

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING



# PSYKOL OGI

Vol.57 nr.12 2020

## Psykologisk ledelse

*Fagessay*

## BERØRING INNENFRA

- MDMA-assistert psykoterapi

*Vitenskapelig artikkel  
Forskningsintervju*

## Når barnet er overgriper

*Meninger*

## Våkent om søvnlidelser

*Inntrykk*

ÅRETS TIDSSKRIFT  
2020  
NORSK TIDSSKRIFTFORENING

# PSY KOL OGI

Vol. 57 nr. 12 2020

**Sjefredaktør** Katharine Cecilia Williams,

katharine@psykologtidsskriftet.no, tlf. 934 82 003

**Redaksjonssjef og nettredektør** Per Olav Solberg,

perolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 950 88 575

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

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

**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

**Markedskordinator** Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,

e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

**Sentralbord** 23 10 31 30

**Redaksjonsråd** Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Åshild Skogerbø, Stavanger universitetssykehus

Astrid Weber, Psykisk helse- og rusklinikken, Tromsø

Denne utgaven ble godkjent til trykk 24.11.2020

**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



# Et utfordrende år

**I desember er det naturlig** å ta et tilbakeblikk på året som går mot slutten, og 2020 har vært utfordrende for mange av oss. Psykologtidsskriftet har gjennom året fokusert på selvmord, med perspektiver både på fenomenen og forebygging. Regjeringen innførte en nullvisjon for selvmord i september i det samme året som flere enn noen gang har blitt sosialt isolerte og utestengt fra arbeidsliv, nettverk, tjenester og tilbud. Jeg tror psykologene rundt i landet har mye kunnskap om hvordan smittevern-tiltakenes negative konsekvenser har rammet sårbare grupper, spesielt personer med psykiske lidelser. For Psykologtidsskriftet vil slike kunnskaper bli svært viktig å løfte frem i året som kommer.

**På nyåret vil vi også presentere** resultater fra leserundersøkelsen vi gjennomførte tidligere i høst. Vi har fått mange innspill fra våre lesere. Noen etterlyser en større bredde i vår redaksjonelle dekning, og spesielt nevropsykologi, habilitering og arbeids- og organisasjonspsykologi ble nevnt av flere. Med henblikk på sistnevnte fagområde benytter jeg anledningen til å rette oppmerksomheten på fagessayet «Psykologisk ledelse» på side 898, der Karl Johan Gloppen retter et kritisk søkelys på den «psykologiske forståelsen av ledelse». Slike kritiske søkelys kan utfordre oss, noe som er viktig for å kunne åpne for nye perspektiv og innsikter.

**På samme måte kan vi oppleve** oss utfordret av nye behandlingstilnærminger. I den vitenskapelige artikkelen «Sikkerhet og effekt MDMA-assistert psykoterapi ved posttraumatisk stresslidelse (PTSD)» på side 887 presenterer Ivar Goksøyr og medarbeidere kunnskapsstatusen på feltet. Hvordan skal vi forholde oss til at et stoff som kan gi skadevirkninger for noen, kan hjelpe behandlingsresistente andre? I den grad tradisjonell psykoterapi hviler på en ondt skal ondt fordrive-modell, er det da mulig at denne behandlingstilnærmingen utfordrer hvordan vi tenker om terapi mer generelt? Psykoterapeutisk bruk av MDMA reiser etiske, juridiske og behandlingsmessige spørsmål som belyses i artikkelen.

Ønsker deg god lesning og en fin og fredfull juletid.



**Katharine Cecilia Williams**

Sjefredaktør  
katharine@  
psykologtidsskriftet.no



Vi har fått mange  
innspill fra våre lesere

# 872



FOTO: NORA SKJERDINGSTAD

## PLANEN MED PLANEN

Individuell plan (IP) skulle sikre koordinerte behandlingsløp, men fire av ti pasienter i målgruppen har aldri sett snurten av planen. Statssekretær Anne Grethe Erlandsen vil engasjere kommunepsykologene i arbeidet med IP.

*NÅ*

# 878



ILLUSTRASJON: ANJA DAHL-ØVERBYE

## ALDRI ALENE

Ved akutenheten for ungdom i Bodø ønsket vi at foreldrene skulle stå sammen om å hjelpe barna sine, skriver Ole-John Pedersen. I Nordland har man tradisjon for å tenke familie og nettverk i behandling av barn og unge.

*Fra praksis*

# 884/886



FOTO: NORA SKJERDINGSTAD

## EKSPERIMENTELL

- Forskning indikerer at MDMA kan være en god katalysator i terapi, sier Ivar Goksøyr. Han og kolleger er aktuelle med en systematisk litteraturgjennomgang av MDMA-assistert psykoterapi i behandling av PTSD.

*Forskningsintervju  
Vitenskapelig artikkel*

# Innhold

- 869 **Et utfordrende år**  
Leder | Katharine Cecilia Williams
- 872 **Vil ha kommunepsykologen på banen**  
NÅ | Per Halvorsen
- 874 **Kutter ikke klimautslipp for enhver pris**  
Aktuelt | Per Halvorsen
- 876 **- ELTE-utdanningen er ingen profesjonsutdanning**  
Aktuelt | Per Halvorsen
- 878 **Foreldrene skal være med**  
Fra praksis | Ole-John Pedersen
- 884 **MDMA sett fra psykologstolen**  
Forskningsintervju | Per Olav Solberg
- 886 **Sikkerhet og effekt av 3,4-metylendioksymet-  
amfetamin (MDMA)-assistert psykoterapi  
ved posttraumatisk stresslidelse (PTSD)**  
*- En systematisk litteraturgjennomgang*  
Vitenskapelig artikkel | Ivar W. Goksøyr et. al
- 898 **Psykologisk ledelse**  
Fagessay | Karl Johan Gløppen
- 905 **MENINGER**  
Hovedinnlegg: De utstøtte | Monica Jensen (s. 906)  
Debatt: Skammens funksjon (s. 910 & 911),  
Insomni (s. 912), Forsterkningsbegrepet (s. 913),  
Spesialistutdanningen (s. 914), Tolking (s. 916)
- 919 **INNTRYKK**  
Essay: Hold deg underholdt | Andreas Nydal (s. 920)  
Bokanmeldelser: Forbilledlig om søvn (s. 924),  
Nødvendig grunnlagskritikk (s. 927)
- 929 **Minneord: Brit Kari Saunes (1966-2020)**
- 930 **Annonser**
- 936 **Stillingsannonser**



**HAR BEHOV** – Er det noen som trenger individuell plan, er det personer med alvorlige psykiske lidelser, mener statssekretær Anne Grethe Erlandsen (H).

**INDIVIDUELL PLAN:**

# Vil ha kommunepsykologen på banen

19 år etter lovfestingen sliter helsemyndighetene fortsatt med å få hjelpeapparatet til å ta i bruk individuell plan.

**TEKST**

Per Halvorsen

**FOTO**

Nora Skjerdingsstad

– **En undersøkelse av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse viser at 39 prosent av de spurte aldri har fått informasjon om individuell plan (IP) selv om de er i målgruppen. Bare 13 prosent mener de har en oppdatert og godt fungerende plan. Hva er din kommentar?**

– Tallene er ikke gode, men de er ikke overraskende. Det er ikke slik at det bare er å lage en forskrift og så blir det vellykket. Mange av aktørene oppfatter ikke individuell plan som nyttig og heller ikke viktig. Mangel på legitimitet kan være et riktig ord å bruke. Det ender gjerne opp med en «skyvelek», der ansvaret forsøkes dyttet over på noen andre.

– **Hva var den opprinnelige intensjonen med IP?**

– Å lage en helhet og forutsigbarhet for den som trenger sammensatt hjelp. Det er den samme tenkningen som ligger i pakkeforløpene. Vi samler informasjonen og de ulike fagfolkene som skal være med fra ulike steder, enten det er fra ulike deler av helsetjenesten, NAV, skoleverk etc. Sammen med pasienten bestemmer de hvem som gjør hva. Pasienten får påvirkningsmulighet og forutsigbarhet. I pakkeforløpene skal pasienten ha en behandlingsplan. De pasientene som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, skal i tillegg tilbys en individuell plan og koordinator.

– **Men altså: Ifølge undersøkelsen til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse er det svært mange i målgruppen som ikke engang har fått informasjon om ordningen som skal bidra til at de får koordinert hjelp. I hvor stor grad kan man da si at IP er en suksess?**

– Jeg er ikke villig til å gi opp individuell plan. Men jeg vet mange har gjort det, og det er jeg lei for. Jeg har hørt brukerorganisasjoner si at de ikke gidder å snakke mer om individuell plan, for nå har vi snakket om det siden 2001, og det skjer jo ingenting. Jeg tror fortsatt ordningen er en god idé.

– **Burde ikke ansvaret ha ligget ett sted, istedenfor som i dag, hvor det er spredt rundt omkring i flere lovverk?**

– Det har vi snakket om flere ganger, men jeg er ikke sikker på om det er klokt. De med sammensatte hjelpebehov vil ha kontakt med ulike deler av hjelpeapparatet og til ulike tider. Da kan ikke ansvaret bare ligge ett sted.

– **Både spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven utpeker kommunen som ansvarlig for å sette i gang arbeidet med IP og utpeke en koordinator. Er det først og fremst kommunene som svikter?**

– Nei, her er det et felles ansvar. Selv om det er kommunen som skal sørge for at planen blir utarbeidet og koordinere arbeidet, skal spesialisthelsetjenesten medvirke i planarbeidet. Dette handler også om å informere og kanskje også motivere brukeren til å ville ha en slik plan.

– **Hva skal til for å få individuell plan til å fungere for pasienter som har problemer med psykisk helse eller rus?**

– Ved utgangen av 2019 hadde om lag 94 prosent av kommunene psykologkompetanse. Det bidrar til at kommunene kan føle seg likeverdige med spesialisthelsetjenesten i arbeidet med mennesker med psykiske lidelser, og da øker sjansen for at IP får den plassen den skal ha.

– **Det er kommunepsykologene som skal få fart i arbeidet med individuell plan for mennesker med psykiske lidelser?**

– Rekruttering av psykologer i kommunene er et uttrykk for at vi har økt kompetansen på psykisk helse i førstelinjen, både når det gjelder forebygging og behandling. Noen pasien-

## Hvorfor NÅ?

- En ny undersøkelse av Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse viser at mange med psykisk lidelser ikke har fått tilbud om eller ikke kjenner til ordningen med individuell plan (IP).
- Helsemyndighetene vil innføre en felles forskrift som forsterker tjenesteapparatets plikt til å bidra i IP-arbeidet.
- IP ble innført som en rettighet i 2001 for å sikre samhandling om pasienter med sammensatte hjelpebehov.

ter trenger individuell plan selv om de ikke er i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Og de som skrives ut fra spesialisthelsetjenesten, skrives jo ut til en kommune. For den pasientgruppen vi her snakker om, er det derfor ikke unaturlig at psykologer i kommunene har en sentral rolle, men flere har ansvar for dette. Pakkeforløpene for psykisk helse og rus innebærer en forpliktelse til å evaluere arbeidet med pasienten med jevne mellomrom. Da er det blant annet anbefalt å spørre om pasienten trenger individuell plan hvis vedkommende ikke allerede har det, eller om denne bør oppdateres, revideres eller evalueres.

– **Hva kan sentrale myndigheter gjøre for at flere som har behov for det, opplever at de får den koordinerte hjelpen de trenger?**

– I dag har bestemmelsene om individuell plan ulik ordlyd i forskjellige lover. Vi forsøker nå å strømlinjeforme regelverket slik at reglene blir mest mulig likt skrevet i de enkelte lovene, og ikke blir så åpne for ulike tolkningsmuligheter og dermed fører til ansvarsfraskyvning. Man skal ikke lenger kunne si: Det står ikke i vårt regelverk, så da trenger vi ikke å stille opp. Nå forsterker vi plikten til å være med.

– **Vil du si at individuell plan er viktig for å nå regjeringens mål om å redusere tvangsbruken i psykisk helsevern?**

– Det er nesten et ledende spørsmål. Svaret må jo være ja. Hvis jeg ikke mener det, signaliserer jeg at jeg ikke tror at det vil gjøre nytter. For å redusere tvang er det viktig å komme tidlig inn. Og hvis en individuell plan for eksempel innebærer en avtale om åpen retur; at pasientene har lov til å legge seg inn på DPS på egen hånd, vet vi at det kan være et godt tiltak for å forebygge en forverret helsesituasjon som i verste fall kunne ha endt med tvangsinnleggelse.

– **For folk med alvorlige psykiske lidelser regnes god samhandling mellom tjenestnivåene for å være kritisk ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten. Hvor viktig er IP for å sikre denne samhandlingen?**

– Pasientgruppa vi her snakker om, har utrolig mange stoler å falle mellom. Er det noen som virkelig trenger individuell plan og andre samhandlingsverktøy, så er det denne gruppa. ✕

# Kutter ikke klimautslipp for enhver pris

Klimahensyn må ikke stå i veien for foreningens formål, mener Håkon Skard og lover ikke heldigital spesialistutdanning.

TEKST Per Halvorsen

**FORENINGENS SENTRALSTYRE VEDTOK** i begynnelsen av november å bestille klimaregnskap – en oversikt over hvordan virksomheten påvirker klimaet omregnet i utslipp av CO<sub>2</sub>-ekvivalenter. Vedtaket er forankret i landsmøtet 2019, der klimaspørsmål stod på dagsordenen, og der det ble vedtatt å opprette et eget klimautvalg.

Psykologpresident Håkon Skard sier vedtaket om klimaregnskapet er et uttrykk for at Psykologforeningen tar klimatrusselen på alvor.

– Klimaregnskapet vil gi oss en oversikt over foreningens samlede klimaavtrykk. Så blir det opp til foreningen selv å avgjøre hvilke tiltak vi skal iverksette for å gjøre avtrykket mindre, sier han til Psykologtidsskriftet.

## DIGITALISERING AV KURS

– *Kan digitaliseringen av møtevirksomhet og deler av spesialistutdanningen som følge av pandemien ha gitt foreningen et kjærkomment dytt i grønn retning?*

– Det kan tenkes, men det vil ikke være nå-situasjonen som er baseline for klimaregnskapet. Nå-situasjonen skapt av pandemien er jo ikke en ønsket situasjon. Klimaregnskapet kommer derfor til å ta utgangspunkt i en tilnærmet normalsituasjon, sier Skard.

Han sier at digitalisering av spesialistutdanningen har blitt diskutert over lang tid uavhengig av pandemien.

– Det viktigste hensynet er at kvaliteten på utdanningen er god. Pandemien har likevel utvilsomt satt fart på prosessen, sier han.

– *Hva skal til for at et klimaregnskap skal bli mer enn symbolsk grønnvasking av Psykologforeningen?*

– Vi er innstilt på å iverksette tiltak. Men ethvert tiltak må veies opp mot foreningens

formål. Og da vil ikke hensynet til klimaet alltid trekke det lengste strået, sier Skard.

Han opplyser at det parallelt med klimaregnskapet skal utarbeides et formålsregnskap. Formålsregnskapet vil bli et referansepunkt når klimaregnskapet skal omsettes i tiltak.

## MOBILTELEFONER

Inntil i fjor var det begrenset bevissthet om klimaspørsmål i Psykologforeningen. Det fremgikk av et intervju med generalsekretær Ole Tunold i juliutgaven 2019. I intervjuet bekreftet Tunold at det ikke hadde stått en eneste klima- eller miljørak på saklisten til sentralstyret i Psykologforeningen de siste ti årene.

Seniorforsker Borgar Aamaas ved Cicero senter for klimaforskning sier at et reelt klimaregnskap bør se både på direkte og indirekte utslipp.

– Direkte utslipp dreier seg om virksomhetens eget utslipp av klimagasser her og nå (eksempelvis utslipp ved forbruk av fyringsolje). Indirekte utslipp skjer gjennom produksjon av forbruksvarer som eksempelvis mobiltelefoner og annet digitalt utstyr. Forbrenning av flybensin er direkte utslipp, men flyturen blir som regel kjøpt inn fra et flyselskap og kan regnes som indirekte utslipp, sier han.

Aamaas opplyser at det fins statistiske modeller som gjør at virksomheten kan regne ut hvordan klimaavtrykket påvirkes av forhold som strømforbruk og forbruk av metaller i produksjonen forbruksvarer.

## FLYFRI SPESIALISTUTDANNING?

Hogne Nersund Larsen i Asplan Viak, som skal lage klimaregnskap for Psykologforeningen, ser en økende interesse for klimaregnskap i offentlig og privat sektor. Han ser det i sammenheng





**MOBILUTSLIPP** En naturlig oppfølging av klimaregnskapet vil være å se nærmere på forbruk av eksempelvis mobiltelefoner, som bidrar vesentlig til klimautslipp når de blir produsert. I Dhaka i Bangladesh jobber denne mannen og kvinnen med å plukke ut deler som kan gjenbrukes fra brukte mobiltelefoner. Foto: Alamy Stock Photo/Zakir Hossain Chowdhury

med at Norge har forpliktet seg til å kutte klimagassutslipp på 50 prosent innen 2030 for å bidra til å nå 1,5-gradersmålet i Parisavtalen.

– Stadig flere føler ansvar for å ta sin del av jobben, sier han til Psykologtidsskriftet.

Nersund Larsen understreker at det er Psykologforeningens selv som må avgjøre hvilke konsekvenser klimaregnskapet vil få for foreningens drift. På generelt grunnlag sier han at virksomheter som Psykologforeningen ofte vil oppnå mest ved å gjøre noe med forbruk av reiser og varekjøp som PC-er og mobiltelefoner.

Han mener det vil være naturlig å trekke lærdom av erfaringer fra digitalisering av kursvirksomheten under pandemien.

– Hvor mye verdi går egentlig tapt om kursvirksomheten gjennomføres på Zoom? Går det an å tilby et tilnærmet flyfritt produkt? Slike spørsmål vil det være naturlig å stille seg når man skal sette seg ned og drøfte konkrete tiltak. Det samme gjelder systemer for behovsprøving og innkjøp av forbruksvarer som vi vet bidrar vesentlig til utslipp, sier han.

Leder av Psykologforeningens klimautvalg, Tommy Sotkajærvi, mener at både faglige hensyn og klimahensyn tilsier økt digitalisering av psykologenes spesialistutdanning.

– At folk må reise til sentrale strøk for å sitte på forelesninger, er sløsing både med CO<sub>2</sub>, penger og tid, og rammer de som er psykolog i distriktene. Samtidig er det viktig å huske på at noen spesialiseringer er bedre egnet for digitalisering enn andre, påpeker han. ✘

– Digitalisering av spesialistutdanningen har pågått over lang tid uavhengig av pandemien, men det er ikke sikkert hele utdanningen kan digitaliseres

*Håkon Skard*



**ELTE-UNIVERSITETET** Norske studenter ble nektet lisens av norske helsemyndigheter etter avsluttet psykologi-studium ved Eötvös Loránd University i Budapest. Studentene gikk til søksmål mot staten, men tapte i tingretten. Saken er anket til lagmannsretten. Foto: Wikimedia commons

## AKTUELT

ELTE-saken

# - ELTE-utdanningen er ingen profesjonsutdanning

EU-kommisjonen avviser at masterutdanningen i psykologi ved ELTE er en profesjonsutdanning, og hevder den dermed ikke omfattes av yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

**TEKST** Per Halvorsen

**DET FREMKOM UNDER** en høring som ble ledet fra EFTA-domstolen, som har sete i Luxembourg, 17. november.

Høringen var kommet i stand etter et initiativ fra Borgarting lagmannsrett. Lagmannsretten ba sist vinter om en rådgivende uttalelse fra EFTA-domstolen i ELTE-saken, som angår studen-

ter med master i klinisk- og helsepsykologi fra Ungarn. Fra 2016 får ikke lenger studenter med utdanningen lisens og autorisasjon som psykolog i Norge. I november 2019 tapte studentene saken de hadde anlagt mot staten i Oslo tingrett.

Et sentralt spørsmål EFTA-domstolen skal rådggi om, er hva som er avgjørende for å kunne

komme inn under betegnelsen «samme yrke», og dermed omfattes av EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv. EU-kommisjonens representant under høringen, Lorna Armati, argumenterte for hvorfor masterutdanningen i klinisk- og helsepsykologi ved Eötvös Loránd University (ELTE) ikke er en profesjonsutdanning og dermed ikke kvalifiserer for samme yrke som norsk psykologutdanning.

### INGEN PROFESJONSUTDANNING

– For å kalle noe en profesjon må det være mulig å beskrive en rekke profesjonelle aktiviteter som karakteriserer profesjonen. Du tilhører ikke en profesjon når du kan gjøre «alt» med utdanningen din, sa Armati.

Hun påpekte at tittelen okleveles pszichológus som den ungarske masterutdanningen leder frem til, ikke er en beskyttet tittel.

– De oppgavene de som har tittelen utfører, må du ikke ha MA-graden i psykologi for å kunne gjøre. Du har ikke lov til å delta i kliniske aktiviteter med tittelen «okleveles pszichológus» hvis du ikke spesialiserer deg videre. MA-graden gir ingen profesjonsutdanning, sa Armati.

Hun sa at norske helsemyndigheter har plikt til å gjøre individuelle vurderinger av kompetansen til ELTE-studentene. Slike vurderinger er tidligere gjort av Statens helsepersonellnemnd.

### OVERRASKET

Advokat Per Andreas Bjørgan som prosederer på vegne av ELTE-studentene, skriver i en e-post til Tidsskrift for Norsk psykologforening at han ble overrasket over EU-kommisjonens innlegg om at direktivet ikke kommer til anvendelse i denne saken. Han mener kommisjonens juridiske argument i hovedsak er basert på eldre rettspraksis.

Advokat Torje Sunde hos Regjeringsadvokaten, som prosederer på vegne av den norske stat, sier EU-kommisjonens holdning støtter opp under Norges holdning om at de norske studentene med psykologiutdanning fra ELTE ikke har krav på godkjenning etter yrkeskvalifikasjonsdirektivet.

– Det er vi selvstøtt tilfreds med. En for liberal holdning til EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv ville ha undergravd pasientsikkerheten, sier Sunde.

### KLINISKE OPPGAVER

Helse- og omsorgsdepartementet har lenge bestridt at den ungarske MA-utdanningen og den norske profesjonsutdanningen i psykologi er samme utdanning. Under høringen argumenterte Katalin Szíjjártó, som representerte ungarske myndigheter, for at det norske synspunktet er feil:

– Det en femårig utdannet master i klinisk- og helsepsykologi er utdannet til i Ungarn, er grunnleggende det samme som en norskutdannet psykolog. De kan utrede, diagnostisere og behandle under veiledning, og med kontrasignatur av psykiater. Oppgavene er altså de samme. Det er denne typen kliniske oppgaver de er utdannet til å utføre, sa Szíjjártó.

Basert på høringen vil EFTA-domstolen komme med en rådgivende uttalelse etter 2–3 måneder. ✘

*Dette er en forkortet utgave av en artikkel som tidligere er publisert på psykologtidsskriftet.no*



– **IKKE BESKYTTET** Lorna Armati fra EU-kommisjonen argumenterte med at den ungarske tittelen «okleveles pszichológus» ikke er beskyttet. Foto: Screenshot fra offentlig høring i regi av EFTA-domstolen 17. november 2020.

## ELTE-saken

- 2016: Helsedirektoratet slutter å godkjenne at ELTE-studenter med mastergrad i klinisk- og helsepsykologi får lisens og autorisasjon som psykolog i Norge
- 2017: Studentene klager Norge inn for EFTA Surveillance Authority (ESA)
- 2019: Studentene taper søksmålet mot staten i Oslo tingrett, anker til lagmannsretten
- 2020: ESA uttaler at ELTE-utdanningen må anerkjennes i Norge, HOD bestrider faktagrunnlaget for uttalelsen, høring for EFTA-domstolen
- 2021: Ankebehandling for Borgarting lagmannsrett

Les mer om ELTE-saken:  
<https://psykologtidsskriftet.no/tags/elte>

# Foreldrene skal være med

Jeg har alltid tenkt at man ikke skal sende bort et barn som har problemer - man skal ta det til seg.

**TEKST** Ole-John Pedersen

**KONTAKT** [ojp001@online.no](mailto:ojp001@online.no)

**ILLUSTRASJON** Anja Dahle Øverbye



**N**år ungdom får store nok problemer, legges de inn til psykiatrisk behandling der de kan få intensiv hjelp av eksperter. De tas ut av nærmiljøet sitt og i noen tilfeller også bort fra familien sin. Ekspertene skal finne ut hva som er galt med ungdommen, vurdere alvorlighetsgraden av problemet, stille mest mulig korrekt diagnose og foreslå eller sette i verk effektiv behandling, som helst skal være evidensbasert. Spørreskjema, som skåres via datamaskin, brukes hyppig, gjerne før en har fått en relasjon til ungdommen. Gjennom mitt arbeidsliv som barne- og ungdomspsykolog har jeg hatt vansker med denne medisinske måten å forstå problemer på. Etter mitt syn er det stor forskjell på et beinbrudd og de sammensatte problemene vi møter hos barn og unge. Det burde gjenspeiles i modellene vi jobber etter. Jeg har alltid tenkt at vi mennesker fungerer i relasjon til andre, og at tilhørighet til familie er svært viktig også for ungdommer med problemer. Da bør man ikke bare se på et problem isolert, men også på om det har opp-

stått i en spesiell kontekst, og hvordan familie og hjelpeapparat har organisert seg rundt problemet. Det blir for meg feil å legge inn ungdommer alene til vurdering og behandling når det oppstår ei krise. Man skal ikke sende bort et barn som har problemer – man skal ta det til seg.

#### FAMILIE- OG NETTVERKSTENKNING

Siden 1986 har jeg jobbet innenfor psykisk helsevern for barn og unge i Bodø. Der har familie- og nettverkstenkning hatt en sentral plass innenfor de forskjellige enhetene (Reigstad, 2005). Spesielt har ideene til Harlene Anderson og Harold Goolishian (1988) vært viktige inspirasjonskilder. Anderson og Goolishian beskrev ungdommenes problemer som forstyrrelser i samspill og utvikling. De var mer opptatt av interaksjon *mellom* ungdommer og de som stod rundt dem, enn å finne ut hva som var galt med ungdommene. Disse perspektivene har vært mye benyttet i Familieenheten (Finne et al., 1994; Pedersen et al., 1996). Å få »



til gode samtaler mellom ungdom og foreldre har vært et mål. Da jeg arbeidet ved poliklinikken og møtte fortvilt ungdom som snakket om å ta livet sitt, samlet jeg familie, nettverk og ungdommen selv til et møte på kveldstid. Disse møtene resulterte aldri i innleggelse av ungdommen. Når man begynte å snakke sammen, fant man andre løsninger.

### AKUTTENHETEN

Akutenhet for ungdom (heretter kalt Akuttenheten) ble opprettet i 1999 som ei fylkesdekkende avdeling for Nordland med seks plasser. Familie- og nettverkstenkingen stod sentralt da Akuttenheten ble etablert, blant annet i møte med ungdommer som snakket om å ta livet sitt. I tillegg til enkeltrom for ungdommer har enheten leiligheter, der foreldre og søsken kan bo, og gjerne sammen med den innlagte ungdommen.

Ved Akuttenheten har det vært et mål å begrense tvangsbruk. Det illustreres best ved at enheten ble drevet på dispensasjon fra psykisk helsevernforskriften og spesialisthelsetjenesteloven de første fem årene, fordi den verken hadde skjermet avsnitt eller belteseng (Jensen, 2005). Jeg tror at det nære samarbeidet enheten har hatt med foreldrene, er en viktig årsak til at vi har lyktes med å redusere tvangsbruk.

### SLIK JOBBET VI

I perioden 2008–2016 var jeg ansatt ved Akuttenheten som psykologspesialist. En hovedutfordring der var å jobbe med ungdommens plass i familien i løpet av svært kort tid. I arbeidet vårt forsøkte vi å prioritere førstegangsinleggelse. Tanken var å forebygge reinnleggelse, da vi vet at andre gangs innleggelse kan gjøre noe med ens identitet. Ikke sjelden måtte vi likevel, på grunn av kapasitetsproblemer, skrive ut ungdommene før vi hadde fått til det vi ønsket.

Vi hadde som mål å få begge foreldre med når ungdommene ble innlagt, også når foreldrene ikke bodde sammen. Undersøkelser viser at mødre og fedre ofte ser problemer forskjellig (Moreno et al., 2008), og ikke sjelden var uoverensstemmelser mellom foreldre en del av ungdommens problem. Vi ønsket at foreldrene skulle stå sammen om å hjelpe barna sine.

### Innledende samtale

I første samtale møtte vi foreldrene og ungdommene sammen. Vår tanke var at det var trygg-



**Vi var ikke opptatt av å gjøre hyppige selvmordsvurderinger, selv om vi langt på vei var pålagt å gjøre det**

hetsskapende å gi ungdommene en oversikt over hva som skulle skje under oppholdet, og at det ville bidra til et godt samarbeid. Vi informerte om at vi kom til å snakke om hva som hadde ført til at ungdommene hadde fått det så vanskelig, og vi ønsket å vite hvordan ungdommene hadde det. For oss var det viktigere å formidle et håp om at noe kunne bli annerledes, enn å formidle bekymring.

Vi tegnet opp forskjellige mulige årsaker til at ungdommer kan få problemer: arvelige disposisjoner som utviklingsforstyrrelser og psykiske lidelser, somatiske problemer, miljømessige faktorer som forhold til familie, skole og venner. Traumer ble nevnt spesielt. Vi ønsket å signalisere at vi ville se bredest mulig på problemene.

Ved selvmordsfare gjorde vi det også klart at vi ønsket å vende blikket mot årsakene til selvmordstankene, og at vi ville unngå å ta fra ungdommene kontrollen. Tvang skulle begrenses, og gjensidig tillit bygges.

