige eller unyanserte førestillingar om psykiske lidningar. Bruken av termene *schizofreni* og *schizofren* er truleg det beste eksempelet på dette.

Det er forska mykje på korleis journalistar og andre lekfolk oppfattar og framstiller schizofreni. Ifølgje ICD-11 er schizofreni ei gruppe psykiske lidningar som er kjenneteikna av forstyrningar på ei rekkje område: tenking, persepsjon, sjølvoppleving, kognisjon, viljesliv, affekt og åtferd (WHO, 2018). Schizofrenidiagnosen er assosiert med sterk stigmatisering og sjølv-stigmatisering, og forskning viser at denne stigmatiseringa vert forsterka ved at uforholdsmessig mange avisartiklar som inneheld schizofrenitermane (dvs. ulike språks utgåver av substantivet *schizofreni* og det avleidde adjektivet *schizofren*), handlar om valdsaker der gjer-

ABSTRACT

«The split personality» – Schizophrenia as a metaphor in Norwegian texts

This corpus-based study examines the nonprofessional use of the terms *schizofreni* ('schizophrenia') and *schizofren* ('schizophrenic') in two large Norwegian corpora. 1506 tokens of the adjective and 1758 tokens of the noun were found. Thirtyfour and a half percent of the adjective tokens and six and a half percent of the noun tokens were used metaphorically. Both terms appear to have two distinctly different meanings and usages in Norwegian: a non-metaphorical variant that refers to the mental disorder, and a metaphorical variant that reflects the etymology of the term by referring to various forms of «inner splits». The metaphorical use may thus contribute to the misconception of schizophrenia as split personality. Clinicians need to be aware of the polysemy of the terms, because the association between schizophrenia and split personality may combine with the media-enhanced association between schizophrenia and violence and create an image of schizophrenia as equivalent to a Jekyll and Hyde personality. There is a need for a more informed and balanced portrayal of schizophrenia in media.

Keywords: media, metaphor use, schizophrenia, schizophrenic, stigma

»



Ved å føra den metaforiske tydinga av termane opp i ordbøkene vert den metaforiske bruken på sett og vis «konsolidert». Kan dette tenkjast å vera problematisk for fagfeltet og for dei diagnostiserte?

ningspersonen hadde ein schizofrenidiagnose, sjå m.a. Magliano, Read & Marassi (2011), Schlier & Lincoln (2014) og Anda (2013). Schizofreni er òg i uforholdsmessig stor grad knytt til valdeleg åtferd i spelefilmar (Owen, 2012). Denne ubalanserte framstillinga kan i verste fall føra til at personar med diagnosen schizofreni blir oppfatta som «tikkande bomber». Dette skapar frykt både i samfunnet og hjå personar med diagnosen (Nath, 2013).

I kontrast til dette finst det ei anna side ved schizofrenitermane som òg er grundig dokumentert internasjonalt, nemleg den metaforiske bruken. Schizofrenitermane er t.d. funne å bli nytta mykje oftare metaforisk i media enn tilfellet er for termane *cancer* og *cancerous* (Chopra & Doody, 2007) og autismetermar (Thys, Struyven, Danckaerts & De Hert, 2013). Og dei er oftare nytta metaforisk på Twitter enn termane *diabetes* og *diabetic* (Joseph et al., 2015). Den metaforiske bruken av schizofrenitermane ser ut til i all hovudsak å samsvara med etymologien til termane (gr. *skhizein*- 'splitta' + *phren* 'sinn' + *i(a)* 'tilstand') ved å referera til ei eller anna form for «indre splitting» i form av innbyrdes inkonsistente eller motstridande element. Dette samsvarer med den utbreidde feiloppfatninga at *schizofreni* tyder splitta eller muppel personlegdom (Economou, Richardson, Gramandani, Stalikas & Stefanis, 2009; Luty, Fekadu & Dhandayudham, 2006; Schomerus, Kenzin, Borsche, Matschinger & Angermeyer, 2007). Andelen av metaforisk bruk av termane i ulike media varierer mellom 7,8 prosent for rumenske avisartiklar (Bában & Calo, 2013) og 73,7 prosent for italienske avisartiklar (Magliano et al., 2011). Anda (2013), som etter det eg kjenner til, til no er den einaste publiserte norske undersøkinga av bruken av schizofrenitermane i media, fann 46 prosent metaforisk bruk i 2010-årgangen av norske avisartiklar.

Metaforisk bruk av schizofrenitermane er altså eit utbreidd, men kontroversielt fenomen. Det er dermed på sin plass å undersøkje dette språkbruksfenomenet grundig. Temaet er særleg aktuelt i Noreg no fordi den metaforiske tydinga til schizofrenitermane truleg vil bli ført opp i *Bokmålsordboka* og *Nynorskordboka* i samband med den pågåande revisjonen¹ av ordbøkene (Margunn Rauset, hovudredaktør for Revisjonsprosjektet, personleg kommunikasjon per e-post 14.05.19). I all hovudsak er det ifølgje Rauset bruksfrekvens som avgjer kva for nye ord og tydingar som vert tekne inn, sjølv om ein ofte tek nokre ekstra rundar med vurderingar når ein har å gjera med sjukdomsnemningar og andre ord som kan bli oppfatta som sensitive. I somme språk er dei metaforiske tydingane til schizofrenitermane allereie lista i ordboka: Både *oxforddictionaries.com* (engelsk), *duden.de* (tysk) og *ordnet.dk* (dansk) fører opp den metaforiske tydinga for adjektivet, og dei to førstnemnde òg for substantivet. Ved å føra den metaforiske tydinga av termane opp i ordbøkene vert den metaforiske bruken på sett og vis «konsolidert». Kan dette tenkjast å vera problematisk for fagfeltet og for dei diagnostiserte?

Tidlegare forskning på dette språkbruksfenomenet er i all hovudsak blitt utført av psykiatrar eller andre som er tilknytt psykiatriske/psykologiske forskingsinstitusjonar. Forskinga er gjort som ledd i arbeidet med å

1. <https://www.uib.no/11e/121561/revisjonsprosjektet-bokm%C3%A5lsordboka-og-nynorskordboka>

undersøkja og kartleggja den utbreidde stigmatiseringa som heftar ved psykiatriske lidningar generelt og schizofreni spesielt. Så vidt eg kan sjå, har ingen lingvistar delteke i desse undersøkingane, noko som kan ha ført til at ein del interessante språklege nyansar er forbigåtte. Til dømes har tidlegare undersøkingar, Anda (2013) inkludert, handsama adjektivet *schizofren* og substantivet *schizofreni* som eitt og same ord. Dei einaste unntaka er Chopra & Doody (2007) og Magliano et al. (2011), som gjev opp separate tal for adjektivet og substantivet og rapporterer om vesentleg høgare frekvens av metaforisk bruk av adjektivet i høve til substantivet i høvesvis britiske og italienske avisartiklar, og Joseph et al. (2015), som rapporterer om den same tendensen på Twitter.²

Kvifor ser adjektivet ut til å bli oftare brukt metaforisk enn substantivet? Og er verkeleg all metaforisk bruk av schizofrenitermane automatisk stigmatiserande, slik tidlegare forskning ser ut til å ta for gjeve?

I denne artikkelen presenterer eg ei undersøking av bruken av schizofrenitermane utanfor det psykiatriske fagfeltet. Undersøkinga er basert på søk i to norske korpus: *Norsk aviskorpus* og *Leksikografisk bokmålskorpus*, der sistnemnde er eit korpus (dvs. ei tekstsamling) sett saman av ulike teksttypar, som t.d. sakprosa, skjønnlitteratur og TV-teksting. Søk i desse korpusa genererer lister i KWIC-format³ som inkluderer eit kort kontekstfelt til høgre og venstre for kvart treff på søkjeordet (ofte kalla konkordans). Målet er følgjande:

- 1) Å undersøkja korleis termene *schizofreni* versus *schizofren* fordeler seg på kategoriene metaforisk/ikkje-metaforisk bruk. Er adjektivet meir nytta metaforisk enn substantivet òg på norsk?
- 2) Å undersøkja korleis den metaforiske bruken av termene skil seg frå den ikkje-metaforiske bruken når det gjeld tyding og bruk. På kva måte/måtar kan den metaforiske bruken seiest å vera stigmatiserande?

.....

2. Rodrigues-Silva et al. (2017) rapporterer om vesentleg lågare frekvens av adjektivet i høve til substantivet samla sett, men oppgjev ikkje fordelinga av ordklassar i den metaforiske bruken.
3. KWIC: **KeyWord In Context**.

Undersøkinga mi skil seg frå tidlegare undersøkingar på følgjande to måtar: 1) Tidlegare studiar har teke utgangspunkt i heile tekstar og slått alle tilfelle av termene i ein og same tekst saman til eitt treff, medan eg har analysert kvart og eitt treff på søkjetermane i kontekst i dei to korpusa. Dette gjev høve til å undersøkja alle førekomstane av termene i korpusa for seg, medan ei samanslåing av alle tilfelle i ein og same tekst til eitt treff vil kunna føra til at språklege nyansar går tapt, som t.d. ulike bruksvarianter, skilnadar mellom bruken av adjektivet *schizofren* versus substantivet *schizofreni*, osv. 2) Tidlegare studiar har berre undersøkt avistekstar og i tillegg avgrensa søket til avistekstar frå nokre spesifikke årgangar og/eller spesifikke aviser, medan eg undersøker alle førekomstar av schizofrenitermane i eitt korpus med 100 prosent avistekstar frå 24 aviser (Norsk Aviskorpus⁴) og eitt korpus der teksttypen «avis og periodika» utgjer 20 prosent (Leksikografisk bokmålskorpus⁵). Det at undersøkinga mi inkluderer andre teksttypar enn berre avistekstar og i tillegg femner om absolutt alle førekomstar av termene i dei to korpusa, gjer at søkjematerialet mitt både er meir variert enn – og etter alt å døma større enn – søkjematerialet til tidlegare undersøkingar. Dermed vil eg ha større sjanse for å fanga opp ulike metaforiske bruksvarianter.

METODE

Analysematerialet mitt består altså av KWIC-treff på søkjeordet *schizofren** i Norsk aviskorpus og i Leksikografisk bokmålskorpus. Førstnemnde er eit korpus på ca. 1,5 mrd. ord bygt opp av dagleg innhausta tekstar publiserte i nettutgåvene til 24 norske aviser frå oktober 1998 til september 2015. Sistnemnde er eit balansert korpus på ca. 100 millionar ord bygt opp av ulike typar tekstar frå perioden 1985 til 2013 med det føremålet å utforska moderne bokmål. At korpuset er balansert, vil seia at det har ei sjangerfordeling som er meint å reflektera samansetjinga (type og frekvens av type) av tekstar som gjennomsnitts-

.....

4. Norwegian Newspaper Corpus Bokmål. Skapt av Norsk aviskorpus. Distribuert av CLARINO UiB portalen.
5. Leksikografisk bokmålskorpus er utvikla ved Avdeling for bokmålsleksikografi ved Institutt for lingvistiske og nordiske studier, UiO, med professor Ruth Vatvedt Fjeld som prosjektleder (<https://www.hf.uio.no/iln/om/organisasjon/tekstlab/prosjekter/lbk/>)



Tabell 1: Fordeling på kategoriane «ordklasse» og «metaforisk/ikkje-metaforisk bruk»

Ordklasse	Metaforisk		Ikkje-metaforisk		Totalt	
	N	%	N	%	N	%
Adjektiv (<i>schizofren</i>)	519	34,5	987	65,5	1506	100
Substantiv (<i>schizofreni</i>)	114	6,5	1644	93,5	1758	100

lesaren møter. Fordelinga er slik: Sakprosa 45 prosent; Skjønnlitteratur 25 prosent; Aviser og periodika 20 prosent; TV-teksting 5 prosent; Upublisert materiale, småtrykk 5 prosent (Knudsen & Fjeld, 2013). Bruk av konkordansprogram som genererer lister over søkjeordet i kontekst, er den vanlegaste måten å studera eit korpus på innanfor språkforskning. Metoden gjer det mogeleg å undersøkjia eit gjeve ord ved å studera store mengder av tilfelle av bruk av ordet i den umiddelbare språklege konteksten til kvart brukstilfelle. KWIC er det vanlegaste formatet for å visa søkjerestultata (Deignan, 2005, s. 78–9).

KWIC-treffa på søkjeordet *schizofren** frå dei to korpusa vart lasta inn i Excel-ark og sjekka for dubletter ved hjelp av 'Remove duplicates'-funksjonen i Excel først på venstre, så på høgre kontekstfelt. Merk at denne metoden ikkje vil fjerna alle tilfelle av «fleirbruk», dvs. tilfelle der fleire aviser nyttar same sitat, men med litt ulik ordlyd og språkleg kontekst. Då det er vanskeleg å «luka ut» alle døme på slik «fleirbruk» manuelt, valte eg å la treff som ikkje vart fjerna av 'Remove duplicates'-funksjonen, stå. Dei resterande treffa vart sorterte i følgjande kategoriar: substantiv/adjektiv og vidare metaforisk/ikkje-metaforisk. Sorteringa av treffa på kategoriane metaforisk/ikkje-metaforisk vart gjort etter følgjande kriterium: Dersom schizofrenitermen ut frå konteksten ser ut til å bli brukt om ei psykisk lidning som høyrer inn under psykisk helsevern, så er det døme på ikkje-metaforisk bruk, sidan termen her er brukt i den opphavlege tydinga av ordet. Dersom schizofrenitermen ut frå konteksten ser ut til å bli brukt om tilstandar som ikkje høyrer inn under psykisk helsevern, så er det døme på metaforisk bruk. I metaforisk bruk er termen brukt i ei tyding som er distinkt annleis enn den opphavlege tydinga, men som kan forklarast ved hjelp av ei metaforisk tilordning (samanlikning) mellom dei to tydingane (Pragglejaz-Group, 2007).

Dei metaforiske og ikkje-metaforiske KWIC-treffa vart deretter samanlikna for å sjå korleis dei to kategoriane skil seg frå kvarandre med omsyn til tyding og bruk. Dei siterte døma nedanfor er alle funne i korpusa, deretter er originalkjelda leitt opp ved hjelp av internett for å få ein større språkleg kontekst. Metaforuttrykka er utheva med kursiv skrift av meg.

RESULTAT

Tabellen under viser fordelinga på kategoriane ordklasse og metaforisk/ikkje-metaforisk bruk (se tabell 1).

Den generelle bruksfrekvensen til adjektivet og substantivet er nokså lik, med høvesvis 1506 og 1758 treff, men fordelinga på bruksområde er ulik for dei to ordklassane: Medan substantivet *schizofreni* er nytta metaforisk i 6,5 prosent av førekomstane, er adjektivet *schizofren* nytta metaforisk i 34,5 prosent av førekomstane.

Den gjennomsnittlege prosenten for metaforisk bruk av schizofrenitermane er ca. 20 prosent og dermed mykje lågare enn dei 46 prosent Anda (2013) fann i 2010-årgangen av norske aviser. Dette kan mellom anna skuldast at eg som nemnt nyttar eit meir omfattande materiale og ein annan teljemetode, men ikkje minst kan det skuldast ei spesiell sak som hausten 2011 og framover forårsaka svært mange av dei ikkje-metaforiske treffa i materialet mitt, og som dermed representerer ei kjelde til skeivfordeling i høve til normalen, nemleg den første sakkunnig rapporten om Anders Behring Breivik og den påfølgjande debatten om konklusjonen i denne rapporten: paranoid schizofreni. I tillegg inneheld materialet mitt mange treff på ikkje-metaforisk bruk av termane i samband med den mykje omtalte filmen «A beautiful mind» (Ron Howard, 2002), der Russell Crowe portretterer den nobelprisvinnande og schizofrenidiagnostiserte matematikaren John Nash (sjå Goodyear (2004) for ein kritisk analyse av framstillinga av schizofreni i denne filmen).

Ei nærare kontekstbasert undersøking av treffa på metaforisk versus ikkje-metaforisk bruk avdekte fleire skilnadar mellom dei to kategoriane. I all hovudsak dreier den metaforiske bruken seg om å subjektivt karakterisera noko(n), som t.d. her: «– Parken er landets desidert mest schizofrene festival!» (Robert Hoftun Gjestad, sitert i Mathisen, 2013). Den ikkje-metaforiske bruken dreier seg derimot om å objektivt klassifisera noko(n), som t.d. i «diagnosen schizofreni» og «han er schizofren» (sjå òg Mannsåker, 2017b).

Der ikkje-metaforisk bruk ser ut til å samsvara med den faglege oppfatninga at schizofreni er noko ein anten har eller ikkje har, ser den metaforiske «schizofrenien» ut til å kunna vera både graderbar og partiell. I 42 prosent av tilfella av metaforisk bruk er det eit ord/uttrykk rett føre schizofrenitermen som anten graderer «schizofrenien» eller opplyser spesifikt kva avgrensa område som er «schizofrent»:

Sekstetten K(nine) er både mannsterke og *en smule schizofrene*. (Skutle, 2006)

Serien [Ally McBeal] er kanskje genial, men den er *temmelig schizofren*. (Nossum, 2000)

– Den skiltinga er jo *helt schizofren*, ler han. (Forbipasserande, sitert i Medby, 2014)

Den partielle «schizofrenien» opptrer på ei rekkje ulike område:

Spriket mellom de skjønnlitterære nominasjonene til Brageprisen og Bokhandlerprisen er mer enn påfallende. Speiler de to utvalgene et alvorlig tilfelle av *litterær schizofreni*? (Wandrup, 2013)

Nå sendes turistene gjennom 40 års *politisk schizofreni* på halvannen time. (Aano, 2003)

– Æ e jo *helt schizofren når det gjelder klær*. (Per Sundnes, sitert i Johnsen, 2005)

Eit anna særtrekk ved metaforisk bruk er at adjektivet ser ut til å kunna nyttast som måtesadverbial, dvs. som ei skildring av verbalhandlinga i setninga:

George Lucas må ha blitt forvirra av sin egen unike posisjon i universet, for han *veksler schizofrent* mellom å kjede folk i hjel med tomsnakk og forsøke å more dem til døde med barne-TV-fakter som ikke ville blitt innkjøpt som lørdags-underholdning på Kvadrat. (Abrahamsen, 2011)

Men det er altså plenty med norske menn som *opptrer like schizofrent* som Dr. Jekyll & Mr. Hyde; som fordømmer damene på dagtid og kjøper tjenester av dem på kveldstid. (Fossen, 2006)

Til tider *deler handlingen seg på schizofrent vis* i tre parallelle historier: En fotballkamp mellom to indianerstammer, et tyrisk angrep på israelittene i profeten Elias' tid, og en ferjetur nedover elva Styx — en dødselv fra den greske mytologien. (Jonassen & Ottosen, 2009)



I all hovudsak dreier den metaforiske bruken seg om å subjektivt karakterisera noko(n)

Generelt er variasjonsbreidda stor i den metaforiske bruken. «Schizofrenien» kan bestå i veksling att og fram mellom ulike element som avløyer kvarandre:

Før kveldens åttendedelsfinale mot Spania har Norge vært håndball-VMs *mest* «schizofrene» lag: Strålende spill mot Russland (25–25) og Slovenia (30–29), men bønn i bøtta mot Tunisia (19–28) og Ukraina (22–31). (NN, 2003)

Karl Ove Knausgård pendler mellom selvbiografi og roman som det passer ham. Selv *svinger han* «*nesten schizofrent* mellom selvforakt og stormannsgalskap». Mens mottakelsen vinger mellom «biografisk sladder, estetisk henførelse og psykologisk identifikasjon». (Anonym omtale av (og sitat frå?) pamfletten «Knausgårdkoden» av Eivind Tjønneland i *Dagsavisen*)

Eller «schizofrenien» kan gå ut på at noko(n) på ei og same tid består av innbyrdes inkompatible element:

Selskapet [Tine] har blitt *en schizofren konstruksjon*. [...] Tine er litt senterpartipolitikk, litt ernæringspolitikk, mye distriktspolitikk, mye landbrukspolitikk, litt handelspolitikk og litt turisme. (Jensen, 2005)

Brussel er en komplisert og *nærmest schizofren storby*, som ligger like nord for den usynlige språkgrensen mellom fransktalende i sør og flamlendere i nord, som snakker flamsk — en slags nederlandsk. Den belgiske hovedstaden er ifølge loven tospråklig, selv om nesten 80 prosent av byens befolkning har fransk som morsmål. Språkstriden mellom de to befolkningsgruppene er et evig tilbakevendende problem som i årtier har splittet Belgias 10 millioner innbyggere språklig og kulturelt. Omkring 60 prosent av belgierne snakker flamsk, 40 prosent fransk. (Konstad, 2006)

Metaforisk «schizofreni» kan bestå i anten ei todeling eller fleirdeling:

Horst Tappert har utgitt sine memoarer under den *lett schizofrene* dobbelttittelen «Derrick og jeg. Mine to liv». (NN, 1998)

– Platen er *like schizofren* som meg selv. Dette er smakebiter av ulike ting som betyr noe for meg. Derfor er det både litt sentimentale ting, rocka ting og min egen antidop-kampanje, sier [Alex] Rosen. (NN, 1999)

Det å spela fleire roller eller på andre måtar veksla mellom svært ulike «modusar» ser ut til å kunna føra til «schizofreni»:

– Vi spiller inn hele 140 sketsjer, og ingen er like hverandre. *Man kan lett bli schizofren av å sette på seg fire parykker daglig*, sier Pernille. (Pernille Sørensen, sitert i Hagen, 2004)

Blant pressefolk har frustrasjonene ved å måtte velge blant samtidige foredrag og umuligheten i å finne en rød tråd vært samtaleemne. Men også andre har nevnt problemstillingen. For eksempel Henning Hagerup. Da han ankom Nansenskolen lørdag ettermiddag for å holde et foredrag om Svein Jarvolls «Melbourneforelesningene», innledet Hagerup med å si at *han følte seg litt schizofren*. Han kom rett fra et annet oppdrag. Et foredrag om Prøysens bruk av sjangrer. – Jeg liker både Jarvoll og Prøysen, sa Hagerup. – Men hva har de til felles? Jo, begge skriver norsk. (Fredin, 2000)

– *Blir du ikke schizofren av å pendle mellom så ulike språksfærer* – det juridiske og det poetiske? spør vi advokatfullmektigen. Fra før er hun kjent som lyriker. (Aalen, 2003)

I desse døma ser «schizofrenien» ut til å vera eit resultat av ei «schizofren» åtferd. Vanlegvis er det omvendt – ein oppfører seg «schizofrent» fordi ein lir av «schizofreni». Ein kan spekulera på om den «eksogene schizofrenien» forårsaka av «schizofren» åtferd kanskje er av meir forbigåande art enn den «endogene schizofrenien», som forårsakar «schizofren» åtferd. Dersom den «schizofrene» åtferda opphører, forsvinn kanskje «schizofrenien» av seg sjølv?

Sjølv om schizofrenitermane ofte vert nytta som ein relativ negativ karakteristikk i metaforisk bruk, finst det ei rekkje døme på tilsynelatande meir nøytralt eller til og med positivt ladd bruk, som her:

«Det er i *schizofrenien* vi må finne identiteten til huset. Vi har rom for både fine frøkner fra Frogner og sånne svartkledde, langhårede sta-

vangergutter med palestinaskjerf, som meg.»), sa [Aslak] Sira Myhre til tidsskriftet *Bøygen* da han fikk jobben som daglig leder. (Munch, 2008)

Mannen med de mange ansiktene var i ferd med å forvandle seg til artisten med de mange kompleksene. Nå er Bowie tilbake med *et helstøpt schizofrent* album der pendelen, for ikke å si plekteret, svinger over et øs av ulike tidsepoker – hvis eneste fellesnevner er at du kan gjenkjenne dem alle som hans egne. (Nossum, 1999)

Variert repertoar fra *schizofrene* dødmetylkkjemper. [...] For de mest hardbarkede tilhengerne var nok kveldens konsert fullkommen. For dem som er mindre kjent med Opeth, kunne det kanskje bli litt langtrukket innimellom med låter på over ti minutter. Det var uansett *en maktdemonstrasjon i progressiv og schizofren* deathmetal publikum var vitne til. (Skutle, 2005)

Madcon beskriver «Icon» som en svært variert plate. – Den skiva her er jo totalt *schizofren* det er jo alt fra hardeste hiphop til 60-talls musikk, til reggae, til Motown. I essensen var vi en hiphop-gruppe som nå bryter ut av mange barrierer som ikke hiphop har tillatt. For meg betyr det at det ikke finnes noen grenser. Og det er noe jeg liker. (Tshawe Baqwa, sitert i ANB-NTB, 2013)

Det at schizofrenitermane kan nyttast med positivt forteikn, kan kanskje koma som ei overrasking, men det er faktisk dokumentert i tidlegare forskning. Dubugras, Evans-Lacko & de Jesus Mari (2011), fann i si undersøking av ei brasiliansk avis at schizofrenitermane vart nytta med positiv ladning i 19 prosent av tilfella av metaforisk bruk. (Guarniero, Bellinghini & Gattaz (2017) rapporterer på si side at alle tilfelle av metaforisk bruk i utvalde brasilianske aviser var negativt ladde.) Rodrigues-Silva et al. (2017) rapporterer om negativ ladning i 91 prosent, nøytral ladning i 5 prosent og positiv ladning i 4 prosent av tilfella av metaforisk bruk i utvalde portugisiske aviser.