### Familiekart og anamnese

De første dagene brukte vi tid alene med foreldrene for å lage familiekart og anamnese. Vi fikk ofte tilgang til anamneser fra før innleggelsen, og supplerte dem med å spørre foreldrene om følelsesmessige forhold: «Hvordan var det for dere da dere fikk vite at du var gravid?» «Fortell om din opplevelse ved fødselen.» Vi stilte også spørsmål som kunne si noe om barnets plass i familien: «Hvem lignet han på som nyfødt?», «Hvordan fikk hun navnet sitt?» Når vi tegnet familiekartet sammen med foreldrene, la vi stor vekt på deres relasjoner til sine foreldre. «Var du mammagutt eller pappagutt?» «Hvem gikk du til når du skulle ha trøst, og hvem gikk du til når du skulle ha oppmuntring?» Vi forsøkte å se på hva som ble videreført fra generasjon til generasjon, men også å undersøke deres bevisste valg om å gjøre noe annerledes enn før: «Jeg vil aldri at mine barn skal oppleve rus i familien, sånn som jeg

gjorde», hørte vi flere foreldre si. Mange foreldre begynte å snakke om følsomme temaer eller familiehommeligheter (jf. Seltzer, 2003). Den andre forelderen hadde gjerne ant at det var noe som ikke ble snakket om og fikk en ny forståelse av familiedynamikken. Vi var opptatt av barnets plass i familien, og hadde nytte av Rudi Dallos og Arlene Veteres (2014) gode spørsmål om tilknytning. Foreldrene hadde ofte ikke tenkt så mye over relasjonelle mønstre i familien, og vi hadde som mål å komme tilbake til tematikken i de påfølgende familiesamtalene i løpet av innleggelsen.

I gjennomgang av ungdommens historie var vi bevisste på å spørre om positive egenskaper. Vi ønsket å få fram et nyansert bilde. Ungdommens historie ble sammenlignet med foreldrenes, og vi så på likheter og forskjeller.

### Familiesamtaler

I den første familiesamtalen der alle var til stede, tok vi gjerne frem familiekartene. De aller fleste barn og unge ser ut til å like denne formen for samtale, og deltar spontant og forbausende aktivt (jf. Alsing, 2014). Ungdommene var interesserte, de supplerte og korrigerende foreldrenes informasjon. I stedet for bare å fokusere på ungdommens problem snakket vi om hvordan de hadde det sammen som familie, og om relasjoner til andre, som for eksempel besteforeldre. Alle fikk sagt sitt, og vi hadde inntrykk av at synspunktene gjerne ble forstått og respektert.

I familiesamtaler forsøkte vi å unngå å bruke hvorfor-spørsmål, som ofte representerer en lineær forståelse av hvordan årsak og virkning henger sammen. Sirkulære og refleksive spørsmål er mer egnet til å framkalle en følelse av allianse i familier (Dozier et al., 1998). «Hva tror du at din far ville ha svart på spørsmålet?» «Hvilke tanker får dere om det hun sier?» Når vi gikk gjennom familiekart og anamnese i familiesamtalene, var vi blant annet opptatt av å få fram de gode historiene om både foreldre og barn, inspirert av Wenche Seltzers (1988) tilnærming. For eksempel: En familie hadde dårlig økonomi og boforhold, og var uglesett i nærmiljøet. Foreldrenes vanskelige bakgrunn var kjent, men det var ikke kjent at faren ved to anledninger hadde reddet menneskeliv. Da faren fortalte om hendelsene til sin sønn, gråt de begge. Det å ha en pappa som er livredder, er noe å være stolt av.

Vi var ikke så redde for å la foreldrene fortelle om egne vanskeligheter og heller ikke om fami-

liehommeligheter. Det skapte gjerne en følelse av nærhet mellom de voksne og ungdommene, og gav også ungdommene en ny forståelse av familien sin. Unni Fauske (2014) mener at ungdommer ønsker oppmerksomhet i familierapi, men ikke å være i fokus hele tiden. Det er i tråd med vår erfaring. Vi forsøkte dog å unngå at foreldrene fikk så mye plass at ungdommene ble usynlige (jf. Nilsson & Trana, 2000).

En eller begge av ungdommenes kontaktpersoner i avdelingsmiljøet var med i familiesamtalene, og dette åpnet muligheter for å bruke reflekterende prosesser (Andersen, 1987). Da stoppet vi opp underveis, og stab og miljøpersonale delte sine tanker med hverandre med familien til stede, fortrinnsvis med et positivt fokus. Vi forsøkte å bruke et hverdagslig språk framfor fagterminologi, for ikke å skape avstand til familien. Bruk av refleksjon åpnet for å se flere sider av et problem og flere mulige måter å takle det på. Familien kunne så finne ut om noe var relevant for dem.

### Invitasjon av familie og nettverk

Akutenheten har egne barneansvarlige som ivaretar søsken (jf. Helsedirektoratet, 2010). Småsøsken var gjerne med ved innleggelse av ungdommer, fordi de kom i følge med foreldrene. Anne-Beth Grøndahl (2011) hevder at voksne undervurderer hva barn får med seg av problematiske hendelser i familien, og hvor mye tristhet, engstelse og bekymring dette vekker hos barna. Småsøsken oppfatter ofte seg selv som aktører i brorens eller søsterens problem (jf. Stern, 1985). Vi mente det var viktig at de yngre søsknene fikk oversikt over situasjonen. I våre samtaler med småsøsken til stede kom det også fram positive egenskaper ved familien som vi ikke hadde snakket om, og småsøsken kunne gi beskrivelser som de andre i familien opplevde som svært treffende. Også storesøsken hadde vi spesiell nytte av å invitere. De så vi på som eksperter på å vokse opp i familien, men med lengre fartstid enn den innlagte ungdommen. Vi hadde gjerne egne søskensamtaler, og opplevde også flere ganger at det var lettere for de innlagte ungdommene å snakke i familiesamtaler når de hadde storesøsken ved sin side.

Vi hadde en intensjon om å besøke ungdommene heime etter utskrivning. I praksis fikk vi det sjelden til, fordi det ble for tidkrevende. Derfor inviterte vi gjerne andre til Bodø: tanter, onkler, besteforeldre, nære venner, kjæres-

ter, lærere og kontaktpersoner i hjelpeapparatet. Hvem som skulle inviteres, valgte vi ut i samarbeid med ungdommene og foreldrene.

### SIKKERHET ELLER TRYGGHET?

Mange ungdommer ble innlagt hos oss grunnet suicidfare. Jeg tenkte ofte på hvordan det ville ha vært dersom ungdommen var min sønn eller min datter. Som far ville jeg ha vært mest mulig involvert i den hjelpen barnet mitt skulle få. Den anledningen fikk foreldre ved Akuttenheten. Vi erfarte at foreldrenes tilstedeværelse trygget både ungdommen og personalet.

Ved akuttinstitusjoner forsøker man å overvåke og kontrollere for å sørge for at pasienter ikke kommer til skade. Denne sikkerhetstilnærmingen handler ofte om institusjonens behov for ikke å gjøre noe galt, men er ikke nødvendigvis den som hjelper ungdommene best. De trenger blant annet å lære seg å takle kriser, uten å tenke at selvmord er den eneste veien ut. Tormod Stangeland (2012) skiller mellom sikkerhet og trygghet i møte med pasienter med selvmordsfare. Han hevder at trygghet handler om mer enn å skjerme ungdommen fra fare, og knytter begrepet opp mot betydningen av trygg tilknytning (f.eks. Ainsworth, 1972): «Trygge ungdommer vet at de har en plass hos andre der de hører til, at andre gir dem vennligsinnet oppmerksomhet og vil hjelpe dem når de trenger det» (s. 141). Vi erfarte at foreldrene gjerne var mindre opptatt av sikkerhet enn det vi var. Dessuten gjorde deres tilstedeværelse sannsynligvis ungdommene tryggere og reduserte behovet for å tenke sikkerhetstiltak og tvang. At foreldre var til stede, gjorde også oss tryggere. Foreldre er i utgangspunktet de som kjenner sine barn best, og det var godt å ha dem med på laget i vanskelige vurderinger, for eksempel om ungdommene skulle få fri utgang alene.

### Å relatere versus vurdere

Ungdommene som drev med selvskading, strevde gjerne med å sette ord på sine problemer og følelser. Flere hadde sannsynligvis opplevd traumer som de ikke maktet å fortelle om. En av dem, med en rekke innleggelse hos oss bak seg, ble innlagt på nytt like før hun fylte 18. Da var hun klar til å fortelle om overgrepene hun hadde vært utsatt for. Når vi hadde hypoteser om at ungdommer hadde vært utsatt for traumer, unnlot vi å presse dem til å fortelle. Vi mente at det ville være respektløst. Traumer

hadde vi allerede nevnt i første samtale, og tegningen av mulige årsaker til problemene var gjerne hentet fram igjen underveis i oppholdet.

Selv om vi forsøkte å behandle ungdommene med respekt, unngikk vi ikke at noen selvskadet og drev med selvmordsnær atferd. Vi samarbeidet da med foreldrene om hvordan vi skulle forholde oss til atferden. Foreldrene kunne så følge opp selvskadingen etter at ungdommen var skrevet ut. Vårt inntrykk var at søkelyset på familiære forhold syntes å gjøre ungdommene mindre opptatt av relasjonen til andre ungdommer med problemer. Foreldre og barn fikk dessuten tid til å gjøre ting sammen som de kanskje ikke hadde prioritert i en travel hverdag heime.

Vi var ikke opptatt av å gjøre hyppige selvmordsvurderinger, selv om vi langt på vei var pålagt å gjøre det. Generelt tenkte vi at det var viktigere å relatere enn å vurdere (jf. Anderson & Goolishian, 1992). Vår tanke var at det var bedre å møte ungdommene med interesse for hvordan de hadde det, enn å signalisere at vi var eksperter som skulle finne ut hva som feilte dem, og hvor syke de var. Vi erfarte at det var lettere for ungdommer å snakke når vi unnlot å møte dem med ei formell og vurderende holdning.

Et spørsmål vi likevel gjerne stilte i familiesamtaler, var: «Hvordan hadde det blitt for deg dersom han/hun hadde tatt livet sitt?» Vi oppfattet det som et spørsmål om relasjon, og ikke som et vurderende spørsmål. Kvalitativ forskning peker også på at pasienter som har vært innlagt grunnet selvmordsforsøk eller alvorlige selvmordstanker, ønsker at behandlere og miljøpersonale er opptatt av relasjonene deres (Hagen et. al., 2020).

Kim Larsen (2010) skriver om det urealistiske i å predikere selvmord på individnivå, om falske positive og falske negative når en vurderer ut fra kjente risikofaktorer på gruppenivå. Ved Akuttenheten registrerte vi at noen psykologkollegaer la inn mange ungdommer grunnet suicidfare, mens andre med tilsvarende jobber sjelden eller aldri gjorde det. Med andre ord: Selvmordsvurderinger er langt fra objektive. Når vi gjorde våre vurderinger sammen med foreldrene, som kjente sine barn best, var det svært sjelden at vi vurderte suicidfaren som stor. Erfaringene våre sammenfaller med erfaringene ved BUPA Ungdomssekasjonen for øyeblikkelig hjelp i Drammen, der de så at den psykologiske betydning av å oppleve at de nærmeste bryr seg og har omsorg samti-



dig som de passer på, var vel så effektiv for å redusere risikoen for nye selvmordsforsøk som en innleggelse (Baklund et al., 2011).

### SLUTTORD

Ved Akuttenheten hadde vi et håp om at når foreldre og ungdommer begynte å snakke sammen, ville de fortsette med det etter utskriving. De ville kanskje få en sterkere følelse av nærhet seg imellom. Vi ønsket å nå noen av de ungdommene som syntes at de hadde et vanskelig forhold til familien, og som ikke følte seg sett, som hadde behov for å føle tilhørighet og å bli bekreftet. Hvorvidt vi lyktes med dette, er vanskelig å vurdere, men vi tok det som et godt tegn når ungdommer ikke ble innlagt på nytt.

Etter å ha jobbet innenfor psykisk helsevern for barn og unge i mer enn 30 år er jeg bekymret for utviklinga i fagfeltet. Vi skal i dag helst redusere ungdommers problemer til noe vi kan jobbe målrettet og individrettet med etter en medisinsk modell. Utredningsplaner og behandlingsplaner vektlegges. For enkelte ungdommer kan det være bra, men de fleste jeg møter i mitt virke, har svært sammensatte problemer, og vi er avhengige av tiltak også på de sosiale og relasjonelle områdene for å hjelpe dem. En fare med rådende tenkning er at vi blir for opptatt av relasjonen mellom terapeut og klient og glemmer familiens og nettverkets betydning. For som mine gode kollega i Familieenheten Inger Finne brukte å spørre: «Hvem er det som feirer jul med barna?» ✕

### REFERANSER

- Ainsworth, M.D.S. (1972). Attachment and dependency: A comparison. I Gewirtz, J.L. (red.), *Attachement and dependancy*. Winston and Sons.
- Alsing, H.C. (2016). Å gå i hi (kikomori). Uortodoks familierapeutisk behandling ved skolevegring. *Fokus på familien*, 44(3), 201–219.
- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26(4), 415–428.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical work. *Family process*, 27(4), 371–393.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. I McNamee, S. & Gergen, K.J. (red.), *Inquiries in Social Construction. Therapy as Social Construction* (s. 25–39). Sage Publications, Inc.
- Baklund, L., Nilssen, K., Ristvedt, L. & Zeiner, P. (2012). Hvordan organisere et akuttilbud for ungdom i selvmordsrisiko? *Suicidologi*, 17(3), 22–27.
- Dallos, R. & Vetere, A. (2014). Systemic therapy and attachment narratives: Attachment narrative therapy. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 19(4), 494–502.
- Dozier, R.M., Hicks, M.W., Cornille, T.A. & Peterson, G.W. (1998). The effect of Tomm's therapeutic Questioning styles on therapeutic alliance: A clinical analog study. *Family Process*, 37(2), 189–200.
- Fauske, U. (2014). Hva mener barn er nyttig hjelp i familierapi? *Fokus på familien*, 42(3), 226–244.
- Finne, I. (1988). Personlig kommunikasjon.
- Finne, I., Balmra, S., Pedersen, O.-J., Willumsen, L. & Sårheim, S. (1994). Nå gjelder det Astrid. *Fokus på familien*, 22(4), 232–243.
- Grøndahl, A.-B. (2011). Barna har en plass i familievernnet. *Fokus på familien*, 39(2), 124–134.
- Hagen, J., Hjelmeland, H. & Knizek, B.L. (2020). Suicidalitet er relasjonell. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 57(2), 131–132.
- Helsedirektoratet (2010). Rundskriv IS-5. *Barn som pårørende*.
- Jensen, G. (2005). I SINTEF Helse STF78 A055010: *En beskrivelse av fem akuttenheter for ungdom i psykisk helsevern for barn og unge i 2003*, 29–50.
- Larsen, K. (2010). Selvmordsforebygging: Balansegang mellom realisme og optimisme. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(10), 906–907
- Moreno, J., Silverman, W.K., Saavedra, L.M. & Phares, V. (2008). Fathers' ratings in the assessment of their child's anxiety symptoms: A comparison to mothers' ratings and their associations with paternal symptomatology. *The Journal of Family Psychology*, 22(6), 915–919.
- Nilsson, M. & Trana, H. (2000). Fra opplevd dilemma til mulige løsninger i terapeutiske samtaler med barn og deres foreldre. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 37(6), 541–551.
- Pedersen, O.-J., Balmra, S., Finne, I. & Mevik, K. (1996). «... men det er nok blitt bedre nå?» En etterundersøkelse med familier som har vært innlagt i familieavdelingen, BUPA, Bodø. *Fokus på familien*, 24(4), 189–201.
- Reigstad, B. (2005). Nordland. «Fra flo og fjære, til fjell og dypen dal». I Sommerschild, H. & Moe, E. (red.), *Da barnepsykiatrien kom til Norge. Beretninger fra de som var med* (s. 312–320). Universitetsforlaget.
- Seltzer, W.J. (1988). Myths of destruction. A cultural approach to families in therapy. *Journal of Psychotherapy & the Family*, 4(3–4), 17–34.
- Seltzer, W.J. (2003). *Familiehemmeligheter: Tause fortellinger fra terapirommet*. Gyldendal.
- Stangeland, T. (2012). Når sikreste behandling ikke er beste behandling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 49(2), 138–144
- Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and development psychology*. Basic books.

# MDMA sett fra psykologstolen

– Vi skylder de som fortsatt sitter fast i lidelse, å avklare det terapeutiske potensialet til *alle* lovende metoder.

## TEKST

Per Olav Solberg

## FOTO

Nora Skjerdingsstad

**DET SIER PSYKOLOGSPESIALIST** og forsker Ivar Goksøy, som til daglig driver klinikken Psykologvirke i Oslo sentrum. Han er også tilknyttet Psykforsk – Innovativ behandlingsforskning, ved Sykehuset i Østfold. I disse dager starter de den første norske studien på MDMA-assistert psykoterapi. Sammen med kollegaer herfra har Goksøy skrevet en vitenskapelig artikkel vi publiserer i denne utgaven av tidsskriftet (se side 886). Artikkelen er en litteraturgjennomgang av MDMA-assistert psykoterapi ved PTSD. Studien konkluderer positivt: «Resultatene indikerer at MDMA-assistert psykoterapi kan være et relevant behandlingsalternativ ved PTSD.» Goksøy sitter også i styret i Norsk forening for psykedelisk vitenskap som eneste psykologspesialist, og er en uttalt forkjemper for å spre kunnskap om psykedelika-assistert terapi i Norge.

– Psykedelika utgjør en vifte av ulike stoffer som har det til felles at de endrer perspektivet vårt og synliggjør ellers utilgjengelige prosesser i sinnet. Ketamin og MDMA befinner seg i hver sin ende av denne viften, mens mer klassiske psykedelika, som psilocybin og meskalin,

ligger i midten. De har alle ulike virkningsprofiler. MDMA skiller seg fra de mer klassiske psykedelika ved å ha en mer forutsigbar virkning, forklarer Goksøy.

– *Hvordan begynte din interesse for psykedelika-assistert psykoterapi?*

– Jeg ble psykolog for å forstå menneskesinet og for å kunne transformere lidelse til frihet. Med økende spesialisering har jeg fått bekreftet potensialet for dyp heling, men jeg har også erfart hvor krevende det er å få til. Vi trenger all den hjelp vi kan få i dette arbeidet, sier han.

## OPPVÅKNING

For flere år siden fikk Goksøy betroelser om terapeutisk bruk av MDMA fra mennesker som betegnet opplevelsene som transformerende og livreddende. Dette gjorde at han åpnet seg for feltet, og han ble fengslet av litteraturen som møtte ham.

– Jo mer jeg leste, jo mer forbløffet ble jeg: Ikke bare fantes det en tradisjon for MDMA-assistert psykoterapi før forbudstiden på 70-tallet. Også Verdens helseorganisasjon karakteriserte MDMA som interessant og oppfordret til videre forskning på det terapeutiske potensialet. Det fantes ingen randomiserte og godt kontrollerte studier fra den tiden, men indikasjonene for terapeutisk nytte var mange og ble forfektet av både psykiatere, psykologer og åndelige ledere. Vi trenger å ettergå sannhetsgehalten i slike kliniske erfaringer vitenskapelig. Om de stemmer, kan vi ha med et viktig redskap å gjøre, mener Goksøy.

## LANGE SEANSER

MDMA-assistert psykoterapi er arbeidsintensiv. En MDMA-rus varer vanligvis mellom fire og seks timer, men kan også vare så lenge som åtte. Det betyr at en psykolog må sette av en

## MDMA

- MDMA, virkestoffet i ecstasy, er et ulovlig sentralstimulerende rusmiddel.
- Det blant annet under utprøving som legemiddel i behandling av posttraumatisk stresslidelse.
- MDMA ble først syntetisert i 1912 og ble tatt i bruk i samtalerapi på 1970-tallet.
- MDMA ble satt på FNs narkotikaliste i 1986.

Kilde: rusopplysningen.no

hel arbeidsdag til én pasient de gangene selve MDMA-stoffet inngår i behandlingen.

– En «klassisk» MDMA-assistert terapi varer totalt fra 30 til 40 timer. Da har man to-tre seanser på åtte timer der man er påvirket av MDMA, de andre timene er vanlige timer der man bearbeider og integrerer materialet som kom opp. Å intensivere behandlingsdosen er et trekk i tiden, og dersom MDMA-assistert psykoterapi gir gode langtidsresultater i komplekse tilfeller, vil ressursbruken kunne svare seg, sier Goksøyr.

– *Hva er det typisk som skjer i og med pasienten når han/hun er påvirket av MDMA under terapi?*

– Gjennom terapiforløp har pasienter gjerne opplevd noen sterke og forløsende terapiøyeblikk, men de varer temmelig kort, og man må gjerne jobbe hardt og lenge for å komme dit. Med MDMA strekkes disse opplevelsene ut og varer i flere timer. Virkningsmekanismen er kompleks, men bidrar subjektivt til at man faller til ro i kroppen. Samtidig sensitiveres man for følelser, er kognitivt klar og fylles av medfølelse med seg selv og andre. Tilstanden ser ut til å gi en spontan draging mot integrasjon av følelser og hendelser som ofte unngås, og driver symptomer. Samtidig mister man ikke kontrollen. Disse foreløpige inntrykkene av virkningsprofilen gir håp for MDMA som en god katalysator for terapi, mener Goksøyr.

### FASE TRE

Foreløpig er MDMA-assistert psykoterapi hovedsakelig på forskningsstadiet, men både USA og Israel har godkjent prøveprosjekt på behandling også utenom forskning. I USA er man i gang med de siste store fase tre-studiene, som vil gi legemiddelgodkjenning om resultatene fra tidligere forskningsfaser opprettholdes.

– I USA regner man med at man kan få en godkjenning i 2022. I Europa har man kommet kortere, her er det nok tidligst rundt 2024 at MDMA kan bli godkjent som legemiddel til bruk i psykoterapi, sier Goksøyr.

– *Har du prøvd MDMA selv?*

– I fjor sommer fikk jeg MDMA-assistert psykoterapi i en amerikansk studie, der terapeuter i kommende studier fikk tilbud om å delta. Det ble en meningsfylt og viktig terapeutisk opplevelse for meg.

### NØKTERNT OG NYANSERT

Goksøyr er åpen om at hans interesse for MDMA-assistert terapi har en personlig åre.



**HÅPEFULL** Ivar Goksøyr mener forskningen på MDMA-assistert psykoterapi er lovende. – Pasienter med dype og tidlige traumer er blant dem som kanskje vil kunne ha godt utbytte av denne typen behandling, sier han.

Samtidig er han i forskningsfronten på MDMA i Norge. Ligger det ikke en bias her som både kan påvirke hans forskning på og formidling av denne typen kunnskap?

– Det er alltid en fare når jeg forsker på et felt som jeg også praktiserer og er engasjert i. Som kliniker og menneske håper jeg jo at det skal virke. Det er blant annet derfor man har fagfelleprosesser i forskning. Når det er sagt, er det ikke MDMA-assistert terapi i seg selv jeg er interessert i, men i alt som kan bidra til arbeidet vårt. Ingenting hjelper for alle, men mye kan virke for noen. Jeg har valgt ut psykedelikafeltet fordi få spor virker mer lovende og samtidig så forsømt, sier Goksøyr.

– *Tror du samfunnet er modent for å skille mellom terapeutisk behandling med MDMA og ulovlig bruk av ecstasy (annet ord for MDMA) på fest?*

– At legemidler også kan brukes som rusmidler, er ikke noe nytt, og vanligvis ofres ikke legemiddelet av den grunn. Jeg er opptatt av å formidle at å ta slike stoffer i en klinisk setting er noe helt annet enn rekreasjonsbruk. Mitt ønske er at vi behandler dette feltet som andre vitenskapsfelt: at vi ser nøkternt på dataene, og gjør gode avveininger av risiko opp mot nytte. Først og fremst må vi sette i gang mer forskning. Lidelsestrykket i befolkningen er stort. Å avvise lovende metoder bare fordi de virker fremmede, er ikke et privilegium vi kan tillate oss, avslutter Ivar Goksøyr. ✖



## VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2020 S. 886-897 FAGFELLEVDERT

IVAR W. GOKSØYR<sup>1</sup>, TOR-MORTEN KVAM<sup>1</sup>, SUSANNE LUND-HØIE<sup>1</sup> & LOWAN STEWART<sup>1,2</sup><sup>1</sup> Sykehuset Østfold HF, Nordre Østfold DPS, <sup>2</sup> CSV Regional Medical Center, Department of Emergency Medicine.

KONTAKT ivar@psykologvirke.no

# Sikkerhet og effekt av 3,4-metylendioksymetamfetamin (MDMA)-assistert psykoterapi ved posttraumatisk stresslidelse (PTSD)

- En systematisk litteraturgjennomgang

Det psykoaktive stoffet MDMA kan være egnet i kombinasjon med psykoterapi. Hva sier forskningen om sikkerheten til og effekten av MDMA-assistert psykoterapi i behandlingen av PTSD?

I 1985 ble den første konferansen om MDMA-assistert psykoterapi avholdt i USA, etter flere års lovlig terapeutisk bruk (Passie, 2018). I etterkant av det amerikanske forbudet i 1985 kan så mange som 60 000 personer i Europa alene ha fått behandling med MDMA gjennom ulovlig terapivirkosomhet (Passie, 2018). Forskningen på MDMA har lenge hatt et risiko- fremfor nytteperspektiv, men de senere årene har det blitt lettere å få godkjent og finansiert kliniske studier (Feduccia et al., 2018; Passie, 2018). Det foreligger nå behandlingsstudier på MDMA-assistert psykoterapi ved tilstander som alkoholisme, sosial angst ved autisme, angst og depresjon ved livstruende sykdom og posttraumatisk stresslidelse (Amoroso, 2015; Feduccia et al., 2018). Det er gjort flest studier på PTSD, dels fordi man antar at MDMA kan ha en sær-

## ABSTRACT

*Safety and efficacy of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-assisted psychotherapy in the treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) – A systematic review*

**Background:** A substantial proportion of patients suffering from PTSD do not respond optimally to standard treatments and many discontinue treatment. MDMA has a complex profile of action that may be well-suited as a catalyst for therapeutic processing of traumatic experiences. However, systematic reviews of the efficacy and safety of MDMA-assisted psychotherapy for PTSD are scarce.

**Method:** We searched the databases Medline, Embase and Psycinfo to provide a systematic review of the literature on MDMA-assisted psychotherapy in the treatment of PTSD, focusing specifically on safety and efficacy.

**Results:** We identified four small randomized controlled studies (N = 88), all with treatment-resistant patients with severe to extreme PTSD. Measuring CAPS-IV, the mean effect size of the treatment was large (Cohens  $d=1,09$ ) and the mean remission rate at long-term follow up was high (68 %). The treatment was not associated with cognitive impairments, increased suicidality or dependency or misuse of MDMA up to 12 months after the treatment, and the dropout rate was low (8,9%).

**Conclusions:** The findings suggest that MDMA-assisted psychotherapy in the treatment of PTSD may be safe and efficacious, also in severe and treatment-resistant cases. However, due to few studies with small sample sizes, firm conclusions on the efficacy and safety of this treatment cannot be drawn.

*Keywords:* PTSD, MDMA, MDMA-assisted psychotherapy, treatment resistance, complex PTSD

**INTERESSEKONFLIKT** Alle forfatterne har tilknytning til Psykforsk - Innovativ behandlingsforskning ved Sykehuset i Østfold, som forbereder klinisk forskning på MDMA-assistert psykoterapi i samarbeid med sponsoren for alle studiene i denne litteraturgjennomgangen, Multidisciplinær Assosiasjon for Psychedelic Studies (MAPS).

lig relevant virkningsprofil for bearbeiding av traumatiske opplevelser (Amoroso, 2015).

PTSD forårsakes av overveldende hendelser, og kjennetegnes av gjenopplevelser, unngåelse av indre og ytre triggere, hypervigilans, negative endringer i tanker og følelser, som går ut over sosial og yrkesmessig funksjon. Unngåelsesatferd opprettholder og forsterker lidelsen, mens nødvendig terapeutisk bearbeiding er krevende grunnet et smalt toleransevindu. Med toleransevindu sikter vi til en sone av optimal fysiologisk aktivering mellom overaktivering på den ene siden og underaktivering på den andre, der emosjoner kan oppleves og integreres (Siegel, 1999). I blant annet amerikanske, australske og engelske retningslinjer for behandling av PTSD anbefales traumefokusert psykologisk behandling for lidelsen (Bisson et al., 2015). Medikamentell behandling med blant annet antidepressiva har en viss effekt, og kan gis som tilleggsbehandling til psykoterapi (Stein et al., 2006). Slike tradisjonelle psykofarmaka kan dempe symptomer, men ikke bidra til å bearbeide og reprocessere selve traumeminnet, noe som krever at pasienten er emosjonelt involvert. Emosjonell involvering er antageligvis nødvendig for at antatt viktige terapeutiske prosesser, som for eksempel fryktekstinksjon (McNally, 2007) og minnerekonsolidering (Feduccia & Mithoefer, 2018), kan finne sted.

Flere behandlingsmetoder for PTSD har solid evidens, men responsratene varierer sterkt, og kan ligge på rundt 60 % (Loernic et al., 2015; Steenkamp et al., 2015). Remisjonsrater varierer også, men for personer med militære traumer ligger de for eksempel på 28–40 % (Steenkamp et al., 2015). Som i psykoterapistudier for øvrig er også frafallsratene høye (18–36 %), blant annet fordi behandling er krevende (Steenkamp et al., 2015; Watkins et al., 2018).

Bedre implementering av virksom behandling og nye behandlingsformer for PTSD etter spørres (Watkins et al., 2018). Det er behov for å redusere frafall fra behandling, tilpasse terapien til enkeltindividet, intensivere behandlingsforløp, utvikle behandlingsformer for kompleks traumeproblematikk samt avklare potensialet i medikament-assistert psykoterapi, altså samtidig psykofarmakologisk og psykologisk intervensjon (Watkins et al., 2018). MDMA-assistert psykoterapi har en profil som kan ha relevans for alle disse satsningsområdene (Amoroso & Workman, 2016; Barone et al., 2019; Mithoefer, 2013).

Amerikanske legemiddelmyndigheter (FDA) har gitt MDMA-assistert psykoterapi status som gjennombruddsterapi. I dette ligger en vurdering av at behandlingen kan ha betydelige fordeler sammenlignet med tilgjengelige medikamentelle behandlingsalternativer. I tillegg har FDA forpliktet seg til å gi ekstra støtte i den siste forskningsfasen før eventuell legemiddelgodkjenning. Slike såkalte fase III-studier er igangsatt for å avklare generaliserbarheten til de lovende preliminnære resultatene (Feduccia et al., 2018).

### Farmakologisk og klinisk virkning

MDMA-molekylet ligner strukturelt både på det sentralstimulerende stoffet amfetamin og det psykedeliske stoffet meskalin (Vollenweider et al., 2002). Virkningsprofilen er kompleks, der flere nevrokjemiske og endokrine mekanismer virker sammen. MDMA virker først og fremst ved å stimulere utskillelse av presynaptisk serotonin gjennom serotonintransporteren. Virkningen skyldes også, men i mindre grad, økt utskillelse av noradrenalin og dopamin, samt økte nivåer av hormoner som oksytocin, kortisol, prolaktin og vasopressin (Dumont et al., 2009; Feduccia & Mithoefer, 2018). Studier med positronemisjonstomografi (PET) og funksjonell magnetisk resonans (fMRI) viser at MDMA påvirker et nevralt nettverk bestående av amygdala og temporal- og frontalkorteks, som sammen påvirker sosial kommunikasjon og prosessering av emosjoner og minner (Vollenweider et al., 2002).

MDMA og nær beslektede substanser tilhører en egen farmakologisk gruppe kalt entaktogener (fra gresk: «fremskaffer berøring innenfra») på grunn av kliniske virkninger som økt empati og vennlighet (Vollenweider et al., 2002). En av effektene av MDMA er at pasientens toleransevindu utvides, slik at pasienten tåler mer intens eksponering uten å bli overveldet (Amoroso, 2015). På den måten kan medikamentet ha potensial som katalysator i den terapeutiske bearbeidingen av traumet fremfor kun å virke symptomdempende. Subjektive effekter i studier av friske frivillige inkluderer glede, velvære, økt selvtilit og ekstroversjon, åpenhet og nærhet til andre, økt emosjonell sensitivitet, samt mild derealisasjon (Vollenweider et al., 2002). I terapeutisk sammenheng er det interessant at MDMA antas å føre til økt selvmedfølelse (Kamilar-Britt & Bedi, 2015), bedret toleranse for negative minner (Carhart-Harris

et al., 2014), samt fryktekstinksjon og rekonsolidering av traumeminner (Feduccia & Mithoefer, 2018), prosesser av relevans for behandling av PTSD. Siden MDMA kan styrke tilknytningen og nærheten til andre (Kamilar-Britt & Bedi, 2015), kan medikamentet også bidra til en bedret terapeutisk arbeidsallianse (Johansen & Krebs, 2009).

### Skadevirkninger

Skadevirkning fra rekreasjonsbruk av MDMA har blitt studert, men studiene har svakheter knyttet til retrospektivt design og blandingsmisbruk, som gjør det vanskelig å skille ut en ren MDMA-effekt, i tillegg undersøkes gjerne bruk av ecstasy, som ofte inneholder andre stoffer enn MDMA (Vollenweider et al., 2002). Studier beskriver risiko for hypertermi, overdrevent vanninntak med tilhørende hyponatremi, toleranseutvikling, søvnforstyrrelser og langtidsproblemer med hukommelse og kognitiv svikt. MDMA har blitt vurdert til å ha et moderat avhengighets- og skadepotensial (Degenhardt et al., 2010; Nutt et al., 2010).

Skadepotensialet i kliniske og rekreasjonelle settinger er ulike på grunn av forskjeller i stoffets renhet samt bruks- og doseringsvariabler. I en klinisk setting ser man for eksempel ikke utvikling av hypertermi (Dumont & Verkes, 2006). I kliniske forsøk, der mer enn 850 personer har deltatt, har ingen rapportert om vedvarende bivirkninger (Doblin et al., 2014). Det mangler imidlertid systematiske oversiktsartikler av avhengighets-, misbruks- og skadepotensialet ved bruk av MDMA i behandlingen av PTSD spesielt.

### MDMA-assistert psykoterapi

MDMA-assistert psykoterapi baserer seg på ideen om at farmakologiske og psykologiske effekter skal virke sammen (Mithoefer, 2013). I denne formen for psykoterapi tas MDMA et fåtall ganger som et integrert ledd av en psykoterapiprosess (Mithoefer, 2015; Passie, 2018). Psykoterapimetoden som har blitt mest brukt hittil, kalles *indrestyrt*, fordi man følger og støtter opp under pasientens indre prosess, som utfolder seg når de farmakologiske effektene av MDMA bidrar til økt nærhet, åpenhet og selvmedfølelse (Kamilar-Britt & Bedi, 2015; Mithoefer, 2013; Vollenweider et al., 2002). Når en slik tilstand kommer i stedet for tilstander preget av tilbaketrekning, angst, skam, skyld og selvangrep (Frankfurt & Frazier, 2016), har man observert at tendensen til å unngå angstskapende psykisk materiale erstattes med en bevegelse *mot* slikt materiale (Passie, 2012; 2018). Typiske utfordringer i standard PTSD-behandling, som at pasienten unngår traumeminner og blir overveldet under eksponering, kan derfor begrenses.

Det teoretiske rasjonalet bak en indrestyrt, klientsentrert terapiform er at den endrede bevissthetstilstanden utløser en *intuitiv* helende prosess som terapeutens ytre strukturering kan hindre (Passie, 2018). Denne prosessen har blitt kalt «the inner healing intelligence» (Mithoefer, 2013). Begrepet er nær beslektet med «den ubevisste terapeutiske alliansen» i intensiv korttids psykodynamisk terapi (ISTDP) (Hansen et al., 2013). Når angst og derav psykologisk forsvar dempes, får denne antatte selvhelende kraften guide den terapeutiske prosessen. Det er observert at dette skjer på høyst forskjelligartede og individuelle måter, selv ved lignende opprinnelsestraumer (Mithoefer, 2013; Passie, 2012). Klinisk erfaring tilsier at kjente terapeutiske prosesser oppstår spontant og reliabelt, for eksempel indre eksponering for traumeminner, symbolsk billeddannelse, kognitiv restrukturering, ny meningsdannelse, arbeid med overføringsreak-



På den måten kan medikamentet ha potensial som katalysator i den terapeutiske bearbeidingen av traumet fremfor kun å virke symptomdempende





Det teoretiske rasjonalet bak en indrestyrt, klientsentrert terapiform er at den endrede bevissthetstilstanden utløser en *intuitiv* helende prosess

sjoner, arbeid direkte gjennom kroppen og integrasjon av selvets ulike deler (Mithoefer, 2013).

#### Formål

Formålet med denne oversiktsartikkelen er å gi en oppdatert gjennomgang av effekt og sikkerhet av MDMA-assistert psykoterapi gitt til pasienter med PTSD i alle typer kontrollerte, randomiserte studier som benytter standardiserte utfallsmål for PTSD-symptomatologi.

#### METODE

Søkeordene «MDMA AND PTSD» ble brukt i databasene Embase, Medline og PsycInfo. Inklusjonskriterier var alle studier der forskerne har brukt standardiserte utfallsmål for PTSD-symptomer i dobbeltblindede randomiserte kontrollerte studier med PTSD-pasienter i hele tidsrommet frem til 21.11.2018. Vi ekskluderte studier med mindre enn 10 deltakere. 281 studier ble identifisert gjennom søket. Søkeprosedyren er gjengitt i figur 1.

Alle studienes titler og sammendrag ble gjennomgått av samtlige forfattere hver for seg. Av disse ble 7 artikler lest i sin helhet, og det var enighet om å inkludere 5 av disse. Dataekstraksjon ble utført av to av forfatterne i samarbeid. Vi regnet ut vektet gjennomsnittlig effektstørrelse, frafallsrate og remisjonsrate.

Effektdata som ble hentet ut, fremgår av tabell 1.

For å vurdere sikkerhet hentet vi ut data om bivirkninger, kognitive utfall, avhengighet, misbruk og suicidalitet.

Risiko for systematiske skjevheter ble vurdert av to av forfatterne, der vi støttet oss til Cochranes sjekklister (Higgins & Green, 2011). Denne tar utgangspunkt i seks ulike typer bias og måler intern validitet ved hjelp av konkrete kriterier for høy, lav eller uklar risiko for systematiske skjevheter. Uenigheter ble løst gjennom konsensus.

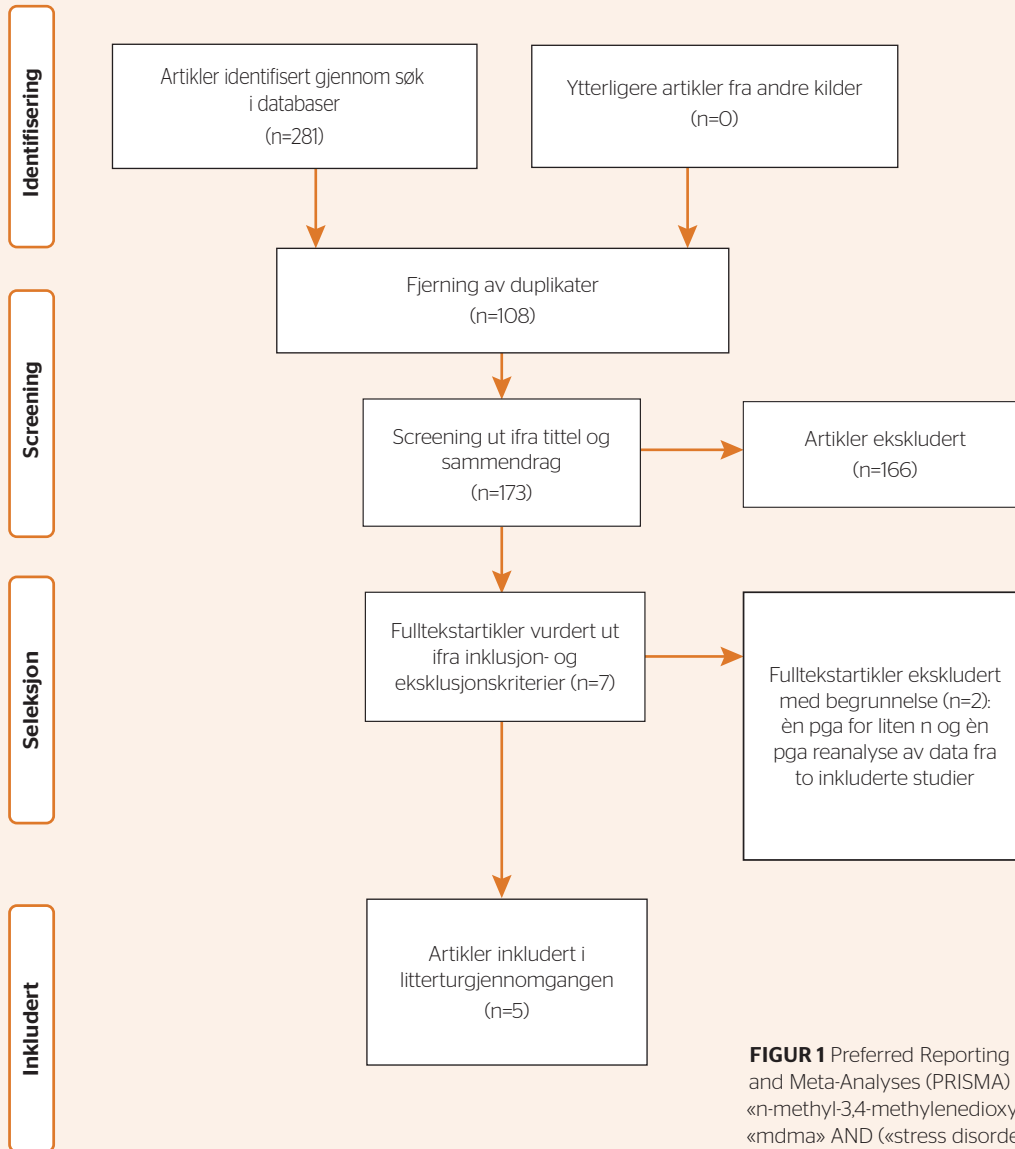
#### RESULTATER

Fem artikler fra i alt fire dobbeltblindede, randomiserte, kontrollerte studier (Mithoefer et al., 2018; Mithoefer et al., 2011; Oehen et al., 2013; Ot'Alora et al., 2018) samt en oppfølgingsstudie (Mithoefer et al., 2013) fylte inklusjonskriteriene. I alle studiene sammenlignet de intervensjonen (75–125 mg MDMA, samt halv forlengningsdose etter 90–150 minutter) med aktiv kontroll (25–40 mg MDMA, samt halv forlengningsdose) eller ren placebo. Alle studiene hadde Klinikeradministrert PTSD-skala-IV (KAPS-IV) som primært utfallsmål.

Samtlige studier fulgte en versjon av terapimanualen til Mithoefer (2015), bortsett fra noen avvik i studien til Oehen og kolleger (2013). I alle studiene ble det gitt 2–3 åtte timer lange sesjoner med MDMA eller kontrolldose sammen med indrestyrt psykoterapi. Psykoterapi ble også gjennomført i tre forberedende samtaler samt 2–3 samtaler etter doserings-sesjonene. Pasientene vekslet mellom introspeksjon, i utgangspunktet tilbaketilbakelent med musikk i hodetelefoner og øyemaske, og interaksjon med terapeutene, typisk en mann-kvinne-dyade.

Samtlige studier hadde en blindet kontrollert fase og en ukontrollert åpen fase med overkryssning og langtidsoppfølging, minimum 1 år. Studiene er sammenfattet i tabell 1. Det var stor variabilitet i traumene som utløste PTSD hos deltakerne i studiene. Deltakerne oppga traumer som mishandling og overgrep i barndom, traumer knyttet til militærtjeneste, utrykningsvakt, overfall og seksuelle overgrep. De viktigste eksklusjons-





**FIGUR 1** Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) søkeprosedyre. Søkeord: «n-methyl-3,4-methylenedioxyamphetamine» OR «mdma» AND («stress disorders, post traumatic» OR «ptsd»). Databaser: Embase, Ovid MEDLINE(R), PsycINFO.

kriteriene i studiene var borderline personlighetsforstyrrelse, psykoselidelser, misbrukslidelse de siste 60 dagene og spiseforstyrrelse med oppkast. Utvalget var preget av høy grad av komorbiditet og inkluderte stemningslidelser, angstlidelser, dissosiative lidelser, ADHD og spiseforstyrrelser. Den vanligste komorbide tilstanden var depresjon (68–83 %). Gjennomsnittlige utgangsskårer på KAPS lå mellom 64,9 og 92, noe som innebærer alvorlig til ekstremt PTSD-symptomtrykk.

Gjennomsnittlig tidligere behandlingstid ble oppgitt til cirka 5 og 8 år i to studier (Mithoefer et al., 2011; Oehen et al., 2013).

Oehen og medarbeidere (2013) oppga at 58 % hadde forsøkt evidensbaserte PTSD-terapi. Ot'alara og medarbeidere (2018) og Mithoefer og medarbeidere (2018) rapporterte at henholdsvis 78,3 og 35 % hadde forsøkt minst en av de evidensbaserte PTSD-terapiene EMDR, kognitiv prosesseringsterapi eller forlenget eksponeringsterapi. Henholdsvis 39,3 og 92 % hadde forsøkt kognitiv atferdsterapi (ikke nærmere definert). De aller fleste hadde i tillegg forsøkt psykofarmaka, og mange hadde prøvd andre psykoterapiformer. To studier viste at nesten halvparten hadde tidligere alvorlige selvmordstanker, og nesten en tredjedel hadde tidligere

»

TABELL 1 Oversikt over og sammenligning av de kliniske studiene fra litteratursøket

Studie	N	Design Oppfølgingstid	Intervensjons- vs. kontrollgruppe <sup>a</sup>	Varighet PTSD (år)
<b>Mithoefer et al., 2011*</b> +	20	RCT- DB 2 md. (17–74 md.)	2 sesjoner med hhv. 125 mg vs. placebo (Oppfølging av samme studien)	20,7
<b>Miethofer et al., 2013**</b>				
<b>Oehen et al., 2013*</b>	14	RCT-DB Dobbelblind 12 md.	3 sesjoner 125 mg vs. 25 mg	18,3
<b>Mithoefer et al., 2018**</b>	26	RCT- DB Dose-respons 12 md.	2 sesjoner m/hhv. 30, 75 eller 125 mg	7,1
<b>Ot'abora et al., 2018**</b>	28	RCT-DB Dose-respons 12 md.	2 sesjoner m/hhv. 40, 100 eller 125 mg	29,4
<b>Vektet gjennomsnitt</b>				19,2

Forkortelser: KAPS = Klinikeradministrert PTSD-skala (utfallsmål), RCT-DB = Dobbelblindet randomisert kontrollert studie

Noter: a) En eventuell forlengingsdose med halvparten av opprinnelig dose gitt etter 1,5–2,5 timer. b) ≥ 30 % reduksjon av KAPS sammenlignet med baseline, unntatt Oehen et al. (2013), som definerer det som 15 poeng reduksjon av KAPS, med mer. c) Utenfor diagnosekriteriene definert ut ifra KAPS. d) Cohen's *d* mellom-gruppe effektstørrelse og 95 % konfidensintervall (KI) i de to studiene dette ble rapportert (Miethofer et al., 2018; Ot'abora G et al., 2018). e) Effektstørrelsen er hentet fra Chabrol (2013). f) Tall basert på langtidsoppfølging 12–74 md. g) Alvorlig bivirkning \*) Resultater basert på per protokoll-analyser. \*\*) Resultater basert på behandlingsintensjonsanalyser.



En rekke ikke-alvorlige bivirkninger ble rapportert

selvmordsatferd (Mithoefer et al., 2018; Ot'abora et al., 2018).

Som i andre psykoterapistudier og i studier på medisiner med markant psykoaktiv effekt hadde blindingsprosedyrene begrensninger. I Mithoefer og medarbeidere (2011), der det kun ble brukt ren placebo, gjettet alle terapeutene og 95 % av deltakerne riktig på om dosen var aktiv eller kontroll, selv om flere var usikre. I Oehen og medarbeidere (2013) gjettet totalt 59 % riktig, og i Ot'abora og medarbeidere (2018) var treffprosenten 77,3–86% for terapeutene og 58,–72,7% for deltakerne. Da deltakerne skulle gjette størrelsen på de ulike aktive dosene, sank treffprosenten til 59,3 og 46,3 % (Mithoefer et al., 2018).

#### Effekt

I studien til Mithoefer og medarbeidere (2011) sank KAPS-skårene med 53,7 poeng for MDMA-gruppen (N = 12) og 20,5 for placebogruppen (N = 8) fra en utgangsskåre på 79,4. Cohens *d* var 1,24 ( $p < 0,001$ ). Remisjonsratene var henholdsvis 83,3 % og 25 %. KAPS-skårene til to som falt fra behandlingen, ble utelatt fra analysene, men symptomene var i remisjon ved siste måling. Årsakene til frafall var reoppstart av antidepres-

siva og kostbar reisevei. Etter at kontrollgruppen krysset over og fikk full dose, ble den totale remisjonsraten 89,5 %. I oppfølgingsstudien gjennomsnittlig 3,5 år etter var den gjennomsnittlige nedgangen i PTSD-symptomer marginalt bedre (-55,7). 74 % var i remisjon, og da er tre deltakere som manglet KAPS-data, regnet som ikke-responder, selv om svar på øvrige symptomskalaer og intervju indikerte remisjon.

I studien til Oehen og kolleger (2013) ble 14 pasienter randomisert til aktiv kontroll (25 mg, N = 5) eller full dose (125 mg, N = 9), mens én falt fra i hver gruppe. Frafalte ikke medregnet, fikk intervensjonsgruppen 23 % reduksjon i KAPS-skårer mot en økning på 4,9 % i kontrollgruppen, noe som ikke var statistisk signifikant ( $p < 0,066$ ) grunnet lite utvalg. Effektstørrelsen ble likevel stor,  $d = 1,15$  (Chabrol & Oehen, 2013). Selvrapperte traumesymptomer viste statistisk signifikant symptomnedgang. I oppfølgingen ett år etter behandlingen økte både respons- og remisjonsrater markant fra behandlingslutt fra 44,4 til 75 % klinisk respons og fra 0 til 41,7 % remisjon (Oehen et al., 2013).

I studien til Mithoefer og medarbeidere (2018) sank KAPS-skårer med 58,3 (75 mg, N =

Responsrate <sup>b</sup>		Remisjonsrate <sup>c</sup>		Effekt- størrelse <sup>d</sup> (95 % KI)	Frafall	SAE <sup>e</sup> mulig relatert til MDMA
Blindet fase	Åpen fase	Blindet fase	Åpen fase			
83,3 % (125 mg) (placebo 25 %)	89,5 %  74 %	83,3 % (125 mg) (placebo 25%)	89,5 %  74 %	1,24	9,1 %	0
44,4 % (125 mg) (25 mg: 0 %)	75 %	0 % (125 mg) (25 mg 0 %)	41,7 %	1,15 <sup>e</sup>	14,3 %	0
100 % (75 mg) 67 % (125 mg) (30 mg: 29 %)	Ikke oppgitt	86 % (75 mg) 58 % (125 mg) (30 mg: 29 %)	67 %	2,8 (75 mg) (1,19–4,39) 1,1 (125 mg) (0,04–2,08)	7,7 %	1
100 mg: 55,6 % 125 mg: 50 % (40 mg: 16,7 %)	Ikke oppgitt	100 mg: 44,4 % 125 mg: 41,7 % (40 mg: 33,3 %)	76 %	0,37 (100 mg) (-0,57- 1,42) 0,42 (125 mg) (-0,57- 1,42)	7,1%	0
			68 % <sup>f</sup>	1,09	8,9 %	

7) og 44,3 (125mg, N=12) for intervensjonsbetingelsene og 11,4 for kontrollbetingelsen (N = 7). Resultatet var statistisk signifikant ( $p = 0,001$ ) med store effektstørrelser ( $d = 2,8$ , 95% konfidensintervall (KI) 1,19–4,39 for 75 mg-gruppe og  $d = 1,1$ , 95% KI 0,04–2,08 for 125 mg-gruppe). Remisjonsraten var henholdsvis 86 % (75 mg), 58 % (125 mg) og 29 % (30 mg). Ved 12-måneders oppfølging hadde KAPS-skårene sunket med 54,1 (75 mg) og 51,9 (125 mg) fra utgangsskåren, og 67 % møtte ikke lenger kriteriene for PTSD.

I Ot'alara og kollegers studie (2018) (N = 28) sank KAPS-skårer med 26,3 poeng (125 mg, N = 13) og 24,4 poeng (100 mg, N = 9) for intervensjonsbetingelsene og 11,5 i kontrollgruppen (40 mg, N = 6). Statistisk signifikans ble oppnådd ved analyser av de som faktisk fullførte studien, men ikke når man inkluderte frafalte. Remisjonsraten ved endt blindet fase var henholdsvis 44,4 % (100 mg,  $d = 0,37$ , 95 % KI -0,57–1,42), 41,7 % (125 mg,  $d = 0,42$ , 95 % KI -0,57–1,42) og 33,3 % (40 mg). I åpen fase, der alle hadde fått tre aktive doser, var reduksjonen i KAPS-skårer statistisk signifikant for alle tre gruppene sammenlignet med skårene etter to sesjoner i blindet fase. Dette viser at tre sesjoner virket bedre enn to. Gjennomsnittlig KAPS sank fra 92 til 31 ved 12 måneders oppfølging ( $p < 0,0001$ ). Også her var det en betydelig økt remisjonsrate etter avsluttet behandling og frem til 12 måneders oppfølging, til 76 % samlet etter overkrysning (Ot'alara et al., 2018).

Den gjennomsnittlige vektete effektstørrelsen for alle intervensjonsbetingelsene samlet var høy (Cohens  $d = 1,09$ , der 0,3 regnes som lav, 0,5 = middels og 0,8 = høy). Ved langtidsoppfølging var den gjennomsnittlige remisjonsraten på tvers av de fire studiene 68 %.

### Sikkerhet

Blodtrykk, hjertefrekvens og kroppstemperatur under MDMA-øktene ble målt i alle studiene. Med unntak av Oehen og medarbeidere (2013) rapporteres midlertidig mild økning i blodtrykk, puls og kroppstemperatur i MDMA-gruppene. Økningen var statistisk signifikant, men klinisk uproblematisk.

En rekke ikke-alvorlige bivirkninger ble rapportert. De fleste gikk over av seg selv i løpet av timer eller noen få dager. Mithoefer og medarbeidere (2011) rapporterte om kjevespenninger, kvalme, kuldefornemmelse, nedsatt matlyst, svimmelhet og nedsatt balanseevne. Irritabilitet, engstelse og tap av matlyst ble noe oftere rapportert i MDMA-gruppen, mens søvnvansker og nedsatt humør ble hyppigere rapportert i placebogruppen. Oehen og medarbeidere (2013) rapporterte om tap av matlyst, økt rastløshet, hodepine, søvnløshet, kjevespenninger, tørste og kuldefornemmelse, svimmelhet og svekket balanseevne. Ot'alara og medarbeidere (2018) rapporterte om forbigående økning i angst og kjevespenninger, hodepine, muskelspenninger, »

svimmelhet, tretthet og nedsatt stemningsleie under økten. Mithoefer og medarbeidere (2018) rapporterte om lignende forbigående bivirkninger.

Alvorlige bivirkninger ble rapportert i to av studiene, tre tilfeller i Ot'alara og medarbeidere (2018) og fire i Mithoefer og kolleger (2018), men kun én av disse ble vurdert mulig relatert til MDMA. En deltaker med fra før av kjente ekstra hjerteslag (ventrikulære ekstrasystoler) opplevde en midlertidig økning i slike ekstra hjerteslag, fikk overnattingsobservasjon på sykehus, men ingen komplikasjoner eller varige mén.

Suicidalitet ble målt med Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) i Ot'alara og medarbeidere (2018) og Mithoefer og medarbeidere (2018). Det ble ikke observert økt selvmordsatferd i noen av studiene. Nevrokognitive målinger ble gjort i alle studiene unntatt Oehen og medarbeider (2013). Det ble ikke funnet negative utfall. Ingen medisinsk behandling var ellers nødvendig under noen av behandlingsøktene.

Det ble kontrollert for eventuell bruk av MDMA utenom studieprotokollen med selvrapportering i alle studiene i tillegg til urinprøver i en av studiene (Oehen et al., 2013), uten indikasjoner for økt bruk eller avhengighet 12 måneder etter behandling.

Frafallsratene var mellom 7,1 og 14,3 %, gjennomsnittlig 8,9 %.

### Risiko for systematiske skjevheter

Cochranes verktøy ble brukt for å vurdere risiko for systematiske skjevheter («bias»). For en oppsummering av resultatet av denne vurderingen, se tabell 2.

### DISKUSJON

MDMA-assistert psykoterapi viste langvarig reduksjon av PTSD-symptomer i de fire publiserte RCT-ene ( $n = 88$ ) i denne litteraturgjennomgangen. Den høye gjennomsnittlige effektstørrelsen ( $d = 1,09$ ) er sammen-

lignbar med tidligere funn ( $d = 0,9$ ) i et dels overlappende utvalg av studier (Feduccia et al., 2018). Behandlingen var ikke assosiert med økt suicidalitet, svekkelse av kognitive funksjoner, avhengighet eller misbruk av MDMA 12 måneder etter behandlingen. Det ble rapportert en rekke bivirkninger, men få alvorlige. Høy behandlingseffekt kombinert med lave frafallsrater gjør at MDMA-assistert psykoterapi kanskje kan være lovende sammenlignet med andre behandlingsoalternativer for PTSD, noe som samsvarer med indikasjoner fra en mindre metaanalyse (Amoroso & Workman, 2016).

Resultatene er særlig interessante med tanke på graden av kronifisering, alvorlighet, behandlingsresistens, komorbiditet og den betydelige andelen veteraner i utvalget, alle faktorer som kan begrense utbyttet av terapi (Steenkamp et al., 2015). Langtidsoppfølging (12–74 md.) viser i tillegg at effektene var opprettholdt eller forsterket, med en høy remisjonsrate (68 %) hos personer med langvarig (gjennomsnittlig 19,2 år) behandlingsresistent PTSD. Utvalget samt behandlingseffektene størrelse og varighet gjør det usannsynlig at dette er uttrykk for placeboeffekt eller spontanremisjon, og gir derfor en mulig indikasjon på at resultatene kan skyldes behandlingen som ble gitt, tross mangel på kontrollgruppe her. Bedre kontrollerte langtidsoppfølgingsstudier med større utvalg må imidlertid til for å trekke konklusjoner om langtidseffekten av behandlingen.

Som i andre medikamentstudier ble det rapportert en rekke bivirkninger, men i studiene i denne gjennomgangen var bivirkningene kortvarige og veltolererte. Det minimale doseringsregimet der medikamentet gis kun 2–3 ganger utelukkende i den kliniske settingen, synes å eliminere risikoen for langvarige bivirkninger og risikoen som kjennetegner daglig selvadministrering av tradisjonelle psykofarmaka. Sammenligning av bivirkningsbildet med andre psykoterapier er vanskelig fordi bivirkninger sjelden blir rapportert i psykoterapistudier (Watkins et al., 2018). Det er også risiko knyttet til å la behandlingsresistent PTSD gå ubehandlet. Relativ risiko sammenholdt med effektdata synes foreløpig å gi MDMA-assistert psykoterapi en fordelaktig risk-nytte-profil.

### Styrker og begrensninger

Styrker ved studiene i denne gjennomgangen inkluderer at de alle hadde et randomisert, kontrollert og dobbeltblindet design, der gruppene

**TABELL 2** Vurdering av risiko for systematiske skjevheter (bias) i studiene

Ot'alara (2018)	Oehen et al. (2013)	Mithoefer et al. (2018)	Mithoefer et al. (2011)	
+	?	+	+	Generering av tilfeldig sekvens - utvalgsskjevhet
+	?	+	+	Skjult allokering - utvalgsskjevhet
-	+	-	-	Blinding av deltakere og personell - utøverskjevhet
+	+	+	+	Blinding av utfallsmål - måleskjevhet
+	+	+	+	Manglende data/utfallsmål - frafallskjevhet
+	+	+	+	Selektiv rapportering - rapporteringsskjevhet
+	-	+	+	Andre skjevheter

hadde nokså like utgangskarakteristika, opplæring av personell og kontroll av manualetterlevelse, validert intervjubasert utfallsmål (KAPS), langtidsoppfølging og uavhengige og blindede skårere.