Det ser ut til å vera flytande overgangar mellom negativt, nøytralt og positivt ladd metaforisk bruk av termane i mitt materiale, og vurdering av ladning vil alltid vera basert på ei kontekstbasert tolking. Då eg berre har lese korte brokkar av den umiddelbare konteksten til førekomstane og ikkje heile teksten der dei førekjem, er det ikkje alltid tilstrekkeleg grunnlag for plausible vurderingar av ladning. Dette gjer at eg ikkje har forsøkt å talfesta kor stor del av bruken som er positivt versus nøytralt versus negativt ladd i materialet. Det generelle inntrykket er at den udelt positivt ladde bruken er relativt sjeldan og typisk dreier seg om vellukka kunstnarisk kreativitet og sjangeroverskriding, noko som samsvarer med funna til Dubugras et al. (2011). Kreativitet handlar jo i hovudsak om å kombinera tilsynelatande inkompatible element til ein innovativ og uventa heilskap, slik at ein «schizofren» smak eller tankegang manifesterer seg i eit «schizofrent» (dvs. sjangeroverskridande/originalt) produkt. Vidare ser det ut til at den tydeleg negativt ladde bruken, som ofte dreier seg om karakteristikk av politiske organisasjonar som parti, regjeringar og statar, gjerne heller ikkje er den mest frekvente, jf. at «schizofrenien» ofte er framstilt som partiell eller «låggradig» heller enn altomfattande og total. Til dømes er ca. 12 prosent av tilfella av metaforisk bruk i korpusa utsegn der nokon omtalar seg sjølve som «schizofrene» i ein eller annan forstand, og i all hovudsak ser «schizofrenien» ikkje ut til å plaga dei i vesentleg grad: »



Der ikkje-metaforisk bruk ser ut til å samsvara med den faglege oppfatninga at schizofreni er noko ein anten har eller ikkje har, ser den metaforiske «schizofrenien» ut til å kunne vera både graderbar og partiell



Der reell schizofreni er ei psykisk lidning som per definisjon berre kan råka eit enkeltindivid, kan den metaforiske «schizofrenien» òg råka grupper og ikkje-menneskelege fenomen

Jeg gjør alltid ting jeg er redd for. *Jeg er litt schizofren der.* (Hilde Skaugrud, sitert i Øverbye, 2004)

Jeg er tospråklig, og nå er jeg i tillegg her i Norge, så *jeg er blitt språklig schizofren.* (Saunet Sparell, sitert i Marthinsen, 2006).⁶

– Jeg skal vel være en slags altnuligkvinne. Og *jeg er så schizofren* at jeg etter hvert er blitt en hel gjeng, *smiler* Lisa Tønne. (Lisa Tønne, sitert i Frøytlog, 2000)

Der reell schizofreni er ei psykisk lidning som per definisjon berre kan råka eit enkeltindivid, kan den metaforiske «schizofrenien» òg råka grupper og ikkje-menneskelege fenomen:

At Frp vil stemme slik, var for så vidt ventet, men jeg skjønner ikke hvordan et så lite parti som Venstre, kan ha så sprikende meninger. *Hvor schizofrent kan et parti egentlig være.* (Peter Christian Frølich (H), sitert i Hoaas & Aadland, 2012)

Vi kastes inn i en passe vill, passe *schizofren sjangremiks* av Grease, dansebabes og menn i bleie. (Færden, 2011)

Man kan si mye om hvordan [Amy] Winehouse ble overeksponert, vekselvis hyllet og hånet, ydmyket og genierklært. *Berømmelse er et schizofrent, livsfarlig beist.* (Rambøl, 2015)

Omtale av «gruppeschizofreni», som i dømet med Venstre over, framstiller ei gruppe menneske som splitta, dvs. usamde seg imellom.⁷ Det er altså ikkje snakk om at kvar medlem av gruppa er «schizofren», men at gruppa sett under eitt er «schizofren». Dømet med sjangermiksen over kan analyserast som ein personifikasjon av noko ikkje-menneskeleg, dvs. at sjangermiksen vert framstilt med menneskelege eigenskapar (her: å vera schizofren). Ei alternativ tolking er å sjå det som ein metonymi⁸, der produktet (sjangermiksen) vert tillagt ein eigenskap som eigentleg tilhøyrer produsenten. Det er jo produsenten som har sett saman miksen, og viss miksen er «schizofren», må det til sjuande og sist skuldast produsenten. Dersom produsenten av miksen ikkje er eit enkeltindivid, men ei gruppe menneske, har vi to tolkingalternativ. Anten har vi med «gruppeschizofreni» å gjera, som i dømet med Venstre over, dvs. at det er gruppa, ikkje kvar medlem, som er innbyrdes usamde/splitta. Eller så har vi med «kollektiv schizofreni» å gjera, dvs. at kvar og ein medlem av gruppa er «schizofren» i tydinga 'sjangeroverskridande, kreativ', og er sameinte seg imellom, jf. sitatet frå Baqwa/Madcon over. Dømet med

.....

6. Den «språklege schizofrenien» Sparell refererer til her, er vesensforskjellig frå språklege forstyrningar ved schizofreni (Parnas, Kragh-Sørensen, Mors & Hemmingsen, 2009).
7. Jf. ordet *skisma*, av gr. *skhisma* 'kløft, usemje', som i sin tur er avleidd av *skhizein* og dermed etymologisk beslekta med *schizofreni* (Caprona, 2013). Jamfør òg det engelske uttrykket *be of one mind* 'share the same opinion' (oxforddictionaries.com).
8. Der metaforar som t.d. personifikasjon dreier seg om å omtala noko vha. ord som eigentleg refererer til noko heilt anna, som t.d. å framstilla eit show vha. termar knytt til psykisk helsevern, dreier metonymi seg om å omtala noko vha. ord som eigentleg refererer til noko det står i ei eller anna form for samband med. I uttrykk som «Vi treng fleire hender i eldreomsorga» har vi t.d. ein metonymi der ein del av heilskapen vert nytta for å omtala heilskapen – *hender* refererer her til personar, ikkje til kroppsdelar.

Amy Winehouse kan òg anten analyserast som ei lekamgjering av berømming eller som ein metonymi der media (?) sin «byggja opp/riva ned-strategi» overfor kjende personar vert tillagt berømminga.

DISKUSJON

Undersøkinga viser at adjektivet *schizofren* òg i norsk er vesentleg oftare nytta metaforisk enn substantivet *schizofreni*. Ho tyder også på at det i norsk finst to distinkt ulike tydingar av og bruksmåtar for schizofrenitermane:

- 1) Ein tydingsvariant der termene refererer til diagnosen schizofreni, der den diagnostiserte gjerne er behandlingstrengande og kan vera psykotisk og utilrekneleg. Termene er i utgangspunktet ikkje graderbare når dei er nytta i denne tydinga – anten har ein schizofreni, eller så har ein det ikkje, og diagnostiseringa vert gjort av fagfolk etter fastsette retningslinjer. Denne tydingsvarianten er i media ofte brukt i samband med alvorlege valdsaker, noko som bidreg til stigmatisering av diagnosen og av dei diagnostiserte.
- 2) Ein tydingsvariant som er nær knytt til den bokstavelege tydinga til termene og til ei utbreidd misoppfatning av kva som kjenne-teiknar reell schizofreni, dvs. «splitta sinn/personlegdom». Denne tydingsvarianten refererer til ulike former for «indre splitting» – i hovudsak ambivalens, inkonsistens og sjølvmotseiing. Termene er graderbare når dei er nytta i denne tydinga, «schizofrenien» er ofte partiell og treng ikkje alltid vera negativt ladd eller gjelda (enkelt)meneske. I tillegg kan adjektivet *schizofren* opp-tre som måtesadverbial, dvs. at ein kan gjera noko på ein «schizofren» måte. «Diagnostiseringa» vert gjort av lekfolk etter sterkt varierende «kriterium». Det er meir uklårt kva bruken av denne tydingsvarianten har å seia for stigmatisering av diagnosen og dei diagnostiserte.

Den metaforiske tydingsvarianten er etter alt å døma resultat av ein type determinologiseringsprosess som har ført til semantisk utvatning. Ved slike prosessar vert ein fagterm teken i bruk av lekfolk og abstrahert i så stor grad at han ikkje lenger refererer til det same fenomenet som fagtermen refererer til (Meyer & Mackintosh, 2000; sjå òg Mannsåker, 2018).

Eitt av kjenneteikna ved metaforar er at berre eitt eller nokre få aspekt ved det som den opphavlege tydinga av ordet refererer til, vert bevart i den metaforiske tydinga av ordet (Kövecses, 2010). I den metaforiske bruken av schizofrenitermane er det ideen om splitting av sinnet som årsak til mentale tilstandar og observerbar åtferd som er behalden. Denne ideen er nedfelt i sjølve schizofrenitermen, som bokstaveleg talt tyder 'tilstand av splitta sinn'. Men denne ideen er ikkje lenger ein (sentral) del av den faglege forståinga av sjukdommen. Og det er verdt å merka seg at ingen av dei sentrale aspekta ved reell schizofreni, som utilreknelegheit/psykose, til dels store subjektive plager, stemmehøyring, avflata/inadekvat affekt osv., ser ut til å vera «importerte» over til den metaforiske tydinga. Så det er ein vesensforskjell mellom tyding 1) og 2). Oppfatninga av schizofreni som splitta personlegdom kan i folkeleg bruk tenkjast å vera assosiert med begge tydingane. Men i motsetnad til den ikkje-metaforiske bruken ser den metaforiske bruken av termene ikkje ut til å vera assosiert med (uføreseieleg) valdelegheit.

Utviklinga av to tydingsvariantar av schizofrenitermane er ikkje unik for norsk. Som tidlegare nemnt listar nokre nærståande språks ordbøker begge tydingar, og truleg vil òg *Bokmåls- og Nynorskordboka* (UiB, 2018) på lengre sikt gjera det. Det er viktig for klinikarar å ha i tankane at *schizofren* og *schizofreni* er fleirtydige termar, og at den metaforiske bruken kan tenkjast å bidra til å oppretthalda og forsterka misoppfatninga av schizofreni som ekvivalent med 'splitta personlegdom' (jf. t.d. sitata frå Sørensen og Tønne og omtalen av boka til Horst Tappert over). Denne feiloppfatninga kan finnast hjå både dei som vert diagnostiserte, deira pårørande, helsepersonell og befolkninga generelt. Kva konsekvensar kan det ha for dei diagnostiserte at mange (kanskje inkludert dei sjølve) trur at personar med schizofreni har eit splitta sinn / ein splitta personlegdom?

Skilnadar i bruken av adjektivet og substantivet

Sidan schizofrenitermane i den metaforiske tydingsvarianten ofte refererer til noko graderbart («en smule schizofren») og partielt («språklig schizofren») og inneber ei kategorisering av noko(n), er det ikkje uventa at det er adjektivet som er mest nytta metaforisk, då adjektiv som ordklasse refererer til både

»

eigenskapar med lang varigheit og til tilstandar av forbigåande art (Kulbrandstad & Kinn, 2016). Jamfør òg Sontag (1979), som hevdar at når ein sjukdom vert ein metafor, vert han adjektivisk. Substantiv refererer på si side til klassar av ting (i vid forstand), og det er derfor logisk at substantivet *schizofreni* hovudsakleg vert nytta ikkje-metaforisk, då denne brukstypen primært dreier seg om referanse til diagnosen/sjukdommen.

Idealet innanfor psykisk helsevern ser ut til å vera å unngå bruk av adjektivet når ein omtalar personar med diagnosen. I den språklege praksisen *Person first language* (kalla *Nonhandicapping Language* i APA-stilen⁹) er dette prinsippet nedfelt. Her skal alle adjektiv erstattast av substantiv, og alle *er* skal erstattast med *har*:

ein schizofren person → *ein person med schizofreni*

personen er schizofren → *personen har schizofreni*

Tanken bak denne praksisen er at dersom diagnosen vert nemnt først, som i *ein schizofren person*, så vert oppfatninga av personen negativt farga på førehand, og diagnosen får for mykje fokus. Det er i slike uttrykk (bokstaveleg talt) ikkje først og fremst snakk om ein person, men om ein diagnose. Målet er at det skal vera omvendt: Nemn personen først, så diagnosen. Dersom ein nyttar formuleringar som *schizofren person* / *personen er schizofren*, så framstiller ein schizofrenien som ein tilstand personen er i, eller som ein eigenskap ved personen. Brukar ein adjektivet åleine for å referera til personar med diagnosen, som t.d. *dei schizofrene*, framstiller ein på sett og vis personane som vandrande diagnosar (Mannsåker 2016; Lauveng 2006).

Innanfor adjektivforskinga er det blitt hevda at det er forskjell på konstruksjonar der adjektivet står attributivt til substantivet (*ein schizofren person*) og predikativt til substantivet (*personen er schizofren*): Førstnemnde posisjon signaliserer at adjektivet refererer til ein relativt permanent eigenskap, sistnemnde posisjon er nøytral i høve til om eigenskapen er permanent eller midlertidig (Cruse, 2011; sjå òg Mannsåker, 2017b). Jamfør skilnaden

.....

9. <https://www.apastyle.org/manual/related/nonhandicapping-language>

mellom *ein roleg gut* og *guten er roleg*. Synet på prognosen ved schizofreni verkar truleg inn på oppfatninga av adjektivet *schizofren*. Schizofreni vert av mange (feilaktig) oppfatta som ein sjukdom det ikkje er mogeleg å bli frisk av (Friis, 2012). Derfor vil uttrykk som *han er schizofren* kunna oppfattast som ein karakteristikk av ein permanent eigenskap ved personen. Uttrykk som *han er deprimert* vil derimot kunna oppfattast som ei skildring av personen sin (midlertidige) tilstand, sidan depresjon vert oppfatta som ein sjukdom ein blir frisk av.

I motsetnad til adjektiv vert substantiv typisk nytta om entitetar, ikkje om eigenskapar og tilstandar. Ved å bruka substantivet *schizofreni* skil ein personen og sjukdommen. I uttrykk som *ein person med schizofreni* og *ein person som har schizofreni* vert det referert til to separate entitetar: personen og sjukdommen. I uttrykk som *ein schizofren person* vert det berre referert til éin entitet: personen. I uttrykk som *den schizofrene* vert det òg berre referert til personen. Men her refererer ein til personen ved hjelp av namnet på diagnosen hans. I slike uttrykk har diagnosen bokstaveleg talt erstatta personen.

Granello & Gibbs (2016) rapporterer om eit forsøk som viste positiv effekt på haldningar ved bruk av *Person First*-formuleringar. Men *Person First*-praksisen og effekten av han er omstridd, sjå t.d. Collier (2012a; 2012b; 2012c), Louis (1999), Sinclair (1999) og Strand (2018). Og det er viktig å vera klar over at ordklassar ikkje har negative konnotasjonar i seg sjølv. Adjektiv kan referera til både positive og negative så vel som permanente og forbigåande eigenskapar, jf. adjektiv som *sprek*, *lat*, *intelligent*, *søvnig*. Grunnen til at ikkje-metaforiske konstruksjonar med adjektivet *schizofren* kan oppfattast som stigmatiserande, er at fenomenet som vi kallar *schizofreni*, er stigmatisert. Konsekvent bruk av og sterk insistering på *Person First*-konstruksjonar kan paradoksalt nok tenkjast å understreka dette. Adjektiv avleidde av sjukdomstermar får då nærast status som tabuord som ein for all del må unngå å bruka i omtale av personar. Dette kan mogelegvis få negative konsekvensar for oppfatninga av sjukdomstermane: Kan *schizofreni* vera ein gangbar og uproblematisk term å bruka dersom den avleidde termen *schizofren* blir oppfatta som så problematisk?

Er den metaforiske bruken av schizofrenitermane stigmatiserende?

Den folkelege bruken av schizofrenitermane kan sjåast i lys av førestillinga om det delte sjølvvet. Somme kritiske røyster i psykiatrien har kalla termen *schizofreni* meiningslaus og mystisk (Van Os, 2010; Kingdon et al., 2008), men i røynda kan det vera tvert om: Ideen om det delte sjølvvet/sinnet er nedfelt i både tanke og språk, m.a. i Freud sin egomodell og i det tradisjonelle skiljet mellom fornuft og kjensler (Damasio, 2001). Språket tillèt t.d. at ein person kan vera agens og pasient i setninga, som her: Eg *tvinga meg til å le*.¹⁰ (Sjå òg Talmy, 2000; Lakoff & Johnson, 1999; Mannsåker, 2010; 2017b.) Termen *schizofreni*, som bokstaveleg tyder 'splitta sinn', gjev derfor sannsynlegvis meining for folk flest. Den bokstavelege tydinga er truleg relativt kjend, og 'sinnssplitting' tett assosiert med sjukdommen, sidan etymologien til termen er presentert i mange oppslagsverk, og sjukdommen gjennom tidene ofte er blitt definert og omtalt som t.d. «spaltet sinn» (Malt, 2016) og «personlighetssplitting», sjå Mannsåker (2017b).

Det delte sjølvvet impliserer ikkje avvik, men ein allmenn, normal tilstand. Alle har i større eller mindre grad erfart indre motsetningar, der «delane» er usamde seg imellom. Jamfør det engelske uttrykket *to be in/of two minds* 'be unable to decide between alternatives' (oxforddictionaries.com). Indre splitting, derimot, kan ofte referera til ein meir alvorleg og omfattande problematikk. Ifølgje Berrios, Luque & Villagrán (2003) oppstod det i byrjinga av 1800-talet ein forklaringsmodell på avvikande åtferd som dei kallar «The Splitting Metaphor», og termen *schizofreni* oppstod som ein språkleg manifestasjon av denne modellen. I sjukdomssamanheng vert «splitta sinn» ofte tolka som «splitta personlegdom» (McNally, 2007), og lekfolk assosierer dette med uføreseielegheit, irrasjonalitet og vald (Economou et al., 2009). Denne oppfatninga vert forsterka av media si (ikkje-metaforiske) framstilling av schizofreni.

Den metaforiske bruken av schizofrenitermane ser derimot ut til i all hovudsak å vera knytt til ideen om det delte sjølvvet som ein vanleg, ikkje-patologisk tilstand og kan tolkast som ein hyberbolsk og forsøksvis meir «fancy» og «lærd» måte å uttrykkja at noko(n) er prega av ei form for ambivalens/inkonsistens/sjølvmotseiing. Det ser nemleg ut til å vera korrelasjon mellom høg utdanning og metaforisk bruk av schizofrenitermane (Schomerus et al., 2007) og ein bruksskilnad mellom seriøse aviser og tabloidaviser: Sistnemnde koplar i sterkare grad schizofreni med brotsverk og vald, medan førstnemnde i større grad nyttar schizofrenitermane metaforisk (Schlier & Lincoln, 2014; Chopra & Doody, 2007; Boke, Aker, Alptekin Aker, Sarisoy & Sahin, 2007). Og sjølv om fagfeltet ser ut til å vera kritisk til den folkelege metaforiske bruken av termene, kan det ironisk nok ha vore ein fagperson som var pioner for denne språkbruken. Ifølgje McNally (2007) stammar det (truleg) første dokumenterte tilfellet av metaforbruken frå den kjende amerikanske psykologen G. Stanley Hall, som i 1916 uttalte til *Washington Post* at han hadde utvikla «schizophrenia» som følgje av sitt elsk/hat-forhold til Tyskland:

«Schizophrenia.» Dr. Hall told me, «is a term much used by psychologists to describe a divided mind, of which the Jekyll-Hyde personality is one type. I was made in Germany, and everything I am I owe to German scholarship, for I spent some of my student days there. At the same time I deplore the

.....

10. Jamfør òg tittelen på NRK sin dokumentarserie om ungdom med psykiske vanskar: «Jeg mot meg».



Brukar ein adjektivet *åleine* for å referera til personar med diagnosen, som t.d. *dei schizofrene*, framstiller ein på sett og vis personane som vandrane diagnosar





Det er viktig å understreka at dei fleste tilfella av metaforisk bruk i materialet mitt er meir eller mindre negativt ladde

militarist spirit. It is in trying to reconcile these conflicting tendencies in my self that I have developed schizophrenia or split soul. (Hall, sitert av ikkje namngjeven journalist i *Washington Post*-artikkelen «He calls it Schizophrenia», referert i McNally, 2007, s. 71)

Den metaforiske bruken dukka altså opp i media via ein fagperson maksimalt åtte år etter at schizofrenitermen vart danna og lansert som erstatningsterm for det dåverande sjukdomsnamnet *dementia praecox* (Bleuler, 1908; Mannsåker, 2017a; 2017b). Og interessant nok brukte fagpersonen termen metaforisk om seg sjølv. Dette er ei form for bruk som òg er relativt utbreidd i materialet mitt. Dette tyder på at den metaforiske «schizofrenien» ikkje er knytt til stigmatisering på same måten som reell schizofreni er. Folk ville neppe ha frivillig omtalt seg sjølv eller produkta sine som «schizofrene» elles, jf. t.d. sitata frå Tønne, Rosen og Baqwa.

Kan det tenkjast å vera positivt for synet på diagnosen schizofreni at kjende artistar tidvis omtaler seg sjølv som «schizofrene»? Verkar metaforisk bruk av termane med relativt nøytral eller positiv ladning ufarleggjerande og destigmatiserande? Det er grunn til å tru at dette ikkje er tilfellet, sidan skilnaden mellom den metaforiske tydinga og den ikkje-metaforiske tydinga er så stor. Schizofreni vert oppfatta som noko heilt anna enn «schizofreni». Den metaforiske bruken kan snarare bidra til (mis)oppfatninga av reell schizofreni ved å forsterka assosiasjonane mellom schizofrenitermane og førestillinga om splitta sinn/personlegdom.

Den meir positivt ladde bruken av termane i mitt materiale ser som nemnt ut til å vera knytt til vellukka kunstnarleg kreativitet. Dette er ikkje overraskande, sidan assosiasjonen mellom ulike former for «galskap» og kreativitet har eksistert i kulturen i lange tider (Schlesinger, 2009, sjå òg Goodyear, 2004). Sjølv om det skulle visa seg å vera ein fellesnemnar mellom desse (Fink et al., 2013), så vil ikkje det seia at ein dermed kan setja likskapsteikn mellom dei. Eit slikt syn ville vera romantiserande og trivialiserande i høve til schizofrenidiagnosen og sjukeleggjerande i høve til kreative menneske.

Det er viktig å understreka at dei fleste tilfella av metaforisk bruk i materialet mitt er meir eller mindre negativt ladde. Den metaforiske bruken bidreg sannsynlegvis slik til dei nega-

tive assosiasjonane som er knytte til termen *schizofreni*. Språkbruken kan dermed tenkjast å bli oppfatta som stigmatiserande og respektlaus overfor dei som har diagnosen. Dette er truleg ein utilsikta effekt i dei aller fleste tilfella. Sannsynlegvis bruker dei fleste desse termane metaforisk utan å tenkja på at det kan vera krenkjande for somme grupper (Mannsåker, 2018). I alle høve er bruksspennet i den metaforiske bruken stort, så det er vanskeleg å generalisera for mykje, sjå t.d. Pfleiderer & Hackl (2007), Nusca (2017) og Mathisen (2013).

Den metaforiske bruken kjem neppe til å forsvinna med det første. I kor stor grad han verkar stigmatiserande isolert sett, er vanskeleg å seia. Eit ord kan ha ulike tydingsvarianter og bruksområde, og det kan ha ulike assosiasjonar for ulike språkbrukarar. Det som truleg isolert sett bidreg klårt mest til stigmatisering av diagnosen, er den uproporsjonerte koplinga mellom diagnosen schizofreni og alvorleg vald i ulike media. Og når assosiasjonen mellom schizofreni og splitta sinn/personlegdom vert kombinert med assosiasjonen mellom schizofreni og vald, er grunnen lagt for ei oppfatning av schizofreni som ekvivalent med ein Jekyll/Hyde-personlegdom (NN, 2019). Denne misoppfatninga kan føra til at samfunnet fryktar dei som har schizofreni, og at dei som har schizofreni, fryktar seg sjølve (Nath, 2013). Fagfeltet og brukarorganisasjonar bør derfor saman med Pressens Faglige Utvalg prøva å jobba for at framstillinga av (reell) schizofreni i media vert meir balansert, slik Anda (2013) føreslår.

Studiens styrkar og veikskapar

Samanlikna med tidlegare undersøkingar nyttar eg ein meir finmaska analysemetode som gjev høve til å undersøkje korleis schizofrenitermane er brukte, og kva dei spesifikt refererer til i kvart og eitt tilfelle, noko som har fått fram eit meir nyansert bilete av den metaforiske bruken. Analyse materialet og metoden min gjer at mi undersøking ikkje er direkte samanliknbar med tidlegare undersøkingar talmessig. Det er t.d. mogeleg at avistekstar generelt har større del av metaforisk bruk enn andre typar tekstar, og at inkluderinga av det balanserte korpuset gjer at sistnemnde trekkjer ned metaforsnitet noko – eller vice versa. Det at fleire aviser nyttar same sitat (sjå metoddelen), kan føra til at «idiosynkratiske» bruksmåtar får uforholdsmessig store utslag i talmaterialet. Bruk

av ordteljingsmetoden kan tenkjast å gje relativt fleire treff på ikkje-metaforisk bruk av termane i høve til metaforisk bruk enn tidlegare undersøkingar, som har nytta tekstteljingsmetoden. Det er rimeleg å gå ut frå at tekstar som omhandlar reell schizofreni, i regelen har relativt fleire treff på termane per tekst enn tekstar som nyttar termane metaforisk, sidan diagnosen schizofreni per definisjon er tema i førstnemnde og ikkje er tema i sistnemnde – typisk er termane der nytta berre 1–2 gonger, som eit språkleg verkemiddel.

Tidlegare undersøkingar har i regelen avgrensa seg til éi eller nokre få aviser og/eller til spesifikke årgangar, medan eg har «finkjemt» to korpus, utan omsyn til periode, sjanger eller kjelde. Dette har gjeve meg eit stort materiale, men eventuelle synkrone variasjonar mellom ulike teksttypar eller mellom forskjellige aviser og/eller diakrone endringar i bruken av termane over tid i det norske språket vil ikkje bli fanga opp av mi undersøking. Dei korpusa eg har brukt, strekkjer seg berre til 2015 og 2013, og bruken av termane dei siste åra er derfor

ikkje registrert i undersøkinga mi. Eg har heller ikkje undersøkt og samanlikna bruken av andre psykiatritermar (t.d. *autisme/autistisk* og *psykose/psykotisk*) med bruken av schizofrenitermane. Kva menneske med diagnosen schizofreni og deira pårørande synest om den folkelege bruken av termane, er heller ikkje undersøkt. Desse temaa er aktuelle for vidare forskning.

KONKLUSJON

Det ser ut til å vera to distinkt ulike tydings- og bruksvariantar av schizofrenitermane i norsk, ein ikkje-metaforisk og ein metaforisk. Ei samanlikning av bruken av adjektivet versus substantivet viser at det er adjektivet som er klårt mest brukt metaforisk, eit funn som samsvarer med tidlegare forskning. Den metaforiske bruken av schizofrenitermane ser ut til å vera både veletablert og variert, og den metaforiske tydinga er truleg på veg inn i norske ordbøker. Kor stigmatiserande den metaforiske bruken er, er vanskeleg å seia, men han bidreg truleg til ei sementering av misoppfatninga av schizofreni som splitta personlegdom. Kopla med den sterke assosiasjonen mellom schizofreni og valdsaker i media kan dette ha svært uheldige konsekvensar for synet på dei som har sjukdommen, og føra til stigmatisering så vel som sjølvstigmatisering. Den metaforiske bruken er truleg vanskeleg å utradera, sidan han er så veletablert internasjonalt og ser ut til å resonnera med den innprenta ideen om det delte sjølvvet. Men forhåpentleg vil det vera mogeleg å motverka den ubalanserte framstillinga av (reell) schizofreni i media. ✘

KJELDER

- Aalen, K. (2003). Språkspion i to leire. *Stavanger Aftenblad*. Henta frå <https://www.aftenbladet.no/kultur/i/03RoE/Sprakspion-i-to-leire> 29.4.19.
- Aano, T. (2003). Østergi. *Stavanger Aftenblad*. Henta frå <http://www.aftenbladet.no/fritid/reiser/Ostergi-2615364.html> 20.7.18.
- Abrahamsen, A. (2011). Star wars 1 Den skjulte trussel The phantom menace. Henta frå <http://www.arilabra.com/film-database/2011/10/03/star-wars-1-den-skjulte-trussel-the-phantom-menace/> 20.7.18.
- ANB-NTB. (2013). Madcon med ny plate. *Nordlys*. Henta frå <http://www.nordlys.no/kultur/madcon-med-ny-plate/s/1-79-6800845> 20.7.18.
- Anda, L.G. (2013). Mord, galskap og løver – schizofreni i norske aviser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(12), 1154–1162.
- Băban, A., & Calo, L. (2013). The Stigma of Schizophrenia in Romanian Newspapers: a Content Analysis. *Romanian Sociology*, XI(3/2013), 8–22.
- Berrios, G.E., Luque, R., & Villagrán, J.M. (2003). Schizophrenia: A Conceptual History. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 111–140.
- Bleuler, E. (1908). Die Prognose der Dementia Praecox (Schizophreniegruppe). *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, fünfundsechzigster Band*, 436–464.
- Boke, O., Aker, S., Alptekin Aker, A., Sariso, G., & Sahin, A. (2007). Schizophrenia in Turkish newspapers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(6), 457–461. DOI:10.1007/s00127-007-0198-8
- Caprona, Y.d. (2013). *Norsk etymologisk ordbok: tematisk ordnet*. Oslo: Kagge.
- Chopra, A.K., & Doody, G.A. (2007). Schizophrenia, an Illness and a metaphor: analysis of the use of the term 'schizophrenia' in the UK national newspapers. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 100(9), 423–426.
- Collier, R. (2012a). Person-first language: Laudable cause, horrible prose. *Canadian Medical Association Journal*, 184(18), E939–E940. doi:10.1503/cmaj.109-4338
- Collier, R. (2012b). Person-first language: Noble intent but to what effect? *Canadian Medical Association Journal*, 184(18), 1977–1978. doi:10.1503/cmaj.109-4319
- Collier, R. (2012c). Person-first language: What it means to be a «person». *Canadian Medical Association Journal*, 184(18), E935–E936. doi:10.1503/cmaj.109-4322
- Cruse, D.A. (2011). *Meaning in language: an introduction to semantics and pragmatics*. Oxford: Oxford University Press.
- Damasio, A.R., & Lie, K.A. (omsettar) (2001). *Descartes' feiltagelse: fornuft, følelser og menneskehjernen*. Oslo: Pax.