Ekstern validitet styrkes av at utvalgene inkluderte personer med høy grad av behandlingsresistens, brede inklusjonskriterier med høy komorbiditetsgrad og inklusjon også av selv-mordstruede pasienter. Ekstern validitet begrenses av at studiene var små og få, med manglende etnisk representativitet samt mulighet for selv-seleksjon via internett til tre av studiene. Konfidensintervallene som er oppgitt, er også store, noe som betyr at tallene gir lav grad av presisjon i å estimere effekt på populasjonsnivå.

Resultatene fra to av studiene (Mithoefer et al., 2011; Oehen et al., 2013) er basert på de som fullførte behandlingen, fremfor alle de som ble randomisert til behandling. Dette er en svakhet som sammen med at Cohens *d* har begrensninger ved små og ulike utvalgsstørrelser på tvers av betingelser, gjør at også den samlede effektstørrelsen må tolkes med forsiktighet. Frafallet er uansett lavt, fordeler seg noenlunde likt mellom kontroll- og eksperimentgruppen og er redegjort for, noe som gjør at risiko for systematiske skjevheter fra manglende data likevel gjennomgående vurderes som lav.

Risiko for systematiske skjevheter knyttet til måling av utfall, selektiv rapportering, publisering og utvalgsskjevheter ble ved bruk av Cochranes sjekklister vurdert som lave, med unntak av én studie (Oehen et al., 2013), der risikoen for utvalgsskjevheter var uklar. Denne studien ble også vurdert til å ha forhøyet risiko for fordreide resultater grunnet mangelfull manualetterlevelse og at kontrollgruppen hadde høyere lidelsestrykk i forkant og fikk mer psykoterapi underveis i behandlingen.

Blindingen var noe ufullstendig da antallet riktige gjetninger lå over det man ville forvente ved ren tilfeldighet (50 %). Dette innebærer en viss fare for utøverskjevheter («performance bias»), som kanskje kan ha innvirket på resultatene. Studiene er designet for å kunne bidra til legemiddelgodkjenning og har derfor prioritert sammenligning med placebo og aktiv kontroll fremfor etablerte evidensbaserte metoder for PTSD. Om ikke en svakhet ved studiene i seg selv, er dette likevel en begrensning i kunnskapsbasen.

Flere av studiene er også gjort av samme fagmiljø med bindinger til studienes sponsor,

Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS).

Studiene har ikke design som tillater konklusjoner om virkningsmekanismer eller optimale doseringsregimer.

Resultatene på tvers av studiene er heller ikke helt konsistente.

#### Synergier med psykoterapi

Inkonsistenser i små utvalg kan være tilfeldig, men kan også skyldes ulikheter i hvordan psykoterapien ble gjennomført. Studien til Oehen og medarbeidere (2013) skiller seg ut med svakere resultater. De fant avvik fra den ikke-styrende terapimanualen, men studien hadde også den høyeste andelen av barndomsovergrep som opprinnelsestraume (50 %). I studien til Ot'alara og medarbeidere (2018) ble det brukt seks nyopplærte terapeutpar, og behandlingen virket saktere sammenlignet med Mithoefer og kollegers to studier, der det samme erfarne terapeutparet ble brukt. I litteraturen antas at tillit til terapeutene, forberedelser, støtte underveis og i etterkant er sentrale fasiliterende faktorer (Passie, 2018).

Evidensbaserte PTSD-behandlinger er strukturert traumebehandling et grunnleggende prinsipp, om enn mindre vektlagt ved kompleks PTSD (Amoroso & Workman, 2016; Steenkamp et al., 2015), mens man i de fire studiene i vår gjennomgang benyttet en ikke-styrende terapiform. Det trengs en empirisk avklaring av fordele og ulemper med ulike terapiformer i kombinasjon med MDMA.

#### Virkning utover symptomreduksjon

I tillegg til gjennomgående høye respons- og remisjonsrater på selve traumesymptomene rapporterte flere deltakere om reduksjon av daglig psykofarmakabruk (Mithoefer et al., 2018; Ot'alara et al., 2018) og vedvarende og økende symptomlette på flere symptomskalaer samt bedret yrkesmessig, sosial og psykologisk fungering, med endret persepsjon av selv, andre og viktige livshendelser (Mithoefer et al., 2018). I en kvalitativ studie med deltakere fra Mithoefer og medarbeideres oppfølgingsstudie (2013) rapporterer flere om dypt meningsfulle terapeutiske opplevelser, økt selvrefleksjon og forbedrede relasjoner (Barone et al., 2019). I flere av studiene ser man betydelig posttraumatisk vekst (Mithoefer et al., 2018; Ot'alara et al., 2018) samt vedvarende endringer i personlighet, der især personlighetstrekkene åpenhet øker



Flere av studiene er også gjort av samme fagmiljø med bindinger til studienes sponsor



og nevrotisisme går ned (Wagner et al., 2017). Dette, sammenholdt med opprettholdte eller økte effekter etter behandling i alle studiene, indikerer at MDMA i kombinasjon med terapi, til forskjell fra tradisjonelle psykofarmakologiske intervensjoner, kan igangsette langvarige og dyptgripende terapeutiske prosesser fremfor å virke kun symptomdempende. Dette stemmer overens med klinisk erfaring og ukontrollerte studier ved terapeutisk bruk av MDMA før forbudstiden (Greer & Tolbert, 1986; Passie, 2018).

Disse funnene og forskningen på virkningsprofilen til MDMA indikerer at medikamentet kan ha et potensial som terapikatalysator for flere tilstander, som komplekse (traume-)tilstander med emosjonsregulerings-, selvbilde- og relasjonsproblematikk, og der personene har blitt utsatt for moralske krenkelser («moral injury») der skam, skyld og selvangrep dominerer (Frankfurt & Frazier, 2016). Deler av utvalgene i studiene synes å ha et slikt komplekst symptombilde. Det er uklart hvor godt tradisjonelle traumebehandlinger virker på slike tilstander, blant annet fordi de fleste PTSD-studier i liten grad aksepterer komorbiditet i

utvalget (Bisson et al., 2013). Mer spekulativt kan det antas at behandlingsmetodene hviler på en smal frykt-/ungnåelsesbasert traumeforståelse (Frankfurt & Frazier, 2016). Kanskje skyldes tidligere behandlingsresistens i studieutvalgene kompleksitetsgraden. Indikasjonene for om MDMA-assistert psykoterapi kan være et godt behandlingsalternativ for kompleks PTSD, er viktig å få nærmere empirisk avklart. Funnene fra studiene i denne litteraturgjennomgangen vil etterprøves i allerede igangsatte studier (clinicaltrials.gov, NCT03537014).

## KONKLUSJON

Selv om en del av pasientene i studien rapporterte om forbigående ubehag i forbindelse med behandlingen, fant vi at MDMA-assistert psykoterapi i behandlingen av PTSD var sikkert. Den terapeutiske effekten var vedvarende, med store effektstørrelser og høye respons- og remisjonsrater i utvalg med svært varierte traumeerfaringer, høy symptombelastning, kronisitet, komorbiditet og behandlingsresistens. Når frafallsratene samtidig var lave, indikerer resultatene at MDMA-assistert psykoterapi kan være et relevant behandlingsalternativ ved PTSD. Reliabiliteten til effektestimaterne er imidlertid usikre, og generaliserbarheten til funnene fra de fire studiene begrenses av små utvalg. Større studier må til for å trekke konklusjoner. Det er videre behov for å avklare om MDMA-assistert psykoterapi kan ha et terapeutiske potensial for kompleks PTSD og andre tilstander. I tillegg trengs nærmere undersøkelser av hvilke terapimetoder som eventuelt fungerer optimalt i kombinasjon med MDMA, og hvilke terapeutiske mekanismer som her gjør seg gjeldende. ✘

## REFERANSER

- Amoroso, T. (2015). The psychopharmacology of  $\pm$ 3, 4-methylenedioxymethamphetamine and its role in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychoactive Drugs*, 47(5), 337–344. doi:10.1080/02791072.2015.1094156
- Amoroso, T., & Workman, M. (2016). Treating posttraumatic stress disorder with MDMA-assisted psychotherapy: a preliminary meta-analysis and comparison to prolonged exposure therapy. *Journal of Psychopharmacology*, 30(7), 595–600. doi:10.1177/0269881116642542
- Barone, W., Beck, J., Mitsunaga-Whitten, M., & Perl, P. (2019). Perceived benefits of MDMA-assisted psychotherapy beyond symptom reduction: qualitative follow-up study of a clinical trial for individuals with treatment-resistant PTSD. *Journal of Psychoactive Drugs*, 51(2), 199–208. doi:10.1080/02791072.2019.1580805
- Bisson, J.I., Cosgrove, S., Lewis, C., & Roberts, N.P. (2015). Post-traumatic stress disorder. *The British Medical Journal*, 351, h6161. doi:10.1136/bmj.h6161
- Bisson, J.I., Roberts, N.P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(12). doi:10.1002/14651858.CD003388.pub4
- Carhart-Harris, R.L., Wall, M.B., Erritzoe, D., Kaelen, M., Ferguson, B., De Meer, I., ... Nutt, D.J. (2014). The effect of acutely administered MDMA on subjective and BOLD-fMRI responses to favourite and worst autobiographical memories. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 17(4), 527–540. doi:10.1017/S1461145713001405
- Chabrol, H., & Oehen, P. (2013). MDMA assisted psychotherapy found to have a large effect for chronic post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 27(9), 865–866. doi:10.1177/0269881113495119
- Degenhardt, L., Bruno, R., & Topp, L. (2010). Is ecstasy a drug of dependence? *Drug and Alcohol Dependence*, 107(1), 1–10. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.09.009
- Doblin, R., Greer, G., Holland, J., Jerome, L., Mithoefer, M.C., & Sessa, B. (2014). A reconsideration and response to Parrott AC (2013) «Human psychobiology of MDMA or 'Ecstasy': an overview of 25 years of empirical research». *Human Psychopharmacology*, 29(2), 105–108. doi:10.1002/hup.2389
- Dumont, G., & Verkes, R. (2006). A review of acute effects of 3, 4-methylenedioxymethamphetamine in healthy volunteers. *Journal of Psychopharmacology*, 20(2), 176–187. doi:10.1177/0269881106063271
- Dumont, G.J., Sweep, F.C., van der Steen, R., Hermsen, R., Donders, A.R., Touw, D.J., ... Verkes, R.J. (2009). Increased oxytocin concentrations and prosocial feelings in humans after ecstasy (3,4-methylenedioxymethamphetamine) administration. *Social Neuroscience*, 4(4), 359–366. doi:10.1080/17470910802649470
- Feduccia, A., & Mithoefer, M. (2018). MDMA-assisted psychotherapy for PTSD: are memory reconsolidation and fear extinction underlying mechanisms? *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 2018(84), 221–228. doi:10.1016/j.pnpbp.2018.03.003

- Feduccia, A.A., Holland, J., & Mithoefer, M.C. (2018). Progress and promise for the MDMA drug development program. *Psychopharmacology*, 235(2), 561–571. doi:10.1007/s00213-017-4779-2
- Frankfurt, S., & Frazier, P. (2016). A review of research on moral injury in combat veterans. *Military Psychology*, 28(5), 318–330. doi:10.1037/mil0000132
- Gasser, P. (1996). Die psycholytische Psychotherapie in der Schweiz von 1988 bis 1993. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 147(2), 59–66.
- Greer, G., & Tolbert, R. (1986). Subjective reports of the effects of MDMA in a clinical setting. *Journal of Psychoactive Drugs*, 18(4), 319–327. doi:10.1080/02791072.1986.10472364
- Hansen, R.S., Bakkevig, J.F., Langvasbråten, B., & Solbakken, O.A. (2013). Følelser som forandrer – Intensiv dynamisk korttidssterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 838–844.
- Higgins, J. & Green, S. (red.) (2011). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0*. The Cochrane Collaboration, 2011. Tilgjengelig fra [www.handbook.cochrane.org](http://www.handbook.cochrane.org).
- Johansen, P., & Krebs, T. (2009). How could MDMA (ecstasy) help anxiety disorders? A neurobiological rationale. *Journal of Psychopharmacology*, 23(4), 389–391. doi:10.1177/0269881109102787
- Kamilar-Britt, P., & Bedi, G. (2015). The prosocial effects of 3, 4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA): controlled studies in humans and laboratory animals. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2015(57), 433–446. doi:10.1016/j.neubiorev.2015.08.016
- Loerinc, A.G., Meuret, A.E., Twhig, M.P., Rosenfield, D., Bluett, E.J., & Craske, M.G. (2015). Response rates for CBT for anxiety disorders: Need for standardized criteria. *Clinical psychology review*, 42, 72–82.
- McNally, R.J. (2007). Mechanisms of exposure therapy: how neuroscience can improve psychological treatments for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 27(6), 750–759. doi:10.1016/j.cpr.2007.01.003
- Mithoefer, M. (2013). MDMA-assisted psychotherapy: How different is it from other psychotherapy? I Doblin, R. & Burge, B. (red). *Manifesting Minds: A Review of Psychedelics in Science, Medicine, Sex, and Spirituality* (s. 125–134). Berkeley, CA: Evolver Editions.
- Mithoefer, M. (19. august, 2015). A Manual for MDMA-Assisted Psychotherapy in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. MAPS. <https://maps.org/research-archive/mdma/MDMA-Assisted-Psychotherapy-Treatment-Manual-Version7-19Aug15-FINAL.pdf>
- \*Mithoefer, M.C., Mithoefer, A.T., Feduccia, A.A., Jerome, L., Wagner, M., Wymer, J., Emerson, A. (2018). 3, 4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)-assisted psychotherapy for post-traumatic stress disorder in military veterans, firefighters, and police officers: a randomised, double-blind, dose-response, phase 2 clinical trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(6), 486–497. doi:10.1016/S2215-0366(18)30135-4
- \*Mithoefer, M.C., Wagner, M.T., Mithoefer, A.T., Jerome, L., & Doblin, R. (2011). The safety and efficacy of ±3, 4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study. *Journal of Psychopharmacology*, 25(4), 439–452. doi:10.1177/0269881110378371
- \*Mithoefer, M.C., Wagner, M.T., Mithoefer, A.T., Jerome, L., Martin, S.F., Yazar-Klosinski, B., ... Doblin, R. (2013). Durability of improvement in post-traumatic stress disorder symptoms and absence of harmful effects or drug dependency after 3, 4-methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy: a prospective long-term follow-up study. *Journal of Psychopharmacology*, 27(1), 28–39. doi:10.1177/0269881112456611
- Nutt, D.J., King, L.A., & Phillips, L.D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, 376(9752), 1558–1565. doi:10.1016/S0140-6736(10)61462-6
- \*Oehen, P., Traber, R., Widmer, V., & Schnyder, U. (2013). A randomized, controlled pilot study of MDMA (±3, 4-methylenedioxymethamphetamine)-assisted psychotherapy for treatment of resistant, chronic post-traumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Psychopharmacology*, 27(1), 40–52. doi:10.1177/0269881112464827
- \*O'Alora G.M., Grigsby, J., Poulter, B., Van Derveer, J.W., Giron, S.G., Jerome, L., ... Doblin, R. (2018). 3,4-Methylenedioxymethamphetamine-assisted psychotherapy for treatment of chronic posttraumatic stress disorder: A randomized phase 2 controlled trial. *Journal of Psychopharmacology*, 32(12), 1295–1307. doi:10.1177/0269881118806297
- Passie, T. (2012). *Healing with entactogens: Therapist and patient perspectives on MDMA-assisted group psychotherapy*. Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS).
- Passie, T. (2018). The early use of MDMA ('Ecstasy') in psychotherapy (1977–1985). *Drug Science, Policy and Law*, 2018(4), doi:10.1177/2050324518767442
- Rosenbaum, M., & Doblin, R. (1991). Why MDMA should not have been made illegal. I.J.A. Inciardi (red.), *The Drug Legalization Debate* (s. 135–146). Sage Publications, Inc.
- Sessa, B. (2018). The 21st century psychedelic renaissance: Heroic steps forward on the back of an elephant. *Psychopharmacology*, 235(2), 551–560. doi:10.1007/s00213-017-4713-7
- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press.
- Steenkamp, M.M., Litz, B.T., Hoge, C.W., & Marmar, C.R. (2015). Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *Jama*, 314(5), 489–500. doi:10.1001/jama.2015.8370
- Stein, D.J., Ipser, J.C., Seedat, S., Sager, C., & Amos, T. (2006). Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2006(1). doi:10.1002/14651858.CD002795.pub2
- Vollenweider, F.X., Liechti, M.E., Gamma, A., Greer, G., & Geyer, M. (2002). Acute psychological and neurophysiological effects of MDMA in humans. *Journal of Psychoactive Drugs*, 34(2), 171–184. doi:10.1080/02791072.2002.10399951
- Wagner, M.T., Mithoefer, M.C., Mithoefer, A.T., MacAulay, R.K., Jerome, L., Yazar-Klosinski, B., & Doblin, R. (2017). Therapeutic effect of increased openness: Investigating mechanism of action in MDMA-assisted psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology*, 31(8), 967–974. doi:10.1177/0269881117711712
- Watkins, L.E., Sprang, K.R., & Rothbaum, B. (2018). Treating PTSD: A review of evidence-based psychotherapy interventions. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 12(258). doi: 10.3389/fnbeh.2018.00258

# Psykologisk ledelse

Dyktige psykologledere makter å sette medarbeidernes behov i sentrum.

## TEKST

Karl Johan Gloppen, universitetslektor i organisasjon og ledelse ved Universitetet i Sørøst-Norge, Handelshøyskolen

## KONTAKT

karl.johan.gloppen@nenett.no

**N**orsk psykologforening ønsker flere psykologer i lederstillinger. Foreningen mener at psykologer har fortrinn som kan komme til nytte i ledelse, noe som kan forbedre profesjonens tjenester og skape mer fornøyde brukere. Psykologforeningen har gjennomført flere tiltak for å oppnå dette, men det er fortsatt en vei å gå før psykologer er synlige på ledelseskartet i norsk arbeidsliv. Ifølge Psykologforeningen er det egenskaper ved psykologenes fagkompetanse, opparbeidet gjennom utdanning og praksis, som fremmer evnen til å være leder. Denne påstanden er svakt forankret i fakta, da det finnes lite empiri som belyser hvordan psykologifaglig ballast påvirker ledelse i organisasjoner. Det er en rekke forhold som virker inn på evnen til å lede mennesker i organisasjoner. Lederens fagbakgrunn er en sentral faktor, men den samvirker med andre forhold. En for sterk vektlegging av enkeltfaktorer (som fagbakgrunn) gir derfor en for snever tilnærming til hvordan ledelse utspiller seg i organisasjoner.

Interessen er likevel stor for å studere hvordan profesjoners fagforståelse, orientering og makt påvirker viktige kunnskapsfelt i samfunnslivet. I flere tiår var for eksempel ledelse i norske sykehus dominert av personer med medisinskfaglige kvalifikasjoner. Leger fylte viktige lederposisjoner, noe som påvirket måten ledelse ble skjøttet på. Det medisinskfaglige kunnskapsgrunnlaget ble derfor en sterk premissgiver for sykehusdriften. I denne artikkelen legges et psykologisk perspektiv på ledelse under lupen. Den psykologiske forståelsen av ledelse underlegges en kritisk grans-

kning. Min innfallsvinkel er statsvitenskapelig og organisasjonsfaglig, og siktemålet er å belyse fordeler og ulemper forbundet med psykologers ledelsessyn.

Det antas at psykologer har en felles faglig referanseramme når det gjelder ledelse. En fagorientering kan imidlertid bli utvannet eller endret av at psykologer er forskjellige individer, har ulik praksis, bærer med seg ulike erfaringer og stilles overfor ulike betingelser i arbeidslivet. Men faget har samtidig en sterk, formende kraft gjennom en lang profesjonsutdanning, og den videreutvikles i praksisfeltet. Det er mye som skal til for at dette tankegodset utviskes. Slik gir det mening å tale om et psykologifaglig syn på ledelse, og det kan være fruktbart å belyse hvordan dette influerer på ledes valg og orientering i organiserte virksomheter.

## FAGETS INNFLYTELSE PÅ LEDELSE

En leders utdanningsbakgrunn kan ha stor innflytelse på hva man betrakter som problemer, handlingsalternativer og løsningsforslag i beslutningssituasjoner. Jeg vil bruke noen eksempler fra norsk statsforvaltning, som støtter en slik oppfatning. Juristene hadde lenge hegemoni i sentraladministrasjonen. De kontrollerte viktige posisjoner i styringsverket. Dette påvirket administrasjonens virkemåte. Juristene anvender fortidens regler på nye problemer. Denne fremgangsmåten betraktes som en konserverende beslutningsstil, eller for å være status quo-orientert. Dette har skapt en forestilling om at jurister er mer opptatt av å





#### **I SENTRUM**

En grunntanke i et psykologisk perspektiv på ledelse er at mennesker er organisasjonens viktigste ressurs. Illustrasjon: Shutterstock

gjøre ting riktig enn å gjennomføre de riktige tingene. En slik orientering reduserer mulighetene til å skape endringer i organisasjoner.

Reformvennlige politikere betraktet juristenes dominans i statsforvaltningen som en begrensning for å få til nødvendige samfunnsendringer. Endringsviljen var stor i det sosialdemokratiske etterkrigssamfunnet, og myndighetene hadde ambisiøse planer for gjenoppbyggingen av landet. Det åpnet opp for en ny type kompetanse i sentraladministrasjonen, et rom sosialøkonomene fylte, som hadde ord på seg for å være sosialvitenskapens arkitekter. Økonomenes mål–middel-kompetanse ble vurdert som et egnet redskap for å utvikle samfunn i ønsket retning. Sosialøkonomisk tenkning har utøvd sterk innflytelse på det norske samfunnet i etterkrigstiden.

Det er også godt dokumentert at tidligere helsedirektør Karl Evang (1902–1981) la vinn på å fylle sentrale posisjoner i helsevesenet med medisinsk fagkompetanse, og slik ble det etablert det som kalles «fagstyre». Dette fikk stor innvirkning på norsk helse- og sosialpolitikk i etterkrigsårene, noe som har fått statsvitere og historikere til å kalle Evangs periode som helsedirektør (1938–1972) for «medikrati» eller «profesjokrati», et system der medisinen la grunnpremissene for statens helse- og sosialpolitikk.

#### **LEDELSE ER IKKE ET FAG**

Ledelse er ikke en enhetlig vitenskapelig disiplin. Kunnskapsfeltet er for fragmentert til det. Det er gjort forsøk på å skape universelle prinsipper for organisering og ledelse. Ingeniøren Frederick Winslow Taylor (1856–1915) prøvde





Bedriftshistorien er rik på eksempler, der autodidakter og halvstuderte røvere har slått seg frem og gjort stor suksess som bedriftsledere

å utvikle generelle prinsipper for ledelse, noe han kalte vitenskapelig bedriftsledelse, en fremgangsmåte som gikk ut på å anvende systematiske metoder for å løse praktiske problem i organisasjoner. Taylors ideer følges ennå i arbeidslivet, dog i modererte former. Bedrifter som McDonalds og Amazon er for eksempel støpt i «taylorismereform». Taylors tankegang er imidlertid ikke enerådende, og den er blitt kritisert for å mangle en human forankring, et fravær som skapte en vending i ledelse mot å tilfredsstille menneskelige behov i arbeidssituasjonen.

I de fleste tilfeller behøves ikke en bestemt utdanning for å sitte i lederstilling, for ledelse er ikke et fag. Bedriftshistorien er rik på eksempler, der autodidakter og halvstuderte røvere har slått seg frem og gjort stor suksess som bedriftsledere. Det er ikke bare Kjell Inge Røkke som er et slikt eksempel, selv om den autodidakte leder er mer sjelden i dag. Ledelse har blitt utsatt for en «akademisering». Flere lederutdanninger har dukket opp, og ledelse inngår som sentrale emner i mange utdanningsløp, særlig innenfor handelshøgskolene.

I praktisk arbeidsliv betraktes ledelse som en viktig faktor for resultatoppnåelse. Det er vanskelig å oppnå en lederstilling uten ledererfaring, og helst skal den være dokumentert med gode resultater, selv om det er høyst diskutabelt hvordan dette måles. I «kunnskapssamfunnet» er sjansen stor for at ledere har formell utdanning. Psykologi er ikke blant de fagbakgrunner som er mest utbredt blant ledere i privat og offentlig sektor. I næringslivet er sannsynligheten størst for at toppledere er siviløkonom eller sivilingeniør. I offentlig sektor er variasjonsrikdommen større, men i statsforvaltningen er jus, økonomi og samfunnsvitenskap en vanlig utdanningsbakgrunn blant personalet. Historien om ledelse blir imidlertid mangelfull om vi utelater psykologi fra fortellingen.

### ET PSYKOLOGISK PERSPEKTIV PÅ LEDELSE

Psykologi har en sentral plass innenfor feltet organisasjon og ledelse. Flere personer med psykologisk fagbakgrunn har preget organisasjonsfaget i Norge. Einar Thorsrud, Svein Kile, Paul Moxnes, Lars Glasø, Henning Bang, Geir Kaufmann og Ståle Einarsen er sentrale bidragsyttere i norsk arbeids- og organisasjonspsykologi. På ulike måter har de brakt psykologi inn i forståelsen av hvordan arbeid kan organiseres og ledes. Det råder neppe full enighet om hva som ligger i et psykologisk ledelsesperspektiv, men sentral faglitteratur knytter psykologifaget til et bestemt syn på organisasjon og ledelse.

Den psykologiske tenkningen om organisasjon og ledelse hadde utspring i NHH-miljøet på 1950-tallet, noe som for alvor manifesterte seg ved opprettelsen av Administrativt forskningsfond i 1953, et miljø som tiltrakk seg mange psykologer, der blant andre professor Svein Kile var en drivende kraft i oppstarten. Engasjementet, aktiviteten og tankegangen som kom ut fra dette miljøet, kaller Nylehn (2008) for psykologifeltet. Dette betraktes som et hovedfelt i norsk organisasjons- og ledelsesfag. Psykologifeltet defineres som et individorientert perspektiv med fokus på hva som skaper gode vilkår for motivasjon, kommunikasjon, gruppedynamikk, samspill og ledelse i organiserte virksomheter. Bolman og Deal opererer med fire hovedretninger i organisasjonsfaget. En av retningene kalles HR-rammen, som er forankret i en sosialpsykologisk fagforståelse. Chris Argyris, Fredric Herzberg, Abraham Maslow og Douglas McGregor anses som viktige bidragsyttere i denne sammenhengen. De bidro til å utvikle en humanpsykologisk ledelsesorientering,

en forståelse som setter mennesket i sentrum for organisasjonens aktiviteter. Innenfor denne retningen rettes oppmerksomheten i mindre grad mot organisasjonen.

Organisasjonen ses på som en ramme for individuell utfoldelse og samspill. Dens viktigste oppgave er å oppfylle menneskelige behov og sikre gode arbeidsvilkår for personalet. Slik reduseres organisasjon til en plattform for menneskelig vekst og utvikling, og som vokser frem i gode leder–medarbeider-relasjoner og vellykkede gruppedannelser. Mulighetene for konflikt mellom organisasjon og menneske nedtones, og hvis disharmoni inntreffer, har ledere gode muligheter til å redusere konflikten ved hjelp av gode kommunikasjons- og relasjonsferdigheter. Lederpersoner er viktigere enn organisasjonen for å få til utvikling, endring og gode resultater. I HR-rammen kalles dette for personalledelse. Det er en menneskeorientert form for ledelse som viser hvordan ledere kan få personalet til å skape og virke på konstruktivt vis.

I kunnskapssamfunnet er sjansen stor for at ledere må forholde seg til medarbeidere med høy kompetanse. De vil prestere, arbeider best under frihet, er opptatt av å få anerkjennelse og ønsker gode vilkår for selvrealisering. Ledelse handler blant annet om å oppfylle slike betingelser i arbeidssituasjonen, hvis ikke reduseres medarbeidernes motivasjon, noe som kan føre til personalflukt. I et psykologisk perspektiv på ledelse koples høy turnover gjerne til dårlig eller mangelfull ledelse, noe som hviler på grunntanken om at ledere er til for å håndtere problemer som handler om samarbeid og samspill mellom mennesker i organisasjoner.

### IMPLIKASJONER FOR LEDELSE

Et psykologisk perspektiv på ledelse orienterer seg særlig mot problemer av mellommenneskelig art i organisasjoner, og er mindre opptatt av saker som knytter seg til systemet, eller problemstillinger som ligger på organisasjonsnivå. Ifølge psykolog Henning Bang gir profesjonsstudiet i psykologi et svakt grunnlag for å oppnå organisasjonsforståelse, fordi utdanningen i hovedsak fokuserer på relasjonsbygging og individuell atferdsendring i forbindelse med klinisk arbeid. Dette er en ulempe i ledelse, mest fordi komplekse arbeidsoppgaver ikke kan løses av enkeltpersoner. Avansert produksjon håndteres best av organisasjoner. Dette realiseres når man kopler og samordner spesialiserte oppgavefelt for å ivareta helhetlig oppgaveløsning. Organisasjonsstrukturen hever og forbedrer produksjonsevne, fordi den bidrar til at mennesker på ulike funksjonsfelt drar i samme retning og følger felles målsetting.

En psykologisk lederorientering har dermed ikke blikket vendt mot et viktig kraftfelt (organisasjonsutforming) i forbindelse med produksjon, og som i stor grad skjer innenfor rammen av en formelt oppbygd organisasjon. Organisasjoner hever kapasitet, men de kan også utvikle svikt, hvilket kan føre til tilpasningsproblemer overfor nye krav i omgivelsene. Det er heller ikke fritt for at kompetansemiljøer går sine egne veier i organisasjoner, en atferd kan da ta bort oppmerksomhet fra offisiell målsetting, noe som kan skape fragmentering og uorden. Dette reduserer organisasjonens problemløsningsevne. Viktig lederoppgaver handler derfor om å utvikle en godt sammensveiset organisasjon. Men ledere som tenker og handler i tråd med et individorientert psykologisk perspektiv, ser ikke gevinstene i å utvikle en organisasjonsstruktur uten flaskehalser.

Ledere med en svakt utviklet organisasjonsforståelse kan også miste kontroll og makt over organisasjonsstrukturen, for den kan utvikle egen- >>

dynamikk og skape atferd som avviker fra fastsatte planer, strategier og mål. Dette skjer når personalet ikke klarer å frigjøre seg fra godt etablerte regler, rutiner og handlingsprosedyrer. Slik kan det utvikles en arbeidspraksis som er dårlig tilpasset endringer i sosial virkelighet. «NAV-skandalen» i 2019 illustrerer dette fenomenet. Treghet i organisasjonsstrukturen ledet arbeidsinnsats i uønsket retning, noe som førte til feil regelanvendelse overfor et stort antall tjenestebrukere. Denne type utfall kan unngås, men det forutsetter at ledere har fokus på og evnen til å endre en feilinnstilt organisasjonsstruktur. Dette krever en høyt utviklet systemforståelse, noe som er svakt utviklet i et psykologisk ledelsesperspektiv. Her er man i større grad opptatt av å støtte, utvikle, anerkjenne og myndiggjøre enkeltmennesker i arbeidssituasjonen enn å få til god samordning mellom avdelinger, seksjoner og hierarkiske nivåer for å realisere felles målsetting.

Organisasjonskulturen representerer også et fenomen som overgår individets og gruppens handlingskapasitet. Virksomhetens kultur har stor innvirkning på ledelse i organisasjoner, men tillegges liten vekt i et humanpsykologisk ledelsesperspektiv. Dette skaper ulemper i ledelse. Organisasjonskultur kan både utvide og begrense ledernes handlingsrom, men hva som blir utfallet, kan være bestemt av personers evne til å lede med utgangspunkt i virksomhetens verdi- og normgrunnlag. Ledere med lav kulturforståelse kan komme i skade for å fremme forslag som vekker sterk motstand i arbeidskollektivet, noe som kan bremse forsøk på å få til endringer. Christine Meyers manøvrering i «SSB-saken» i 2017 er et godt eksempel på en leder som kom på kant med rådende kulturelle normer i arbeidsfellesskapet. Det er mye som tilsier at dette forårsaket hennes avgang som SSB-direktør.

Det finnes også ledere som er gode til å spille på lag med organisasjonskulturen, som ser fordeler med å oppnå samsvar mellom personalets holdninger og virksomhetens strategier og mål. I toppidretten og næringslivet kalles dette for kulturbygging. Christian Berge, trener for Norges herrelandslag i håndball, er kjent for å bruke kultur som drahjelp for å skape ekstraordinær innsats på håndballbanen. Han utøver ledelse med utgangspunkt i kjerneverdier, verdier som alle på laget har utviklet en sterk tro på, noe som preger teamets holdninger, tanker og handlinger. Grunnverdiene vilje, lojalitet, nøyaktighet og sult skaper en felles kraft i laget. Berge er overbevist om at dette har løftet norsk herrehåndball til et høyere nivå. En sterk tiltro til organisasjonens rasjonale kan imidlertid føre til at man praktiserer styring i stedet for ledelse. Dette kan få flere negative konsekvenser.

### **FRA STYRING TIL LEDELSE**

Det psykologiske perspektivet på ledelse er særlig aktuelt i en tid der man, særlig i offentlig sektor, har forsøkt å gå fra styring til ledelse. Dette er en vei reformarbeidet i staten ennå befinner seg på, noe som tilsier at ledelse er en vanskelig øvelse. I helseforetakene, psykologenes største arbeidsplass, er det siden 2002 satset mye på ledelse og lederutvikling. Tanken var at foretaksorganisering skulle gi bedre rom for ledelse, men mye tyder på at handlingsrommet for ledelse ikke har utvidet seg nevneverdig i helseforetakene.

Styring og ledelse representerer ulike fremgangsmåter for å påvirke atferd i organisasjoner. Styring baserer seg i hovedsak på formelle vedtak, lover og regler og hierarkisk dialog via formell organisasjonsstruktur. I statsvitenskapen defineres styring som «en sentralisert, direktiv-

liknende påvirkning utøvd indirekte, blant annet gjennom formelle strukturer og formaliserte prosedyrer og rutiner». Maskinmetaforen gir et godt bilde på en slik praksis. Den baserer seg på en programmert systemforståelse, det vil si ledere som forsøker å styre aktivitet i forutbestemte retninger. Dette kan fungere godt under stabile omgivelser, men ikke i situasjoner med hyppige samfunnsendringer. Fortidens erfaringer, som systemets rutiner og standarder er tuftet på, har lett for å komme i utakt med nye krav, plikter og behov i omgivelsene. Dette påkaller ledelse.

Ledelse hviler i sterkere grad på mellommenneskelige forhold, relasjoner og arbeidsprosesser i team, det vil si at det er en «desentralisert, direkte og gjerne dialogbasert påvirkning primært utøvd i relasjonen mellom den enkelte leder og ansatte». En slik forståelse ligger nær opp til den psykologiske tenkemåten om ledelse, som er individ- og relasjonsorientert. En grunntanke i det psykologiske ledelsesperspektivet er at mennesker er organisasjonens viktigste ressurs. Dette er et forslitt uttrykk, trolig ikke fordi det praktiseres i stort mon på norske arbeidsplasser, men på grunn av at det er mye brukt i festtaler. Det er med andre ord slik vi ønsker at arbeidsvirkeligheten skal være, men det kan være langt mellom liv og lære i ledelse. Psykologisk fagkunnskap kan bidra til å tette dette gapet, eller være god ballast i arbeidet med å fremme ledelse i norske organisasjoner, særlig med tanke på at det essensielle med ledelse er å lede andre mennesker. Dette er et felt med mye konflikt, store håp og brutte løfter. Noen lykkes i ledelse, andre ikke, men de som får det til, oppnår store fordeler i form av økt fortjeneste, forbedring og fornying. Ledere har mye å vinne på å hente frem og dra nytte av medarbeidernes talent, en mulighet som ligger i det menneskelige samspillet på arbeidsstedet, og som organisasjonsutforming alene ikke kan realisere.

Ledere som fester for sterk lit til en ferdig designet organisasjonsstruktur, fremmer ikke ledelse. Tradisjonell hierarkisk styring viser seg å være lite egnet til å skape, utvikle og forbedre offentlige helsetjenester i et samfunn som stadig utsettes for endringer, og som kan inntreffe brått og uventet. Av den grunn har man forsøkt å øke rommet for kreativ utfoldelse i organiserte virksomheter. Språklig kalles dette for fristilling og desentralisering. Dette frisleppet trenger lederskap, ikke av den tradisjonelle typen, den som kontrollerer og instruerer, men ledere som støtter, stimulerer og motiverer medarbeidere til å arbeide på bedre og smartere måter. Psykologers kompetanse om mennesker og relasjoner kan være til stor hjelp i denne sammenhengen, og det er kanskje derfor mange arbeids- og organisasjonspsykologer opererer som konsulenter på organisasjons- og ledelsesfeltet.

Organisasjoner er avhengig av kompetente medarbeidere. Velfungerende ledelse beror på oppslutning og innsats- og samarbeidsvilje hos humankapitalen. Personalet sitter med nøkkelen til et tilfredsstillende resultat, fordi det bærer på en kompetanse som organisasjonen ikke kan klare seg uten. Ledelse handler blant annet om å få ut det beste i arbeidskraften, og det skjer med utgangspunkt i menneskets psyke, der vilje, tanker, holdninger og emosjoner sitter. Psykologer, med sin utdanning og praksis, har gode forutsetninger for å mobilisere og å motivere personalet til høy arbeidsinnsats.

Et psykologiske perspektiv på ledelse er opptatt av å tilfredsstillende personalets behov i arbeidssituasjonen. Dyktige ledere makter dette, men det er viktig at denne lederoppgaven ses i sammenheng med hva som er organisasjonens mål. Store lederutfordringer er forbundet med å skape



Ledere med lav kulturforståelse kan komme i skade for å fremme forslag som vekker sterk motstand i arbeidskollektivet



harmoni mellom menneske og organisasjon. Dette er en hårfin balansegang. Det er ikke alltid mennesker finner mening, eller oppnår trivsel innenfor virksomhetens fastsatte rammer, blant annet fordi organisasjonens mål kan være satt feil. I så fall kan dette redusere personalets

motivasjon, og det blir vanskeligere for virksomheten å realisere ambisiøse målsettinger. Den beste lederpraksis er å forene menneskets ønsker og behov med organisasjonens målsetting. Det er dette som er selve kunsten å lede mennesker i organisasjoner. ✕

## REFERANSER

- Amdam, R.P., & Kvålshaugen, R. (2017). Norske toppledere og deres utdanningsbakgrunn i 2016. *Magma*, (5), 64–69. <https://www.magma.no/norske-toppledere-og-deres-utdanningsbakgrunn-i-2016>
- Argyris, C. (2006). Teaching smart people how to learn. I J.V. Gallos, *Organization development* (s. 267–285). Jossey-Bass.
- Berg, O. (2009). Spesialisering og profesjonalisering En beretning om den sivile norske helseforvaltnings utvikling fra 1809 til 2009 (Rapport fra Helsetilsynet 8/2009). Hentet fra [https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2009/helsetilsynetrapport8\\_2009.pdf](https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/rapporter2009/helsetilsynetrapport8_2009.pdf)
- Bolman, L.G., & Deal, T.E. (2018). *Nytt perspektiv på organisasjon og ledelse* (6.utg.). Gyldendal.
- Byrkjeflot, H. (1997). *Fra styring til ledelse*. Fagbokforlaget.
- Christensen, T., & Lægreid, P. (2020). The Demise of an Agency Director – A puzzling Saga of Political Control and Professional Autonomy. *International Journal of Public Administration*, 1–12. <https://doi.org/10.1080/01900692.2019.1707224>
- Christensen, T., Egeberg, M., Legræid, P., Roness, P.G., & Røvik, K.A. (2015). *Organisasjonsteori for offentlig sektor* (3.utg.). Universitetsforlaget.
- Christensen, T., Egeberg, M., Lægreid, P., & Aars, J. (2014). *Forvaltning og politikk* (4.utg.). Universitetsforlaget.
- Colbjørnsen, T. (2015). *Daglige lederes handlingsrom i statlige selskaper og helseforetak* (Arbeidsgiverforeningen Spekter). [https://spekter.no/Global/Rapporter/Colbjørnsenrapport\\_Lederes\\_Handlingsrom\\_web.pdf](https://spekter.no/Global/Rapporter/Colbjørnsenrapport_Lederes_Handlingsrom_web.pdf)
- Erichsen, V. (1996). *Profesjonsmakt: på sporet av en norsk helsepolitisk tradisjon*. Tano Aschehoug.
- Gallos, J. V. (2006). Reframing complexity: a four-dimensional approach to organizational diagnosis, development and change. I J.V. Gallos, *Organization Development* (s. 344–362). Jossey-Bass.
- Gloppen, K.J. (2017, 17. mars). Håndballguttas suksess: Christian Berges styringsfilosofi. *Ukeavisen Ledelse, Seksjon Ledelse*, s. 38–39.
- Gloppen, K.J. (2020). *HRM i norsk arbeidsliv*. Cappelen Damm Akademisk.
- Jacobsen, D.I., & Thorsvik, J. (2019). *Hvordan organisasjoner fungerer* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Karp, T. (2019). *God nok ledelse – Hva ledere gjør i praksis*. Cappelen Damm Akademisk.
- Lerø, I. (2017, 3. mai). Gode relasjonsbyggere, svake beslutningstagere. *Dagens Perspektiv*. <https://www.dagensperspektiv.no/ledelse/2017/gode-relasjonsbyggere-svake-beslutningstagere>
- Moxnes, P. (2019). *Samspill og ledelse. Erfaringer med lederutvikling*. Fagbokforlaget.
- Nordby, T. (1987). Profesjokratiets periode innen norsk helsevesen – institusjoner, politikk og konfliktemner. *Historisk tidsskrift*, (66), 301–323.
- NOU 2016: 25. (2016). *Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten – Hvordan bør statens eierskap innrettes framover?* Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nylehn, B. (2008). *Organisasjonsfaget i Norge – analyser av et segmentert fagfelt*. Fagbokforlaget.
- Røvik, K.A. (2007). *Trender og translasjoner – ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Universitetsforlaget.
- Slagstad, R. (2015). *De nasjonale strateger*. Pax.
- Strand, T. (2007). *Ledelse, organisasjon og kultur* (2.utg.). Fagbokforlaget.
- Straumsheim, P.A., Moen, K., Berglund, L.J. (2017). Takle utfordringer eller tukle med relasjoner? Psykologers forutsetninger for god ledelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55(4), 386–395.
- Sørhaug, T. (1996). *Om ledelse – makt og tillit i moderne organisering* (5.utg.). Universitetsforlaget.
- Torjesen, D.O. (2007, februar). Kunnskap, profesjoner og ledelse. *Tidsskrift for samfunnsforskning*, 48(2), 275–287.

# Meninger



## TOLK I TERAPI

Psykologer må våge å stille kvalitetskrav til tolketjenester slik at de sikrer at helsehjelpen er forsvarlig.

*Ragna Rygh Svela og Kate Berg, side 923.*

## SKADELIG SEKSUELL ATFERD

Vi må unngå at unge med skadelig seksuell atferd går under radaren, skriver Monica Jensen på side 913.

Send innlegg til [meninger@psykologtidsskriftet.no](mailto:meninger@psykologtidsskriftet.no). Frist er den 10. i hver måned.

### DELTA I DEBATTEN

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

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder. 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.





# De utstøtte

Vi må hjelpe og veilede unge som har utvist skadelig seksuell atferd, ikke møte dem med nulltoleranse.

**KUNNSKAP OM SEKSUELL UTVIKLING** og seksualitet er blitt enda viktigere i en tid da norske barns/ungdoms mediebruk preges av lett tilgjengelig internettbasert kommunikasjon, visuelle fremstillinger og informasjon om kropp, seksualitet og porno. Forskning har vist at det å se mye på porno (utviklet av og for voksne) kan gi barn og ungdom et fordreid bilde av og forventning om opplevelsen av hva intimitet, kropp og seksualitet kan være og gi i det «virkelige» seksuelle møtet med andre.

## TRENGER OPPMERKSOMHET

Barn og ungdom blir dessverre utsatt for vold, inkludert seksuelle grenseoverskridelser og overgrep. Volden/overgrepene kan både være utført i fysiske møter og ved hjelp av teknologi (f.eks. via internett og sosiale medier).

Vold/overgrep mot mindreårige er et alvorlig problem både for samfunnet, for det enkelte barn og for deres pårørende. Helsepersonell som jobber med barn/ungdom, læres derfor opp i å kunne snakke med barn om vold/overgrep – for å oppdage, stoppe, forebygge og hjelpe og fremme videre utvikling (jf. senere års kompetanseheving i helsesektoren på traumeinformert behandling (TF-CBT, TBO, DBT)). Mange i helsepersonellgruppen har i dag særskilte kunnskaper om hvordan barn og ungdom som utsettes eller har vært utsatt for vold/overgrep, kan uttrykke seg og sine symptomer på

ulike måter. Vi må videre også sørge for at vi har kunnskap og trygghet nok til å gå inn i hvordan det å ha vært utsatt for vold/overgrep kan ha påvirket og endret den unge personens naturlige interesse og behov for nære relasjoner, intimitet, seksualitet og seksuelle forhold.

Men for å stoppe og forebygge vold og seksuelle overgrep mot barn må helsepersonell også kunne rette oppmerksomheten mot unge som utøver vold/overgrep. Utøvere er nemlig ikke bare voksne. Også barn og ungdom kan utsette andre mindreårige for seksuelle grenseoverskridelser og overgrep.

## STIGMATISERENDE MERKELAPPER

Internasjonale studier viser at 30–50 prosent av alle seksuelle overgrep mot barn/ungdom er utført av andre mindreårige. I Norge har vi ikke noen konkrete samlede registreringer eller forekomststudier – verken i spesialisthelsetjenesten (DIPS), i kommunal helse, i kommunalt barnevern eller i Bufetat/Bufdir (fosterhjem, institusjoner). I dag er det kun i justissektoren (f.eks. politi, KRIPOS og Statens barnehus) som registrerer slike saker (anmeldte, dømte). Burde ikke helsesektoren og andre registrert sine saker tilsvarende?

For å unngå tidligere stigmatiserende merkelapper som for eksempel «unge overgripere», «unge pedofile» og for å komme i bedre posisjon til å hjelpe disse barna benytter vi i dag et



**TEKST** Monica Jensen, psykologspesialist og prosjektleder nasjonalt klinisk SSA-nettverk

## ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

**SKADELIG  
SEKSUELL ATFERD**





Også den som utøver skadelig seksuell atferd, har rett på faglig kvalifisert hjelp

begrepskontinuum adoptert og tilpasset fra Storbritannia. Vi ser derfor at dette er barn/unge som har utvist problematisk eller skadelig seksuell atferd (SSA) mot andre.

#### **NEI TIL NULLTOLERANSE**

I møte med den unge personen som har utvist SSA, kan heller ikke nulltoleranse for seksuell atferd være målet. Barn/ungdom skal ikke fratas sin seksuelle atferd, de må hjelpes, korrigeres og veiledes til prosekseuell og prososial utvikling og atferd (jf. utrednings- og behandlingsverktøy knyttet til «Assessment Intervention Moving-on» (AIM) og «Good Lives Model» (GLM)). Noen av disse unge utøverne (en tredjedel) kan tidligere selv ha vært utsatt for vold/overgrep eller alvorlig emosjonell omsorgssvikt. Men det mest typiske er at gruppen er heterogen når det gjelder karakteristika, etiologi og veier inn til debut eller gjentakelse av skadelig seksuell atferd. De utsatte kan være yngre og/eller jevnaldrende barn, noen ganger også voksne. Hos barn/ungdom er SSA-hendelser gjerne situasjonsbestemt, og motivet for den seksuelle atferden kan være grunnet i manglende kunnskap/forståelse, aggresjon, sjalusi, avvissning og hevnså vel som i seksuell lyst og utforskning.

#### **KREVER ÅRVÅKENHET**

Helsepersonell må med andre ord være årvåkne for at noen barn og ungdom kan være utsatt for vold/overgrep, men også for at noen av disse eller andre barn kan utsette andre for problematisk eller skadelig seksuell atferd. I de mest alvorlige og komplekse SSA-sakene kan ingen fagperson/faginstans stå alene, heller ikke helsepersonell. Derfor er det etablert et nasjonalt kompetansenettverk med representanter fra ulike sektorer. De regionale ressursentrene om vold, traumer og selvmordsforebygging (RVTS) har siden 2017 tilbudt systematisk landsdekkende opplæring i SSA-kunnskap (basis, utredning, behandling) for tverrsektorielle/tverrfaglige faginstanser/fagpersoner. Dette er kurs som helsepersonell har kunnet og fortsatt kan melde seg på. Det er videre opprettet tverrfaglige SSA-spesifikke konsultasjonsteam i alle landets regioner der blant annet spesialisthelsetjenesten er representert. Her kan også helsepersonell søke støtte og hjelp, for eksempel i kritisk innledende fase av en sak.

#### **FAGLIGE NETTVERK**

Helsedirektoratet har i samarbeid med de regionale helseforetakene etablert et nasjonalt klinisk SSA-nettverk/kompetanseutviklingsprosjekt i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) (2017–2021). (Tilsvarende nettverk/kompetanseløft er nylig etablert for helsepersonell i habiliteringstjenesten.)

Målet er at det innen 2022 skal etableres spisskompetanse innenfor spesialisthelsetjenesten i alle landets helseregioner (RHF). Lokale helseforetak (HF) skal kunne tilby utredning/behandling til barn/ungdom som har utvist skadelig seksuell atferd (med veiledning fra spisskompetansen i regionen om behov). Målet for prosjektet er 1) at barn/ungdom/familier der problematisk eller skadelig seksuell atferd er tema, tilbys blant annet den helsehjelpen de har behov for, uansett hvor i landet de bor, 2) at barnevern, fastleger og annet helsepersonell kommunalt har tilgjengelig SSA-kompetente helsefaglige kolleger/team å konsultere i saker med bekymringsfull seksuell atferd, og 3) at ledere/klinikere i spesialisthelsetjenesten får en tryggere faglig ramme og et bredere kompe-

tansenettverk å støtte seg til i komplekse og alvorlige saker.

Vold/overgrep mot mindreårige er et alvorlig problem både for samfunnet, for det enkelte barn og for deres pårørende. Også den som utøver skadelig seksuell atferd, har rett på faglig kvalifisert hjelp. ✕

## AKTUELL LITTERATUR

- AIM Project i UK. Hentet 01.11.2020 fra <http://www.news.aimproject.org.uk/>
- Askeland, I.R., Jensen, M., & Moen, L.H. (2017). Behandlingstilbudet til barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd – kunnskap og erfaringer fra de nordiske landene og Storbritannia – forslag til landsdekkende struktur. Hentet 01.11.2020 fra [https://www.nkvts.no/content/uploads/2017/03/NKVTS\\_Rapport\\_1\\_2017.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2017/03/NKVTS_Rapport_1_2017.pdf)
- Betaniens Sykehus. AIM i Norge. Hentet 01.11.2020 fra <https://betaniensykehus.no/helsefaglig/forskning-og-utvikling/aim-assessment-intervention-moving-on>
- Betaniens Sykehus. Nasjonalt klinisk SSA nettverk i psykisk helsevern for barn og unge. Hentet 01.11.2020 fra <https://betaniensykehus.no/helsefaglig/forskning-og-utvikling/nasjonalt-klinisk-ssa-nettverk>
- Good Lives Model. A strengths-based approach for lives in transition. Hentet 01.11.2020 fra <https://www.goodlivesmodel.com/index.shtml>
- HOD, 2017: Snakk om det! Strategi for seksuell helse (2017–2022). Hentet 01.11.2020 fra [https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi\\_seksuell\\_helse.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/284e09615fd04338a817e1160f4b10a7/strategi_seksuell_helse.pdf)
- Holt, T., Nilsen, L.G., Moen, L.H., & Askeland, I.R. (2016). Behandlingstilbudet til barn som er utsatt for og som utøver vold og seksuelle overgrep: En nasjonal kartleggingsundersøkelse. Hentet 01.11.2020 fra [https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/06/Rapport\\_6\\_2016\\_Nett.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/06/Rapport_6_2016_Nett.pdf)
- It's time we talked. Australia. Hentet 01.11.2020 fra <https://itstimewetalked.com/>
- Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS). Seksuell atferd. Hentet 01.11.2020 fra <https://www.seksuellatferd.no/>
- Vorland, N., Selvik, S., Hjorthol, T., Kanten, A.B., & Blix, I. (2018). «Tverretattlig samarbeid om barn og unge med problematisk eller skadelig seksuell atferd». Hentet 01.11.2020 fra [https://www.nkvts.no/content/uploads/2018/09/NKVTS\\_Rapport\\_3-18\\_SSA.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2018/09/NKVTS_Rapport_3-18_SSA.pdf)

## Debattert

# Opprop mot oppmøte

**Er fysisk oppmøte på spesialistkurs i Oslo i tråd med smitteverntreglene? Nei, mente Connie Cecilie Davik og inviterte til debatt og opprop for digitale kurs på Facebook.**

**Langveisfra:** Jeg tenker at det er greit at det arrangeres oppmøte for de som er i Oslo, men de som reiser langveis fra bør likevel få anledning til å delta digitalt.

*Silje Schevig*

**Universitetene fikser:** På universitetene klarer vi å tilby undervisning digitalt. Det burde NPF også klare å få til.

*Helge Holgersen*

**Glad:** Jeg er veldig glad for muligheten til å kunne delta fysisk på kurs, og tenker at jeg fint skal klare å ta de nødvendige forholdsreglene hva gjelder smittevern.

*Tone Sandbak*

**Gammeldags:** Jeg syntes det er en noe gammeldags holdning at kursene ikke egner seg for digital gjennomføring.

*Christine Klægstad Monsen*

**Hybridløsninger:** Hva med hybridløsninger? Der en holder kurset fysisk og samtidig tar opp kurset på video og streamer feks? Jeg synes for øvrig det bør være vektige, faglige grunner for å ikke ønske å oversette et kursopplegg til et digitalt format, personlig vegring og evt motstand mot digitalisering holder ikke som argument i seg selv i disse tider.

*Kaja Asbjørnsen Betin*

**Fare for «shaming»:** Der ingen i NPF, hverken kursledere eller deltakere som bryter smitteverntregler ved å arrangere eller å gå på kurs. Jeg oppfatter denne tråden som en måte å etablere uformelle smitteverntregler. Konsekvensen av dette er at alle som har vært på kurs i regi av NPF står i risiko for å bli «shamet».

*Fredrik Sylvester Jensen*

**Krevende:** Vi jobber kontinuerlig med å utvide det digitale tilbudet. Jeg vil forsikre om at dette arbeidet har hatt og har høyeste prioritet, men vi ber om forståelse for at det er krevende.

*Håkon Skard på psykologforeningen.no*

# Livsfarlig å gi skam en positiv verdi

Skam er evolusjonært slagg som må hindres å komme inn i barnets utviklingskontekst.

## TEKST

Haldor Øvreide,  
psykologspesialist

## SKAMMENS FUNKSJON

**FØRST** – stor takk og anerkjennelse til alle bidrag i tidsskriftets diskusjon om skam, men særlig til Zemir Popovac for hans dyptpløyende diskusjon av skammens utviklingspsykologiske konsekvenser. Zemirs innlegg i Psykologtidsskriftets novemberutgave er verdt stor utbredelse blant kollegaer som er interessert i utviklingspsykologi. Skammen skapes i det levde øyeblikket når barnet ikke får bidra til *gjensidig* validering i de primære relasjonene. Jeg vil markere gjensidig, for det er når barnet ikke valideres som egen sosial bidragsyter, at skam er den følte verdiløsheten. Da er det bare underkastelse som kan sikre tilhørighet. Alternativet er å bli værende i det isolerte mørket.

Gjennom et langt yrkesliv i arbeid med barn har jeg ikke sett snev av at skam bidrar utviklingsfremmende. Skam forsterker i beste fall avhengighet. Skal jeg oppsummere det kliniske arbeidet i et enkelt punkt: Det har handlet om å redusere skamtrykket som ligger over barnet, slik at barnet får stå frem som verdig tilhørighet. Men for å kunne nå frem har den samtidige utfordringen vært å dekonstruere foreldrenes skamområder slik at de kan bære skyld og sitt ansvar for barnet. (Zemir skriver krystallklart om forskjellen på skyld og skam.) Dette for at foreldrene skal kunne unngå å transportere egen skam videre til barnet. Ikke ved å snakke om skam, men ved å erkjenne de områdene som frembringer skam, og samtidig anerkjenne foreldrenes individuelle egenverdi. Bare det kan gi dem det grunnlaget for selvverdi og stolthet som barnet trenger å se i sine foreldres ansikt. Skam er gjerne transportert og forsterket over flere generasjoner før den materialiserer seg i det konkrete barnets tap av vitalitet og psykiske smerte.

Når diskusjonen i tidsskriftet delvis har dreid seg om skammens evolusjonære bakgrunn, tror jeg det letes på feil nivå. Vi glemmer ofte at evolusjonen er mindre interessert i det enkelte individets overlevelse og selvverdi.

Det er artens og dermed kraften i den større gruppens evne til å videreføre artens overlevelse som er evolusjonens mål. I det perspektivet kan skam ha en funksjon for å hindre at flokken faller fra hverandre. Skam bidrar til passiv innordning/underkastelse. Om ett og annet individ ikke tåler dette, så er det uinteressant for evolusjonen mål.

Zemirs formulering – at skam er et «avfallsstoff» – er derfor for meg en presis metafor. På individnivå er skam et derivat fra en overordnet prosess, som uten positiv individuell verdi kan komme til å legges tungt på individet. Derfor må det hindres at slikt avfallsstoff kommer inn i barnets utviklingskontekst. Bare tilgang på nær og gjensidig regulering fra trygge omsorgspersoner kan begrense skam, og annet evolusjonært slagg, fra å sette seg i barnet. Og, om denne psykologiske «PCB» først er kommet inn, nytter det ikke bare å rense barnet, konteksten som barnet tar til seg sin psykologiske føde i, må også renses.

For individet kan det være livsfarlig å gi skam en positiv verdi. Skam hører til artens andre forsvarslinje. Dialog som fremmer selvkjærighet, er evolusjonens første forsvarslinje. ✕

## DEBATT OM SKAMMENS FUNKSJON

### Tidligere innlegg:

- Nr. 11 – 2020 Skam ekspedert (Zemir Popovac)
- Nr. 10 – 2020 Skam, psykologi og ontologi (Jan Sunder Halvorsen)
- Nr. 10 – 2020 Skam nyansert (Aksel Inge Sinding)
- Nr. 8 – 2020 Skam revidert (Zemir Popovac)
- Nr. 6 – 2020 Blikket utenfra (Siri Gullestad)



Skam forsterker i beste fall avhengighet

# Savner akademisk ydmykhet

Jeg vil oppfordre Zemir Popovac til å respektere at vi fortsatt mangler mye kunnskap om de fenomenene vi forsøker å forstå.

**POPOVAC** har i to innlegg i *Tidsskrift for Norsk psykologforening* skrevet engasjert om skammens vesen og om hvordan han mener at vi som fagfelt skal forholde oss til skammen. Å instruere et helt fagfelt om hvordan det skal forstå et komplisert fenomen, er friskt og kunne skapt en interessant debatt om et viktig fenomen. Ettersom jeg er over gjennomsnittet interessert i fenomenet skam, ønsker jeg en slik debatt velkommen. Teksten til Popovac fungerer derimot ikke som et utgangspunkt for en konstruktiv akademisk debatt. Grunnen er at han mangler nødvendig ydmykhet i sin omgang med empiri, teori og komplekse faglige begreper:

Hvis jeg leser teksten som en empiriker, vil jeg forsøke å innta en posisjon av uvitenhet. Spørsmålet blir da i retning av: Finnes fenomenet adaptiv skam? Kanskje Popovac har rett, kan-



**DEBATTSTARTER** Faksimile fra augustutgaven av *Psykologtidsskriftet*. Det første innlegget til Zemir Povac har fått skamdebatten til å rulle.

skje har han feil. Hvis Popovac tok et empirisk utgangspunkt, så ville han satt frem en hypotese og referert til systematiske observasjoner som kunne styrke eller svekke hypotesen. Kanskje han også ville hjulpet oss til å se hva det er vi trenger å vite mer om. Som empirikere ønsker vi å operasjonalisere begreper, samle observasjoner, og med litt flaks finne noen mønstre som tidligere har vært vanskelig å få øye på.