- Deignan, A. (2005). *Metaphor and Corpus Linguistics*. Philadelphia, PA, USA: John Benjamins Publishing Company.
- Det Danske Sprog- og Litteraturselskab (u.å.) *Den danske ordbog*. <http://ordnet.dk/ddo>
- Dubugras, M.T.B., Evans-Lacko, S., & de Jesus Mari, J. (2011). Portrayal of schizophrenia in a prestigious newspaper in Brazil. *Psychiatric services (Washington, D.C.)*, 62(5), 565–565.
- Dudenredaktion. (2007). *Duden: Deutsches Universalwörterbuch*. Mannheim: Dudenverlag.
- Economou, M., Richardson, C., Gramandani, C., Stalikas, A., & Stefanis, C. (2009). Knowledge about schizophrenia and attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 55(4), 361–371.
- Fink, A., Weber, B., Koschutnig, K., Benedek, M., Reishofer, G., Ebner, F., ... Weiss, E.M. (2014). Creativity and schizotypy from the neuroscience perspective. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 14(1), 378–387. doi:10.3758/s13415-013-0210-6.
- Fossen, E. (2006). Når verden banker på. *Dagbladet*. Henta frå <http://www.dagbladet.no/kultur/2006/07/06/470778.html> 30.8.16.
- Fredin, M.A. (2000, 22.05.). Dårskapens ende. *Dagbladet*. Henta frå <https://www.dagbladet.no/kultur/darskapens-ende/65604283> 29.4.19.
- Friis, S. (2012). Kan man bli frisk av schizofreni? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 132(7), 847–848. doi:10.4045/tidskr.12.0270
- Frøytlog, B. (2000). Jenter på tv-tur. *Dagbladet*. Henta frå <https://www.dagbladet.no/kultur/jenter-pa-tv-tur/65648946> 29.4.19
- Færden, S. (2011). Absurde ablegoyer. *Aftenposten*. Henta frå <http://www.aftenposten.no/osloby/byliv/Absurde-ablegoyer-170035b.html> 20.7.18.
- Goodyear, S. (2004). *Schizophrenia as metaphor: 'Madness' and the cinematic asylum*. (MQ91035 M.A.), Concordia University (Canada), Ann Arbor. Henta frå <http://search.proquest.com/docview/305132333?accountid=8579> 16.5.2019.
- Guarniero, F.B., Bellinghini, R.H., & Gattaz, W.F. (2017). The schizophrenia stigma and mass media: a search for news published by wide circulation media in Brazil. *International Review of Psychiatry*, 29(3), 241–247. doi:10.1080/09540261.2017.1285976
- Granello, D.H., & Gibbs, T.A. (2016). The Power of Language and Labels: «The Mentally Ill» Versus «People With Mental Illnesses». *Journal of Counseling & Development*, 94(1), 31–40. doi:10.1002/jcad.12059.
- Hagen, G. (2004). Lager «Idol»-parodi. *Dagbladet*. Henta frå <https://www.dagbladet.no/kultur/lager-idol-parodi/65949867> 29.4.2019.
- Hoas, K.C., & Aadland, C. (2012). Tiden renner ut for BHG. *BT*. Henta frå <http://www.bt.no/nyheter/lokalt/Tiden-renner-ut-for-BHG-2807457.html> 30.7.18.
- Jensen, T.Ø. (2005). TINE som forfallssymbol. *Dagbladet*. Henta frå <http://www.dagbladet.no/kultur/2005/03/04/425156.html> 20.7.18
- Johnsen, L.W. (2005). Poppoteten Per. *Dagsavisen*. Henta frå <https://www.dagsavisen.no/innenriks/poppoteten-per-1.886442> 29.4.19.
- Jonassen, T.H., & Ottosen, P. (2009). Morten Abel romandebuterer. *Dagbladet*. Henta frå: <https://www.dagbladet.no/kultur/morten-abel-romandebuterer/65270205> 29.4.19.
- Joseph, A.J., Tandon, N., Yang, L.H., Duckworth, K., Torous, J., Seidman, L.J., & Keshavan, M.S. (2015). #Schizophrenia: Use and misuse on Twitter. *Schizophrenia Research*, 165(2), 111–115. doi:https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.04.009
- Kingdon, D., Gibson, A., Kinoshita, Y., Turkington, D., Rathod, S., & Morrison, A. (2008). Acceptable terminology and subgroups in schizophrenia: an exploratory study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(3), 239–243.
- Knudsen, R.L., & Fjeld, R.V. (2013). LBK2013: A balanced; annotated national corpus for Norwegian Bokmål. Proceedings of the workshop on lexical semantic resources for NLP at NODALIDA 2013; May 22–24; Oslo; Norway. *NEALT Proceedings Series 19*. <http://www.hf.uio.no/iln/om/organisasjon/tekstlab/prosjekter/lbk/index.html>
- Konstad, J. (2006). Belgias schizofrene hovedstad. *Stavanger Aftenblad*. Henta frå <https://www.aftenbladet.no/utenriks/i/dGOzz/Belgias-schizofrene-hovedstad> 29.4.19.
- Kulbrandstad, L.A., & Kinn, T. (2016). *Språkets mønstre: norsk språklære med øvingsoppgaver* (4. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Kövecses, Z. (2010). *Metaphor. A Practical Introduction* (2. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh: the embodied mind and its challenge to Western thought*. New York: Basic Books.
- Lauveng, A. (2006). De schizofrene. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 126(8), 1176. Henta frå <https://tidsskriftet.no/2006/04/gjesteskribent/de-schizofrene> 14.5.19.
- Leksikografisk bokmålskorpus. Utvikla ved Avdeling for bokmålsleksikografi ved Institutt for lingvistiske og nordiske studier, UiO. Heimeside: <https://www.hf.uio.no/iln/om/organisasjon/tekstlab/prosjekter/lbk/index.html>
- Louis, K.O.S. (1999). Person-first labeling and stuttering. *Journal of Fluency Disorders*, 24(1), 1–24. doi:https://doi.org/10.1016/S0094-730X(98)00024-2.
- Luty, J., Fekadu, D., & Dhandayudham, A. (2006). Understanding of the term «schizophrenia» by the British public. *World Psychiatry*, 5(3), 177–178.
- Magliano, L., Read, J., & Marassi, R. (2011). Metaphoric and non-metaphoric use of the term «schizophrenia» in Italian newspapers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(10), 1019–1025. doi:10.1007/s00127-010-0274-3
- Malt, U. (2016). Schizofreni. I *Store medisinske leksikon*. Henta frå <https://sml.snl.no/schizofreni> 20.7.18.
- Mannsåker, H. (2010). «Inn i noko endå djupare» – Metaforbruk om sinnet og stemningslidningar (mastergradsoppgåve), Universitetet i Bergen, Bergen. <http://bora.uib.no/handle/1956/11885>
- Mannsåker, H. (2016). Når berre sjukdommen står att. *Bergens Tidende*. doi:<http://www.bt.no/btmeninger/debatt/Nar-berre-sjukdommen-star-att-325887b.html>
- Mannsåker, H. (2017a). Er schizofreniteren moden for skraphaugen? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 137(6), 459–461. DOI:10.4045/tidsskr.16.0846.
- Mannsåker, H. (2017b). *Schizofrene symptom og splitta sinn – Kritiske metonymi og metaforanalyser av fagtermar knytte til diagnosen schizofreni i skandinaviske lærebøker i psykiatri*. (Doktoravhandling), Universitetet i Bergen, Bergen. <http://bora.uib.no/handle/1956/16645>
- Mannsåker, H. (2018). Når psykiatritermar vert metaforar: Ein kassustudie av uttrykket «politisk autisme». *Norsk Lingvistisk Tidsskrift*, 36, 95–137. <http://ojs.novus.no/index.php/NLT/article/view/1491>

- Marthinsen, T.J.R. (2006). Sparell levende. *Dagbladet*. Henta frå <http://www.dagbladet.no/magasinet/2006/04/04/462811.html> 20.7.18.
- Mathisen, J. (2013). – Parken er landets desidert mest schizofrene festival! *Avisa Nordland*. Henta frå <https://www.an.no/parken/parken-er-landets-desidert-mest-schizofrene-festival/s/1-33-6706524.7.12.18>.
- McNally, K. (2007). Schizophrenia as split personality/Jekyll and Hyde: the origins of the informal usage in the English language. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 43(1), 69–79.
- Medby, A. (2014). – Jeg måtte snu og ta et bilde. *Nordlys*. Henta frå <https://www.nordlys.no/nyheter/jeg-matte-snu-og-ta-et-bilde/s/1-79-7555522.29.4.2019>
- Meyer, I., & Mackintosh, K. (2000). When terms move into our everyday lives: An overview of de-terminologization. *Terminology. International Journal of Theoretical and Applied Issues in Specialized Communication*, 6(1), 111–138. DOI:10.1075/term.6.1.07mey
- Munch, A.T. (2008). For folk – ikke fiff. *Bok og bibliotek*. Henta frå <http://www.bokogbibliotek.no/for-folk-ikke-fiff> 21.7.18.
- Nath, D. (2013). The schizophrenia stereotype scares the sufferer too. *Independent*. Henta frå <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/the-schizophrenia-stereotype-scares-the-sufferer-too-8937792.html?origin=internalSearch> 20.7.18.
- NN. (1998). Feirer Derricks farvel. *VG*. Henta frå <http://www.vg.no/rampelys/tv/feirer-derricks-farvel/a/32441/> 20.7.18.
- NN (1999). Turné og nytt TV-program. *VG*. Henta frå <http://www.vg.no/rampelys/musikk/turne-og-nytt-tv-program/a/47655/> 22.7.18.
- NN. (2003). Må fighte som ville dyr. *VG*. Henta frå <https://www.vg.no/sport/haandball/i/nggerd/maa-fighte-som-ville-dyr> 29.5.19.
- NN. (2010). Knausgårds tryllering. *Dagsavisen*. Henta frå <https://www.dagsavisen.no/kultur/boker/knausgards-tryllering-1.831582> 29.4.2019
- NN. Dr. Jekyll og Mr. Hyde. (2019). I *Store norske leksikon*. Henta frå https://snl.no/Dr_Jekyll_og_Mr_Hyde 29.5.19.
- Nordahl-Hansen, A., Tøndevold, M., Øien, R.A., & Fletcher-Watson, S. (2018). En empirisk studie av autisme på film og TV. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(12), 1102–1107. Henta frå <https://psykologtidsskriftet.no/2018/11/en-empirisk-studie-av-autisme-pa-film-og-tv> 28.1.19.
- Norsk aviskorpus bokmål. Laga av *Norsk aviskorpus*. Distribuert av portalen CLARINO UiB: hdl:11495/D9B5-0349-4330-0
- Nossum, B. (1999). Stagnert storhet. *Dagbladet* (30.09.1999). Henta frå <https://www.dagbladet.no/kultur/stagnert-storhet/65548916> 24.4.2019.
- Nossum, B. (2000). Bilvask 2000. *Dagbladet*. Henta frå <http://www.dagbladet.no/kultur/2000/08/16/215480.html> 20.7.18.
- Nusca, A. (2017). Scaramucci: Reince Priebus Is 'a F**king Paranoid Schizophrenic'. *Fortune*. Henta frå <http://fortune.com/2017/07/27/scaramucci-priebus-schizophrenic/> 17.1.19.
- Owen, P.R. (2012). Portrayals of Schizophrenia by Entertainment Media: A Content Analysis of Contemporary Movies. *Psychiatric Services*, 63(7), 655–659. doi:10.1176/appi.ps.201100371
- Oxford University Press (2018). *Oxford English Dictionary*. <https://en.oxforddictionaries.com/>
- Parnas, J., Kragh-Sørensen, P., Mors, O., & Hemmingsen, R. (2009). *Klinisk psykiatri*. København: Munksgaard.
- Pfleiderer, C., & Hackl, R. (2007). High-temperature superconductivity: Schizophrenic electrons. *Nature*, 450(7169), 492–493. Henta frå <http://dx.doi.org/10.1038/450492a> 31.5.19.
- Pragglejaz-Group. (2007). MIP : a method for identifying metaphorically used words in discourse. *Metaphor and Symbol*, 22(1), 1–39. Henta frå <http://dx.doi.org/10.1080/10926480709336752> 31.5.19.
- Rambøl, E.S. (2015). Far gone girl. *Dagsavisen*. Henta frå <https://www.dagsavisen.no/kultur/film/far-gone-girl-1.380604> 16.5.19.
- Rodrigues-Silva, N., Falcão de Almeida, T., Araújo, F., Molodynski, A., Venâncio, Â., & Bouça, J. (2017). Use of the word schizophrenia in Portuguese newspapers. *Journal of Mental Health*, 26(5), 426–430. doi:10.1080/09638237.2016.1207231.
- Schlier, B., & Lincoln, T.M. (2014). «Blutaten» und «schizophrene Politik». *Psychotherapeut*, 59(4), 293–299. doi:10.1007/s00278-014-1058-0
- Schlesinger, J. (2009). Creative mythconceptions: A closer look at the evidence for the «mad genius» hypothesis. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 3(2), 62–72. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0013975>
- Schomerus, G., Kenzin, D., Borsche, J., Matschinger, H., & Angermeyer, M. (2007). The association of schizophrenia with split personality is not an ubiquitous phenomenon. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(10), 780–786. doi:10.1007/s00127-007-0235-7
- Sinclair, J. (1999, 31.3.2016). Why I dislike «person first» language. Henta frå <http://autismmythbusters.com/general-public/autistic-vs-people-with-autism/jim-sinclair-why-i-dislike-person-first-language/> 15.11.16.
- Skutle, Ø. (2005). Tight som bare juling – Variert repertoar fra schizofrene dødmestalkjemper. *BT*. Henta frå <http://www.bt.no/kultur/konsert/Tight-som-bare-juling-2305730.html> 30.8.16.
- Skutle, Ø. (2006). Følger lederne. *BT*. Henta frå <http://www.bt.no/kultur/musikk/Folger-lederne-1798255.html> 30.7.18.
- Sontag, S., & Schønning, G. (omsettar) (1979). *Sykdom som metafor*. Oslo: Gyldendal.
- Strand, N. (2018). Autisten i oss. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(12), 1096–1101. Henta frå <https://psykologtidsskriftet.no/2018/11/autisten-i-oss> 28.1.19.
- Talmy, L. (2000). *Toward a cognitive semantics*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Thys, E., Struyven, C.I., Danckaerts, M., & De Hert, M. (2013). Stigmatization of schizophrenia in Flemish newspapers. *Schizophrenia Research*, 150(2–3), 598–599. doi:10.1016/j.schres.2013.08.040
- UiB/Språkrådet. (2018) *Bokmåls- og Nynorskordboka*. https://ordbok.uib.no/info/om_ordbokene_bm.html
- Van Os, J. (2010). Are psychiatric diagnoses of psychosis scientific and useful? The case of schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 19(4), 305–317.
- Wandrup, F. (2013). Å sette pris på bøker. *Dagbladet*. Henta frå <http://www.dagbladet.no/2013/11/10/kultur/mening/hovedkommentar/kommentar/litteraturpriser/30242943/> 20.7.18.
- WHO. (2018). *ICD-11. 6A20 Schizophrenia*. Henta frå <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1683919430> 16.10.18.
- Øverbye, M. (2004). Englefjes. *Dagbladet*. Henta frå <http://www.dagbladet.no/magasinet/2004/10/02/409993.html> 20.7.18.



ENERGI Kanskje psykologer velger vekk energibegreper fordi de oppleves som uvitenskapelige, skriver psykologspesialist Arild Hafstad. Bilde: Edvard Munch (1910-11) / Wikipedia

Kan vi snakke om livsenergi?

I dagligtalen bruker vi energi som et uttrykk for vårt velbefinnende, men vi trenger også et psykologisk fagspråk som innbefatter studiet av livsenergi.

ARILD HAFSTAD, psykologspesialist **KONTAKT** post@nibi.no



Klienter forteller at de mangler energi, mens psykologien mangler ordet

Mennesker som møtes, spør gjerne «Hvordan har du det?». Svaret kan være et «jo takk, det går bra, kjenner jeg har mye energi om dagen» eller «nei, vet du hva, i høst har jeg vært tom for energi».

I *dagligtalen* bruker vi energi som et uttrykk for vårt velbefinnende: Vi har energi-boost, er livlige, kjenner oss unge som foler eller er yre som kviger på grønnebeite. Eller motsatt: energiløse, utladede, har flatt batteri, er på felgen, drar bena etter oss, eller kroppen er blytung.

Slike ord og uttrykk har til felles at de formidler noe vesentlig til andre om hvordan vi opplever vår livstilstand. De andre forstår oss gjerne med letthet. Vi har altså en felles anelse av hvordan det står til med vår livsenergi, og vi har et rikt språk om dette – trolig fordi det føles personlig viktig.

PSYKOLOGIENS ENERGIMANGEL

Selvsagt har også psykologer et dagligspråk for energi, men vi mangler et *fagspråk*. Psykologene i dag mangler ord om energi, og har psykologene ord, er de ofte uklart definert eller tilslørende. I journaler kan vi rett nok gjenfinne ord som minner om dagligspråket, med personkarakteristikker som oppegående, velfungerende, agitert, oppstemt, sliten, trøtt, utmattet, letargisk, nedtrykt osv. Det finnes også diagnoser som forsøker å favne vår energi, da i negative termer: hypoman, agitert, kronisk utmattet, nevrastenisk, depressiv, CFS/ME eller stoffskifteforstyrrelser.

Likevel: Går vi til teorien, finner vi knapt med ord og begreper som direkte refererer til energi. Klienter forteller at de mangler energi, mens psykologien mangler ordet. Da blir det vanskeligere å møte våre klienter. Har fagfeltet beveget seg unna observasjon av menneskers energitilstand og opplevelse av vitalitet? Rik-

tignok er vitalitetsaffekter behandlet i nyere tid, men livsenergi er mer enn affekt. Den strømmer gjennom hele mennesket og gjenfinnes i likt monn i psyke og soma. Den både er en forutsetning for og inngår i alle organismens prosesser.

ENERGIFORSTYRRELSER

Energisvekkelse er et alvorlig folkehelseproblem der det skorter på bredde i faglige svar. Vi mangler overblikk. Selv står jeg midt i en interessekonflikt her, siden jeg er tilknyttet Norsk Institutt for Bioenergetikk, arbeider daglig med energiforstyrrelser i min praksis, har studert energiforhold siden 1984, men har fortsatt flere spørsmål enn svar.

Kanskje psykologer velger vekk energi-begreper fordi de oppleves som uvitenskapelige. Men faglig motstand mot energi som menneskelig fenomen fører til at energiforstyrrelser ikke blir sett, forstått, forsket i og prioritert. Historisk har psykologien mange tradisjoner med energi som et sentralt begrep: Henri Bergsons *élan vital*, Sigmund Freuds *libidoenergi*, Carl Gustav Jungs *psykisk energi*, Wilhelm Reichs *organismisk seksualenergi* og senere *orgonenergi*. Deres begreper ble utdefinert og står svakt i fagmiljøets hovedstrøm i dag. Men «energi» har ikke forsvunnet fra menneskers selvforståelse eller livsopplevelse. Vi trenger derfor et faglig blikk på energiens plass i menneskelivet, å skjønne godt hva energiforstyrrelser innebærer for den enkelte, og møte dem på måter som de merker virkningen av.

I *dagligtalen* peker «livsenergi» mot den kraften eller bevegelsen som er i det levende, og som det levende ikke kan være foruten. Livskraft driver, former og virker, og kraften kan ikke skilles fra livet selv. «Livsenergi» refererer ikke til en bestemt form for energi, men snarere enhver kraft som fyller livsprosessen. Vi trenger derfor ikke å spørre *om* liv bruker energi, men snarere *hvordan* det skjer.

BLINDSONEN

På 1960-tallet kom ideen om at energibegreper er utdaterte og ugyldige. Snart ble informasjon «det stoff psyken er vevet av». Systemtenkere som Gregory Bateson var blant de som ga et faglig alibi for denne endringen. En følge av dette var at psykologien fikk en blindsonen – en tapt evne til å se etter energi. »

Bateson ble ikke lest grundig nok, mener jeg. For han var klar på at selv når energien ikke kan observeres, arbeider den hele tiden i vårt mentale liv:

Mental processes require collateral energy. Although it is clear that mental processes are triggered by difference, and that difference is not energy and usually contains no energy, it remains necessary to discuss the energetics of mental process because processes, of whatever kind, require energy (1979, s. 111).

Fysikerne definerer energi som *kapasiteten til å gjøre arbeid*, energi kan utledes av arbeidsprosessen. Det betyr at energi er en essensiell, men begrenset ressurs som personen forvalter med konsekvenser for livsutfoldelsen. Hjernen utgjør 2 prosent av kroppsvevet, men bruker opptil 25 prosent av kroppens energi. Informasjonsbehandling er energikrevende.

Empirisk vitenskap legger observasjon til grunn, og en kritikk mot energibegreper er at energi ikke direkte lar seg observere. Men samtidig: Om vi lukker øynene og føler inn i kroppen, kan vi merke fornemmelser av bevegelser, trykk og spenning som danner et inntrykk av livet i oss akkurat nå. Inntrykket kommer fra reseptorer i kroppens indre (interosepsjon) og muskulatur (proprioepsjon), og danner et bilde av kroppstilstanden i sann tid (kroppsskjema) (Hafstad, 2008). De ytre sansene gjør at vi oppfatter andres livlighet gjennom bevegelsenes form og uttrykk. Speilneuroner gjør oss i stand til å føle andres tilstand via vår egen kropp. Dette er fenomenologiske observasjoner, men også i kvantitative tilnærminger og RCT-er foreligger det fysikalske mål på energi (Hafstad, 2018).

Psykologiens tidlige energibegrep tenderte mot å mystifisere energi som substansliknende krefter med spesifikke egenskaper. Den moderne forståelsen baserer seg på at alle organismer må importere fysiske energiformer som lys, varme, gravitasjon, ioner, salter og energibærende molekyler og bringe dem inn i biologiske omdannelser i organismen. Det er kombinasjonen av omdanningsprosessene og den importerte energien som danner livsenergi. Den gir et fleksibelt utgangspunkt for å sikre overlevelse og livsutfoldelse. Alle menneske-



«Energi» har ikke forsvunnet fra menneskers selvforståelse eller livsopplevelse

lige hendelser er også energetiske omdannelser. Men fysiologisk kunnskap om metabolismen er ikke tilstrekkelig til å forklare alle trinn av energiomdannelser i menneskelivet. Vi trenger altså et livsenergi-begrep med nok bredde til å inkludere alle nivåer av energiøkonomi, og som viser prosessenes sårbarhet for forstyrrelser. Vi trenger å identifisere hvordan psykiske prosesser influeres av underliggende energiøkonomi, slik at vi kan styrke energiforholdene når det trengs.

ENERGIØKONOMI

Energiforstyrrelser er sjeldent uttrykk for mangel på energikilder i organismen, men evnen til å omsette dem i livsutfoldelse. Overskuddsenergi gir grunnlag for prosesser som vekst, differensiering, reproduksjon og ekspansjon. Den virker i overlevelse, arbeid, seksualitet, lek, problemløsning, kreativitet og sosialt liv. Vi har mye bundet energi, som når tilgjengelig energi begrenses av kontrollbehov og forsvarsreaksjoner i kroppen og psyken og slik kan motvirke fri energiomsetning ned på cellenivå. Det samme gjelder emosjonell smerte og stress. Binding og frigjøring av energi pågår også i det sosiale feltet. I et rom med andre kan vi merke både spenning og stagnasjon som «setter seg» i egen kropp. Vi bærer således med oss vår mellommenneskelige historie i kroppen i form av energiøkonomiske forhold.

Livsenergi inngår i en dans av nedbrytning og oppbygging, energifrigjøring og energibinding. Den er *ikke* en spesifikk substans, men omfatter enhver form for energi som støtter overlevelse og vitalitet. Selvregulering, selvrespekt og personlig integritet virke dypt ned i biologien. Menneskearten ble til idet den reiste seg opp på bakbena og maksimerte den vertikale akse gjennom kroppen. Ved å stå på to ben ble tyngdekraften «invitert» til å spille en

større rolle. Det øker energinivået og spennin-
gen vi lever i, men for at virkningen skal bli
dynamisk, trengs en følt kontakt med grun-
nen under oss og en balansert bevegelse
fra føttene og oppover gjennom hodet (Haf-
stad, 2013).

«Stedet» for studiet av menneskelig livs-
energi handler om energidynamikken hos
mennesket i sitt livsmiljø. Vi har da beveget
oss langt vekk fra ideen om et spesifikt energi-
substrat eller «élan vital» og over til livsenergi
som alle virkende og transformerende krefter
i menneskelivet – et åpent kontekstuellet betin-
get system. Det begynner i de fine små detal-
jene på cellenivå. Men når vi inkluderer alle
aspekter ved menneskelig eksistens, framtrer
nye kvaliteter som integreres med de basale
fysiologiske prosessene. Alle nivåer inngår i
kretsløpet av energetiske endringer og balanse
(Hafstad, 2018).

Et konkret utslag av energetiske kretsløp
opplever vi i den psykoterapeutiske *motover-*

føringen – vår subjektive reaksjon på klienten.
Vi kan føle virkningen av den andre i vår kropp
(Pla, 2017). Når energiforstyrrelser er inne i bil-
det, er det naturlig både å arbeide i energifor-
holdet og i samtalen, siden informasjon og
energi er del i samme prosess.