## DOMINERER HELLER ENN Å KLARGJØRE

Ikke all tekst trenger å være empirisk i stilen, så jeg kan forsøke å lese teksten til Popovac som en presentasjon av en teori om skam. Hvis jeg leser teksten på denne måten, er jeg opptatt av å forstå Popovacs antakelser om skam og hvordan disse står i relasjon til andre antakelser og teorier. Teorier i psykologi som vitenskap handler som oftest om å forsøke å gjøre uhåndterlig kompleksitet til håndterlige størrelser. Popovac reduserer skammens kompleksitet til å si at det er en unødvendig destruktiv evaluering av hele en selv. At den ikke er «biologisk primær», og at vi ikke trenger den. Det i seg selv synes jeg er en interessant teori.

Problemet mitt her er at Popovac avfeier andre teorier uten først å demonstrere at han forstår disse teoriene, og uten å vise at de er feil. Hans påstander fremstår derfor i mine øyne mer som et forsøk på å dominere heller enn å bidra til å klargjøre. Dette reduserer den akademiske troverdigheten. Jeg frykter at slik argumentering i verste fall gjør mer skade enn nytte for teorien som Popovac har investert i. »



## TEKST

Jan Reidar Stiegler,  
psykologspesialist,  
ph.d.

## SKAMMENS FUNKSJON



Popovac reduserer skammens kompleksitet til å si at det er en unødvendig destruktiv evaluering av hele en selv

Etter min oppfatning er det i vårt fagfelt ingen teorier som er spesielt egnet til å fange opp all kompleksitet knyttet til affekter og følelseslivet. Jeg tror vi vil trenge mye forskning og mange konstruktive akademiske dialoger for å kunne nærme oss én allmenngyldig teori om skam.

#### ADAPTIV SKAM VS. SIGNALANGST

Hvis jeg leser teksten med et lingvistisk blikk, så er jeg opptatt av hvilke ord Popovac benytter, og hvordan disse ordene forholder seg til andre ord han bruker, og igjen kanskje få innblikk i hvilke ord som synes å dekke ulike fenomener. Dette er nesten som å lære et nytt språk. Hvilke ord benytter Popovac for å beskrive ulike fenomener, og hvilke ord benytter jeg for å beskrive de samme fenomenene? Mitt inntrykk er at det er en vesentlig overlapp mellom det Popovac kaller signalangst, og det jeg kaller adaptiv skam. Det jeg får problemer med, er at han hevder at hans ord er rette, mens mine er feil. Innhold i komplekse begreper må alltid operasjonaliseres og er ikke i seg selv rett eller feil. Hvis vi begge hevder at vår operasjonalisering er rett, så kan vi aldri komme videre i vår kommunikasjon. Resultatet er at begge forblir upåvirket av den andre. Jeg tror at Popovac har innsikter som kan utvide min forståelse, men en forutsetning for at det skal skje, er at vi må erkjenne at vi har gitt visse begreper ulikt innhold.

#### TAUTOLOGI-FELLE

Ut ifra alle tre måter jeg leser teksten på (empirisk, teoretisk og lingvistisk), synes jeg å se at Popovac faller i en tautologi-felle. En tautologi har hundre prosent intern logikk, og kan stå som en sannhet uten at man trenger å observere verden. Kort fortalt er Popovacs tautologi denne: Skam er X. X er negativt. Derfor er all skam negativt. Popovac har helt rett i dette. Problemet er bare at det i seg selv er uinteressant siden det ikke åpner opp for empiri, for annen teori eller for en diskusjon om begrepets forhold til det fenomenet vi vil undersøke nærmere. Når man kombinerer tautologier med påstander om den ytre verden, står man i fare for å bevege seg faretruende langt vekk fra den akademiske tradisjonen som har frembrakt den kunnskapen som både Popovac og jeg nyter godt av. Jeg vil oppfordre Popovac til å vise større ydmykhet for andres synspunkter og respektere at vi fortsatt mangler mye kunnskap om de fenomenene vi forsøker å forstå. ❌

# Feil om søvnkurs

Helsedirektoratets søvnkurs Sov godt er ikke et rent psykoedukativt kurs slik det hevdes i en artikkel i Psykologtidsskriftet.

TEKST Henriette Øien, avdelingsdirektør, Helsedirektoratet

#### INSOMNI

**HELSEDIREKTORATET ØNSKER Å** kommentere noen av opplysningene i artikkelen «Stå opp – Gruppebehandling for insomni» av Iver Strandheim og kolleger, som ble publisert i Psykologtidsskriftet nr. 3, august 2020.

Helsedirektoratet er glade for å lese om den nyutviklede gruppeintervensjonen Stå Opp. Insomni er et økende folkehelseproblem, og det er behov for et bredere hjelpetilbud. Samtidig ønsker vi å komme med en presisering: I artikkelen står det at Helsedirektoratets søvnkurs Sov godt er et rent psykoedukativt kurs. Det er ikke riktig. Som det står i kilden det vises til i artikkelen (Helsedirektoratet, 2016): «Psykologisk behandling har vist seg å ha bedre effekt enn sovemedisiner både på kort og lang sikt, og man kan oppnå betydelig forbedring av søvnen med relativt enkle grep. Helt bivirkningsfritt. Dette er utgangspunktet for søvnkurset Sov godt.»

I tillegg til undervisning og samtale rundt søvnhygiene består Sov godt-kursene av kombinasjoner av stimuluskontroll, søvnrestriksjon og avslapningsteknikker samt identifisering og endring av uhensiktsmessige tanker om egen søvn. Deltakerne fyller ut søvndagbok, gjennomfører øvelser og tiltak mellom hvert treff, og har samtaler i plenum. Det er ikke et krav at man skal gjennomføre søvnrestriksjon, men mange frisklivssentraler har et tilbud om oppfølging for individuell søvnrestriksjon i forbindelse med kurset.

Videre er det riktig at Sov godt-kurset ikke er vitenskapelig evaluert, men kartlegging av deltakere basert på utfylling av ISI (insomnia severity index) før og etter kurset viser at deltakerne har godt utbytte. Kursopplegget ble utviklet for, og i samarbeid med, frisklivssentraler. ❌

# Sparker i åpen forsterkningsdør

Torgeir Hillestads kritikk av forsterkning minner om å kritisere mat for at effekten av maten avhenger av spiserens tilstand.

**I NOVEMBERUTGAVEN** av Psykologtidsskriftet skriver Torgeir Hillestad om forsterkning. Han mener at når forsterkning brukes som «grunnforklaring» på atferd, er det forfeilet, og kan bare «vise tilbake på seg selv». Ytre påvirkning forteller ingenting så lenge ikke også andre grunnleggende faktorer inngår. Det som avgjør om forsterkning skjer, er individets indre tilstander. Hillestad er enig i at vi lærer av konsekvenser, men konsekvenser dreier seg om individets emosjoner, interesser, motiver og tilstander. Slike «grunnbetingelser» avgjør individets reaksjoner, og eventuelle atferdsendringer. Forsterkning er ingen «fullgod erkjennelsesmessig eller vitenskapelig forklaring på atferdsendring når det presenteres alene. Det fungerer da mer *beskrivende* enn forklarende fordi det er en énfaktor-forståelse», skriver Hillestad. For å påvise forsterkning må det også vises til atferdsendring. Det blir sirkulært, synes han å mene.

Jeg vet ikke hva han mener med grunnforklaring, om det innebærer å vise tilbake på seg selv, grunnbetingelser, og forskjellen mellom beskrivende og forklarende? Uansett er det mye å ta tak i som hadde vært unødvendig hvis Hillestad hadde kjent begrepet forsterkning bedre.

Forsterkning betyr at konsekvenser øker sannsynligheten for atferd. Når det skjer, kalles konsekvensen forsterker, og er uavhengig variabel i en funksjonell relasjon mellom konsekvensen og atferden. Har psykologien noe enklere, mer logisk og mindre sirkulært, tautologisk prinsipp? Å si «på grunn av forsterkning» er sirkulært. Men det trenger vi ikke å si, og det blir nok lettere sirkulært å forklare effekter av konsekvenser med indre tilstander.

Forsterkning kan stå på egne ben, som når noen forsterker en annens atferd uten å vite

noe særlig om personen, inkludert personens indre tilstand. Dessverre skjer noen forsøk på forsterkning slik, på grunn av ressursmangel eller slurv. Generelt svekker det sjansen for å lykkes, men også små effekter kan være nyttige. Det beste er å vite mye om hvordan personen kan reagere på forsøk på forsterkning. Private tilstander som påvirker effekten av mulige forsterkere, er viktig innenfor atferdsanalyse. Tanker kan både øke og svekke effekten, alt etter hva vi tror, og hvilke «regler» vi følger. Det samme kan emosjoner, for eksempel angst, ro og å være lysten på eller lei av mulige forsterkere. (At det private påvirkes av ytre forhold, også konsekvenser, blir en detalj her.)

I klinisk arbeid, for eksempel i forbindelse med atferdsavtaler, legges det mye innsats i å velge forsterkere, og den det gjelder, bør delta. Målet er at forsterkere «treffer» personens tilstand best mulig, og virker. Forsterkere «presenteres alene», men i en kontekst. Ofte gjøres det også mye for å øke mottakelighet for forsterkere, gjennom blant annet tilvenning og utvidelse av interesser og ferdigheter. Forsterkning trenger heller ikke å komme fra andre personer, og utenfra. Forsterkere kan følge *direkte* av ens atferd, inkludert tenkning og føling, jf. begrepet indre forsterkning («intrinsic reinforcement»). Da kan forsterkeren harmonere godt med indre tilstand! Begrepet forsterkning er nistudert, er kommunikativt og inngår i effektive metoder.

Hillestad har rett i at forsøk på forsterkning påvirkes av mye, men det vet vi. All påvirkning er partiell og variabel. Hans kritikk av forsterkning ligner på å kritisere mat for at effekten av mat avhenger av spiserens tilstand. En som har gjort mye for å oppklare misforståelser om forsterkning, er Stephen R. Flora, i boken *The power of reinforcement*. ❌



**TEKST** Børge Holden, psykologspesialist, dr.philos.

## FORSTERKNINGS- BEGREPET

## DEBATT OM FORSTERKNINGS- BEGREPET

Tidligere innlegg:

[Nr. 11 - 2020](#)

Atferd og forklaring  
(Torgeir M. Hillestad)

[Nr. 10 - 2020](#)

Uholdbare påstandar  
(Børge Holden)

[Nr. 09 - 2020](#)

Uholdbar vitenskaps-  
posisjon  
(Torgeir M. Hillestad)

# Kunstig skille mellom offentlig og privat kvalitet

Det er ingenting i veien for at arbeidsavtalen mellom private psykologklinikker og psykologens enkeltpersonforetak inneholder samme kvalitetskrav som i psykisk helsevern.\*



**TEKST** Sigbjørn Henning, psykolog, Norsk Klinikk for ISTDP Oslo

Anne Hilde Vassbø Hagen, psykolog, Institutt for Psykologisk Rådgivning

Susanna Bjerke, psykolog, Norsk Klinikk for ISTDP Drammen og Kongsberg DPS

Ivar Goksøyr, psykologspesialist, Psykologvirke

Nina Margrethe Næspe, psykolog, Oslo Psykologklinik

Pål Olsen, psykologspesialist, privat praksis

Kristian Fjellskaalnes, psykolog, Lian & Fjell

Psykologtjenester

Madeleine Lagerström, psykolog, Norsk Klinikk for ISTDP Oslo

## SPELIALISTUTDANNINGEN

**PSYKOLOGFORENINGEN** har sluttet å godkjenne søknader om godkjenning av praksis på private psykologklinikker der psykologen er selvstendig næringsdrivende. Nye regler er på trappene.

Det er viktig å sikre at praksisen som inngår i et spesialiseringsforløp, holder en kvalitet som er psykologtittelen verdig. Dette er imidlertid noe vi best sørger for ved å stille spesifikke krav til nettopp kvalitet og innhold i en gitt praksis, framfor å ta utgangspunkt i et kunstig skille mellom det offentlige og det private.

Praksis i det offentlige er typisk organisert via en ansettelse, der arbeidsgiver er ansvarlig for kvaliteten på arbeidet som gjøres. Dette kan sikres ved sporadiske journalgjennomganger, tverrfaglige behandlingsmøter og veiledningsgrupper. En fagansvarlig sørger for fordeling av pasientsaker. Når psykologens arbeidspraksis skal dokumenteres, kan leder attestere for arbeidet.

## SAMME KRAV

Ved private psykologklinikker er det gjerne slik at den enkelte behandler organiserer seg gjennom et enkeltpersonforetak, som inngår en forpliktende avtale med klinikken. Dette gir i seg selv ikke rettslig grunnlag for journalinnsyn, noe som blir brukt som en innvending mot å godkjenne praksis ved private psykologklinikker. Videre vil det være problematisk dersom en psykolog organisert i et enkeltpersonforetak skulle attestere for seg selv.

Det er imidlertid ingenting i veien for at arbeidsavtalen mellom private psykologklinikker og psykologens enkeltpersonforetak skal kunne stille de samme kravene til psykologene som det gjøres i psykisk helsevern. Samtykke fra pasienter til journalgjennomgang kan innhentes systematisk som en del av klinikkens rutiner. Klinikkene har ledere som kan fordele pasienter og sørge for attestering av arbeidet. Det bør være

\* En lengre versjon av dette innlegget er tidligere publisert på psykologtidsskriftet.no





**GODKJENNER IKKE** Psykologforeningen har sluttet å godkjenne søknader om godkjenning av praksis på private psykologklinikker der psykologen er selvstendig næringsdrivende. Det mener innleggsforfatterne er uheldig. Foto: Nora Skjerdingsstad.

en selvfølge at avtalen mellom psykologens enkeltpersonforetak og klinikken stiller konkrete krav til form og innhold.

### **GULLSTANDARD**

Det er verdt å spørre seg om den vanlige standarden for kvalitetssikring og gjennomsiktighet i helseforetakene virkelig er en gullstandard som private klinikker må strekke seg mot. Journalgjennomgang, behandlingsmøter og veiledning sikrer kun at psykologer blir gode til å komme med subjektive gjenfortellinger av sine behandlingsforløp. I kontrast til dette har private psykologklinikker mulighet til å forplikte sine behandlere til bruk av videoopptak av pasienttimer i veiledning, så vel som systematisk bruk av feedback-verktøy.

Ved ukentlig gjennomgang av videoopptak får veileder sett terapeutens «blinde flekker» og hvilke ferdigheter den enkelte bør jobbe videre med, i mye større utstrekning enn ved gjennomgang av journal. Hvordan psykologen jobber, blir dermed direkte dokumentert. Dersom private psykologklinikker kan forplikte sine behandlere til å etterleve slike standarder, vil det være en langt strengere kvalitetssikring enn i det offentlige.

DPS og BUP er i hovedsak interessert i spesialister innenfor klinisk voksen- og barnepsykologi. Dette er spesialiseringer som favner bredere enn psykoterapispesialiseringen. Flere av de gjeldende kravene til praksis i psykoterapispesialiseringen er enklere å innfri i det private. Dette inkluderer å etablere tilknytning til sitt spesifikke psykoterapimiljø og å gjennomføre lengre psykoterapiforløp.

To av fem praksisår skal være innenfor psykisk helsevern. Det innebærer at de resterende tre skal kunne foregå andre steder. Når det i tillegg forventes at fire av fem årsverk skal inneholde regelmessig psykoterapeutisk praksis, er det uklart hvor dette skal foregå dersom privatpraksis skal underkjennes. Vi tilslutter oss at spesialiseringen psykoterapi bør inneholde noe bredde og systemkompetanse. Men for oss fremstår dette som dekket gjennom de eksisterende kravene til minimum to års praksis i psykisk helsevern. ✕



Flere av de gjeldende kravene til praksis i psykoterapispesialiseringen er enklere å innfri i det private

# Ukvalifisert tolk gir dårligere behandling

Psykologer undergraver språklige minoritetsgruppers rett til likeverdige helsetjenester dersom de ikke benytter kvalifiserte tolker.



## TEKST

Ragna Rygh Sveta, psykologspesialist ved FPH Lørenskog kommune og prosjektleder ved Tolkesentralen OUS, Kate Berg, statsautorisert tolk i spansk og styremedlem i Norsk tolkeforening

## TOLKING

**VI ØNSKER Å** berømme psykologspesialist Steinar Johannessen og Psykologtidsskriftet for å tematisere bruk av tolk i terapi i tidsskriftets novemberutgave. Johannessens opplevelser viser hvordan det kan gå hvis det benyttes ikke-kvalifiserte tolker, og viser på en utmerket måte hvordan dette forringer kvaliteten på behandlingen den språklige minoritetspasienten må ta til takke med.

En rapport fra Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (IMDi) i 2018 viste at over 60 prosent av oppdragene i det offentlige utføres av ikke-kvalifiserte tolker. Det betyr i praksis en mangel på kvalitetssikring av den som muntlig oversetter psykologens ord.

## EN KNIV ER IKKE EN KNIV

Forsvarlige tolketjenester er avgjørende for å kunne tilby likeverdige helsetjenester.

For psykologen er ordene det viktigste arbeidsverktøyet, og det må stilles krav til den som forvalter disse ordene. En kirurg ville ikke tenke «en kniv er en kniv» og tatt til takke med en kjøkkenkniv fra Ikea for å operere. Psykologer må derfor våge å stille kvalitetskrav til tolketjenester slik at de sikrer at den helsehjelpen som gis, er forsvarlig. Det første enkle steget er å gå inn på [www.tolkeregisteret.no](http://www.tolkeregisteret.no) for å sjekke at tolken er kvalifisert.

Kvalifiserte tolker følger strenge yrkesetiske retningslinjer for god tolkeskikk. Alle helsearbeidere bør sette seg inn i disse for å kunne benytte tolk på en best mulig måte. Å be tolken om å uttale seg om den kulturelle og historiske sammenhengen pasienten står i, slik Johannessen skriver, vil være å sette tolken i en situasjon der tolken blir bedt om å bryte egne yrkesregler.

## EMOSJONELLE OVERRASKELSER

Johannessen ønsker at behandleren setter av tid både før og etter terapitimen for å «vere

innom kva språk tolken meistrar, kva erfaringar han/ho har med å tolke for terapeutar». Vi tenker at slike samtaler ikke er nødvendige for alle terapisaamtaler, men at de kan være veldig nyttige når det er spesielle problemstillinger eller tema. For å kunne være forberedt – både språklig og psykologisk – på det som venter i samtalen, er det nyttig for tolkens arbeid å få tilstrekkelig informasjon om samtaleinnhold og mål. Med gode bestillingsrutiner på plass vil behandleren sørge for at tolken mottar denne informasjonen. Det er ikke vanskelig å forstå at store emosjonelle overraskelser i samtalen også kan påvirke tolken i såpass stor grad at det går ut over tolkingens kvalitet. Det samme gjelder for psykologer, som gjør bedre terapeutisk arbeid hvis de er tilstrekkelig forberedt på hva som venter dem i samtalen.

Under pandemien har en rekke tolketjenester gått bort fra å tilby oppmøtetolk. Vi har selvfølgelig full forståelse for at smitteverntiltak må ivaretas, men dette er forhåpentligvis midlertidig. Det uroer oss at det ukritisk oppfordres til bruk av telefontolk mange steder, med begrunnelse i lavere økonomiske kostnader. Som terapeut er det svært viktig at man er bevisst på svakheter og mangler ved telefontolking. Johannessen skriver at samtaleterapeuter ønsker å unngå å bruke telefontolk, og det er konsensus på tolkefeltet om at telefontolking generelt er lite egnet for terapisaamtaler. Det må ligge faglige og tekniske vurderinger om forsvarlighet til grunn ved bruk av telefontolk, slik at kvaliteten på helsetjenesten som tilbys, kvalitetssikres.

## KREVENDE OPPGAVE

Telefontolking er en svært krevende oppgave som setter høye krav til både teknikk, tolk og tolkebruker. Å bygge tillit og relasjon er en utfordrende oppgave som vanskeliggjøres



**TOLK I TERAPI** I novemberutgaven av Psykologtidsskriftet rettet psykologspesialist Steinar Johannessen søkelyset mot bruk av tolk i terapi.

ytterligere over telefon. Når samtalen foregår gjennom tolk over telefon, forsvinner konteksten og det non-verbale, og store deler av kommunikasjonen går tapt. Er ikke terapeuten bevisst dette, vil tolken kunne oppleve en kognitiv overlast, da det er ekstremt krevende å tolke over telefon og dette ikke er en holdbar arbeidssituasjon over tid. Dette kan gå ut over tolkingens kvalitet og pasientens helsetilbud.

Er det ikke mulig med oppmøtetolking, er skjermtolking å foretrekke. Det er da ekstra viktig at det settes høye krav til teknikk, tolk og kunnskap hos tolkebruker, slik at det legges til rette for at tolken kan gjøre en best mulig jobb, og kvaliteten på tolkingen kan bli optimal.

### TIDEN ER OVERMODEN

Johannessen avslutter med oppfordringer til en systematisk opplæring for å heve kvaliteten på tolketjenestene. Det foreligger allerede en god offentlig utdanning av tolkene. Helsearbeidere må ha tilgang på gode bestillingssystem som

sikrer bruk av de best kvalifiserte tolkene. Oslo universitetssykehus har tatt dette ansvaret ved å etablere Tolkesentralen, en intern tolketjeneste. Dette har ført til en snuoperasjon, der man har gått fra å bruke 90 prosent ufaglærte til at det i dag benyttes 90 prosent kvalifiserte tolker ved sykehuset.

Tiden er overmoden for at helsearbeiderne blir bevisste sitt ansvar for å benytte kvalifiserte tolker og tilegner seg tilstrekkelig kunnskap gjennom systematisk opplæring om hvordan man blir kompetente tolkebrukere. Vi stiller oss gjerne til disposisjon til dette arbeidet. ✕

### REFERANSE

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet (2018).

Talking i offentlig sektor, nøkkeltal. Hentet fra: file:///C:/Users/dk62/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/IE/N01UUVW7/faktaark\_tolk\_2019.pdf



For psykologen er ordene det viktigste arbeidsverktøyet, og det må stilles krav til den som forvalter disse ordene



## FAGESSAY PÅ NETT:

## «Prinsipløst lappverk»

«Bortsett fra god satsing på utdanning og arbeid er det lite å glede seg over i årets forslag til statsbudsjett når det gjelder forebygging av psykiske helseproblemer.»

Det mener Arne Holte, som har analysert årets forslag til statsbudsjett i et folkehelseperspektiv. I et fageessay i Psykologtidsskriftets nettutgave går Holte systematisk gjennom poster på budsjettet han mener er relevante for forebygging. Det gjennomgripende spørsmålet i Holtes tekst er om regjeringen bruker pengene riktig for å minimere risikoen for at folk utvikler psykiske helseproblemer. Vi gjengir Arne Holtes samlede vurdering under, og for de som ønsker å gå mer i detalj, se Psykologtidsskriftet.no.

## SAMLET VURDERING:

Forslaget til statsbudsjett 2021 fremstår med en klar satsing på tiltak av stor betydning for psykisk folkehelse når det gjelder arbeid og utdanning. Det er her de store påplussingene ligger. Dette er også blant de viktigste grepene. Den sterkt økte satsingen kan i stor grad tilskrives koronapandemien.

Utover dette fremstår budsjettprofilen folkehelsestrategisk sett som et prinsipløst lappverk. Det er vanskelig å få øye på en samlende idé eller en helhetlig folkehelsefaglig begrunnet strategi for et psykisk sunnere folk. En styrke er de langsiktige bindingene i prioriterte satsingsområder, strategidokumenter og meldinger. Men når de ikke følges opp tilstrekkelig økonomisk,

blir de lite verdt. Budsjettforslaget preges vel så mye av at bevilgninger smøres tynt utover. Alle skal få. Ofte er det tale om små bevilgninger med føringer i stor detalj helt ned til 1 mill. i et budsjett på drøyt 1500 milliarder.

Regjeringens beste er satsingen på arbeid og utdanning. Regjeringens verste er at den fortsetter å stimulere en av de største driverne for svekket psykisk og fysisk folkehelse, nemlig sosial ulikhet. Det er flaut at det heller ikke denne gangen gjøres noe for å realisere «den gyldne regel», større vekst i psykisk enn somatisk helse. Regelen brytes hvert år. Hva skal vi da med den? Mest ille er det likevel at OTP for barn og unges psykiske helse og handlingsplanen for forebygging av selvmord knapt tildeles friske øremerkede midler. Men her er det ennå tid. Opptrappingene kommer kanskje i 2022?

*Psykologtidsskriftet*

BLIDE: HURICA / SHUTTERSTOCK / NTB SCANPIX



## FORSKNINGSNOTIS

## Seksuelle overgrep øker selvmordsrisiko

Blant jenter som utsettes for seksuelle overgrep, øker risikoen for selvmord betydelig, viser en studie gjennomført ved Karolinska Institutet.

Sammenliknet med kontrollgruppen hadde jenter som fortalte om seksuelle overgrep, drøye 26 ganger så høy risiko for å søke hjelp for selvmordsforsøk og 19 ganger så høy risiko for å søke hjelp for psykose det første året etter at overgrepet var blitt registrert. Funnene er resultat av en registerstudie der

forskerne sammenliknet mønsteret i forbruk av helsetjenester blant jenter mellom 12 og 17 år i Stockholm-regionen. Sammenlikningen ble foretatt i perioden 2011-2018.

Ifølge [www.ki.se](http://www.ki.se) ble forskerne bak undersøkelsen mest overrasket over at opplevelsen av depresjon, angst og smerte etter behandling var mer enn tre ganger høyere blant ofrene for seksuelle overgrep enn i kontrollgruppen.

– Resultatene belyser blant annet de komplekse båndene mellom seksuelle overgrep og psykiske problemer, uttaler doktorand Gita Rajan.

Resultatet av studien publiseres i *European Child & Adolescent Psychiatry*.

*Psykologtidsskriftet*



BLIDE: SHUTTERSTOCK



## Vår nye verden

«Med smarttelefonene og andre dupperitter har vi faktisk tatt et stort steg vekk fra natur og mot teknikk, helt frivillig.»

*Andreas Nydal om TV-serien Brave New World og teknologisk fremmedgjøring (s. 926).*

## Et våkent blikk på søvnlidelser

«Kunnskapen hun formidler gjennom boken, er den samme leseren ville fått av en dyktig søvnbehandler»

*Les anmeldelsen av Søvnens psykologi på side 924.*

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

Ønsker du å anmelde fagbøker for Psykologtidsskriftet eller har du tips til bøker som bør omtales? Ta i så fall kontakt med redaksjonen. 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 redaksjonen@psykologtidsskriftet.no



# Hold deg underholdt

TV-serien *Brave New World* skildrer sjokkerende treffsikkert hvor samfunnet vårt er på vei.

Vi tilbød dem nettverket koblet rett i hjernen. Alt de måtte gjøre var bare å klikke og godta, klikke og godta. De ville gjøre hva som helst for å beskytte seg mot de fryktelige øyeblikkene. Venting på bussen. Å se på kjæresten som sover. De pinefulle sekundene der det ikke er noe annet sted å se, enn inn i seg selv. Det er mørkt der inne, direkte.

Sitatet over er verdenskontrollør Mustafa Monds bekjennelse i TV-serien *Brave New World* (2020), basert på Aldos Huxleys roman fra 1932 med samme navn. Endelig en fremtidsdystopi som har relevans og nærhet til vår egen tid. Serien beskriver et samfunn uten psykiske lidelser, eller egentlig noen form for lidelse. Barn blir til på en lab, «mor» og «far» er begreper som tilhører historiebøkene, om det da hadde fantes bøker i dette universet. Alt foregår på skjerm, eller rettere sagt på en høyteknologisk kontaktlinse som projiserer en skjerm for dine øyne. Alle dyr er utryddet, det finnes kun mennesker og maskiner. Alle holder stemningsleie sitt, eller «nivåene sine» som det heter, optimale ved hjelp av tabletter som alltid er for hånden via en slags pez-aktig innretning menneskene går rundt med. Det er sjokkerende hvor treffende serien er. Er ikke dette samfunnet et slags implisitt mål for mye av det vi holder på

« **FANGET AV TEKNIKKEN** Teknologien er overalt, mener Andreas Nydal, som i dette essayet skriver om hva det gjør med oss. Denne jenta spiller et VR-spill på Sega Joypolis, en stor innendørs underholdningspark i Shanghai, Kina. Foto: Chen Yuyu/Chinalmages/Sipa USA/NTB Scanpix

med i dag? Den virksomheten som utgjøres av livsmestringsfag, selvhjelpsbøker, biologisk psykiatri, evig fremskritt og nullvisjoner?

## KROPPEN ER EN MASKIN

Thomas Insel, tidligere leder av National Institute of Mental Health, sa i 2014 at de kun ville bevilge penger til psykiatrisk forskning som undersøkte biomarkører, og aller helst benyttet hjerneavbildning, i studiene (Reardon, 2014). Underforstått: Psykiske lidelser skal kunne forstås biomedisinsk. Kontekst er irrelevant, eventuelle kilder til lidelsen er uinteressant, så lenge vi med medisinsk hjelp kan fjerne symptomene. Akkurat som i New London, stedet der *Brave New World* finner sted, er det ingen som undrer seg over *hvorfor* de er triste, de tar bare en pille for å unngå å ha det slik. Bak Insels premiss, som jeg mener er svært skadelig, ligger det en teknologisering av mennesket. Kroppen er en maskin der ødelagte deler kan fikses. Det er fristende å bekjenne seg til dette kroppssynet etter indremedisinens og kirurgiens suksess, og derfor er det vanskelig å klandre Insel for å ville tvinge dette mekanistiske synet på psykiatrien også.

Men presset imot et slikt teknisk menneskesyn kommer ikke bare utenfra. Med smarttelefonene og andre duppeditter har vi faktisk tatt et stort steg vekk fra natur og mot teknikk, helt frivillig. Vår håndtering av og lefling med mobiltelefonen er blitt en så integrert del av oss at den også kan benyttes til å predikere vår adferd. Ikke bare adferd på mobilen, men også på helt andre livsområder. Slik avlesing av ulike parametere for mobilbruk kalles *digital fenotyping*. Dette handler ikke om *hva* vi gjør på tele- »

**TEKST** Andreas Nydal, lege i spesialisering i psykiatri, Lovisenberg DPS



## Serien beskriver et samfunn uten psykiske lidelser

fonen, men *hvordan* vi gjør det. Hvor på skjermen vi trykker, med hvilken kraft og hyppighet, hvor ofte den tas opp og legges ned, hvor langt fra kroppen den befinner seg og når du bruker den, for å nevne noe. I tillegg til posisjonssporing, nyanser i stemmebruk og interaksjon med tastaturet utgjør alle disse parameterne et slags digitalt fingeravtrykk. Når programvaren kjenner ditt digitale fingeravtrykk, altså din vante benyttelse av mobiltelefonen, kan den fange opp umerkelige endringer i din interaksjon med den, som igjen kan forutsi adferd (Torous, 2020). Ved å samle inn og analysere digitale fingeravtrykk av schizofrene pasienter i tre måneder kunne forskere ved Harvard identifisere statistisk signifikante avvik i det digitale fingeravtrykket dagene før et psykotisk tilbakefall (Barnett, 2018). De fremste forskerne på feltet mener dette snart kan forutsi om en tørrlagt alkoholiker er i ferd med å sprekke, voldsutøvelse hos alvorlig sinnslidende, eller om en person er i ferd med å begå selvmord (Torous, 2020). Andre mener at slik bruk av digitale biomarkører, som de kaller det, kan benyttes til å avdekke tidlige sykdomstilstander, som for eksempel prodromalfasen til schizofreni, hos den antatt friske delen av befolkningen. Jeg går ikke inn på de etiske implikasjonene her, men at dette i det hele tatt er mulig, sier mye om vår bruk av mobiltelefoner. De er ikke lenger bare et tilbehør, en bruksgjenstand, et verktøy. Nei, de er langt mer integrert enn det, nærmere et speil eller en avstøpning. At fenomenet digital fenotyping i det hele tatt eksisterer, avslører hvor dypt vårt forhold til mobilen stikker, hvor langt vi har gitt oss hen i dette ekteskapet. Det jobbes kontinuerlig med å øke disse programvarenes presisjon og reliabilitet, men vi nærmer oss en teknologisk antropologi.

Det er noe ubehagelig med dette digitale fingeravtrykket. Jeg sympatiserer med dyra i Alf Prøysens Geitekillingen som kunne telle til ti, noe i meg yter motstand mot å bli talt, eller til og med redusert til et tall. Også med psykofarmaka, særlig antidepressiva, virker det som kroppene våre yter motstand. Antidepressiva har i Nordic Cochrane Centers siste gjennomgang fra 2019 vist en samlet evne til å redusere depresjon med 1,97 poeng målt ved Hamilton Depression Rating Scale (Ham-D) (Munkholm, 2019). Dette er relativt langt unna de tre, eller helst sju, poeng studieforfatterne mener må til for at en kliniker i det hele tatt skal kunne observere bedring hos pasienten. De går så langt som å hevde at feilaktige konklusjoner om at antidepressiva er effektive, kan være til hinder for at deprimerte søker andre løsninger for å lindre tilstanden, som psykoterapi og håndtering av psykososiale stressorer. En kan diskutere om Cochranes kritikk var berettiget, men våre legemidler er i hvert fall ikke like effektive som vidunderkuren i *Brave New World*, *Soma*. Depresjonen er gjenstridig, og synes å være forankret i noe mer enn *bare* kjemisk ubalanse. Det virker som vår natur yter motstand mot den teknologiske antropologis løsninger.

### TILBAKE TIL NATUREN

Teknologien er overalt, men vi er ikke helt overgitte slaver ennå. Mange ønsker pause fra mobilen, mange ønsker reduksjon i antall *gadgets*. Agnes Ravatns bøker *Verda er ei skandale* (2017) og *Operasjon sjølvdisiplin* (2016) er eminente beskrivelser av dette behovet, og hvordan løsningen kan se ut. Mange søker oppmerksomt nærvær, heller enn konstant adspredelse og påkobling. Flere og flere sier «nei, det har jeg ikke fått med meg», og setter et modig punktum.

Sherry Turkle, forfatter av *Reclaiming Conversation* (2015), sier at teknologien får oss til å glemme det vi vet om livet (Holmes, 2016). Profilene



våre på sosiale medier er i ferd med å konsolidere fasaden som det virkelig identitetsutgjørende. Professor i filosofi John Cuddeback sier i et foredrag at vi gjennom overdreven bruk av smarttelefoner fratras muligheten for et indre liv (Thomistic Institute, 2020). I ytterste konsekvens betyr dette at vi bryner tomme skall mot hverandre når vi treffes. Det er våre funksjoner som møtes, vår strøm av nylige hendelser og utførte aktiviteter. Og når de er ferdig utvekslet, kommer stillheten. Heldigvis kan vi fylle på igjen, scrolle videre.

Vårt indre liv er nærmest under forstillelse hele dagen. Alle pauser fylles, alle rom tettes så fort de oppstår. Dette er øyeblikk da vi tidligere dagdrømte, reflekterte og bearbeidet. Gud forby at du *bare* går til forelesning, på med Podcast. Hvordan kan du utholde å *bare* jogge, gi meg Strava og lydbok. Vanntette øreplugg, så kan du attpåtil dusje med noe på øret. Professor og psykiater Reidar Tyssen forteller i et nylig portrettintervju (Sebjørnsen, 2020) at vi benytter hjernens *resting state network* når vi dagdrømmer. Ved angst og depresjon ser en negative endringer i de nettverkene, sier han videre. Dagdrømmeri, når tillater vi oss det? I mangel på dagsorden går vi heller inn på twitter for å  *få* en. Vi scroller dovent gjennom, vasser i uforpliktende informasjon og skumleser i beste fall artikler. Resultatet er algoritmebasert kvasikunnskap istedenfor den skapende og kanskje nødvendige tenkepausen. Ved å holde vårt indre liv i sjakk hele dagen, slår det

oss med full og uforminsket kraft når vi skal sove. Øyeblikket fra vi legger oss til vi skal sovne, er for mange av oss det eneste som er igjen av stillhet i vår moderne versjon av livet. Vi liker det ikke, akkurat som Mustafa Mond forteller i sitt tilbakeblikk. Tankene og følelsene vi skulle ha bearbeidet og utforsket gjennom en hel dag, presses inn i ett lite nåpunkt, og tankekjør er plutselig blitt et vanlig fenomen. Kanskje trenger du en sovetablett?

Den norske filosofen Peter W. Zapffe foreslo i 1933 at grunnen til at ikke flere mennesker har forgått under vekten av livspresset, er at de har klart å kunstig redusere sitt bevissthetsinnhold (*Den sidste Messias*, 1933). Hvordan reduserer man sitt bevissthetsinnhold? Gjennom å holde seg opptatt, eller sagt med Telenors nyeste reklame: Hold deg underholdt. Under reklamebudskapet er det bilde av en person uten hode. Han har tatt det av seg og holder det i hendene sine, med store blå hjerter til øyne. Selv Zapffe kunne ikke illustrert det bedre. En kan kanskje ikke klandre folk for å ty til underholdning under nedstengning av samfunnet, samtidig trenger vi mer enn noen gang å kunne tenke og føle.

Det er på tide at vi setter hodet på plass igjen. *Brave New World* er den viktigste serien du ser i år, for mellom de glatte og elegante linjene ligger det vi holder på å miste – kontakten med vår egentlige natur. ✕



Vi bryner tomme skall mot hverandre når vi treffes

## REFERANSER

- Barnett, I., Torous, J., Staples, P., Sandoval, L., Keshavan, M., & Onnela, J. P. (2018). Relapse prediction in schizophrenia through digital phenotyping: a pilot study. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 43(8), 1660–1666. <https://doi.org/10.1038/s41386-018-0030-z>
- Holmes, L. (2016, 21. april). Sherry Turkle on how technology can impact human connection. *huffpost.com*. [https://www.huffpost.com/entry/sherry-turkle-pioneers\\_n\\_5716699be4b06f35cb70c571](https://www.huffpost.com/entry/sherry-turkle-pioneers_n_5716699be4b06f35cb70c571)
- Thomistic Institute (2020, 2. februar). *Thomistic Institute*. (Forelesning). <https://soundcloud.com/thomisticinstitute/true-friendship-a-thomistic-guide-prof-john-cuddeback>
- Munkholm, K., Paludan-Müller, A. S., & Boesen, K. (2019). Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis. *BMJ open*, 9(6). e024886. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024886>
- Reardon, S. (2014, 14. mars). NIH rethinks psychiatry trials *Nature.com*. <https://www.nature.com/news/nih-rethinks-psychiatry-trials-1.14877>
- Sebjørnsen, A. K. (2020, 24. september). Humlesus og annen balansekunst. *Tidsskrift for Norsk legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2020/09/intervju/humlesus-og-annen-balansekunst>
- Torous, J., Choudhury, T., Barnett, I., Keshavan, M., & Kane, J. (2020). Smartphone relapse prediction in serious mental illness: a pathway towards personalized preventive care. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(3), 308–309. <https://doi.org/10.1002/wps.20805>

# Forbilledlig om søvn

Leser du denne boken, har du verktøy til å hjelpe 80–90 % av alle pasienter med søvnlidelser.



**BOK** *Våkne opp! Om søvnens psykologi*

**FORFATTER**

Ane Wilhelmsen-Langeland

**FORLAG** Gyldendal

**ÅR** 2020

**SIDER** 151

**ANMELDT AV**

Iver Strandheim, psykolog

**HVORDAN SKRIVE** en selvhjelpsbok uten å gå i alle fellene som bøker i den sjangeren pleier? Det kan man spørre Ane Wilhelmsen-Langeland om, for hun har skrevet en strålende populærvitenskapelig bok om søvn, der hun gir oppskrifter på hvordan man kan løse søvnproblemer uten å overselge dem. Slik jeg leser boken, har den to primære målgrupper: de som ønsker bedre søvn, og som kan få det hvis de legger bedre til rette for det, og de som ønsker bedre søvn, og som ikke får det til. Denne distinksjonen er meget viktig i all formidling av søvnråd, fordi det som fungerer for førstnevnte gruppe, kan ha paradoksalt og ødeleggende effekt for pasienter med insomni. Wilhelmsen-Langeland er imponerende konsistent på dette punktet, og tar de nødvendige forbehold stor sett i alle sammenhenger.

I tråd med hva forskningslitteraturen viser, skal man være forsiktig med å bare gi pasienter psykoedukasjon om søvn og søvnbehandling, for det er de færreste som klarer å løse et kronisk søvnproblem på egen hånd. Wilhelmsen-Langeland minner til stadighet leseren om dette, og det er en klar styrke ved boken at den til stadighet oppfordrer til kontakt med helsevesenet. Vi vet at altfor få tar kontakt med sine søvnvansker, og mange av dem som lider, kunne ha fått god hjelp. Kunnskapen hun formidler gjennom boken, er den samme leseren ville fått av en dyktig søvnbehandler, og den gjenkjennelsesfaktoren vil kunne styrke et terapiforløp, hvis pasienten på forhånd har lest boken.

## KONKRETE LØSNINGSFORSLAG

Boken gir først en normalpsykologisk innsikt i søvn og døgnrytme, og hvordan dette reguleres. Deretter får man en konsis gjennomgang av ulike søvnproblemer, og terapeutiske løsninger for dem. Kapittel fire gir en gjennomgang av konsekvenser ved for lite søvn. Sett fra ståstedet

til en pasient med insomni er det en ikke ubetydelig detalj at dette kapittelet kommer *etter* kapittelet om løsningen på søvnproblemer. Pasienter med insomni er gjerne overopptatt av effektene av dårlig søvn, og deres overdrevne fokus på hvor viktig det er å sove, har typisk paradoksalt effekt for dem. At de får presentert konkrete løsningsforslag for sitt søvnproblem, før de må lese om hvor skadelig lite søvn er, er en utypisk, men elegant måte å strukturere boken på. Wilhelmsen-Langeland er også langt mer sober i sin gjennomgang av forskningen på konsekvenser av for lite søvn, enn for eksempel Matthew Walker er i sin bestselgende bok *Why We Sleep* (2017). Dette er en klar styrke ved boken. Det er mer enn nok av gode argumenter for å få nok søvn, uten å skremme med blant annet dobbel risiko for kreft og kortere livsløp, slik Walker gjorde. Det er ikke tilstrekkelig vitenskapelig støtte for disse påstandene, selv om den samlede forskningen på konsekvenser av lite søvn mer enn sannsynliggjør at det er sunnere å sove nok enn å sove for lite.

Kapittel fem om medisiner har den dekkende tittelen «Medisiner er unødvendig», og byr på en kort gjennomgang av hvordan medisiner gjerne er første behandlingstiltak ved søvnvansker, selv når det ikke er indikasjon for det. Sovemedisiner egner seg for søvn under ekstreme forhold, for eksempel akutt sorg eller andre livskriser. Likevel skrives de ut i store mengder. Wilhelmsen-Langelands beskrivelse av hvordan «Lise» blir avhengig av sovemedisiner, og hvordan hun kommer seg ut av det, er blant bokens aller beste passasjer, og svært gjenkjennelig for alle som har jobbet med søvnbehandling.

## UNGDOMSSØVN

Ulikt de fleste andre felt vår faggruppe er involvert i, er det lite faglig uenighet i søvnfeltet. Det



**HJELP TIL Å SOVE** Pasienter med insomni er gjerne overopptatt av effektene av dårlig søvn, og deres overdrevne fokus på hvor viktig det er å sove, har typisk paradoksal effekt for dem, skriver vår anmelder, som har lest boken *Våkne opp! Om søvnens psykologi*. Foto: Hill and Adamson (1843-47) / The Met.

er sterk faglig konsensus om at kognitiv atferds-terapi er den mest effektive behandling mot insomni, og de generelle søvnrådene er det også stor enighet om. Et tema som engasjerer, og som er potensielt mer splittende, berøres under temaet «Skrikekur eller samsoving», men også her balanserer forfatteren elegant mellom de to ytterpunktene i debatten. Hun utvider normalitetsbegrepet både her og i andre sammenhenger, og vektlegger at familiens opplevelse skal veie tyngst. Noen samsover med barna sine i flere år, mens andre knapt sover i samme seng, selv i barselstiden. Wilhelmsen-Langeland er opptatt av at man ikke skal fikse noe som ikke oppleves som et problem, og gir med det kjærkommen støtte til mange usikre foreldre som løser dette på den ene eller andre måten. Hun beskriver også gjennom en pasienthistorie hvordan hun jobbet med en familie der barnet våknet mye på natten, og man var avhengig av å gjøre det litt mindre attraktivt for barnet å være våken på den tiden av døgnet. Dette beskrives som en tøff prosess for mor, men dette balanseres av belønningen i form av

en mer opplagt omsorgsgiver, og påfølgende bedre familiedynamikk.

Kapittelet om ungdommer og søvn var jeg spent på fordi jeg så langt i min karriere som søvnbehandler så godt som aldri klarer å hjelpe personer under 25 år med å få langvarig forbedret søvn. Dette tror jeg handler om flere ting. For det første er det få unge mennesker som tar kontakt for å få hjelp med søvn, og for det andre fremstår gjerne behandlingstiltakene som mindre attraktive for denne gruppen. Første tiltak i behandling er gjerne at man skal etablere et fast tidspunkt å stå opp på gjennom hele uken, slik at man rekker skole eller jobb. Det fremstår både vanskelig og lite ønskelig for de fleste sosialt aktive ungdommer å stå opp tidlig i helgene. Et annet viktig poeng er at ungdommer som gruppe har en døgnrytme som er naturlig forsinket målt mot resten av befolkningen. De sovner senere om kvelden og våkner senere om morgenen enn da de var barn. Alle ungdommer i dag er digitale og sitter gjerne oppe og spiller eller ligger med mobilen i senga. Dette vet vi er søvnhemmende, både fordi sosiale medier

”

Det er sterk faglig konsensus om at kognitiv atferds-terapi er den mest effektive behandling mot insomni

»

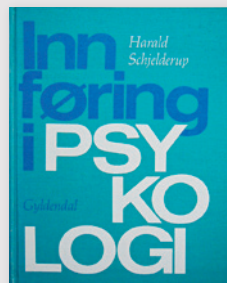
fungerer aktiverende i seg selv, og fordi man får blåspektret lys inn på øyet, noe som hemmer melatoninproduksjonen. Wilhelmsen-Langeland går heldigvis ikke i fella med å komme med en moralsk pekefinger til disse ungdommene. Hun påpeker helt korrekt at mange tuller med kausaliteten her:

For mange (ungdommer red. anm.) er det motsatt: De får ikke sove og begynner derfor å drive med ting på kvelden, som å sende meldinger eller snaps, se på serier også videre. Dagens ungdom vokser opp nesten bokstavelig talt med verden i hånden. De kan være i kontakt med andre som er våkne døgnet rundt, de kan bli underholdt døgnet rundt, de kan nå hverandre døgnet rundt(...) Når søvnen er som den er i ungdomsårene, er det ikke rart at mange ungdommer blir sittende oppe om nettene for å holde kontakten med omverdenen. De får jo ikke sove uansett. Er det bedre å ligge å stirre i taket? Vi ser denne forsinkelsen i døgnrytmen verden over, på gruppenivå.

Dette er viktig folkeopplysning for ungdommer, foreldre og lærere som ikke skjønner hvorfor det er så vanskelig å få sove på kvelden. Det er ikke slik at det er nytteløst med individuelle tiltak for ungdommer, og bare det å gi ungdommer og foreldrene deres god informasjon kan hjelpe dem til å forbedre situasjonen. Samtidig er det også helt tydelig at store deler av ungdomspopulasjonen ikke har en døgnrytme som er tilpasset samfunnets krav til dem, og det mest effektive tiltaket er trolig på systemnivå, med forsinket oppstart på skolen. Wilhelmsen-Langeland nevner dette kort et annet sted i boken, men jeg savner en bredere gjennomgang av forskningen på dette området i kapitlet om ungdommer og søvn. Samfunnspsykologen i meg skulle gjerne også sett en ansvarliggjøring av skoleledere og politikere når det gjelder dette poenget.

I innledningen trekkes det fram at boken «ikke er en fagbok for leger, psykologer eller andre som jobber med mennesker som har søvnlidelser». Det er den eneste setningen i boken jeg er direkte uenig i. Vi har et enormt udekket behov for klinikere som diagnostiserer og behandler søvnlidelser, og leser du denne boken som kliniker, har du verktøy til å hjelpe 80–90 % av alle pasienter med søvnlidelser. ❌

## KLASSIKEREN



### **For nokre tiår sidan kjende alle psykologistudentar denne boka.**

**Harald Schjelderup: *Innføring i psykologi* (1966)**

Denne boka var mitt første faglitterære møte med psykologien, og den opna ei inspirerende verd av nye omgrep og samanhangar. Spennvidda i temaa var stor: frå læring ved betinging til mystikk. Den samanhengande, saklege og fordomsfrie framstillinga gjorde inntrykk.

Etter kvart kom kapitla om motivasjon, personlegdom og dei dynamiske prosessane i sentrum. Teksten er uvanleg språkleg meiningsklar, og den klarer å romme fleire forståingsnivå hos lesaren. Dette kan vere ein av grunnane til at boka bevarer aktualitet.

Under kapitla om personlegdomen og konfliktane i den får ein omtale av psykoanalytiske grunntema og omgrep, og relasjonane og dynamikken mellom desse. Framstillinga er kortfatta, men med stor formidlingskraft.

Betydninga av det ubevisste er i fleire kapittel heilt eksplisitt formulert. Dette går også elles fram av teksten som ein under- eller overtone. I kapitlet «Selvet og jeg-bevisstheten» skriv forfattaren på ein språkleg enkel måte om eit kjernetema i psykologien. Forfattaren siterer ofte filosofar og diktarar for å tydeleggjere psykologiske tema. Samla kan dette vere ein grunn til at teksten framstår som så integrert og tidlaus.

For nokre tiår sidan kjende alle psykologistudentar denne boka. No verkar det som at teksten og forfattaren er lite kjend blant dei yngre kollegaene. I psykisk helsevern er det mykje fokus på grundig symptomkartlegging i diagnosearbeidet. Utfordringa for psykologen blir å forstå desse symptoma i ein djupare samanheng. I Schjelderup si bok er det eit kapittel med overskrifta «Nevrotisk og sunn personlighet». Innhaldet i mellom anna dette kapitlet viser haldningar og ein psykologisk tenkjemåte som er svært nyttig for psykologen.

*Asle Rypdal er psykologspesialist i avtalepraksis i Ålesund og medlem og rettleiar ved Institutt for psykoterapi. Han utfordrar Øyvind Støylen til å ta stafettpippen vidare.*



**HENSYN TIL KONTEKST** Per Lorentzen reiser spørsmål om manglende omsorg ensidig kan forklares med svikt i mentalisering, uten å ta hensyn til sosiokulturell og sosioøkonomisk kontekst, skriver vår anmelder. Foto: Sally Waterman/NTB Scanpix

## Nødvendig grunnlagskritikk

Boken er en forfriskende og tankevekkende drøfting av metaliseringsbegrepet, men den er for lite eksplisitt på implikasjoner for praksis.

**MENTALISERINGSBEGREPET ER VANLIG** i fagsjargongen til mange helse- og sosialarbeidere, og fenomenet ses på som et viktig område når det gjelder undersøkelse og tiltaksvalg. Denne boken tar derfor opp et svært aktuelt tema. I barnevernssammenheng kan vurderinger av foreldres kapasitet for mentalisering få inngrepene konsekvenser – som ved omsorgsovertagelser – og det er derfor fortjenestefullt at begrepet blir tatt opp til kritisk drøfting. Boken er skrevet som en grunnlagskritikk, der hensikten er å problematisere mentaliseringsteoriens filosofiske og psykologiske bakgrunn samt dens anvendelse i barnevernsfaglige kontekster. For-

fatteren av boken, Per Lorentzen, er psykolog og førstelektor ved OsloMet, der han underviser studenter i barnevern og sosialt arbeid. Han har skrevet flere lærebøker og artikler der han går kritisk til verks overfor populære begreper og praksiser, som for eksempel traumebevisst omsorg.

### FENOMENOLOGISK BASERT KRITIKK

I denne boken tar han for seg mentalisering som begrep. Han viser at mentaliseringsbegrepet som teoretisk rammeverk omfatter en rekke komplekse prosesser som har å gjøre med hvordan vi forstår oss selv og andre. Forfatteren



**BOK** *Mentalisering og barnevernet. En kritisk drøfting*

### FORFATTER

Per Lorentzen

### FORLAG

Universitetsforlaget

ÅR 2019

SIDER 224

### ANMELDT AV

Kåre S. Olafsen, barnevernsforsker, RBUP Øst og Sør





## Forfatteren tilkjennegir en alternativ tilnærming med utgangspunkt i fenomenologisk tenkning

påpeker at begrepet kan få et omnipotent preg, og tilkjennegir en alternativ tilnærming med utgangspunkt i fenomenologisk tenkning. Innenfor denne tradisjonen fremstår vår subjektive forståelse av andre mennesker på umiddelbare og direkte måter, og ikke noe som må tilskrives mening ut fra et indre sinn. Hovedargumentet i boken er at begrepet mentalisering er forenlig med en klassisk dualistisk sjel-kropp-forståelse av mennesket, der observasjon og fortolkning av andres *atferd* blir kongeveien til deres sinn. I en fenomenologisk forståelse, derimot, inspirert av filosofer som Maurice Merleau-Ponty og Ludwig Wittgenstein, avvises det at sinnet er noe avsondret og skjult inni oss. Følgelig avvises også forståelse av andre mennesker baseres på slutninger fra mer eller mindre tydelige ytre tegn som atferden gir, og som en intellektuell øvelse. Som forfatteren skriver: «... vi ser ikke først rødfargen i den andres kinn, og deretter forlegenheten.»

### MENTALISERING I BARNEVERNET

Boken gir eksempler på bruk av mentaliseringsteori i barnevernet. Dette gjelder blant annet i saker som fremmes for fylkesnemnda. Forfatteren viser til rapporter fra sakkyndige, der det gjøres sannsynlighetsvurderinger om sammenhenger mellom grader av mentaliseringsevne hos foreldre og kvaliteten på barnets tilknytning – og dermed risiko for psykisk uhelse på kort og lang sikt. Han reiser spørsmål om manglende omsorg ensidig kan forklares med svikt i mentalisering, uten å ta hensyn til sosiokulturell og sosioøkonomisk kontekst. I boken gis flere eksempler på hvilken betydning vurdering av mentaliseringsevne kan få i dommer og vedtak i barnevernssaker. Sentralt her er at foreldres verbalisering av barnets indre liv blir altoverskyggende, uten nødvendigvis at forhold som lav utdanning og bakgrunn fra andre oppdragerstiler blir trukket inn. Han spør også om psykologiske konstrukter kan få en *for* stor plass, og om beskrivelser av observerbare forhold kanskje ikke fremstår som tungtveiende nok.

### EN TANKEVEKKER

Forfatteren løfter opp en filosofisk grunnlagsdebatt og er åpen på at boken ikke dekker bredden i diskusjonen om forholdet mellom bevissthet og kropp. For min del tviler jeg på at mentaliseringsteoretikere oppfatter seg som dualister, der de anser mentale operasjoner som å ha en eksistens uavhengig av kroppen. Det er også uklart om forfatteren mener at psykologien bør tømmes for begreper om mentale representasjoner. Er det slik at samspill mellom mennesker alltid er umiddelbare og ikke påvirket av tidligere erfaringer? Det er også en svakhet ved boken at bruken av mentaliseringsbegrepet i en barnevernkontekst har fått temmelig begrenset plass. Her savner jeg en større diskusjon om implikasjoner for praksis. Hvilken rolle skal psykologiske konstrukter ha i vurderinger av for eksempel foreldres omsorgsevne? Hvordan kan man styrke multiinformantvurderinger? Dette gjelder særlig bruk av direkte observasjoner av samspill mellom foreldre og barn, både som en del av undersøkelsesarbeidet og i foreldreveiledningen. Alt i alt bidrar boken til en bevisstgjøring av fagpersoners definisjonsmakt, om og i hvilken grad vurderinger fremkommer dialogisk, og hvorvidt vurderingskriterier kan bli for lukkede og uflexible. ✘

## MINNEORD

**BRIT KARI SAUNES**

1966–2020



**BRIT KARI SAUNES** døde 8. september 2020, 54 år gammel.

Hun vokste opp med foreldre og som den yngste i en søskenflokk på fire i Ålesund. Brit Kari var tidlig selvstendig og kunnskapssøkende og interessert i arbeid med barn. Se senere fikk hun også egen familie og viste stor omsorg for mannen og sønnen.

Hun ble utdannet psykolog i 1993 ved Universitetet i Oslo. Hennes første stilling som psykolog var ved BUP, Rana Sykehus.

Brit Kari Saunes var ansatt i Avdeling for psykisk helsevern for barn og unge i Skien ved Sykehuset Telemark (ABUP) i Skien fra 1996 til 2019.

I 1996 begynte hun i et team som spesielt arbeidet med utviklingsforstyrrelser, og Brit Kari var i en periode leder for dette teamet. I 2001 gikk hun over til å arbeide ved vår generelle poliklinikk. Brit Kari var engasjert i å utvikle tilbudet til barn og unge med psykiske vansker i Telemark. Hun var initiativtaker til at det ble opprettet et nevroteam, og hun var opptatt av hvor viktig det er å ha med nevropsykologisk kompetanse inn i det kliniske arbeidet. Nevroteamet kom på plass i 2007, og Brit Kari bygde opp og ledet dette teamet i tre år.

Fra 2011 til 2019 jobbet Brit Kari i BUP Skien. Den siste perioden arbeidet hun med et pro-

sjekt i Skien kommune, som også var for barn og unge med psykiske vansker. Hun skulle nå starte opp igjen i ABUP, kombinert med videreføring av prosjektet i kommunen.

Brit Kari var en faglig dyktig og engasjert psykologspesialist.

Hun var blant annet opptatt av hvilke muligheter dataverktøy kunne gi for diagnostisering og behandling i BUP. Hun gjorde forskningsarbeider i BUP, knyttet til arbeidsminnetrening, og var medforfatter på vitenskapelige artikler om dette. Hun var flink til å dele ny kunnskap og drev fagformidling i veiledning, intern undervisning og holdt kurs. Hun var opptatt av at vi skulle bruke evidensbaserte metoder i BUP. Hun fikk etter hvert to spesialiteter, både i klinisk psykologi for barn og unge og i nevropsykologi.

Brit Kari hadde et unikt engasjement for barn og unges psykiske helse og hadde en rekke interesseområder innenfor fagfeltet vårt. Hun kunne mye om ADHD-vansker, og var opptatt av hvordan barnets livshistorie påvirker hjernen og nevrologisk fungering.

Brit Kari holdt gjerne internundervisning og kurs for pasienter og pårørende, hun gav veiledning, deltok gjerne på samarbeidsmøter, og hun kom alltid godt forberedt. Hun møtte barn, unge og foreldre på en fin og nysgjerrig måte. Hun stilte spørsmål og sa sin mening.

Brit Kari var kunnskapsrik, engasjert, fargerik, kunstnerisk, omsorgsfull overfor pasienter og kolleger. Vi som jobber i Sykehuset Telemark, har mange gode minner om Brit Kari, og vi er stolte av å ha hatt henne som vår dyktige og kjære kollega. Våre tanker går til ektemannen Magnar og sønnen Steffen. Vi kolleger ved Sykehuset Telemark lyser fred over Brit Karis minne.

*Ingebjørg Hestetun og Anne Kjendalen*

## Velkommen til 11. nasjonale konferanse om selvmordsforskning og -forebygging

19.–20. mai 2021 | Oslo og online

### Ny handlingsplan – hva nå?

[www.nasjonal-selvmordsforebyggingskonferanse.no](http://www.nasjonal-selvmordsforebyggingskonferanse.no)

UiO : Universitetet i Oslo

NSSF Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging

**VIKARIAT I HJEMMEL SOM PRIVAT-  
PRAKTISERENDE PSYKOLOG I VOSS** ledig i ett år  
fra 1. jan./febr. 2021. Store gode lokaler sentralt på  
Voss. Rimelig husleie, parkering, mulig med utleie  
av ekstra kontor hvis ønskelig. **Ta kontakt med  
M. Strand, tlf. 977 38 622 for ytterligere informasjon.**



## Kurs i EMDR

Eye Movement Desensitization  
and Reprocessing

### Grunnutdanning i EMDR

Finn oppdatert om kommende EMDR-kurs  
ved fysisk oppmøte eller online på  
[www.emdrutdanning.no](http://www.emdrutdanning.no)

Kursholder: Psykolog Bjørn Aasen,  
EMDR Europe Approved Trainer

SUSAN HART OG MARIANNE BENTZEN  
HAR UTVIKLET

### Neuroaffektiv utviklingspsykologi Fra analyse til intervensjon

13-dagers trening  
med avsluttende sertifiseringsprosess

Oppstart mars 2021

For full utlysning på PDF – ta kontakt  
[km@kamaklinikken.com](mailto:km@kamaklinikken.com)



## Ny kontingentsats

Sentralstyret har fastsatt kontingent for 2021 til kr 7 542.  
Månedlig kontingent øker med kr 9,33.