PSYKE OG SOMA

Jeg vil konkludere med at psykologien tren-
ger et fagspråk som innbefatter studiet av
livsenergi. «Energi» skiller ikke mellom
psyke og soma og hjelper oss å se sammen-
hengen. Det blir enklere å gi slipp på den
anstrengende dualismen som motarbeider
blikket for *personen* som befinner seg mel-
lom topp og tå. Vi kan da utvikle diagnos-
tikk og behandling som benytter energi som
begrep. Det bør ikke være brukergruppens
ansvar at behandling av energiforstyrrelser
er omstridt og beveger seg lite. Kanskje kan
vi gripe problemet bedre ved roten om vi ser
etter livsenergi. ✕

LITTERATUR:

- Bateson, G. (1979). *Mind and Nature*. N.Y. Bantam.
- Cooper, G.M. & Hausman R.E. (2009). *The Cell, a Molecular Approach*. Sinauer Associates MA. Inc. Sunderland
- Frayn, K.N. (2010). *Metabolic Regulation, a Human Perspective*. Oxford UK, Malden MA. Wiley-Blackwell.
- Hafstad, A. (2008). The Graceful Awareness of the Human Being. *The European Journal of Bioenergetic Analysis & Psychotherapy*, 4, 85–137.
- Hafstad, A. (2013). The Merciless God of Gravity and the Organisms humble reply. *Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis*, 23, 111–135.
- Hafstad, A. (2018). The Mysterious Life Energy. *Journal of the International Institute for Bioenergetic Analysis*, 28, 27–45.
- Pla, F. (2017). From Body Structure to Bodies in Resonance. Evolution of the Therapeutic Relationship in Bioenergetic Analysis. *IIBA Journal*, 27, 71–111.

Paradoksal terapi

Kanskje er det slik at paradoksale elementer inngår i all virksom terapi.

SISSEL REICHELT,

Psykologisk institutt,
Universitetet i Oslo,

JAN SKJERVE,

Institutt for
klinisk psykologi,
Universitetet i Bergen

KONTAKT

sissel.reichelt@
psykologi.uio.no

ILLUSTRASJON

Kristian Utrimark

VI HAR TIDLIGERE beskrevet hvordan atferdsanalysen, mot slutten av 1960-årene, skapte et grunnlag for terapeutiske intervensjoner som tok utgangspunkt i å endre problemer her og nå, heller enn ved å fokusere på deres opprinnelse og utvikling (Skjerve & Reichelt, 2019). Et kortfattet credo: «Det er atferden som er problemet.» I denne artikkelen vil vi rette blikket mot en versjon av paradoksal psykoterapi som ble svært populær i Norge omtrent på samme tid, med credo: «Det er løsningen som er problemet». Den ble introdusert av Paul Watzlawick og medarbeidere, som var knyttet til Mental Research Institute (MRI) i Palo Alto, USA (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967; Watzlawick, Weakland & Fisch, 1974).

UTVIKLING

Palo Alto-gruppen var imidlertid ikke de første som utviklet paradoksale ideer på psykoterapifeltet, med ulike teoretiske overbygninger. De to viktigste nyskaperne var Alfred Adler og Viktor Frankl.

Adler var den første til å anvende paradoksale teknikker, og han skrev en bok om

metodene sine, senere redigert og oversatt til engelsk av Ansbacher og Ansbacher (Adler, Ansbacher & Ansbacher, 1956). Han fokuserte på terapeut-klient-relasjonen, og gjennom paradoksale intervensjoner oppmuntret han klienten til å gjøre motstand mot ham. Antakelsen hans var at slike manøvrer økte klientens selvfølelse og bidro til bedring. Han brukte også mye humor i sine paradoksale utfordringer.

Frankl begynte å utvikle paradoksale intervensjoner allerede i 1920-årene, og skrev sin første bok om dem i 1959 (Frankl, 1959). Hans teoretiske ramme var logoterapi, som sprang ut av en eksistensialistisk tilnærming, og paradoksalteknikkene var et ledd i ansvarliggjøring av mennesker. Ansvarliggjøring innebar å be klienter utføre atferd de ikke opplevde å ha kontroll over. Et eksempel: En kvinne var så redd for å kaste opp i påsyn av andre, at hun stort sett holdt seg hjemme. Etter en del forarbeid (også Frankl brakte inn mye humor) fikk hun følgende paradoksale instruks: «Gå på restaurant med mannen din, og vis alle gjestene at her kom-



mer det en kvinne som virkelig kan kaste opp.» Instruksjonen ble fulgt, men oppkastet uteble.

Palo Alto-gruppen var opptatt av nåtidige relasjoner og systemer. Den hentet teoretiske overbygninger fra matematikken, som kybernetikk, matematisk gruppeteori og teori om logiske typer. I noen tiår hadde paradoksal terapi en sterk blomstring, og vi vil spesielt anbefale en bok av Weeks og L'Abate (1982) som både gir nye bidrag og en utmerket oversikt over utviklingen av tilnærmingen.

Når Palo Alto-gruppen fikk langt større gjennomslag i Norge i 1960–70-årene enn de andre som anvendte paradokser, er det neppe på grunn av teorien. Det er mer rimelig at det var gruppens vekt på nåtidige relasjoner og systemer som slo an, i en tidsepoke der familierapi begynte å få gjennomslag og mange var opptatt av å bryte med individorienterte perspektiver og psykodynamisk hegemoni. Det er også viktig å merke seg at Palo Alto-gruppen, i sin terapeutiske praksis, var sterkt inspirert av en uvanlig kreativ og uortodoks psykoterapeut: Milton Erickson. Jay Haley (også et medlem i Palo Alto-gruppen) stu-

derte transkripsjoner av hans terapier nitid og beskrev i boka *Uncommon Therapy* (1986) en rekke subtile, ukonvensjonelle, paradoksale og til dels nonverbale terapeutiske væremåter overfor både individer og familier. Her er det ikke rom for å gå inn på disse, men Haleys bok anbefales.

I dag hører vi lite om paradokser. Vi savner dem som ledd i psykoterapifeltets mangfold. Derfor vil vi, sterkt forenklet, poengtere sentrale prinsipper i Palo Alto-tradisjonen og illustrere dem med et eksempel. Vi vil også gi noen eksempler på paradoksale intervensjoner fra andre terapiretninger enn Palo Alto-tradisjonen, drøfte det vi oppfatter som betydningsfullt for dagens terapeuter, og antyde at paradoksalitet muligens er en iboende faktor i all god psykoterapi.

PALO ALTO-TRADISJONEN

Paradoksale intervensjoner betegner en gruppe terapeutiske strategier som sikter mot å stoppe uhensiktsmessige løsningsforsøk, for eksempel ved å be klienter gjøre mer av det de allerede gjør, for å løse problemet (jf. kvinnen som ble

OPPNED Det er løsningen som er problemet, sa Paul Watzlawick på 60-tallet. Denne tankegangen er fremdeles aktuell, mener artikkelforfatterne.



bedt om å kaste opp). I en behandlingskontekst er dette antatt å virke paradoksalt, og åpne opp for nye løsningsstrategier.

Som nevnt er «løsningen er problemet» et grunnleggende prinsipp. Når mennesker oppsøker terapeuter, har de vanligvis «gjort alt» for å kvitte seg med problemene sine. Hvis det de hadde gjort, hadde fungert, ville de ikke kommet til noen terapeut. Når de søker hjelp, har derfor løsningen blitt problemet, uansett hva det var som satte løsningsforsøkene i gang. Løsningene lever sitt eget liv, utgjør sin egen vonde sirkel.

Sentrale prinsipper for å endre destruktive løsningsforsøk er

- å utforske hvilke tanke- og handlingsmønstre som er knyttet til løsningsforsøkene
- å overdrive vanskene heller enn å komme med motforestillinger og gode råd (joining)
- å oppfordre klientene til symptomatisk atferd
- å skape nye rammer for problemene (reframing)
- å fremme andre-ordens forandring

I det følgende vil vi konkretisere og klargjøre disse prinsippene gjennom et anonymisert eksempel.

En ung jente på videregående har store vansker med å komme seg på skolen, og klager over at det er så kjedelig. Dessuten har hun så mye vondt i magen. Hun vil gjerne på skolen, men klarer det ikke. Hun forteller ellers om et ganske trivelig liv om formiddagene i hjemmet. Løsningsforsøkene så langt har bestått i at foreldrene maser og forsøker å overtale henne om ettermiddagen og kvelden, og at de trekker frem alle gode grunner til å gå på skolen. Helsesøster har også forsøkt å overtale henne. Hun er jo enig, og har ingen konkrete vansker hverken på skolen eller med klassekamerater, og det ender alltid med at hun lover å gå neste dag. Men selv om hun bruker vekkerklokke, ender det med at hun sovner igjen. Ofte er hun litt kvalm om morgenen, og redd for å kaste opp på skolen.

Terapeuten sier at skolefravær kanskje er den beste løsningen for henne akkurat nå, og at det kanskje ikke er så viktig for henne som hun tror å gå på skolen. Jenta begynner å protestere, og sier at hun vet jo at skole er viktig for å få



Når de søker hjelp, har løsningen blitt problemet

en interessant jobb. Terapeuten holder på at det foreløpig tross alt er best for henne å være hjemme, og at hun kan være trygg på at foreldrene tar ansvar for henne gjennom livet. Jenta insisterer på at hun vil på skolen, og terapeuten avslutter med en hjemmelekse som går ut på at hun ikke skal gå på skolen i løpet av den kommende uken, slik at de sammen kan finne ut mer om hvorfor hun holder seg hjemme. Jenta går på skolen hele uken, og møter terapeuten neste time med et litt trassig og humoristisk blikk.

I tillegg til *overdrivelse* og *oppfordring til symptomatisk atferd* illustrerer dette eksemplet også prinsippet om *andre-ordens forandring*. Første-ordens forandring innebærer å gjøre mer av det samme, som for eksempel å intensivere bestrebelsene på å få det ønsket til å skje. Foreldre kan for eksempel lykkes med å presse barn på skolen. I dette eksemplet nyttet ikke det, og det var nødvendig med en andre-ordens forandring. I dagens sjargong uttrykkes dette ofte som å «gå ut av boksen». Paradoks er ofte vellykkete intervensjoner for å komme seg ut av boksen og skape en andre-ordens forandring, en forandring på et høyere nivå. I vårt eksempel kan en tenke seg at andre-ordens forandringen besto i at jenta opplevde at skolegang var hennes eget prosjekt, heller enn foreldrenes. Denne fortolkningen illustrerer nok et sentralt prinsipp i paradoksalterapi, *reframing* (*rammeendring*).

Å skape en ny ramme innebærer å forandre den forståelsen og de følelsene som er knyttet til problemene som oppleves. For at den nye rammen som skapes skal kunne forandre betydningen av situasjonen, må den nye forståelsen stemme like godt med de forholdene problemene er knyttet til, som den gamle, eller enda bedre. I vårt eksempel ble den nye rammen «det er mitt prosjekt» utløst av en paradoksal intervensjon og ikke formulert, men den kan også formuleres. En vanlig måte å utvikle nye rammer på er ved å omtale symptomet/pro-

blemet som noe positivt (positiv konnotering). I vårt eksempel kunne vi sagt at det å la være å gå på skolen er et viktig ledd i en frigjøringsprosess fra autoriteter, og at jenta burde fortsette med skulkingen inntil hun fant andre måter å frigjøre seg på.

INNVENDINGER

Hovedinnvendinger har vært at endringer ved denne type korttidsterapi kan være kortvarige, og at tilnærmingen er manipulerende. Selv om endringen skulle være kortvarig, kan den lette trykket der og da, noe som gir rom og motivasjon for videre arbeid. Særlig innvendingen om manipulasjon har vært understreket av klinikere. Mange har nok også vært skremt av det uortodokse ved paradoksale intervensjoner og bekymret seg over klientenes mulige negative reaksjoner på at symptomene deres foreskrives. Denne tilnærmingen ble også utviklet i en tid da terapeuter i høyere grad kunne opptre som autoritet enn det som er vanlig i dag. Umiddelbart virker den heller ikke egnet til å fremme allianse, spesielt ikke i de siste par tiårene, hvor en mest mulig symmetrisk relasjon mellom terapeut og klient og betydningen av terapeutens transparens har vært understreket. I denne sammenheng er det viktig å merke seg at bruk av humor er ansett som en viktig del av anvendelsen av metodene. Gjennom humor løftes samtalen opp på et nivå der begge parter opplever en samstemthet og distanse til terapeutens forslag, og innslaget av manipulasjon svekkes.

STYRKE PSYKOLOGERS REPORTOAR

Vi argumenterer ikke for at paradoksal psykologi nødvendigvis skal gjenoppstå som en helhetlig terapiform, men for at paradoksalt rommer mange sentrale prinsipper som kan styrke terapeuters repertoar. De mest sentrale prinsippene innenfor tradisjonen er allerede nevnt, men i vår praksis har vi spesielt vært oppmerksomme på sider ved paradoksale holdninger som kan bidra til å hjelpe terapeuter til å unngå å ta for omfattende ansvar for klienter. Her er det viktig å utdype begrepet *joining*. Det innebærer som nevnt å følge klientens tenkning tett, uten å komme med motforestillinger eller kloke råd, men heller å overdrive vanskene. Rettesnoren er å holde seg ett skritt bak når det gjelder forslag til endring, og to skritt foran når det gjelder motfore-

stillinger mot endring. Dette kan, som i vårt eksempel, føre til at klientene spontant begynner å argumentere mot terapeuten og begynner å se endringsmuligheter. Det grunnleggende i dette er prinsippet *change/no change (endring/ikke-endring)*, basert på at alle klienter har et ambivalent forhold til endring. Når terapeuten er på endringssiden, kan klienten mobilisere sine ikke-endringssider, mens endringssiden deres kan mobiliseres når terapeuten inntar en ikke-endring-posisjon. En paradoksal holdning hjelper terapeuten til å holde seg i ikke-endringsposisjonen lenge nok til at klienten får mobilisert sine egne ressurser.

Betydningen av en god terapeutisk relasjon vurderes som helt sentral i psykoterapifeltet i dag. En slagside ved dette er at terapeuter kan vegre seg mot å opptre uortodokst, i frykt for at relasjonen kan settes på spill, og komme inn i en «vennskapsposisjon» som begrenser det terapeutiske repertoaret betydelig. Terapeuter trenger handlingsfrihet, de må kunne opptre ukonvensjonelt, forvirrende og overraskende, ellers blir det lett å komme inn i en «mer av det samme»-prosess der en ikke kan forløse klientens egne handlingsmuligheter.

EN IBOENDE FAKTOR I ALL PSYKOTERAPI?

Vi har innledningsvis nevnt at det er flere terapeutiske tradisjoner som har bidratt til å utvikle paradoksal psykoterapi. I andre terapiformer beskrives arbeidsmåter som har paradoksale elementer, uten at denne betegnelsen brukes. Weeks (2013) hevder blant annet at moderne psykoanalytisk tenkning har mange implisitte ord for fenomener som faller inn under det han beskriver som paradokser, uten at begrepet nevnes, men gir ikke eksempler på dette.

Det gjelder også atferdsorienterte metoder, som flooding (også kalt implosjon), metning og selvobservasjon. *Flooding* er en eksponering for sterkt angstfremkallende stimuli, med eller uten avslapping, tilstrekkelig lenge til at angsten reduseres gjennom ekstinksjon. I arbeidet med en kvinne med duefobi presenterte hun det å være fysisk nær en due som det verste hun kunne tenke seg. Hun så først på duen gjennom et enveisspeil og samtykket så i å være i samme rom som den og slippe angsten til, selv om hun reagerte med sterk





UKONVENSJONELT

Terapeuter må kunne opptre ukonvensjonelt, forvirrende og overraskende, ellers blir det lett en «mer av det samme»-prosess, skriver Sissel Reichelt og Jan Skjerve.

angst. Det varte imidlertid ikke lenge før angsten slapp taket. Denne endringen var varig. *Metning* innebærer å tilføre mer av det klienten prøver å oppnå gjennom symptomene sine. Som i arbeidet med en lettere utviklingshemmet kvinne som hadde fått for seg at hun trengte å bruke ubegrenset mange menstruasjonsbind samtidig. Personalet i bofellesskapet kavet med å begrense tilgangen. Etter å ha fått fri tilgang til bind i et antall så hun knapt kunne bevege seg, sluttet hun raskt å bruke mer enn ett om gangen. Når klienten får i oppgave å *observere egen atferd eller egne tanker* som et ledd i behandlingen, kommer de ofte litt forbauset tilbake og forteller at det de skulle observere, ikke har forekommet. Klient-

ter med panikkangst kan for eksempel oppleve sterke kroppslige reaksjoner som hjertetrøbel eller besvimelse. Får de instruks om å nøye registrere egne reaksjoner fordi det er påkrevd for behandlingen, uteblir gjerne disse reaksjonene. I disse intervensjonene blir det implisitt skapt en ny ramme for de symptomene/problemene som man har forsøkt å redusere. Det paradoksale ligger i at man i stedet stimulerer eller oppmuntrer til at symptomene eller problemene skal finne sted, fremfor å bekjempe dem.

Et viktig gestalt-terapeutiske prinsipp – «stay where what is and what is changes» – kan også oppfattes som paradoksalt, uten at gestaltterapeuter har analysert den paradok-



Terapeuter trenger handlingsfrihet, de må kunne opptre ukonvensjonelt, forvirrende og overraskende

sale funksjonen. Prinsippet kan oppfattes som parallelt til å oppfordres til symptomatisk atferd.

Vi har i nyere tid vært slått av hvordan den siste utviklingen innenfor kognitiv atferds-terapi har paradokslignende intervensjoner. I *Acceptance and committment terapi* (Hayes, 2004) vektlegges akseptering av negative tanker som en viktig side ved endring. I *Mindfulnesssterapi* (Segal, Williams & Teasdale, 2002) oppmuntres klientene til å la de negative tankene strømme og utvikle en godmodig, vennlig relasjon til dem. Ved bruk av *metakognitive strategier* (Hayes, 2004) tilstrebes det å oppnå en andre-ordens forandring, ved å komme i en posisjon der egne tankemønstre kan bli observert og akseptert. Det er interessant at en slik endring har skjedd innenfor en terapiform som i utgangspunktet la stor vekt på direkte endring av atferd og kognisjoner, og dermed på førsteordens endring.

PARADOKSER I ALL TERAPI

Vi tror at paradoksale holdninger og intervensjoner kan være en iboende faktor i alle virksomme terapier. Alle klienter strever med å unngå ubehagelige følelser og smerte. Terapeuten bruker sin innflytelse til å stimulere klientenes egne helbredelsesprosesser ved å bryte den paradoksale situasjonen de befinner seg i – å skulle kontrollere noe de ikke kan kontrollere – og åpner en vei til forandring. Weeks (2013) har utviklet en metateori om paradokser der han, med utgangspunkt i en gjennomgang av et stort antall av dagens mest kjente terapiformer, hevder at paradokser er en overordnet variabel i alle, selv om språkb Bruken varierer.

Utfordringen for dagens terapeuter, uansett faglig orientering, er fullt ut å utnytte potensialet i de paradokslignende intervensjonene de tar i bruk. Kanskje er behand-

lere for forsiktige og konvensjonelle, og slipper ikke til den utfordrende og humoristiske ånden som de gamle mestrene behersket, av hensyn til å bevare den gode alliansen. Er det forsøket verd å trekke frem noen eldre bøker, som for eksempel *Change* av Watzlawick, Weakland og Fisch og Haleys *Uncommon therapy*? ✕

REFERANSER

- Adler, A., H.L. (1956). *The individual psychology of Alfred Adler*. Ansbacher, & R.R. Ansbacher (red.). New York: Harper & Row.
- Frankl, V. (1959). *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy*. Boston: Beakon Press.
- Haley, J. (1973). *Uncommon psychotherapy. The psychiatric techniques of Milton H. Ericson*. New York: Ballantine.
- Hayes, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies: Mindfulness, acceptance and relationship. I S. Hayes, V.M. Follette, & M.M. Linehan, (red.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (s. 1-20). New York: Guilford Press.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Skjerve, J. & Reichelt, S. (2019). Atferdsanalysens glemte potensial. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56, 565–569.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H., & Fisch, R. (1974). *Change. Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton .
- Weeks, G.R., & L'Abate, L. (1982). *Paradoxical psychotherapy: Theory and practice with individuals, couples and families*. New York: Brunner/Mazel.
- Weeks, G.R. (2013). A metatheory of paradox. I G.R. Weeks (red.), *Promoting change through paradoxical therapy* (s. 302-314). International Psychotherapy Institute E-Books

OM SPALTEN FRA PRAKSIS

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

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

Fra arkivet: 1976

Paradoksale teknikker og psykoanalysen

De s.k. paradoksale teknikker omfatter en rekke ulike former for intervensjoner. Det er ofte uklart hva det paradoksale består i. Vi vil hevde at hvorvidt en form for intervensjon er paradoksal eller ikke, må sees i sammenheng med den teoretiske rasjonale og målsetting med behandlingen. F. eks. regnes å «slutte seg til motstanden» som en paradoksal teknikk. Imidlertid er det ikke mulig å avgjøre hva som ligger i dette dersom man 1) ikke har noe begrepsapparat som gjør det mulig å identifisere hvilke av pasientens budskap som kan karakteriseres som uttrykk for motstand, og 2) har en avtale med pasienten om å bearbeide denne. Som Hauge har påpekt vil det være det teoretiske utgangspunkt, og målsettingen med behandlingsopplegget som er bestemmende for hva som karakteriseres som motstand [se E. K. Hauge i *Psykologtidsskriftet* 4/1974]. I en psykoanalytisk situasjon vil det f. eks. være å «slutte seg til motstanden», hvis analytiker støtter pasienten i at det er fullt mulig å ikke tenke på noen ting, og at behandlingen går utmerket allikevel. I et atferdsterapeutisk opplegg vil en slik forsikring ikke være paradoksal. Driver man atferdsterapi på en person med fobi for elevatorer, vil det derimot være paradoksalt å forsikre pasienten om at det er farlig å ta heis. Og at man vil avstå fra å benytte teknikker som kan redusere hans frykt siden dette vil kunne føre til at han setter sitt liv i fare.

Vi kan si at en form for intervensjon er paradoksal når terapeuten oppfordrer pasienten til å gjøre noe han tidligere har bedt ham om å ikke gjøre, eller når han ber pasienten om ikke å gjøre noe han tidligere har bedt ham om å gjøre. Det vil også være paradoksalt når terapeuten unnlater å gjøre det han har sagt han skal gjøre, eller nå han gjør noe som han ikke opprinnelig har avtalt med pasienten han skal gjøre. I en psykoanalytisk situasjon vil atferd fra terapeuten side som ikke inngår i repertoiret for fremming av innsikt – f.eks. å slutte seg til motstand, være paradoksal. Paradoksale teknikker vil komme på tale når påpeking, klargjøring og tolking av motstanden ikke fører til innsikt hos pasienten.

I psykoanalytisk behandling kan det forekomme at pasientens opplevelser blir så intense at han glemmer den terapeutiske avtale, og at henvisninger til denne fra analytikers side oppleves som uærlige eller irrelevante. I slike tilfeller kan terapeuten forsøke å tilpasse sine budskap til den situasjon han tror pasienten befinner seg i. Imidlertid vil mange faktorer i den faktiske situasjon da være inkongruente med partenes kommunikasjon. Såvel pasientens kritisk negative, som hans rasjonelle side vil kunne registrere at terapeuten har brudt sin opprinnelige avtale.

En kan se mange paradoksale intervensjoner som taktfulle eller spøkefulle overføringstolkninger

Når terapeuten f. eks. spiller en viktig person i pasientens tidligere liv, demonstrerer han at slik atferd fra hans side er mistilpasset den aktuelle situasjon – og at pasientens frykt er grunnløs. Ved å besvare pasientens alvor med lek, minner terapeuten ham på at han egentlig befinner seg i to situasjoner på en gang.

En kan se mange paradoksale intervensjoner som taktfulle eller spøkefulle overføringstolkninger (...). Som disse, vil de særlig være påkrevet når affektene er så intense at det er lite manifest rasjonalitet terapeuten kan alliere seg med hos pasienten. Ved å benytte slike teknikker tar terapeuten en sjanse. Hvis han har overvurdert pasientens potensielle rasjonalitet vil intervensjonene lett kunne bringe partene opp i pinlige situasjoner.

Som en vil se har vår egen kommunikasjonsteoretiske beskrivelse av psykoanalytisk behandling ikke førte til at vi måtte forklare effekten av innsiktsorientert terapi som et resultat av paradoksale faktorer. Tvert om vil vi kunne se den terapeutiske effekt av visse paradoksale intervensjoner i lys av rasjonalen bak innsiktsorientert behandling. Som de klassiske teknikker, vil mange av de paradoksale tjene til å påpeke for pasienten at han i behandlingssituasjonen har misforstått nåtiden i lys av det forgagne».

Utdrag fra Terje Hartmanns «Maktkamp eller bevisstgjøring. Psykoanalytisk behandling sett i et kommunikasjons-teoretisk perspektiv», november 1976



Kollektiv vrangforestilling

Forestillingen om at arbeidslivet er roten til alt godt, er en kollektiv vrangforestilling, skriver psykologspesialist Ingvild Myklebust om Psykologforeningens nye satsningsområde.

Les hovedinnlegget på de neste sidene.

FOTO: CARSTEN ANIKSDAL



Sjefredaktørens siste punktum

Les sjefredaktør Bjørnar Olsens begrunnelse for hvorfor han trekker seg fra stillingen (s. 138).

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.



Å jobbe er ikke roten til alt godt

Er inkludering i arbeidslivet det beste vi kan gjøre for psykisk helse?

PSYKOLOGFORENINGENS kommende hovedsatsningsområde har tittelen «Arbeid og utdanning; påvirkningsfaktorer og inkluderingsarenaer». I dagens samfunn er normen at vi skal delta i arbeidslivet. Ettersom arbeidet fyller en stor del av vår våkne tid, er dette en viktig sosial arena for mange av oss, og det å falle utenfor arbeidslivet har ofte store sosiale konsekvenser, både sosialt og økonomisk. Det er derfor ikke vanskelig å se Psykologforeningens gode intensjoner med dette vedtaket.

Men hvilke jobber skal vi utdanne oss til? Det er jo en kjensgjerning at antallet hender som trengs i manuelt arbeid, drastisk har blitt redusert de siste tiårene, og at automatiseringen bare øker i omfang.

MENINGSLØSE JOBBER

Nye stemmer peker på at arbeidslivet slik det fungerer i dag, blir mer og mer meningsløst og tomt. I sin doktorgrad intervjuet sosiologen Roland Paulsen mennesker som brukte mer enn halvparten av jobbtida på aktiviteter som ikke er relatert til jobben. Det handlet om at respondentene ikke opplevde arbeidet som meningsfylt, men også at det rett og slett ikke var nok arbeidsoppgaver å ta seg av (Paulsen, 2014).

I 2013 skrev David Graeber essayet «Bullshit Jobs». Graeber observerer at det er en hoved-

tendens til en omvendt proporsjonalitet mellom hvorvidt arbeidet er viktig og meningsfullt fordi det tjener andre, og hvor godt betalt det er. For eksempel tjener aksjemeglere bedre enn førskolelærere og sykepleiere. Essayet gikk viralt, noe som tyder på at det traff en nerve. Den voldsomme interessen for essayet gjorde at Graeber ville studere fenomenet nærmere, og i 2018 kom han ut med boka *Bullshit Jobs. A Theory*. Her har han intervjuet mennesker som forteller om jobber uten egentlig innhold, derav navnet på boka. Han mener irrasjonaliteten i arbeidsmarkedet er så stor at han sammenligner det med en føydal struktur, og viser til utallige eksempler på at bedrifter ansetter mennesker for å framstå som store og viktige heller enn for å få ting gjort. De meningsløse jobbene dette skaper, fører til psykisk uhelse, angst og depresjon. Dette på tross av at jobben kan være godt betalt og ha høy status.