Retningslinjer for nedsettelse og betaling av med-  
lemskontingent finner du på våre hjemmesider:  
[https://www.psykologforeningen.no/foreningen/  
vedtekter-og-retningslinjer/retningslinjer-for-  
nedsettelse-og-betaling-av-kontingent](https://www.psykologforeningen.no/foreningen/vedtekter-og-retningslinjer/retningslinjer-for-nedsettelse-og-betaling-av-kontingent)

Søknad om nedsatt kontingent sendes til  
[medlemsservice@psykologforeningen.no](mailto:medlemsservice@psykologforeningen.no)  
eller per post til:



Norsk psykologforening  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo  
Tlf: 23 10 31 30

### Ønsker du å annonsere i Psykologtidsskriftet?

Neste utgivelse er **4. januar**,  
frist for å bestille annonse  
til januar-utgaven er **14. desember**

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





## Psykoterapi for voksne med ADHD

Av: Bernd Hesslinger, Alexandra Philipsen  
og Harald Richter

Norsk utgave: Anne Halmøy, Tage Lien,  
Merete Møller, Unni Sagstad og  
Bente Ubostad

Voksne med ADHD som søker terapi har ofte et stort lidelsestrykk. De har gjerne lav selvfølelse og stemningsleiet er ofte senket.

Psykoterapi for voksne med ADHD er utviklet for å støtte pasienter som ønsker mer informasjon om egen diagnose, og hjelp til å leve med sine utfordringer.

Metoden er basert på dialektisk atferdsterapi og inneholder materiell for en strukturert gruppebehandling for voksne med ADHD gjennom 14 sesjoner. Målet er å få kontroll over ADHD-en i stedet for å la den kontrollere pasienten.

Materialet er utprøvd i norske klinikker.

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

 **hogrefe**



# Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

## Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

## Innhold

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

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

## Om kursleder

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

Kurset godkjennes som 16 timer vedlikeholdsaktivitet.

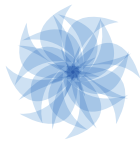
**Sted og dato:** Oslo, 18.-19. februar 2021

**Påmeldingsfrist:** 14. januar 2021

**Kursavgift:** kr 7 300

**Kursnr.:** 101-21

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



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



**NorsK Karakteranalytisk Institutt**  
 utdanning i karakteranalyse og kroppsorientert psykoterapi

## To-årig grunnseminar

Oppstart Oslo 22. januar 2021, Kristiansand og Bergen høst 2021

# Videreutdanning i karakteranalyse og kroppsorientert psykoterapi

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

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

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

Søknadsskjema sendes til  
**kontor@karakteranalyse.no**

**Søknadsfrister:**  
**Oslo: snarest.**  
**Kristiansand og Bergen: 1. mai 2021.**

[www.karakteranalyse.no/nyheter/neste-seminarer/](http://www.karakteranalyse.no/nyheter/neste-seminarer/)

## Stipend – Psykologer i ledelse

Norsk psykologforening deler ut tre stipender til lederutdanning til en samlet sum på kr 75 000. Stipendene er et stimuleringsmiddel til å få flere psykologer i ledelse.

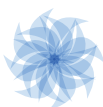
Stipend kan søkes for å dekke utgifter i forbindelse med lederutdanning/lederkvalifisering. Ett av stipendene kan gis til anvendt forskning / kunnskapsakkumulering om psykologer og ledelse.

Søkere må være medlem av Norsk psykologforening. Kvinner oppfordres til å søke.

Gjør kort rede for hva det søkes støtte til og tentativ karriereplan. Vedlegg CV med oversikt over utdanning, arbeidserfaring, tillitsverv, med mer. De som tildeles stipend sender i løpet av 2021 en kort redegjørelse for hvordan pengene er benyttet.

Søknad sendes Norsk psykologforening v/ Tone S. Naglestad, p.b. 419 Sentrum, 0103 Oslo, e-post [tone.s.n@psykologforeningen.no](mailto:tone.s.n@psykologforeningen.no)

**Søknadsfrist 4. januar 2021.**



Norsk psykologforening, Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo  
 Tlf: 23 10 31 30



## Treffsikre og gode ansettelsesprosesser – Rekruttering og seleksjon for og av psykologer

*Mens det tradisjonelle jobbintervjuet i liten grad bidrar til å identifisere den beste kandidaten for stillingen og samtidig bidrar til diskriminering, vil et godt kompetansebasert intervju kunne gi mer treffsikre og mer rettferdige ansettelsesprosesser.*

### Målgruppe

Kurset er rettet mot psykologer og andre som har ansvar for ansettelsesprosesser eller som ønsker å bidra til bedre ansettelsesprosesser i organisasjonen de er ansatt i. Kurset kan derfor være aktuelt både for ledere, tillitsvalgte, psykologer og mastere i psykologi.

### Innhold

Deltagerne vil få innføring og trening i bruk av verktøy for å finne og kartlegge relevant kompetanse på en treffsikker og god måte. Verktøy som presenteres vil være maler for jobb-analyse, stillingsannonse og stillingsinstruks, samt utforming av annonser og valg av rekrutteringskanaler. Hovedvekten vil ligge på opplæring i bruk av en nyutviklet intervjuguide som dekker generelle kompetanser for psykologer, basert på den europeiske standarden EuroPsy.

### Om kurslederne

Rudi Myrvang er psykologspesialist i arbeids- og organisasjonspsykologi, og har 20 års erfaring med å hjelpe en rekke organisasjoner med å få på plass mer treffsikre og rettferdige ansettelsesprosesser. Og, han har utviklet intervjuguiden som vil inngå som en viktig del av kurset.

Elisabeth Østrem, seniorkonsulent i AFF og tidligere konsulent fra testbransjen. Hun sitter i Psykologforeningens fagutvalg for organisasjonspsykologi, og underviser på valgfritt program i organisasjon og ledelse for psykologspesialister. Elisabeth Østrem er konsulent på Solstrandprogrammet.

Kurset godkjennes som 16 timers vedlikeholdsaktivitet.

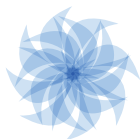
**Sted og dato:** Oslo, 4.-5. februar 2021

**Påmeldingsfrist:** 31. desember 2020

**Kursavgift:** kr 7 300,-

**Kursnr.:** 117-21

Mer informasjon og påmelding [www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning](http://www.psykologforeningen.no/Kurs%20og%20utdanning)



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



## Valgfritt program Eldrepsykologi

Eldrepsykologi omhandler både normal aldring og aldersrelaterte endringer, plager og sykdommer som kan ramme personer i øvre del av livsløpet. Eldrepsykologi har som mål å fremme psykisk helse, livsutfoldelse og livskvalitet til den eldre delen av befolkningen. Både individrettet arbeid, system-, nettverk- og pårønderarbeid står sentralt i denne sammenheng.

### Målgruppe

Målgruppen for dette valgfrie programmet er psykologer som har gjennomført fellesprogrammet og som ønsker økt kompetanse i arbeid med eldre.

Valgfritt program i eldrepsykologi er relevant for psykologer som skal bli spesialister i voksenpsykologi, samfunns- og allmennpsykologi, familiepsykologi, habiliteringspsykologi eller rus og avhengighetspsykologi.

Psykologspesialister kan søke om opptak til hele eller deler av et valgfritt program som vedlikeholdsaktivitet, og da gjelder ikke krav til praksis og veiledning. Søknad sendes [kurs@psykologforeningen.no](mailto:kurs@psykologforeningen.no)

### Målsetting

- Eldrepsykologiens egenart
- Normal aldring og aldersrelaterte endringer
- Alderisme
- De vanligste psykiske lidelsene blant eldre, inklusive depresjon, angst, psykose og delirium
- Demenssykdommer hos eldre og yngre personer
- Utredning/diagnostikk og behandling av ulike aldersrelaterte tilstander, herunder de vanligste psykiske lidelsene og demens. Differensialdiagnostikk, samt somatiske og farmakologiske problemstillinger
- Brukermedvirkning og samarbeid med pårørende
- Faglige problemstillinger i møte med eldre pasienter, eksempelvis egnethet for bilkjøring, søvn, smerte, vold og overgrep, rus og avhengighet, sorg og traumer og eksistensiell tematikk/palliasjon

**1. samling:** Eldrepsykologiens egenart, 18.-19. mars 2021

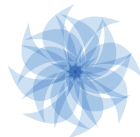
**2. samling:** Psykiske lidelser hos eldre, 17.-18. juni 2021

**3. samling:** Aldring, kognitiv funksjon og demens, 28.-29. oktober 2021

**4. samling:** Systemrettet arbeid og spesifikke psykiske helseutfordringer blant eldre, 17.-18. mars 2022

Alle samlingene gjennomføres digitalt.

For pris og påmelding: [www.psykologforeningen.no/kurs](http://www.psykologforeningen.no/kurs) og utdanning



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen  
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo  
Tlf: 23 10 31 30

Helse Sør-Øst RHF  
søker:



## Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Follo, Ski

### Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,  
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,  
e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no  
eller telefon 02411.

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

**Søknadsfrist: 22. desember 2020**



Helse Sør-Øst RHF  
søker:



## Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk nevropsykologi lokalisert til Lillehammer

### Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,  
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,  
e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no  
eller telefon 02411.

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

**Søknadsfrist: 22. desember 2020**



Helse Sør-Øst RHF  
søker:



## Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Asker

### Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,  
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,  
e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no  
eller telefon 02411.

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

**Søknadsfrist: 22. desember 2020**



Stavanger DPS / Ettervernspliklinikk,  
Helse Stavanger HF

## Engasjert psykolog- spesialist/psykolog

EVP tar imot pasienter med sammensatt og alvorlig psykisk lidelse, ofte med rusproblematikk. En stor andel av pasientene er underlagt tvungent psykisk helsevern. EVP er et satsingsområde ved Stavanger DPS. Det er ambisjoner om å etablere FACT-team, samt starte IMR-gruppe. IMR er et standardisert kunnskapsbasert behandlingsprogram som skal hjelpe personer med alvorlige psykiske lidelser til å utvikle personlige strategier for å mestre eget liv.

Kontaktinformasjon: Steinar Apeland, leder/fagleder/psykologspesialist, tlf. 51 51 45 37, e-post steinar.apeland@sus.no og Kirsti Hansen, avdelingsoverlege, tlf. 970 62 980, e-post kirsti.hansen@sus.no

Vil du lese mer og søke på stilling?

Se <https://helse-stavanger.no/om-oss/jobb-pa-sus>

**Søknadsfrist: 29.12.2020 | [www.helse-stavanger.no](http://www.helse-stavanger.no)**





*Gå ikke glipp av muligheten*

## Bli del av vårt psykolognettverk

Vi i Euro Accident har ambisjon om å bidra til en trygg og frisk verden. Vi tar utgangspunkt i at det folk vil ha er et meningsfullt liv, der de opplever mestring, føler tilhørighet, trygghet, deltakelse og felleskap som bygger deres identitet og selvrespekt.

Vi ser oss som en katalysator for at folk lettere skal oppnå dette. I vårt arbeid vektlegger vi derfor de fysiske, mentale, sosiale, følelsesmessige, miljømessige og eksistensielle rammene i folks liv i det tilbudet vi gir.

Euro Accident er et forsikringsselskap som leverer behandlingsforsikring i tillegg til alle andre forsikringer rettet mot arbeidsmarkedet.

For oss handler forsikring om mye mer enn å betale en økonomisk erstatning når det har inntruffet en skade. Vi vet at det finnes mye å gjøre før det har gått så langt. Vi er en partner med arbeidsgivere, arbeidstakere og samfunnet forøvrig ved å bidra til målet om et trygt, godt og inkluderende arbeidsliv.

Vi skreddersyr derfor oppleggene for den forsikrede slik at de får den mest optimale hjelpen. Dette skal bidra til at de står opp motivert, er inspirerte og trygge på jobb og kommer hjem tilfreds, med overskudd til godt privatliv. Nå kan du få være med oss på denne reisen ved å bli del av vårt psykolognettverk.

---

### Vil du bli en del av vårt nettverk?

Les mer om nettverket vi ønsker oss på vår webside, [euroaccident.no](http://euroaccident.no) eller bruk QR-koden:



### Ta kontakt

Hvis dette høres ut som noe din virksomhet vil være med på, ta kontakt med sjefpsykolog Tor Levin Hofgaard for å avtale en nærmere prat:

[torlevin.hofgaard@euroaccident.com](mailto:torlevin.hofgaard@euroaccident.com)

*Sammen skaper vi Holdbare medarbeidere*

**EURO**  
ACCIDENT  
forsikring + helse



**STATENS BARNEHUS**  
Et tverrfaglig kompetansehus

## PSYKOLOG MED GODKJENT SPESIALITET



**Ledige stilling som psykolog med godkjent spesialitet ved Statens barnehus Hamar.**

Statens Barnehus Hamar er en del av Innlandet politi-distrikt, organisert under Felles enhet for etterretning og etterforskning. Statens Barnehus er et tverrfaglig kompetansehus med tilbud for barn, ungdom og utviklingshemmede voksne som har vært utsatt for vold, overgrep eller vært vitne til vold i nære relasjoner.

Barnehuset har for tiden ledig fast stilling som psykolog med godkjent spesialitet.

For nærmere opplysninger om stillingen, se [politiet.no](http://politiet.no).

**Søknadsfrist 15.12.20**

**Bufetat**

Barne-, ungdoms- og familieetaten - Region sør

**MST-teamet i Buskerud søker MST-leder/veileder og MST-terapeuter:**

## Psykolog/psykologspesialist

1 x 100% stilling som leder/veileder, og  
2 x 100% stilling som terapeut i MST  
(Multisystemisk Terapi) i MST Buskerud  
Bufetat region sør.

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

Stillingene innebærer selvstendig arbeid, fleksibel arbeidstid og kontinuerlig faglig utvikling gjennom ukentlig veiledning, samarbeid med MST-konsulent og regelmessige fagseminarer.

Stillingene lyses ut i forbindelse med opprettelse av et nytt MST-team i MST Buskerud.

**Søknadsfrist 17.12.2020.**

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



# Cope



## Er du en dyktig og fleksibel psykolog?

Cope er en digital tjeneste som har som mål å gi folk rask og effektiv hjelp via videokonsultasjon med psykologer. Vi opplever sterk etterspørsel etter våre tjenester og ønsker å knytte til oss flere psykologer som har lyst til å drive online psykologbehandling.

Vi er på utkikk etter deg som har egen virksomhet, synes det er spennende å benytte ny teknologi innen psykologbehandling og som er fleksibel. Vi holder til i Trondheim, men det trenger ikke du å gjøre.

**Har du lyst til å være med på en spennende digital utvikling i bransjen?**

**Ta kontakt med oss for å få vite mer,  
cope.no, e-post hei@cope.no, tlf. 913 13 078**

Cope er CoperioSenteret AS sin digitale pasientsatsing.



## Helse Sør-Øst RHF søker:



### Ledig fire 100 % avtalehjemler i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Oslo Øst – bydel Alna, Stovner eller Grorud

#### Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,  
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,  
e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no  
eller telefon 02411.

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

**Søknadsfrist: 22. desember 2020**



## Helse Sør-Øst RHF søker:



### Ledig 100 % avtalehjemmel i klinisk voksenpsykologi lokalisert til Sandvika

#### Nærmere opplysninger:

spesialrådgiver Kari Iren Austad Borge,  
enhet for psykisk helsevern og rusbehandling,  
e-post Kari.Iren.Austad.Borge@helse-sorost.no  
eller telefon 02411.

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

**Søknadsfrist: 22. desember 2020**



## PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2021

### SPESIALPLASSERING:

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

### KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

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

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

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

### SMÅANNONSER:

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

### NETTANNONSER:

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

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

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

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
1	14.12	04.01
2	18.01	01.02
3	15.02	01.03
4	19.03	06.04

### ANNONSEFORMATER

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

### PRISER STILLINGSANNONSER/PROFILANNONSER:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	17 900	16 300
1/2 side	13 900	12 300
1/4 side	11 900	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](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no) eller tlf. 23 10 31 33.

Helse Vest RHF (regionalt helseforetak) har det overordna ansvaret for spesialisthelsetenesta i Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane. Helse Vest RHF eig seks helseforetak; Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna, Helse Stavanger og Sjukehusapoteka Vest og Helse Vest innkjøp HF, i tillegg til Helse Vest IKT AS. Helseforetakene har om lag 27 300 medarbeidarar, omfattar femti sjukehus og institusjonar, og yter helsetenester til 1,1 million innbyggjarar.

## Helse Vest RHF

### 100 % avtaleheimel i klinisk psykologi i Sogndal

100 % avtaleheimel for godkjend spesialist i klinisk psykologi i Sogndal er ledig frå 01.01.2021, eller etter avtale.

#### Sentrale moment i vurdering av søkjarane vil mellom anna vere:

- erfaring og praksis, medrekna erfaring som spesialist
- eigenskapar for heimelen
- innretning av praksis
- samarbeid med andre

Praksis skal drivast i samsvar med den til kvar tid gjeldane rammeavtale mellom Helse Vest og Norsk psykologforening.

Avtalespesialisten skal bidra til at Helse Vest kan oppfylle «sørge for»-ansvaret. Det inneber mellom anna at avtalspesialisten utfører undersøkingar, diagnostikk og behandling i medhald av regionale og nasjonale mål og prioriteringar og lovgiving, jf. punkt 4.1 i rammeavtalen.

Avtalespesialisten skal ha eit nært og forpliktande fagleg samarbeid med Helse Førde ved Indre Sogn psykiatrisenter om oppgåvefordeling og for å sikre rett prioritering og gode pasientforløp. Det blir forventa at avtalspesialisten også tar imot pasientar som vert tilvist frå Helse Førde ved Indre Sogn psykiatrisenter. Dette vil bli regulert nærare i den individuelle avtalen mellom Helse Vest og avtalspesialisten. Avtalepraksisen skal i samarbeid med Helse Førde også innrettast i tråd med utviklinga i faget og korleis behovet i befolkninga utviklar seg.

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

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

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

**Søknadsfrist er tre veker etter utlysing.**



LEDIG 100 % STILLING FOR

## Psykolog/psykologspesialist på ValdresKlinikken

Stiftelsen ValdresKlinikken er en offentlig godkjent institusjon innen spesialisthelsetjenesten for behandling av pasienter med rusavhengighet. Vi har avtale med Helse Sør-Øst og Helse Vest. Klinikken ligger i Aurdal i Valdres, Innlandet fylke. Klinikken har 21 plasser i korttids døgnbehandling. Vi har et tverrfaglig behandlingsteam med rusterapeuter, sosionomer, sykepleiere, psykiater, psykolog og lege. Strukturert gruppeterapeutisk metode integreres med 12-trinnsprogrammet.

Vi søker nå etter psykolog i 100 % stilling. Arbeids erfaring fra rusbehandling er en fordel. Har du personlig erfaring med rusavhengighet kan det være en styrke i ditt arbeid på klinikken. Stillingsprosent kan diskuteres.

**Søknadsfrist:** 4. januar 2021

#### For informasjon om stillingen kontakt:

Fungerende klinikkleder Anne Døvre, tlf. 974 80 736 eller psykiater Jan Sunder Halvorsen, tlf. 913 62 521.

Du finner informasjon om klinikken og fullstendig utlysningstekst på [www.valdresklinikken.no](http://www.valdresklinikken.no)

**Skriftlig søknad og CV med referanser sendes elektronisk innen 4. januar 2021 til:**

e-post [anne.dovre@valdresklinikken.no](mailto:anne.dovre@valdresklinikken.no)

## NORSK PSYKOLOGFORENING

---

### SENTRALSTYRET

#### President

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

#### Visepresidenter

**Rune Frøyland**  
rfroey@online.no  
450 30 522

#### Arnhild Lauveng

913 17 162  
post@arnhildlauveng.com

#### 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

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

### Studentrepresentanter

**Guro Holte Igesund**  
464 27 727  
guroigesund@gmail.com

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

### Varamedlemmer

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

**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

**Dagmar Patricia Steffan**  
dagmar.patricia.steffan@finnmarkssykehuset.no  
971 95 996

#### Hedmark

**Lene Engen Kleppe**  
leneeng@hotmail.com  
924 53 116

#### Hordaland

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

#### Møre og Romsdal

**Eva Røv Eidset**  
eva.eidset@helse-mr.no  
916 10 080

### Nord-Trøndelag

**Julie Valen**  
psyk.valen@gmail.com  
924 90 532

### Nordland

**Iris Anette Søderholm**  
irisanette@gmail.com  
909 34 857

### Oppland

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

### Oslo

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

### Rogaland

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

### Sogn og Fjordane

**Solbjørg Torheim Hanitz**  
solbjorg\_89@hotmail.com  
902 95 676

### Sør-Trøndelag

**Kjersti Sandnes**  
sandneskjersti@gmail.com  
916 72 756

### 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

**Anne-Kristin Imenes**  
anne.kristin.imenes@gmail.com  
907 55 410

### Østfold

**Øyvind Nordhus**  
nordhus@me.com  
911 61 779

### FAGETISK RÅD

**Maria Norheim**, 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  
**Ingrid Grov Mannsverk**,  
Oslo kommune, tlf. 482 98 128

---

### FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

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

---

### SPECIALITETSRADET

**Arnhild Lauveng**,  
e-post post@arnhildlauveng.com  
tlf. 913 17 162

**KVALITETSUTVALGET**

**Arnhild Lauveng**,  
e-post post@  
arnhildlauveng.com  
tlf. 913 17 162

**FAGUTVALGENE**

**Felleselementene**  
**Geir Skauli**, leder, e-post  
geir.skauli@skien.kommune.  
no, tlf. 907 90 513

**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 evakarinoevaas@  
gmail.com, tlf. 916 64 076

**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**

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

**Habiliteringspsykologi**

**Tonje Elgsås**, e-post  
tonjeped@gmail.com,  
tlf. 922 33 224

**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

**KLIMAUTVALGET**

**Tommy Sotkajærvi**, leder,  
e-post sotkarjaervi@gmail.  
com, tlf. 984 18 586

**FORSKNINGSPOLITISK UTVALG**

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

**MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET**

**Reidar Hjermann**, leder,  
e-post rh@hjermann.no,  
tlf. 994 47 291

**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**

**Ane Johnsen Lien**, leder,  
e-post ane.lien@lyse.net,  
tlf. 414 02 259

**SEKRETARIATET**

Tlf. 23 10 31 30  
**Ole Tunold**, generalsekretær  
**Karsten Karlsøen**,  
kommunikasjonssjef og  
myndighetskontakt, e-post  
karsten@psykologforening.  
no, tlf. 976 11 591  
**Ida Kvittingen**, nettredaktør,  
e-post ida.kvittingen@  
psykologforening.no

**Administrasjonsavdeling**

**Linda T. Grønås**,  
administrasjonssjef,  
e-post linda@  
psykologforening.no  
**Toril Dyrhovd**,  
nestleder, e-post toril@  
psykologforening.no

**Forhandlingsavdeling**

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

**Fagpolitisk avdeling**

**Kim Edgar Karlsen**,  
fagsjef, e-post kim@  
psykologforening.no  
**Aina Fraas Johansen**,  
nestleder, e-post aina.f.j@  
psykologforening.no

**Utdanningsavdeling**

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

**NORSK PSYKOLOGFORENING**

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

For mer informasjon, se  
[www.psykologforening.no](http://www.psykologforening.no)

## TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

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

### FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

**Trine Anstorp**, Privatpraksis

**Kjersti Arefjord**,

Universitetet i Bergen

**Eva Dalsgaard Axelsen**,

Universitetet i Oslo

**Henning Bang**,

Universitetet i Oslo

**Per-Einar Binder**,

Universitetet i Bergen

**Anne Inger Helmen Borge**,

Universitetet i Oslo

**Tim Brennen**, Universitetet

i Oslo

**William Brochs-Haukedal**,

Norges handelshøyskole

**Nikolai Czajkowski**,

Universitetet i Oslo

**Knut Dalen**, Universitetet i

Bergen

**Guðrun Dieserud**, Nasjonalt

folkehelseinstitutt

**Fanny Duckert**,

Universitetet i Oslo

**Atle Dyregrov**, Senter for

krisepsykologi

**Tor-Johan Ekeland**,

Høgskulen i Volda

**Ståle Einarsen**,

Universitetet i Bergen

**Hege R. Eriksen**, Univer-

sitetsforskning Bergen

**Anders Martin Fjell**,

Universitetet i Oslo

**Magne Arve Flaten**,

Universitetet i Tromsø

**Rolf W. Gråwe**, St. Olavs

hospital

**Siri Erika Gullestad**,

Universitetet i Oslo

**Roger Hagen**, Norges

teknisk-naturvitenskapelige

universitet

**Odd E. Havik**, Universitetet

i Bergen

**Anthony Hawke**, Familie-

vernkontoret i Stavanger

**Asle Hoffart**, Modum Bad

**Arne Holte**, Nasjonalt

folkehelseinstitutt

**Hanne Haavind**,

Universitetet i Oslo

**Reidun Ingebretsen**, Norsk

institutt for forskning om

oppvekst, velferd og aldring

**Tine K. Jensen**, Nasjonalt

kunnskapscenter om vold og

traumatisk stress

**Leif Edward Ottesen**

**Kennair**, Norges teknisk-

naturvitenskapelige

universitet

**Stein Knardahl**, Statens

arbeidsmiljøinstitutt

**Gerd Kvale**, Universitetet i

Bergen

**Øyvind Kvello**, Norges

teknisk-naturvitenskapelige

universitet

**Kim Larsen**, Sykehuset

Østfold

**Arild Lian**, Bredtvet

kompetansesenter

**Gro Therese Lie**,

Universitetet i Bergen

**Astri J. Lundervold**,

Universitetet i Bergen

**June Ullevoldsæter Lystad**,

Oslo Universitetssykehus

**Svein Magnussen**,

Universitetet i Oslo

**Øyvind Lund Martinsen**,

Handelshøyskolen BI

**Willy-Tore Mørch**,

Universitetet i Tromsø

**Simon-Peter Neumer**,

RBUP Øst og Sør, Oslo

**Geir Høstmark Nielsen**,

Universitetet i Bergen

**Hans Nordahl**, Norges

teknisk-naturvitenskapelige

universitet

**Inger Hilde Nordhus**,

Universitetet i Bergen

**Terje Ogden**, Nasjonalt

utviklingscenter for barn

og unge (NUBU)

**Ståle Pallesen**, Universitetet

i Bergen

**Magne Raundalen**, Senter

for krisepsykologi

**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 redaksjonen@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 150 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 15 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000/40 000 tegn), fagesay (maks 20 000 tegn), eller «fra praksis»-bidrag (maks 20 000 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:**  
14.12, 18.01, 15.02, 19.03, 19.04, 19.05, 18.06,  
19.07, 19.08, 17.09, 18.10, 18.11



HUSTADVIKA KOMMUNE

# Kommunepsykolog 100 % fast stilling

Mestringsenheten leverer tjenester innen psykisk helse og rus til innbyggerne i Hustadvika kommune. Kommunepsykologen er en nyopprettet fast stilling, som vil være organisert under Mestringsenheten. Kommunepsykologen vil være en del av lavterskeltilbudet i kommunen, sammen med rask psykisk helsehjelp, ungdomstilbudet, ambulerende team og Gnisten dagtilbud.

## Hovedoppgaver

Psykisk helse- og rusarbeid i kommunen omfatter forebygging, utredning og behandling til personer med psykiske helseproblemer og/eller rusmiddelproblemer. Målsettingen er å fremme håp, selvstendighet og styrke evnen til å mestre eget liv. Kommunepsykologen vil også få en veileder-rolle både internt i Mestringsenheten og mot resten av organisasjonen i Hustadvika kommune.

## Kvalifikasjoner

- Norsk godkjenning som psykolog
- Det blir lagt stor vekt på personlige egenskaper, bl.a. samarbeidsevne og fleksibilitet
- Gode egenskaper til å bruke/ta i bruk data/IT som arbeidsverktøy
- God norsk muntlig og skriftlig fremstillingsevne
- Lyst, evne og vilje til å være med å videreutvikle Hustadvika kommune som organisasjon
- Førerkort klasse B

## Vi ønsker at du

- Har god erfaring med målrettede forebyggende tiltak og gode resultater i det kliniske arbeidet
- Har evne til å arbeide målrettet, nøyaktig og effektivt
- Har gode samarbeidsevner
- Har gode evner til kommunikasjon og relasjonsbygging
- Har evne til å håndtere en hektisk arbeidssituasjon
- Er løsningsorientert
- Kan bidra til et godt arbeidsmiljø

## Vi tilbyr

- Et aktivt og engasjert tverrfaglig arbeidsmiljø
- Spennende og varierte arbeidsoppgaver, hvor en kan være med å forme tjenestetilbudet og egen stilling
- God oppfølging og opplæring
- Lønn etter avtale. Tilsetning i samsvar med lov og avtaleverk

## Annet

Før tiltredelse må politiattest av ny dato legges fram om det ikke foreligger fra tidligere (skal ikke legges ved søknaden). Søker må disponere bil. Veiledning av psykologspesialist ved behov.

## Søknad

Elektronisk søknad fylles ut og sendes via vår hjemmeside. Vi kan ikke ta imot elektroniske vedlegg av attester og vitnemål. Disse tas med dersom du blir kalt inn til intervju eller leveres eller sendes til Hustadvika kommune v/lønn og personal, Tingplassen 1, 6440 Elnesvågen.

---

**Søknadsfrist:** 04.01.2021

## Kontaktperson

Anders Høe, enhetsleder, tlf. 926 84 205, e-post [Anders.Hoe@hustadvika.kommune.no](mailto:Anders.Hoe@hustadvika.kommune.no)

---