Den enorme økningen i dokumentasjon og prosedyrer som vi ser både i offentlig og privat sektor, og som vi psykologer i psykisk helsevern er godt kjent med, er et annet angrep på mening og innhold i arbeidet. De danske debattantene Nørbech og Jenssen har i sin bok *Pseudoarbejde. Hvordan vi fik det travlt med at lave ingenting* sett på utviklingen av denne kulturen. All registreringen er aktivitet som kan



INGVILD MYKLEBUST,
psykologspesialist

ILLUSTRASJON
Hilde Thomsen

**HOVEDSATSNINGSG-
OMRÅDET**





Tjener arbeids-samfunnet menneskene og gir gode liv? Det bør psykologer spørre seg

være krevende, og som tar mye tid, men som i realiteten ikke fører til særlig mye – det er altså en form for pseudoarbeid.

KJØP OG SALG

Mye av arbeidet som er legitimert gjennom utbetaling av lønn er direkte skadelig for både jordkloden og oss som bor her. Kjøp og salg er blitt et mål i seg selv, ettersom salg er det som sikrer inntekten folk skal leve av. For å overleve må vi fortsette å selge. Uendelige mengder med reklame oppfordrer oss naturligvis til å bruke tiden vår på å kjøpe. Ting lages for å byttes ut etter en viss tid, enten på grunn av for dårlig kvalitet eller fordi farger og fasonger skifter. Konsekvensene for kloden og for menneskers opplevelse av et meningsfylt liv er katastrofale.

Ønsket om å overleve gjør at en del virksomheter lar etikken vike. Legemiddelindustrien underslår negative resultater av studier for å selge medikamenter. Sukker-, tobakks- og alkoholindustrien pusher produkter de vet er skadelige. Banker selger svært dyre lån til mennesker som allerede har en skakkjørt økonomi. Konsulentselskaper selger omorganiseringer og omstruktureringer som knapt får virke før en ny runde er i gang.

Systemet der vi alle er tvunget til å selge noe for å overleve, korrupperer også aktiviteter som i utgangspunktet er nødvendige og meningsfulle. Nyhetsindustrien tilbyr oss non-stop nyheter, men for å «selge» nyhetene forskyves fokus fra å opplyse til å skremme, sjokkere eller pirre.

EN KOLLEKTIV VRANGFORESTILLING

Kanskje er det vanskelig for oss psykologer å ta inn over oss disse sidene av arbeidsmarkedet. Vi er privilegerte og har for det meste jobber

som handler om å hjelpe folk, altså en jobb som legger til rett for opplevelse av mening. Likevel er også vi fanget i denne fella. Hva skal vi gjøre om pasientene våre faktisk blir friske og får det bra?

En løsning er jo å snevre inn hva som anses som normalt, og så tilby en kur for alt som faller utenfor. Dette er allerede satt ut i praksis med utvidelsen av diagnosene i DSM-V. Innenfor barnehage og oppvekst har Solveig Østrem og Mari Pettersvold gitt denne formen for interesserevet «faglighet» det betegnende navnet «Bekymringsindustrien». Det er vel ikke uten grunn at regjeringen nå har omdøpt helse- og omsorgssektoren til «helsenæringen».

Alt det ovennevnte «arbeidet» holder hjulene i gang, men har som slagside at det er giftig for både jordkloden og det menneskelige samværet. Skal vi jobbe for å få flere inkludert i disse geskjeftene? De vil med all sannsynlighet bidra til en ytterligere forverring av klimaet, som vi med opprettelsen av et klimautvalg også angir å være opptatt av.

Forestillingen om arbeidslivets velgjørighet framstår i lys av de ovennevnte argumentene som en slags kollektiv vrangforestilling. Både Roland Paulsen og David Graeber peker på at troen på at arbeid er bra, uavhengig av hva slags arbeid det er, er så unison at den har en nærmest religiøs dimensjon; det er noe alle tror på.

Som psykologer henter vi vår legitimitet både fra vår lange akademiske utdanning (som presumptivt skal sette oss i stand til å tenke kritisk) og fra våre etiske standarder, som angir at vi skal jobbe til beste for menneskene. Jeg mener det ville være en bedre bruk av vår rolle i samfunnet å sette spørsmålsteget ved om dette arbeidssamfunnet vi nå lever i, virkelig tjener menneskene og gir gode liv. ✕

LITTERATUR:

- Graeber, D. (2013): *On the phenomenon of bullshit jobs. A work rant*. I Strike!: https://www.strike.coop/bullshit-jobs/?fbclid=IwAR1puqqsxWfWOUB1WBS6QbQC_6Qna80_BRRS3_xnqFusbSrcgNmt2Z_uYOE
- Graeber, D. (2018) *Bullshit Jobs. A Theory*. New York: Simon&Schuster.
- Nørmark, D. & Jensen, A.F. (2018): *Pseudoarbejde. Hvordan vi fik travlt med at lave ingenting*. København: Gyldendal

- Paulsen, R. (2014): *Empty labor. Idleness and workplace resistance*. Cambridge University Press.
- Pettersvold, M. & Østrem, S. (2014): *En voksende bekymringsindustri*. <http://www.mestermestrikk.no/2014/03/kartlegging-i-barnehagen-ende-av-en.html>
- Stortingsmelding nr. 18 (2018–2019): *Helsenæringen – Sammen om verdiskaping og bedre tjenester*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-20182019/id2639253/?ch=1>

Suicidalitet er relasjonell

Pasientperspektivet neglisjeres i Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern.



NESTEN HALVPARTEN (ca. 45%) av alle selvmord i Norge skjer blant personer som har vært innlagt eller i kontakt med spesialiserte tjenester innen psykisk helsevern og rus i løpet av det siste året av sitt liv (Walby, Myhre, & Kildahl, 2018). Det er derfor viktig å se på hvilket fokus vi har i det selvmordsforebyggende arbeidet i tjenestene. I løpet av de siste ti årene har vi gjennom tre kvalitative studier intervjuet pasienter/tidligere pasienter om deres erfaringer med behandlingen og omsorgen de har mottatt etter at de ble innlagt i psykiatrisk avdeling som følge av selvmordsforsøk og/eller alvorlige selvmordstanker (Hagen, 2009; Hagen, Knizek, & Hjelmeland, 2018; Hagen, Knizek, & Hjelmeland, under review). Pasientenes erfaringer viser at de relasjonelle aspektene bør være førsteprioritet for behandlere og miljøpersonale. Dette er ikke nytt og burde være en selvfølge med tanke på all den kunnskapen som finnes om hvor grunnleggende viktig dette er. Pasientenes erfaringer viser imidlertid at dette ikke alltid er en selvfølge i klinisk praksis, og det blir heller ikke lagt godt nok til rette for at fagfolk kan prioritere det. Pasientperspektivet og relasjonelle aspekter er så å si fraværende i *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Sosial- og helsedirektoratet, 2008).

For de som deltok i studiene våre, innebar problemene og suicidaliteten blant annet sterk håpløshet og tap av mening. For noen føltes alt helt svart eller tomt. En av dem sa: «Nå er jeg så på bunnen som et menneske kan være.» De beskrev tap av selvverd, de devaluerte seg selv og undervurderte sin egen betydning for andre, også den

betydning de hadde for partner og barn. De følte seg mislykkete, skamfulle, og noen ganger som en byrde, hvor de antok at andre/familien ville få det bedre uten dem. Deres negative selvoppfatninger kom til uttrykk gjennom utsagn som «jeg føler meg som et monster», «jeg er ikke elskbar», «jeg fortjener ikke noe». Smerten og fortvilelsen var sterk, og de koplet seg gradvis fra andre mennesker og livet selv. De uttrykte usikkerhet med tanke på fremtiden og hvem de var som personer. Noen var usikre på om de i det hele tatt hadde en fremtid og om de ville bli 'seg selv' igjen.

DE GODE MØTENE

Pasientenes opplevelser av å være suicidale var og er individuelle, men samtidig var suicidaliteten relasjonell og noe som utviklet seg i samspill med andre, inklusive personalet som jobbet i avdelingen. Pasientene ga eksempler på møter med fagfolk hvor de ikke opplevde å bli respektert, sett og hørt. De kunne oppleve manglende innflytelse på eget behandlingsforløp, og kunne føle seg maktesløse og umyndiggjort. Noen ganger følte de seg avfeid, avvist eller overlatt til seg selv. Intervallobservasjon, hvor personalet skulle se til pasienten f.eks. hver 15. minutt, var et tiltak som ikke alltid føltes bra, spesielt ikke dersom personalet bare åpnet og lukket døra uten å si noe. En pasient beskrev det slik: «Jeg føler ofte at jeg er bare... vet ikke jeg, inventar som de skal sjekke om er her, på en måte.» Manglende anerkjennelse gjorde at hun følte seg som et objekt og var usynlig som person. Negative erfaringer kunne bidra til økt fortvilning og håpløshet, i verste fall selvskading og

JULIA HAGEN,

postdoktor, Institutt for psykisk helse, NTNU

HEIDI HJELMELAND,

professor, Institutt for psykisk helse, NTNU

BIRTHE LOA KNIZEK,

professor, Institutt for psykisk helse, NTNU

SELVMORDS- FOREBYGGING





Suicidalitet er komplekst og kan være knyttet til ulike forhold ved personens liv og den konteksten han/hun er en del av

selvmordsforsøk. Behandleres og miljøpersonales væremåte og interaksjon med pasienten kan altså i noen tilfeller ha en negativ innvirkning på pasienten og bidra til å øke håpløsheten og suicidaliteten.

Pasientene ga også eksempler på gode møter med fagfolk, hvor de følte seg sett, hørt og forstått, noe som hadde en positiv innvirkning på pasienten og som kunne bidra til redusert håpløshet og suicidalitet. Pasientene verdsatte at fagpersonene brukte sine personlige egenskaper og først og fremst fremstod som empatiske medmennesker, og ikke bare opptrådte som (distanserte) profesjonelle. Noe av det aller viktigste for pasientene var å føle seg anerkjent og bekreftet som likeverdige og verdifulle personer. Personer som opplever suicidalitet har trolig mye større behov for bekreftelse på at de er verdifulle enn andre, med tanke på deres sterke fortvilelse og håpløshet, deres usikkerhet og negative selvpoppfatninger, samt det at de kan være i en prosess hvor de kopler seg fra andre. Å føle seg anerkjent som en verdifull person, forutsatte en god og tillitsfull kontakt/relasjon med fagpersonen, hvor pasienten kunne føle en form for samhörighet og fortrolighet. Det bidro til at de følte seg trygge nok til å dele egne problemer og selvmordstanker. Manglende tillit og trygghet kunne derimot bidra til at pasienten holdt problemene, selvmordstankene, og noen ganger også selvmordshandlinger, for seg selv.

VEKTLEGG RELASJONENE

Det er over 10 år siden *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (Sosial- og helsedirektoratet, 2008) ble utgitt, men det har ikke vært noen nedgang i antall selvmord i psykisk helsevern (Walby et al., 2018). Suicidalitet er komplekst og kan være knyttet til ulike forhold ved personens liv og den konteksten han/hun er en del av. Selvmordsforebygging er dermed ikke bare spesialisthelsetjenestens ansvar, men for psykisk helsevern sin del, er det på tide at pasientperspektivet og relasjonelle aspekter vektlegges i faglige retningslinjer som legger føringer for det selvmordsforebyggende arbeidet, slik at fagfolk får større mulighet til å prioritere dette i klinisk praksis. Pasientenes erfaringer viser at suicidalitet er dynamisk, fluktuerende, og påvirkes av interaksjonene de har med andre, inklusive personalet i psykiatrisk avdeling. Det må vi ta mer på alvor. ✕

REFERANSER

- Hagen, J. (2009). *Erfaringer knyttet til akuttpsykiatrisk behandling etter selvmordsforsøk eller alvorlige selvmordstanker* (Masteroppgave). Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim.
- Hagen, J., Knizek, B.L., Hjelmeland, H. (2018). Former suicidal patients' experiences of treatment and care in psychiatric wards in Norway. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 13: 1461514. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1461514>
- Hagen, J., Knizek, B.L., & Hjelmeland, H. (2019). Liminality and recognition of personhood in the experiences of suicidal women admitted to psychiatric hospital (under fagfelleevaluering).
- Sosial- og helsedirektoratet (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern* (IS-1511). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Walby, F.A., Myhre, M.Ø., & Kildahl, A.T. (2018). *1910 døde pasienter. Selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2008 til 2015 – en nasjonal registerstudie*. Rapport. Oslo: Universitetet i Oslo. Hentet 12.11.2019 fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kartleggingssystemet/>

Les også aktueltaken om selvmordsforebygging på side 90.

KASTEBALL Pasienter som ender opp som kasteballer, vil bruke enda flere ressurser enn de kanskje ville gjort hvis de fikk riktig hjelp med en gang, skriver artikkelforfatteren. Foto: PhotoKurtz / Shutterstock / NTB scanpix



Nedskjæringer fører til kasteballsystem

God nok tid til behandling er nøkkelen til å hindre for mange svingdørspasienter i psykisk helsevern.

VI HØRER STADIG om det i media, sist i NRKs serie «Innafor», i episoden «Selvmord på Instagram»: Fortvilte pårørende som sitter igjen med så mange spørsmål uten svar. Hjelpen som ikke rakk frem i tide i et system som tydelig ikke fungerer og er overbelastet. Fra 1998 til 2017 er døgnplassene i psykisk helsevern så godt som halvert. Men ifølge Folkehelseinstituttet har antallet psykisk syke, spesielt blant unge jenter, økt betraktelig de siste årene.

En siste utvei fra smerten blir for mange å ta sitt eget liv for å slippe å kjempe en kamp som virker umulig i øyeblikket. Hjelpen som av forskjellige årsaker ikke rekker frem i tide. Skal vi klare å forebygge flere selvmord må vi gjøre noe med systemet i psykisk helsevern. Ved å kutte ned på ressursene for å spare penger skjer det motsatte: Da ender pasienter opp som kasteballer i systemene. Døgnpostene i flere kommuner legges ned, behandlerne i poliklinikkene er under et enormt press for å rekke å ta inn

nye pasienter og gi alle hjelp innen tidsfristen. Med færre sengeplasser skal en større del av behandlingen skje i hjemmet, og med det får poliklinikkene et enda større ansvar.

BEHANDLERNES TIDSPRESS

Psykiske sykdommer er noe som kanskje vil ramme oss alle i større eller mindre grad i løpet av livet. Dette er sykdommer som det ikke snakkes så høyt om, og som kan være vanskelig å forstå hvis en ikke har vært der selv. Det er så mange ulike grader av lidelse og diagnoser, ikke minst de usynlige diagnosene som i flere tilfeller krever lengre behandling enn mange andre sykdommer. Og tiden det tar som eneste medisin, det finnes som regel ingen mirakelkur eller fasit. Hver eneste pasient må jobbe seg frem i sitt tempo og finne den veien frem mot målet som fungerer best. Tid er faktisk et nøkkelord i denne debatten. Tiden kan være avgjørende for om pasienten oppnår et varig resultat. »



MADELEINE KRISTIANSEN,
psykologistudent

**PSYKISK
HELSEVERN**

Stress fører sjelden noe godt med seg, og for en behandler som hele tiden føler på tidspresset, kan stresset fort komme i veien for behandlingen. En behandler som blir sittende med for mange pasienter og for mye press, vil i flere tilfeller ikke ha nok tid til å hjelpe hver enkelt. Da kan det også fort skje feilvurderinger. Forskjellige problemstillinger kan ha veldig like symptomer, men likevel kreve forskjellig type behandling. Dette kan være vanskelige skiller, og ved stress vil feilvurderinger fort gjøres.

VARIGE RESULTATER ER KREVENDE

Vi ønsker å redusere antall selvmord og selvmordsforsøk. For å kunne oppnå dette må det finnes hjelp til de som trenger det. Nedskjæringene gjør hjelpen mindre tilgjengelig og kan i verste fall føre til at noen pasienter ikke får hjelp i tide. Pasienter som blir kastet ut før de er friske nok til å klare seg selv, gjør at vi aldri oppnår et varig resultat.

I novemberutgaven av Psykologtidsskriftet skriver Gunhild Rindal Kulbotten en ærlig mening om hvordan det er å jobbe i poliklinikk nå i dag. Teksten starter med: «Før var det travelt, men givende å jobbe på DPS. Nå er det deprimerende.» En tekst som skildrer virkeligheten i en poliklinikk nå i dag, og hvordan presset styrer hvem som får hjelp i tide og ikke.

Pasienter som ender opp som kasteballer, vil bruke enda flere ressurser enn de kanskje ville gjort hvis de fikk riktig hjelp med en gang. De vil i flere tilfeller bruke enda lengre tid til å komme seg ut i jobb og med det koste samfunnet enda mer penger. Men viktigst av alt vil disse menneskene bruke enda lengre tid på å kjempe en kamp som ikke alltid synes på utsiden. Samtidig som de kjemper mot sykdommen sin, kjemper de også i mange tilfeller mot systemet og kjemper for å få riktig hjelp. Ved å beholde flere døgnavdelinger vil vi kunne gi bedre og mer strukturert hjelp. En time i uka hos en poliklinisk behandler er ofte ikke nok til å gå i dybden på det som pasienten trenger hjelp til. For noen pasientgrupper trenger lengre tid på en døgnavdeling for å få trygge rammer og stabil hjelp over tid, for så å kunne klare seg bedre i hjemmet senere. Gir vi pasienten denne tryggheten, vil vi kanskje kunne redusere antall akutte innleggelses, og med det redusere antallet kasteballer i systemet. Det finnes ingen snarvei til suksess, men hvis vi gjør det ordentlig fra starten, vil resultatet bli bedre på lang sikt. ❌

Debattert

Ventetiden

Psykologkatalogen: Fastlegen din (...) vet nå at det hun kan tilby deg, er en utskrift med hundre navn og telefonnummer til psykologer som du skal kontakte og prøve å få time hos. Hun vet også at de aller fleste har så fulle hender at du kommer til å få blankt avslag.

Martin Jacobsen i Dagbladet 16. januar

Ingen vei utenom: Selv ikke nå har jeg fått psykolog, halvannet år etter første gangen jeg oppsøkte hjelp. Jeg står enda i kø. Jeg har fått beskjed om at jeg bør vurdere å gå hos en privat psykolog dersom jeg ønsker å unngå lange køer. Problemet er bare at jeg har ikke økonomi til å gå utenom den offentlige psykologen.

Anonym «Fortvilet psykisk syk» i Adresseavisen 17. januar

På vent: Å få plass hos en psykolog eller psykiater med driftsavtale er nesten umulig. Ventetiden kan være opptil ett år, og det er de som har penger til å betale som får hjelp hos private psykologer.

Cathrine Abrahamsen debatterer på NRK Ytring 19. januar

Tid for handling: Åpenhet er bra, men jeg tenker at man kan snakke og snakke, men det hjelper ingenting. Det må handles! Det som må gjøres er først og fremst å få ned ventetiden i psykiatrien.

Anita Olsen i Agderposten 19. januar

Mangel: - Det er ikke i nærheten av en psykologdekning i kommunene som tilsvarer det som er behovet der ute. De fleste varsler om at folk må vente i år på å få tid hos psykolog, om de ikke kjøper i det privat.

Kjersti Toppe til ABC Nyheter 19. januar

Feriepengepsykolog: - Det hender at eg let vera å henvisa pasientar vidare til psykolog, sidan eg på førehand veit at dei ikkje vil sleppa til. Folk bruker feriepengane sine til å kjøpa privat psykologhjelp, noko som kostar opp mot 1500 kroner timen. Det syner stor fortvilning når folk bruker feriepengane sine til helsehjelp.

Else Brit Hetland Strassegger til Jærbladet 20. januar

Tilskudd: Det er ressurser der ute som kan brukes - om de blir tilgjengeliggjort. Det er stort tilbud av privatpraktiserende psykologer og psykiatere uten tilskuddsordninger. (...) Med noen pennestrøk kan disse private behandlerne bli tilgjengelig om de får tilskuddsordning - folk vil få hjelp.

Eva Rognvik i Dagbladet 22. januar

Skolefravær eller skolevegring

Hvilke konsekvenser har det for eleven om man bruker det ene eller det andre begrepet?



BEGREPET SKOLEVEGRING ER i de siste årene blitt den allmenne begrepsbruken i førstelinje- og spesialisthelsetjenesten når en elev har kortvarig eller langvarig skolefravær. Til tross for at *skolevegring* ikke er en diagnose, er det blitt til et *paraplybegrep* for å beskrive en haug av problemstillinger hos barn og ungdom uten at begrepet i seg selv har noe særlig meningsfullt innhold.

SKOLEFRAVÆR

I opplæringsloven brukes begrepet skolefravær når en elev ikke møter opp på skolen. Videre blir begrepet nyansert til dokumentert og uokumentert fravær, som viser til ulike grunner for fraværet. Det vises også til at fraværet enten kan være en enkeltstående eller en gjentakende hendelse som kan ende med å bli langvarig.

Opplæringsloven bruker begrepet uokumentert skolefravær på en slik måte at problemstillingen ikke bare gjelder selve eleven. Alle andre aktuelle aktører (foreldre, skolen, PPT, OT/PPT, skolehelsetjenesten og barnevernet) får også en aktiv rolle og et ansvar. Men når begrepet skolefravær skiftes ut med det altomfattende begrepet *skolevegring*, skjer det flere feilgrep: For det første settes barnet/ungdommen i en posisjon til å være den ene aktøren, og i verste fall blir de sett på som den ene årsaken man fokuserer på og agerer overfor. Slik tilside-

setter man allerede en haug med faktorer som direkte eller indirekte kan ha spilt en avgjørende rolle for at en elev til slutt har valgt å ta avstand fra skolen. For det andre skifter fokuset fra å se på fenomenet med et pedagogisk, psykologisk og samfunnsmessig blikk, til å bli definert og sett på som en psykiatrisk tilstand. Slik har man også mer enn nødvendig sykeleggjort barnet/ungdommen ved å direkte eller indirekte gi uttrykk for dette overfor eleven: Du vegrer deg for å gå på skolen, dermed har *du* et problem. Men man skal heller ikke utelukke at når skolefravær oppstår, og dersom det utvikler seg til et langvarig skolefravær, kan vegring og angst forekomme som sekundære tilstander.

Hvordan barn eller ungdom forstår og tolker begrepet skolevegring, har vi ikke forskning på. Denne forståelsen, ved å mene at *han/hun vegrer seg for å gå på skolen*, er en tolkning fra voksne rundt eleven og ikke fra eleven selv. Dette fører også til at alle aktive aktører, unntatt selve barnet/ungdommen, lettere kan fraskrive seg ansvaret og eksplisitt mene at til tross for alle tenkelige og utenkelige tiltak som er iverksatt, har det ikke skjedd noen endring. Slik støtter man også opp under den skjeve utviklingen som har oppstått i de siste årene, der man ofte hører fra ulike instanser i førstelinjetjenesten: *Vi står fast. Vi har gjort alt vi kunne gjøre, vi kan ikke gjøre noe mer.* Og videre: *Dette dreier* »

PARVIN SHAAFI,

psykologspesialist i ambulante tjenester ved helse Bergen

SKOLEFRAVÆR



FRAVÆR Når skolefravær, særlig hos ungdom, har oppstått, er det ofte lettere sagt enn gjort å raskt kunne endre på situasjonen, skriver artikkelforfatteren. Foto: VTT Studio / Shutterstock / NTB Scanpix

seg om psykiatri. Dette hører hjemme hos psykiatrien. Med andre ord kan begrepet skolevegring bli tatt i bruk som en forsvarsmekanisme hos oss voksne for å forsvare vår egen tilkortkommenhet i det å kunne ta tak i utfordringen vi alle sammen står overfor.

Begrepet skolevegring bidrar også til å skape et skremsels- og syndebukkbilde av skolen, en av de viktigste institusjonene i samfunnet og i alle barns og ungdommers liv, ved å mene at alle barn og unge som ikke går på skolen, vegrer seg for *selve skolen*. Skolen fortjener ikke å bli definert på denne enkle måten.

HVA KAN GJØRES?

Når skolefravær, særlig hos en ungdom, har oppstått, er det ofte lettere sagt enn gjort å raskt kunne endre på situasjonen. Ikke nødvendigvis fordi man er tom i *tiltaksbanken* for hva man kan gjøre, men fordi eleven har mistet troen på at voksne som har vært i kontakt med dem, har forstått dem og de utfordringene de ofte i flere år har stått overfor. Man bør i møte med alle involverte parter bevisst bruke begrepet skolefravær framfor begrepet skolevegring. Dette for å ikke skyve eleven inn i et hjørne ved å direkte eller indirekte gi uttrykk overfor han/hun: *Du er problemet*. Vi

må huske at voksne folk som av ulike grunner ikke møter opp på jobben, ikke blir kalt for *jobbvegrere*. Vi må heller ikke fraskrive oss ansvaret vi voksne har og har hatt i den lange prosessen mens situasjonen er blitt opplevd som uholdbar fra elevens side, og til slutt endt med at eleven har sluttet å gå på skolen.

Blant elever med skolefravær er det noen av dem som av forskjellige grunner kan ha angst, men det er ikke nødvendigvis slik at alle strever med angst. Derfor kan merkelappen *angst* bare være en tolkning av situasjonen fra voksne og ikke en beskrivelse av utfordringene eleven har møtt tidligere.

I møte med eleven bør man kanskje i første omgang ikke begynne å lete etter enda flere årsaker og/eller grave i tidligere definerte årsaker slik voksne har sett dem. Men *se barnet/ungdommen* ved å bekrefte og anerkjenne overfor dem at deres valg om å ikke gå på skolen kan være en normal reaksjon på en unormal situasjon de tidligere har erfart. For uansett hva grunnen til skolefravær kan være (faglige eller sosiale utfordringer på skolen, konflikter i familien, mangel på adekvat omsorg i hjemmet, osv.), har eleven opplevd en ubalanse og erfart mangel på mestring i sine indre eller ytre omgivelser.

Erfaring har vist at det hjelper lite å fokusere på eleven når det gjelder tiltak og/eller behandling, for de ønsker ikke å bli sett på som syke eller annerledes. Mange av dem, dersom man har lyktes i å komme i snakk med dem, mener at problemet ligger et annet sted enn hos dem selv. Derfor er det mindre sjans for å kunne gjøre noe med selve problemstillingen dersom man som fagperson ikke taler barnets/ungdommens sak. Dette gjelder spesielt dersom foreldrene, som skal kjenne sitt barn bedre enn alle andre, ikke er aktive samarbeidspartnere. Men det gjelder også dersom skolen ikke er en aktiv samarbeidspartner, eller der skolen er velvillig, men på grunn av dårlig økonomi melder at de ikke har nok ressurser eller midler til å imøtekomme elevens behov.

I sin helhet er det viktig å rette problemstillingen skolefravær til *mulig mangel på* samarbeids- og samhandlingsrutiner mellom foreldre og skolen. Og når skolefraværet har vokst, blitt større og endt med langvarig skolefravær, blir det ofte erfart at vi (foreldre, skolen, helsestasjonen, PPT, OT/PPT, barnevernet og spesialisthelsetjeneste) ikke har lyktes. Dette på grunn av mangel på nettopp helhetlig samarbeid og samhandling mellom de involverte aktørene. Derfor er det viktig å bevisst rette problemstillingen til voksne rundt eleven, og unngå å legge ansvaret bare på skuldrene til eleven ved å bruke begrepet skolevegring.

I den grad det lar seg gjøre, er det nødvendig å etablere kontakt mellom eleven og skolen når både kortvarig og langvarig skolefravær oppstår. Dette kan være via SMS-kontakt mellom eleven og kontaktlærer, E-opplæring og/eller hjemmeundervisning. Husk at voksne mennesker som av ulike grunner er sykemeldt og holder seg hjemme fra jobben, på flere måter er i kontakt med sin arbeidsplass, og det skal mye til for at de mister all kontakt med arbeidsplassen. Her har arbeidsgiver et særlig lovpålagt ansvar for oppfølging av den sykemeldte.

Opplæringsloven skal gjelde for hele Norge, men hvilke rutiner hver kommune har for oppfølging av skolefravær, varierer dessverre fra kommune til kommune. I tillegg blir oppfølging av kommunens rutiner for skolefravær i stor grad avhengig av hvilken skole eleven går på. Er barn og ungdom med skolefravær sikret de samme rettighetene som oss voksne når de ikke møter opp på skolen? ❖



Det hjelper lite å fokusere på eleven når det gjelder tiltak og/eller behandling, for de ønsker ikke å bli sett på som syke eller annerledes

Endepunktet

Det er fullt mulig for styret å uttrykke mistillit til redaktøren. Men det er uholdbart hvis de ønsker å bruke formålsparagrafen til å begrense redaktørens handlingsrom.



BJØRNAR OLSEN,

avtroppende
sjefredaktør

MIN 150. UTGAVE som sjefredaktør i Psykologtidsskriftet er også min siste som ansvarlig redaktør. På ett nivå ligger det ingen dramatik i dette, da alt har sin ende. Samtidig vet den som har fulgt med, at Psykologforeningens sentralstyre ønsker en ny formålsparagraf for tidsskriftet. Tidligere president i foreningen Tor Levin Hofgaard mener at dette ikke er et forsøk på å svekke den redaksjonelle friheten, og at sentralstyret ønsker å gå i dialog med tidsskriftet (Journalisten 21. november i fjor). Så langt har imidlertid den politiske ledelsen vært ytterst sparsommelig med sin informasjon til redaksjonen om hvorfor de ønsker en ny formålsparagraf, og har heller ikke åpnet for dialog mellom partene eller involvert oss nevneverdig i arbeidet. Det gir et signal om at de ønsker å ferdigstille formålsparagrafen for egen penn, og at den redaksjonelle profilen jeg har stått for gjennom 12 år, ikke er i tråd med det tidsskriftets eiere ønsker seg. Da er det naturlig at jeg trer til side.

INTERESSER OG UAVHENGIGHET

I 2009 utarbeidet Psykologforeningen i samarbeid med redaksjonen tidsskriftets første og fortsatt gjeldende formålsparagraf. I februar 2010 presenterte jeg den for våre lesere. Her skrev jeg at formålsparagrafen skal sikre at Psykologtidsskriftet redigeres etter Redaktørplakaten, slik at våre lesere kan være trygg på at det ikke er bladets eiere eller annonsører som bestemmer hva som står på trykk. Videre skrev jeg at vi lager et tidsskrift om psykologi for psykologer, ikke et tidsskrift om samfunnsøkonomi eller juss, eller for sosiologer eller biologer. Så lenge vi arbeider innenfor dette rommet, kan ikke foreningen legge seg opp i de redaksjonelle valgene som gjøres.

Et par setninger fra samme kommentar synes også å berøre dagens uenighet: «Noen utgivere opplever at Redaktørplakaten ska-

per forstyrrelser ved at saker og stemmer som går på tvers av utgiverens ønsker, kommer til uttrykk. Men forstyrrelser er nettopp hva Redaktørplakaten skal bidra til: Redaktørplakaten gjør at sjefredaktøren plikter å åpne spaltene for ulike stemmer og uttrykk.»

Det er helt legitimt at Psykologforeningen som eier har interesser i hvordan Psykologtidsskriftet driftes og utformes. Men har man valgt å holde seg med et tidsskrift som redigeres etter Redaktørplakaten, vil forstyrrelser følge av at redaktøren gjør sin plikt.

Redaksjonell uavhengighet betyr også at eier ikke kan instruere eller overprøve redaktøren i redaksjonelle valg. Det er heller ikke rom for å inngå avtaler som fraviker rammene for redaksjonell uavhengighet til ugunst for redaktøren, for å parafasere fra den kommende medieansvarsloven. Det er derfor viktig at en ny formålsparagraf klart retter seg etter lovgivningen på feltet.

Spenningen mellom eierens interesser og redaksjonens uavhengighet har gjennom årene jevnlig kommet til overflaten. Som i oktober 2014 da jeg på lederplass skrev at det i arbeidsutvalget både var usikkerhet og klar uenighet om hvordan styrets myndighet kontra redaktørens uavhengighet skulle forstås, og at «det i sentralstyret er forskjellige oppfatninger både om ønsket grad av innflytelse og om retning for tidsskriftet». Den gang som nå er min konklusjon at man ikke kan fremstå som troverdig avsender hvis ikke det redaksjonelle produktet fremstår som uavhengig av eieren. Fortsatt mener jeg at både foreningen, faget, profesjonen og tidsskriftet er tjent med dette.

DE UTLØSENDE FAKTORENE

Dagens situasjon synes utløst av en kort nettsak vi publiserte 1. oktober i fjor. Saken tok

utgangspunkt i Helsedirektoratets uttalelse om at de vurderte at sammensatte titler som «klimapsykolog» og «arkitektpsykolog» lå såpass langt unna den kliniske virksomheten at de nok kunne «anvendes av personer uten autorisasjon som psykolog». Den 17. oktober ble jeg bedt om å redegjøre for saken i sentralstyret. Mitt syn er at dette er både relevant og aktuell informasjon for våre lesere. Saken var del av en omfattende dekning av spørsmålet om hvem som skulle autoriseres som psykologer, en dekning ikke minst knyttet til at Elte-saken kom opp for retten senere samme måned. I den forbindelse hadde vi også flere selvstendige saker om forholdet mellom psykologer og mastere i psykologi mer generelt. Den utløsende saken kunne selvsagt fått en annen form, men spørsmålet om hvordan en sak best publiseres, inngår i den evalueringen jeg gjør i samråd med redaksjonen av nær alle saker vi publiserer. Og ville sentralstyret kalt meg inn om Helsedirektoratet hadde uttalt at kun psykologer kan bruke sammensatte titler? Det er det vanskelig å se for seg. Da er det lett å mistenke at det er foreningens interessepolitikk, ikke det presseetiske, som er styrende for ønsket om ny formålsparagraf.

REDAKTØRPRINSIPPER

Likevel, det finnes gode grunner til at en ti år gammel formålsparagraf gjennomgås. Men når dette arbeidet først skal gjøres, må det gjøres grundig, slik at det blir et godt arbeidsverktøy både for eier og redaksjon. Selv om det er eieren som i siste instans vedtar formålsparagrafen, mener jeg det er lurt å involvere både sjefredaktøren, som står rettslig ansvarlig for innholdet, og redaksjonen, som skal utvikle innholdet som reflekterer publikasjonens grunnsyn. Redaksjonell virksomhet er dessuten regulert både av lovverk og bransjenormer. Viktige bransjeaktører bør derfor delta i arbeidet, slik at formålsparagrafen er i tråd med den gjengse forståelsen av Redaktørplakaten, Vær Varsom-plakaten og den kommende medieansvarsloven.

En slik gjennomgang av formålsparagrafen var noe både jeg og redaksjonen stilte oss bak. Det var derfor med forundring at vi en knapp uke før sentralstyremøtet den 19. november ble opplyst om at arbeidsutvalget ønsket at sentralstyret skulle votere over en ny formålsparagraf ingen i redaksjonen hadde

sett før. Forslaget falt med syv mot fire stemmer. Generalsekretær i Norsk Redaktørforening Arne Jensen uttalte til Journalisten to dager senere at det å endre formålsparagrafen «uten dialog med redaktør og en grundig høring ville vært uklokt. Det berører jo hele grunnfjellet for tidsskriftet, ikke minst rammevilkårene for redaksjonen». Når dette skrives, har eierne fortsatt ikke vært i dialog med redaksjonen om disse rammevilkårene, og vi vet lite om den videre prosessen.

En åpen diskusjon med sentralstyret, medlemmer og lesere om tidsskriftets form og innhold er uproblematisk. Redaksjonen trenger tilbakemeldinger fra leserne, og vi blir bedre av å bli kikket i kortene. Men prinsippet om redaksjonell uavhengighet er absolutt for min del. Det er fullt mulig for styret å uttrykke mistillit til redaktøren. Men det er uholdbart hvis de ønsker å bruke formålsparagrafen til å begrense redaktørens handlingsrom.

«Redaktørens frie og uavhengige rolle handler ikke om å la en egenrådig redaktørstemme komme til orde, men at redaktøren gjennom sitt medium fremmer en saklig og fri informasjons- og meningsformidling», skrev jeg under overskriften «Redaktørprinsipper» i september 2015. Når redaktørrollen beskyttes og redaktøren ansvarliggjøres gjennom et lovverk, handler det om at redaktøren plikter å ta ansvar for en åpen og opplyst samtale. I dette ligger også en plikt til å publisere ytringer jeg personlig er uenig i, gitt at ytringene har offentlig interesse og følger de presseetiske normene. En formålsparagraf kan ikke begrense denne forpliktelsen.

AVSLUTNINGEN

Formålsparagrafen er eiers styringsdokument, men rammer også inn sjefredaktørens virke. Hvis redaktøren kommer i en uløselig konflikt med mediets grunnsyn, plikter redaktøren å trekke seg. Det er ikke sikkert at en ny formålsparagraf ville plassert meg i en slik uløselig konflikt, og man kan sikkert strides om sentralstyrets signaler de siste månedene skal leses som mistillit, en advarsel eller uenighet om tidsskriftets redaksjonelle profil. Men sett i lys av en lengre historie der eier har en annen forståelse enn meg av hvilke plikter og rettigheter som følger av redaktørplakaten, ble valget enkelt. Derfor setter jeg mitt punktum som sjefredaktør her. ❌



Har man valgt å holde seg med et tidsskrift som redigeres etter Redaktørplakaten, vil forstyrrelser følge av at redaktøren gjør sin plikt

Prosessene kunne vært bedre

Jeg forstår frustrasjonen knyttet til myndighetenes kontrollbehov av en ordning som avtalespesialistene, pasientene og Psykologforeningen opplever som velfungerende.



RUNE FRØYLAND,
visepresident i Norsk
psykologforening

AVTALE- SPESIALISTENE

I **PSYKOLOGTIDSSKRIFTET**s januarutgave kritiserer Anne Røise, Espen Idås og Eivind Andersen Psykologforeningen for vår manglende involvering av avtalespesialistene i pilotprosjektet til Helse Sør-Øst. Helseminister Bent Høie er opptatt av ordningen med avtalespesialister, og han ønsker seg flere. Men han har bedt om endringer i tjenesten. Et av de forholdene han mener skal og må endres, er innføring av pasientrettigheter på lik linje med rettigheter i det øvrige offentlige helsevesen. Ministeren har bedt de regionale helseforetakene (RHF), som eier ordningen med avtalespesialister, om nå å innføre «rettighetsvurdering» av alle henvisninger. Dette som en del av ministerens hovedmål om å skape «pasientens helsetjeneste».

Helseministeren og departementet uttrykker at det er vanskelig å leve med at avtalespesialistenes pasienter ikke har de samme rettighetene som i resten av spesialisthelsetjenesten. Dette er ikke en skiftende politisk idé. Vi har ingen grunn til å tro at en annen regjering eller annen helseminister vil mene noe annet. Vi håper og antar at avtalespesialistene ikke mener at Psykologforeningen bør motarbeide at pasientene får oppfylt sine rettigheter.

Ministeren har bedt RHF-ene om å sette i gang piloter over ulike former for rettighetsvurdering i avtalepraksis, for å høste erfaringer før Helsedepartementet innfører dette som en ordning. Psykologforeningen og Legeforeningen er tatt med som drøftingspart i pilotprosjektene.

BEKLAGELIG

Avtalespesialister i Vestfold sier i et innlegg i januarnummeret av Psykologtidsskriftet at de ikke var informert om pilotprosjektene for rettighetsvurderinger, og at prosessen har skapt utrygghet og frustrasjon. Jeg er enig i at når de opplever foreningen som motpart i en slik sak, så er det alvorlig, og det er beklagelig. Jeg forstår frustrasjonen knyttet til myndighetenes kontrollbehov av en ordning som avtalespesialistene, pasientene og Psykologforeningen opplever som velfungerende. Vi er ikke en motpart i dette. Vi har gjennom år aktivt ivaretatt avtalespesialistenes interesser.

Psykologforeningen informerte avtalespesialistene i Helse Sør-Øst om samarbeidsavtaler og om pilotprosjektene på et medlemsmøte i januar 2019, der 120 avtalespesialister møtte opp. Tilsvarende informasjonsmøter har også vært gjennomført fem andre steder. Det er videre informert i det årlige takstrundskri-

vet som sendes til alle avtalespesialister, sist i juni 2019. I rundskrivet beskriver vi pilotprosjektene for rettighetsvurderinger, og vi uttrykker at foreningen mener at det er viktig at avtalespesialister deltar, selv om de kjenner sin autonomi truet.

Avtalespesialister har vært direkte involvert i arbeidet med pilotene via tillitsvalgte avtalespesialister i samarbeidsutvalgene med de regionale helseforetakene. Tillitsvalgte i Helse Sør-Øst har i tillegg gjort et omfattende arbeid i selve prosjektgruppen for rettighetspilotingen, og har gitt mange synspunkter til myndighetene om rettighetsvurderinger. Psykologforeningen har lyttet til det de tillitsvalgte har formidlet.

Prosessene kunne absolutt vært bedre. Omstillinger innebærer alltid spørsmål. Vi burde bidratt bedre til å besvare disse. Det er lite motiverende å oppleve at man ikke har innflytelse på endringer som kommer. Den følelsen deler jeg med avtalespesialistene: Helsedepartementet og RHF-ene innfører reformer i et svært høyt tempo, og foreningens medvirkning og innflytelse er ikke alltid reell.

MEDVIRKNINGSARENA

Et pilotprosjekt er imidlertid i seg selv en medvirkningsarena før den endelige ordningen blir etablert. Ved å ikke delta risikerer vi at rettighetsvurderinger blir etablert uten at avtalespesialistene, og dermed Psykologforeningen, blir lyttet til. Uten at vi får påvirke hvordan den endelige utformingen blir. Å få inn reelle erfaringer ville nettopp være å lytte til avtalespesialistene, og til å kunne påvirke ut fra innhentet kunnskap.

Det at Psykologforeningen mener vi bør delta i pilotprosjektene, innebærer ikke at Psykologforeningen ikke erkjenner at prosjektet har slagsider. Vi har gjentatte ganger trukket frem flere uheldige følger som rettighetsvurderinger hos avtalespesialistene kan ha. Ordninger må ikke føre til økt byråkratisering og dårligere utnyttelse av psykologressursene.

Avtalespesialistenes særdeles omfattende pasienttilbud har sammenheng med at tjenesten er svært avbyråkratisert, og at de benytter sin kapasitet til direkte pasientbehandling. Ytterligere er avtalespesialistene selvstendig næringsdrivende, og de har også selv fullt ansvar for behandlingen. Det krever at man har kontroll over grunnleggende deler av virksomheten, slik som inntak av pasienter. Myndighetene vil «integre» avtalespesialistene mer i det offentlige helsevesenet.

Psykologforeningen er tydelige på at integrering ikke er det samme som styring og kontroll, og at avtalespesialistene underlegges helseforetakene. Endringer må ivareta avtalespesialistenes rettigheter, plikter og behov like mye som helseforetakenes behov ivaretas. Tildeling av rettigheter fokuserer mye på tidsfrister og ventetid. Dette, og andre ordninger, må ikke gå på bekostningen av mulighetene for å gi god behandling, eller på bekostning av pasientenes rett til å velge sin behandler og hvor behandlingen skal skje. Også retten til diskresjon og konfidensialitet, samt muligheten til kontinuitet hos en avtalespesialist over år, må ivaretas.

Vi ønsker å fremme disse standpunktene overfor myndighetene i samarbeid med våre medlemmer, samtidig som vi forholder oss til gjeldende politiske føringer. Vi stiller oss åpne for innspill til andre måter å ivareta kommunikasjon med berørte medlemmer utover de som her er beskrevet. ✕



Psykologforeningen er tydelige på at integrering ikke er det samme som styring og kontroll, og at avtalespesialistene underlegges helseforetakene

Ikke udemokratisk

Ingvild Stjernen Tisløv og Jørgen Flor må feie for egen dør. De har ikke forstått særlig mye av hva et demokrati er.



ARNE HOLEN,
psykologspesialist

**PSYKOLOG-
FORENINGEN**

INGVILD STJERNEN TISLØV og Jørgen Flor hadde 29. november et innlegg i nettutgaven av Psykologtidsskriftet med overskriften «Psykologforeningen har et demokratisk problem». De bruker store ord, men ordene henger ikke sammen. Som en av de som har vært oftest på talerstolen i Sandefjord de siste 20 årene og påpekt mangelfulle prosesser i Norsk psykologforening, dårlig informasjonsflyt og urent trav, føler jeg meg meningsberettiget. Etter min mening har ikke Stjernen Tisløv og Flor forstått særlig mye av hva demokrati er. Flor var heller ikke til stede på landsmøtet i november.

I innlegget refereres det til landsmøtet og at deler av prosessene der var udemokratiske. De mener for eksempel at det var udemokratisk at visepresident Frøyland ble sittende i en av redaksjonskomiteene på landsmøtet, siden han representerer sentralstyret. Hvis jeg forstår forfatterne rett, mener de at det ville blitt en bedre prosess hvis delegatene kunne diskutert saken i fred uten at sentralstyret var representert. Poenget med en redaksjonskomité på landsmøtet er å favne all uenighet og prøve å komme fram til felles vedtak som alle kan være enige i. Hvis man ikke kommer fram til ett felles forslag, er det redaksjonskomiteens oppgave å finne fram til et sett med ulike vedtak som favner all (gjenværende) uenighet, og formulere det slik at møtelederne kan lose landsmøtet gjennom en votering som er oversiktlig og gjennomførbar, uten mer diskusjon i plenum. I slike prosesser er det slik at man kan, vet og vil ulike ting. I tillegg er det en forhandlingsprosess der alle må gi og ta. Det forventes at alle frafaller sine opprinnelige forslag eller opprettholder dem i redaksjonskomiteens arbeid.

Tidligere har det vært slik at alle som hadde et forslag til vedtak på en sak på landsmøtet,

«automatisk» hadde sikret seg en plass i den aktuelle redaksjonskomiteen. Denne gangen inviterte ordstyrerne åpent for alle til å melde seg. Det var litt uoversiktlig fordi det ikke ble annonsert ordentlig i plenum hvem som kom inn i komiteen, og dette er primært ordstyrerne sitt ansvar. Det er ikke vanlig å referere åpent hvordan prosessen foregår i en redaksjonskomité, dette gjør at alle kan snakke fritt og stole på at man ikke blir referert ut av kontekst.

Mange vil hevde at det er illojalt mot prosessen og dårlig organisasjonsskikk å komme med nye forslag eller opprettholde opprinnelige forslag etter at redaksjonskomiteen er ferdig. Problemet er her at hvis én «hopper av i svingen», hvorfor skal da resten være lojale mot det man kom fram til i redaksjonskomiteen? Hvis alle «hopper av i svingen» er landsmøtet i prinsippet tilbake til square one.

Fordelen med å ha med en eller flere fra sentralstyret i en redaksjonskomité er at medlemmene der vanligvis er godt orientert om saksfeltet, og risikoen for å gjøre noe dumt eller «bomme» blir lavere. Ulempen er selvfølgelig at det kan oppleves som en asymmetrisk prosess, der vanlige delegater kan føle seg som David mot Goliat. Udemokratisk er det ikke. Når redaksjonskomiteen er ferdig, er det delegatene som stemmer. Sentralstyret har ikke stemmerett på landsmøtet.

BEKJENNELSER FRA SOVESALEN

Avslutningsvis i innlegget skriver forfatterne «... her er vi flere som har sovet i timen». Jeg vet ikke hvem flere enn forfatterne som har sovet i timen, men det virker åpenbart at disse to styremedlemmene ikke er på riktig sted til riktig tid. Oslo lokalavdeling av Norsk psykologforening, der både Stjernen Tisløv og Flor er styremedlemmer, har brutt gjeldende prosedyreregler for valg



STEMMERETT Når redaksjonskomiteen er ferdig, er det delegatene som stemmer, skriver artikkelforfatter Arne Holen. Her stemmes det på Psykologforeningens landsmøte i 2019. Foto: Nora Skjerdingsstad

av landsmøtedelegater. I gjeldende vedtekter for lokalavdelingene står det: «En valgkomité oppnevnt på lokalavdelingens årsmøte, fremmer forslag på delegater til landsmøtet. Valgkomitéens innstilling, samt en oversikt over forslag til delegater innsendt av medlemmene, sendes ut til medlemmene senest to uker før medlemsmøtet hvor valget skal foregå.» Osloavdelingen involverte ikke valgkomiteen, og det ble heller ikke lagt fram en prioritert liste. Det var også anledning til å melde seg som kandidat på selve medlemsmøtet. Fordelen med å gjøre det på denne måten er at «alle som vil», kan delta. Det er bra å ta vare på engasjementet. Ulempen er at det kan bli litt vel mye spontanitet og improvisering. For eksempel kan man få en situasjon der delegater fra én arbeidsplass dominerer, skjev kjønnsbalanse eller andre uønskede uforutsigeligheter. Valgkomiteens oppgave er å sørge for at man får et minimum av kvalitetssikring av kandidatene. I tillegg kan man sette sammen en liste med god representativitet og bredde.

For Osloavdelingen ble det til slutt 12 kandidater til seks plasser. Som sittende styremedlemmer er forfatterne medansvarlige for dette og sitter dermed i glasshus når det gjelder å kritisere andre for mangelfullt demokratisk sinnelag. Forfatterne tar i sitt innlegg til orde for flere eller bedre regler, men har ikke tatt seg møyen med å sette seg inn i eller følge gjeldende regler.

Det er mange andre saksforhold som berøres i forfatternes innlegg, men de kan av plasshensyn ikke omtales nå. Det som synes klart, er at Stjernen Tisløv og Flor trenger å sette seg inn i gjeldende kjøreregler for etablert og begrunnet praksis før de etterlyser endring og anklager andre for å holde på med udemokratiske prosesser og virkemidler. ✕



Forfatterne sitter i glasshus når det gjelder å kritisere andre for mangelfullt demokratisk sinnelag

Les tilsvaret fra Ingvild Stjernen Tisløv og Jørgen Flor på neste side.

TILSVAR

Godt nok demokrati?

Vi er takknemlige for at Arne Holen holder temaet om demokrati i Psykologforeningen varmt. Vi ønsker imidlertid å svare på noe av kritikken han fremmer mot oss i nokså krasse ordelag.



**INGVILD STJERNEN
TISLØV** og
JØRGEN FLOR,
styremedlemmer i
Oslo lokallag

**PSYKOLOG-
FORENINGEN**

VI ER DE FØRSTE til å påpeke at vi kaster stein i glasshus. I den opprinnelige teksten skrev vi at vi som ferske styremedlemmer ikke fullt ut skjønnte hvilke konsekvenser enkelte avgjørelser kunne få, og på hvilket tidspunkt vi kunne påvirket i en annen retning. Likevel kan vi ikke godta at vår kritikk avfeies som latskap eller manglende forståelse for enkle kjøreregler.

Når et lokallag med en svært kompetent, erfaren og politisk sterk leder som Birgit Aanderaa klarer å bomme på nominasjonsprosedyren, gir Holen nettopp et eksempel på hvor krevende det kan være å navigere i dette landskapet. Selv har vi fått inntrykk av at lokallagene hadde ulike prosesser for å nominere deltakere til landsmøtet, og at flere medlemmer underveis tok til orde for å samordne dette i større grad.

Når det kommer til Rune Frøyland, har vi aldri hevdet at sentralstyremedlemmer ikke bør delta i redaksjonskomiteer per se. Vi ser definitivt fordelene med å ha med sentralstyret i slike prosesser. Men det som er lov, er ikke alltid klokt. Og i denne spesifikke saken vurderte altså visepresident Frøyland det som klokt å delta i en arbeidsgruppe der man skulle avgjøre behovet for å se på Psykologforeningens organisasjonsstruktur, inklusiv maktfordelingen mellom president og visepresidenter, og om det skulle gjøres av en intern eller ekstern aktør. Da handler det ikke om David mot Goliat, men om habilitet. Dette ble påpekt fra talerstolen både av en delegat fra Oslo og av nåværende president Håkon Kongsrud Skard. Det er også kjent

at tidligere visepresident Heidi Svendsen Tesand oppfordret Frøyland til ikke å delta nettopp på dette grunnlaget, og at hun beklaget det inntrufne i etterkant. I vedtaksforslagene som landsmøtet til slutt skulle stemme over, var delen om å evaluere lederrollene utelatt. Som respons på dette kom det en protokolltilførsel fra Agder lokallag, der de understreket at de hadde ønsket en gjennomgang der også lederstrukturen ble evaluert.

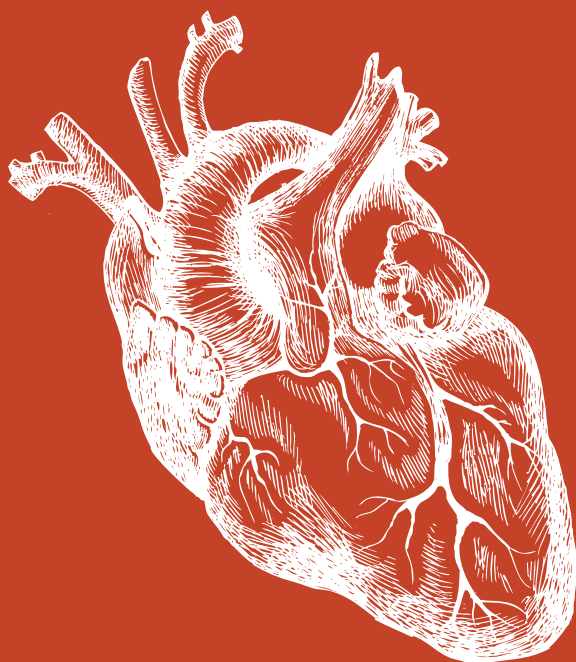
Vi vil ha en debatt om de demokratiske prosessene i foreningen, og hvordan vi bedre kan sikre medlemmers deltakelse. Et viktig premis for et velfungerende demokrati er at man ikke må være ekspert for å engasjere seg, men at man får den informasjonen og kunnskapen som skal til for å kunne delta, og at det er gode strukturer som sikrer dette. I forkant av landsmøtet hadde vi flere opplevelser av at dette ikke fungerte optimalt i Oslo lokallag, og har derfor satt demokratiske prosesser på dagsordenen internt. På landsmøtet var det først og fremst studentene som tok til orde mot det de anså som udemokratiske prosesser, og Frøylands deltakelse i redaksjonskomiteen var det flere som reagerte på.

At kritikken vår skal reduseres til en manglende forståelse av hva demokrati handler om, er vanskelig å ta seriøst. Som fagforening er vi tjent med at alle medlemmer ønsker å bidra til fellesskapet. Det oppnår vi ved å legge terskelen for deltakelse lavt, ha ryddige prosesser, og sikre god informasjonsflyt. Hvis Holen mener vi er der i dag, får det stå for hans regning. ✕

.....
Leder i Oslo lokalavdeling, Birgit Aanderaa, har fått muligheten til samtidig imøtegang, men ønsker å avvente. Hun skriver dette i en sms til Psykologtidsskriftet: «Det er ikke naturlig for meg å skrive innlegg i denne debatten før den interne evalueringen [i Oslo lokalavdeling, red. anm.] som er avtalt.»



ILLUSTRASJON: SHUTTERSTOCK/SCANPIX



HJERTET ER IKKE ALENE

Elisabeth Norman belyser koblingen mellom affekt og kognisjon. «Boka inviterer heldigvis til mer refleksjon enn til entydige svar», skriver psykologspesialist Frøydis Lilledalen om nyttegevningen.

”

Erfarne psykologer har også nytte av å reflektere over fagetiske sider ved sin egen yrkesutøvelse

Jon Rekstad om Profesjonsetikk for psykologar

Har du lyst til å annelde 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.

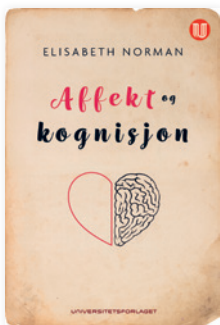
SKJØNN FORENING?

Anmelder Frøydis Lilledalen er ikke sikker på at sterke emosjoner er uløselig knyttet til en kognitiv komponent. Illustrasjon: Shutterstock/Scanpix



Teoritett om tanker og affekter

Elisabeth Norman får en til å fundere over de uendelig mange måtene kognisjon og affekter er bundet sammen på.



ELISABETH NORMAN, *Affekt og kognisjon*, Universitetsforlaget, 2019, 264 sider

ANMELDT AV Frøydis Lilledalen, psykologspesialist i Signo

ELISABETH NORMAN har produsert en essensiell og kompleks fagbok om det sentrale psykologiske feltet affekt og kognisjon. Det ligger åpenbart mye erfaring, kunnskap og arbeid bak boka. Norman er professor i generell psykologi ved Universitetet i Bergen, der hun forsker på blant annet intuisjon og ytterkantbevissthet, og underviser i emnet «affekt og kognisjon». Forfatteren viser både dybde- og breddekunnskap på feltet, og det er et solid verk. For studenter som tar emnet, er boka *Affekt og kognisjon* viktig og relevant. Selv om boka fremstår som mest aktuell for psykologistudenter, vil den være interessant for alle som ønsker å dykke ned i fagfeltet.

FORVIRRENDE FORENKLINGER

Boka er pedagogisk lagt opp, med innledende eksempler og avsluttende øvingsoppgaver, refleksjonsoppgaver og referanser til anbefalt lesning. Boka ville imidlertid ha vært enda mer pedagogisk dersom hvert kapittel i korte trekk ble oppsummert mot slutten. For forfatteren legger frem mye stoff i hvert kapittel. Tidvis

blir navn, begreper og teorier så tett presentert at det er utfordrende for en leser som ikke er dypt inne i fagfeltet, å følge med. For eksempel kan det være vanskelig å ha forskjellene mellom affekt, emosjoner, humør, følelser, humør-kongruent prosessering, metakognitive følelser, affektinfusjon, antesipatorisk og antesipert affekt present gjennom bokas 16 kapitler. Forfatteren skriver i forordet at studentene lenge har etterlyst en lettfattelig innføring i fagfeltet. Norman lykkes kun delvis i å gjøre stoffet lettfattelig. Å forsøke å forenkle noe komplisert kan i noen tilfeller være oppklarende, og i andre tilfeller forvirrende. Boka er begge deler.

Forfatteren skriver at «Generelt går det an å hevde at affekt – både emosjoner og humør – er selve kjernen av psykisk lidelse» (s. 232). Mange vil være enige med henne i dette, mens andre vil være mer opptatt av hvilken rolle betennelsestilstander, hjernestrukturer, personlighet, relasjoner eller tidlige erfaringer har å si for psykisk helse. Hvorvidt maladaptive affekter og lite hensiktsmessig tenkning er årsak eller

konsekvens i utvikling av psykisk lidelse, er et stadig ubesvart spørsmål. Videre er jeg usikker på om jeg er enig i forfatterens utsagn om at «Det er umulig og meningsløst å forsøke å forstå emosjoner uten samtidig å forstå deres kognitive årsaksmekanismer, bestanddeler og konsekvenser» (s. 230). Etter å ha jobbet med mennesker uten tale eller tegnspråk, og med lite av det vi forstår som kognitive evner, er jeg ikke sikker på at sterke emosjoner er uløselig knyttet til en kognitiv komponent.

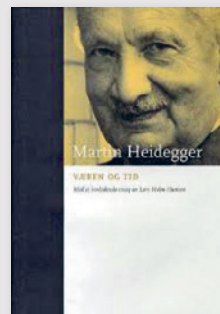
En klar styrke ved boka er at forfatteren gjør godt rede for begrensninger ved enkeltfunn og teoriene hun presenterer. Videre blir boka både mer interessant og relevant for meg når forfatteren skildrer opplevelser fra eget liv. Hun illustrerer hvordan affekt påvirker kognisjon, gjennom å fortelle hvordan hun føler seg henholdsvis før og etter en forelesning. Nervøsitet påvirker hvordan vi ser omgivelsene rundt oss og oppfatter andre mennesker. Hun skildrer hvordan vi blir mer tolerante og positivt innstilt til både oss selv og omverden når stressoren er forsvunnet eller en vrien oppgave løst. Videre gjør sang- og dikttekster det mulig for leseren å relatere seg til stoffet fra mer enn en intellektuell innfallsvinkel.

TETT MED TEORI

Boka gir innsikt i teorier som forsøker å forklare, og studier som forsøker å belyse interaksjoner mellom tanker og følelser – samt hvordan tanker og følelser spiller sammen med vår atferd og kroppslige opplevelser. Feltet er komplekst, og vi er hensatt til hypoteser og tolkninger av forskningsresultater når vi forsøker å forstå disse kjernekomponentene i vår menneskelighet. For det er som forfatteren skriver: «Ingen av oss har sett en emosjon. Ei heller har vi sett en kognitiv prosess som for eksempel hukommelse. Vi har heller ikke sett affektregulering. Derfor trenger vi metaforer for å forstå disse fenomenene» (s. 199). Og det er kanskje derfor vi har veldig mange teorier om måter å forstå, forske på og gi mening til interaksjoner mellom affekt og kognisjon. Disse teoriene og perspektivene presenterer Norman på strålende vis.

Boka inviterer heldigvis til mer refleksjon enn til entydige svar. Og etter at jeg er ferdig med boka, sitter jeg igjen med opplevelsen av at menneskets følelser, tanker og atferd kommer til å være et mysterium psykologien kommer til å beskjefte seg med også i lang tid framover. ✘

KLASSIKEREN



Heidegger er uovertruffen i å tenke nytt om det hverdagslige.

Martin Heidegger: *Væren og tid* (1927)

Jeg var student, det var juleferie, og jeg hadde kjøpt *Væren og tid*. Jeg satte meg godt til rette, peisen var tent, men allerede på side tre skjønnte jeg at jeg trengte en arbeidsstol og en skrivepult.

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.

Heidegger var opptatt av poesi, men han var ingen poet. Sett bort ifra alle nyordene, så er teksten fremdeles seig materie. Bokens tema kan oppsummeres som spørsmålet om værens mening. Svaret er det verre med.

Væren er måten tingene er forståelige for oss på. Væren angår oss fordi det er oss verden blir forståelige for. Ifølge Heidegger er mennesket og verden vevd inn i hverandre. Dermed kan vi bare besvare dette spørsmålet gjennom å undersøke vårt forhold til verden.

Heidegger var fenomenolog og opptatt av hvordan ting kommer til syne. Han var uovertruffen i å tenke nytt om det hverdagslige. De fleste ting er bruksting og viser seg som det de er i bruken og ikke gjennom sterile definisjoner av essenser. Vi er emosjonelt innvevd med verden – vi er stemte og treffes av ulike stemninger. Viktigst er likevel omsorgen, som utgjør vår ytterste begrunnelse eller «det-for-hvis-skyld». Det er i omsorgen at verdensforholdet vårt kommer klarest til syne, fordi her står livsprosjektene våre på spill.

Som hermeneutiker viste Heidegger at språket alltid er fortolkende og at den sosio-historiske konteksten avgrenser meningshorisonten vår. Her starter all forståelse – også den vitenskapelige. *Væren og tid* er kanskje ikke antropologisk, men det er likevel med god grunn den har inspirert psykologer til å tenke nytt om psykologi.

Henrik Berg, ved Senter for vitenskapsteori ved Universitetet i Bergen, utfordrer Helene Møllenberg, psykolog ved Avdeling for barn og unge ved Sørlandet sykehus, til å ta stafettpippen videre.

Fagetikk for ferske og erfarne

Temaet fagetikk er for viktig til at denne boken skal være forbeholdt studenter.



NINA DALEN og
KNUT DALEN,
*Profesjonsetikk for
psykologer, Samlaget,
2019, 148 sider.*

DET ER IKKE så ofte det kommer en bok om fagetikk for psykologer på norsk. Fagetikken er viktig. Et bevisst og aktivt forhold til vår profesjonsetikk gir psykologen gode etiske retningslinjer å styre etter. Det gir også våre pasienter og de systemer vi jobber mot, en beskyttelse mot at psykologen skal opptre uheldig i den profesjonelle relasjonen. En høy fagetisk standard blant psykologer er nødvendig for at samfunnet skal opprettholde den store grad av tillit vi har som profesjon.

Forfatterne bak denne boken har omfattende erfaring i arbeid med fagetiske problemstillinger gjennom ulike verv de har hatt i Psykologforeningen. Formålet med boken er å sette psykologer bedre i stand til å møte utfordrende situasjoner man kan møte i sitt arbeid som psykolog. Den er pedagogisk oppbygd og skrevet i et lett tilgjengelig språk, men tar samtidig opp fagetiske problemstillinger som er høyst relevante også for mer erfarne psykologer.

GJENKJENNBARE DILEMMAER

Boken tar for seg perspektiver på rolleforståelse og teoretiske tilnærminger til etikken. Den gir en ryddig innføring i Etske prinsipper for nordiske psykologer (EPNP), og beskriver hvordan Norsk psykologforening har organisert sitt arbeid for å opprettholde en høy fagetisk standard blant sine medlemmer. Et eget kapittel tar for seg forskningsetikken og historien bak denne. Boken blir særlig interessant, også for psykologer med mer erfaring fra arbeidslivet, når forfatterne gir eksempler på aktuelle fagetiske problemstillinger man kan møte i arbeidet som psykolog. Forfatterne drøfter situasjoner de fleste psykologer vil kunne kjenne seg igjen i, vurderinger der de fagetiske problemstillingene kan være mer eller mindre tydelige, som: Hva kan man legge ut om seg selv og sin

arbeidsdag på Facebook? Kan man privatisere en pasientrelasjon? Hvordan forholde seg til anonyme opplysninger? Boken gir ikke nødvendigvis svar på slike spørsmål, men du som psykolog får fine muligheter til å reflektere over og kanskje kjenne igjen dilemmaer fra din egen praksis. Forfatterne kommer også med forslag til hvordan du som psykolog kan gå frem dersom du er usikker på hvordan du skal identifisere og håndtere et fagetisk dilemma.

KLAGEPROSESSEN

Forfatternes gjennomgang av den fagetiske klageprosessen, og begrunnelsen for hvorfor det er viktig å gi pasienter/klienter mulighet til å klage inn psykologer til Fagetisk råd (FER), er saklig og nyttig. Det er krevende å være part i en klagesak i FER, både for klager og psykolog, og det er viktig at psykologer forstår hvorfor en slik klageadgang er nødvendig for å bevare profesjonens troverdighet i befolkningen. Forhåpentligvis vil psykologer som leser boken, bli litt bedre rustet til å kjenne igjen og håndtere egne fagetiske dilemmaer, og kanskje også kunne bistå en kollega i refleksjon rundt fagetiske problemstillinger. Det er også å håpe at mer informasjon om den fagetiske klageprosessen kan bidra til at psykologer som blir klaget inn til FER, ikke vil oppleve det som krenkende, men heller forstå det som en krevende, men nyttig anledning til å reflektere over eget arbeid. En klage gir anledning til både å korrigere egen praksis og å kunne reparere den skaden klageren kan oppleve seg påført i kontakt med psykologen. Temaet fagetikk er for viktig til at denne boken skal være forbeholdt studenter. Erfarne psykologer har også nytte av å reflektere over fagetiske sider ved sin egen yrkesutøvelse. Det gir denne boken rikelig anledning til. ❌

ANMELDT AV

Jon Rekstad,
faglig leder ved
Origosenteret,
Kirkens bymisjon

MINNEORD

JACOB EDGAR ELSNER KULLMANN

1923–2019



JACOB GIKK BORT 7. desember 2019. Han ble 96 år, og beholdt sin kjente verbalitet til det siste. Han vokste opp i Bergen og Stavanger. Sin utdanning som psykolog fikk han i Oslo og Harvard, og han var med i den lille gruppa med psykologer på 1950-tallet som fikk stilling i helsevesenet. Han arbeidet ved Neevengården Sykehus, og var assistent for Ørnulf Ødegaard ved Vinderen psykiatriske klinikk. Jacob hadde fra oppveksten tilknytning til Ål i Hallingdal. I et samarbeid med skolesjefer og ordførere ble Pedagogisk-Psykologisk Tjeneste, PPT, for seks kommuner i Hallingdal opprettet med ham som leder. For Jacob betød PPT at tjenesten skulle bestå av både pedagogisk og psykologisk hjelp og rådgivning. Han var tidlig opptatt av at psykologtjenesten skulle stå for en forebyggende side med et nært samarbeid med barnas foreldre og de kommunale instanser.

Jacob arbeidet nesten ti år i Hallingdal. Han var sterkt delaktig i opprettelsen av Gol offentlige spesialscole for evneveike, med bakgrunn i at folkeskolen på denne tiden hadde lite å tilby denne gruppen av barn.

Etter sine år i Hallingdal jobbet Jacob ti år som leder for psykologene ved Bredtvet senter for logopedi i Oslo. Deretter ble det tjeneste ved blindeskolen på Huseby og som sjefpsykolog ved Lier psykiatriske sykehus. Lier sykehus var i sterk omstilling i denne perioden, da blant annet de store pasientsalene – de såkalte 30-salene – ble omgjort, og samarbeidet med pasientenes hjemkommuner ble forsterket. Jacob var avgjørende delaktig i dette arbeidet sammen med de andre i psykologgruppa. Han var oppriktig skuffet over at det omfattende jordbruket

ved sykehuset nærmest ble lagt ned. Arbeidet i veksthus og på marka hadde gitt mening i tilværelsen for mange og gjort det lettere å komme tilbake til et fast arbeid. Jacob la til rette for at psykologstudenter under veiledning i den siste praksisperioden ble tilsatt i halv stilling ved institusjonene.

Jacob beholdt sin nære tilknytning til Ål og Hallingdal ved et lite hyttetun med gamle hus han og familien fikk bygd i Djup. Der inne kunne han kjøre hundeslede med sine sterke alaskahuskier. Jacob og Ellen Marie giftet seg i 1955 og fikk to sønner, tre barnebarn og to oldebarn. I tillegg til interessen for fjellet og hunder var det seilbåter som opptok ham på sommerstid.

Vi lyser fred over Jacob Kullmanns minne.

Ernst Ottem, psykologspesialist
Harald Marthinsen, assisterende professor
Trond Kilnes, psykologspesialist
Kjetil Kaasin, psykologspesialist

TERAPEUTEN

Stavanger 2.-6. november 2020



FORELESERE

John Norcross ● Bruce Wampold ● Louis Castonguay
 Patricia Coughlin ● Daryl Chow ● James Bennett-Levy
 Helene Amundsen Nissen-Lie ● Per Isdal ● Alain Topor
 Thomas Skovholt ● Inez Myin-Germeys ● Kari Anne Vrabel
 Astrid Weber ● Ole Greger Lillevik ● Lene Berring
 Kjell Erik Killi Olsen ● og mange flere.

Hva er en god terapeut?

Hvilke utfordringer og egenskaper er viktige i forskjellige deler av tjenesteapparatet?

Hvordan kan vi som hjelpere utvikle oss og bli bedre?

Hva kreves for å stå i rollen over tid og trives?

Vi utforsker ulike aspekter av rollerollene i tjenestene for psykisk helse. Våre egenskaper, utfordringer og vår utvikling står i sentrum.

Program og påmelding på
www.schizofrenidagene.no



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





*Du trenger ikke lete etter
en bedre boliglånsrente.
Psykologforeningen har
gjort det for deg.*

Boliglån
2,62 % nom.

2,70 % eff. rente*

*Pr. 24.1.2020. Eff.rente 2,70 %, 2 mill., o/25 år, Totalt 2 741 604. Forutsetter at låntakere har lønnsinnteg og kort- eller regningsbetaling i Danske Bank.

Akademikerne Pluss tilbyr sammen med Danske Bank en bankavtale til alle medlemmene i Psykologforeningen og de 11 andre foreningene. Den kollektive avtalen sikrer at du kan være trygg på å alltid ha blant markedets beste betingelser.

Som kunde i Danske Bank får du personlig rådgivning tilpasset dine individuelle behov, planer og ambisjoner – nå og i fremtiden. Når og hvordan du ønsker å møte banken er opp til deg.

Les mer på danskebank.no/psykologforeningen eller ring oss på 987 05550



A⁺ | akademikerne pluss

Danske Bank

JOSEF OG HALDIS ANDRESENS LEGAT Stipender til forskning

Legatets avkastning skal bl.a. stilles til disposisjon for forskning, fortrinnsvis **klinisk psykiatrisk forskning** med formål å forebygge og behandle psykiske lidelser.

Søknad fremmes på fastsatt søknadsskjema som kan hentes på www.revisorkollegiet.no/regnskap-skjema-skjema/skjemaer, eller ved henvendelse tlf. 23 37 39 80.

Søknad sendes pr. post til:

**Bærum kommune Helse og Sosial
v/Andreas Lundin, Rådhuset, 1304 Sandvika
innen 31. mars 2020.**



MANCHESTER – TRONDHEIM
WWW.MCT-INSTITUTE.COM

MASTERCLASS I METAKOGNITIV TERAPI 2020, OSLO

MKT Masterclass er et 2årig utdanningsprogram som tilbys av Metacognitive Therapy Institute (MCT-I; www.mct-institute.com) og gjennomføres med norsk som hovedspråk. Professor Odin Hjemdal og psykologspesialist Henrik Nordahl vil være ansvarlige for utdanningen. Målet med utdanningsprogrammet er å gi autorisert helsepersonell muligheten til å oppnå høy kompetanse i MCT. Utdanningen fører frem til tittel som «MCT-Institute registered therapist» som er en beskyttet og registrert tittel for de som fullfører utdanningen. Samlingene vil bli holdt sentralt i Oslo og gjennomføres i perioden fra september 2020 til juni 2022.

MKT Masterclass er et spesialisert utdanningsprogram med formål å bygge bred kompetanse i utøvelsen av denne innovative behandlingstilnærmingen. Programmet tilbyr oppdatert kunnskap om prinsipper og praksis i MCT, og gir mulighet til å utvikle klinisk kompetanse og ferdigheter på områder som Generalisert angstlidelse, Sosial angstlidelse, PTSD, OCD, kronisk depresjon og personlighetsproblemer.



Du søker ved å sende en kort CV til mctmasterclassnorge@gmail.com innen 1. juli 2020.

For mer informasjon, se <https://mct-institute.no/masterclass-i-metakognitiv-terapi/>

OSLO. Stille, velegnet og sentralt kontor i fellesskap på Majorstua/Uranienborg ledig på enkelte ettermiddager og tidlige morgener. Med divan.
Kontakt Henrik Kamphus, tlf. 943 23 814.



Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization
and Reprocessing

Grunnutdanning i EMDR

Trinn 1 Trondheim 6.–8. mai 2020

Trinn 1 Oslo 15.–17. september 2020

Trinn 2 Bergen 22.–24. april 2020

Trinn 2 Oslo 8.–10. desember 2020

The Art of EMDR

Røros 1.–4. september 2020

Workshop med Roger Solomon
EMDR Institute Senior Trainer

**Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,
EMDR Europe Approved Trainer**

**Påmelding og nærmere informasjon:
www.emdrutdanning.no**

HVORFOR DRIKKER PAPPA – HVIS HAN ER GLAD I MEG? Utfordringer i familier med rusmiddelavhengighet

Oslo, 27. mars kl. 8.30–15.30

Spesialist i klinisk psykologi **KARI LOSSIUS** underviser i sitt hovedtema gjennom 30 år: Rusbehandling. Denne gangen med oppmerksomhet rus og barns viktige andre. Kari er en flittig brukt foredragsholder.

Obs: Begrenset antall deltakere.

Bindende påmelding før 28/2
ved innbetalt kr 680, studenter
kr 500, inkl. frokost og lunsj,
til kto. 1506 34 31890 merket
navn og arbeids-/studiested.

**Sted: Pakkhuset, N. Slottsgt. 2c,
midt i Oslo sentrum.**



Arr: Jojo Service, tlf. 913 91 260, e-post john.estdahl.com
Org. 912 211 1777



Pearson

Pearson Assessment har mer enn 80 års erfaring med psykologiske tester, og leverer pålitelige produkter av høyeste standard

Våre 2 nyeste produkter:

1) Raven's 2 (kommer til våren)

Raven's 2 er en revidert versjon av denne velkjente testen for vurdering av generell intelligens. Den nye versjonen erstatter samtlige tidligere versjoner og kombinerer disse i én test. Alle oppgavene i Raven's er nye. Testen kan administreres både som tradisjonell papirversjon eller digitalt på Q-global, Pearson Assessments internettbaserte plattform for administrering, skåring og automatisk resultatsammenstilling. Den digitale versjonen velger oppgavene tilfeldig fra en stor itembank. Dette bidrar til å opprettholde testens integritet ettersom oppgavene ikke kan spres. Raven's 2 kan administreres til barn og voksne og har europeiske normer, som inkluderer data fra Skandinavia.

2) Behavior Assessment System for Children, Third Edition – BASC-3

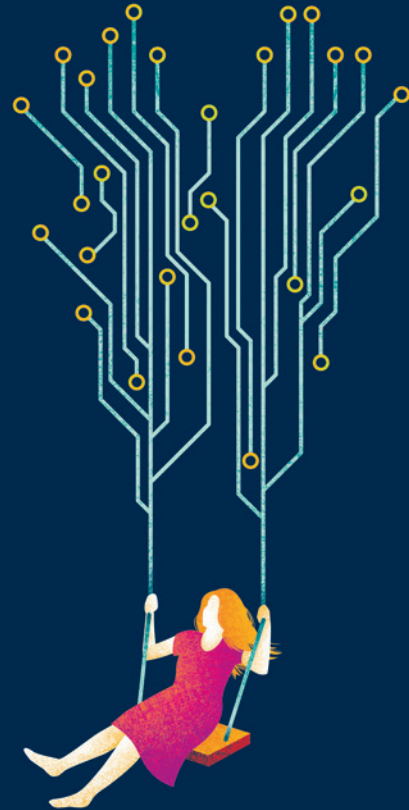
BASC-3 består av en samling vurderingskalaer. Ved å integrere informasjon og perspektiv fra flere kilder, har BASC-3 som hensikt å gi både et bredt og detaljert bilde av forskjellige typer atferd, tanker og følelser hos barn og ungdommer. BASC-3 har *Selvvurderingsskemaer* for barn og ungdommer i alderen 8–19 år, *Foreldreskemaer* til foreldre/omsorgspersoner for barn og ungdommer i alderen 6–19 år og *Lærerskemaer* for lærere til elever i alderen 6–19 år. BASC-3 inneholder mange forskjellige mål og skalaer som belyser problematferd og forskjellige typer for psykiatrisk problematikk, men også sterke sider belyses. BASC-3 har skandinaviske normer.

Interessert i digital testing?

Vil du prøve Q-interactive før du kjøper det? Har du arbeidet med WISC-V, men vil lære mer? Våre psykologer kommer og hjelper deg på din arbeidsplass! Vi arrangerer kostnadsfrie workshops helt ut fra ditt kunnskapsnivå og dine ønsker.

Kontakt oss på digital@pearson.com

Les mer om våre tester på pearsonassessment.no



GRUNNKURS I BRUK AV KLINISK HYPNOSE

Norsk Forening for Klinisk Evidensbasert Hypnose gjennomfører igjen et grunnkurs i bruk av klinisk hypnose.

Kurset er et samarbeid mellom Den Norske Legeforening og Norsk psykologforening.

Sted: Vulkan 22, 0175 Oslo

Tid: 13.–14. mars 2020 kl. 08:30–16:30

Program: vitenskapelig forståelse av hypnose, fysiologiske og psykologiske aspekter, historikk, stressbehandling, smertebehandling, avspenning, indikasjoner / kontraindikasjoner hypnose, bruk av skripts, induksjon, fordypning, avslutning av hypnose, terapeutisk intervensjon, suggesjoner, forestillinger, klassisk hypnose / hypnotiske metoder, klinisk hypnose, hypnose i medisinsk behandling, etiske aspekter, internasjonal bruk av hypnose, evidensbaserte studier. Hver deltaker har mulighet til å gjennomføre hypnose flere ganger under kurset.

Forelesere:

Dr. Gunnar Rosen, spes. klin. psyk., Dr. med. Stephan Rossner, anestesilege, Hans Dahlseng, psykol.spes., Martin Malmstrøm, psykol.spes.

Påmelding: Send en e-post til Stephan Rossner, stephan.rossner@gmail.com med navn, postadresse, yrke, arbeidsplass, mobilnummer og du vil motta en faktura.

Begrenset antall deltakere: 24

Pris: kr 4 800,- inkl. servering

Betales til konto 05400839567 v/kasserer Martin Malmstrøm

Kursansvarlig: Dr. Gunnar Rosen, e-post gunros@mac.com, mobil 900 39 441

<http://hypnoseforeningen.snappages.com/grunnkurs-i-bruk-av-klinisk-hypnose>

Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **2. mars**, frist for å bestille annonse til mars-utgaven er **17. februar**

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



Kurs i avtalepraksis – takstbruk for avtalespesialister

Onsdag 18. mars 2020 kl. 10–17

Kurset gir en innføring i rammeverket for avtalepraksis med grundig gjennomgang av takstsystemet og relevante avtaler. Det vil gis konkrete eksempler på takstbruk og det vil være god mulighet for spørsmål underveis.

Kurset er primært rettet mot avtalespesialister i oppstarts- eller tidlig fase av avtalepraksis, men mer etablerte avtalespesialister som ønsker en gjennomgang av avtaleverk og takstsystem er også velkomne til å delta.

Riktig takstbruk er viktig for økonomisk inntjening i avtalepraksis, og kan forhindre unødvendige henvendelser og sanksjoner fra myndighetene på grunn av uriktig takstbruk.

Tid: Onsdag 18. mars kl. 10–17

Sted: Grand Hotel Oslo

Kursledere: Heidi Roald og Julius Okkenhaug

Påmelding innen tirsdag 25. februar til forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no

Kursavgift: Kr 1 750,- inkludert lunsj. Kursavgiften er fradragsberettiget i regnskapet for din privatpraksis.



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo

FORHANDLINGSAVDELINGEN

Følg Tidsskrift for Norsk psykologforening på

facebook

KURS I KLINISK SUICIDOLOGI FOR LEGER OG PSYKOLOGER SOM ARBEIDER MED BARN OG UNGDOM

Fra selvmordsrisikovurdering
til behandling av kronisk suicidalitet

Tid/sted: 8. og 9. juni 2020,
Clarion Collection Hotel Gabelshus i Oslo

Pris: kr 4 400,- inkl. lunsj, kaffe/te
Påmeldingsfrist: 10. april 2020

Spesialister i barne- og ungdomspsykiatri
og klinisk barne- og ungdomspsykologi
vil bli prioritert.

For mer informasjon og påmelding:
www.selvord.no

NSSF  Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

UiO : Universitetet i Oslo

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

Fra selvmordsrisikovurdering
til behandling av kronisk suicidalitet

Tid/sted: 12.–14. oktober 2020,
Clarion Collection hotel Gabelshus i Oslo

Pris: kr 5 400,- inkl. lunsj, kaffe/te
Påmeldingsfrist: 14. august 2020

Spesialister i psykiatri og klinisk
psykologi vil bli prioritert.

For mer informasjon og påmelding:
www.selvord.no

NSSF  Nasjonalt senter for
selvmordsforskning
og -forebygging

UiO : Universitetet i Oslo

iap institutt for
aktiv psykoterapi

AGORA 2020

FAG I FORANDRING – DIALOG
RUNDT PSYKOLOGISKE TRENDER

VEL MØTT TIL ÅPENT ETTERMIDDAGS- OG
KVELDSSEMINAR PÅ LITTERATURHUSET
TORSDAG 19. MARS

Agora er IAPs årlige vitamininnsprøyting, som skal inspirere til positivt faglig engasjement og utvikling. Årets Agora slår fagtreffet og rebelltreffet sammen. Vi starter med plenumsforedrag. Deretter inviterer vi til rundebordskonferanser hvor vi utforsker viktige problemstillinger i faget vårt.

Det finnes mange arenaer hvor vi lærer nye ting, og settes inn i konkrete metoder. Men færre arenaer hvor vi virkelig har anledning til å drøfte vesentlige problemstillinger i faget vårt. Årets form og tema handler derfor vel så mye om en anledning til å kjenne det faglige engasjementet boble igjen og la seg inspirere i eget fag og virke.

RUNDEBORDSKONFERANSE

Flere tema for rundebordsdiskusjonene vil legges ut fortløpende på vår oppdaterte nettside <https://iap-agera.no>. Her er en smakebit på noen av temaene, og noen av de inviterte tilretteleggerne:

- > «Pakkeforløp i IAP-ånd, er det mulig?»
med Hanne Reichelt
- > «Individualterapi med barn, hot or not?»
med Heidi Tessand
- > Rundebord med Asbjørn Kolseth
- > Rundebord med Guro Øiestad

Påmelding og mer informasjon:
www.iap-agera.no

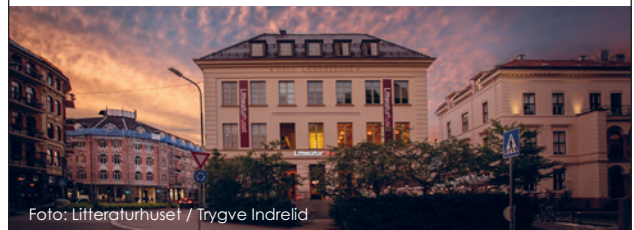


Foto: Litteraturhuset / Trygve Indrelid

www.iapnett.no



Valgfritt program i

Allmennpsykologi – psykologisk behandlingsarbeid i kommunal kontekst

Målgruppe

Psykologer som arbeider i kommunen og i førstelinjetjenester. Utdanningen er også aktuell for psykologer som driver privatpraksis eller som ønsker å øke sin allmennpsykologiske kompetanse utenom spesialistutdanningen.

Psykologspesialister kan søke opptak på kursene som vedlikeholdsaktivitet. Da stilles ikke krav til praksis og veiledning.

Forventet læringsutbytte

Det valgfrie programmet i allmennpsykologi gir økt rolleforståelse for psykologen som behandler, samarbeidspartner og endringsagent i kommunal kontekst.

Psykologen skal etter programmet ha kompetanse mht.

- Forebygging og behandling av psykiske lidelser og rus
- Beherske metoder for å spre kunnskap og øke kompetanse – konsultasjon, veiledning, undervisning og formidling
- Håndtering av kriser og traumer i et kontekstuellet perspektiv
- Ressursorienterte intervensjoner

Kursleder

Heidi Wittrup Djup er spesialist i samfunns- og allmennpsykologi og daglig leder ved Klinikk for krisepsykologi i Bergen. Hun har arbeidserfaring innen barnesakkyndig arbeid, traumepsykologi, kriseberedskap og på flyktningefeltet. Hun er psykologforeningens representant i Standing Committee on Crisis, Disaster and Trauma Psychology, European Federation of Psychologists' Associations (EFPA). Hun er også medlem av Norsk psykologforenings menneskerettighetsutvalg (MRU).

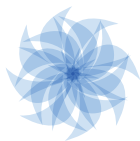
Sted og dato: Oslo, 11.-12. juni 2020 (1. samling)

Påmeldingsfrist: 7. mai 2020

Medlemspris: kr 7 200 per samling

Kursnr.: 161-20

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



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



Bufetat

Barne-, ungdoms- og familieetaten, region Midt

Psykolog/psykologspesialist i TFCO

Til nyopprettet TFCO-team i Trondheim blir det ledig to faste 100 % stillinger som familierapeut/ungdomsterapeut.

Grunnet teamsammensetning søkes det fortrinnsvis etter en kvinnelig og en mannlig terapeut. Barne-, ungdoms- og familieetaten har egne enheter som driver med Treatment Foster Care Oregon (TFCO), en evidensbasert, tidsavgrenset og familiebasert behandlingsmetode for ungdom med alvorlige atferds-vansker. Metoden er utviklet som et alternativ til institusjons- eller annen gruppebasert plassering. Ungdommen plasseres i et behandlingshjem som mottar tett oppfølging fra behandlingsteamet. Det arbeides samtidig med familie og øvrige relevante systemer rundt ungdommen, med målsetting om at ungdommen skal flytte hjem i løpet av behandlingstiden på 9-12 måneder.

Behandlingsteamet består av behandlingsleder, familierapeut, individualterapeut for ungdommen, ferdighetstrener for ungdommen og behandlingshjemskonsulent. Implementeringen av TFCO i Norge ledes av Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU) i samarbeid med Barne-, ungdoms- og familieetaten. Behandlingsleder og terapeuter er tilgjengelig for behandlingshjem, ungdom og familier 24 timer i døgnet, 7 dager i uken.

Arbeidsoppgaver/ansvarsområder

- Individualterapi med ungdommer og familierterapi etter TFCOs behandlingsprinsipper og praksis.
- Deltakelse i utarbeidelsen av individuelle behandlingsplaner for ungdommer/familier i TFCO.
- Være tilgjengelig for ungdommer/familier.
- Deltakelse på ukentlige behandlingsmøter.
- Dokumentere/journalføre kliniske planer og aktivitet.

- Deltagelse i kvalitetssikringssystemet.
- Utføre andre løpende arbeidsoppgaver.
- Vikariere for behandlingsleder ved behov.

Kvalifikasjonskrav

- Godkjent profesjonsutdanning i psykologi kreves.
- Det er ønskelig med erfaring fra arbeid med barn/ungdom med atferds-vansker og arbeid med familier.
- God kjennskap til metodens teoretiske fundament, dvs. systemteori, kognitiv terapi og sosial læringsteori.

Personlige egenskaper

- Søkere må ha evne til å arbeide som en del av et behandlingsteam, være målrettet, systematisk og ha god skriftlig og muntlig fremstillingsevne på norsk og engelsk.
- En forutsetning for arbeidet er ønske om og mulighet til å kunne arbeide fleksibelt.
- Evne til å skaffe seg oversikt, jobbe strukturert og planmessig.
- Refleksjonsevne.
- Evne til å inspirere og engasjere.
- Initiativrik og resultatorientert.
- Stor arbeidskapasitet.
- Det vil bli lagt avgjørende vekt på personlig egnethet og gode samarbeidsevner.

Stillingen er for tiden lagt til TFCO Trondheim.

Kontaktinformasjon:

- Ingrid Sirevåg Olsen, behandlingsleder TFCO Trondheim, tlf 466 15 715.
- Kyrre Lønnum, spesialrådgiver, Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge, tlf 930 90 451.

Se fullstendig utlysning og søk stillingen på www.bufdir.no

Norsk psykologforening organiserer nærmere 90 % av landets offentlig godkjente psykologer, samt studenter, og har i dag omtrent 10 000 medlemmer. Som profesjonsforening ivaretar vi medlemmenes faglige og økonomiske interesser. Psykologforeningen driver en utstrakt videre- og etterutdanningsvirksomhet. Sekretariatet har 47 ansatte.

Tidsskrift for Norsk psykologforening er et redaksjonelt uavhengig organ som styres etter Fagpressens redaktørplakat, pressens Vær Varsom-plakat og Lov om redaksjonell friedom i media. Psykologtidsskriftets innhold skal reflektere Psykologforeningens gjeldende formålsparagraf. Psykologtidsskriftet er Norges ledende fagbase innen psykologi, og utgis en gang i måneden i et opplag på 10 000 eksemplarer. I tillegg publiseres det fortløpende på egne nettsider www.psykologtidsskriftet.no.



Vi søker nå ny:

SJEFREDAKTØR

Tidsskrift for Norsk psykologforening

Psykologtidsskriftets formål er å bidra til at psykologisk kunnskap når ut i samfunnet, bidra til psykologstandens faglige utvikling og etiske standard og dekke relevante tema for Psykologforeningens medlemmer; primærmålgruppen for tidsskriftet. Samtidig søker Psykologtidsskriftet å knytte psykologer og andre fagpersoner i psykologi sammen, gi en felles faglig identitet på tvers av interesse- og arbeidsområder og nå ut til andre yrkesgrupper, beslutningstagere og politikere.

Tidsskriftet dekker et vidt spekter av psykologiske problemstillinger og kombinerer seriøs fagformidling med interessevekkende aktualitetsstoff. Det spenner over alt fra fagfelle-vurderte vitenskapelige artikler og fagessay, via debatt og kommentarer, til journalistiske sjangre som reportasjer og intervju.

Sjefredaktøren leder et kreativt og entusiastisk team med seks medarbeidere og vil ha stor

frihet. Redaktørplakaten legges til grunn for det redaksjonelle arbeidet. Sjefredaktøren har økonomiansvar og inngår i sekretariatets ledergruppe.

Til denne utfordrende lederstillingen søker vi en psykolog eller psykologifaglig forsker med:

- bred orientering og engasjement for faget
- forståelse for redaksjonelt arbeid og teft for godt stoff
- evne til å kombinere strategisk utvikling med krav til økonomisk styring
- stor arbeidskapasitet
- gode samarbeidsevner
- evne til å motivere og inspirere

Arbeidssted er Kirkegata 2, 0103 Oslo, i trivelige lokaler. Stillingen byr på spennende og unike oppgaver i et stimulerende fagmiljø. Vi tilbyr konkurransedyktige lønns- og pensjonsbetingelser. Åremål vil bli vurdert. Noe reisevirksomhet må påregnes.

Søknadsfrist: 21. februar

Nærmere opplysninger ved konstituert sjefredaktør Per Olav Solberg, e-post perolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 950 88 575 og ved ansvarlig utgiver, generalsekretær Ole Tunold, e-post ole@psykologforeningen.no, tlf. 23 10 31 30.

Søknad med CV sendes snarest som e-post til stillinger@psykologforeningen.no, eventuelt til Ole Tunold, Norsk psykologforening, Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo.



Barnesakkyndig kommisjon – nye kommisjonsmedlemmer

Barnesakkyndig kommisjon har som oppgave å kvalitetsvurdere rapporter fra uavhengige sakkyndige i barnevernssaker, enten de er bestilt av barneverntjenesten, fylkesnemnda, domstolene eller private parter.

Barne- og familiedepartementet skal oppnevne nye kommisjonsmedlemmer for perioden 1. september 2020–31. august 2024. Arbeidet gjøres i hovedsak elektronisk fra der kommisjonsmedlemmene bor og hvert medlem forventes å behandle en til tre rapporter per uke.

For fullstendig utlysningstekst, se www.jobb.dep.no/bfd
Søknadsfrist: 3. mars 2020

Bjærgvin DPS, Knarvik allmennpsykiatriske poliklinikk søker:

Psykologar til faste stillingar

Bjærgvin distriktpsykiatriske senter (DPS) er ein moderne og veldreve klinikk i Divisjon psykisk helsevern, Haukeland universitetssjuehus. Klinikken gjev spesialisthelsetenester til bydelane Åsane og Arna i Bergen, Osterøy kommune og kommunane i Nordhordland; til saman 78 000 vaksne. Bjærgvin DPS har til saman 150 årsverk og eit budsjett på 145 millionar kroner for 2020. D gntilbod 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 Psykologar i 100% faste stillingar til arbeid i Knarvik allmennpsykiatriske poliklinikk.

Bjærgvin 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 h gt prioritert. Klinikken er organisert i to fagområde, allmennpsykiatri og psykose. Fagområde allmennpsykiatri består av poliklinikk på Tertnes og i Knarvik, seksjon for eMeistring og d gnseksjon 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.  nskjer engasjerte og fagleg oppdaterte spesialistar.

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

Interessert?



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

Ref.nr. 4180215848 - Søknadsfrist: 20.02.2020

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

PSYKOLOGSPESIALIST

Bærum BUP, Sandvika

Referansnr. 4177339611 Søknadsfrist 23.02.2020

Vestre Viken HF, BUPA, Bærum BUP har ledig 100 % fast stilling som psykologspesialist.

Bærum BUP er en av 5 poliklinikker i BUPA, Klinikk for psykisk helse og rus. Vi har ca. 45 fagstillinger fordelt på 4 team; 2 generalistteam, et sped- og småbarnsteam og et nevroteam. Bærum BUP er også tillagt områdefunksjon for behandling av OCD fra 2014 og har etablert eget OCD-team. Det er også etablert en gruppe som arbeider med barn og unge med spiseforstyrrelser. Stillingen er knyttet til et av generalistteamene ved Bærum BUP.

Vi søker etter psykologspesialist, fortrinnsvis med klinisk spesialitet i barne- og ungdomspsykologi. Psykolog med relativt kort tid til godkjenning som spesialist kan også søke.

For nærmere informasjon om stillingen, ta kontakt med stedfortredende seksjonsleder Line Holvin Jacobsen på tlf. 67 52 36 00.

For utfyllende annonsetekst og søk på stillingen, se Vestre Viken HF sine hjemmesider www.vestreviken.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](http://www.psykologtidsskriftet.no/Stillingsannonser)

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

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. Nettannonnene 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
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

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

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

PSYKOLOGI

Ledig vikariat som fagredaktør i Tidsskrift for Norsk psykologforening

Psykologtidsskriftet søker fagredaktør i ett års vikariat i 60 % stilling.

Som fagredaktør har du en viktig rolle i vårt arbeid med å formidle ny kunnskap til våre lesere. Du vil ha et selvstendig ansvar for å initiere, vurdere, kvalitetssikre og utvikle faglige bidrag.

Stillingen krever at man har tekstkompetanse, og kan bistå forfatterne i arbeidet med å nå ut til Psykologtidsskriftets målgruppe. Vi søker primært kandidater med doktorgrad, klinisk erfaring er en fordel. Som fagredaktør vil man samarbeide med resten av redaksjonen. Det er stor fleksibilitet i hvor og når man jobber.

Vi tilbyr konkurransedyktige lønns- og pensjonsbetingelser og et godt arbeidsmiljø med høy faglig kompetanse. Vi holder til i trivelige lokaler sentralt i Oslo, Grev Wedels Plass 4.

Kontaktperson om stillingen: fagredaktør Vibeke Ottesen,
e-post vibeke@psykologtidsskriftet.no, tlf. 481 76 821.

Søknad sendes på e-post til: perolav@psykologtidsskriftet.no

Søknadsfrist: 10. mars

Tiltredelse: Snarlig

Tidsskrift for Norsk psykologforening er Norges ledende fagbase innenfor psykologi. Papirutgaven kommer 12 ganger i året, i et opplag på 10.000 eksemplarer. I tillegg publiserer vi jevnlig saker kun for nett. Psykologtidsskriftet består av faglige bidrag, både fagfelleverderte bidrag og fagessay, i tillegg til journalistikk, debatter, anmeldelser og mye mer. Redaksjonen består i dag av sjefredaktør, to fagredaktører, to journalister og markedsansvarlig.



**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
Runa Kongsvik
runa.kongsvik@gmail.com
938 63 918

Møre og Romsdal
Siri Næs
siri.naes@gmail.com
902 68 699

Nord-Trøndelag
Julie Valen
psyk.valen@gmail.com
924 90 532

Nordland
Iris Anette Söderholm
irisanette@gmail.com
909 34 857

Oppland
Iver Sørli Røhr
iversr@gmail.com
916 35 382

Oslo
Birgit Aanderaa
biraan@ous-hf.no
917 12 983

Rogaland
Elise Constance Fodstad
ecgr@sus.no
930 07 971

Sogn og Fjordane
Solbjørg Torheim Hanitz
solbjorg_89@hotmail.com
902 95 676

Sør-Trøndelag
Morten Thorsen
morten.thorsen@nav.no
464 14 174

Telemark
Birgitte 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**

Rune Raudeberg, leder,
e-post rune.raudeberg@gmail.com, tlf. 952 47 487

**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 Øvrebo, Stat,
tlf. 982 49 732
Helene Kindle-Skau, Virke/
HUK, tlf. 924 28 703
Grete Schau, Privatpraksis,
tlf. 909 19 372
Torstein Winger, Oslo
kommune, tlf. 415 80 567
Hanne Indregard Lind,
Helse Sør-Øst, tlf. 948 05 153

**FORHANDLINGS-
UTVALG FOR PRIVAT
PRAKSIS**

Rune Frøyland, leder,
e-post rfroey@online.no,
tlf. 67 92 20 40

SPECIALITETSRADET

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**

Guro Holte Igesund, NTNU,
leder, e-post guroigesund@
gmail.com, tlf. 462 27 727

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

SEKRETARIATET

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

Administrasjonsavdeling

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

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

Forhandlingsavdeling

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

Fagpolitisk avdeling

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

Utdanningsavdeling

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

**NORSK
PSYKOLOGFORENING**

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

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Privatpraksis
Kjersti Arefjord,
Universitetet i Bergen

Eva Dalsgaard Axelsen,
Universitetet i Oslo

Henning Bang,
Universitetet i Oslo

Per-Einar Binder,
Universitetet i Bergen

Anne Inger Helmen Borge,
Universitetet i Oslo

Tim Brennen, Universitetet
i Oslo

William Brochs-Haukedal,
Norges handelshøyskole

Nikolai Czajkowski,
Universitetet i Oslo

Knut Dalen, Universitetet i
Bergen

Guðrun Dieserud, Nasjonalt
folkehelseinstitutt

Fanny Duckert,
Universitetet i Oslo

Atle Dyregrov, Senter for
krisepsykologi

Tor-Johan Ekeland,
Høgskulen i Volda

Ståle Einarsen,
Universitetet i Bergen

Hege R. Eriksen, Univer-
sitetetsforskning Bergen

Anders Martin Fjell,
Universitetet i Oslo

Magne Arve Flaten,
Universitetet i Tromsø

Rolf W. Gråwe, St. Olavs
hospital

Siri Erika Gullestad,
Universitetet i Oslo

Roger Hagen, Norges
teknisk-naturvitenskapelige

universitet

Odd E. Havik, Universitetet
i Bergen

Anthony Hawke, Familie-
vernkontoret i Stavanger

Asle Hoffart, Modum Bad

Arne Holte, Nasjonalt
folkehelseinstitutt

Hanne Haavind,
Universitetet i Oslo

Reidun Ingebretsen, Norsk
institutt for forskning om

oppvekst, velferd og aldring

Tine K. Jensen, Nasjonalt
kunnskapscenter om vold og

traumatisk stress

**Leif Edward Ottesen
Kennair**, Norges teknisk-
naturvitenskapelige

universitet

Stein Knardahl, Statens
arbeidsmiljøinstitutt

Gerd Kvale, Universitetet i
Bergen

Øyvind Kvello, Norges
teknisk-naturvitenskapelige
universitet

Kim Larsen, Sykehuset
Østfold

Arild Lian, Bredtvet
kompetansesenter

Gro Therese Lie,
Universitetet i Bergen

Astri J. Lundervold,
Universitetet i Bergen

June Ullevoldsæter Lystad,
Oslo Universitetssykehus

Svein Magnussen,
Universitetet i Oslo

Øyvind Lund Martinsen,
Handelshøyskolen BI

Willy-Tore Mørch,
Universitetet i Tromsø

Simon-Peter Neumer,
RBUP Øst og Sør, Oslo

Geir Høstmark Nielsen,
Universitetet i Bergen

Hans Nordahl, Norges
teknisk-naturvitenskapelige

universitet

Inger Hilde Nordhus,
Universitetet i Bergen

Terje Ogden, Nasjonalt
utviklingscenter for barn

og unge (NUBU)

Ståle Pallesen, Universitetet
i Bergen

Magne Raundalen, Senter
for krisepsykologi

Sissel Reichelt,
Universitetet i Oslo

Ivar Reinvang, Universitetet
i Oslo

Astrid M. Richardsen,
Handelshøyskolen BI

Jan H. Rosenvinge,
Universitetet i Tromsø

Bjørn Rishovd Rund,
Universitetet i Oslo

Frida Gullestad Rø,
Universitetet i Oslo

Michael Helge Rønnestad,
Universitetet i Oslo

Gro Mjeldheim Sandal,
Universitetet i Bergen

Per Øystein Saksvik,
Norges teknisk-naturviten-
skapelige universitet

Borrik Schjødt, Haukeland
universitetssykehus

Jan Skjerve, Universitetet i
Bergen

Ingunn Skre, Universitetet
i Tromsø

Arvid Skutle, Stiftelsen
Bergensklinikkene

Lars Smith, Nasjonalt
kompetansenettverk for

sped- og småbarns psykiske
helse

Håkan Sundberg,
Universitetet i Bergen

Frode Svartdal,
Universitetet i Tromsø

Nora Sveaass, Psykologisk
institutt, Universitetet i Oslo

Stephen von Tetzchner,
Universitetet i Oslo

Odd Arne Tjersland,
Universitetet i Oslo

Bente Træen, Universitetet
i Oslo

Merete Øie, Sykehuset
Innlandet HF

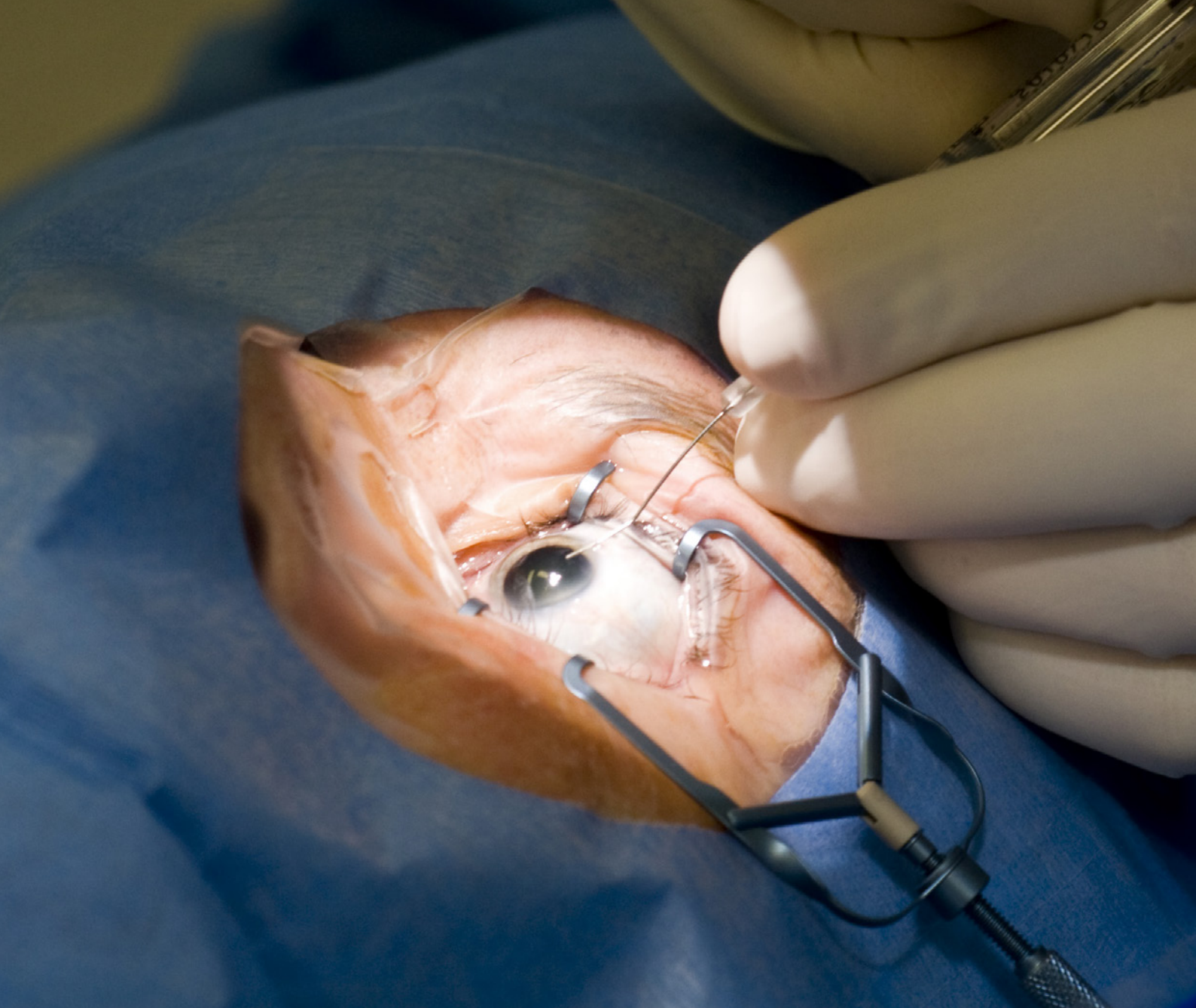
Simon Øverland,
Universitetet i Bergen

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

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1495 per år, bedriftsabonnement kr 2650, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 185 + porto/eksp.gebyr.

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

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



Holder *ganske* presis for deg?

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

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

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

Les mer om viktigheten av kvalitetsjournalistikk på fagpressen.no/palitelig

